

Vértigo posicional paroxístico benigno bilateral y simultáneo

Simultaneous and bilateral benign positional paroxystic vertigo

RESUMEN

El Vértigo Posicional es una manifestación clínica frecuente que puede ser debida a muchos orígenes; De todos ellos el Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB), debido a una canalolitiasis o cupulolitiasis del Canal semicircular posterior, es el más frecuente. Una de las características definitorias del VPPB es su unilateralidad. Sin embargo, existen casos publicados de afectación bilateral y simultánea de ambos Conductos semicirculares. No obstante sabemos que existen alteraciones graves del Sistema Nervioso Central que pueden ocasionar Vértigo posicional atípico bilateral. Presentamos un caso de VPPB del Conducto semicircular posterior bilateral y simultáneo, de origen traumático y aprovecharemos para intentar definir una pauta de actuación ante los vértigos posicionales bilaterales que podamos encontrar.

PALABRAS CLAVE:

Vértigo Posicional. Vértigo posicional paroxístico benigno bilateral. Vértigo Posicional atípico. Vértigo Posicional inespecífico.

SUMMARY

The benign positional paroxystic vertigo (BPPV) is a frequent clinical manifestation that can be of different etiologies. Among all of them, BPPV caused by a canalolithiasis or a cupulolithiasis affecting Posterior Semicircular Canal, is the most frequent one. One of the most specific characteristics of the BPPV is its unilaterality. However, there have been reported in the medical literature, several cases of bilateral and simultaneous affection of both Semicircular Canals. Nevertheless, it is known that pathologies of great gravity of the Central Nervous System can manifest like Atypical Positional Bilateral Vertigo. We report a case of BPPV, bilateral and simultaneous, affecting Posterior Semicircular Canal, of traumatic origin, and we use the opportunity to define a management pattern of bilateral positional vertigos we can find in the daily clinical practice.

KEY WORDS:

Positional Vertigo, Bilateral Benign Paroxystic Positional Vertigo, Atypical Positional Vertigo, Unspecified Positional Vertigo.

Introducción

El Vértigo Posicional es una manifestación clínica frecuente que puede ser debida a múltiples etiologías. De todos los Vértigos posicionales, el Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB), debido a una canalolitiasis o cupulolitiasis del Conducto semicircular posterior es el más frecuente (1, 2, 3).

Clínica y exploratoriamente, el VPPB tiene unas características muy definidas que, además, proporcionan el diagnóstico y que son (4):

- Aparición de vértigo y nistagmus rotatorio geotrópico tras la maniobra de Dix- Hallpike.
- Existe un periodo de latencia de unos segundos desde que se realiza el movimiento hasta que aparece el vértigo y el nistagmus.
- Tanto el vértigo como el nistagmus se agotan como máximo en un minuto.
- Existe fatigabilidad del fenómeno con la repetición de las maniobras de Dix-Hallpike.
- Generalmente es unilateral.

Los casos de Vértigo Posicional en que no se cumple alguna de estas características se etiquetan como Vértigo Posicional Paroxístico atípico y precisan un estudio diagnóstico más completo para descartar otros posibles orígenes del Vértigo Posicional, que en ocasiones pueden ser muy graves (5, 6, 7):

- Causas cervicales
- Alteraciones degenerativas del S.N.C.: Esclerosis múltiple.
- Tumores de fosa posterior (meningiomas, etc.)
- Alteraciones vasculares centrales (ictus, bucles vasculares de la AICA sobre el VIII par craneal).

Sin embargo, se han venido publicando en la literatura casos de vértigos posicionales que cumplían todos los criterios de VPPB salvo el de que eran bilaterales y que eran tratados con las maniobras de reposición para el tratamiento de los VPPB unilaterales pero realizadas a los dos lados, es decir, que se trataban de auténticos VPPB pero bilaterales (8).

Aprovechamos un caso de VPPB bilateral y simultáneo tratado en nuestro Servicio para plantear que, aunque

queda demostrada la existencia de VPPB bilaterales, la gravedad de las etiologías que pueden provocar otros vértigos posicionales bilaterales nos va a obligar a realizar siempre un diagnóstico diferencial con estas entidades.

Caso Clínico

Paciente mujer de 36 años de edad que acude a nuestro Servicio remitida por la Unidad de Traumatología del Hospital por presentar desde hacía 2 meses tras una caída por escalera con traumatismo frontal, crisis de vértigo de muy corta duración desencadenadas por los movimientos de cabeza y sobre todo, al acostarse y levantarse de la cama. No refería hipoacusia o acúfenos.

La exploración O.R.L. era normal, sin aparecer nistagmus espontáneo. No existía alteración del equilibrio en las maniobras de Romberg y Unterberger y la marcha era normal.

Las pruebas posicionales con la maniobra de Dix-Hallpike fueron positivas con aparición de vértigo y nistagmus rotatorio geotrópico con unos segundos de latencia pero hacia los dos lados, aunque algo más intenso hacia la derecha. Cuando se realizaba la maniobra hacia la derecha aparecía un nistagmus geotrópico derecho y cuando se realizaba hacia la izquierda aparecía un nistagmus geotrópico izquierdo.

La audiometría tonal era normal.

Tras establecer el diagnóstico de Vértigo posicional paroxístico bilateral y, por lo tanto, atípico se intentó descartar la existencia de patología cervical por el Servicio de Rehabilitación que practicó Radiografía lateral de columna cervical que fue normal y la existencia de patología neurológica por el Servicio de Neurología que realizó R.M.N. y exploración neurológica que fueron normales.

Durante este tiempo la paciente había recibido múltiples tratamientos sedantes vestibulares que mejoraban momentáneamente pero no solucionaban el problema.

Por su antecedente traumático y por las características del vértigo posicional planteamos la posibilidad de que se tratara de un VPPB auténtico bilateral por lo que decidimos aplicar un tratamiento con las maniobras de reposición de Epley en dos tiempos.

- Inicialmente realizamos una maniobra de Epley hacia la derecha (el lado de mayor intensidad). A los 15 días la paciente se encontraba sustancialmente mejor y la maniobra de Dix-Hallpike era negativa hacia la derecha, pero seguía siendo positiva hacia la izquierda.
- Realizamos una maniobra de reposición de Epley hacia la izquierda al mes de haber realizado la primera hacia la derecha.

A los 15 días la paciente estaba clínicamente normalizada y las maniobras de Dix-Hallpike eran negativas a los dos lados.

Actualmente hace más de un año del tratamiento y la paciente se encuentra bien, sin haber repetido su cuadro vertiginoso.

Discusión

El VPPB tiene unas características muy definidas que nos dan el diagnóstico pero, aunque suelen ser unilaterales, existen casos descritos en la literatura de afectación bilateral.

Tanto MACIAS (9) que encontraba un mayor porcentaje de casos bilaterales en los VPPB de origen traumático que en los idiopáticos como PETRONE (8) que publicó 12 casos de VPPB bilateral sobre 142 casos de VPPB unilateral, publicaron series de casos con VPPB bilateral.

El propio diagnóstico es controvertido pues ya LONGRIDGE (10) en 1978 publicó que en el 15% de los VPPB unilaterales podían aparecer nistagmus geotrópicos bilaterales que podían equivocar el diagnóstico y STEDDIN (11) en 1994 sugería que un VPPB unilateral podía simular un VPPB bilateral si la maniobra de Dix-Hallpike no se realizaba con el correcto alineamiento de la cabeza y el cuello con el tronco. A su juicio esto explicaría la "curación" de algunos casos de VPPB bilateral con una sola maniobra de Epley hacia un lado.

Queda por tanto definido que son posibles los VPPB bilaterales simultáneos, sobre todo en los casos de VPPB posttraumático (12), pero también es un hecho comprobado en varias publicaciones (6, 7) y según hemos recogido anteriormente que son posibles los vértigos posicionales atípicos, algunos de ellos bilaterales, desencadenados por otras causas (cervicales, cerebrales etc.) que será preciso diferenciar. Para ello debemos:

- Realizar correctamente la maniobra de Dix-Hallpike para descartar falsos VPPB bilaterales.
- Descartar alteraciones neurológicas (degenerativas, tumorales, vasculares) que pueden provocar VPP atípicos mediante la valoración neurológica y la realización de pruebas de neuroimagen, sobre todo RMN.
- Descartar patología cervical como posible causa de Vértigo posicional inespecífico.

En cuanto al tratamiento no existe unanimidad en la bibliografía. Para PETRONE (8) en los casos de VPPB bilateral estaría indicada la realización de los ejercicios de Brandt-Daroff más que las maniobras de Semont o de Epley. En nuestra paciente realizamos un tratamiento secuencial con maniobras de Epley realizadas en 2 tiempos con buen resultado funcional (13, 14).

Como conclusión podemos indicar que:

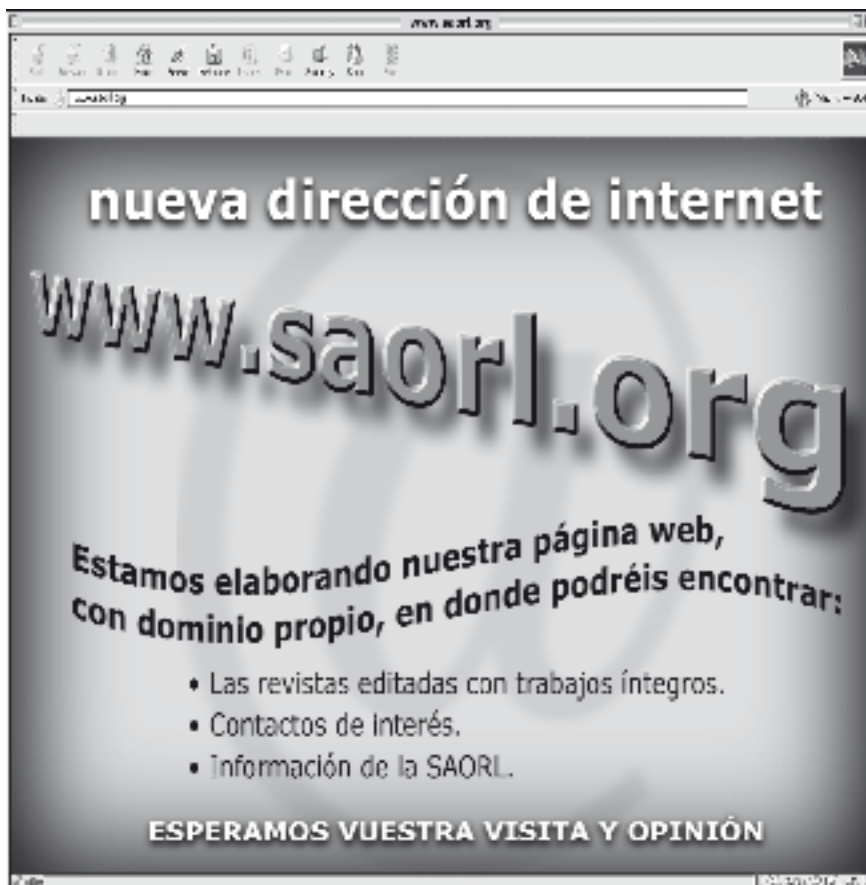
- Existen los VPPB bilaterales simultáneos.
- Casi siempre son secundarios a traumatismos.
- Se tratan como los VPPB unilaterales, con maniobras de Epley o de Semont, pero realizadas hacia los dos lados.
- Ante la gravedad de las etiologías centrales que pueden provocar Vértigos posicionales atípicos bilaterales, siempre deberemos realizar en estos casos una valoración neurológica y también cervical.

Bibliografía

1. BRANDT T, STEDDIN S: "Current view of the mechanism of benign paroxysmal positioning vertigo: cupulolithiasis or canalolithiasis. J Vestib Res 1993, 3:373-382.
2. BALOH RW, HONRUBIA V, JACOBSON K: "Benign positional vertigo: clinical and oculographic features in 240 cases". Neurology 1987, 37: 371-378.
3. DUMAS G, CHARACHON R, GHOZALI S: "Vertige positionel paroxystique benin. A propos de 51 observations". Ann Oto-laryngol Chir Cervicofac (Paris) 1994, 111: 301-313.
4. FRAILE JJ, NAYA MJ, MARIN C, CARMEN L, LLORENTE E: "El vértigo Posicional Paroxístico Benigno: una entidad muy frecuente y fácil de tratar". ORL Aragón 1999, 2: 12-16
5. HERNANDEZ E, FRAILE JJ, DE MIGUEL F, CARMEN L: "Vértigo Posicional Paroxístico no benigno". Pendiente de publicación.
6. DUNNIWAY HM, WELLING B: "Intracranial tumor mimicking benign paroxysmal positional vertigo". Otolaryngol Head Neck Surg 1998, 118: 429-436.
7. SMOUHA E, ROUSSOS C, BROOK S: " Atypical forms of paroxysmal positional nystagmus". Ear Nose Throat J 1995,
8. PETRONE D, DE CANDIA N, CASSANO P: " Bilateral semicircular canal pathology". Acta Otorhinolaryngol Ital 1997, 17(3): 215-218.
9. MACIAS JD, LAMBERT KM, MASSINGALE S, ELLENSOHN A, FRITZ JA: "Variables affecting treatment in benign paroxysmal positional vertigo". Laryngoscope 2000, 110(11): 1921-1924.
10. LONGRIDGE NS, BARBER HO: "Bilateral paroxysmal positioning nystagmus". J Otolaryngol 1978, 7(5): 395-400.
11. STEDDIN S, BRANDT T: "Unilateral mimicking bilateral benign paroxysmal positioning vertigo". Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1994, 120: 1339-1341.
12. KATSARKAS A: "Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV): idiopatic versus post-traumatic". Acta Otolaryngol 1999, 119(7): 745-749.
13. EPLEY JM: "New dimensions of benign paroxysmal positional vertigo". Otolaryngol Head Neck Surg 1980, 88: 599-605.
14. EPLEY JM: " The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo" Otolaryngol Head Neck Surg 1992, 107: 399-404.

Correspondencia

Jesús J. Fraile Rodrigo
 Dr, Horno n.º 25, 4.º B
 50004 Zaragoza
 e-mail: jfraile@comz.org



Estamos de estreno

La Sociedad Aragonesa de ORL dispone de una nueva página en Internet. Con un carácter más dinámico, y una presentación sencilla –lo que se agradece ante la proliferación de páginas abigarradas–, permite una aproximación rápida a nuestra Sociedad. Sus contenidos se disponen en seis apartados:

- presentación (la portada)
- gestión (miembros de la junta y actas de la última asamblea)
- eventos (actividades científicas recientes)
- revista (ORL Aragón)
- información (enlaces de interés)
- y contacto con la Sociedad

La página, no solo está abierta a las sugerencias de los miembros de la Sociedad, sino que se espera su contribución activa en ella. Entre los contenidos debemos destacar su utilidad como medio de divulgación de las actividades que la Sociedad realiza y el contenido completo de la revista que tenéis en vuestras manos. Es la intención del consejo de redacción la incorporación de los números de la revista, incluyendo sus publicaciones científicas a texto completo que se presentan a disposición, no solo de los miembros, sino de todos aquellos que se acerquen a ella.