

# Aplicación de la maniobra de epley en atención primaria

Norberto Proupín Vázquez<sup>1</sup>, Sofía Suarez Alén<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Saude de Conxo. Santiago de Compostela

<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.( Ex-residente del Centro de Saude de Conxo). Santiago de Compostela

Cad Aten Primaria  
Ano 2013  
Volume 19  
Páx. 164-167

## RESUMEN

El Vértigo Posicional Paroxístico Benigno ( VPPB), es la causa más común de vértigo vestibular. Su característico cuadro hace fácil su sospecha diagnóstica que se confirma con la realización de las Maniobras de Dix y Hallpike y su tratamiento puede llevarse a cabo con la aplicación de la Maniobra de Epley.

**Objetivo:** Probar el resultado de la aplicación de la Maniobra de Epley y el seguimiento de su efectividad durante un año.

**Material y método:** Pacientes con cuadro de VPPB confirmado con las Maniobras de Dix y Hallpike, registramos posición de desencadenamiento, periodo de latencia, estado y dirección del nistagmus y las incidencias del tratamiento con la Maniobra de Epley y el seguimiento de sus posibles recaídas durante un año al menos.

**Resultados:** Estudiamos 15 pacientes, edad media 58,2 años, y mujeres en el 86,6%. Periodo medio de latencia de 3,4 seg. y duración media del nistagmus de 17,3 seg. en el 100% de los casos el nistagmus se ajustó a las características de afectación del canal semicircular posterior. La Maniobra fue satisfactoria en 14( 93,3%). Se produjeron dos recaídas, que se resolvieron con una nueva aplicación de la misma. En un caso fracasó la Maniobra y fue tratado con sedantes vestibulares.

**Conclusiones:** La Maniobra de Epley es una terapia de fácil aplicación y prácticamente inocua, que evita tratamientos farmacológicos innecesarios facilitando no sólo ahorro sino también efectos secundarios nada despreciables. Nuestros resultados, refuerzan nuestro consejo de aplicación de la misma en nuestro medio.

## INTRODUCCIÓN

Este síndrome consiste en crisis de vértigo intenso, asociadas a un nistagmo característico, que se producen con los cambios bruscos de la cabeza como mirar hacia arriba, girarse o incorporarse en la cama; es decir, aparecen únicamente al situar el paciente la cabeza en una posición determinada y desaparece al modificar esa postura. Duran menos de un minuto, aunque luego quede con algo de inestabilidad y mal cuerpo, que pueden prolongarse durante tiempo. Las crisis no se acompañan de acúfenos, ni de pérdida de la audición.

El Vértigo Posicional Paroxístico Benigno(VPPB) es la causa más común de vértigo vestibular. Su prevalencia es del 2,4% en población adulta, pero probablemente en la población anciana sea de un 6 al 10 % los que lo sufren en algún momento de su vida(1,2). Cuando su etiología es idiopática es más frecuente en las mujeres y en la sexta década de la vida ( más de la mitad), pero también puede ser de etiología postviral y postraumático(3).El VPPB lo causan los restos otolíticos que proceden de la membrana otolítica del utrículo y que pueden hallarse libres en la endolinfa (canalolitiasis) o adheridos a la cúpula (cupulolitiasis) y que producen una estimulación de gran magnitud del neuroepitelio de las crestas ampulares con los movimientos de la endolinfa desencadenando el cuadro vertiginoso. La canalolitiasis del canal semicircular posterior es el cuadro más frecuente(85-95%)(1). Mucho menos frecuente es la cupulolitiasis, en estos casos el vértigo aparece sin periodo de latencia. Los canales horizontales y todavía menos los superiores son raramente sus causantes.

El VPPB suele ser autolimitado, a más de la mitad de los pacientes les desaparecen los síntomas en una semana. Pero en el 70% existen recurrencias meses o años más tarde (4).

El diagnóstico del VPPB de conducto semicircular posterior, se realiza mediante la realización de las maniobras de provocación de Dix y

### Correspondencia

Norberto Proupín Vazquez  
Rúa Dr. Ramón Baltar sn. 15706 Santiago de Compostela  
Email.: norberto.proupin.vazquez@sergas.es

Hallpike: el paciente inicialmente está sentado en la camilla con los pies encima de esta y mirando al frente, entonces el explorador sujetándola con las dos manos le gira la cabeza 45° hacia el oído que se explora; seguidamente y con la misma sujeción acuesta al paciente en decúbito supino, con la cabeza girada y 30° bajo el plano de la horizontal ( colgando), y observa los ojos del paciente, en los que aparece un nistagmo típico tras un breve periodo de latencia(1-5seg.) y duración limitada (generalmente <30seg.). El nistagmo tiene un componente vertical, con la fase rápida hacia arriba y un componente torsional con la fase rápida hacia el oído afecto. La dirección del nistagmo se invierte cuando el paciente se vuelve a sentar, y el nistagmo se fatiga si se repite la maniobra. El paciente describe vértigo aunque la intensidad de los síntomas no siempre es proporcional a la respuesta nistágmica.

El tratamiento del VPPB ha variado en los últimos años desde el empleo de sedantes vestibulares para sus síntomas, hasta que al comienzo de los años 80 Brandt y Daroff propusieron unos ejercicios de habituación con los que el paciente repetía los movimientos que provocaban la crisis de vértigo, con el objetivo de conseguir la adaptación de la respuesta de los núcleos vestibulares. Estos ejercicios posicionales de habituación, que causan la liberación y dispersión de las partículas situadas en la cúpula o libres en el conducto, son mal tolerados por los pacientes en general y no previenen la recurrencia de las crisis. Los tratamientos actuales con maniobras realizadas por profesionales tienen por objeto transportar las partículas litiasicas desde el conducto semicircular hasta el utrículo. La Maniobra descrita por Semont y cols fue denominada liberadora de partículas, siendo una maniobra difícil de realizar en obesos y que puede tener problemas con los pacientes ancianos por su brusquedad. Por lo que nosotros escogimos la Maniobra de Epley que se inicia en la posición de sentado, con la cabeza rotada 45° hacia el lado explorado; seguidamente, se desplaza la cabeza y el tórax como en la maniobra de Dix y Hallpike, y los restos otolíticos se desplazan por gravedad dentro del conducto posterior; se mantiene esta posición durante 1 o 2 min. A continuación, se gira la cabeza 90° hacia el otro lado colgando y el cuello extendido y se espera unos segundos, lo que causa que las partículas se muevan. En esta posición se le pide al paciente que gire su cuerpo hasta colocar la línea de sus hombros vertical a la camilla y entonces se le gira la cabeza de nuevo de forma que quede mirando hacia el suelo, este movimiento hace que las partículas entren en la cruz común de los conductos anterior y posterior. Finalmente y tras una espera de un par de minutos, se incorpora a la posición de sentado al paciente lentamente, se le flexiona la cabeza hacia delante y se espera en esta posición unos 30 segundos para que las partículas dispersas entren en el utrículo (fig.1).

Es aconsejable recomendar al paciente reposo relativo en un par de días. Aunque se ha demostrado que el evitar el decúbito durante las primeras 48 horas siguientes al tratamiento, para prevenir que las partículas se introduzcan de nuevo en el conducto no parece aumentar la eficacia del mismo (5).

## OBJETIVO

Nosotros tratamos de probar el resultado de la aplicación de las Maniobras de Epley, y el seguimiento de su efectividad y posibles recaídas durante un año, en nuestra consulta.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este estudio descriptivo seleccionamos todos los pacientes que acudieron con un cuadro vertiginoso, sugerente de VPPB y que tras la realización de las Maniobras de Dix y Hallpike estas resultaron positivas. Registramos la posición en que se reproducía el cuadro, el periodo de latencia, la dirección del nistagmus y su duración. Posteriormente iniciábamos el tratamiento con la aplicación de la Maniobra de Epley. Seguimos los pacientes durante un año para valorar sus resultados y la observación y registro de posibles recaídas. Realizamos un estudio estadístico de las medias y frecuencias.

## RESULTADOS

Hemos realizado la maniobra de Epley y posterior seguimiento en 15 pacientes. Su edad media es de 58,2 años y el 86,6% mujeres. Una mujer presentaba un cuadro de otitis media catarral en el momento de su diagnóstico. En 9 casos(60%) el cuadro se produjo al realizar la Maniobra de Dix y Hallpike con la cabeza rotada a la izquierda y en 6 (40%) con ella rotada hacia la derecha. El periodo medio de latencia fue de 3,4 seg. Y la duración media del nistagmus de 17,3 seg. El nistagmus fue antihorario torsional y vertical superior en los pacientes que el cuadro se produjo con la cabeza rotada a la derecha y horario torsional vertical superior en los que la cabeza rotaba y colgaba a la izquierda.

Al realizar la Maniobra de Epley esta resultó satisfactoria en 14 casos(93,3%), en 13 en el primer intento y una paciente fue satisfactoria al segundo intento( misma sesión).En la que resultó insatisfactoria tenía 68 años y al rechazar un nuevo intento se pautó medicación(trimetazidina) y el cuadro desapareció a los 10 días. En los pacientes en que la Maniobra fue satisfactoria se produjeron dos recaídas, la primera fue en una paciente de 61 años que recayó a los 3 meses realizando de nuevo la Maniobra de Epley de forma satisfactoria, y la otra recaída fue la paciente que precisó los dos intentos de maniobra y su recaída fue a los 6 meses, realizándose de nuevo la Maniobra de forma satisfactoria.

**DISCUSIÓN**

Los periodos medios de latencia y de duración del nistagmus estuvieron dentro de los habituales. Los nistagmus se ajustaron al tipo de afectación del canal semicircular posterior, en todos los casos.

El predominio de mujeres se justifica en parte por el predominio de este sexo en nuestro cupo (55%) y por la etiología que fue idiopática en el 93%.

El tratamiento del VPPB ha cambiado mucho en los últimos años. Antiguamente se empleaba tratamiento farmacológico, hasta que Brandt y Daroff presentaron sus experiencias con la realización de ejercicios que pretendían la dispersión de las partículas de la cúpula o libres en el conducto y la adaptación de los núcleos vestibulares. En general estos ejercicios son mal tolerados por los pacientes y no previenen la recurrencia de las crisis. Pero ellos iniciaron el camino hacia nuevas alternativas de tratamiento; así surgieron la Maniobra de Semont que pretende la dispersión de las partículas y posteriormente la Maniobra de Epley también conocida como de reposición de partículas y que es la que nosotros hemos aplicado como tratamiento a nuestros pacientes obteniendo la desaparición de los síntomas al primer intento en el 86,6%, resultados similares a los reflejados por otros autores(4).

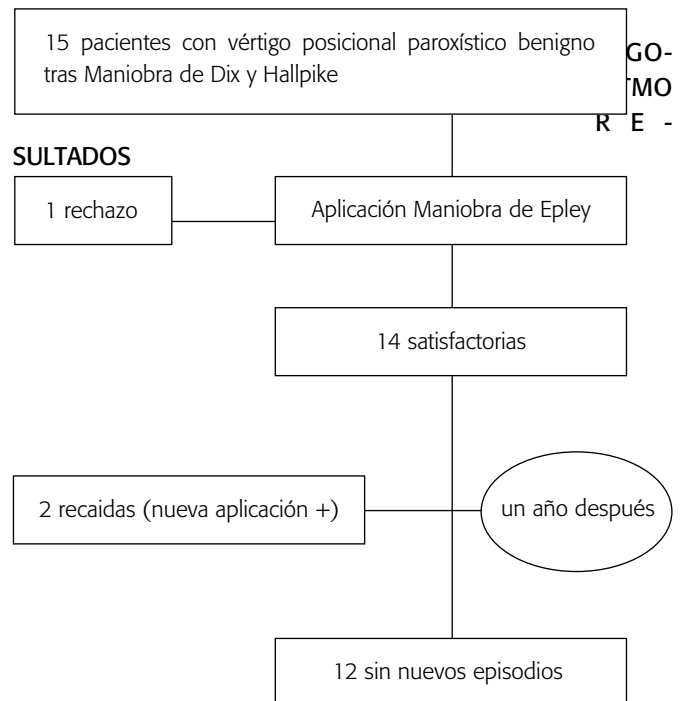
En la paciente en que la maniobra resultó insatisfactoria su cuadro se resolvió en el tiempo al que refiere la literatura, sucede de forma habitual (2,3), por lo que el fracaso de la Maniobra no lo achacamos a la gravedad del cuadro sino más bien al tipo de personalidad de la paciente que no toleraba la aplicación de las maniobras.

Nuestros pacientes presentaron recaídas en dos casos (13,3%) que se solucionaron con repetición de la maniobras que fueron satisfactorias en ambos. El resto ( 86,6%) refirieron mejoría de los síntomas, coincidiendo con los estudios sobre la calidad de vida de los pacientes con VPPB que señalan, que experimentaron una mejoría de la misma después del tratamiento, aunque estos observan recidivas sólo en un 7,5%, estas no afectaron a la calidad de vida a los 6 meses o al año y la mejora de las funciones social y física, así como mental percibidas

fueron buenas(5).

**PUNTOS CLAVE**

<b>Hechos conocidos</b>
El tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno puede realizarse mediante la aplicación de maniobras físicas.
<b>Aportaciones de este estudio</b>
1. La Maniobra de Epley resultó de fácil aplicación y prácticamente inocua, evita tratamientos farmacológicos innecesarios facilitando no sólo ahorro sino también efectos secundarios nada despreciables.
2. El no precisar medios específicos para su realización y nuestros resultados similares a los consultados en la literatura, refuerzan el consejo de su aplicación en atención primaria.



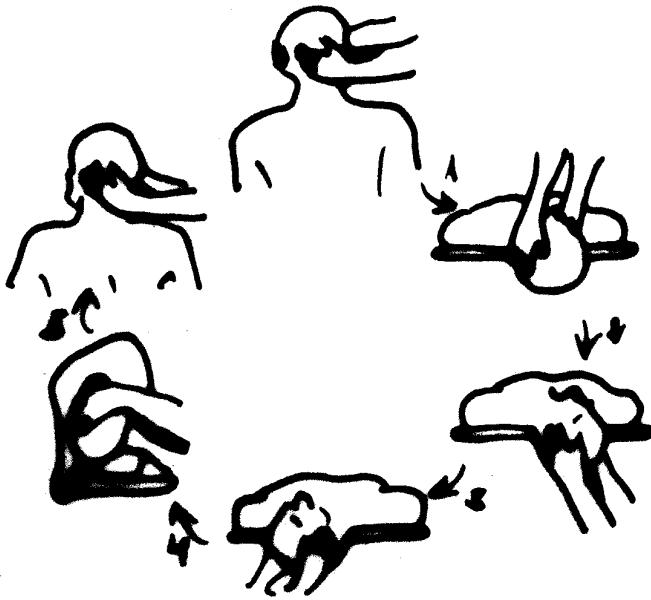


FIGURA 1. Maniobra de Epley

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Management of benign paroxysmal positional vértigo. Evidence-Based Medicine.2010.15(4);128-132.
2. T.D.Fife, D.J. Iverson, T. Lampert, et al.Practice Parameter: Therapies for benign paroxysmal positional vértigo( an evidence-based review): Report of Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology.2008; 70; 2067
3. N. Pérez Fernandez, M.J. Pastor Fortea. El sistema vestibular y sus alteraciones. Vértigo posicional. Edit MASSON,SA.1999;(2);341-350
4. Terry D.Fife. Benign Paroxysmal Positional Vértigo. Seminars in neurology.2009; 29(5):500-508
5. José A. López-Escámez. Abordaje práctico del vértigo posicional paroxístico benigno recurrente. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008; 59(8):413-9