



## Diagnóstico y tratamiento del vértigo posicional paroxístico benigno: revisión de literatura

Diagnosis and treatment of benign paroxysmal positional vertigo: literature review

**Arianna Kamila Vargas Calapaqui**

Universidad de las Américas  
ORCID: 0009-0006-2483-8926

**Luis Geovanny Escobar Ronquillo**

UEESCLINIC  
ORCID: 0000-0001-8007-6336

**Alex Fabián Alvarado Sosa**

Universidad UTE  
ORCID: 0009-0005-4893-3509

**Marjorie Estefania Aguilar Manzano**

Universidad UTE  
ORCID: 0009-0006-8547-6893

**Luis Eduardo Sánchez Abadiano**

Universidad Central del Ecuador  
ORCID: 0000-0001-9833-2465

**Andrés Israel Jiménez Jiménez**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
ORCID: 0009-0009-2785-2186

**Cynthia Yesenia Urbina Aucancela**

Hospital Alfredo Noboa Montenegro  
ORCID: 0009-0006-4226-2684

**Magno Germán Naranjo Jiménez**

Universidad de las Américas  
ORCID: 0009-0002-9574-4688

### RESUMEN

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es una de las causas más comunes de vértigo periférico, caracterizado por episodios breves de mareo intenso desencadenados por cambios en la posición de la cabeza. Este artículo de revisión narrativa aborda los aspectos fundamentales del diagnóstico y tratamiento del VPPB, destacando los avances recientes en la literatura médica. El diagnóstico se basa principalmente en la historia clínica y en pruebas específicas, como la maniobra de Dix-Hallpike y la prueba de giro cefálico, que permiten identificar el canal semicircular afectado. En cuanto al tratamiento, las maniobras de reposicionamiento canalicular, como la maniobra de Epley y la maniobra de Semont, han demostrado ser altamente efectivas para resolver los síntomas en la mayoría de los casos. En situaciones más complejas o recurrentes, se analizan opciones adicionales como la rehabilitación vestibular y, en casos excepcionales, intervenciones quirúrgicas. Esta revisión destaca la importancia de un enfoque clínico preciso y actualizado para el manejo del VPPB, subrayando la necesidad de personal médico capacitado para su correcta identificación y tratamiento, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

**Palabras clave:** Vértigo posicional paroxístico benigno, nistagmo, pruebas vestibulares, maniobras de reposicionamiento, rehabilitación vestibular.

### ABSTRACT

Benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) is one of the most common causes of peripheral vertigo, characterized by brief episodes of intense dizziness triggered by changes in the position of the head. This narrative review article addresses the fundamental aspects of the diagnosis and treatment of VPPB, highlighting recent advances in medical literature. The diagnosis is mainly based on the medical history and specific tests, such as the Dix-Hallpike maneuver and the cephalic rotation test, which allow identifying the affected semicircular channel. As for treatment, the canalicular repositioning maneuvers, such as the Epley maneuver and the Semont maneuver, have proven highly effective in solving symptoms in most cases. In more complex or recurring situations, additional options such as vestibular rehabilitation and, in exceptional cases, surgical interventions are analyzed. This review highlights the importance of an accurate and updated clinical approach for the management of the VPPB, underlining the need for trained medical personnel for correct identification and treatment, in order to improve the quality of life of affected patients.

**Keywords:** Benign paroxysmal positional vertigo, nystagmus, vestibular tests of repositioning, vestibular rehabilitation.

### INTRODUCCIÓN

El vértigo posicional paroxístico benigno es una de las causas más comunes de vértigo periférico y representa un desafío frecuente en la práctica clínica. Este trastorno se caracteriza por episodios breves de vértigo intenso desencadenados por cambios en la posición de la cabeza, lo que puede afectar significativamente la calidad de vida de los pacientes. Aunque el VPPB suele tener un pronóstico favorable, su diagnóstico y tratamiento requieren un enfoque preciso y basado en evidencia para garantizar resultados óptimos. En este artículo de revisión narrativa, se exploran los aspectos más relevantes

del diagnóstico, incluyendo las maniobras clínicas específicas y las herramientas complementarias disponibles. Asimismo, se analizan las opciones terapéuticas actuales, con énfasis en las maniobras de reposicionamiento canalicular y otras intervenciones no invasivas. Este trabajo tiene como objetivo proporcionar una visión integral de los avances recientes en la comprensión y manejo del VPPB, con el fin de apoyar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones fundamentadas y mejorar la atención a los pacientes que padecen esta condición.

## Metodología

Para la elaboración de esta revisión narrativa, se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos biomédicas reconocidas, incluyendo PubMed, Scopus y Cochrane Library. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 10 años para garantizar la actualidad de la información. Los términos de búsqueda empleados fueron: "vértigo posicional paroxístico benigno", "diagnóstico del VPPB", "tratamiento del VPPB" y "maniobras de reposicionamiento". Se aplicaron filtros para seleccionar estudios en inglés y español, priorizando revisiones sistemáticas, guías clínicas, ensayos clínicos y estudios observacionales relevantes. La selección de los artículos fue realizada por los autores, quienes aplicaron criterios de inclusión y exclusión predefinidos. Los criterios de inclusión consideraron estudios con descripciones claras de las técnicas diagnósticas, efectividad de tratamientos y maniobras terapéuticas. Se excluyeron publicaciones duplicadas, estudios con muestras insuficientes o datos no concluyentes. La información recopilada fue analizada y sintetizada de manera cualitativa, destacando los avances más relevantes en el manejo del VPPB.

## Desarrollo

### Definición

El VPPB es una de las causas más comunes de vértigo periférico y se caracteriza por episodios breves de sensación rotatoria desencadenados por cambios en la posición de la cabeza. Este trastorno se origina por el desplazamiento de otoconias desde el utrículo hacia los canales semicirculares del oído interno, lo que altera la dinámica normal de la endolinfa y genera una estimulación inapropiada de las células ciliadas (1).

### Epidemiología

El VPPB es la causa más común de vértigo periférico, representando aproximadamente el 17-42% de los casos de vértigo diagnosticados en la práctica clínica. Su incidencia anual se estima entre 10 y 64 casos por cada 100,000 habitantes, aunque estudios recientes sugieren que esta cifra podría estar subestimada debido a diagnósticos erróneos o falta de reconocimiento clínico. Es más prevalente en mujeres que en hombres, con una proporción aproximada de 2:1, y su incidencia aumenta significativamente con la edad, siendo más común en adultos mayores de 50 años (1).

El VPPB puede presentarse tanto de forma idiopática como secundaria a otras condiciones. La forma idiopática constituye la mayoría de los casos (alrededor del 50-70%), mientras que las causas secundarias incluyen traumatismos craneales, enfermedades del oído interno como la enfermedad de Ménière, migrañas vestibulares, infecciones virales y cirugías otológicas previas. Además, existe una asociación bien documentada entre el VPPB y el envejecimiento, posiblemente debido a la degeneración progresiva del sistema vestibular y los otoconios en el oído interno (2).

Geográficamente, no se han identificado diferencias significativas en la incidencia del VPPB entre distintas regiones del mundo, aunque factores ambientales, genéticos y culturales podrían influir en la percepción y reporte de los síntomas. Es importante destacar que el VPPB no solo afecta la calidad de vida de los pacientes debido a los episodios recurrentes de vértigo, sino que también incrementa el riesgo de caídas, especialmente en poblaciones vulnerables como los ancianos (1,2).

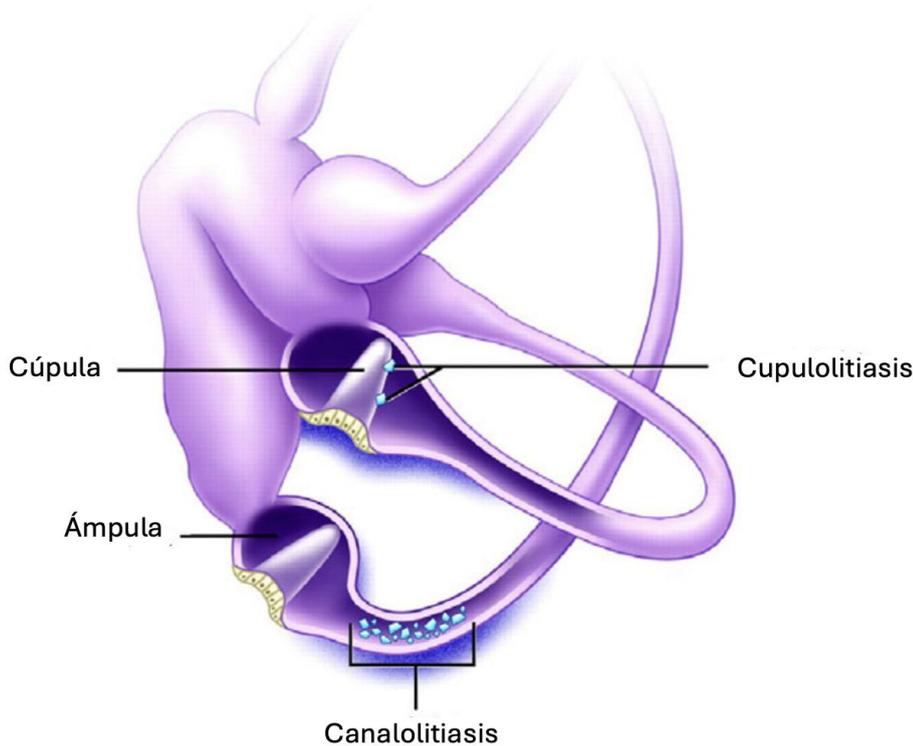
Por último, aunque el pronóstico del VPPB es generalmente favorable con un tratamiento adecuado, las tasas de recurrencia son altas, oscilando entre el 15% y el 50% dentro del primer año posterior al tratamiento. Estos datos subrayan la importancia de un diagnóstico temprano y preciso, así como de estrategias de manejo efectivas para minimizar el impacto funcional y psicológico en los pacientes afectados (2).

### Fisiopatología

El VPPB se origina por una disfunción mecánica en el oído interno. Su fisiopatología se basa en el desplazamiento anómalo de otoconias, pequeñas partículas de carbonato de calcio que normalmente están adheridas a la membrana otolítica del utrículo. Estas otoconias, por diversas causas, se desprenden y migran hacia uno de los canales semicirculares, alterando la dinámica normal de los fluidos endolinfáticos (3).

La teoría más aceptada para explicar el VPPB es la canalolitiasis. Según esta hipótesis, los otolitos libres flotan dentro del canal semicircular afectado, generalmente el canal semicircular posterior, que es el más comúnmente involucrado debido a su orientación anatómica. Durante ciertos movimientos de la cabeza, estas partículas generan un desplazamiento anómalo de la endolinfa, lo que estimula de manera inapropiada las células ciliadas del canal semicircular. Esto resulta en una activación errónea del nervio vestibular, que el cerebro interpreta como una sensación de rotación o vértigo (3).

Otra teoría complementaria es la cupulolitiasis, aunque menos frecuente. En este caso, los otolitos se adhieren directamente a la cúpula del canal semicircular, aumentando su peso y sensibilidad a los cambios posicionales. Esto provoca una respuesta vestibular exagerada y prolongada al estímulo posicional (figura 1) (4).



**Figura 1.** Demostración de canalitiasis del canal posterior y la cupulolitiasis del canal horizontal (Obtenido de: You et al, 2019)

El VPPB suele estar asociado con episodios de vértigo breves y paroxísticos que son desencadenados por movimientos específicos de la cabeza, como girarse en la cama, inclinarse hacia adelante o mirar hacia arriba. Este trastorno puede ser idiopático, pero también se ha relacionado con traumatismos craneales, infecciones virales del oído interno, cirugía otológica y envejecimiento, que predisponen al desprendimiento de las otoconias (3).

Desde el punto de vista neurofisiológico, el VPPB implica una discordancia entre las señales vestibulares y las visuales o somatosensoriales, lo que genera síntomas como náuseas, desequilibrio e inestabilidad postural. Este desajuste también activa reflejos vestibulo-oculares anormales, responsables del nistagmo característico observado durante las maniobras diagnósticas como la maniobra de Dix-Hallpike (4).

## Diagnóstico

### - Manifestaciones clínicas típicas

El VPPB se caracteriza por episodios breves de vértigo que se desencadenan típicamente por cambios en la posición de la cabeza con respecto a la gravedad. Estas manifestaciones clínicas suelen presentarse de manera súbita y se describen como una sensación rotatoria intensa que puede durar desde unos pocos segundos hasta un minuto. Los pacientes frecuentemente reportan que los síntomas se agravan al girar en la cama, inclinarse hacia adelante o extender la cabeza hacia atrás. Aunque el VPPB no suele estar asociado con déficits neurológicos focales, puede ir acompañado de náuseas, vómitos y desequilibrio transitorio. Es importante destacar que, entre los subtipos de VPPB, el que afecta al canal semicircular posterior es el más común, seguido del canal horizontal y, en raras ocasiones, el canal anterior. La identificación precisa de estas manifestaciones clínicas es fundamental para orientar el diagnóstico y diferenciar el VPPB de otras causas de vértigo central o periférico (5).

### - Herramientas diagnósticas

El diagnóstico del VPPB se basa en una combinación de historia clínica detallada, exploración física y pruebas específicas diseñadas para identificar la presencia de otoconias desplazadas en los canales semicirculares del oído interno. A continuación, se describen las herramientas diagnósticas más importantes utilizadas en la práctica clínica (6):

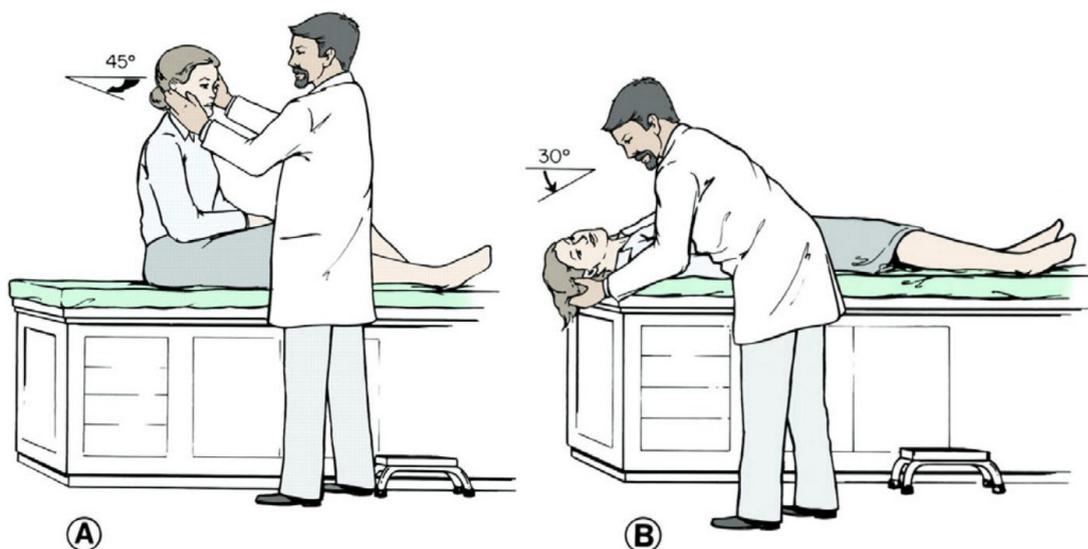
#### 1. Historia clínica

La anamnesis desempeña un papel fundamental en la identificación del VPPB. Es esencial indagar sobre las

características del vértigo, incluyendo su inicio, duración, factores desencadenantes y síntomas asociados. El VPPB típicamente se caracteriza por episodios breves de vértigo que son provocados por cambios en la posición de la cabeza, como al girarse en la cama, inclinarse o mirar hacia arriba. La ausencia de síntomas neurológicos focales y la naturaleza episódica ayudan a diferenciar el VPPB de otras causas de vértigo (6).

## 2. Maniobra de Dix-Hallpike

La maniobra de Dix-Hallpike es el estándar de oro para diagnosticar el VPPB, especialmente cuando se sospecha afectación del canal semicircular posterior, que es el más frecuentemente involucrado. Durante esta prueba, el paciente es colocado rápidamente desde una posición sentada a una posición supina con la cabeza girada hacia un lado en un ángulo de 45 grados y extendida 20-30 grados más allá del borde de la camilla. Un nistagmo torsional y vertical hacia arriba, acompañado de vértigo subjetivo, confirma el diagnóstico de VPPB del canal posterior en el lado evaluado (figura 2) (7).



**Figura 2.** Maniobra de Dix-Hallpike (oído derecho). A, el paciente está sentado con la cabeza girada a 45 grados. B, el paciente se baja rápidamente a la posición supina con el cuello extendido por debajo del nivel de la mesa. Con la cabeza extendida, el examinador observa al paciente en busca de nistagmo (Obtenido de: You et al, 2019).

## 3. Maniobra de supino con giro cefálico (Roll Test)

Cuando se sospecha afectación del canal semicircular horizontal, se utiliza la maniobra de supino con giro cefálico. El paciente es colocado en posición supina con la cabeza elevada unos 30 grados. Luego, se gira la cabeza rápidamente hacia un lado y posteriormente hacia el otro. La presencia de nistagmo horizontal, ya sea geotrópico o ageotrópico, es indicativa de VPPB del canal horizontal (7).

Es fundamental realizar estas maniobras con precaución, especialmente en pacientes con limitaciones físicas, cervicales o cardiovasculares. La interpretación adecuada del tipo y dirección del nistagmo es crucial para determinar el canal afectado y planificar el tratamiento correspondiente. Además, debe descartarse la presencia de signos neurológicos centrales que podrían indicar una etiología diferente al VPPB (7).

## 4. Videonistagmografía (VNG)

La videonistagmografía puede ser utilizada para registrar y analizar los movimientos oculares durante las maniobras diagnósticas. Durante el procedimiento, se evalúan varias características del nistagmo, como su dirección, latencia, duración e intensidad. Estas características ayudan a determinar qué canal semicircular está afectado y a diferenciar el VPPB de otras causas de vértigo central o periférico. Por ejemplo, un nistagmo torsional-vertical hacia arriba suele indicar afectación del canal semicircular posterior, mientras que un nistagmo horizontal sugiere compromiso del canal horizontal. Además de su precisión diagnóstica, la VNG tiene el beneficio adicional de ser no invasiva y bien tolerada por los pacientes. Sin embargo, su interpretación requiere experiencia clínica, ya que los resultados pueden verse influenciados por factores como la cooperación del paciente y la presencia de condiciones oftalmológicas o neurológicas concomitantes (8,9).

## 5. Pruebas vestibulares complementarias

Aunque no son necesarias para confirmar el diagnóstico de VPPB, otras pruebas vestibulares como las pruebas calóricas o el test impulsivo cefálico (Head Impulse Test) pueden ser útiles en casos atípicos o cuando se sospecha una patología vestibular concomitante (9).

## 6. Imágenes diagnósticas

Las imágenes por resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (TC) no son rutinarias en el diagnóstico del VPPB. Sin embargo, pueden ser consideradas en pacientes con síntomas atípicos o persistentes para descartar causas centrales de vértigo o lesiones estructurales (9,10).

### - Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del VPPB es fundamental para distinguir esta condición de otras patologías que también cursan con episodios de vértigo. Entre las principales entidades a considerar se encuentran la enfermedad de Ménière, la migraña vestibular, la neuritis vestibular y los tumores del ángulo pontocerebeloso, como el schwannoma vestibular (10).

Mientras que el VPPB se caracteriza por episodios breves de vértigo desencadenados por cambios en la posición de la cabeza y asociados típicamente a nistagmo posicional, otras condiciones presentan patrones clínicos diferentes. Por ejemplo, la enfermedad de Ménière suele acompañarse de hipoacusia fluctuante, acúfenos y sensación de plenitud ótica, mientras que la migraña vestibular puede manifestarse con vértigo recurrente no relacionado necesariamente con movimientos específicos y acompañado de síntomas migrañosos como fotofobia o cefalea. La neuritis vestibular, por su parte, se presenta con vértigo prolongado y desequilibrio sin síntomas auditivos, y los tumores del ángulo pontocerebeloso pueden generar vértigo progresivo junto con pérdida auditiva unilateral (10).

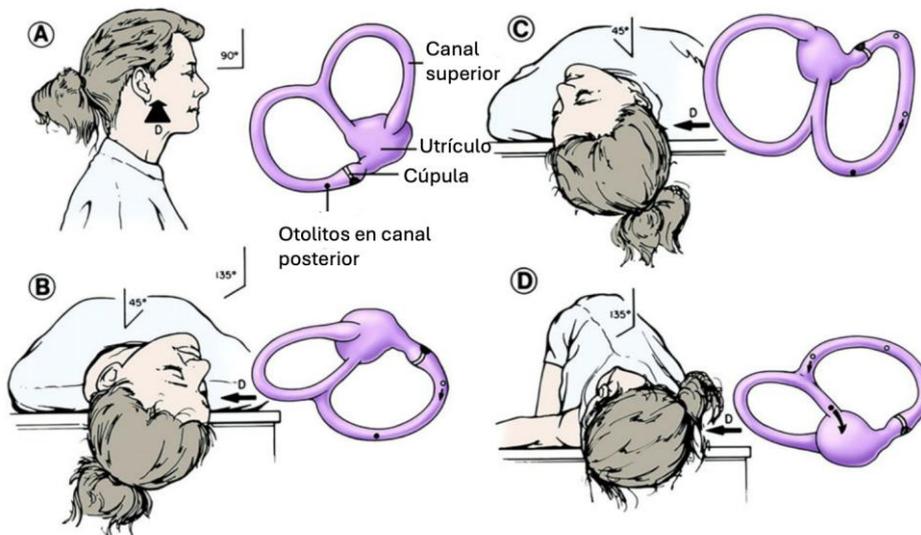
La realización de una historia clínica detallada, pruebas específicas como la maniobra de Dix-Hallpike, y estudios complementarios, cuando sean necesarios, son esenciales para establecer un diagnóstico preciso y evitar errores que puedan retrasar el tratamiento adecuado (11).

## Tratamiento

### - Maniobras de reposicionamiento

El tratamiento del VPPB se centra en maniobras de reposicionamiento, las cuales buscan aprovechar la gravedad y los movimientos específicos de la cabeza para guiar las partículas otolíticas fuera de los canales semicirculares afectados. Cada maniobra está diseñada según el canal semicircular comprometido (posterior, horizontal o anterior). Estas técnicas son altamente eficaces y suelen proporcionar alivio sintomático inmediato o a corto plazo. Entre las maniobras más utilizadas se encuentran (12):

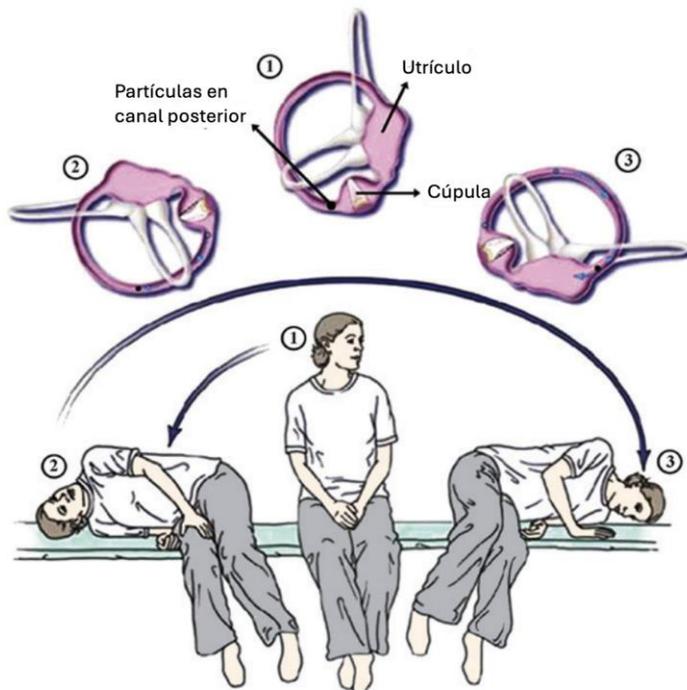
**Maniobra de Epley:** Es una técnica ampliamente utilizada en el tratamiento del VPPB, especialmente en los casos en que se identifica el canal semicircular posterior como el afectado. Este procedimiento consiste en una serie de movimientos secuenciales diseñados para reposicionar las partículas otolíticas desplazadas dentro del canal semicircular hacia el utrículo, donde ya no provocan síntomas (13). La maniobra se realiza con el paciente en posición supina y requiere una rotación controlada de la cabeza y el cuerpo bajo la supervisión de un profesional capacitado (figura 3). Su efectividad ha sido demostrada en múltiples estudios, con tasas de resolución de síntomas que superan el 80 % tras una o dos sesiones. Es fundamental instruir al paciente sobre posibles efectos secundarios transitorios, como mareo o náuseas, y la necesidad de evitar movimientos bruscos durante las horas posteriores al procedimiento. En casos refractarios o con recurrencias frecuentes, se puede considerar repetir la maniobra o explorar otras variantes terapéuticas. La maniobra de Epley sigue siendo un pilar en el manejo del VPPB debido a su simplicidad, seguridad y alta eficacia (13,14).



**Figura 3.** Maniobra de reposicionamiento de otolitos (oído derecho). A, el paciente está sentado como se ve desde el

lado derecho. B, primer paso de la maniobra de reposicionamiento de partículas y la misma posición asumida durante la cinta cinematográfica normal. Esta posición se mantiene durante 1-2 minutos. C, la cabeza del paciente gira hacia el lado opuesto, mientras que el cuello permanece extendido. D, en un movimiento estable, el paciente se enrolla sobre el lado opuesto. La posición D se mantiene durante otros 1-2 minutos antes de que el paciente se sienta a la posición A. (Obtenido de: You et al, 2019),

**Maniobra de Semont:** Esta maniobra es utilizada en el tratamiento del VPPB, especialmente en los casos asociados al canal semicircular posterior. Este procedimiento tiene como objetivo movilizar los otolitos desplazados dentro del canal afectado hacia el utrículo, donde ya no provocan síntomas. La maniobra se realiza trasladando al paciente de una posición sentada a una posición lateral rápida sobre el lado afectado, seguida de un movimiento brusco hacia el lado opuesto, manteniendo la cabeza en una orientación específica (figura 4) (14). Este cambio rápido de posición genera una fuerza que facilita el desplazamiento de los otolitos. Aunque es menos conocida que la maniobra de Epley, la maniobra de Semont ha demostrado ser eficaz en numerosos estudios, con tasas de éxito que varían entre el 70% y el 90%. No obstante, puede resultar incómoda para algunos pacientes debido a la velocidad de los movimientos, y debe realizarse con precaución en personas con limitaciones físicas o afecciones cervicales. Su correcta ejecución y la identificación precisa del canal afectado son esenciales para maximizar sus beneficios terapéuticos (15).



**Figura 4.** Maniobra de Semont para el tratamiento del VPPB de canal posterior (Obtenido de: Tang et al, 2017)

**Maniobra de Lempert:** También conocida como maniobra de barbaoca, es una técnica utilizada en el tratamiento del VPPB, en los casos que afectan al canal semicircular horizontal. Este procedimiento busca reposicionar los otolitos desplazados hacia el utrículo, donde dejan de generar estímulos anómalos en el sistema vestibular. Para realizarla, se coloca al paciente en posición supina con la cabeza ligeramente elevada y se realiza una rotación cefálica lenta y controlada en un arco de 360 grados, dividida en etapas de 90 grados. Cada posición se mantiene durante aproximadamente 30 segundos o hasta que cesen los síntomas vertiginosos (16). Es fundamental que el profesional de salud instruya al paciente sobre la importancia de evitar movimientos bruscos posteriores al procedimiento para minimizar el riesgo de recurrencia. La maniobra de Lempert es considerada segura y eficaz, con altas tasas de éxito cuando se realiza correctamente, siendo una herramienta clave en el manejo del VPPB del canal horizontal. Sin embargo, su implementación debe ser personalizada según la tolerancia del paciente y la experiencia del clínico (17).

**Maniobra de Gufoni:** Esta maniobra se utiliza en los casos asociados al canal semicircular horizontal. Para realizarla, el paciente se sienta en una camilla y luego se le indica que se recueste rápidamente hacia el lado no afectado, manteniendo esta posición por aproximadamente 30 segundos. Posteriormente, se gira la cabeza 45 grados hacia el suelo, permaneciendo así por un tiempo similar antes de regresar lentamente a la posición inicial (18). La maniobra es sencilla, bien tolerada y puede ser realizada en consulta sin necesidad de equipo especializado. Su eficacia ha sido respaldada por diversos estudios, demostrando una alta tasa de resolución de los síntomas en pacientes con VPPB del canal horizontal. Sin embargo, como en cualquier intervención, es fundamental una correcta evaluación diagnóstica previa para determinar el canal afectado y garantizar la efectividad del tratamiento (18).

### - Opciones terapéuticas adicionales en casos resistentes

En los casos de VPPB que no responden a las maniobras de reposicionamiento habituales, es fundamental considerar opciones terapéuticas adicionales para garantizar una mejoría clínica y evitar complicaciones asociadas. Estas estrategias están orientadas a pacientes con cuadros persistentes o recurrentes, así como a aquellos en los que se sospecha una variante atípica del VPPB (19).

Entre las alternativas terapéuticas más destacadas se encuentran:

1. Repetición de maniobras de reposicionamiento: Aunque en la mayoría de los pacientes una única sesión de maniobras es suficiente, algunos casos resistentes pueden requerir sesiones repetidas o la combinación de diferentes técnicas, como las maniobras de Epley, Semont o Gufoni, adaptadas al canal afectado (19).

2. Fisioterapia vestibular: La rehabilitación vestibular puede ser útil en pacientes con síntomas residuales o desequilibrio persistente tras el tratamiento inicial. Este enfoque incluye ejercicios específicos para mejorar la compensación vestibular y reducir la dependencia visual (19).

3. Farmacoterapia: En casos seleccionados, el uso de medicamentos como supresores vestibulares (betahistina o benzodiazepinas) puede ser considerado de manera temporal para aliviar los síntomas mientras se realizan las maniobras terapéuticas. No obstante, su uso prolongado no está recomendado debido al riesgo de interferir con la compensación central (19).

4. Intervenciones quirúrgicas: En casos extremadamente raros y refractarios al tratamiento conservador, se puede considerar la opción quirúrgica. La oclusión del canal semicircular afectado es una alternativa que ha mostrado resultados favorables en pacientes seleccionados, aunque debe reservarse como último recurso (19).

### Pronóstico y seguimiento

El pronóstico del VPPB es generalmente favorable, dado que la mayoría de los pacientes experimentan una resolución completa de los síntomas tras el tratamiento adecuado, como las maniobras de reposicionamiento canalicular. Sin embargo, es importante destacar que hasta un 15-20% de los casos pueden presentar recurrencias, lo que subraya la necesidad de un seguimiento clínico adecuado. Factores como la edad avanzada, antecedentes de traumatismos craneales y enfermedades vestibulares previas pueden influir en la probabilidad de recaídas (20).

El seguimiento debe incluir una reevaluación periódica para identificar posibles recurrencias y evaluar la eficacia del tratamiento aplicado. Además, en casos de persistencia o recurrencia frecuente, es crucial descartar otras etiologías vestibulares o neurológicas subyacentes mediante estudios complementarios, como pruebas vestibulares avanzadas o neuroimagen. La educación al paciente también juega un papel fundamental, ya que el conocimiento sobre la naturaleza benigna del trastorno y las estrategias de manejo puede reducir la ansiedad asociada a los episodios y mejorar la adherencia al tratamiento (20).

### Avances recientes y perspectivas futuras

En los últimos años, se han observado avances significativos en el diagnóstico y tratamiento del VPPB. La implementación de herramientas diagnósticas como el videonistagmografía ha permitido una evaluación más precisa de los movimientos oculares, facilitando la identificación de los canales semicirculares afectados. Asimismo, se han desarrollado maniobras terapéuticas más refinadas, como las modificaciones de las técnicas de Epley y Semont, que han demostrado una mayor eficacia y comodidad para los pacientes. En el ámbito farmacológico, aunque el tratamiento del VPPB sigue siendo predominantemente no medicamentoso, se están investigando opciones que podrían complementar las maniobras físicas en casos resistentes o recurrentes (21).

Por otro lado, los estudios sobre la fisiopatología del VPPB han revelado nuevos datos sobre la formación y desplazamiento de los otolitos, lo que abre la puerta a estrategias preventivas innovadoras. En cuanto a las perspectivas futuras, se espera que la integración de tecnologías como la inteligencia artificial y la realidad virtual optimice tanto el diagnóstico como el entrenamiento de maniobras terapéuticas. Además, el enfoque multidisciplinario, que incluye otorrinolaringólogos, neurólogos y fisioterapeutas especializados, promete mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes. Estos avances no solo refuerzan la importancia de un abordaje personalizado, sino que también subrayan la necesidad de continuar investigando para resolver las limitaciones actuales en el manejo del VPPB (21).

### Conclusión

El vértigo posicional paroxístico benigno es una de las causas más comunes de vértigo periférico, caracterizado por episodios breves de mareo inducidos por cambios en la posición de la cabeza. Su diagnóstico se basa principalmente en una historia clínica detallada y la realización de maniobras específicas como la de Dix-Hallpike, que permiten identificar la afectación del canal semicircular correspondiente. El tratamiento del VPPB ha mostrado ser altamente efectivo mediante

maniobras de reposicionamiento canalicular, como la maniobra de Epley o la de Semont, dirigidas a movilizar los otolitos hacia el utrículo. Estas intervenciones no invasivas presentan altas tasas de éxito y mínimas complicaciones, consolidándose como el estándar terapéutico en la práctica clínica. A pesar de los avances en el entendimiento y manejo del VPPB, es fundamental continuar promoviendo investigaciones que permitan optimizar el diagnóstico diferencial, especialmente en casos atípicos o recurrentes, y desarrollar estrategias que mejoren la calidad de vida de los pacientes. La educación a los profesionales de la salud y a los pacientes sigue siendo clave para garantizar un manejo adecuado y oportuno.

## REFERENCIAS

1. You P, Instrum R, Parnes L. Benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2018 Dec 14;4(1):116-123. doi: 10.1002/lio2.230.
2. Imai T, Inohara H. Benign paroxysmal positional vertigo. *Auris Nasus Larynx*. 2022 Oct;49(5):737-747. doi: 10.1016/j.anl.2022.03.012.
3. Nahm H, Han K, Shin JE, Kim CH. Benign Paroxysmal Positional Vertigo in the Elderly: A Single-center Experience. *Otol Neurotol*. 2019 Dec;40(10):1359-1362. doi: 10.1097/MAO.0000000000002385.
4. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, et al. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017 Mar;156(3\_suppl):S1-S47. doi: 10.1177/0194599816689667.
5. Ciorba A, Cogliandolo C, Bianchini C, Aimoni C, Pelucchi S, Skarżyński PH, Hatzopoulos S. Clinical features of benign paroxysmal positional vertigo of the posterior semicircular canal. *SAGE Open Med*. 2019 Jan 2;7:2050312118822922. doi: 10.1177/2050312118822922.
6. Kim HJ, Park J, Kim JS. Update on benign paroxysmal positional vertigo. *J Neurol*. 2021 May;268(5):1995-2000. doi: 10.1007/s00415-020-10314-7. Epub 2020 Nov 24. Erratum in: *J Neurol*. 2021 May;268(5):2001. doi: 10.1007/s00415-021-10476-y.
7. Imai T, Takeda N, Ikezono T, Shigeno K, Asai M, et al; Committee for Standards in Diagnosis of Japan Society for Equilibrium Research. Classification, diagnostic criteria and management of benign paroxysmal positional vertigo. *Auris Nasus Larynx*. 2017 Feb;44(1):1-6. doi: 10.1016/j.anl.2016.03.013.
8. Cole SR, Honaker JA. Benign paroxysmal positional vertigo: Effective diagnosis and treatment. *Cleve Clin J Med*. 2022 Nov 1;89(11):653-662. doi: 10.3949/ccjm.89a.21057.
9. Lou Y, Cai M, Xu L, Wang Y, Zhuang L, Liu X. Efficacy of BPPV diagnosis and treatment system for benign paroxysmal positional vertigo. *Am J Otolaryngol*. 2020 May-Jun;41(3):102412. doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102412
10. Pérez-Vázquez P, Franco-Gutiérrez V, Soto-Varela A, Amor-Dorado JC, Martín-Sanz E, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Benign Paroxysmal Positional Vertigo Otolaryngology Committee of Spanish Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery Consensus Document. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2018 Nov-Dec;69(6):345-366. English, Spanish. doi: 10.1016/j.otorri.2017.05.001.
11. Power L, Murray K, Szmulewicz DJ. Characteristics of assessment and treatment in Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). *J Vestib Res*. 2020;30(1):55-62. doi: 10.3233/VES-190687.
12. Tang H, Li W. Advances in the diagnosis and treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *Exp Ther Med*. 2017 Sep;14(3):2424-2430. doi: 10.3892/etm.2017.4837.
13. Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Dec 8;2014(12):CD003162. doi: 10.1002/14651858.CD003162.pub3.
14. Strupp M, Mandala M, Vinck AS, Van Breda L, Salerni L, et al. The Semont-Plus Maneuver or the Epley Maneuver in Posterior Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo: A Randomized Clinical Study. *JAMA Neurol*. 2023 Aug 1;80(8):798-804. doi: 10.1001/jamaneurol.2023.1408.
15. Liu Y, Wang W, Zhang AB, Bai X, Zhang S. Epley and Semont maneuvers for posterior canal benign paroxysmal positional vertigo: A network meta-analysis. *Laryngoscope*. 2016 Apr;126(4):951-5. doi: 10.1002/lary.25688.
16. Hwu V, Burris AK, Pavolko JR, Sawyer DT, Greenberg MR, Burmeister DB. Utilization of the Lempert Maneuver for Benign Paroxysmal Positional Vertigo in the Emergency Department. *Cureus*. 2022 Apr 19;14(4):e24288. doi: 10.7759/cureus.24288.
17. Gold DR, Morris L, Kheradmand A, Schubert MC. Repositioning maneuvers for benign paroxysmal positional vertigo. *Curr Treat Options Neurol*. 2014 Aug;16(8):307. doi: 10.1007/s11940-014-0307-4.
18. Pérez P, Franco V. Treatment of benign paroxysmal positional vertigo. A clinical review. *J Otol*. 2017 Dec;12(4):165-173. doi: 10.1016/j.joto.2017.08.004.
19. Mandalà M, Salerni L, Nuti D. Benign Positional Paroxysmal Vertigo Treatment: a Practical Update. *Curr Treat Options Neurol*. 2019 Dec 5;21(12):66. doi: 10.1007/s11940-019-0606-x.
20. Madrigal J, Manzari L, Figueroa JJ, Castillo-Bustamante M. Understanding Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) and Its Impact on Quality of Life: A Systematic Review. *Cureus*. 2024 Jun 24;16(6):e63039. doi: 10.7759/cureus.63039.
21. Madrigal J, Zuma E Maia F, Cal R, Faria B, et al. Addressing the Overlapping Challenges of Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) and Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD): Impacts and Integrated Management. *Cureus*. 2024 Oct 21;16(10):e72019. doi: 10.7759/cureus.72019