



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## Maniobra de Epley (cambio de posición canalicular) para el vértigo posicional paroxístico benigno (Revisión)

Hilton MP, Pinder DK

Hilton MP, Pinder DK.

The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo (Maniobra de Epley (cambio de posición canalicular) para el vértigo posicional paroxístico benigno).

*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD003162.

DOI: [10.1002/14651858.CD003162.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003162.pub3).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

**Maniobra de Epley (cambio de posición canalicular) para el vértigo posicional paroxístico benigno (Revisión)**

Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

**WILEY**

[Revisión de intervención]

# Maniobra de Epley (cambio de posición canalicular) para el vértigo posicional paroxístico benigno

Malcolm P Hilton<sup>1</sup>, Darren K Pinder<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ENT Department, Royal Devon and Exeter NHS Trust, Exeter, UK. <sup>2</sup>Department of Otolaryngology, Royal United Hospital, Bath, UK

**Dirección de contacto:** Malcolm P Hilton, ENT Department, Royal Devon and Exeter NHS Trust, Barrack Road, Exeter, Devon, EX2 5DW, UK. [malcolmhilton@nhs.net](mailto:malcolmhilton@nhs.net).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de ORL.

**Estado y fecha de publicación:** Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (con cambios en las conclusiones), publicada en el número 12, 2014.

**Referencia:** Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo (Maniobra de Epley (cambio de posición canalicular) para el vértigo posicional paroxístico benigno). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD003162. DOI: [10.1002/14651858.CD003162.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003162.pub3).

Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

Ésta es una actualización de una revisión Cochrane publicada por primera vez en *The Cochrane Library*, número 1, 2002 y actualizada previamente en 2004 y 2007.

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es un síndrome caracterizado por episodios breves de vértigo asociado con cambios rápidos en la posición de la cabeza. El vértigo es una causa común de consultas en la atención primaria y los consultorios de especialistas en otorrinolaringología. Los enfoques terapéuticos actuales incluyen ejercicios de rehabilitación y maniobras físicas, incluida la maniobra de Epley.

### Objetivos

Evaluar la efectividad de la maniobra de Epley para el VPPB del canal posterior.

### Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Enfermedades de Oído, Nariz y Garganta (Cochrane Ear, Nose and Throat Disorders Group); CENTRAL; PubMed; EMBASE; CINAHL; Web of Science; Cambridge Scientific Abstracts; ICTRP y fuentes adicionales de ensayos publicados y no publicados. La fecha de la búsqueda más reciente fue el 23 de enero 2014.

### Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorios de la maniobra de Epley versus placebo, ningún tratamiento u otro tratamiento activo para los adultos diagnosticados con VPPB del canal posterior (incluida una prueba Dix-Hallpike positiva). El resultado primario de interés fue la resolución completa de los síntomas de vértigo. Los resultados secundarios fueron la conversión de una prueba Dix-Hallpike "positiva" a una prueba Dix-Hallpike "negativa" y los efectos adversos del tratamiento.

### Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar previstos por la Colaboración Cochrane.

### Resultados principales

Se incluyeron 11 ensayos en la revisión, con un total de 745 pacientes.

Cinco estudios compararon la eficacia de la maniobra de Epley versus una maniobra simulada, tres versus otras maniobras de cambio de posición de las partículas (Semont, Brandt-Daroff y Gans) y tres versus un control (ningún tratamiento, medicación solamente, restricción postural). Los pacientes fueron tratados en servicios hospitalarios de otorrinolaringología en ocho estudios y en centros de salud familiar en dos estudios. Todos los pacientes eran adultos de 18 a 90 años de edad, con una razón de sexo de 1:1,5 masculino a femenino.

Había un bajo riesgo de sesgo general en los estudios incluidos. Todos los estudios fueron aleatorios y seis aplicaron técnicas de asignación externas o de sobres sellados. Ocho de los ensayos realizaron el cegamiento de los evaluadores al grupo de tratamiento de los participantes, y los datos de todos los resultados para todos los participantes se informaron en ocho de los 11 estudios.

### **Resolución completa del vértigo**

La resolución completa del vértigo ocurrió significativamente más a menudo en el grupo de tratamiento con maniobra de Epley en comparación con una maniobra simulada o el control (odds ratio [OR] 4,42; intervalo de confianza [IC] del 95%: 2,62 a 7,44; cinco estudios, 273 participantes); la proporción de pacientes que presentaron la resolución aumentó de un 21% a un 56%. Ninguno de los ensayos que compararon la maniobra de Epley versus otras maniobras de cambio de posición de las partículas informó la resolución del vértigo como un resultado.

### **Conversión del resultado de la prueba posicional de Dix-Hallpike de positivo a negativo**

La conversión de una prueba Dix-Hallpike de positiva a negativa favoreció significativamente al grupo de tratamiento con maniobra de Epley en comparación con una maniobra simulada o el control (OR 9,62; IC del 95%: 6,0 a 15,42; ocho estudios, 507 participantes). No hubo diferencias al comparar la maniobra de Epley con la de Semont (dos estudios, 117 participantes) o la maniobra de Epley con la de Gans (un estudio, 58 participantes). En un estudio un único tratamiento con maniobra de Epley fue más efectivo que una semana de ejercicios de Brandt-Daroff tres veces al día (OR 12,38; IC del 95%: 4,32 a 35,47; 81 participantes).

### **Efectos adversos**

Los efectos adversos se informaron con poca frecuencia. No hubo efectos adversos graves del tratamiento. Las tasas de náuseas durante la maniobra de cambio de posición variaron de un 16,7% a un 32%. Algunos pacientes no pudieron tolerar las maniobras debido a problemas en la columna cervical.

### **Conclusiones de los autores**

Hay pruebas de que la maniobra de Epley es un tratamiento seguro y efectivo para el VPPB del canal posterior, basado en los resultados de 11 ensayos controlados aleatorios, en su mayoría pequeños, con un seguimiento relativamente corto. Hay una tasa alta de recurrencia de VPPB después del tratamiento (36%). Los resultados para el tratamiento con maniobra de Epley son equivalentes al tratamiento con maniobras de Semont y de Gans, aunque superiores a los ejercicios de Brandt-Daroff.

## **RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS**

### **Maniobra de Epley para el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB)**

#### **Antecedentes**

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es causado por un cambio rápido en el movimiento de la cabeza. El paciente siente que él o su entorno se está moviendo o rotando. Las causas comunes son el traumatismo craneoencefálico o la infección del oído. El VPPB puede ser causado por partículas en el conducto semicircular del oído interno que siguen moviéndose cuando la cabeza ha dejado de moverse. Este hecho provoca una sensación de movimiento constante que entra en conflicto con otra información sensorial. La maniobra de Epley es un tratamiento realizado por un médico (u otro personal de salud con el entrenamiento apropiado, p.ej. científico audiológico, fisioterapeuta) e incluye una serie de cuatro movimientos de la cabeza y el cuerpo desde sentarse hasta acostarse, rodar y nuevamente sentarse. Se cree que funciona al mover el desecho del canal fuera del canal semicircular. El vínculo a continuación demuestra en video la forma en que se realiza la maniobra de Epley.

#### **Características de los estudios**

Se incluyeron 11 estudios en la revisión, con un total de 745 participantes. Cinco estudios (334 pacientes) compararon la eficacia de la maniobra de Epley versus una maniobra simulada, tres versus otras maniobras para el cambio de posición de las partículas (Semont, Brandt-Daroff y Gans) y tres versus un control (ningún tratamiento, medicación solamente, restricción postural). Los pacientes fueron tratados en servicios hospitalarios de otorrinolaringología (oreja, nariz y garganta) en ocho estudios y en centros de salud familiar en dos estudios. Todos los pacientes eran adultos de 18 a 90 años de edad, con una razón de sexo de 1:1,5 masculino a femenino.

#### **Resultados clave**

Para la resolución del vértigo la maniobra de Epley fue significativamente más efectiva que una maniobra simulada o el control. Ninguno de los ensayos que comparó la maniobra de Epley versus otras maniobras para el cambio de posición de las partículas informó la resolución del vértigo como un resultado.

Cuando los estudios consideraron la conversión de una prueba Dix-Hallpike positiva a una negativa (una prueba para diagnosticar el VPPB) en los pacientes, los resultados favorecieron significativamente al grupo de tratamiento de maniobra de Epley en comparación con una maniobra simulada o el control. No hubo diferencias al comparar la maniobra de Epley con la de Semont o la de Gans. En un estudio un único tratamiento con maniobra de Epley fue más efectivo que una semana de ejercicios de Brandt-Daroff tres veces al día.

No se informaron efectos adversos con frecuencia. No hubo efectos adversos graves del tratamiento. Las tasas de náuseas durante la maniobra de cambio de posición variaron de un 16,7% a un 32%. Algunos pacientes no pudieron tolerar las maniobras debido a problemas en la columna cervical (cuello).

La revisión de los ensayos halló que la maniobra de Epley es segura y efectiva a corto plazo. Otras secuencias específicas de movimientos físicos, las maniobras de Semont y de Gans, presentan resultados similares.

### **Calidad de la evidencia**

Había un bajo riesgo de sesgo general en los estudios incluidos. Todos los ensayos fueron aleatorios, y cinco estudios aplicaron técnicas de asignación externas o de sobres sellados. Siete de los ensayos realizaron el cegamiento de los evaluadores al grupo de tratamiento de los pacientes, y los datos de todos los resultados para todos los participantes fueron informados en la mayoría de los estudios. Estas pruebas son actuales hasta enero de 2014.