

NOTA DE PRENSA

*Semana Internacional de Concienciación sobre los Trastornos del Equilibrio
(del 13 al 19 de septiembre de 2026)*

UN ESTUDIO ESPAÑOL SITÚA EN CASI EL 50% LAS RECAÍDAS DEL VÉRTIGO POSICIONAL A LARGO PLAZO

- La investigación, publicada en 2026 y realizada sobre 361 pacientes, registró recurrencias del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) en el 47,1% de los casos durante un periodo de seguimiento de siete años
- El 37,6% de los pacientes presentaba mareo residual a largo plazo y casi uno de cada cinco había sufrido alguna caída
- La persistencia del mareo después del tratamiento se asoció en el estudio con una probabilidad de caídas 5,7 veces superior
- La SEORL-CCC recuerda que el VPPB es la causa más frecuente de vértigo vestibular episódico y que puede tratarse sin medicamentos mediante maniobras de reposicionamiento

Madrid, 15 de septiembre de 2026. Casi la mitad de los pacientes tratados de vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), un trastorno que provoca episodios breves de vértigo al realizar determinados movimientos o cambios de posición de la cabeza volvió a sufrir algún episodio a largo plazo en un reciente estudio español. La investigación, realizada por especialistas del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Getafe (Madrid) y de la Universidad Europea de Madrid y publicada este año en *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, analizó la evolución de 361 pacientes durante un periodo de seguimiento de siete años y registró recurrencias en el 47,1% de los casos. Además, el 37,6% presentaba mareo residual y el 18,9% había sufrido alguna caída. Otro de sus resultados relevantes fue la relación entre la persistencia del mareo y las caídas: los pacientes con mareo residual presentaron un riesgo 5,7 veces mayor de sufrirlas.

Con motivo de la Semana Internacional de Concienciación sobre los Trastornos del Equilibrio, que se celebra del 13 al 19 de septiembre, la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC) ha querido poner el foco en el vértigo posicional paroxístico benigno, desencadenado por cambios de posición

de la cabeza, recordando que es la causa más frecuente de vértigo episódico, es decir, de crisis de vértigo que aparecen de forma recurrente. Le sigue en frecuencia la migraña vestibular, un tipo de migraña que puede provocar episodios recurrentes de vértigo, acompañados a menudo de dolor de cabeza.

Vértigo al girarse en la cama o mover la cabeza

El vértigo posicional paroxístico benigno provoca crisis habitualmente breves desencadenadas por determinados cambios de posición de la cabeza. Girarse en la cama, acostarse o incorporarse, agacharse o mirar hacia arriba son algunos de los movimientos que pueden provocar repentinamente la sensación de que la persona o el entorno están girando.

Su origen se encuentra en el oído interno. En su forma más habitual, pequeñas partículas de carbonato cálcico denominadas otoconias se desprenden de la zona en la que se encuentran normalmente y penetran en alguno de los canales semicirculares, estructuras del oído interno que participan en el sentido del equilibrio. Cuando la cabeza cambia de posición, estas partículas se desplazan y generan una información anómala de movimiento.

Esta circunstancia explica también por qué algunas personas atribuyen inicialmente el problema a las cervicales. El vértigo aparece al girar o mover la cabeza, pero en el VPPB no es el movimiento del cuello el que origina el trastorno, sino el desplazamiento de las partículas dentro del oído interno.

“Muchos pacientes relacionan el vértigo con las cervicales porque aparece precisamente cuando giran la cabeza. Sin embargo, el hecho de que el vértigo aparezca con un movimiento de la cabeza no significa que su origen esté en el cuello”, señala el Dr. Juan Manuel Espinosa Sánchez, presidente de la Comisión de Otoneurología de la SEORL-CCC.

Recurrencias, mareo residual y caídas

La posibilidad de que el VPPB vuelva a aparecer después de haber sido tratado ya había sido ampliamente descrita por la literatura científica. Una revisión publicada en 2024 encontró tasas de recurrencia de entre el 13,7% y el 23% en estudios con seguimientos inferiores a un año y de entre el 13,3% y el 65% cuando el seguimiento alcanzaba o superaba los dos años.

El estudio español publicado en 2026 aporta datos a más largo plazo. Durante un periodo de seguimiento de siete años, el 47,1% de los pacientes estudiados presentó al menos una recurrencia. Los investigadores observaron también que necesitar varias maniobras de reposicionamiento durante el episodio inicial se asociaba con una mayor probabilidad de volver a presentar el trastorno.

Además de las recurrencias, el trabajo analizó la persistencia de síntomas después del tratamiento. El 29,6% de los pacientes presentaba mareo residual al mes y el 37,6% lo refería en el seguimiento a largo plazo. El 18,9% había sufrido alguna caída y la presencia de mareo residual se asoció con unas probabilidades de haber sufrido caídas 5,7 veces superior.

Estos resultados llevaron a los autores a señalar la conveniencia de realizar un seguimiento de los pacientes que continúan presentando mareo o problemas de equilibrio después del tratamiento y valorar, cuando esté indicada, la rehabilitación vestibular.

“Que el VPPB vuelva a aparecer no significa necesariamente que el tratamiento anterior haya fracasado. Las otoconias pueden volver a desprenderse y desplazarse originando un nuevo episodio. Del mismo modo, si persiste el mareo una vez resuelto el vértigo posicional, es importante valorar al paciente y determinar su causa”, explica el Dr. Espinosa.

Un vértigo que puede tratarse sin medicamentos

Una de las particularidades del VPPB es que tanto su diagnóstico como su tratamiento se realizan fundamentalmente mediante maniobras físicas. La SEORL-CCC dispone de una guía de práctica clínica específica, elaborada por su Comisión de Otoneurología, que establece las pruebas diagnósticas y las maniobras terapéuticas indicadas para sus distintas variantes.

Para diagnosticarlo, el especialista realiza determinados cambios controlados de posición de la cabeza mientras observa la aparición del vértigo y de un movimiento rítmico e involuntario característico de los ojos, denominado nistagmo. La dirección y las características de ese movimiento permiten identificar qué canal del oído interno está afectado.

Una vez localizado el problema, el tratamiento consiste en realizar maniobras de reposicionamiento mediante una secuencia determinada de movimientos de la cabeza y del cuerpo. Su objetivo es desplazar las partículas fuera del canal semicircular afectado y conducir las hasta una zona del oído interno en la que dejan de provocar vértigo. La maniobra de Epley es una de las más conocidas, aunque existen diferentes procedimientos según el canal afectado y el tipo de VPPB.

“Estamos ante un trastorno que puede producir un vértigo muy intenso y generar una gran preocupación en el paciente y que, sin embargo, en muchos casos puede resolverse mediante maniobras específicas y sin necesidad de tratamiento farmacológico. La clave es realizar un diagnóstico correcto e identificar qué canal está afectado para aplicar la maniobra adecuada”, explica el presidente de la Comisión de Otoneurología de la SEORL-CCC.

No todo vértigo al mover la cabeza es VPPB

La SEORL-CCC recuerda que la aparición de vértigo relacionado con los movimientos de la cabeza no permite diagnosticar automáticamente un VPPB. El vértigo es un síntoma que puede tener diferentes causas y otros trastornos vestibulares, e incluso algunas patologías de origen neurológico, pueden producir manifestaciones similares.

Por ello, la SEORL-CCC subraya que ante un cuadro de mareo o inestabilidad relacionado con el movimiento cefálico es fundamental que el diagnóstico diferencial sea realizado por un otorrinolaringólogo, único especialista con la formación necesaria para distinguir el VPPB de otras patologías vestibulares e incluso de procesos neurológicos potencialmente graves que pueden presentarse de forma similar. Un diagnóstico realizado sin esta valoración especializada puede retrasar la detección de trastornos que requieren un abordaje completamente distinto.

Entre las enfermedades con las que puede ser necesario establecer el diagnóstico diferencial se encuentra la migraña vestibular. Mientras que el VPPB se caracteriza típicamente por crisis breves desencadenadas por determinadas posiciones de la cabeza, la migraña vestibular puede provocar episodios de vértigo espontáneo y también presentar síntomas posicionales. La duración y características de los episodios, los antecedentes de migraña y la exploración vestibular ayudan al especialista a diferenciarlos.

“No todos los vértigos tienen el mismo origen y, por tanto, tampoco se tratan de la misma manera”, advierte el Dr. Espinosa.

Vitamina D y recurrencias, una línea de investigación

Entre los factores que actualmente se investigan en relación con las recurrencias del VPPB se encuentran los niveles de vitamina D. Un metaanálisis publicado en 2025 en *Frontiers in Neurology*, que reunió 60 estudios y 16.368 participantes, encontró niveles significativamente inferiores de vitamina D entre las personas con VPPB y especialmente entre aquellas que presentaban episodios recurrentes.

El análisis encontró también una menor recurrencia entre los pacientes que recibieron suplementos de vitamina D. Sin embargo, la evidencia científica disponible presenta heterogeneidad y estos resultados no implican que la suplementación deba utilizarse de manera generalizada para prevenir el VPPB. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en *BMJ Open* en 2024 confirmó que los niveles de vitamina D eran, de media, inferiores entre las personas con VPPB que, entre los controles, aunque consideró todavía incierta su relación específica con las recurrencias.

La determinación de los niveles de vitamina D y la posible indicación de suplementos debe realizarse, por tanto, atendiendo a las características clínicas y analíticas de cada paciente y bajo indicación profesional.

Referencias científicas

Martin-Sanz E, Chaure-Cordero M, Fernández-Navarro C, Solis-Fesser A, Riestra-Ayora J. Long-Term Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Recurrence, Residual Symptoms and Risk of Falls. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2026;175(1):119-125. DOI: 10.1002/ohn.70257.

Acle-Cervera L, Carballo-Lahoz L, Esteban-Sánchez J, et al. Life after benign paroxysmal positional vertigo: one-year analysis of recurrence, headaches, neck pain, falls, and functional vestibular symptoms. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2025;282(4):1865-1877. DOI: 10.1007/s00405-024-09094-x.

Pérez-Vázquez P, Franco-Gutiérrez V, Soto-Varela A, et al. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Vértigo Posicional Paroxístico Benigno. Documento de Consenso de la Comisión de Otoneurología de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 2018;69(6):345-366. DOI: 10.1016/j.otorri.2017.05.001.

von Brevern M, Radtke A, Lezius F, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2007;78:710-715.

Wood H, Kluk K, BinKhamis G. Association between vitamin D deficiency and benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) incidence and recurrence: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2024;14:e077986. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-077986.

Para más información:

Gabinete de comunicación de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC): Javier Barrera (619 102 554) / Tomás Muriel (605 603 382)