

Vertigine posizionale parossistica benigna, dalla diagnosi al trattamento

Si tratta di un disturbo in grado di influenzare in maniera importante la qualità di vita e le attività quotidiane, aumentando anche il rischio di cadute. Recenti pubblicazioni hanno contribuito a fare il punto sulle attuali conoscenze su questa fastidiosa problematica

La vertigine parossistica posizionale benigna (Vppb) è una condizione comune, il cui principale fattore di rischio è l'età. Uno studio di popolazione condotto in Germania ha stimato un'incidenza cumulativa di circa il 10% entro gli 80 anni e può essere anche associata a traumi e lesioni cerebrali traumatiche.

Com'è noto, è causata da particelle di otoliti che si dislocano e rimangono intrappolate in uno dei tre canali semicircolari dell'orecchio interno (anteriore, posteriore o orizzontale), più comunemente il canale posteriore.

Sono stati identificati alcuni **fattori di rischio** indipendenti: insonnia (Or = 3.593, Ic 95%: 1.541-8.379), stato depressivo (Or = 3.800, Ic 95%: 1.082-13.348), ipertensione arteriosa (Or = 4.315, Ic 95%: 1.014-18.365), diabete (Or = 3.216, Ic 95%: 1.392-7.425) e iperlipidemia (Or = 3.912, Ic 95%: 1.412-10.840) (tabella 1).

Altre ricerche hanno allargato il campo, notando come diversi fattori clinici e biologici possano predisporre

gli individui al suo sviluppo. Alterazioni degenerative, meccaniche e ischemiche della macula utricolare sono state ampiamente proposte come meccanismi chiave alla base del distacco otolitico, mentre traumi cranici o disturbi concomitanti dell'orecchio interno sono cause secondarie ben consolidate.

Un'attenzione crescente è stata inoltre rivolta ai **fattori sistemici** che influenzano l'integrità otolitica. In particolare, anomalie nel metabolismo osseo, tra cui **ridotta densità minerale ossea, osteoporosi** e **bassi livelli sierici di vitamina D**, sono state costantemente segnalate in associazione con la Vppb. Questi risultati sono supportati da osservazioni secondo cui i **cambiamenti ormonali postmenopausali** possono accelerare sia la demineralizzazione scheletrica che il **turnover** otolitico compromesso, aumentando così la suscettibilità all'instabilità otolitica. Ulteriori fattori metabolici ed endocrini, come l'**alterata funzione tiroidea**, l'esposizione ai **corticosteroidi**, i livelli anomali dell'**ormone della crescita** e l'**iperuricemia**, sono stati suggeriti come potenziali fattori contribuenti; tuttavia, le prove a sostegno di queste associazioni rimangono limitate e controverse (Rah YC. 2026).

Manifestazione clinica

Si presenta tipicamente con brevi episodi ricorrenti (<1 minuto) di vertigine

scatenati da determinati movimenti della testa, in particolare sdraiarsi o girarsi nel letto. Alcuni pazienti riferiscono vertigini non rotatorie (ad esempio, sensazione di stordimento o instabilità senza vertigini) o vertigini continue con peggioramento posizionale.

Una **caratteristica distintiva** della Vppb è l'**assenza di nistagmo spontaneo** quando i pazienti sono seduti in posizione eretta e guardano dritto davanti a sé (ovvero, prima del test posizionale). Notare questo aspetto è fondamentale, poiché il nistagmo osservato prima dei test posizionali indica una lesione fissa come una vestibulopatia unilaterale acuta (ad esempio, neurite vestibolare) o, meno comunemente, una patologia cerebrale strutturale (ad esempio, ictus, tumore cerebellare).

Valutazione diagnostica

Il **test di Dix-Hallpike**, che può essere eseguito in ambulatorio, è il test di riferimento per la diagnosi di Vppb.

Il risultato del test è positivo se innesci un nistagmo transitorio della durata generalmente di circa 10-20 secondi. Un risultato **falso negativo** del test di Dix-Hallpike può essere causato da un movimento eccessivamente lento nel passaggio dalla posizione supina a quella sdraiata (>2 secondi dalla posizione seduta a quella supina), da un'estensione inadeguata del capo o dalla dispersione di particelle otolitiche all'interno del canale semi-

TABELLA 1

Principali fattori di rischio per la vertigine parossistica posizionale benigna

• Insonnia	• Diabete
• Depressione	• Iperlipidemia
• Ipertensione arteriosa	

Wang P. 2025

circolare; questi fattori ostacolano il movimento delle particelle in misura sufficiente a indurre il movimento del fluido necessario per spostare la cupola. Un nistagmo persistente (non transitorio) e verso il basso nel test di Dix-Hallpike suggerisce un disturbo cerebrale strutturale.

Gestione clinica

La **manovra di Epley**, raccomandata dalle linee guida cliniche multidisciplinari, prevede specifiche rotazioni del capo e movimenti del corpo per guidare le particelle fuori dal canale semicircolare posteriore ed **è il trattamento più studiato ed efficace**.

Negli studi clinici randomizzati (Rct) che hanno misurato gli esiti a 1 settimana, la manovra di Epley ha portato alla risoluzione dei sintomi dal 32% all'80% dei pazienti rispetto al 4% - 24% dei controlli. Negli studi che misuravano l'esito a 1 mese, 5 Rct hanno riportato che la manovra di Epley era efficace nel risolvere la Vppb dall'88% al 98% dei casi rispetto al 24% - 77% dei controlli trattati con manovre "finte". La melizina non è un trattamento efficace per la Vppb e può causare sedazione non necessaria.

I pazienti con Vppb possono anche eseguire l'**autotrattamento** con la manovra di Epley, raggiungendo un'efficacia terapeutica paragonabile alla terapia somministrata da un esperto, **a condizione che la Vppb sia diagnosticata da un medico e di aver ricevuto istruzioni di persona** prima dell'autotrattamento.

La Vppb che interessa le varianti del canale semicircolare anteriore e orizzontale spesso si risolve spontaneamente, poiché le particelle otolitiche tendono a spostarsi fuori dal canale con i normali movimenti della testa. I pazienti con sintomi refrattari dovrebbero essere indirizzati a uno specialista vestibolare, se possibile.

L.T.

Vertigine Parossistica Posizionale Benigna (Vppb)

Cause, sintomi, diagnosi, trattamento

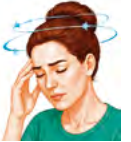
La Vppb è un disturbo dell'orecchio interno che provoca **brevi episodi di vertigine** scatenati da specifici movimenti della testa. Gli **episodi durano generalmente meno di 1 minuto**.



Può ridurre la qualità della vita e aumentare il rischio di cadute



Può causare instabilità o vertigini persistenti peggiorate dal movimento



Che cosa causa la Vppb

Nell'orecchio interno sono presenti piccoli cristalli di carbonato di calcio (otoliti) che aiutano l'equilibrio.

Nella Vppb:

- I cristalli si staccano
- Si spostano in uno dei 3 canali semicircolari
- Quando la testa si muove stimolano in modo anomalo i recettori causando vertigine

I 3 canali semicircolari



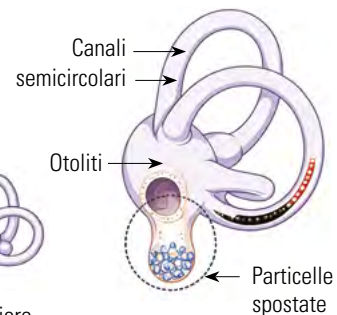
Posteriore



Orizzontale



Anteriore



DIAGNOSI: test di Dix-Hallpike

La Vppb viene diagnosticato in base ai sintomi e con test di Dix-Hallpike

1

Il medico ruota la testa del paziente di circa 45° verso un orecchio.

2

Il paziente viene fatto sdraiare rapidamente all'indietro con la testa estesa di 20-30° sotto l'orizzontale.

3

Il test è positivo se si osservano movimenti involontari degli occhi (nistagmo) della durata di 10-20 secondi.

TRATTAMENTO: manovra di Epley

È il trattamento più efficace per la Vppb. Ha lo scopo di riportare le particelle fuori dal canale semicircolare posteriore e nella posizione corretta. Può essere eseguita in ambulatorio o a casa con adeguata istruzione



La manovra di Epley è molto efficace: tra l'88% e il 98% delle persone ha una risoluzione completa dei sintomi a 1 mese.



Nei casi di sintomi persistenti nonostante la manovra di Epley, è consigliato rivolgersi a uno specialista con esperienza in disturbi vestibolari

In sintesi

- La Vppb causa brevi episodi di vertigine scatenati da movimenti della testa
- È dovuto allo spostamento dei cristalli di calcio nei canali semicircolari
- Si diagnostica con il test di Dix-Hallpike
- Si tratta efficacemente con la manovra di Epley
- Se i sintomi persistono, consultare uno specialista

Generata con IA

BIBLIOGRAFIA

- Kerber KA, et al. Diagnosis and Treatment of Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *JAMA* 2026. doi:10.1001/jama.2026.1927
- Wang P. Risk factors for recurrence in benign paroxysmal positional vertigo patients and construction of a predictive nomogram. *Medicine* 2025; 104(37):e44498.
- Rah YC. Advances in Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Updated Insights on Diagnostic Pitfalls and Management. *J Audiol Otol* 2026; 30: 1-12. doi: 10.7874/jao.2025.00717