

DISFONÍAS CRÓNICAS

Autor

Dr. Luis Álvarez Lami

Colaboradores

Dra. Ana C. Bermúdez Mendoza, Lic. María E. Muñoz
Hermida, Lic. Raiza Gata Pérez

Servicio

Logopedia y Foniatría

INTRODUCCIÓN

La disfonía crónica es la patología más frecuente del adulto en la especialidad de Logopedia y Foniatría. Son múltiples las causas y factores que la generan así como las consecuencias individuales y sociales que provocan.

Las disfonías crónicas pueden ser orgánicas y funcionales. En las primeras se afecta estructuralmente el órgano laríngeo por patologías propias de él o por repercusión de la afectación de estructuras y órganos vecinos a veces, y otras veces alejados de la laringe. En las segundas, (disfonías funcionales), no hay afectación anatómica laríngea pero sí un funcionamiento inadecuado del mecanismo fonatorio, respiratorio o resonancial.

Una de las causas más frecuentes de disfonía orgánica en el adulto es el nódulo vocal, pequeña tumoración benigna que crece generalmente en el tercio medio o anterior del borde libre de ambas cuerdas vocales como consecuencia del abuso de la voz.

Los pólipos vocales, que siguen en frecuencia, son excrecencias benignas, mayores que los nódulos, unilaterales, que también están relacionados con el abuso vocal o con irritantes externos o internos y en ocasiones con ciertas virosis. Otros tumores benignos frecuentes son los papilomas, quistes y granulomas. Estos últimos pueden ser inespecíficos, como el granuloma posquirúrgico, el consecutivo a irritantes gástricos y el de la úlcera de contacto; o específicos como el granuloma tuberculoso, el de la gota y el micótico, por poner algunos ejemplos.

Los tumores malignos son también causa frecuente de disfonías crónicas orgánicas, sobre todo en el hombre fumador. La pseudomixomatosis laríngea, que es una inflamación crónica del espacio de *Reinke* (laringitis del fumador), es un paso previo hacia el cáncer laríngeo.

Otras causas serían: las laringitis hipertróficas y atróficas, la artritis cricoaritenoides, la luxación del aritenoides y las de etiología congénita (surco cordal, membranas ínter cordales, laringomalacia, hipoplasia laríngea, hematoma sub glótico etc.).

Hay ciertos estados patológicos extra laríngeos que suelen provocar disfonías. Nos referimos a enfermedades del mediastino, del vértice del pulmón, del cuello y del cráneo, que afectan la inervación de las cuerdas vocales y dan las llamadas parálisis laríngeas, ya sea por afectación del vago o más

específicamente por afectación del nervio recurrente. Enfermedades neuromusculares como el Parkinson, la esclerosis lateral amiotrófica, la miastenia grave y otras miopatías, afectan también el timbre y la intensidad de la voz. Por último, algunas entidades sistémicas como las coagulopatías, las colagenopatías, la diabetes mellitus, el hiper y el hipotiroidismo, pueden tener también repercusiones laríngeas y dar disfonía crónica.

En las disfonías funcionales por el contrario, no hay alteración de la estructura de las cuerdas vocales ni de la inervación, sin embargo, estas funcionan mal debido a un mal uso o abuso de la voz. Pueden ser paréticas o hipocinéticas y espásticas o hiperquinéticas. En las primeras la sintomatología fundamental suele ser un timbre aereado e hipofonía debido a que las cuerdas vocales hipotónicas no llegan a unirse en la línea media durante la fonación.

En las disfonías hiperquinéticas ocurre lo contrario. Las cuerdas vocales se cierran fuertemente durante la fonación, lo que da una voz dura, tensa, espástica. Las disfonías funcionales pueden ser también de origen psíquico y por trastornos auditivos.

Las personas más vulnerables a padecer disfonías crónicas son los profesionales de la voz (maestros, actores, locutores, cantantes, telefonistas, etc.), los fumadores, los expuestos a irritantes externos (detergentes, polvo, gases, productos químicos), o internos (reflujo gastroesofágico), los hipoacúsicos, los tartaleadores y los pacientes alérgicos.

El pronóstico general de las disfonías es bueno a excepción de las causadas por cáncer o por enfermedades neurológicas.

Por todo lo antes expuesto, pensamos que está muy justificado protocolizar la actuación médica con estos pacientes a fin de unificar y pautar el estudio y la conducta a seguir en cuanto al tratamiento medicamentoso y al tratamiento con ejercicios logofoniatrícos, lo que mejorará la calidad de la atención y acortará la evolución de la patología.

OBJETIVOS

- Identificar rápidamente las causas y factores que ocasionan disfonía crónica.
- Llevar una conducta uniforme de tratamiento.

DESARROLLO

- Se establecerá el diagnóstico de disfonía crónica a todo paciente afecto del timbre o la intensidad de la voz por más de 30 días.
- Se hará historia clínica de la especialidad en la que será una práctica obligatoria consignar: edad, sexo, profesión u oficio, tiempo de evolución, hábitos tóxicos (cuantía y tiempo). Antecedentes patológicos personales de alergia, infecciones respiratorias altas, gastritis, esofagitis, úlcera gástrica, hernia hiatal, hipoacusia, trastornos del tiroides, trastornos psiquiátricos, diabetes, hipertensión arterial, traumatismos del cuello o del cráneo, intubación.

- Constatar el tiempo de fonación y se tomará como patológico si es menor de 10 segundos.
- Se medirá el índice S/Z.
- Se hará laringoscopia indirecta. Si no es concluyente se hará entonces fibroscopia.
- Estroboscopia
- Se grabará al paciente.
- Se hará análisis acústico.

En caso de tratarse de patologías quirúrgicas como cáncer laríngeo, pólipos medianos, nódulos de aspecto duro o de tamaño mediano, quistes, papilomas granulomas, o pseudomixomatosis, se enviará al paciente a Otorrinolaringología con la orientación de que regrese a la consulta foniátrica una vez realizado el tratamiento quirúrgico.

Si se sospecha etiología neurológica se ínter consultará con Neurología con independencia de los complementarios de rigor.

En dependencia de las características del caso y de los estudios que se le realicen al paciente, podrá ser ínter consultado también con Alergología, Gastroenterología, Endocrinología, Psiquiatría o Psicología u otra especialidad que sugiera su cuadro clínico.

El estudio de una disfonía crónica incluirá según la etiología sospechada:

- Exudado nasal y faríngeo (bacteriológico, micológico)
- Espudo buscando Bacilo ácido alcohol resistente (BAAR)
- Radiografía de senos peri nasales
- Radiografía de tórax
- Radiografía de esófago (esófago grama)
- Tomografía axial computarizada de laringe, de mediastino, de tallo cerebral
- Ultrasonido de cuello
- Ganmagrafía de tiroides
- Biopsia por aspiración (BAAF)
- Hemograma
- Serología
- Eritrosedimentación
- Glicemia
- Coagulograma
- Título de antiestreptolisina (TASO)

- Audiometría
- Pruebas funcionales respiratorias

Tratamiento

- La terapia de las disfonías orgánicas no quirúrgicas con signos de hipertrofia cordal localizada o generalizada, las inflamaciones inespecíficas y el edema de Reinke se tratarán con antiinflamatorios esteroideos si no hay contraindicaciones (hipertensión arterial, gastritis, úlcera gastroduodenal, diabetes, glaucoma, psicosis, micosis sistémicas, osteoporosis) y reposo absoluto de voz.
- Así, las disfonías por nódulos, pólipos incipientes, granulomas inespecíficos, pseudomixomatosis y edemas, se comenzarán con prednisona entre 40 y 60 miligramos (mg) diario, después de comidas en dosis repartidas y se irá disminuyendo en lapsos de 3 a 5 días en 10 mg.
- En caso necesario, si hubiera que continuar con tratamiento esteroideo, se puede utilizar la dexametasona (0,75 mg) cada 6 horas durante una semana, (0,75 mg) cada 8 horas durante una semana, (0,75 mg) cada 12 horas durante una semana y (0,75 mg) al día otra semana.
- Se pueden agregar antiinflamatorios naturales como la sábila, el propóleo o el romerillo.
- Los antiinflamatorios no esteroideos son menos efectivos. Puede utilizarse el ibuprofeno de 400 mg 3-4 tabletas al día, el naproxeno de 500 mg 1 tableta cada 12 horas, el diclofenaco de 50 mg 1 tableta cada 8 horas, piroxican de 10 mg 1 tableta cada 8 horas, todos durante 4 a 6 semanas.
- El reposo de voz deberá extenderse hasta tanto los síntomas inflamatorios no hayan desaparecido. Una vez desaparecido el elemento orgánico, se trata la disfonía como funcional.

Terapia de la disfonía por úlcera de contacto

- Se indicará reposo absoluto de voz por 30 días.
- Relajantes musculares: **Meprobamato** de 400 mg, 1 tableta cada 12 horas o **Mefenesina** de 500 mg, 1 tableta cada 6 horas.
- Duralgina si dolor
- Antiácidos (alusal, silogel) en cucharadas o tabletas 3 ó 4 veces al día alejadas de las comidas.
- Se darán orientaciones al paciente para que duerma con la cabeza en una posición alta, que no ingiera comidas calientes, picantes, ácidos, café, alcohol y que no fume.
- Excepcionalmente se tratará al paciente con antiinflamatorios cuando el componente inflamatorio perilesional o el tejido granulomatoso central sea muy grande.

- Se tratará con antibióticos si se sospecha sobre infección bacteriana
- Se interconsultará al paciente con Otorrinolaringología y con Gastroenterología.

Una vez curada se indicarán ejercicios relajatorios tales como:

- Técnica de bostezo-suspiro
- Técnica para aumentar el tono de la voz
- Siquinesia máxilo vocal
- Conversación mediante canto
- Masticación sonora natural
- Masticación sonora verbal

El paciente será visto cada 15 días por la consulta en los primeros dos meses de tratamiento. Luego se citará una vez al mes. Concurrirá al departamento técnico 1 vez por semana para realizar con el Licenciado la técnica indicada que puede extenderse entre 4 y 8 semanas.

Terapia de las disfonías irritativas y vasomotoras

Se indicará reposo de voz que puede oscilar entre 15 y 21 días según el caso.

Se indicarán los medicamentos siguientes, solos o combinados, en dependencia del grado de ectasia vascular de las cuerdas vocales, de su coloración y de la evolución:

- **Antihistamínicos** (Benadrilina, Meclizine, Declorfeniramina) 1 tableta. cada 12 h. Podrá usarse la Loratadina u otro en las dosis específicas de cada medicamento.
- **Vitamina A** (5000 UI) 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida.
- **Rutascorbin** 1 tableta cada 8 horas.
- **Venatón** 1 tableta cada 8 horas o 30 gotas cada 8 horas.
- **Dobecilato de calcio** (250 miligramo) 1 tableta cada 8 horas.
- **Daflón** (500 miligramos) 1 tableta cada 12 horas.
- **Vitamina C** (500 miligramos) 1 tableta 3 veces al día.
- **Vitamina E**, (100 miligramos) ,1 tableta 3 veces al día.

Se indicarán inhalaciones de vapor de agua 3 veces al día

Se podrá utilizar también medicina natural y tradicional (sábila, romerillo, miel, etc.).

En caso de monocorditis persistente debe pensarse en un traumatismo laríngeo, en una fragilidad vascular u otras hemopatías, en una micosis profunda, en una tuberculosis laríngea, en un cáncer incipiente o en irritantes internos o externos y debe actuarse en consecuencia. La interconsulta con Otorrinolaringología solicitando una biopsia laríngea estará dentro de las

obligaciones del especialista de Foniatría ante la duda de patología micótica, tuberculosa o tumoral.

Terapia de las disfonías funcionales

- Como en las disfonías precedentes, debe explicársele el problema al paciente. Debe insistírsele sobre el no abuso de la voz, la eliminación de los hábitos tóxicos e irritantes nasales, faríngeos y laríngeos y la necesidad de que se imponga una meta a lograr con la voz.
- Estas disfonías se tratan con ejercicios o técnicas funcionales. Estas técnicas tienen efectos facilitadores sobre la aproximación de las cuerdas vocales, la disminución o aumento de su masa o de su tensión y Tienen por ende, efectos en la intensidad de la voz, el tono, el timbre, la resonancia y la entonación. Algunas pueden aplicarse a la mayor parte de los problemas mientras que otras son más específicas. Algunas pueden combinarse entre sí. La regla básica de aplicación es usar aquél enfoque que funcione mejor con cada paciente en particular. El especialista tiene que estar familiarizado con todas las técnicas facilitadoras y saber cómo y cuándo debe utilizarlas.

Si la sintomatología es de disfonía hipocinética se indicará:

- Retroalimentación
- Siquinesia físico vocal
- Siquinesia vocal
- Conteo numérico con apoyo abdominal
- Palabras con apoyo abdominal
- Frases y oraciones con apoyo abdominal
- Ejercicios de staccatto
- Ejercicios respiratorios
- Técnicas para subir el tono
- Sonidos competitivos (ensordecimiento)

Otros ejercicios que pueden utilizarse y que se dejan a juicio del especialista:

- Técnica de apertura bucal
- Entrenamiento de la audición
- Técnicas de sobre articulación
- Técnica de ensordecimiento
- Técnica tusígena
- Musitación

Se podrá utilizar también:

- **Vitamina B1 (50 mg)** ,1 tableta en desayuno, almuerzo y comida
- **Estricnina (1mg)** 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida

Si la sintomatología es de disfonía hiperquinética se indicarán:

- Retroalimentación
- Relajación total
- Relajación diferenciada (cuello, boca, laringe)
- Técnica de bostezo-suspiro
- Siquinesia máximo vocal
- Masticación sonora natural, seguida luego de de sonidos, palabras, frases y oraciones
- Masticación sonora verbal
- Técnicas de contraste
- Técnica espiratoria de la disfonía
- Análisis de jerarquía
- Práctica negativa
- Técnicas de apertura bucal

Pueden utilizarse los siguientes ejercicios a juicio del especialista:

- Conversación mediante canto
- Fonación de susurro
- Entrenamiento de la audición
- Disminución del tono
- Musitación

Todas estas técnicas podrán estar apoyadas por diferentes programas informáticos que existen.

Se podrá indicar también algún relajante muscular o algún ansiolítico.

- ***Meprobamato (400 mg)***, 1 tableta cada 12 horas
- ***Clorodiazepóxido (10 mg)***, 1 tableta cada 8 horas

Los pacientes se seguirán por consulta con periodicidad mensual con excepción de alguno que por su particularidad sea necesario ver con más frecuencia. Acudirán al departamento técnico todos los días si está ingresado, y 1 vez por semana si son externos, para realizar los ejercicios indicados con el Licenciado. Las sesiones serán de 20 minutos y las diferentes técnicas podrán realizarse entre 4 y 8 semanas. Se orientará al paciente a que los realice en el hogar todos los días varias veces al día.

EVALUACIÓN Y CONTROL

En nuestro medio es muy difícil medir la eficacia del tratamiento logofoniatrico con métodos objetivos (análisis acústico, fonetogramas, estroboscopia, etc.), por lo que debemos estimar como parámetro importante el porcentaje de

satisfacción del paciente con respecto a la atención que ha recibido y a la mejoría que ha experimentado.

Indicadores de estructura		Plan%	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Logopeda y personal auxiliar con entrenamiento específico	>90	>90	81-89	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	90-94	< 90
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	90-94	< 90
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	90-94	< 90
Organizativos	Disponibilidad diseño organizativo para aplicar el PA	95	95	90-94	< 90
	Planilla recogida datos del PA	100	100	-	<100
	Base de datos electrónica	100	100	-	<100
Indicadores de proceso		Plan%	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con disfonía crónica que reciben las recomendaciones terapéuticas a partir de la consulta # 4		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con concurrencia al departamento técnico		>80	>80	60-79	< 60
% pacientes con análisis realizados según lo recomienda el PA		>90	>90	80-90	< 80
Indicadores de Resultados		Plan %	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con diagnóstico confirmatorio a partir de la consulta # 4		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con mejoría ostensible de parámetros vocales por apreciación clínica y opinión del paciente en los primeros 3 meses		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con disfonía crónica que se manifiestan satisfechos de resultados obtenidos		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con disfonía crónica con mejoría ostensible del componente orgánico laríngeo () desaparición o disminución de tamaño de la lesión () del componente inflamatorio () mejoría de la coloración y () otros en los primeros 3 meses		>90	>90	80-90	< 80

Información a pacientes y familiares

Se informará a pacientes y familiares desde el primer día sobre la posible etiología de su trastorno y las medidas que debe tomar para evitarlo o minimizarlo. Se hará otro tanto cuando se confirme el diagnóstico. Se orientarán los ejercicios para el hogar y se les darán por escrito con el fin de que los realice todos los días, varias veces al día.

Bibliografía

1. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz: García R., Tapia N. Edit. Garsi. S. A. Sociedad española de ORL y patología Cérvico-facial, 1996
2. Eficacia del tratamiento foniatrico en patología vocal. Monserrat B. Rev. Española de Foniatria, 2001, Vol. II, 15-24
3. [http:// espaciologopedico.com](http://espaciologopedico.com)
4. La voz y el tratamiento de sus alteraciones. Boone. R. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1990
5. Multi-speech program: Blarcos A. Rev. Logopedia, Foniatria y Audiología, Vol. XIX, No. 2, 1999
6. Principios de foniatría: Segre R. Edit. Panam. B. Aires, 1992
7. Rev. Logopedia-mail: Cobeta I. (2000) Medicación en la disfonía, No 24, online
8. Understanding voice problems: Colton, R. Maryland, USA, 1991
9. Ortega A.: Utilidades de la estroboscopia digital en el diagnóstico de la Disfonía. Rev. Otorrinolaringol cir cab-cuello. 2002; 32: 299-302
10. Routsalainen J. H. et, al: Intervenciones para el tratamiento de la disfonía funcional en adultos. La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 4
11. Gamboa J. et al: Valoración estroboscópica de laringitis crónicas. Acta otorrinolaringol esp. 2006; 57; 266-269
12. Romero Sánchez E., Martín Mateos A., de Mier Morales M., Maqueda Madrona T., Lahoz Rallo B.: Disfonías. Guías Clínicas , 2003; 3 (31) rev.2007
13. Claudia R. Embe: Situaciones de uso y mal uso vocal: <http://www.prosalud.net> en logopedia. Net revisado 2008

Revisado: Junio de 2008