ESPASMOFONÍA

Autor

Dr. Luis Alvarez Lami

Colaboradores

Dra. Ana Cecilia Bermúdez Mendoza

Lic. María Esther Muñoz

Hermida, Lic. Raiza Gata Pérez

Servicio

Logopedia y Foniatría

INTRODUCCIÓN

La disfonía espástica o espasmofonía es una afección de la voz, no tan frecuente, que se caracteriza por producir una fonación apretada, tensa, poco intensa, monótona, a veces temblorosa, con tono grave y disprosodia. En ocasiones predomina un timbre marcadamente aereado con episodios de afonías que impiden prácticamente la emisión sonora.

Fue descrita por primera vez por Traubes en 1871; desde entonces ha sido objeto de estudios múltiples y de disímiles ensayos terapéuticos dadas las dudas diagnósticas y etiológicas que aún hoy existen y los pobres resultados en su tratamiento.

Todos están de acuerdo en que la disfonía espástica constituye un excelente ejemplo de trastorno severo de aproximación de las cuerdas vocales pero no se sabe todavía con claridad el por qué algunos pacientes hablan de ese modo.

Hay dos grandes corrientes de pensamiento para explicar su etiología. Una plantea que la causa es neurológica por el hecho de que se ha observado en ocasiones signos visibles neurológicos (temblores musculares, tics, parestias), similares a las que aparecen en otras afectaciones del sistema nervioso central. También se ha descrito ocasionalmente la aparición de signos de alteración electroencefalográfica o electromiográfica. En nuestra experiencia y en la de otros autores, el examen neurológico y las pruebas diagnósticas son negativos habitualmente.

La otra corriente explica que la causa es psicológica (un tipo de neurosis de conversión), ya que la afección aparece fundamentalmente en personas obsesivas o con otros trastornos de personalidad, con antecedentes psiquiátricos o es consecutiva a un trauma psíquico determinado.

En casos aislados se han detectado alteraciones en el cromosoma IX por lo que algunos creen que puede tratarse de un problema genético

La enfermedad es más frecuente en la mujer después de la cuarta década de la vida. Es progresiva, aunque su sintomatología puede ser atenuada con la terapia foniatría.

El diagnóstico es clínico y tiene que ser necesariamente por exclusión de otras patologías que afectan la voz de forma parecida. Pensamos en una espasmodia en pacientes de mediana edad, que comenzaron con ronquera que fue progresando con el tiempo, con antecedentes o no de trastornos de personalidad, conflictos, traumas psicológicos y que tienen síntomas vocales de rotura de tonos, timbre espástico, episodios de afonía, temblor vocal, hipofonía, disprosodia, interrupciones del habla sostenida, incoordinación fonorrespiratoria, tiempo de fonación corto y tensión en el cuello durante la fonación. Por supuesto, no tienen que estar necesariamente todos estos síntomas.

Hay que hacer el diagnóstico diferencial con:

- Temblor esencial
- Enfermedad de Parkinson
- Distonías focales incluyendo la discinesia tardía
- Mioclono
- Afecciones cerebelosas
- Enfermedades de la moto neurona superior o inferior
- Miastenia gravis
- Parálisis recurrencial
- Disfonía psicógena
- Enfermedades del tiroides

Las técnicas para el tratamiento son múltiples y están en dependencia de muchos factores entre los que se incluyen la percepción del especialista y la corriente de pensamiento que prime en el lugar. También el diagnóstico es difícil en muchas ocasiones dado el cortejo sintomático tan variado que tienen muchos pacientes.

Por todo ello pensamos que es muy útil protocolizar esta entidad con el fin de dar pautas para un mejor diagnóstico y una terapia más efectiva

OBJETIVOS

- Hacer un diagnóstico positivo de forma más precisa y rápida.
- Pautar la terapia rehabilitatoria vocal con el fin de minimizar los síntomas en un plazo más breve.

DESARROLLO

El diagnóstico presuntivo se hará en todo paciente que presente tres o más de los siguientes síntomas:

- Espasticidad vocal
- Afonías cortas mantenidas

- Rotura de tonos
- Disprosodia
- Elongaciones sonoras
- Temblor vocal
- Interrupción del habla sostenida
- Hipotonía marcada
- Tensión marcada del cuello durante la fonación
- Incoordinación fono-respiratoria

Se hará el diagnóstico positivo si hay hiperaducción de las cuerdas vocales y el examen y las pruebas neurológicas son negativas.

El antecedente de trastorno de personalidad o de trauma psíquico reforzará este diagnóstico.

Para llegar al diagnóstico será necesario:

- Una historia clínica de la especialidad donde será obligatorio consignar la edad, sexo, profesión, hábitos tóxicos, tiempo de evolución, antecedentes patológicos personales y todos los síntomas clínicos del paciente.
- Se constatará el tiempo de fonación y se tomará como patológico si es menor de 10 segundos.
- Medir el índice s/z
- Laringoscopia indirecta, si ésta no es concluyente se hará fibroscopia
- Estroboscopia.
- Se grabará al paciente.
- análisis acústico

Será obligatorio inter consultar al paciente con Neurología, con Psiquiatría y con Psicología. En caso necesario se inter consultará con Endocrinología u otra especialidad a juicio del especialista.

El estudio de una espasmodia incluirá

- Tomografía Axial computarizada de cráneo y tallo cerebral.
- Potenciales evocados de tallo
- Electromiografía
- Ultrasonido de cuello
- Test de ceruloplasmina
- Estudios genéticos

Terapia

- Será necesario hacer psicoterapia con estos pacientes.

- Se pedirá que eliminen hábitos tóxicos y otros irritantes, que no abusen de la voz y que se impongan una meta de voz.
- Indicará relajante muscular, **Meprobamato (400 miligramos)**: 1 tableta cada 12 horas si predominan los síntomas de espasticidad.

Se indicarán los siguientes ejercicios si hay predominio de espasticidad:

- Relajación progresiva total, sin emisión sonora y con emisión sonora
- Relajación diferenciada hasta lograr que se relaje el cuello, la boca y la laringe (todo con emisión sonora)
- Técnica de bostezo-suspiro
- Técnica espiratoria relajada con palabras, frases y oraciones
- Relajación durante la conversación
- Técnicas de retroalimentación
- Siquinesia máxilo vocal
- Masticación sonora natural, luego seguida de frase y oraciones
- Masticación sonora verbal
- Técnicas entonacionales
- Técnica de susurro
- Análisis de jerarquía
- Técnicas de contraste
- Técnica tusígena
- Técnica de boca abierta

Si hay predominio de flacidez se indicarán:

- Siquinesia físico-vocal
- Emisión fuerte del sonido P sin la utilización de los brazos.
- P- larga
- Conteo numérico con apoyo abdominal
- Palabras, frases y oraciones con apoyo abdominal
- Técnica espiratoria de la disfonía utilizando la contracción abdominal
- Conversación apoyándose en el abdomen y en la respiración
- Retroalimentación
- Análisis de jerarquía

Otras técnicas que pueden utilizarse a juicio del especialista:

- Técnica tusígena
- Entrenamiento de la audición

- Musitación
- Staccatto
- Técnicas para distraer la atención sobre el habla (sincronización de palabras y frases con acciones)
- Técnicas de encubrimiento

Estas técnicas podrán estar apoyadas por diferentes programas informáticos que existen.

- Los pacientes se seguirán por consulta externa con periodicidad mensual, con excepción de algunos que por su particularidad necesiten ser vistos con mayor frecuencia. Se seguirán por el departamento técnico con el Licenciado todos los días si están ingresados, y 2 veces por semana si son externos, donde realizarán los ejercicios indicados. Las sesiones serán de 20 minutos. Cada técnica indicada podrá tener un tiempo de duración entre 4 y 8 semanas.
- Se orientará al paciente a que las realice en el hogar todos los días, varias veces al día.

EVALUACIÓN Y CONTROL

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 espasmodia que reciben las recomendaciones terapéuticas a partir de la consulta # 4		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con concurrencia al departamento técnico		>80	>80	50-79	< 50
% 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 algún parámetro vocal por apreciación clínica y opinión del paciente después de 6 meses		>90	>90	80-90	< 80

% pacientes con espasmodia que se manifiestan satisfechos de resultados obtenidos	>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con espasmodia 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

- Se revisarán las historias clínicas cada 3 meses en las que se evaluará la recogida de datos, las indicaciones complementarias, el orden lógico de las indicaciones terapéuticas según el caso y el seguimiento por el departamento técnico.
- Se estimará como parámetro importante el porcentaje de satisfacción del paciente con relación a la atención recibida y la mejoría experimentada.

Información a pacientes y familiares

Se informará a pacientes y familiares sobre el diagnóstico confirmado y sobre la necesidad de seguir tratamiento muy largo con ejercicios foniatrías, sin crear falsas expectativas.

Habrá que explicarle que con el tratamiento sus síntomas van a mejorar pero que la cura total de la enfermedad es poco probable.

Se le orientará por escrito la realización de la técnica indicada para el hogar.

Bibliografía

1. Adductor muscle activity abnormalities in abductor spasmodic dysphonia. Cyrus. C. Otolaryngo Head Neck. 2001, Jun. 124 (1): 23-30
2. Effects of adductor muscle stimulation in speech in abductor spasmodic dysphonia. Bidusk. A. Laryngoscop. Nov. 110 (11): 503-9
3. La voz y el tratamiento de sus alteraciones. Boone. R. Ed. Médica Panamericana. B. Aires, 1987
4. Las nuevas tecnologías de la informática aplicadas a la rehabilitación logopédica. [http:// www.espaciologopedico.com](http://www.espaciologopedico.com)
5. Rehabilitación de las afasias y trastornos asociados. Peña Casanova J. Masson , S. A. (147-152), Barcelona, 1985
6. Voice disorders cause by neurological diseases. Gamboa J. Rev. Neuro 2001, Jul, 16-31, 33 (2): 53-68
7. Risk factory and demographics in patients with spasmodic dysphonia: Sehweihfurth. J. Laryngoscope 2002. Feb. 112 (2): 220-3

8. www.logopedia.net
9. Watts C.C.W. Whurr R. Nye C.: Inyecciones de toxina botulínica para el tratamiento de la disfonía espasmódica. La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número
10. Qué son las disfonías. Instituto BRAIN. [http:WWW.NINDS.NIH.GOV](http://WWW.NINDS.NIH.GOV). FEBRERO2007
11. Sitio de internet: www.otorrino.homestead.com/files/Disfon_a_Espasm_dica.doc -

Revisado Junio de 2008