

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ASISTENCIAL

TITULO: ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LAS DISFONÍAS CRÓNICAS

SERVICIO DE LOGOPEDIA Y FONIATRÍA

AUTOR: Dr. Luis Alvarez Lami

COLABORADORES: Dra. Ana Cecilia Bermúdez Mendoza
Lic. María Esther Muñoz Hermida
Lic. Raiza Gata Pérez

INTRODUCCION:

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, no hay afectación anatómica laríngea pero si 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.

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 intercordales, laringomalacia, hipoplasia laríngea, hematoma sub glótico etc.)

Hay ciertos estados patológicos extralaríngeos que suelen provocar disfonías. Nos referimos a enfermedades del mediastino, del vértice del pulmón, de cuello y de cráneo, que afectan la inervación de las cuerdas vocales. 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 hiperkinéticas. En la primera 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 hiperkinéticas 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) 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 logofoniátricos, 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.

Se constatará 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 ésta no es concluyente se hará entonces Fibroscopía.

Se hará Estroboscopia

Se grabara al paciente.

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 interconsultará 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

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

- Exudado nasal y faríngeo (bacteriológico, micológico)
- Esputo 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
- Ganmagrafia de tiroides

- Biopsia por aspiración (BAAF)
- Hemograma
- Serología
- Eritrosedimentación
- Glicemia
- Coagulo grama
- Título de antiestreptolisina (TASO)
- Audiometría
- Pruebas funcionales respiratorias

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 diario, después de comidas en dosis repartidas y se irá disminuyendo en lapsos de 3 a 5 días en 10 miligramos.

En caso necesario, si hubiera que continuar con tratamiento esteroideo, se puede utilizar la dexametasona (0,75 miligramos) cada 6 horas durante una semana, (0,75 miligramos) cada 8 horas durante una semana, (0,75 miligramos) cada 12 horas durante una semana y (0,75 miligramos) 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 miligramos 3-4 tabletas al día, el Naproxeno de 500 miligramos 1 tableta cada 12 horas, el

Diclofenaco de 50 miligramos 1 tableta cada 8 horas, Piroxican de 10 miligramos 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 miligramos, 1 tableta cada 12 horas o Mefenesina de 500 miligramos, 1 tableta cada 6 horas.

Duralgina si dolor

Antiácidos (Alusil, 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

El paciente 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, D'clorfeniramina) 1 tableta cada 12 horas.

- Vitamina A (5000UI) 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, pacientes inmunodeprimidos,⁵ o en irritantes internos o externos y debe actuarse en consecuencia. La ínter consulta 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 insistírseles 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. 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 miligramos) ,1 tableta en desayuno, almuerzo y comida

Estricnina (1mg.) 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida

Si la sintomatología es de disfonía hiperkinética se indicarán:

- Retroalimentación
- Relajación total
- Relajación diferenciada (cuello, boca, laringe)
- Técnica de bostezo-suspiro
- Siquinesia máximo vocal
- Masticación sonora natural, seguida luego de 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 miligramo), 1 tableta cada 12 horas

Clordiazepóxido (miligramo), 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:

Se harán revisiones periódicas de historias clínicas cada 3 meses en las que se evaluará la recogida de datos, las indicaciones complementarias en dependencia del caso, el orden y la regularidad de las indicaciones terapéuticas.

En nuestro medio es muy difícil medir la eficacia del tratamiento logofoniátrico 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.

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 foniátrico en patología vocal. Monserrat B. Rev. Española de Foniatría, 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, Foniatría 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

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