

**PROTOCOLO DE ACTUACION ASISTENCIAL**

**TITULO: ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS RECURRENCIAL**

**SERVICIO: LOGOPEDIA Y FONIATRÍA**

**AUTOR:** Dr. Luis Alvarez Lami

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

## **INTRODUCCIÓN:**

La parálisis recurrencial es una condición patológica que vemos en la consulta con relativa frecuencia. Esto se comprende si se tiene en cuenta la íntima relación que tienen los nervios recurrentes con una serie de estructuras del mediastino: corazón, pulmón el tiroides, el paquete vasculo nervioso del cuello, el esófago, la tráquea y la propia laringe.

Por otra parte, los recurrentes son ramas de los nervios Vagos, que salen de la unión bulbo protuberancial y que a su vez reciben inervación de la corteza a través de los haces córtico-bulbares, cosa que implica otras múltiples y complicadas relaciones con estructuras anatómicas del cerebro que si se afectan pueden ocasionar también parálisis del recurrente, y por ende, de la cuerda vocal correspondiente. El síntoma fundamental de esta parálisis es la disfonía.

Teniendo en cuenta todo esto, es fácil comprender que existe una larga lista de causas de parálisis recurrencial.

El traumatismo, sobre todo quirúrgico (operaciones de vértice de pulmón, de tiroides, de columna cervical, de región lateral del cuello, de cráneo), intubación abrupta o prolongada, traumatismos externos del cuello y del cráneo. Los tumores de esófago y tráquea, las adenopatías mediastínicas, las hipertrofias cardiacas, el aneurisma aórtico, de la arteria subclavia y de las yugulares.

Otras causas pueden ser los accidentes vasculares cerebrales, las intoxicaciones, las vasculopatías y las virosis.

Las parálisis recurrenciales pueden estar asociadas a enfermedades generales como la Poliomiелitis, la Esclerosis Múltiple, el Síndrome de Guillain Barré, la Esclerosis lateral amiotrófica, la Diabetes y las colagenopatías. Pueden coincidir con la parálisis de otros pares craneales (parálisis combinadas), en cuyo caso ocasionan también trastornos de la articulación de la palabra.

La parálisis recurrencial puede ser unilateral o bilateral. Cuando es bilateral y las cuerdas vocales quedan en posición de aducción constituye una urgencia médica y el paciente necesitará una traqueotomía. Si por el contrario, las cuerdas vocales quedan en posición de abducción el paciente no tendrá disnea pero sí una ausencia total de voz, imposibilidad para toser, peligro de bronco aspiración y disminución de la capacidad para esfuerzos físicos

La mayoría de los pacientes con el diagnóstico de la entidad que nos ocupa, tienen una parálisis unilateral. Si la patología causal está por debajo de la emergencia del nervio laríngeo superior (recurrencial puro), la cuerda vocal paralizada quedará muy cercana a la línea media, por lo que la disfonía no será muy marcada. Si la patología causante es más alta en el cuello y toma también el laríngeo superior, la posición de la cuerda vocal paralizada será en abducción, lo que dará una gran disfonía.

En general, el pronóstico es bueno a largo plazo (de 6 meses a un año), a excepción de que se trate de una enfermedad de base progresiva, o que sea bilateral con cuerdas vocales en abducción.

Teniendo en cuenta lo difícil que resulta a veces el diagnóstico etiológico por la multiplicidad de causas que puede tener esta patología, y por la importancia de su sintomatología decidimos protocolizar la actuación médica ante un paciente con este problema.

#### **OBJETIVOS:**

- Hacer un diagnóstico etiológico preciso
- Acortar el tiempo de tratamiento

#### **DESARROLLO:**

Se hará la historia clínica de la especialidad consignando los datos propios de una disfonía crónica. Se insistirá en el interrogatorio sobre antecedentes quirúrgicos, traumatismos, disnea, disfagia, debilidad muscular y otros síntomas neurológicos.

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 Fibroscopia

Se hará Estroboscopia

Se grabará al paciente

Ante toda parálisis recurrencial será obligatorio indicar:

- Exudado nasal y faríngeo
- Radiografía de Tórax

- Ultrasonido de cuello

Si estos exámenes son negativos, se harán los estudios específicos según el índice de sospecha de la patología de base del paciente (interrogatorio, cuadro clínico)

Los exámenes son los siguientes:

- Hemograma
- Eritrosedimentación
- Glicemia
- Serología
- Radiografías de columna cervical y cráneo
- Tomografía axial computarizada de cráneo y tallo cerebral
- Potenciales evocados de tallo
- Esófago grama

Se interconsultará con la especialidad correspondiente si alguno de estos complementarios son positivos.

Si el paciente viene con el diagnóstico de la patología de base (que puede hacerse a veces con el propio interrogatorio) no será necesario este estudio.

### **Terapia:**

Se comenzará siempre con ejercicios estimulativos:

- Técnica de empuje
- Emisión de( P) sin empuje
- Emisión de P- larga
- Conteo, palabras y frases con apoyo abdominal
- Staccatto
- Oraciones con aumento sucesivo de palabras
- Técnicas entonacionales
- Técnica para elevar el tono
- Ejercicios respiratorios

La realización de estas técnicas puede ser apoyada por los diferentes programas informáticos que existen

Se indicará Vitamina B1 (50 miligramo) 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida

Es paciente será visto por consulta externa con periodicidad quincenal en los primeros dos meses y después con periodicidad mensual.

Acudirán al Departamento Técnico todos los días si están ingresados y 1 vez por semana si son externos, donde harán los ejercicios con el Licenciado en sesiones de 20 minutos

Las diferentes técnicas podrán durar entre 4 y 8 semanas

Se le orientará la realización de las mismoas en el hogar.

### **EVALUACIÓN Y CONTROL:**

Se harán revisiones periódicas de las historias clínicas cada 3 meses en las que se evaluará la recogida de datos, las indicaciones complementarias, el diagnóstico de base, el orden y la regularidad de las indicaciones terapéuticas. Se evaluará el seguimiento del paciente por el departamento técnico.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 1.- Eficacia del tratamiento foniátrico en patología vocal. Grado de discapacidad vocal: Garaspe J.M. REv. Española de Foniatría, 2001, Vol. II 75-90
- 2.- [www.espaciologopedico.com](http://www.espaciologopedico.com)
- 3.- Las nuevas técnicas de la informática aplicadas a la rehabilitación logopédica. [http:// espaciologopedico.com](http://espaciologopedico.com)
- 4.- La voz y el tratamiento de sus alteraciones. Ed. Médica Panamericana, B. Aires, 1987
- 5.- [http:// www.otorrinoweb.com](http://www.otorrinoweb.com)

### **INFORMACION A PACIENTES Y FAMILIARES:**

Se les informará sobre la causa del problema y sobre el pronóstico rehabilitatorio.

Se les dará por escrito la explicación de la técnica indicada y se les orientará realizarla en el hogar todos los días, varias veces al día.