

Disfonía en APS

Dr. Juan Carlos Sepúlveda S.

Otorrinaringólogo

Hospital Clínico Universidad de Chile

Drs. Gloria Bozzo S. y

Jorge Fernández H.

Médicos Familiares

Centro Médico Familiar

ING- Salud Isapre

Sr. Manuel Miranda U.

Fonoaudiólogo

Hospital Clínico Universidad de Chile

CASO N° 1

J.J.C.V., paciente sexo masculino de 6 años de edad, consulta en julio de 2002 por disfonía, sensación febril y rinorrea abundante. Examen físico: sin alteraciones importantes. Se hace el diagnóstico de laringitis aguda grado I, indicándose medidas generales. En noviembre de 2002, nuevamente consulta por disfonía, dolor de faríngeo, rinorrea purulenta, decaimiento y sensación febril. Examen físico: faringe levemente congestiva con amígdalas pequeñas, otoscopia normal, examen pulmonar normal. El diagnóstico en esa oportunidad fue de **virosis respiratoria alta**, indicándose nuevamente medidas generales. Veinte días después vuelve a consultar por persistencia de la disfonía y aparición de fiebre hasta 39°, tos y expectoración purulenta. Examen físico: faringe nor-

mal, pulmones: roncus y estertores gruesos, afebril. Se diagnostica una laringotraqueítis aguda, tratándose con amoxicilina y prednisona. En enero de 2003 consulta por continuar con disfonía, incluso llegando a la afonía algunos momentos del día, sin tos u otro síntoma destacable. Dada la persistencia de la disfonía se decide enviar a otorrinolaringología para una evaluación. A fines de enero es atendido por el médico especialista quien por nasolaringofibroscopia detecta la existencia de un **nódulo en cuerda vocal derecha**. El tratamiento indicado es el manejo fonoaudiológico. Actualmente el paciente está asistiendo a las sesiones de fonoaudiología con resultados positivos disminuyendo notablemente su disfonía.

CASO N° 2

S.N.G., paciente sexo femenino de 55 años que consulta en julio de 2000 por disfonía de 2 meses de evolución. En el estudio solicitado se detecta, como hallazgo en la radiografía de tórax, nódulo pulmonar derecho, que luego del estudio pertinente se decide realizar biopsia (noviembre 2000). El estudio anatómopatológico informa, **hemangioma esclerosante pulmonar benigno**. Se mantiene asintomática hasta el 21 de enero de 2003 en que presenta episodio de dolor cervical anterior intenso asociado a cefalea holocránea, quedando disfónica. La paciente atribuye el episodio a "exceso de tensión nerviosa". En el examen físico, en esa oportunidad, destaca la presencia de lesiones papuloeritematosas en región nasal, asimetría del velo del paladar y marcada disfonía, planteándose el diagnóstico de infec-

ción herpética. Dado el antecedente del 2000 y el cuadro actual, se solicita evaluación por otorrinaringólogo. El día 22 de enero de 2003 es examinado por el especialista quien encuentra una cuerda vocal izquierda hipotónica, parética, comisura posterior rotada, hiatus fonatorio hemiojival, concordante con una paresia de cuerda vocal izquierda por compromiso del nervio laríngeo superior de etiología no precisada. Se solicita Electromiografía laríngea, Ecografía cervical, Radiografía de tórax y se indica *Citoneurón*®. El resultado de los exámenes fue el siguiente: radiografía de tórax en la región subclavicular derecha y sobreproyectada en el arco anterior de la 2ª costilla hay imagen nodular densa de 5 mm (cicatriz de operación del 2000); cintigrama toroideo normal; ECO cervical normal; TAC de cuello y tórax normales. Conclusión diagnóstica: paresia de nervio laríngeo superior izquierdo idiopática. Se indica tratamiento fonoaudiológico. Actualmente la paciente se encuentra en sesiones de foniatría.

CASO N° 3

R.L.A., paciente de 27 años, sexo masculino, consulta por primera vez el 25 de septiembre de 2002 por cuadro de disfonía de 6 meses de evolución, sin antecedentes mórbidos de importancia ni hábito tabáquico. Examen físico en esa oportunidad, dentro de límites normales salvo la evidente disfonía. Se deriva a otorrinolaringología para evaluación del caso realizándose una nasofibrolaringoscopia que demuestra la existencia de un pólipo de comisura anterior con indicación de resección quirúrgica. El 7 de noviembre de 2002 se

realiza *polipectomía* resultando ser un carcinoma escamoso *in situ*. El 6 de enero de 2003 se le realiza *decorticación bilateral*, resultando un **carcinoma escamoso *in situ*** de ambas cuerdas vocales. El caso es presentado en Comité de Patología Cervico-Facial decidiéndose someter a radioterapia. Habiéndose realizado las sesiones de radioterapia planificadas, el paciente se encuentra actualmente en buenas condiciones generales, bajo control médico para determinar pronóstico.

CASO N° 4

A.G.R., hombre de 54 años, en diciembre de 2002 consulta por dolor de garganta y síntomas generales.

Se hace diagnóstico de faringitis aguda indicándose medidas generales. Dos semanas después consulta nuevamente, porque dice continuar disfónico. Relata que siempre en esta época, "*desde hace muchos años, queda ronco*". El paciente piensa que se debe a los cambios de temperatura a los que está sometido por el

tipo de trabajo que desempeña (chofer de camión repartidor). En el examen físico no se constata ninguna alteración importante. Dado los antecedentes y la evolución del caso se decide derivar a otorrinolaringología para opinión diagnóstica, pensando en algún tipo de proceso alérgico. Es evaluado por médico especialista quien hace diagnóstico de **Disfonía secundaria a reflujo gastroesofágico** (RGE). El paciente actualmente se encuentra asintomático utilizando *Cisaprida®* y *Omeprazol®*.

COMENTARIO DEL ESPECIALISTA

La disfonía es un síntoma de frecuente consulta tanto en la práctica médica general como del otorrinolaringólogo. Gran parte de los cuadros que se acompañan de disfonía **pueden y deben** ser resueltos en el nivel primario debido a que la mayoría de los casos son reflejo de un cuadro infeccioso agudo predominantemente de la vía respiratoria alta. Es por este particular motivo que resulta de mucha relevancia el que a nivel general y sobre todo en Medicina Familiar se disponga de sólidos conocimientos básicos que permitan un adecuado manejo del paciente disfónico así como también el momento oportuno en que el cuadro ha sobrepasado el nivel primario debiendo ser derivado al Otorrinolaringólogo, especialista con el cual se debería mantener un estrecho contacto que permita la retroalimentación. Se desprende entonces que aquellos cuadros banales, de corta duración, que no sean repetitivos, son de resorte del médico de nivel primario.

Causa frecuente de desorientación y en ocasiones "*pérdida*" del paciente, es la sensación de poco avance en la mejoría que experimenta el paciente, toda vez que es multi-tratado con variadas alternativas de fármacos que no hacen más que actuar sobre el síntoma sin atisbos de investigar causa, de tal manera que frecuentemente nos encontramos con Neurosis, Faringitis Crónicas, Alergias, etc como frecuentes diagnósticos -de larga evolución- sin que se hayan extremado los elementos de estudio y manejo pertinentes.

Como usualmente nos repetían nuestros maestros de práctica clínica, **la historia es la base de un buen diagnóstico** del cual necesariamente derivará un adecuado tratamiento. Es así como los antecedentes mórbidos personales y familiares, los hábitos (alcohol, tabaco, etc), la historia laboral, el ambiente físico en que el paciente vive, son elementos anamnésicos que no deben ser obviados en la entrevista.

Dentro de la historia actual es importante el tiempo de evolución, los factores desencadenantes de la disfonía, los tratamientos efectuados (y sus resultados), así como también ir captando durante la entrevista un esbozo del perfil psicológico del paciente.

Debido a que el presente comentario no pretende enumerar las diversas causas en que está inmersa la disfonía, me parece necesario enfatizar algunos aspectos que se delinear en los casos clínicos expuestos previamente y que puedan ser de utilidad para el enfrentamiento del paciente disfónico.

- 1.- En el niño disfónico, teniendo en cuenta que los nódulos vocales son la causa (no infecciosa) de disfonía más frecuente siempre se debe descartar la presencia de **Papilomas Laríngeos**, patología benigna infecciosa viral cuya importancia radica en su capacidad de provocar obstrucción respiratoria, las frecuentes recidivas post-tratamiento y la posibilidad de malignización a futuro.

CASO CLÍNICO

- 2.- Toda disfonía con evolución mayor a 15 días debe ser considerada -en el adulto- como una patología maligna hasta no demostrar lo contrario.
- 3.- Las parálisis cordales ocasionan disfonía, en ocasiones de larga data, en cuyos pacientes es difícil establecer en ocasiones un elemento causal. Una vez diagnosticada el manejo fonoaudiológico es fundamental pudiendo obtenerse resultados notables.
- 4.- Teniendo en cuenta que la fonación normal depende de un adecuado control neuro-muscular, resulta evidente que existen patologías **orgánicas** que causan disfonía así como también causas **funcionales** que dependiendo de la evolución pueden llegar a constituir organicidad, de tal manera que la causa funcional debiera ser determinada sólo luego de un exhaustivo estudio de la especialidad.
- 5.- **Aún en ausencia de claros síntomas gastroesofágicos**, aquellas molestias faríngeas vagas, sensación de cuerpo extraño, prurito, disfonía intermitente, tos, entre otros síntomas generales que deben estimarse, la posibilidad de **Reflujo gastroesofágico** siempre debe plantearse.
- 6.- Tanto o más agradecido que el **paciente bien tratado** lo estará también aquel **paciente bien derivado**.

COMENTARIO DEL FONOAUDIÓLOGO

Los trastornos de la voz son por lo general de causa multifactorial. El manejo que requieran los pacientes aún cuando puedan presentar una misma patología vocal, son diferentes según las necesidades de cada persona. Los objetivos que se plantean en el tratamiento foniatrico dependen de los factores involucrados en su etiología. Es necesario considerar además en la terapia de la voz factores de tensión muscular, emocionales, el tipo de técnica vocal, el grado de disfonía, el uso de la voz (habitual, laboral o profesional), otros factores médicos tal como el efecto del reflujo gastroesofágico en la emisión de la voz, etc que dan origen a la dinámica anátomo-funcional del sistema laríngeo. En ciertos pacientes y de acuerdo a su patología vocal es importante contar con el apoyo de otras especialidades en el manejo integral del paciente. Se hace necesario en ocasiones derivar por ejemplo a psiquiatría, psicología, u otra especialidad médica para la resolución del cuadro.

En niños, los resultados de la terapia vocal depende en gran medida del apoyo de la familia, del control de las actividades diarias familiares, escolares y recreativas que requieran el uso de la voz. El principal objetivo del manejo foniatrico en los niños es lograr un **cambio de actitud** en los patrones vocales de comunicación, sea la causa de tipo funcional u orgánica.

Las patologías laríngeas benignas que requieran o no de un manejo médico-quirúrgico, como pólipos de cuerda vocal, nódulos, edemas, etc deben ser tratadas del punto de vista foniatrico, para reducir las causas que originaron la patología y adquirir una técnica vocal que permita un desempeño vocal adecuado a las necesidades del sujeto.

Un diagnóstico preciso influye en el tipo de tratamiento vocal que se desarrolle. Es fundamental determinar el tipo de lesión que origina el trastorno vocal. En parálisis de cuerda vocal se debe precisar si la lesión es central o periférica, es uni o bilateral, el o los nervios comprometidos que inervan la laringe, etc ya que la sintomatología y los procedimientos indicados en la terapia son distintos para cada tipo de lesión.

En las alteraciones vocales de origen orgánico siempre hay asociado un factor funcional de compensación sobregregado en la producción de la disfonía, por lo tanto, es fundamental en el manejo general del tratamiento vocal considerar según sea el caso un período de reposo vocal, reducir el esfuerzo fonatorio compensatorio, identificar y reducir de los factores estresantes, desarrollar técnicas de relajación, técnicas de control de la corriente espiratoria, control de la emisión, resonancia y proyección de la voz, todos estos elementos relacionados con la técnica vocal.

Finalmente, es importante indicar controles periódicos, sugiriéndose realizar estas evaluaciones (médicas y fonoaudiológicas) como actividad de rutina de un equipo o unidad de patología de la voz.