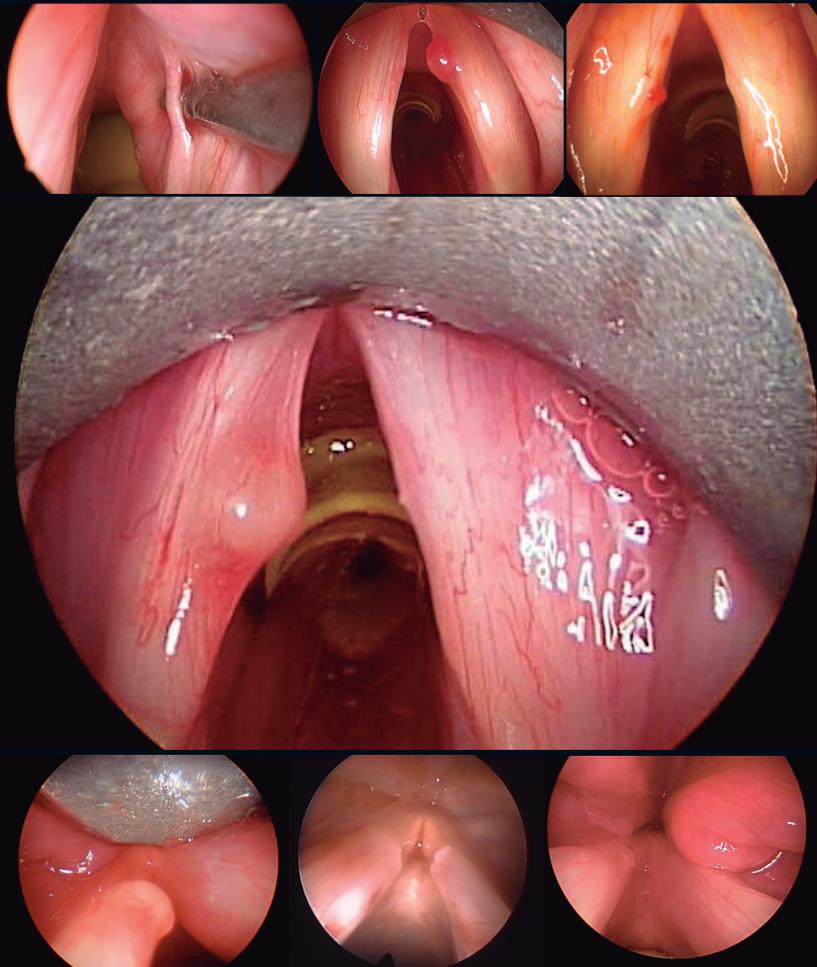


Laringoscopia

Dr. Francisco Pérez G. / Dra. Alba Testart T.



Guía de diagnóstico Clínico

© 2015

1ª edición

RPI (DDI Chile): 258.391

ISBN: 978-956-362-013-9

Impreso en Chile por Dimacofi / Printed in Chile

Diseño y Diagramación: Francisco Pérez

Dedicatoria:

A la voz, inefable don de expresión del Creador para el ser humano, que nos arrulla y consuela cuando niños, nos educa en los años juveniles, nos llena de gozo y eleva con el arte, nos seduce y enamora en nuestra plenitud, nos deleita en la crianza familiar y nos perdona y llama por nuestro nombre al final del camino.

A mis padres, Luis y Marta; sus voces sabias y serenas me acompañan por siempre.

A mi esposa, Alba; su voz continúa diciéndome que me ama.

A mis hijos, Francisco, Daniel, Ignacio y Magdalena cuyas voces me hacen abrir los ojos y respirar cada día.

Colaboradores

Dr. Adam Rubin

Director Lakeshore Professional Voice Center, Lakeshore Ear, Nose and Throat Center, St. Clair Shores, MI 4808. Clinical Associate Professor, Michigan State School of Medicine, Lansing, MI

Dra. Cristina Jackson-Menaldi

Adjunct, Full Professor, Depart. Otolaryngology, School of Medicine Wayne State University, Detroit. Co-founder (LPVC) Lakeshore Professional Voice Center, Lakeshore Ear, Nose and Throat Center, St. Clair Shores, MI 48081

Dr. Rodrigo Testart Tobar

Anestesiólogo, Clínica Ciudad del Mar, Viña del Mar

Dr. Raúl González Álvarez

Anatómo Patólogo, Histomédica, Centromed, Viña del Mar

Dr. Francisco Heller Vega

Otorrinolaringólogo, ACHS, Viña del Mar

Dr. Andrés Ortega Traversaro

Otorrinolaringólogo, Clínica Las Condes, Santiago de Chile

Flga. María Celina Malebrán-Bezerra de Mello

Fonoaudióloga, Universidad Santo Tomás, Viña del Mar

Sr. Francisco Pérez Testart

Interno 7º año de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Agradecimientos

Sociedad Chilena de Otorrinolaringología Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello, por su patrocinio a este trabajo.

Dimacofi y su personal, por su colaboración para el logro de este volumen.

En general a todos quienes han cooperado en la materialización de este texto, a quienes estamos agradecidos por el trabajo en conjunto y por habernos participado de su experiencia y conocimientos para ponerlos a disposición de todo aquel que se inicia en este arte de observar y escuchar al prójimo aquejado de su voz, para intentar devolverle aquel don tan preciado.

Índice

13. Prólogo Dr. Andrés Ortega T.
15. Introducción Dr. Francisco Pérez G.
17. Endoscopía laríngea normal. Mi visión. Dr. Francisco Pérez

Guía de casos clínicos

Dr. Francisco Pérez / Dra. Alba Testart

33. Lesiones laríngeas y disfonía funcional en usuarios no
 laborales de la voz
195. Lesiones laríngeas en usuarios laborales de la voz
259. Lesiones de epiglotis y base de lengua
275. Lesiones premalignas y malignas

281. Trabajo multidisciplinario en el diagnóstico de las disfonías
 Dr. Adam Rubin y Dra. Cristina Jackson-Menaldi
307. Pruebas terapéuticas: utilidad en el examen funcional de
 la laringe Flga. M. Celina Malebrán B. de Mello
321. Anestesia en la cirugía laríngea Dr. Rodrigo Testart T.
327. Anatomía patológica de las lesiones benignas de la laringe
 Dr. Raúl González Álvarez
335. Aspectos médico-legales de las disfonías
 Dr. Francisco Heller Vega
343. Glosario Dr. Francisco Pérez G. / Dra. Alba Testart T.
365. Galería de imágenes Dr. Francisco Pérez - Dra. Alba Testart
397. Datos técnicos de equipos



Descargo de responsabilidad

El presente trabajo constituye la exposición de la experiencia de los autores y los colaboradores en la atención diagnóstico-terapéutica de pacientes aquejados de patología laríngea y de voz, pero no pretende ser necesariamente una recomendación clínica formal ni un protocolo de tratamiento para uso general. Cada paciente debe ser valorado en forma individual, según el criterio del médico y del terapeuta vocal a cargo, basados en su propia experiencia y el estado actual del conocimiento médico y científico disponible.

Prólogo

Hace algún tiempo el autor me comentó el interesante proyecto de realizar un texto de ayuda Diagnóstica en Laringología, basado principalmente en imágenes claras y representativas de la gran variedad de patología laríngea a la cual el Otorrinolaringólogo se debe enfrentar diariamente, pero que muchas veces no es detectada por diversas razones. Podemos decir que después de un admirable esfuerzo y dedicación por parte de los autores este proyecto es hoy una realidad. Este texto no solo es presentado de una forma docente y pedagógica sino que además transmite la gran experiencia clínica de ellos realizando examen de laringes tanto normales como patológicas.

Puedo decir que es un verdadero honor y responsabilidad presentar esta interesante publicación, respecto de la cual además creo es una aportación necesaria para los tiempos actuales.

Los problemas de voz han sufrido una gran revolución en los últimos años asociados a cambios culturales que hacen cada día más necesaria la utilización de la voz. Hoy vivimos en un mundo globalizado y de comunicación intensa de la cual dependemos en nuestra vida diaria. La necesidad de divulgar y crear conciencia de los problemas vocales no solo va en beneficio de las personas sino de la salud general de una población.

La Laringología como subespecialidad ha presentado un cambio radical en cuanto a la metodología diagnóstica y de registro de imágenes, que ya desde hace algún tiempo han exigido al Otorrinolaringólogo cada vez más exactitud y precisión diagnóstica, además de un muy buen registro visual de la patología y almacenamiento de imágenes con fines educativos, docentes y médico-legales.

El enfoque de este libro basado en imágenes, es eminentemente pedagógico y trata de la identificación de la patología laríngea a través de un adecuado reconocimiento de fotos endoscópicas muy representativas y de alta calidad. Hay en este texto un apartado de casos clínicos que nos

proporcionan una adecuada comprensión en cuanto a las manifestaciones clínicas de la patología laríngea y su sintomatología. Muy importante mención hace referencia a la indiscutible relevancia del trabajo multidisciplinario y en equipo. Quienes dirigimos Centros de Voz sabemos la importancia de ello en la resolución de la patología laríngea y en especial de los problemas vocales.

Es por todos conocido que la posibilidad de llevar un paciente a pabellón, tanto para resolver quirúrgicamente una patología como para realizar una exploración diagnóstica de la vía aérea, es una realidad habitual para el Laringólogo por lo cual una adecuada interacción con el anestesista es fundamental y ello se aborda en un capítulo muy necesario. No podemos dejar de mencionar la existencia de una ley laboral en nuestro país y la incapacidad asociada a la patología vocal que se revisa de forma muy didáctica en un capítulo de este libro.

Esperamos que el trabajo realizado por los autores sea de interés para los más amplios miembros de la comunidad y en especial para todos los especialistas que deben evaluar y tratar paciente con problemas laríngeos.

Felicitaciones por este gran esfuerzo.

Dr. Andrés Ortega T.

Introducción

Este volumen resume el trabajo en endoscopia diagnóstica de laringe en nuestra consulta ambulatoria, en el período comprendido entre los años 1996 y 2015. Se trata de la experiencia de 19 años con las técnicas más básicas, útiles y difundidas en nuestro medio para el médico otorrinolaringólogo, en la exploración de la vía aérea nasofaringolaríngea y en particular las estructuras de la laringe por su importancia como órgano respiratorio y fonatorio. La endoscopia flexible con nasolaringofibroscopio, asociada a la visualización con óptica rígida (en nuestro caso de 70° de 4 y 8 mm), constituyen el primer escalón en la evaluación del paciente aquejado de síntomas de la voz, respiración y deglución. Lo anterior considera principalmente la exploración con fuente de luz halógena, no estroboscópica, dada la escasez de este recurso en nuestro medio, técnica que en nuestro caso fue incorporada sólo desde el año 2012. El registro de imágenes se efectuó por medio de VHS desde el año 1996 hasta 2012, siendo digitalizado desde entonces. En ciertos casos incluye la microcirugía laríngea, la histopatología y el seguimiento, hasta por dieciséis años en algunos de ellos. Es así como, basados en la simple observación de la historia natural de determinadas lesiones, logramos entender a la luz del paso del tiempo qué significan tales lesiones, consiguiendo la experiencia para saber cuándo intervenir y cuando no, en el más amplio sentido, tanto en lo quirúrgico como en el ámbito de la terapia vocal. Como ocurre con muchas cosas en la vida, a veces el tiempo es el mejor terapeuta. El objetivo de esta recopilación de exámenes con imágenes, descripción, interpretación diagnóstica, documentación quirúrgica y numerosos casos con seguimiento considerable, es compartir nuestra experiencia en condiciones de trabajo corrientes, con equipos de amplia disponibilidad y de costo abordable para la gran mayoría de los especialistas ORL que incursionan en esta área. La tecnología con su vertiginoso avance, nos ofrece día a día nuevos equipos de mayor calidad y prestaciones extraordinarias, pero a costos fuera del alcance de la mayoría, y es por eso que queremos destacar el equilibrio costo-beneficio de instrumentos de buena calidad y alta durabilidad que, con los cuidados pertinentes pueden servir durante largos años en la práctica médica individual. El resto dependerá de la

dedicación e inquietud personal, la que en nuestro caso nos ha impulsado a mantener registro de los exámenes por todo este período, ofreciéndolos ahora a nuestros colegas otorrinolaringólogos y a los profesionales de especialidades afines, para que ojalá constituyan un aporte en su trabajo cotidiano.

Por otra parte, contamos en este volumen con la valiosa colaboración del Dr. Adam Rubin, Laringólogo que se desempeña en la Universidad de Michigan y como médico Jefe en el Professional Voice Center de Lakeshore, Detroit y de la Ph. D. María Cristina Jackson-Menaldi, Fonoaudióloga señera en la investigación y terapia vocal en Francia, Argentina y Estados Unidos por varias décadas. La experiencia de ambos y el trabajo que realizan en conjunto en su Centro de voz Profesional, los convierte en un importante aporte a la Laringología, el que han sabido compartir y poner generosamente a disposición de muchos médicos otorrinolaringólogos y terapeutas de la voz de diversas latitudes, en especial de Sudamérica. Además hemos tenido la generosa disposición del Dr. Andrés Ortega, Laringólogo de Clínica Las Condes, quien ha oficiado de corrector de pruebas de este texto, otorgándonos también un aporte personal con su gran bagaje en el campo de la Laringología.

Endoscopía normal. Mi visión.

Dr. Francisco Pérez G.

Laringe normal no significa laringe ideal

La laringe, como todos los órganos de la economía, presenta variaciones importantes dentro de la normalidad entre individuos y a veces en una misma persona por asimetrías o diferencias congénitas en la bilateralidad, que no constituyen patología propiamente tal, o al menos son asintomáticas o de poco impacto en la calidad vocal. En muchas ocasiones el otorrinolaringólogo encuentra hallazgos en el examen físico que llaman su atención, tales como una desviación septal importante o una hipertrofia turbinal muy visible, sin que el examinado tenga síntomas relatados espontáneamente al respecto. Sin embargo, mediante un interrogatorio dirigido (no reconoce la obstrucción nasal por estar acostumbrado), es posible extraer elementos más detallados y específicos en relación al hábito de respiración oral: respiración ruidosa, mala tolerancia a la actividad física vigorosa, ronquidos y trastornos cualitativos del sueño, como son ausencia de actividad onírica o cierta fatiga matinal con sensación de sueño poco reparador, pese a dormir el número suficiente de horas. En los niños también suele aparecer el factor de ‘atención deficiente’ que los lleva a recibir atención por psicopedagogos y otros profesionales relacionados con el aprendizaje. Lo anterior permite entender que esos pacientes están haciendo uso de una ‘reserva funcional’ o capacidad adaptativa de sus organismos, sin que por ello dejen de presentar con el paso del tiempo síntomas de fatiga en su más amplia, aunque difusa y heterogénea expresión. La laringe en este aspecto no es la excepción y ocasionalmente, al examinar a un paciente disfónico que consulta por otra causa, nos encontramos con pocas alteraciones en el examen físico básico (laringoscopia con espejo laríngeo), pero al evaluar con medios como fibra óptica, óptica rígida y en especial asistidos por el uso de estroboscopia, es posible desvelar lesiones inicialmente inaparentes. Este tipo de defectos no tendrán mayor repercusión en quienes no se desempeñan en ámbitos con exigencia fonatoria, a diferencia de profesores, cantantes, locutores, voceadores en mercados y vía pública, quienes presentan una carga vocal inherente a su trabajo dando pie a que la patología laríngea exudativa se

presente en su más amplio abanico. La exigencia de vocalización por largos períodos sin conocimientos de higiene vocal ni de técnica apropiada, más aún ejerciendo la abusiva función de amplificación que adopta el usuario respecto de su voz, es otro factor que agrava la tensión sobre la mecánica de los órganos fono-articulatorios generando lesiones en ellos. Lo mismo es válido para personas que trabajan en ambiente ruidoso y deben hablar forzosamente a gran intensidad, aquellos que están expuestos a polución ambiental laboral o quienes por el consumo de tabaco y alcohol se hacen más propensos a la aparición de enfermedad laríngea. Respecto del ruido ambiental, la legislación laboral chilena (Ley 16.744) protege de la exposición por sobre los 85 dB, limitando el tiempo de trabajo e implementando la debida protección. Por el contrario, para quienes trabajan vocalmente no hay disposiciones que regulen el tiempo de actividad por jornada, ni se contempla una medición objetiva e instrumental del ruido en el lugar de desempeño (aula, gimnasio, patio) como tampoco una medida de la intensidad sonora de la voz del emisor. Lo anterior retrata claramente el vacío legal que desprotege principalmente a los profesores, obligados a actuar en ambiente con ruido que incrementa la exigencia e intensidad de la emisión vocal por períodos sin control, ejerciendo funciones de amplificación impropias del trabajo lectivo. La dotación de equipamiento de amplificación adecuado para el sitio de trabajo debería ser una obligación asumida por el establecimiento, en conjunto con las instituciones aseguradoras de la salud ocupacional. El reflujo gastroesofágico con sus conocidas manifestaciones extraesofágicas, constituyendo en ocasiones el denominado reflujo faringolaríngeo, es también un reconocido factor condicionante, causante o precipitante de lesiones en los tejidos del tracto digestivo y de la vía aérea superior, en especial la laringe. La delicada cubierta epitelial y armazón cartilaginosa laríngea no están adaptadas a la exposición clorhidropéptica, a diferencia del esófago, que mediante el 'clearance' mucoso es capaz de depurar en cierta medida su superficie de residuos ácidos, lo que no tiene lugar en la laringe.

Todo lo anterior no significa que a cada paciente que veamos y en quien encontremos alguna anormalidad, debamos considerarlo un potencial caso patológico, pero sí advertirle de la condición que presenta y del eventual riesgo de desarrollar patología ante futuras exigencias fuera de lo habitual. No pretendemos tener la certeza total sobre los casos aquí expuestos, más aún, en varios de ellos es posible conjeturar diagnósticos diferentes sobre la condición que presentan. De igual forma, hay diferentes nomenclaturas y clasificaciones para designar las variadas patologías que se exponen, siendo necesario considerar la complementariedad entre ellas. A lo anterior queremos agregar que el ejercicio corriente y rutinario de visualizar las imágenes grabadas, así como la cuidadosa selección de fotografías para presentar un adecuado informe, es un proceso que forma parte de la comprensión de la afección del paciente y que permite ampliar y madurar el conocimiento del médico respecto de ese caso y de esa patología en especial. Observar con atención, fuera de la prisa de pegar los ‘printings’ en la hoja de informe antes de recibir al próximo paciente, describiendo con minuciosidad los hallazgos del video y reparando en los detalles en forma sistemática, enriquecen el análisis del caso y otorgan mayor validez a las conclusiones que se desprenden de la evaluación. Es una forma de ritualidad que en nuestra experiencia creemos útil.

En cuanto al procedimiento mismo, destacaremos algunos detalles importantes a tomar en consideración:

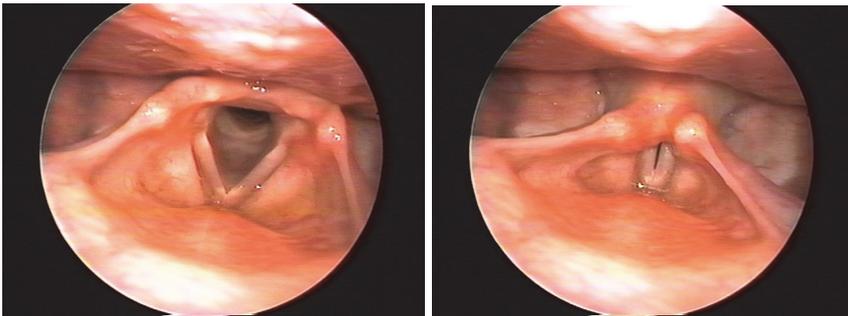
Al iniciar el examen, grabamos la cara del paciente con fines de identificación y luego con la óptica rígida registramos el cierre labial, que desde ya dará valiosa información acerca del carácter de respirador oral que deja improntas particulares en la piel labial como fisuras, hendiduras, fosetas, queilitis angular, etc. lo que denotará la antigüedad del proceso. Asimismo prestamos atención a la mordida, que puede tener relación con el tipo respiratorio (bis a bis, abierta anterior, invertida, cruzada, prógnata, etc). Se debe reparar en el estado de la dentadura, en especial de los dientes anteriores, dado que algunos de estos pacientes serán sometidos a una laringoscopia directa la que eventualmente podría producir daño dentario, siendo de particular importancia prevenirlo

como también dejar establecido -con la filmación- si hay traumatismos dentales antiguos. Es conveniente observar las encías buscando signos de gingivitis por tabaquismo, respiración oral o mala higiene, prestando también atención al piso de boca, vestíbulos bucales y luego la orofaringe, antes de insertar la óptica para la observación puntual de la laringe.

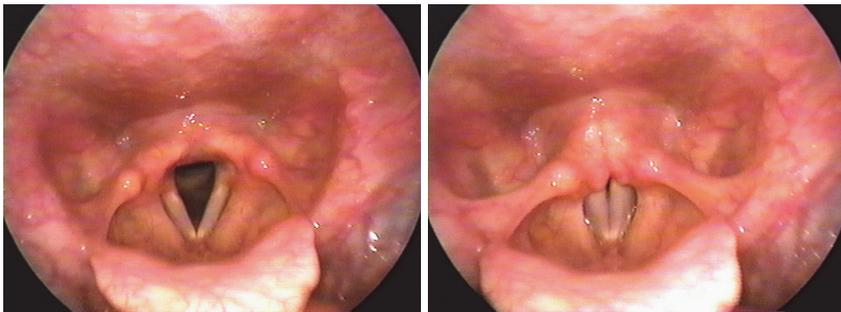
Respecto de la observación de la laringe, sea con la óptica rígida (telelaringoscopia con luz continua o estroboscópica) o la fibra flexible (nasolaringofibroscofia), se debe proceder en forma ordenada y sistemática, de manera de no perder la visión del conjunto anatómico y funcional que conforma la laringe y las estructuras circundantes. El procedimiento de observación y descripción debe considerar los parámetros estáticos y dinámicos con la metódica que sea de preferencia en el centro de atención y formación en particular. En este texto se detalla en forma precisa, en el capítulo de Trabajo Multidisciplinario de los Drs. Rubin y Jackson-Menaldi, la metódica de exploración con fonemas y repeticiones que permiten probar cada uno de los músculos o grupos musculares y su respectiva inervación en orden a orientarse acerca de las eventuales deficiencias existentes.

A continuación algunos casos para ejemplificar nuestra visión acerca de los límites de la normalidad.

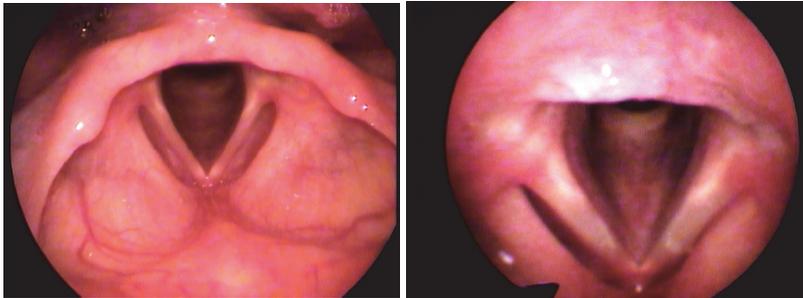
Mujer de 28 años (1998), asintomática de voz y laringe. Pliegues vocales con borde libre recto. Nótese el cambio de coloración del pliegue vocal en la comisura anterior y en el proceso vocal, blanco nacarado, donde el ligamento se hace más denso para tomar inserción en la estructura cartilaginosa y se trasluce debajo de la mucosa. Por contraste el pliegue vocal membranoso es de coloración rosada con tinte levemente grisáceo. Adosamiento vocal deja ver mínimo hiato, asintomático. Ventrículos laríngeos abiertos, lo que indica ausencia de edema y/o activación de bandas ventriculares. Cartílagos aritenoides bien definidos y perfilados (traslucen en su ápex el Corniculado o de Santorini) y eventualmente un pequeño engrosamiento en el espesor del repliegue ariepiglótico (cartílago Cuneiforme o de Wrisberg), comisura posterior lisa y de coloración rosada homogénea. Al mismo tiempo el espesor del ‘muro’ posterior es delgado y parejo, sin edema hacia la boca del esófago. En aducción, senos piriformes bien visibles y se aprecia la ‘cintura’ del reloj de arena.



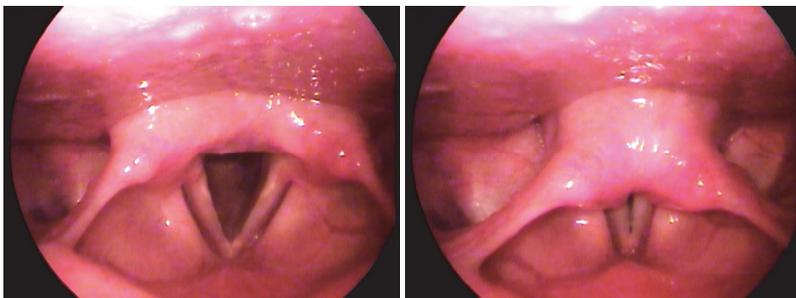
Mujer de 42 años, globus faríngeo y posibles espasmos laríngeos nocturnos. Rx EED normal. Examen físico, levísimo edema posterior.



Mujer de 20 años (2014), sexo femenino; asintomática de la voz. Pirosis ocasional. Ventriculos abiertos en ‘orejas de liebre’, leve edema retroaritenóideo. Fibra 3,4 mm muestra edema subcordal y comisuritis.



Mujer de 41 años (2014), sexo femenino; pirosis y carraspera crónica, muestra edema de cara posterior de aritenoides que aumenta grosor del muro posterior de laringe y cierra senos piriformes por su cara medial; ligero engrosamiento de la comisura posterior. Cintura posterior ensanchada. Edema leve del fondo del ventrículo de Morgagni a izquierda, que se aprecia por brillo en zona anterior.



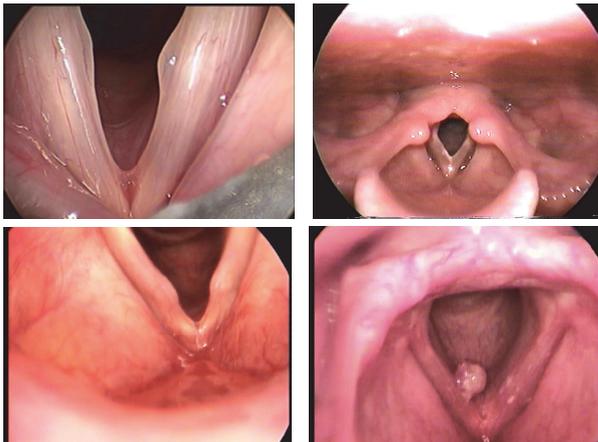
Mujer de 57 años (2008), sexo femenino, en estudio por cefalea de larga evolución y descarga posterior. Pirosis acentuada sin síntomas vocales. Laringe presenta pliegues vocales con aspecto conservado y motilidad de aducción y abducción normales. Comisura posterior con mucosa algo engrosada con aspecto granular fino. Nótese la incisura de la comisura anterior en que remata el ángulo de la V glótica con una Y, con trazo vertical muy corto que a veces no es visible a causa de secreciones depositadas, lo que no se debe confundir con micromembrana anterior.



El caso N° 55, mujer de 16 años, simula la microadherencia de la comisura sin poder descartarla por completo. A izquierda, secreciones en comisura anterior y al centro, luego de aclaramiento vocal. Destaca edema de cara subglótica de pliegues vocales.



Comparación con micromembranas



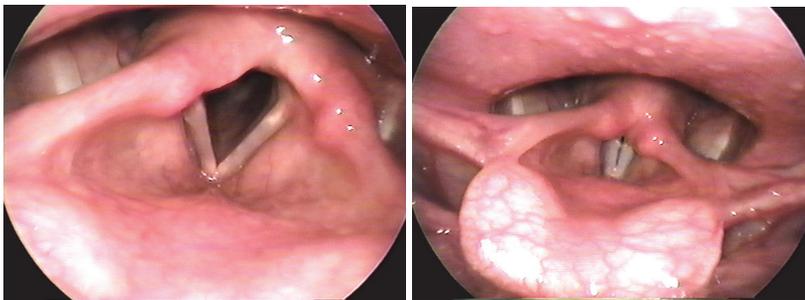
Arriba izquierda (foto laringoscopia directa) caso 178, profesora de 35 años. Derecha, caso 71, niña de 10 años (2003), disfonía de larga evolución y disnea de grandes esfuerzos. Abajo izquierda caso 166, mujer cantante 30 años, con nódulos y micromembrana.

Abajo, derecha (caso 115), varón 27 años. Disfonía reciente por nódulo fibrinoide. Hipoacusia y micromembrana podrían ser factores predisponentes.

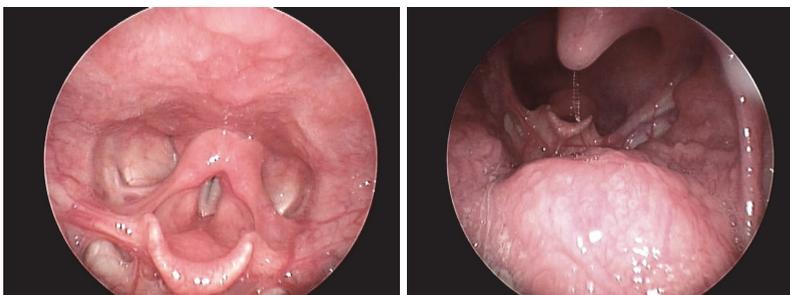
Mujer de 54 años no fumadora, sin síntomas vocales ni de reflujo. Sinusitis crónica y tos recurrente en últimos meses. Se observa edema congestivo leve de pliegues vocales y edema de cara subglótica (fibra flexible 3,4 mm). Con óptica rígida (foto a la derecha) se aprecia reflejo de luz en línea punteada en la cara superior del pliegue derecho por edema superficial desigual.



Mujer de 34 años, se queja de dificultad para tragar y episodios de disnea ocasionales. Estudio radiológico de deglución normal. Se observa leve rotación a izquierda y asimetría de la abducción, siendo mayor a izquierda, causando senos piriformes diferentes; el derecho ovalado siempre visible ¿por leve paresia o tensión muscular variable del pliegue? y el izquierdo cilíndrico que desaparece en abducción. Laringe anatómicamente casi normal con mínimo edema subcórdal y leve edema del ápex de los aritenoides, cuya delgada mucosa normalmente permite apreciar por transparencia el cartílago subyacente.



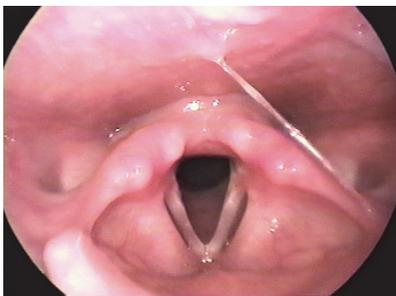
Mujer 30 años sin problemas de voz, presentó odinofagia reciente localizada a izquierda y se encontró abombamiento basilingual a ese lado. Laringe muestra leve tumefacción de los aritenoides.



Varón 33 años, se queja de globus. Laringe se aprecia normal en fonación. En respiración sorprenden los signos de reflujo severo.



Izqda.
óptica
rígida.
Der.
fibros-
copio



Niña 10 años, odinofagia matinal, obstrucción nasal y ronquido nocturno crónico. Alergia a ácaros. Rx: sinusitis maxilar derecha. Asintomática de voz. Laringe: leve edema posterior de aritenoides con doble relieve.

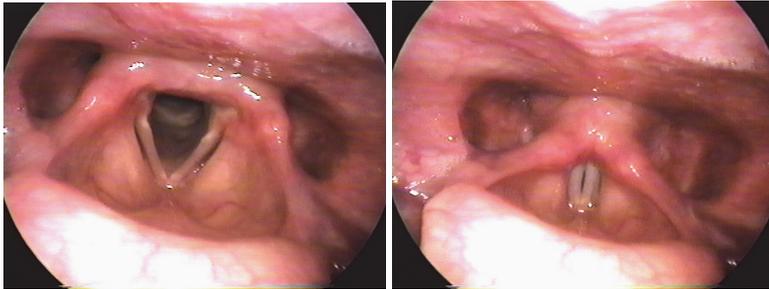


Niño de 4 años y medio asintomático de voz. Sinusitis crónica, tratado por reflujo un mes. Laringe muestra leve edema subcordal y de aritenoides. Secreciones en borde libre.

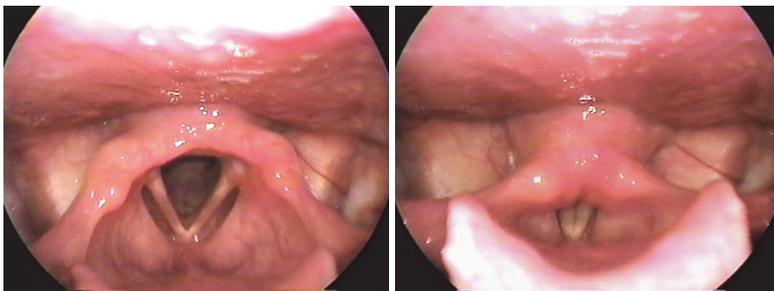


Niño de 10 años, pirosis. Edema leve de cara subglótica de pliegues y de aritenoides. Sin molestias vocales.

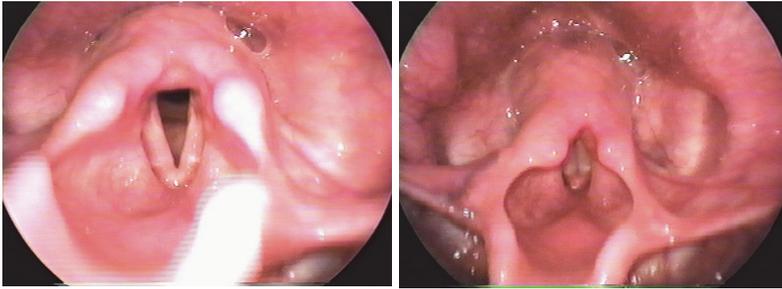
Mujer de 64 años, religiosa. Disfonía variable por dos años. Al examen físico laringe anatómicamente normal, leve edema de aritenoides. En fonación hay episodios de voz cascada, de tipo disfonía con componente espástico.



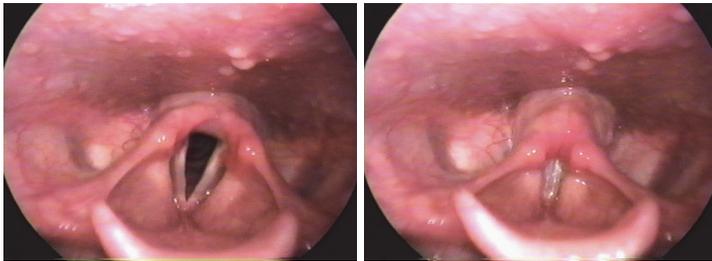
Mujer de 20 años, disfagia variable. Rx EED normal. Laringe con leve edema posterior de aritenoides, ventrículos laríngeos bien visibles, en 'oreja de liebre'. Sensibilidad del examen laringoscópico puede ser mayor que la de estudio radiológico de reflujo para signos del tipo extraesofágico.



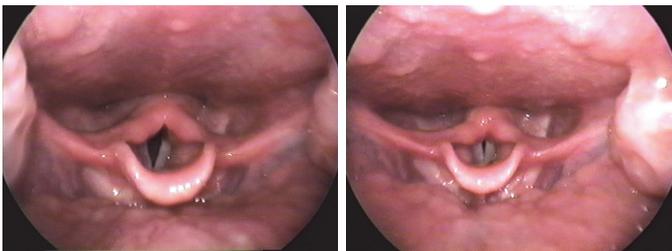
Niño de 8 años, sinusitis crónica e hipertrofia turbinal, sin síntomas vocales. Laringe normal con escasas secreciones.



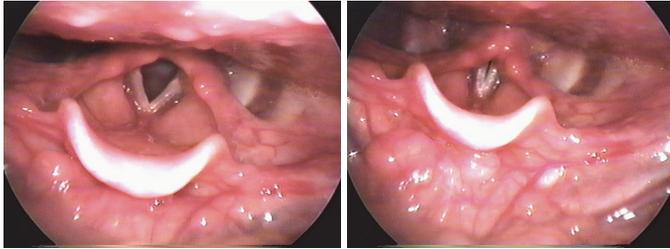
Niña de 12 años, sinusitis crónica y rinitis alérgica. Tratamiento empírico del pediatra para RGE. Asintomática del punto de vista vocal. Laringe muestra leve engrosamiento en punto nodular.



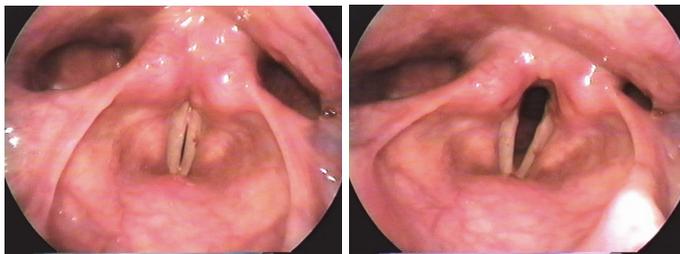
Niño de 8 años. Presenta carraspera crónica por meses y pirosis. Rx EED demostró RGE. Laringe morfológicamente conservada, solamente leve edema de aritenoides, cierta tensión muscular, por proyección AP de aritenoides y hiato posterior. Llama la atención ausencia de mayores signos laríngeos, pese a reflujo esofágico, visible en rayos, cuya sensibilidad se ha reportado entre el 26 al 95%. (1)



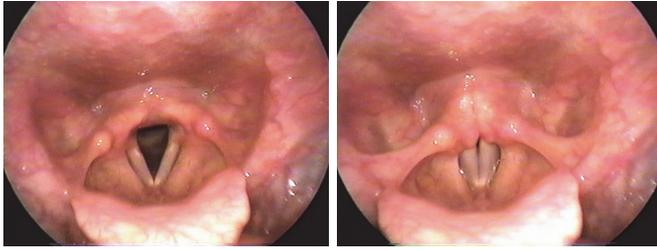
Niña de 13 años, disfagia ocasional variable y otalgia. Esofagograma normal. Laringe presenta pliegues vocales con aspecto y motilidad conservados. Edema de ventrículos laríngeos. Quiste mucoso o linfonodo basilingual.



Varón de 64 años (2008), usuario de C-PAP por cuatro años. Asintomático de voz, sin pirosis, cesó tabaco en 2002. Laringe muestra pliegues vocales con aspecto y motilidad de aducción y abducción conservados. Se consigna lesión varicosa (disgenesia vascular o telangiectasia) sobre el pliegue vocal izquierdo -que no compromete el borde libre- ventrículos no visibles y leve edema de aritenoides sugerentes de reflujo extraesofágico.



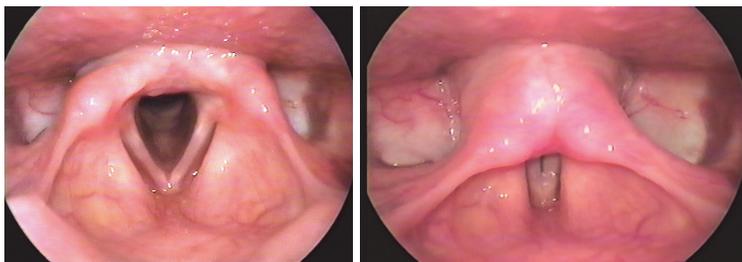
Mujer de 42 años, sensación de globus asociada a posible espasmo laríngeo nocturno ocasional. Rx EED normal. Rx Senos perinasales normal. Alergia nasal leve. Laringe muestra pliegues vocales con aspecto y motilidad de aducción-abducción normales; edema retroaritenoides que aumenta el grosor del muro posterior. El edema hacia la boca esofágica hace pensar en reflujo faringolaríngeo, pese a la ausencia de otros signos.



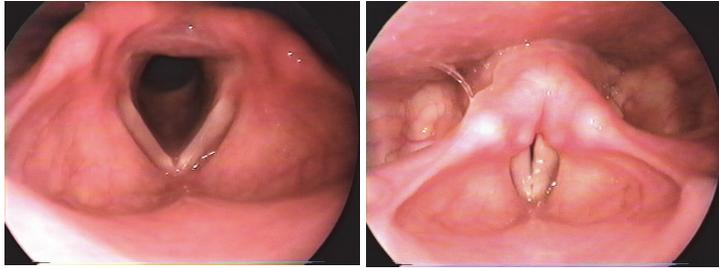
Mujer de 49 años, no fumadora, rinitis alérgica y reflujo gastroesofágico en tratamiento de largo aliento. Asintomática de la voz. Laringe presenta pliegues vocales con borde libre recto y mucosa de aspecto conservado; leve edema de cara subglótica y retroaritenóideo. Comisura posterior denota engrosamiento de su relieve, concordante con comisuritis posterior. Leve hiato longitudinal asintomático.



Mujer de 17 años, con asma bronquial y rinitis alérgica en tratamiento. Asintomática de la voz. Laringe muestra solamente pequeño edema de zona posterior de aritenoides. Ventriculos de Morgagni bien visibles.



Mujer de 21 años, asintomática vocal. Asmática en tratamiento con inhaladores de fluticasona/salmeterol y salbutamol. Amigdalitis y sinusitis a repetición. Laringe sólo muestra leve engrosamiento de comisura posterior.



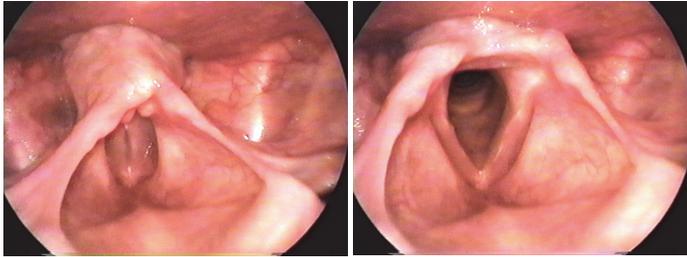
Mujer de 36 años, asintomática vocal. Pliegues con tono blanco nacarado, borde libre recto, ventrículos laríngeos visibles, adosamiento vocal casi completo. Aritenoides prominentes, con relieve del ápice redondeado (corniculado). El tono 'rojizo' de la mucosa del extremo posterior del pliegue vocal, en la inserción del ligamento vocal en el proceso vocal del cartílago aritenoides, es normal.



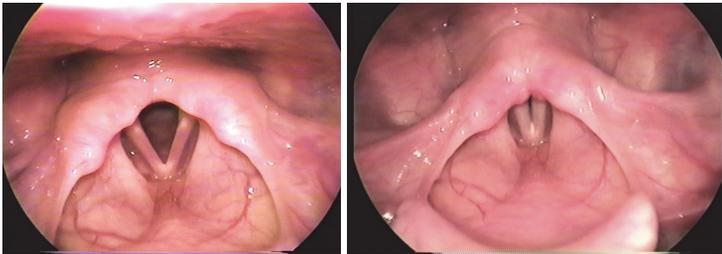
Mujer de 42 años, sin síntomas vocales, tratada por rinitis alérgica. Se observa cartílagos corniculados perfilados y prominentes casi en repliegue ariepiglótico. Mínima acumulación salival en punto nodular.



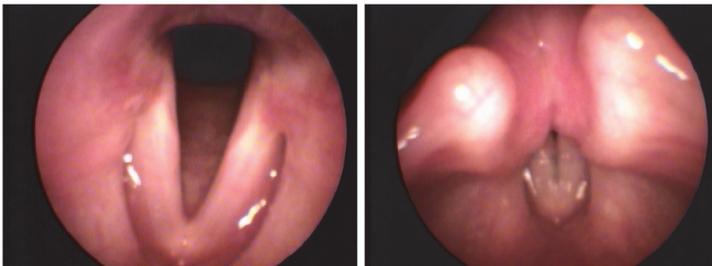
Varón de 18 años. Pseudo-granulomas de aritenoides; plegamiento de la mucosa de comisura posterior, conforma en aducción dos prominencias simétricas que desaparecen en abducción. Leve edema subcordal visible a izquierda. Cierta basculación anterior tensional de los aritenoides.



Profesora de 28 años, con obstrucción nasal, globus y tos nocturna. Rx de EED: reflujo gastroesofágico, esofagitis y pequeña hernia hiatal. Llama la atención laringe con morfología normal, sólo leve proyección anterior de los aritenoides (óptica rígida de 4 mm).



Niño de diez años, asintomático vocal. Laringe con aspecto normal, ventrículos abiertos, borde libre recto y ausencia de edema. Imagen obtenida con fibra flexible, lo que permite proximidad inmediata con los pliegues vocales.



Guía de casos clínicos

Lesiones exudativas y disfonía disfuncional en usuarios no laborales de la voz

Candidiasis laríngea

Caso 1 Mujer

Edad: 79 años

Fecha: noviembre de 2007

Ocupación: casa

Tabaco: gran fumadora

Medicamentos: EPOC

Cirugía: no

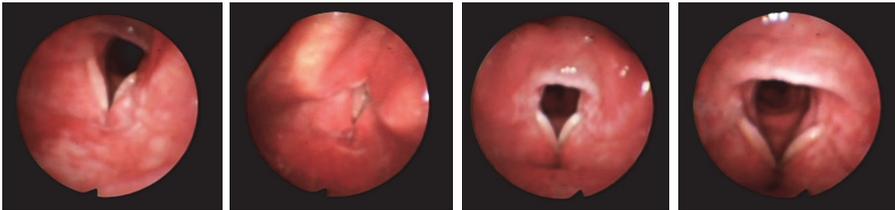
Técnica: Nasolaringofibroscoipía.

Antecedentes: portadora de EPOC, hospitalización reciente por descompensación a causa de infección respiratoria baja. Refiere intensa odinofagia de varios días de evolución que la lleva casi a la afagia.

Descripción: larínge presenta exudado algodonoso moteado en cara laríngea de epiglotis sobre un fondo de congestión difusa; comisura posterior engrosada 'en rodete' y zona de procesos vocales muestra ulceración fibrinosa inicial. Pliegues vocales con edema subepitelial leve y de cara subglótica. En fonación se produce voz de bandas ventriculares.

Conclusión: Laringitis crónica multicausal: Candidiasis laríngea, tabaquismo (Edema Reinke), reflujo faringolaríngeo, uso crónico de inhaladores esteroidales, tos crónica; Granulomas de proceso vocal en evolución.

Exudado epiglotis Voz de bandas Comisuritis posterior y edema subglótico



Comentario: odinofagia severa por lesión del proceso vocal (tos crónica y reflujo). Uso crónico de esteroides, con propulentes irritantes, facilitan infección por *Candida albicans*, así como uso reciente de antibióticos de amplio espectro.

Candidiasis faringolaríngea

Caso 2 Mujer

Edad: 46 años

Fecha: junio de 2010

Ocupación: casa

Tabaco: gran fumadora Medicamentos: inhalador corticoides (asma)

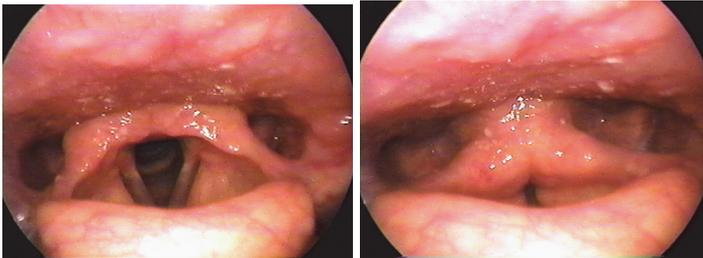
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: fumadora de larga data y asmática con crisis obstructivas severas recientes, asociadas a disfonía acentuada. Usa inhalador fluticasona-salmeterol. Uso reciente de antibióticos.

Descripción: laringe muestra edema de los aritenoides y secreción blanquecina moteada sobre ellos y la pared faríngea posterior. Durante la fonación se aprecia voz de bandas ventriculares y acortamiento anteroposterior (AP). Pliegues vocales con aspecto conservado.

Conclusión: Laringitis posterior por reflujo faringolaríngeo y tabaquismo crónico; Moniliasis faringolaríngea; Disfonía con patrón de tensión muscular tipo II-III.



Exudado micótico en pared faríngea y sobre aritenoides.

Comentario: reflujo faringolaríngeo, tos frecuente, tabaquismo crónico, inhaladores con corticoides (propelentes) y uso de antibiótico reciente predisponen a colonización por *Candida albicans* que produce disfonía, disconfort faríngeo y ardor. La voz de bandas se asocia a la tos frecuente y al asma para incrementar la presión espiratoria que alivia la obstrucción bronquial.

Candidiasis laríngea (falsa hiperqueratosis)

Caso 3 Mujer

Edad: 46 años

Fecha: abril de 2011

Ocupación: casa

Tabaco: 4 cig./día Medicamentos: levotiroxina, atorvastatina, furosemida

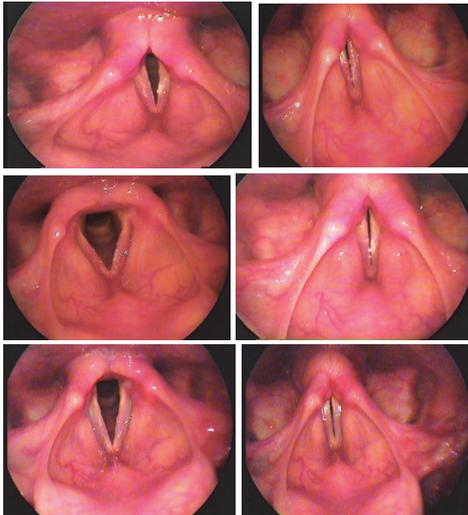
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de tres semanas que no cede en forma espontánea. Se asoció esfuerzo vocal (karaoke). Cesó gran tabaquismo por dos años para retomarlo hace tres meses. Pirosis no acusa.

Descripción: laringe presenta irregularidad de aspecto blanquecino ¿hiperqueratosis o moniliasis? en el tercio medio del borde libre del pliegue vocal izquierdo, y otras pequeñas en el opuesto. Leve edema y congestión de mucosa. En fonación se observa hiato posterior a la zona de la irregularidad. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Laringitis de evolución prolongada ¿candidiasis laríngea; hiperqueratosis?.



Imágenes: centro 10º día y abajo 30º día.

En este caso no hay factor predisponente.

Se trata de infección por cándida que cede en el curso de 30 días. Luego de 10 días de medicación -que incluye esomeprazol y budesonida inhalada- la candidiasis se incrementa, agregándose componente inflamatorio en ambos pliegues; se indica metilprednisolona. A los 30 días no hay signos de candidiasis. El aspecto inicial se puede confundir con hiperqueratosis del pliegue. Luego, el empeoramiento y rápida resolución posterior de lesiones indican que se trata de levaduras, con mejoría espontánea.

Control marzo de 2015



Comentario: cuatro años de seguimiento. Cesó tabaco tres meses antes, permaneciendo asintomática de la voz y sin pirosis. No ha vuelto a presentar candidiasis. Se observa: pliegues vocales sin inflamación, borde libre recto pero con hiato fonatorio variable y menor actividad de bandas que la observada en año 2011, siendo posible ver brillo en los ventrículos. Comisura posterior menos prominente aunque persiste aspecto de edema de los aritenoides.

Comisuritis posterior, Laringitis por reflujo

Caso 4 Hombre

Edad: 34 años

Fecha: enero de 2009

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: adenotonsilectomía 16 años

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: asintomático de voz y laringe. Obstrucción nasal, sueño poco reparador y ronquido nocturno. Scanner de senos: pansinusitis.

Descripción: laringe presenta un importante engrosamiento blanquecino en 'rodete' de la mucosa de la comisura posterior. Pliegues vocales muestran edema de la cara subglótica.

Conclusión: Reflujo faringolaríngeo asintomático; Comisuritis posterior.



Comentario: importante hiperqueratosis de la comisura posterior y edema de cara subglótica de pliegues vocales, son característicos de lesión por reflujo, aunque en este caso no acusa síntomas. Se efectúa un tratamiento de mediano plazo con inhibidores de bomba de protones (IBP o PPI) y se puede controlar con imágenes. Ph metría con doble electrodo puede ser una opción para objetivar el diagnóstico de reflujo, además de endoscopia digestiva alta (Gastroenterólogo).

Disfonía disfuncional conversiva (1)

Caso 5 Mujer

Fecha: enero de 2002

Tabaco: no

Cirugía: no

Edad: 48 años

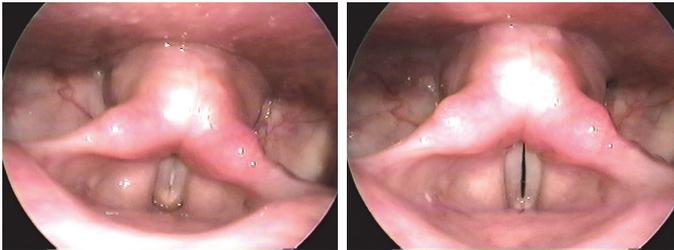
Ocupación: casa

Medicamentos: no

Antecedentes: disfonía acentuada de un mes de evolución. Períodos de afonía repetidos desde hace cuatro años, aunque de menor duración que el actual.

Descripción: en laringe se aprecia repliegues vocales con aspecto normal, así como las demás estructuras laríngeas. Durante la fonación hay adosamiento completo de ambos pliegues, logrando a ratos fonación normal, interrumpida por quiebres con voz soplada, asociados a hiato fonatorio longitudinal.

Conclusión: Disfonía funcional conversiva.



Disfonía “histérica” de los servicios de urgencia. Requiere manejo con terapia vocal. No está indicado uso de AINE ni reposo vocal exclusivo.

Patología recurrente situada en la frontera psicossomática.

Requiere evaluación psicológica junto con accionar sobre la técnica vocal para obtener éxito en el largo plazo. Puede condicionar problemas laborales por falta al trabajo que, en ausencia de otros síntomas, parecen simulación.

Arriba: laringe en fonación con hiato variable.

Comentario: tos con sonoridad normal permite inferir adosamiento completo, siendo útil como prueba clínica.

Disfonía disfuncional conversiva (2)

Caso 6 Mujer

Edad: 43 años

Fecha: abril de 2005

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

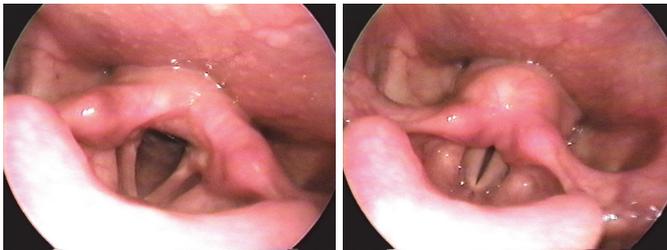
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de pocos días de evolución, sin asociación con infección respiratoria.

Descripción: se aprecia pliegues vocales con aspecto normal, borde libre recto pero con adosamiento incompleto en fonación, conformándose un hiato longitudinal con escape fonatorio. Adicionalmente hay acortamiento anteroposterior de la glotis. En respiración pliegues muestran aspecto hipotónico.

Conclusión: Disfonía disfuncional psicogénica; Patrón de tensión muscular tipo III.



En nuestra experiencia, sólo hemos tenido casos en mujeres.

Comentario: hiato fonatorio amplio determina escape masivo, con la característica voz velada o soplada. La paciente comienza su historia vocalizando con voz ‘cuchicheada’ y casi se puede asegurar el diagnóstico. Es muy importante dar a conocer a la paciente que es un impedimento funcional y no físico, de manera que con la ayuda adecuada su recuperación puede ser rápida y efectiva.

Disfonía disfuncional conversiva, nódulos vocales operados

Caso 7 Mujer

Edad: 51 años

Fecha: enero de 2014

Ocupación: oficina

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

Cirugía: Nódulos vocales (2001); Rinoplastía

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía severa (casi afonía) de más de dos semanas de evolución, sin infección respiratoria concomitante ni esfuerzo vocal inusual. Operada de nódulos vocales el año 2001, sin reaparición de disfonía hasta ahora. Estrés laboral importante.

Descripción: laringe presenta comportamiento vocal hipotónico, con pliegues vocales de borde cóncavo (sin lesiones en borde libre) que en fonación origina un hiato oval, cambiante, con importante escape fonatorio. En año 2000, con uso vocal intenso, fue operada de nódulos.

Conclusión: Disfonía funcional conversiva asociada a estrés laboral.

Laringe hipotónica, hiato fonatorio oval, borde libre sin lesiones



A la izquierda, nódulos operados en año 2000 sin recurrencia. Actual disfonía es no orgánica.

Seguimiento de catorce años, sin reaparición de nódulos vocales.

Disfonía disfuncional conversiva, falsos micronódulos

Caso 8 Mujer

Edad: 59 años

Fecha: septiembre de 2008

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

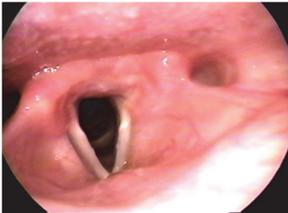
Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de semanas de evolución, con períodos de afonía. Un año antes presentó un episodio similar prolongado.

Descripción: durante la emisión fonatoria laríngea presenta tendencia a hiato longitudinal variable que ocasiona escape glótico con voz soplada característica. Pliegues vocales con borde libre recto, aunque el izquierdo es algo cóncavo. Por momentos hay aspecto de micronódulos, que corresponden solamente a secreción en punto nodular.

Conclusión: Disfonía funcional psicogénica (conversiva); ¿Lesión neural antigua a izquierda?

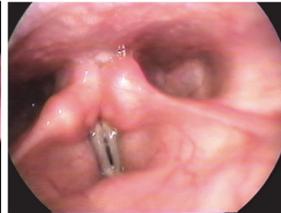
Falsos micronódulos



Borde libre recto



Hiato longitudinal leve



Comentario: episodios prolongados de afonía, en ausencia de virosis respiratoria (o mínima), por lo general en paciente sin uso vocal exigente, con estrés laboral o personal significativo y afán ganancial, caracterizan disfonía conversiva. El pliegue izquierdo, sin embargo parece ser más hipotónico, pudiendo adolecer de secuela de un primer episodio de lesión parcial del nervio recurrente, un año antes.

Disfonía disfuncional hipotónica

Caso 9 Mujer

Edad: 37 años

Fecha: septiembre de 2002

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

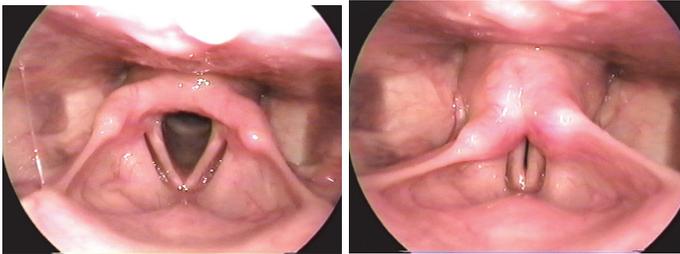
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía intensa y progresiva que llega a la afonía luego de infección respiratoria alta, tratada sintomáticamente y resuelta.

Descripción: laringe presenta repliegues vocales con aspecto normal, cuya motilidad de aducción y abducción parece conservada. En fonación, sin embargo se aprecia tendencia a hiato intercordal variable y producción vocal con soplosidad.

Conclusión: Disfonía disfuncional hipotónica.



Pliegues con borde libre liso, comisura posterior normal, ventrículos abiertos y bandas 'no reactivas'.

Comentario: laringe anatómicamente normal, con leve tendencia a la hipotonía, descompensada transitoriamente a causa de virosis respiratoria alta. No hay antecedentes de enfermedad muscular o neurológica. A diferencia del cuadro conversivo típico, aquí no se aprecia el contexto de conflicto emocional, estrés laboral ni afán ganancial.

Disfonía disfuncional con patrón mixto

Caso 10 Mujer

Edad: 37 años

Fecha: octubre de 2007

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: diclofenaco

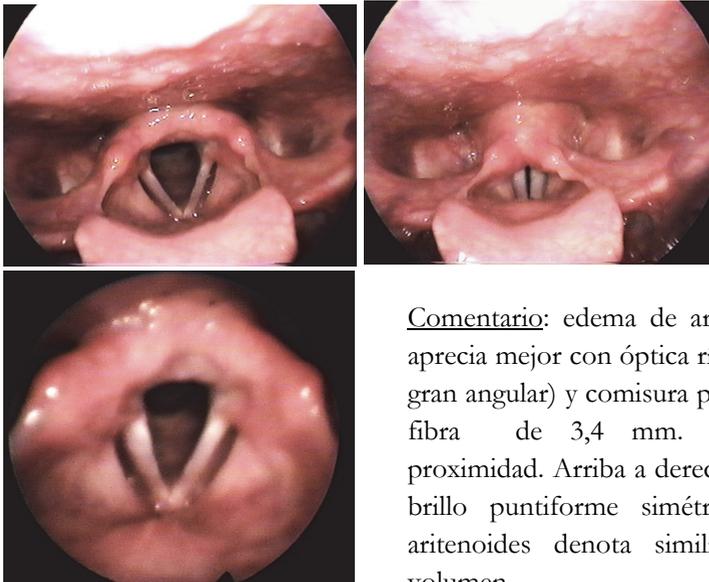
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscoipía y endoscopia rígida.

Antecedentes: presenta disfonía desde inicios del mes anterior asociada a tensión cervical, sin resolución espontánea ni con uso de diclofenaco.

Descripción: laringe muestra pliegues vocales con aspecto y motilidad conservados, aunque en el momento de la fonación se produce un hiato longitudinal variable con predominio posterior, y aproximación anteroposterior. Borde libre recto pero con acumulación de mucus en el punto nodular. Leve edema translúcido de los aritenoides y comisura posterior.

Conclusión: Disfonía funcional con tendencia a PTM tipo I y III; Comisuritis posterior leve.



Comentario: edema de aritenoides se aprecia mejor con óptica rígida (4 mm, gran angular) y comisura posterior con fibra de 3,4 mm. por mayor proximidad. Arriba a derecha hiato. El brillo puntiforme simétrico en los aritenoides denota similitud en su volumen.

Disfonía hipotónica post-tiroiditis aguda

Caso 11 Mujer

Edad: 52 años

Fecha: mayo de 2008

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: tiroiditis aguda de reciente diagnóstico. Refiere disfonía y cansancio vocal fácil, además de molestias generales de tipo musculoesquelético.

Descripción: laringe presenta durante la fonación amplio hiato intercordal fusiforme (oval), que se mantiene durante todo el tiempo de vocalización, el que se encuentra francamente acortado. De momentos la concavidad del borde libre es más a expensas del pliegue derecho y luego del izquierdo. La motilidad de aducción y abducción parece dentro de lo normal.

Conclusión: Disfonía hipotónica asociada a tiroiditis aguda severa; Posible miositis del cricotiroideo y/o compromiso de nervios laríngeos superiores (rama externa).



Hipotonía de pliegues cambiante de una fonación a otra, otorgando aspecto cóncavo. alternante.

Comentario: tiroiditis puede lesionar nervios recurrentes y también comprometer los laríngeos superiores (rama externa) y/o los músculos intrínsecos de la laringe, resultando hipotonía con gran escape fonatorio.

Disfonía disfuncional con voz de bandas (PTM II) (1)

Caso 12 Hombre

Edad: 34 años

Fecha: febrero de 2004

Ocupación: Abogado

Tabaco: no

Medicamentos: no

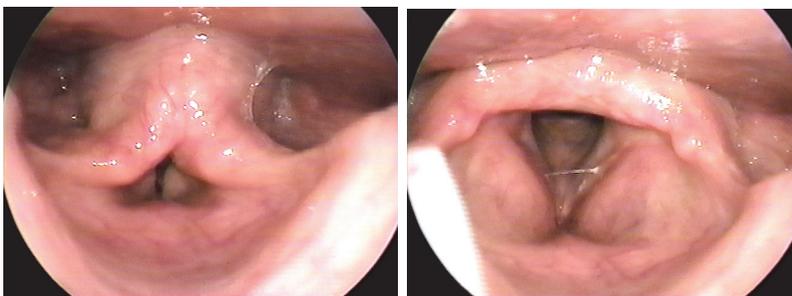
Cirugía: amigdalectomía

Técnica: Nasolarinofibrosco­pia y endosco­pia rígida.

Antecedentes: disfonía en relación con esfuerzo vocal al efectuar dos horas de clases semanales consecutivas.

Descripción: laringe muestra bandas ventriculares prominentes, que ocultan los pliegues vocales, en especial el derecho. Durante la fonación no se aprecian las cuerdas vocales a causa de una importante contracción anteroposterior acompañada de una fuerte aducción de las bandas ventriculares, las que por momentos entran en vibración con la emisión fonatoria. En inspiración se aprecia relieve de bandas hipertróficas y pliegues vocales que se funden con edema subcordal. Leve edema de la comisura posterior y retroaritenóideo.

Conclusión: Disfonía disfuncional por tensión muscular (patrón mixto III-II); Laringitis por reflujo faringolaríngeo.



Comentario: reflujo faringolaríngeo poco sintomático, asociado a mala técnica vocal determinan aspecto inesperado en una persona joven, con entrenamiento deportivo intenso (ciclismo) y sin patología respiratoria que justifique la actividad de bandas ventriculares. Interesante comparar con imágenes del siguiente caso.

Disfonía disfuncional con voz de bandas (PTM II) (2)

Caso 13 Hombre

Edad: 63 años

Fecha: julio de 2007

Ocupación: oficina

Tabaco: no Medicamento: inhalador corticoides y β 2 agonista (asma)

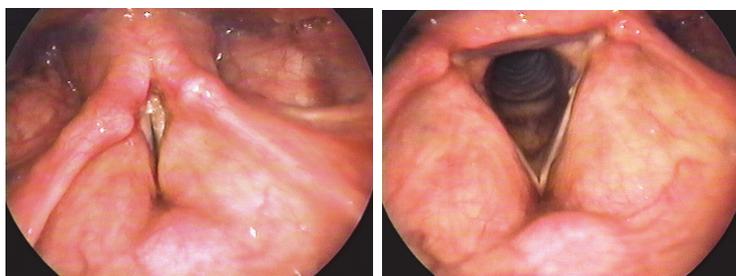
Cirugía: várices

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: asmático usuario de broncodilatadores inhalados. Presenta disfonía acentuada de más de un mes de evolución, luego de episodio de infección respiratoria alta (tos, rinorrea y expectoración). AVE (ACV) antiguo, sin secuelas.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales difíciles de visualizar por bandas ventriculares hipertróficas prominentes que los ocultan y se aproximan desde la comisura anterior, para cerrar la hendidura glótica en los 2/3 anteriores generando fonación por vibración de bandas. Borde libre recto y buen adosamiento fonatorio. Comisura posterior sin particularidades.

Conclusión: Disfonía disfuncional con patrón fonatorio de tensión muscular tipo II.



Comentario: llama la atención la gran prominencia de las bandas hipertróficas que ocultan los pliegues vocales. En pacientes respiratorios crónicos y tosedores se observa el uso frecuente de bandas para crear 'presión positiva' en la fase espiratoria. En un fumador puede obligar a examen laringoscópico directo para evaluar riesgo de lesiones premalignas. Se envió a terapia fonoaudiológica.

Disfonía disfuncional, Patrón de tensión muscular II y III

Caso 14 Mujer

Edad: 38 años

Fecha: febrero de 2011

Ocupación: oficina

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

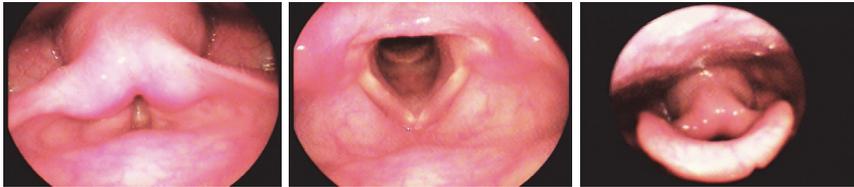
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: relata disfonía acentuada de tres meses de evolución, llegando a la afonía en ciertos períodos, sin causa precipitante.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales ligeramente congestivos, sin lesiones evidentes en su borde libre, pero con marcado edema de cara subglótica. Motilidad de aducción y abducción de pliegues parece conservada. Durante la fonación se observa importante contracción anteroposterior por adelantamiento de los aritenoides y leve aproximación de las bandas ventriculares. Comisura posterior algo engrosada.

Conclusión: Disfonía disfuncional con patrón de tensión muscular tipo II y III; Laringitis por reflujo faringolaríngeo.



Comentario: signos moderados de RFL y trastorno no orgánico de laringe que produce disfonía desproporcionada, de reciente aparición, y sin causa gatillante aparente. Tratamiento del reflujo y terapia de reeducación vocal pueden ser fundamentales para evitar la organicidad de esta disfunción vocal. Revisar aspectos psicológicos personales y laborales subyacentes.

Disfonía infantil con lesiones evolutivas

Caso 15 Niña

Edad: 13 años

Fecha: agosto de 2009

Ocupación: estudiante

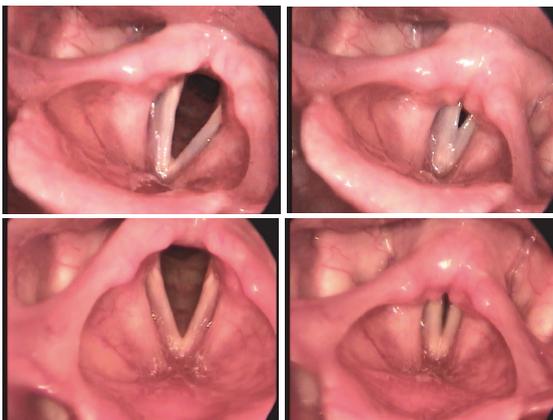
Cirugía: adenoamigdalectomía (2002)

Técnica: Nasolaríngofibroscopía y endoscopia rígida.

Antecedentes: paciente en evaluación por disfonía desde los cinco años de edad. Inicialmente se observó lesión cordal con aspecto de quiste mucoso derecho. Continuó con disfonía recurrente asociada especialmente a abuso vocal y en el año 2007 presentaba lesiones cordales con aspecto micronodular. Actualmente se evalúa por disfonía severa asociada a abuso vocal ocasional y actividad física intensa (práctica fútbol), junto con obstrucción nasal que limita su capacidad física.

Descripción: aspecto laríngeo de tipo inflamatorio difuso leve, con pliegues vocales que muestran engrosamiento del borde libre con aspecto de nudosidad ubicado en el tercio medio (zona nodular). Comisura posterior sin particularidades. Motilidad cordal conservada, con leve tendencia a patrón de tensión muscular tipo III.

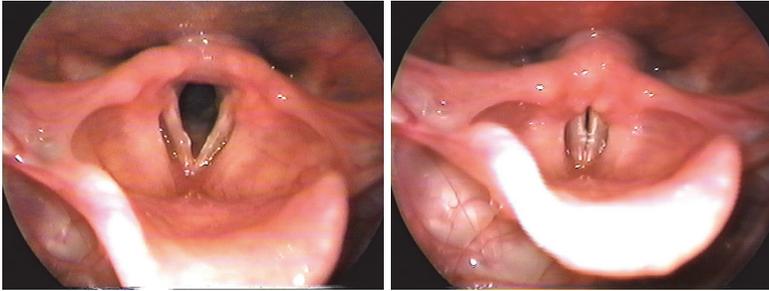
Conclusión: Disfonía crónica orgánica evolutiva, asociada a abuso vocal: Quiste vocal; Micronódulos vocales; Nudosidad. (Fotos página 48)



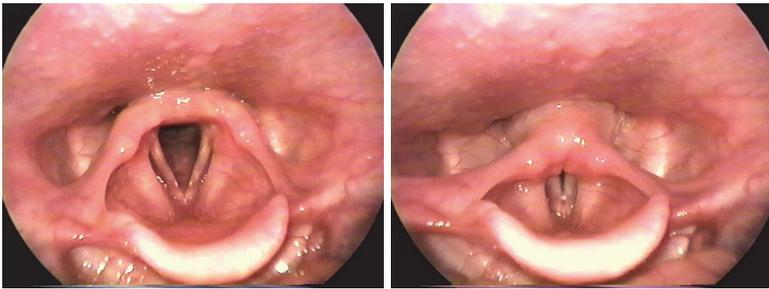
Laríngeo normal a catorce años de seguimiento.

Año 2014, (18), voz normal; practica canto popular. Aspecto con estroboscopia: onda mucosa regular y simétrica. Abajo: **2015 (19)** luz halógena: pliegues sin edema, borde libre recto. Hiato posterior triangular (PTM I). Secreciones en comisura anterior.

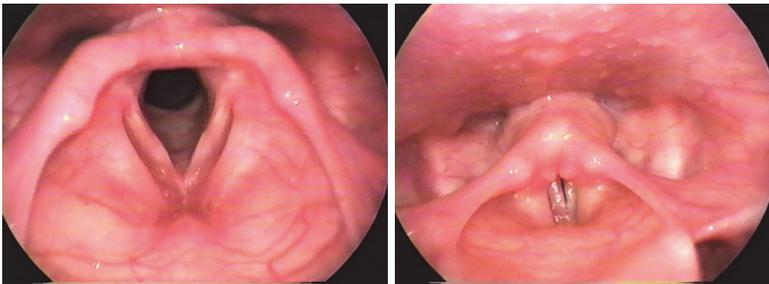
2001, cinco años (obs. quiste cordal)



Año 2007, once años (micronódulos)



Año 2009, trece años (aspecto fusiforme o de nudosidad)



Comentario: operada a los 14 años (2009) por hipertrofia turbinal y sinusitis crónica. Voz adecuada para sus necesidades educativas y sociales. No se efectuó otra exploración ni terapia vocal. A los 19 años, se mantiene ausencia de síntomas vocales y de signos de reflujo, con regresión total de las lesiones. Esto enfatiza la necesidad de observación estrecha del paciente pediátrico, sin emprender acciones quirúrgicas imprudentes ni terapia vocal extemporánea de no existir síntomas que lo justifiquen plenamente.

Edema de Reinke (1)

Caso 16 Hombre

Edad: 62 años

Fecha: marzo de 1999

Ocupación: abogado

Tabaco: gran fumador, cesó dos meses antes.

Medicamentos: no

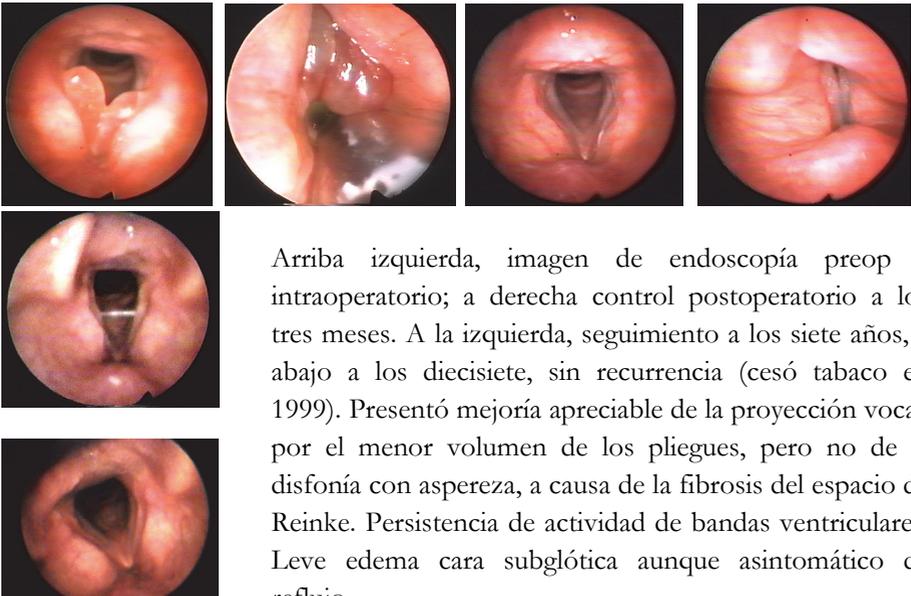
Cirugía: Microcirugía laríngea diciembre 1998

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: Edema de Reinke operado en diciembre 1998. Terapia fonoaudiológica en los dos meses sucesivos con gran mejoría de la proyección vocal. Ex gran fumador, cesó consumo de tabaco después de la cirugía.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales con normalización casi total de su aspecto morfológico, salvo leve opacidad de la cubierta epitelial. La motilidad cordal es normal pero hay una sobreaducción del aritenoides izquierdo que pasa por delante del derecho en fonación, así como tendencia a la aproximación de bandas.

Conclusión: Edema de Reinke operado; Disfonía disfuncional con componente de hiperactividad.



Arriba izquierda, imagen de endoscopia preop e intraoperatorio; a derecha control postoperatorio a los tres meses. A la izquierda, seguimiento a los siete años, y abajo a los diecisiete, sin recurrencia (cesó tabaco en 1999). Presentó mejoría apreciable de la proyección vocal, por el menor volumen de los pliegues, pero no de la disfonía con aspereza, a causa de la fibrosis del espacio de Reinke. Persistencia de actividad de bandas ventriculares. Leve edema cara subglótica aunque asintomático de reflujo.

Edema de Reinke (2)

Caso 17 Mujer

Edad: 59 años

Fecha: junio de 2001

Ocupación: oficina

Tabaco: 10 cig./día

Medicamentos: no

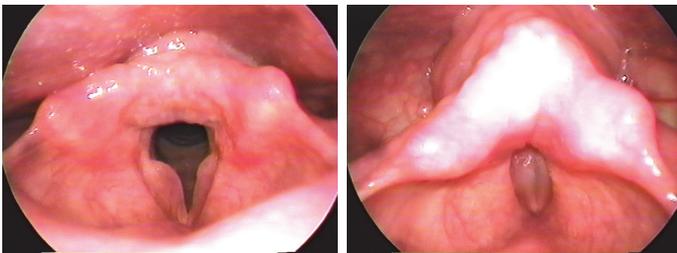
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: voz de tonalidad grave en los últimos años en forma progresiva. Tabaquismo de larga data.

Descripción: pliegues vocales presentan mucosa edematosa opaca y de aspecto poliposo mayor a derecha. La motilidad cordal de aducción y abducción parece normal. Además hay engrosamiento de la comisura posterior con aspecto en empedrado y edema de la mucosa retroaritenóidea.

Conclusión: Edema de Reinke; Reflujo faringolaríngeo.



Edema de aritenoides y comisura posterior engrosada. Banda izquierda medializada.

Comentario: edema del espacio de Reinke, característico de tabaquismo de larga evolución, y asociado a probable reflujo faringolaríngeo. Esta patología se puede seguir con observación regular, sin efectuar cirugía, a menos que sea de magnitud masiva produciendo hipofonía invalidante o exista sospecha de malignidad coexistente.

Edema de Reinke (3)

Caso 18 Mujer

Edad: 56 años

Fecha: marzo de 2002

Ocupación: casa

Tabaco: 40 cig./ día

Medicamentos: no

Cirugía: no ORL

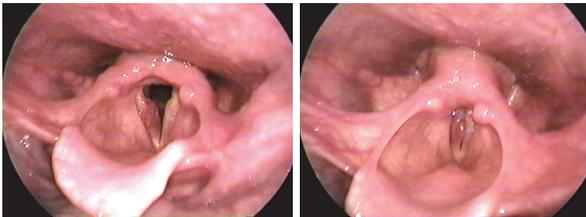
Técnica: Endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data; gran fumadora por décadas.

Refiere pirosis. Se le diagnosticó edema de Reinke en 1994.

Descripción: lesiones de tipo pseudopoliposo, de color rojizo más desarrolladas en pliegue vocal derecho, insertada sobre cara superior y borde libre. El repliegue vocal izquierdo presenta también un engrosamiento transparente de mucosa que festonea su borde libre. La comisura posterior presenta aspecto algo engrosado y blanquecino.

Conclusión: Edema de Reinke; Comisuritis posterior.



El aspecto asimétrico es menos frecuente que el edema bilateral.

Comentario: el Edema de Reinke se localiza específicamente en los pliegues vocales y determina una voz de tono grave que es característica de la mujer gran fumadora. Este es justamente el motivo de consulta habitual, más que la ‘cancerofobia’ que aqueja a veces al fumador. En un estado avanzado como este, sin detener el consumo de tabaco, es difícil una involución espontánea, la que sí creemos posible en casos más incipientes. También se denomina degeneración poliposa -aunque la histopatología del pólipo y el edema son diferentes- por el aspecto polilobulado de los pliegues vocales, a causa del derrame subepitelial que diseca el plano submucoso del espacio de Reinke. La conducta terapéutica se decide caso a caso, según las prioridades del paciente.

Edema de Reinke, tabaquismo crónico, moniliasis

Caso 19 Mujer

Edad: 54 años

Fecha: febrero de 2009

Ocupación: casa

Tabaco: 30 cigarrillos diarios

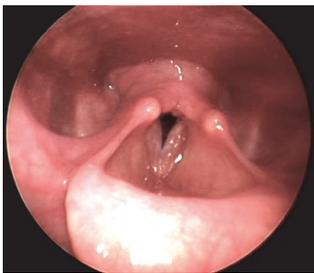
Medicamentos: tamoxifeno

Cirugía: Ca de mama en 1996

Antecedentes: disfonía crónica que se acentuó recientemente presentando frecuentes crisis de disnea. Mantiene consumo de tabaco sin variación.

Descripción: Laringe presenta pliegues vocales con mucosa congestiva, edematosa y engrosada, borde libre convexo y textura irregular. Zonas blanquecinas de posible moniliasis o eventual leucoplaquia sobre pliegues. El lumen glótico está reducido por el mayor volumen de los pliegues vocales y por una limitación simétrica de la abducción, que podría corresponder a tensión muscular o a eventual compromiso neural tardío (recurrentes) post radioterapia.(2)

Conclusión: Laringitis crónica tabáquica; Edema de Reinke; Moniliasis; ¿Lesión de nervios recurrentes?



Edema de pliegues, mucosa congestiva y áreas blancuzcas sugerentes de levaduras o leucoplaquia.



Comentario: Edema de Reinke con posible inflamación por candida. Si bien no hay claros signos de reflujo, se debe tratar en forma empírica como factor asociado, además de medicación antimicótica vía oral y tópica en gel. Electromiografía laríngea indicada para diagnóstico neurológico.

Edema de Reinke en involución

Caso 20 Mujer

Edad: 51 años

Fecha: marzo de 2009

Ocupación: oficina

Tabaco: cesó once años antes

Medicamentos: Eutirox

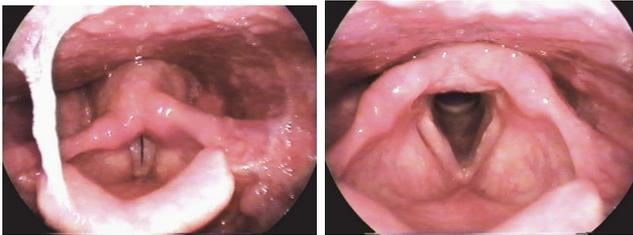
Cirugía:

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data, rinitis alérgica y reflujo gastroesofágico (hernia hiatal) en tratamiento con domperidona. Usó budesonida/formoterol por bronquitis obstructiva.

Descripción: pliegues vocales muestran superficie epitelial con aspecto deslustrado, edema y congestión difusa. Edema de cara subglótica (más visible a izquierda). Motilidad de aducción y abducción conservada. Comisura posterior con relieve algo irregular y coloración blanquecina en sectores.

Conclusión: Laringitis crónica difusa por tabaco y reflujo faringolaríngeo; Edema de Reinke en regresión.



Leve activación de banda ventricular derecha en fonación.

Comentario: tabaco, hipotiroidismo y reflujo, tres factores de daño laríngeo, faltando en este caso sólo el abuso vocal. Edema de Reinke podría manifestar involución espontánea luego de once años de cese del consumo de tabaco. Tratada por hipotiroidismo con hormona de sustitución. Reflujo parcialmente tratado, ocasiona irritación que mantiene inflamación laríngeo visible en edema de cara subglótica y engrosamiento de la comisura posterior.

Edema fusiforme del adulto

Caso 21 Mujer

Edad: 43 años

Fecha: abril de 2009

Ocupación: oficina

Tabaco: moderado

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfagia y sensación variable de globus de un mes de evolución. Presenta voz disfónica desde la infancia. Ocasionalmente pirosis.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales edematosos y deslustrados, con borde libre tendiente a la convexidad y leve congestión superficial. Motilidad de aducción y abducción conservada. Comisura posterior sin particularidades. En fonación se observa proyección anterior de aritenoides.

Conclusión: Edema fusiforme de pliegues vocales; Patrón de tensión muscular tipo III.



Comentario: posible edema fusiforme persistente desde la infancia. Fumadora moderada, tabaco ejerce efecto irritativo que mantiene el edema subepitelial. No se aprecia signos de reflujo en laringe.

Edema fusiforme infantil (1)

Caso 22 Niña

Edad: 13 años

Fecha: octubre de 2006

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data con acentuación luego de uso vocal intenso (actividad Scout). Molestias nasales sugerentes de rinitis alérgica y pirosis ocasionalmente. Rx EED normal. Hormonas tiroideas normales.

Descripción: abombamiento global y difuso de ambos pliegues vocales desde el proceso vocal hasta la comisura anterior (aspecto fusiforme), más acentuado a derecha con arqueamiento del borde libre y mucosa color grisáceo. El pliegue derecho muestra aspecto de hiperqueratosis. En fonación se produce un hiato posterior pequeño y variable junto con activación de bandas. Comisura posterior con apariencia normal, pero se observa leve edema de aritenoides (brillo sobre mucosa).

Conclusión: Edema fusiforme infantil.



Fue tratada por reflujo gastroesofágico por su pediatra. En 2015 padre informa que su voz es completamente normal (22 años).

Comentario: descrito por Cornut y Bouchayer en 1977 (3), es frecuente especialmente en niños, observándose en adultos de preferencia en mujeres. Corresponde a espesamientos bilaterales que ocupan casi la totalidad del borde libre con componente edematoso limitado al pliegue vocal. Voz en general agravada, con rango de intensidad disminuído y dificultades para la voz cantada. La reeducación vocal es prioritaria pues se trata de lesiones producidas por mal uso y abuso vocal de larga evolución. La microcirugía será necesaria solo si la muda vocal no aporta una mejoría considerable o si hay necesidades vocales importantes.

Edema fusiforme infantil (2)

Caso 23 Niño

Edad: 12 años

Fecha: noviembre de 2000

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

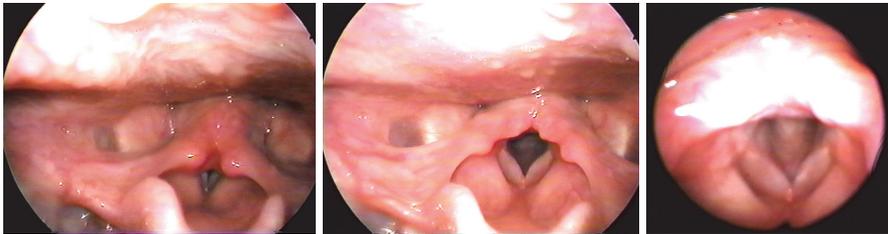
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía intensa de dos años de evolución, con escasos períodos de mejoría parcial. Pirois ocasionalmente. Estudio auditivo normal hace dos años. Posible rinitis alérgica.

Descripción: pliegues vocales abombados, edematosos y opacos, con leve congestión difusa. Su borde libre es convexo y en fonación se produce un importante hiato con escape posterior, así como contracción anteroposterior y activación de bandas (PTM tipo III-II). Leve edema de comisura posterior y cara subglótica de pliegues vocales.

Conclusión: Edema fusiforme; Patrón de tensión muscular tipo III-II.



Izquierda y centro: óptica rígida. Derecha: fibroscofia, edema subcordal.

Comentario: refiere pirois, aunque los hallazgos de reflujo son leves. En la foto en abducción se aprecian repliegues ariepiglóticos cortos, lo que deja a los aritenoides en posición más anterior, comparando con caso previo cuyos repliegues ariepiglóticos son largos. En el caso 22 el muro posterior se adosa por completo a la pared faríngea.

Equímosis traumática de supraglotis

Caso 24 Mujer

Edad: 52 años

Fecha: marzo de 2009

Ocupación: temporera

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

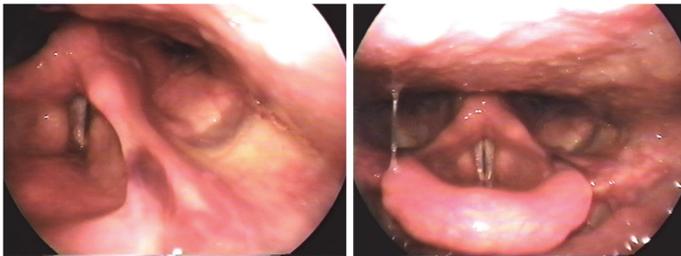
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: horas antes, durante el almuerzo, presenta episodio de posible aspiración de alimento, efectuándose ella misma maniobra de extracción con sus dedos. Presentó escaso sangrado oral autolimitado. Al momento del examen leve odinofagia que localiza a izquierda.

Descripción: se aprecia equímosis en repliegue ariepiglótico izquierdo, sin sangrado, hematoma ni erosión. No se pesquisa cuerpo extraño.

Conclusión: Equimosis supraglótica por maniobra traumática.



Comentario: no se evidencia cuerpo extraño, sólo infiltración equimótica (sufusión) del repliegue aritenopiglótico izquierdo causada por trauma mecánico de la maniobra fallida.

Estenosis laríngea subglótica

Caso 25 Mujer

Edad: 21 años

Fecha: noviembre de 2009

Ocupación: estudiante

Tabaco: ocasional

Medicamentos: asma

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disnea de esfuerzos de tres meses de evolución, tratada como crisis de asma bronquial de reciente aparición. Tiene alergia atópica con test de alérgenos cutáneos positivo. Scanner de cuello y tórax mostró estenosis subglótica en reloj de arena.

Descripción: laringe muestra hacia subglotis estrechamiento en sentido lateral, simétrico que deja un lumen ojival en sentido anteroposterior. No se visualiza la tráquea proximal ni el relieve del cartilago cricoides, como es habitual. La mucosa de la comisura posterior es irregular y de aspecto hiperqueratósico (fibroscofia). Los pliegues vocales tienen motilidad de aducción y abducción conservadas.

Conclusión: Estenosis subglótica grado II de Cotton-Myer; Laringitis por reflujo faringolaríngeo.



Izquierda aspecto con fibroscofia. Centro y derecha, óptica rígida 4 mm.

Comentario: estenosis subglótica sin etiología precisada, tratada hasta entonces como asma bronquial por disnea y alergia respiratoria. Es frecuente el diagnóstico secundario de la estenosis ante la 'mala respuesta' a los broncodilatadores.

Granuloma laríngeo por Reflujo (1)

Caso 26 Hombre

Edad: 61 años

Fecha: junio de 1999

Ocupación: Sacerdote

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia.

Antecedentes: odinofagia persistente de dos semanas de evolución y carraspera; uso vocal intenso. En 1994 se le diagnosticó reflujo gastroesofágico siendo tratado con cisaprida.

Descripción: laringe muestra pliegues vocales opacos con borde libre arqueado, especialmente el derecho; se observa formación de granuloma lobulado en proceso vocal izquierdo, así como congestión y engrosamiento de la mucosa del lado opuesto. En fonación se logra adosamiento vocal completo con sobreaducción de aritenoides derecho. Tendencia a activación de bandas.

Conclusión: Granuloma del proceso vocal de aritenoides; Reflujo faringolaríngeo; Signos de hiperfunción vocal.



Granuloma vocal antes y después de tratamiento (seis meses)

Comentario: tratado con 80 mg/día de omeprazol por seis meses, presentó regresión del granuloma y mejoría de síntomas. En año 2015 refiere estar asintomático de reflujo y laringe, habiendo cesado la predicación y anterior actividad vocal varios años antes.

Granuloma laríngeo por Reflujo (2)

Caso 27 Hombre

Edad: 28 años

Fecha: enero de 2001

Ocupación: Informático

Tabaco: ocasional

Medicamentos: omeprazol

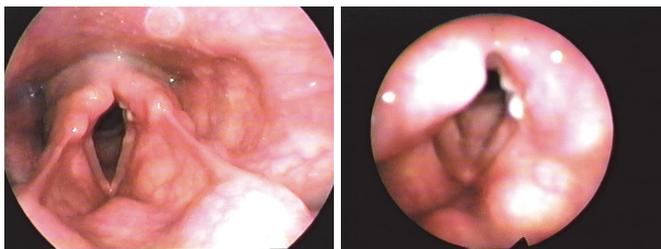
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: reflujo gastroesofágico diagnosticado meses antes, tratado con IBP. Se realizó endoscopia digestiva y Rx EED. Virosis respiratoria reciente. Consulta por dolor en zona cervical izquierda.

Descripción: se aprecia formación de granulomas sobre aritenoides izquierdo. Pliegues vocales opacos y congestivos.

Conclusión: Granuloma del proceso vocal; Laringitis por reflujo.



A izquierda vista con óptica rígida de 4 mm y a derecha con fibroscopio de 3,4 mm.

Comentario: acusaba dolor cervical lancinante en zona lateral izquierda de reciente aparición. La tos, a causa de virosis respiratoria, actúa como catalizador de la lesión del proceso vocal. Se aprecia edema translúcido hacia la boca del esófago en la vista con óptica rígida. Se indicó continuar tratamiento con omeprazol por algunos meses, asociando cambio de hábitos alimentarios.

Granulomas postintubación (1)

Caso 28 Hombre

Edad: 65 años

Fecha: Julio 1998

Ocupación: jubilado

Tabaco: no

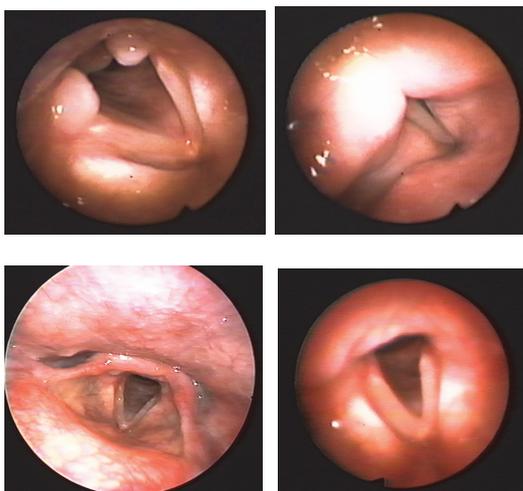
Medicamentos: cardiológicos

Cirugía: aneurisma aórtico

Antecedentes: operado de aneurisma disecante de aorta fisurado; intubación postoperatoria prolongada.

Descripción: se observan granulomas postintubación a nivel de las apófisis o procesos vocales de ambos cartílagos aritenoides, junto con granuloma de comisura posterior. La morfología de los pliegues vocales en su porción membranosa está conservada así como su motilidad de aducción y abducción.

Conclusión: Granulomas laríngeos postintubación.



Se efectuó tratamiento con antibióticos y corticoides orales por diez días, además de corticoides inhalatorios (budesonida) por dos semanas, obteniendo la regresión completa de las lesiones a los dos meses.

Comentario: arriba, visión de granulomas postintubación prolongada, con fibra flexible de 3,4 mm en relación a los puntos de apoyo del tubo endotraqueal. Abajo, aspecto post tratamiento, a izquierda con óptica rígida de 4 mm y a derecha con fibra flexible de 3,4 mm.

Granulomas postintubación (2)

Caso 29 Hombre

Edad: 64 años

Fecha: julio de 2009

Ocupación: jubilado

Tabaco: no

Medicamentos: prostigmina (anticolinesterásico)

Cirugía: traqueostomía percutánea

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: presentó en febrero 2009 miastenia gravis que debutó con grave compromiso respiratorio, requiriendo intubación prolongada y posteriormente traqueostomía percutánea. Refiere desde el alta disnea de pequeños esfuerzos y disfonía acentuada.

Descripción: laringe presenta gran nodulación bilobulada de color rosado pálido y áreas fibrinosas, con aspecto de granuloma postintubación, asentada en la comisura posterior. El gran volumen de la lesión permite observar solamente la zona de la comisura anterior de la glotis. Los pliegues vocales parecen tener motilidad conservada.

Conclusión: Granuloma postintubación; Obstrucción severa de la glotis.



Gran lesión inflamatoria que ocupa espacio supraglótico y produce disnea de esfuerzos asociada a miastenia.

Comentario: intubación prolongada ocasiona necrosis de mucosa, isquemia del cartilago subyacente y reacción inflamatoria exuberante, que en este caso compromete severamente la permeabilidad glótica, causando disnea significativa. Tratamiento con esomeprazol, prednisolona y budesonida inhalada logra involución de las lesiones, sin necesidad de otro procedimiento. Neurólogo tratante informa de control en marzo de 2014 en buenas condiciones, con uso ocasional de anticolinesterásico.

Granulomas postintubación (3)

Caso 30 Hombre

Edad: 63 años

Fecha: marzo de 2010

Ocupación: empresa

Tabaco: no

Medicamentos: no

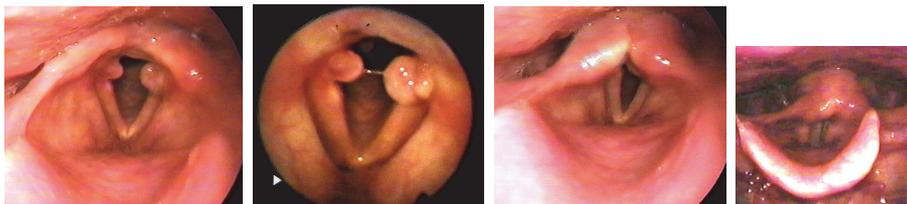
Cirugía: minitiraqueostomía

Técnica: Nasolaringofibroscopía y endoscopia rígida.

Antecedentes: accidente de tránsito grave en enero 2010. Permaneció intubado por varias semanas y luego tuvo minitiraqueostomía, la que fue retirada diez días antes. Presenta importante disfonía e hipofonía.

Descripción: pliegues vocales con aspecto conservado, borde libre regular. En relación a los procesos vocales se observan granulomas, de mayor volumen a izquierda. Durante la fonación se aprecia el pliegue vocal izquierdo retenido en posición de media abducción, originando un hiato triangular amplio no compensado por el pliegue vocal derecho. No hay lago salival en seno piriforme izquierdo.

Conclusión: Granulomas de aritenoides post intubación; Posible anquilosis cricoaritenoidéa izquierda ¿parálisis cordal?.



Esomeprazol y budesonida (30 días); amoxicilina y meloxicam (10 días), desaparición de granulomas. Compensación parcial del hiato glótico.



Comentario: controlado a los 14 meses (arriba derecha) se observó cierre glótico total, con recuperación parcial de la motilidad del lado izquierdo.

Granuloma laríngeo por traumatismo cervical

Caso 31 Niña

Edad: 10 años

Fecha: junio de 2013

Ocupación: estudiante

Cirugía: no Medicamentos: prednisona (actual), mometasona nasal

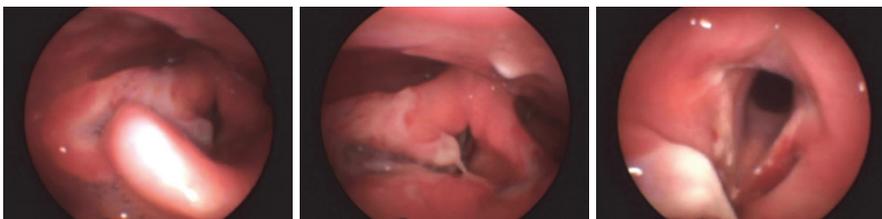
Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: traumatismo sobre zona cervical anterior contra objeto romo presentando dolor a la movilización y salivación sanguinolenta, odinofagia y leve disfonía sin apremio respiratorio. Scanner de cuello mostró enfisema retrofaríngeo y en mediastino (retroesofágico).

Descripción: lesión contusocortante de rasgo transversal y bordes fibrinosos, que se extiende desde el repliegue glosopiglótico lateral y atraviesa el pliegue aritenopiglótico derecho, creando un colgajo hacia el vestíbulo laríngeo que oculta parcialmente la banda ventricular ipsilateral. Rasgo lineal en confluencia de pared faríngea posterior y lateral derecha. Seno piriforme derecho parcialmente colapsado, sin retención salival apreciable. A izquierda seno piriforme abierto. Edema de aritenoides. Pliegues vocales con sufusión hemorrágica mayor a izquierda; motilidad de aducción y abducción conservada, sólo algo limitada a derecha por efecto de masa de la hemilaringe. Además edema hacia cara subglótica y engrosamiento de la comisura posterior, lo que puede corresponder a reflujo faringolaríngeo.

Conclusión: Traumatismo laringofaríngeo externo, cerrado; Posible reflujo faringolaríngeo.

Herida cortante transversal desde pliegue glosopiglótico lateral al aritenopiglótico. Sufusión hemorrágica pliegue vocal izquierdo



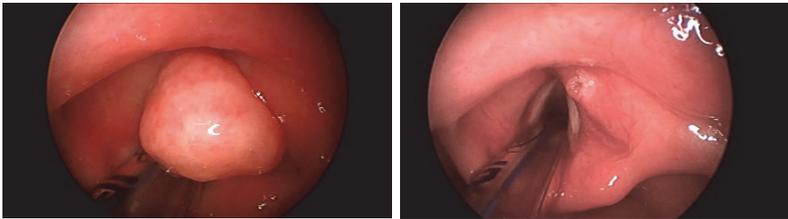
Control 9º día, lesión pared faríngea posterior en cicatrización. Repliegue ariepiglótico derecho cicatrizado, sólo colgajo fibrinoso sobre banda derecha. Pliegues vocales muestran regresión de infiltración hemorrágica.



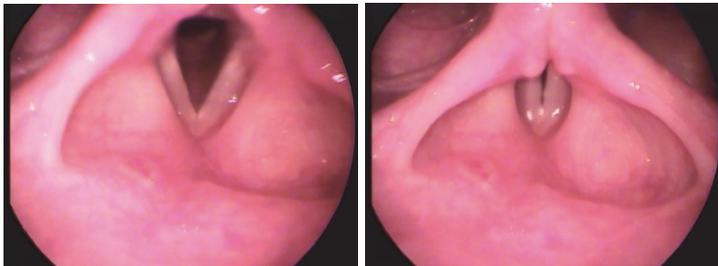
Control a 6 y 9 semanas: granuloma pie epiglótis y banda ventricular. Tratamiento amoxi-clavulánico, omeprazol, prednisona, budesonida.



Resección por microcirugía laríngea e inyección local de corticoides



Control postoperatorio al 8º día y al mes sin reaparición de lesión



Granuloma proceso vocal, parálisis cordal

Caso 32 Mujer

Edad: 42 años

Fecha: abril de 2012

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: omeprazol 20 mg. /día, levotiroxina

Cirugía: Ca papilar de tiroides (2010) y Radioterapia

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: parálisis laríngea izquierda postoperatoria por Ca papilar de tiroides en 2010. Efectuó sesiones de terapia vocal por dos meses. Refiere dolor cervical derecho y otalgia por dos meses, 'ahogos' nocturnos y posibles espasmos laríngeos. Toma omeprazol por dos años. Rx EED mostró pequeña hernia hiatal por deslizamiento y RGE.

Descripción: laringe presenta pliegue vocal izquierdo paralizado en posición paramediana, con borde libre cóncavo. El pliegue derecho muestra excursión de abducción algo disminuida y se aprecia granuloma del proceso vocal junto con edema de la cara inferior. En fonación se produce adosamiento compensado por pliegue derecho, persistiendo hiato por insuficiencia atrófica del izquierdo.

Conclusión: Parálisis laríngea izquierda parcialmente compensada; Laringitis por RGE con granuloma laríngeo.



Comentario: espasmos laríngeos se explican por episodios de reflujo ácido nocturno en decúbito; otalgia refleja (anastomosis IX° y X° par) por sensibilidad del granuloma del aritenoides derecho que compromete el cartílago. Tratamiento antirreflujo insuficiente, por síntomas y lesiones atribuibles al mismo. Se indicó 80 mg de esomeprazol/día. Control a tres meses, sin espasmos y granuloma en regresión (derecha).

Hemoptisis y paresia laríngea

Caso 33 Hombre

Edad: 84 años

Fecha: julio de 2010

Ocupación: retirado

Tabaco: cesó años antes

Medicamentos: generales

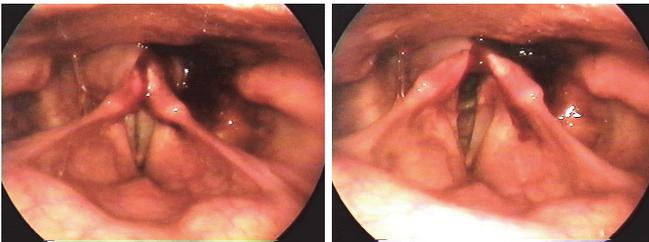
Cirugía: poliposis nasal antigua

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: presentó tos con expulsión de sangre por boca y posteriormente salivación sanguinolenta persistente.

Descripción: se observa sangre fresca proveniente de la vía aérea baja que discurre por la comisura posterior, en continuidad con sangre acumulada en el seno piriforme izquierdo. Laringe morfológicamente normal. La motilidad de aducción y abducción se encuentra globalmente reducida en forma bilateral, siendo mínima la abducción del lado derecho. Prominencia de bandas ventriculares, especialmente a derecha.

Conclusión: Hemoptisis; Paresia de hemilaringe derecha.



Seno piriforme izquierdo con lago de sangre retenida.

Comentario: estudio de hemoptisis requiere imagenología del tórax. En este caso, una tomografía computada demostró lesión tumoral del vértice pulmonar derecho, lo que explicaría el compromiso del nervio recurrente ipsilateral por posible infiltración de vecindad.

Hiperqueratosis laríngea (1)

Caso 34 Hombre

Edad: 70 años

Fecha: octubre de 2002

Ocupación: carnicería

Tabaco: 10 cig/día por largos años

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: tabaquismo antiguo, refiere disfonía por meses. Baja de peso de 4 kg en últimos meses. Rx de tórax: nódulos en lóbulos superiores.

Descripción: pliegues vocales presentan aspecto de hiperqueratosis exuberante que cubre completamente el derecho y 2/3 del izquierdo. Motilidad cordal de aducción y abducción conservada. Fonación con voz de bandas ventriculares. Epiglotis levemente engrosada en su borde libre.

Conclusión: Hiperqueratosis avanzada de pliegues vocales. Observación Ca. laríngeo.



Comentario: caso extremo de hiperqueratosis con aspecto de pliegues “nevados”. Voz de bandas propia de EPOC. Se efectuó decorticación encontrando sólo displasia epitelial. Familiar informó en año 2012 que se mantenía en observación sin problemas. Considerar en ciertos casos de lesiones atípicas de depósito el Síndrome de Urbach Whiethe o Lipoglicoproteinosis (hereditaria, autosómica recesiva) endémico en Suiza y Turquía que afecta piel, riñones y mucosa orofaringolaríngea.

Hiperqueratosis laríngea (2)

Caso 35 Hombre

Edad: 75 años

Fecha: noviembre de 2007

Ocupación: jubilado

Tabaco: se desconoce

Medicamentos: hipertensión arterial

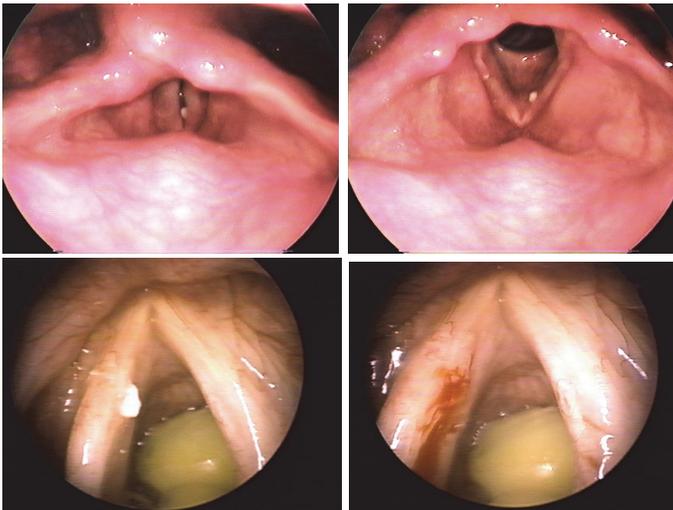
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data asociada a cansancio vocal.

Descripción: formación ovoídea de color blanquecino y de aspecto queratínico en borde libre del pliegue vocal izquierdo, en unión de tercio anterior y medio. En fonación se produce un hiato posterior a la lesión y una impronta en el punto equivalente del repliegue vocal derecho. Leve edema de cara subglótica de pliegues vocales.

Conclusión: Hiperqueratosis del pliegue vocal izquierdo.



Arriba: óptica rígida de 4 mm, nótese relieve del anillo del cartilago cricoides en foto superior derecha. Abajo, vista durante laringoscopia directa con óptica de 0°.

Comentario: resección microquirúrgica. La biopsia tisular mostró hiperqueratosis laríngea con displasia leve. Se indicó tratamiento con rabeprazol por dos meses. Controlado en ese plazo presentaba voz normal.

Leucoplaquia pliegue vocal

Caso 36 Hombre

Edad: 56 años

Fecha: junio de 2013

Ocupación: empresa

Tabaco: 3 a 10 cig/día

Medicamentos: omeprazol ocasional

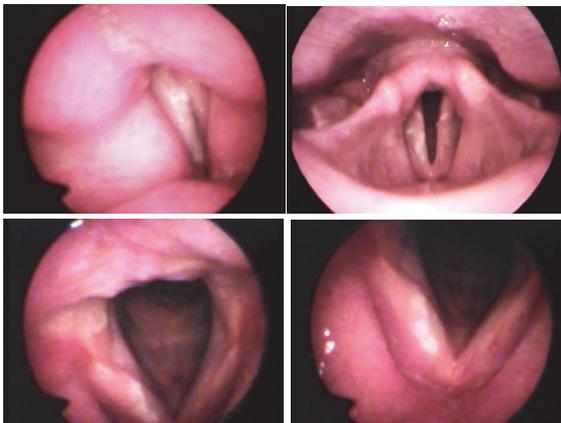
Cirugía: nódulos vocales 1987, decorticación por leucoplaquia 2002

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: cirugía laríngea antigua. Refiere disfonía mantenida desde hace unos meses, sin concomitancia de infección respiratoria ni abuso vocal. Cirugía antigua de calibración cardial por RGE.

Descripción: pliegues vocales presentan moderada congestión difusa y edema que se extiende hacia la cara subglótica. Áreas con telangiectasias y una leucoplaquia en el pliegue derecho, que sobrepasa el tercio medio. Comisura posterior engrosada algo irregular. Motilidad de pliegues en aducción y abducción conservada. Activación fonatoria de bandas ventriculares, más notoria a izquierda.

Conclusión: Laringitis crónica difusa (reflujo faringolaríngeo y tabaco); Leucoplaquia pliegue vocal derecho.



Laringitis crónica por tabaquismo y reflujo. Uso de omeprazol según necesidad. Leucoplaquia del pliegue derecho está en control desde hace unos años sin cambio sustancial en su aspecto. La disfonía puede indicar evolución desfavorable. Se aconseja biopsia.

Comentario: no cesa hábito tabáquico.

Laringitis crónica, aspecto de leucoplaquia

Caso 37 Mujer

Edad: 50 años

Fecha: enero de 2014

Ocupación: oficina

Tabaco: cesó en año 2009

Medicamentos: fluticasona/salmeterol

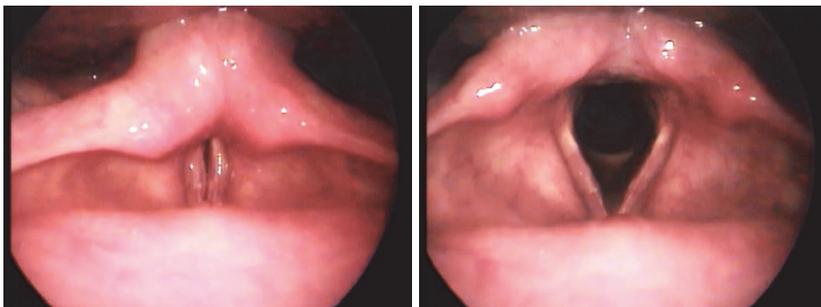
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida con estroboscopia.

Antecedentes: gran fumadora por 30 años, cesó hace cinco años. Refiere disfonía mantenida desde septiembre 2013, gatillada por virosis respiratoria. Asmática con tratamiento inhalatorio. Madre hipoacúsica exige mayor esfuerzo vocal de su parte.

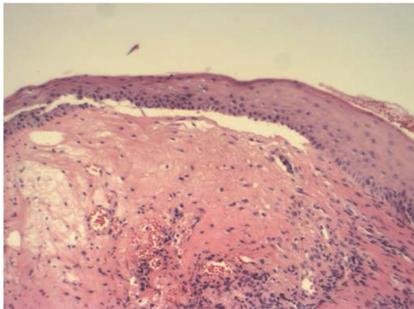
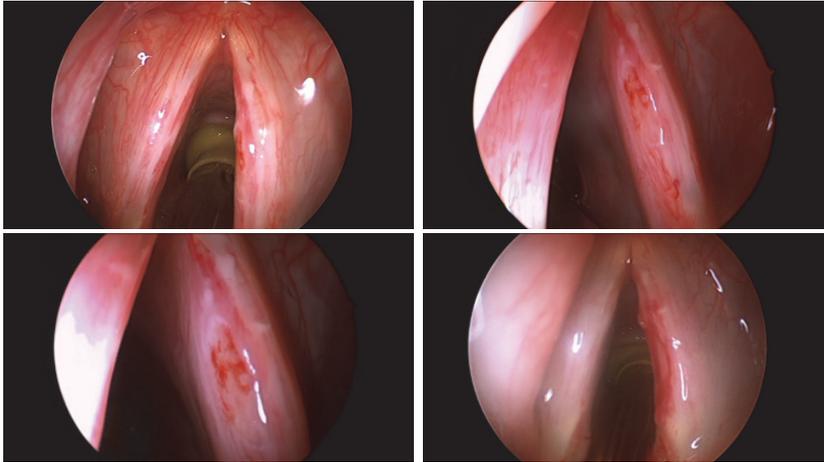
Descripción: pliegues vocales congestivos en forma difusa y lesión con aspecto de leucoplaquia en zona media del pliegue derecho (observada en octubre 2013) junto con aspecto abombado del borde libre. En el pliegue opuesto hay engrosamiento correspondiente. Motilidad de aducción y abducción normales. Comisura posterior engrosada y moderado edema de mucosa de los aritenoides.

Conclusión: Laringitis crónica (tabaquismo, reflujo faringolaríngeo y uso de inhalador); Leucoplaquia pliegues vocales.



La estroboscopia con óptica de 70 °, 4 mm (no tolera 8 mm) mostró lesión congestiva e hiperqueratósica del borde libre derecho, a diferencia del examen con luz normal que no permite visualizar la onda mucosa y el detalle del adosamiento vertical del borde libre.

Microcirugía laríngea enero 2014 muestra lesión hipervascularizada ulcerativa, circunscrita por reborde hiperqueratósico en borde libre del pliegue derecho. La biopsia informó 'Laringitis crónica moderada e inespecífica, sin atipias celulares y con signos de reagudización'.



Histología: laringitis crónica moderada. Epitelio de revestimiento pavimentoso estratificado no queratinizado. Corion fibroso vascularizado con acentuado infiltrado difuso linfoplasmocitario. Pequeñas zonas con fibrina y leucocitos. No se informa de atipias celulares.

Comentario: laringitis crónica por tabaquismo cesado cuatro años antes, uso crónico de inhaladores con propelentes y exigencia vocal por sobre lo normal, junto con virosis respiratoria que gatilla disfonía, provocan descompensación de equilibrio vocal precario prolongando el compromiso fonatorio. Se trató con reposo vocal, esomeprazol, serrapeptasa y corticoides orales en dosis baja persistiendo síntomas, lo que aconsejó efectuar biopsia de lesiones para descartar neoplasia incipiente.

Laringitis aguda (1)

Caso 38 Mujer

Edad: 55 años

Fecha: agosto de 2002

Ocupación: ventas

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de tres semanas de evolución luego de infección respiratoria alta. Dice haber tenido ampollas en la boca al inicio. Bajo tratamiento antibiótico con claritromicina.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales con intensa congestión difusa. Engrosamiento finamente granular de color blanquecino de la comisura posterior. Edema de cara subglótica. Motilidad cordal de aducción y abducción parece conservada, existiendo un pequeño escape glótico posterior.

Conclusión: Laringitis aguda; Reflujo faringolaríngeo.



Luego de quince días de tratamiento (budesonida, AINE, IBP) mejora fase aguda. Importante disminución de congestión y edema de la mucosa de ambos pliegues vocales, persistiendo edema hacia subglotis.

Comentario: es poco frecuente documentar casos de laringitis aguda, salvo aquellos con gran sintomatología vocal, síntomas obstructivos o con sospecha de lesión neural agregada (casos N° 40, 41 y 42).

Laringitis aguda (2)

Caso 39 Hombre

Edad: 36 años

Fecha: enero y febrero de 2015

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: fractura nasal a los 23 años

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía intensa en contexto de tercer día de episodio de virosis respiratoria febril. Refiere pirois sólo desde pocas semanas antes. Sin síntomas vocales previos.

Descripción: pliegues vocales congestivos y edematosos con extensión inflamatoria a la cara subglótica. Fino hiato longitudinal en aducción. Ventrículos parcialmente visibles. Comisura posterior engrosada. Control a las seis semanas muestra resolución del componente inflamatorio de pliegues vocales, ventrículos abiertos y el hiato fonatorio es fusiforme.



Respirador oral con desviación septal y rinitis alérgica tratada según necesidad. Se trató cuadro agudo con claritromicina (por sobreinfección), serrapeptasa y omeprazol.

Comentario: llama la atención engrosamiento de la comisura posterior y edema de los aritenoides en ausencia de pirois (RFL asintomático), así como el hiato longitudinal sin molestias vocales previas. El edema inflamatorio ‘rellena’ el hiato que luego se vuelve fusiforme. Se indicó esomeprazol además de antialérgico oral y spray nasal de corticoides por rinitis crónica hipertrófica por un mes. Requiere cirugía nasal.

Laringitis aguda ulcerativa viral

Caso 40 Hombre

Edad: 62 años

Fecha: julio de 2001

Ocupación: empresa

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: enviado por broncopulmonar por laringitis aguda obstructiva y ulcerativa (posible virus parainfluenza). Episodios ocasionales de tipo asmático. Pirosis frecuente. Rx de senos perinasales: sinusitis maxilar. Rx EED mostró reflujo gastroesofágico en decúbito semanas antes.

Descripción: laringe con exudado fibrinoso que cubre cara laríngea de epiglotis, repliegues arriepiglóticos y vestíbulo laríngeo por completo. Abducción limitada posiblemente por edema inflamatorio. El control a los diez días, permite apreciar engrosamiento paquidérmico de la mucosa de la comisura posterior, edema de aritenoides y secreciones espesas sobre pliegues vocales congestivos, con recuperación de la mucosa supraglótica.

Conclusión: Laringitis aguda ulcerativa severa; Reflujo faringolaríngeo.



Comentario: laringitis ulcerativa viral aguda sobre la base de reflujo crónico. Sinusitis aguda. Se trató con antibióticos y budesonida inhalada; a los diez días se observa recuperación de lesiones ulcerativas fibrinosas, restando sólo inflamación moderada de laringe supraglótica, en especial edema de aritenoides, atribuible al reflujo.

Laringitis fibrinosa neuropática aguda

Caso 41 Mujer

Edad: 20 años

Fecha: noviembre de 2014

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: levotiroxina, paroxetina

Cirugía: ductus arterioso (1 año edad); apendicectomía (oct 2014)

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía intensa de tres días de evolución, en contexto de virosis respiratoria afebril, con leve compromiso del estado general y tos moderada. Pareja con virosis sin disfonía. Operada por apendicitis aguda dos semanas antes bajo anestesia general. Tratada seis semanas antes por tonsilitis aguda con amoxicilina-clavulánico.

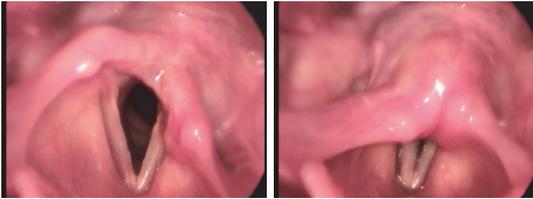
Descripción: pliegues vocales con edema congestivo y zona fibrinosa en placa en tercio medio del borde libre del pliegue derecho, sin lesión en pliegue opuesto. Parálisis en posición intermedia del pliegue vocal izquierdo, no compensada por el pliegue derecho. Hiato fonatorio longitudinal amplio con escape masivo. En inspiración el pliegue izquierdo acortado y en fonación el derecho se adelanta. Retención salival escasa en seno piriforme izquierdo.

Conclusión: Laringitis fibrinosa neuropática aguda (LFNA); Parálisis pliegue vocal en posición intermedia.



Metilprednisolona, esomeprazol y vitamina B. A los catorce días voz mejora 85 %. Hiato compensado en parte, pero inflamación y parálisis sin cambios. Se indica terapia vocal, mometasona inhalada y amoxicilina/clavulánico por nueva angina.

En control a los 40 días, refiere voz casi normal. Asintomática respiratoria, sin aspiración de alimentos ni tos. No efectuó terapia vocal.



Parálisis izquierda compensada, sin signos de recuperación. Borde libre derecho con irregularidad en zona fibrinosa.

Comentario: hemos apellidado a este tipo de laringitis aguda, fibrinosa por la aparición de lesiones en el borde libre del pliegue vocal (ocasionalmente unilateral y curiosamente en el pliegue derecho). De presumible etiología viral por su clínica (no estudiado serológicamente ni con IFI para virus respiratorios), con el aspecto de una placa o pequeña meseta en el tercio medio del pliegue vocal, asociado a un moderado edema congestivo global de los pliegues. Característica sobresaliente del episodio es su evolución muy rápida (sobreguda) con disfonía como síntoma dominante. Además, algunos de estos pacientes desarrollan un compromiso de la motilidad laríngea como parestia o franca parálisis, cuya compensación hemos observado en las semanas posteriores, sin tener suficiente seguimiento para conocer la evolución a largo plazo. Dado lo anterior hemos agregado el término ‘neuropática’ a esta particular forma de presentación, que inicialmente no hemos encontrado descrita en la literatura. Dudamos acá de una parálisis vocal antigua no diagnosticada post cirugía del ductus arterioso al año de vida.

Imágenes comparativas de lesiones en placa en laringitis aguda fibrinosa en pliegue vocal (sin compromiso de motilidad), uni y bilateral en varón de 24 años y mujer de 31 años, no usuarios laborales de la voz.



Laringitis fibrinosa aguda

Caso 42 Mujer

Edad: 22 años

Fecha: octubre de 2014

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscoopia y endoscopia rígida.

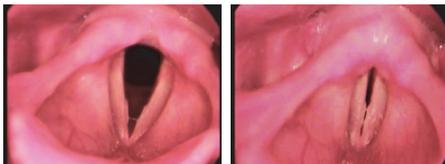
Antecedentes: disfonía de dos días evolución, tos seca y cefalea. A veces pirosis. Se indica tratamiento con naproxeno-esomeprazol, serrapeptasa y levodropropizina. Vuelve tres días después por aumento de la disfonía, indicándose furoato de mometasona inhalado, lanzoprazol y codeína.

Descripción: pliegues vocales con edema levemente congestivo y secreción filante en borde libre que forma puente de mucus. Motilidad conservada. Tres días después empeora disfonía y tos. Al examen se aprecian placas fibrinosas en zona media de los bordes libres y un hiato posterior con notorio escape aéreo.

Conclusión: Laringitis fibrinosa aguda.



Izquierda vista con óptica rígida (4 mm) y a derecha fibra de 3,4 mm



Placas fibrinosas en bordes libres, hiato posterior. Familiar informó recuperación vocal completa luego de un mes.

Laringitis aguda obstructiva

Caso 43 Niña

Edad: 9 años

Fecha: noviembre de 2005

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

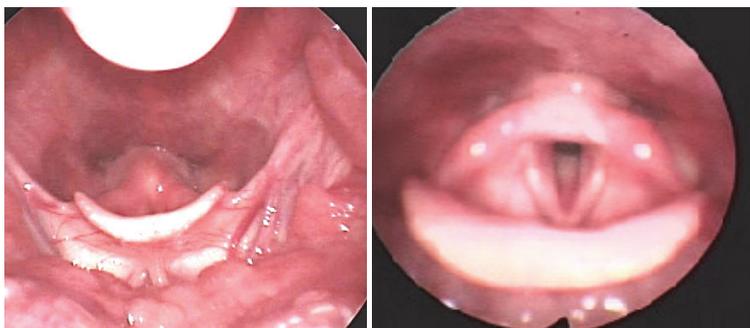
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: tos intensa emetizante no productiva desde el día anterior y disfonía de pocas horas de evolución, que no ceden con medicación indicada (descongestionante y clobutinol). Posteriormente se efectuó nebulización con adrenalina racémica por disnea, manteniéndose ‘tos perruna’ intensa y dolor faríngeo. SBO desde lactante que declina en los últimos años, tratado con salbutamol los quince días previos.

Descripción: laringe presenta edema rosado pálido de pliegues vocales y de zona subglótica adyacente, con notorio estrechamiento del lumen. Edema congestivo de los aritenoides. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Laringitis aguda obstructiva.



Comentario: episodio de “crup” asociado a virosis respiratoria alta y posible componente de reflujo no detectado. Sintomatología de bronquitis obstructiva puede enmascarar este diagnóstico, el que se debe sospechar frente a la falta de respuesta a los broncodilatadores habituales y ante síntomas específicos como disnea con tiraje y cornaje en los casos más severos.

Laringitis de evolución prolongada

Caso 44 Mujer

Edad: 37 años

Fecha: junio de 2001

Ocupación: ventas

Tabaco: no

Medicamentos: mometasona, budesonida, lanzoprazol

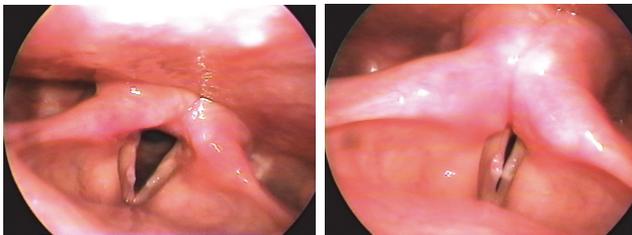
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: asmática sin medicación habitual que inició disfonía siete semanas antes, junto con infección respiratoria alta, sin lograr mejoría total de su voz. Tos persistente. Múltiples tratamientos antibióticos y corticoides orales y tópicos, además de inhibidores de bomba de protones por pirosis.

Descripción: laringe muestra lesiones de aspecto fibrinoso sobre cara superior y borde libre del tercio medio de ambos pliegues vocales, las que adoptan aspecto nodular ¿ulceración, candidiasis?, rodeadas por una zona congestiva, mayor al lado derecho. En fonación hay hiato en reloj de arena. Motilidad normal. Edema de región aritenóidea.

Conclusión: Laringitis de evolución prolongada severa ¿candidiasis?; ¿Nódulos vocales en evolución?; Sinusitis posterior aguda.



Sinusitis aguda se trató con ATB.



Comentario: presentación atípica de lesiones laríngeas por tos (frecuentemente es ulceración del proceso vocal) y signos moderados de reflujo, en ausencia de uso regular de inhaladores. Se indicó reposo vocal (atención de público), medicación antirreflujo, inhalador de budesonida y antialérgico oral. Se observó mejoría vocal sostenida y desaparición del aspecto de lesiones nodulares que correspondían a zonas fibrinosas. Relacionar con caso 45.

Laringitis crónica ulcerativa

Caso 45 Mujer

Edad: 66 años

Fecha: agosto de 2011

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: IBP

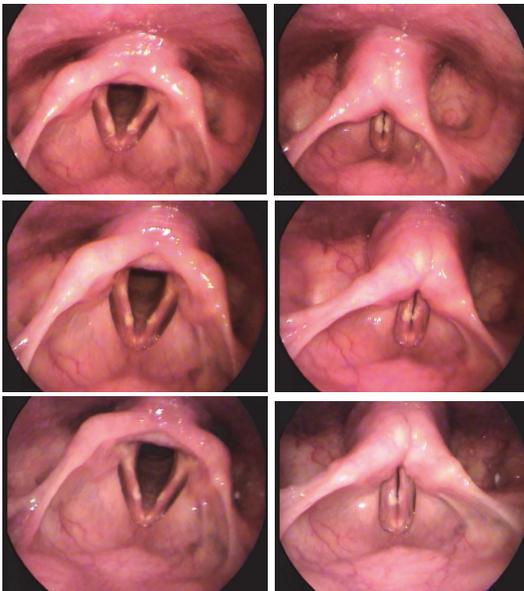
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de cuatro meses de evolución luego de infección respiratoria alta. Tratada con clorfenamina/betametasona y budesonida inhalada además de lansoprazol por gastritis erosiva.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales con congestión difusa y zona de posibles ulceraciones en cara superior y borde libre del tercio medio (dudosa hiperqueratosis). Engrosamiento de la comisura posterior y edema de los aritenoides. Motilidad de aducción y abducción conservadas.

Conclusión: Laringitis crónica ulcerativa; Reflujo faringolaríngeo.



Lesiones fibrinosas simétricas en pliegues vocales con signos menores de RFL. Se trata por 14 días con esomeprazol, budesonida y tenoxicam sin reposo vocal indicado. Se agrega metilprednisolona por 11 días. Leve reducción de zonas de fibrina. Control a los 28 días: persisten lesiones ulceradas; menos inflamación de pliegues y edema de aritenoides. No se conoce evolución posterior.

Al centro, control a los 14 días y abajo, control a los 28 días.

Laringitis de evolución prolongada y nódulos vocales

Caso 46 Mujer

Edad: 32 años

Fecha: agosto de 2006

Ocupación: atención de público

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de semanas de evolución con quiebres vocales frecuentes. Uso vocal intenso en su trabajo.

Descripción: pliegues vocales presentan engrosamiento de aspecto nodular, más voluminoso a izquierda, asociado a leve congestión y edema de la mucosa vecina. Durante la fonación se aprecia un discreto hiato fonatorio. Secreción adherente que genera puente salival. Comisura posterior engrosada. Leve tendencia a contracción anteroposterior.

Conclusión: Laringitis de evolución prolongada (reflujo, abuso vocal); Nódulos vocales.

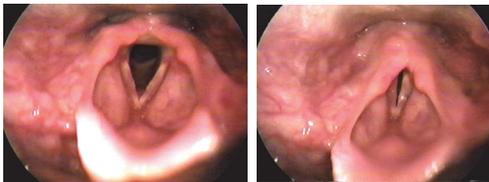


Nódulos vocales y puente salival

Control 17 días: tratamiento tenoxicam (10 días), budesonida y rabeprazol.



Control a cinco meses: nódulos vocales



Comentario: menos signos inflamatorios y aspecto micronodular. Medicación antiflogística muy eficaz en corto plazo confirma inflamación poco aparente. A los cinco meses, nódulos vocales y tendencia a la hiperfunción, indican que requiere manejo con terapia vocal que no ha efectuado.

Laringitis tórpida, RFL asintomático y PTM tipo IV

Caso 47 Hombre

Edad: 58 años

Fecha: mayo de 2014

Ocupación: oficina

Tabaco: cesó a los 30 años

Medicamentos: losartán, metformina,

Cirugía: no

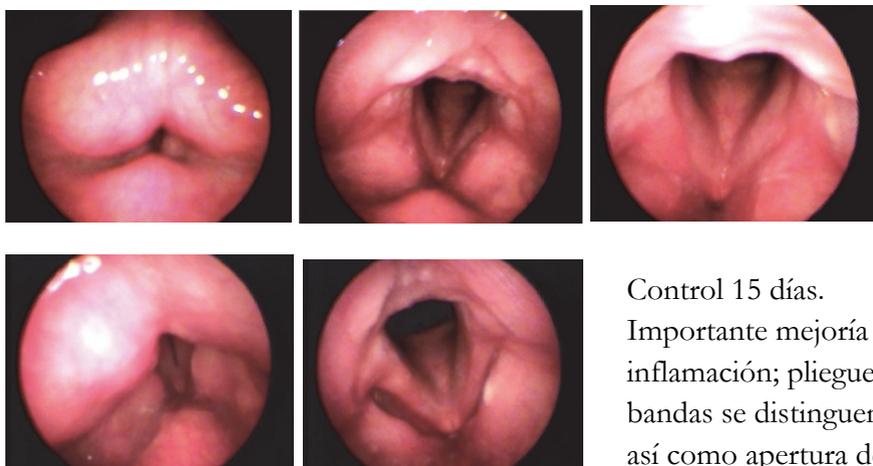
esomeprazol

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: inicia disfonía seis semanas antes en contexto de virosis respiratoria. No relata pirosis ni otros síntomas de vía aerodigestiva. Efectúa seis horas de clases semanales.

Descripción: laringe, tanto con óptica rígida como fibra flexible, presenta edema de aritenoides e irregularidad de comisura posterior, que junto a patrón de tensión muscular tipo IV ocultan los pliegues vocales en fonación. En inspiración se aprecian pliegues vocales edematosos y congestivos que ocluyen el ventrículo laríngeo. El edema se extiende hacia la cara subglótica lo que impide visualizar el borde libre en forma definida, sin apreciarse lesiones puntuales.

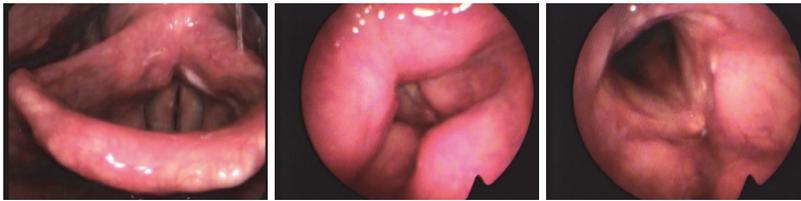
Conclusión: Laringitis prolongada severa: Reflujo faringolaríngeo, abuso vocal; Patrón de tensión muscular tipo IV.



Control 15 días.
Importante mejoría de inflamación; pliegues y bandas se distinguen, así como apertura de ventrículos laríngeos.

TTO: esomeprazol, budesonida, reposo vocal.

Tres meses y medio de tratamiento con esomeprazol y diez sesiones de terapia vocal. Voz normal, retomó clases con desempeño adecuado.



Laringe muestra pliegues vocales más definidos, mínima congestión superficial difusa y edema de cara subglótica con aspecto de pseudosulcus. Patrón de tensión muscular variable tipo III que cede parcialmente.

Comentario: en control de quince días hay neta diferenciación anatómica de bandas-pliegues vocales y leve edema de cara subglótica, con apertura de ventrículos. Se usó 80 mg/día de esomeprazol por dos meses y luego 40 mg, pese a la ausencia de síntoma de pirosis, ya que según la clasificación de Belafsky anota al menos 15 puntos (4). Nótese reflejo luminoso en aritenoides, con línea de puntos por edema de mucosa plegada (arriba a izquierda), que mejora en último control. En imagen final se observa de nuevo pérdida de cavidad de ventrículos, con aspecto engañoso de continuidad banda-pliegue vocal-edema subcordal. Paralelo a la mejoría anatómica disminuye el patrón de tensión muscular, logrando fonación con menor actividad de bandas y menos acortamiento anteroposterior, apreciando el paciente su voz como normal -sin limitación para dar clases ni desempeño social- pese a que las imágenes de laringe aún muestran inflamación notoria. Esta voz resulta del complejo balance entre la mejoría funcional del tejido laríngeo (menor hiperfunción) y el estado inflamatorio tisular, aún con resolución incompleta en las imágenes. Lo anterior indica que lo importante es conseguir una voz adecuada para el paciente y no las imágenes ideales, deseadas por el médico.

Laringitis crónica, ¿lesión estructural mínima?

Caso 48 Mujer

Edad: 17 años

Fecha: agosto de 2012 y noviembre de 2013

Ocupación: estudiante

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

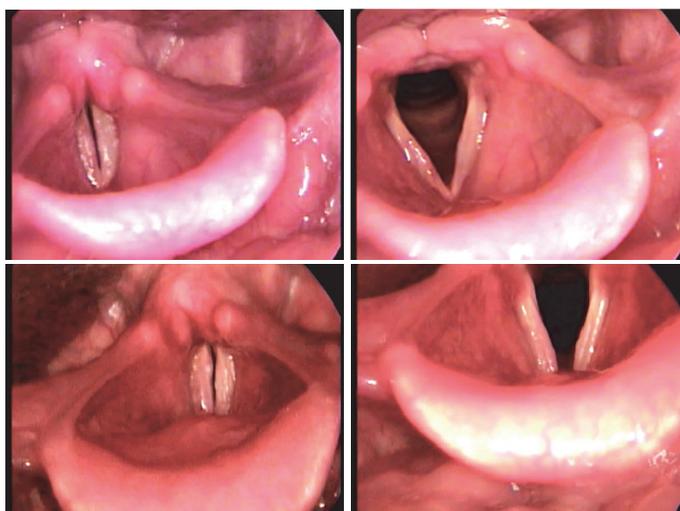
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía crónica desde la infancia, congestión nasal, rinorrea variable. Bronquitis obstructiva asintomática. Consulta por acentuación de disfonía en períodos distantes sin controles regulares.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales con edema irregular en borde libre izquierdo y abombamiento del derecho en su tercio medio, junto con hipervascularidad. Comisura posterior engrosada y leve edema de aritenoides. Hiato longitudinal.

Conclusión: Laringitis exudativa crónica; Reflujo faringolaríngeo; ¿Sulcus vocalis?



Abajo a los quince meses: disfonía acentuada por abuso vocal. Estroboscopia: pliegues casi sin onda mucosa, hiato irregular y abombamiento mayor pliegue izquierdo.

Comentario: sospecha de sulcus vocalis (aspecto lineal en ambos pliegues) que podría requerir examen directo para diagnóstico, dependiendo de la limitación fonatoria y su necesidad vocal.

Laringitis crónica por tabaco y reflujo; ¿Quiste pliegue vocal?

Caso 49 Mujer

Edad: 23 años

Fecha: octubre de 2014

Ocupación: estudiante intercambio

Tabaco: cinco cigarrillos/día

Medicamentos: no

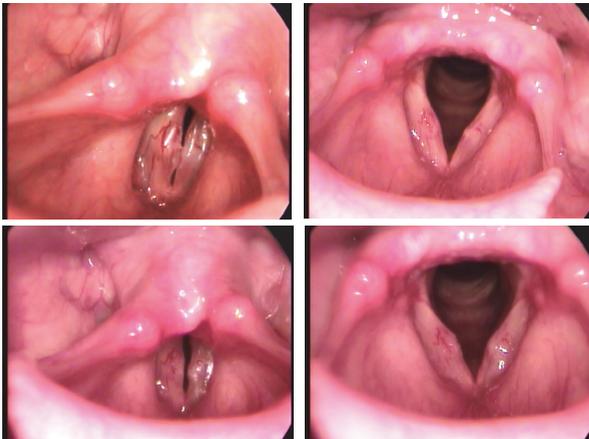
Cirugía: no

Técnica: estroboscopia y endoscopia rígida 70 °

Antecedentes: paciente asmática sin tratamiento actual, fumadora de cinco cigarrillos por día. Refiere disfonía desde la infancia, la que se ha acentuado en el último período. Pirosis leve, ocasional.

Descripción: pliegues vocales presentan edema global y congestión con telangiectasias lineales más notorias a derecha. Pliegue derecho de mayor volumen impresiona como lesión intracordal que determina borde libre abombado. Comisura posterior irregular y edema de mucosa de aritenoides. En fonación el adosamiento incompleto determina hiato de predominio posterior.

Conclusión: Laringitis crónica por tabaco y reflujo; Obs. quiste pliegue vocal derecho.



A la izquierda, imagen estroboscópica muestra adosamiento con borde libre derecho prominente y relieve solevantado (reflejo luminoso).

Tratada por dos meses: mometasona- formoterol y lansoprazol con leve mejoría vocal. Requiere exploración quirúrgica.

Aspecto a los seis meses. Cesó tabaco por cinco meses notando sólo menor fatigabilidad de la voz, pero siempre manteniendo carácter áspero.

Laringitis por reflujo (1)

Caso 50 Mujer

Edad: 54 años

Fecha: septiembre de 2000

Ocupación: casa

Tabaco: ocasional

Medicamentos: omeprazol

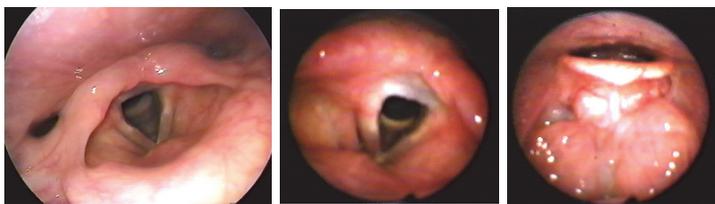
Cirugía: amígdalas y adenoides

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: reflujo gastroesofágico de larga data (hernia hiatal) en tratamiento con omeprazol por un mes. Disfonía matinal y sensación de globo faríngeo, ocasionalmente odinofagia.

Descripción: hipertrofia de amígdala lingual con aspecto bilobulado que en reposo oculta las valléculas. En laringe la comisura posterior muestra un importante engrosamiento blanquecino de la mucosa interaritenóidea con aspecto paquidérmico (fibroscopio, imagen central). Moderado edema del bloque aritenóideo. Las cuerdas vocales (pliegues) se presentan opacas.

Conclusión: Laringitis por reflujo gastroesofágico; Hipertrofia de amígdala lingual.



Edema de aritenoides, comisuritis posterior e hipertrofia basilingual.

Comentario: en muchos paciente operados de amigdalectomía, en especial luego de infecciones repetidas, se observa esta hipertrofia linfoide basilingual, que en ciertos casos puede llegar a constituir una tonsila lingual, la que al infectarse origina fiebre y odinofagia sin causa visible, a no ser que se observe la base de lengua, al menos con espejo laríngeo.

Laringitis por reflujo (2)

Caso 51 Mujer

Edad: 56 años

Fecha: agosto de 1999

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: nifedipino (hipertrofia ventricular)

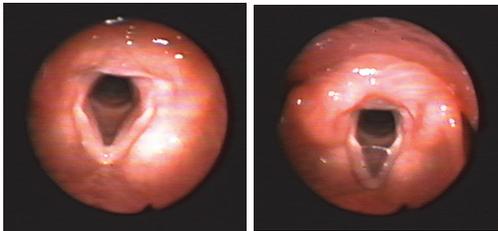
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía frecuente y recientemente odinofagia. Pirosis.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales con edema congestivo de cara subglótica y secreciones densas. Comisura posterior engrosada y blanquecina; edema de aritenoides notorio en su cara posterior.

Conclusión: Laringitis por reflujo faringolaríngeo.



Llama la atención edema plegado de los aritenoides, comisuritis posterior y edema de la cara subglótica de pliegues vocales.

Comentario: clara correlación entre síntomas antiguos de pirosis y disfonía frecuente con la visión endoscópica. La odinofagia reciente en ausencia de signos faríngeos, debe hacer sospechar la posibilidad de una lesión de tipo ulcerativa o granulación del aritenoides (proceso vocal). La presencia de “úlceras de contacto” es referida con frecuencia como dolor lancinante que atraviesa el cuello en la proyección del cartílago (ver casos 27 y 144).

Laringitis por reflujo (3)

Caso 52 Mujer

Edad: 50 años

Fecha: diciembre de 2000

Ocupación: oficina

Tabaco: 1 cig/día

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de varias semanas de evolución sin tendencia a la mejoría espontánea. No refiere infección respiratoria asociada. Pirosis intensa y frecuente. Globus y disnea de moderados esfuerzos.

Descripción: laringe muestra congestión difusa y generalizada de las mucosas con exudado costroso en comisura posterior y hacia la subglotis. Edema retroaritenoiideo y hacia boca del esófago. Formación de rodete en mucosa de la comisura posterior. En inspiración no se delimitan bien los pliegues vocales del marcado edema subglótico. En fonación se aprecian pliegues vibrando con mucosa edematosa y congestiva, ocultos en parte por bandas activas. La motilidad cordal de abducción y aducción parece normal.

Conclusión: Laringitis crónica difusa severa; Reflujo faringolaríngeo.



Óptica rígida, 4 mm. Voz de bandas. Abajo imagen con fibra flexible 3,4 mm



Comentario: tratada con omeprazol, budesonida inhalada y estreptomycin nebulizada, nota pronta mejoría de la voz. El uso de este antituberculoso en forma inhalatoria es meramente empírico, pero ha mostrado resultados muy favorables, posiblemente por su efecto antibacteriano como por un eventual rol antiinflamatorio.

Laringitis posterior por reflujo gastroesofágico

Caso 53 Mujer

Edad: 71 años

Fecha: mayo de 2007

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: omeprazol 40 mg. día

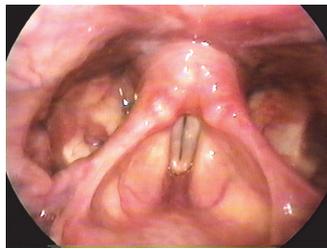
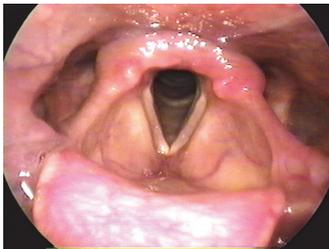
Cirugía: amigdalectomía (10 años) y muñones tonsilares (25 años)

Técnica: endoscopia rígida

Antecedentes: tratada por reflujo gastroesofágico desde el año 2000. Presenta odinofagia persistente, tos y expectoración sanguinolenta ocasional, pese a tratamiento con omeprazol 40 mg/día.

Descripción: en laringe destaca notorio engrosamiento con aspecto edematoso de la mucosa retroaritenóidea, que en inspiración rebasa hacia senos piriformes y congestión apical de aritenoides, con significativo aumento en lapso de seis años. La comisura posterior no presenta irregularidades. Leve edema de cara subglótica de pliegues (izquierda).

Conclusión: Laringitis posterior por reflujo gastroesofágico.



Edema exuberante de la mucosa posterior .

Laringe año 2001



Comentario: reflujo gastroesofágico sin respuesta al tratamiento en curso. En seis años aumentó el edema posterior de los aritenoides y levemente de subglotis, sin lesiones apreciables en pliegues vocales. Se indicó pH metría.

Laringitis por reflujo y propelentes inhalados

Caso 54 Mujer

Edad: 41 años

Fecha: diciembre de 2013

Ocupación: oficina

Tabaco: 5 cig/ día

Medicamentos: losartán, salmeterol/fluticasona

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: refiere sensación de globo faríngeo de dos semanas de duración y leve odinofagia. Asmática, usa fluticasona/salmeterol y beclometasona/salbutamol. Sin pirosis. Uso de omeprazol reciente.

Descripción: laringe presenta discreto edema de aritenoides y engrosamiento leve de la comisura posterior. Pliegues vocales difusamente congestivos con áreas blanquecinas ¿candidiasis?. Leve edema de cara subglótica, conserva ventrículos abiertos. Motilidad de aducción y abducción normales.

Conclusión: Laringitis multicausal: reflujo faringolaríngeo, uso de inhaladores y tabaquismo. Posible moniliasis incipiente.



Globo traduce irritación de los receptores propioceptivos de mucosas por múltiples noxas.



Comentario: los excipientes, propelentes de aerosoles inhalatorios y corticoides pueden contribuir a irritar la mucosa y favorecer moniliasis, en especial al ser utilizados en forma directa -sin cámara de inhalación- al impactarse partículas gruesas en la mucosa orofaríngea.

Laringitis por reflujo y aparente micromembrana

Caso 55 Mujer

Edad: 16 años

Fecha: abril de 2006

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: rabeprazol

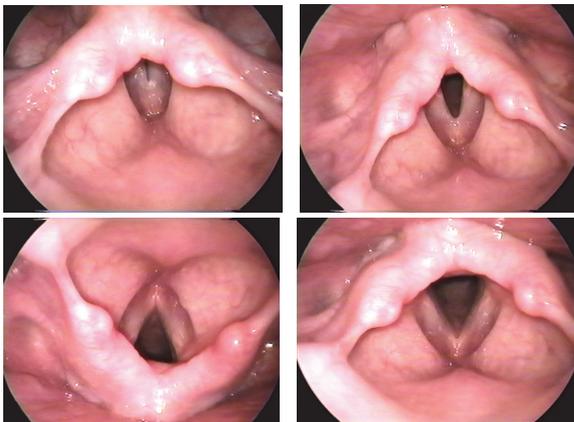
Cirugía: no

Técnica: laringoscopia rígida 70°

Antecedentes: disfonía frecuente asociada a abuso vocal, odinofagia y pirosis. Rinitis alérgica tratada con inhalador nasal de fluticasona.

Descripción: pliegues vocales presentan leve congestión difusa de región anterior junto con secreciones densas que al depositarse sobre la comisura anterior simulan una micromembrana glótica. Luego de toser se barren secreciones, observándose la comisura anterior más definida. Edema de cara subglótica. Motilidad de aducción y abducción parece normal. Durante la fonación se aprecia contracción anteroposterior de la glotis (PTM tipo III).

Conclusión: Laringitis por reflujo y abuso vocal; Patrón de tensión muscular tipo III; ¿Lesión estructural mínima?



Requiere seguimiento para reexaminar en su estado basal. Si continúa con disfonía, evaluación con estroboscopia.

Edema laríngeo por reflujo y posible lesión estructural mínima asociados a abuso vocal determinan disfonía crónica.

Comentario: discordancia entre aspecto laríngeo anodino y grado de disfonía persistente.

Laringitis por uso de inhalador; Presbifonía incipiente

Caso 56 Mujer

Edad: 62 años

Fecha: agosto de 2003

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: inhalador asma ocasional

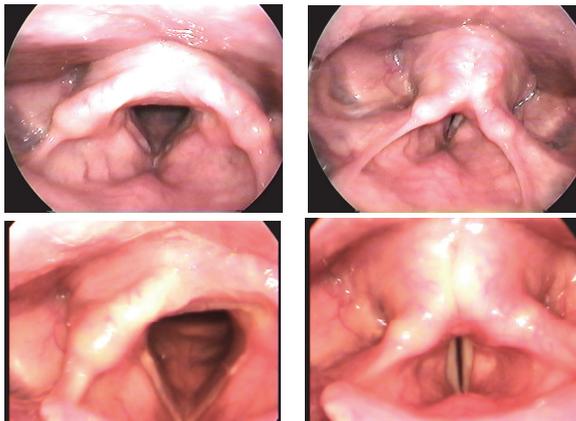
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: Sd. de Sjögren. Presenta disfonía mantenida por meses luego de virosis respiratoria con tos persistente. Recibió tratamientos con inhalador de corticoides-broncodilatador y antialérgicos. Reflujo gastroesofágico tratado esporádicamente.

Descripción: pliegues vocales presentan mucosa opaca y congestiva de aspecto heterogéneo, con áreas de moderada congestión y otras de coloración blanquecina (cándida o lesiones por corticoides inhalados). La comisura posterior es lisa y regular, pero hay edema de cara subglótica de los pliegues vocales. Bandas ventriculares activas, en especial la izquierda. Motilidad cordal de aducción y abducción parece normal.

Conclusión: Laringitis prolongada (inhaladores y reflujo); 'Disfunción epitelial por Sjögren' ¿Candidiasis laríngea?



Abajo, **agosto 2014:**

bronquitis, tratamiento ATB e inhalador fluticasona a largo plazo. Disfonía, hipofonía y cansancio vocal prematuro. Hiato longitudinal amplio y bandas activas, más a izquierda. Edema de cara subglótica de pliegues y comisura posterior. Se trata con esomeprazol y alginatos.

Conclusión: en 2014, 73 años, estudio pulmonar normal. Usa C-PAP desde 2009. Parece predominar el fenómeno de hipotonía laríngea (presbifonía) y xerostomía con mala función epitelial, siendo poco evidente el reflujo. En 2003, laringitis por reflujo y lesiones por uso de inhalador. Se indicó terapia vocal.

Laringitis por reflujo y paresia vocal

Caso 57 Hombre

Edad: 48 años

Fecha: enero de 2004

Ocupación: oficina

Tabaco: hasta 15 cig/día

Medicamentos: no

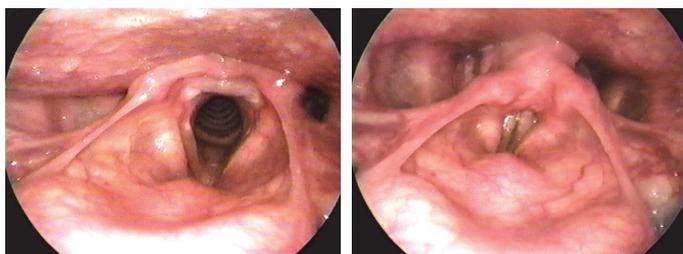
Cirugía: no

Técnica: endoscopia rígida 70 °

Antecedentes: disfonía variable y odinofagia lateralizada hacia la región cervical izquierda, de dos meses de evolución. Pirosis acentuada de larga data.

Descripción: pliegues vocales presentan mucosa deslustrada y aspecto de leve edema. El pliegue izquierdo está lateralizado quedando oculto por la banda ventricular en inspiración (abducción) y en fonación se hace visible (aducción parcial), cerrando la glotis el pliegue derecho que compensa sobrepasando la línea media. Adosamiento vocal con pequeño hiato por borde libre izquierdo algo cóncavo. Seno piriforme derecho amplio e izquierdo reducido (paresia) y laringe con eje mayor rotado a izquierda. Comisura posterior engrosada tomando la forma de rodete que se extiende lateralmente hacia los procesos vocales de los aritenoides. Edema retroaritenóideo.

Conclusión: Laringitis posterior por reflujo y tabaquismo; Paresia vocal izquierda compensada ¿reciente o antigua?



El rodete o escalón en la comisura posterior denota cronicidad.

Comentario: posible parálisis laríngea antigua compensada. Llama la atención ausencia de síntomas como aspiración o fatiga vocal, si se tratara de lesión del período actual. Sospechar de úlcera en proceso vocal.

Laringitis por reflujo y técnica vocal deficiente

Caso 58 Mujer

Edad: 49 años

Fecha: marzo de 2008

Ocupación: con uso vocal importante

Tabaco: no

Medicamentos: no

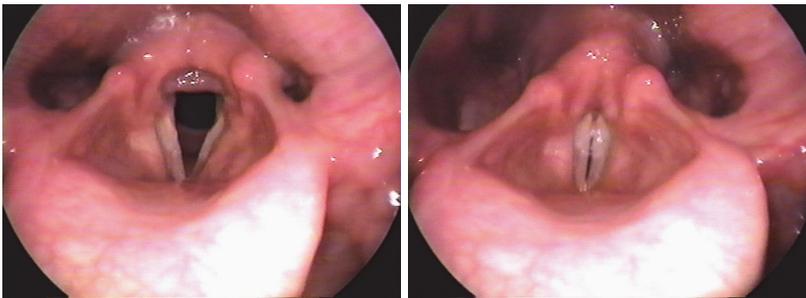
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía recurrente asociada a uso vocal laboral intensivo. Pirosis frecuentemente.

Descripción: laringe muestra congestión leve difusa de pliegues vocales, junto con aspecto irregular de bordes libres. Mucosa de la comisura posterior engrosada en 'rodete' y edema de cara posterior de aritenoides. Motilidad de pliegues conservada.

Conclusión: Laringitis por reflujo faringolaríngeo.



Comentario: en este caso destaca como signo de laringitis posterior por reflujo, el marcado engrosamiento de la comisura posterior, conformando un rodete o cordón que se interpone transversalmente a la luz, generando brillos en su superficie. La paciente es sintomática de pirosis frecuente. Por otra parte, aún cuando no hay un patrón de tensión muscular definido, existe clara relación entre el mayor uso vocal y la aparición de la disfonía. Esto demuestra falta de técnica vocal adecuada para su requerimiento fonatorio.

Laringitis por reflujo infantil (1)

Caso 59 Niño

Edad: 7 años

Fecha: mayo de 2004

Ocupación: estudiante

Tabaco:

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data, ronquido nocturno y tos. Rinitis alérgica con IgE específica clase 4 para ácaros.

Descripción: gran hipertrofia tonsilar, especialmente hacia polo inferior. Laringe muestra edema de los aritenoides y borde irregular de comisura posterior prominente. Edema leve subcordal.

Conclusión: Laringitis por reflujo faringolaríngeo; Hipertrofia tonsilar obstructiva.



Comentario: disfonía infantil no siempre se asocia a 'nódulos'. Se debe efectuar examen endoscópico en casos de persistencia o recurrencia para descartar papilomatosis, lesiones congénitas o reflujo como en este caso.

Laringitis por reflujo infantil (2)

Caso 60 Niño

Edad: 5 años

Fecha: agosto 1999

Ocupación: preescolar

Tabaco:

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data; casi afonía en el último período.

Descripción: laringe muestra pliegues vocales con nódulos y mucosa inflamatoria alrededor. La laringe posterior denota mucosa redundante de aspecto edematoso y congestivo especialmente en relación a los aritenoides que parecen duplicados.

Conclusión: Laringitis por reflujo; Nódulos vocales.



A la izquierda (1999, 5 años) edema de aritenoides y lesiones nodulares edematosas. Centro y derecha control 16 años después (2015), con 21 años: resolución de edema laríngeo y ausencia de nódulos. Sin disfonía, refiere pirosis ocasional habiéndose efectuado erradicación de *Helicobacter Pylori* en 2012.

Comentario: asociación de reflujo y nódulos es muy frecuente en niños, proponiéndose relación etiopatogénica en muchos casos. El tratamiento del reflujo (higiene dietaria y postural nocturno) junto a medicación con inhibidores de secreción de protones o anti H1, son la primera línea de terapia. Es rarísimo operar un niño por nódulos, salvo en casos extremos de afonía incapacitante o permanente. La terapia vocal para corregir un hábito pernicioso en niños pequeños, es de poca utilidad en general.

Laringitis por reflujo infantil (3)

Caso 61 Niño

Edad: 10 años

Fecha: mayo de 2007

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida

Antecedentes: mononucleosis infecciosa en año 2006. Ronquido nocturno variable. Pirosis con cierta frecuencia.

Descripción: cavum faríngeo muestra adenoides que ocupan el 50 % del marco coanal. Laringe presenta notorio edema de mucosa aritenoides y leve engrosamiento de la comisura posterior. Pliegues vocales con acumulación de secreción mucosa y edema subcordal.

Conclusión: Laringitis por reflujo faringolaríngeo; Hiperplasia adenoidea.



Edema de aritenoides y de cara subglótica de pliegues



Comentario: signos laríngeos son hallazgo del examen. Sin embargo el niño refiere pirosis al interrogatorio dirigido, cosa que frecuentemente es ignorada por los padres.

Laringitis por reflujo en lactante (1)

Caso 62 Niño

Edad: 1 año

Fecha: enero de 2006

Ocupación: no

Tabaco:

Medicamentos: domperidona

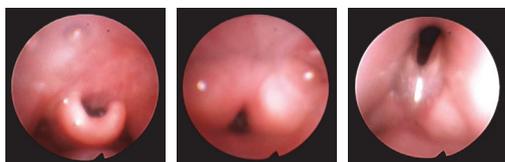
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia bajo anestesia general.

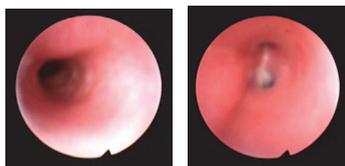
Antecedentes: laringitis obstructiva a repetición en los últimos seis meses. Tos crónica y llanto disfónico frecuente.

Descripción: laringe presenta notorio engrosamiento de aspecto inflamatorio de epiglotis cuyo borde libre parece de mayor espesor que lo normal. Intenso edema de la supraglotis, en especial los aritenoides, lo que determina un importante estrechamiento del vestíbulo laríngeo. No se identifican los repliegues aritenoepiglóticos, aparentemente muy breves y ocultos por el edema. Pliegues vocales algo edematosos; al separarlos muestran espacio glótico conservado. Subglotis y tráquea no presentan lesiones visibles que alteren el lumen de la vía aérea. En la carina hay secreción mucopurulenta que fluye desde ambos bronquios fuente.

Conclusión: Laringitis supraglótica severa por reflujo; Bronquitis obstructiva reagudizada.



Epiglotis, aritenoides, y pliegues vocales edematosos. Abajo: subglotis, tráquea y secreciones en carina.



Reflujo severo en lactante, requiere manejo más eficaz para evitar complicaciones respiratorias y nutricionales.

Laringitis por reflujo en lactante (2)

Caso 63 Niño

Edad: 6 meses

Fecha: enero de 2009

Ocupación: no

Tabaco:

Medicamentos: no

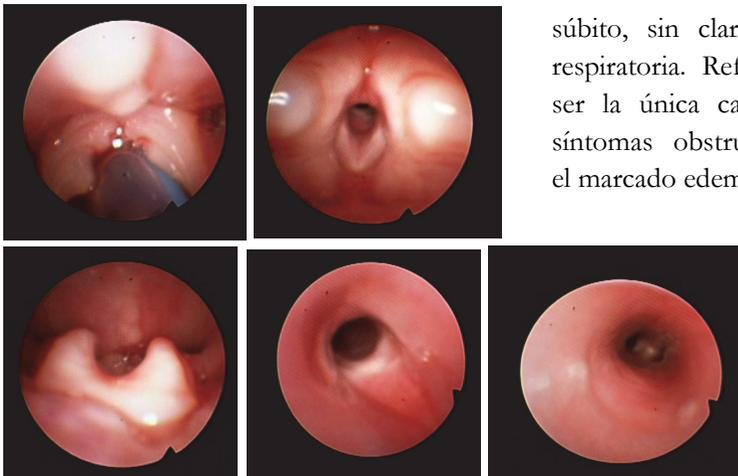
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia bajo anestesia general.

Antecedentes: diez días antes inicia episodios de violentos accesos de tos que ocasionan crisis de apneas con cianosis, que ceden con estimulación. Sin relación con otros síntomas de infección respiratoria. Se hospitalizó para monitorización y examen endoscópico de vía aérea.

Descripción: fosas nasales estrechas, no permiten el paso del fibroscopio de 3,4 mm hacia distal. Por vía oral se observa edema translúcido de la mucosa con aspecto redundante, tanto de aritenoides como epiglotis y repliegues aritenoepiglóticos. Epiglotis replegada sobre su cara lingual, con borde libre grueso. Glotis permeable y notorio edema subcordal. Subglotis y tráquea, hasta carina, sin alteraciones.

Conclusión: Laringitis severa por reflujo.



Llama la atención inicio súbito, sin clara infección respiratoria. Reflujo parece ser la única causa de los síntomas obstructivos por el marcado edema laríngeo.

Laringitis crónica tabáquica en regresión

Caso 64 Mujer

Edad: 67 años

Fecha: febrero de 1999

Ocupación: oficina

Tabaco: 20 cig/día, cesó septiembre 1998

Medicamentos: fluticasona

Cirugía: no

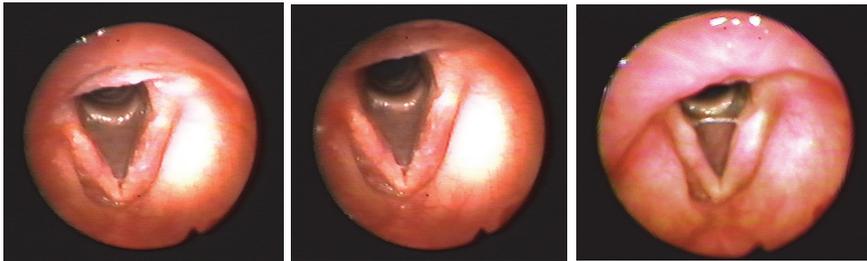
y broncodilatador

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: tabaquismo cesado en 1998, EPOC en tratamiento con aerosol. Disfonía de meses de evolución.

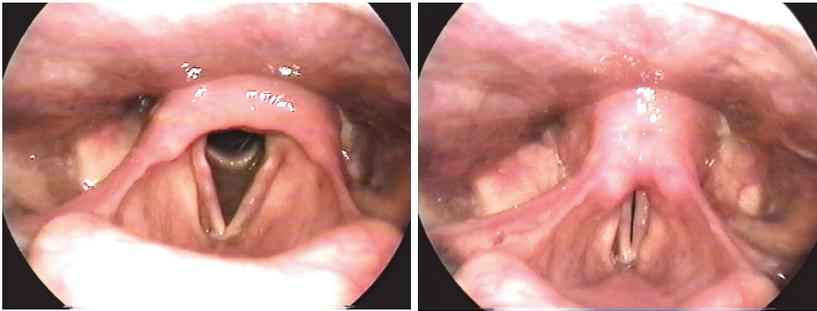
Descripción: se aprecia mucosa de pliegues vocales difusamente congestiva, deslustrada y con áreas de engrosamiento blanquecino tipo hiperqueratosis finamente granular, predominando este aspecto a izquierda. La motilidad cordal está conservada. La comisura interaritenoidéa presenta mucosa con relieve engrosado paquidérmico. Leve edema de los aritenoides y de cara subglótica de pliegues. En fonación se aprecia ocasionalmente activación de bandas ventriculares.

Conclusión: Laringitis crónica ¿hiperplásica?; Reflujo probable.



Izquierda y centro, laringitis crónica difusa. A derecha, seguimiento a un año de cese de tabaco con mejoría respiratoria y vocal sostenida. Laringe presenta pliegues con leve edema congestivo de mucosa, sin aspecto hiperqueratósico. Comisura posterior con edema pero menos paquidermia. Usa budesonida inhalatoria y bromuro de tiotropio.

Agosto 2005, control a siete años del cese de tabaco: ha presentado episodios de disfonía variable en el último tiempo, luego de reagudización por infección respiratoria el mes anterior. Laringe muestra pliegues vocales con leve engrosamiento de mucosa, en especial a izquierda, pero con menor congestión que en examen del año 2000. Aspecto hiperqueratósico en franca disminución, tanto en pliegues como en comisura posterior. Hiato longitudinal. Destaca edema del muro posterior de los aritenoides (brillo reflejado en pared faríngea).



Comentario: laringe muestra signos avanzados de involución de lesiones crónicas con eventuales displasias (no biopsiadas) y estigmas de reflujo faringolaríngeo, manteniendo terapia oral con omeprazol. Comisura posterior plana, aunque persiste edema de cara posterior de aritenoides. La observación frecuente es la clave. Llama la atención que con la fuerte exposición a tabaco no desarrolle edema de Reinke, pero sí cambios epiteliales de superficie. Es posible que el efecto antiinflamatorio del corticoide tópico -que usa durante años- ejerza influencia en esta evolución. Desconocemos si presentó displasias epiteliales, pero la regresión hacia un aspecto más normal da a entender que no hubo un comportamiento de neoplasia (con autonomía de replicación celular) en sus cambios crónicos. En este sentido, la ausencia de otros factores carcinogénicos como alcohol y polución ambiental, podrían ser determinantes al impedir la sinergia del efecto mutacional de las células. Evolución pulmonar puede limitar su expectativa de vida.

Laringitis crónica tabáquica

Caso 65 Mujer

Edad: 69 años

Fecha: agosto de 2012

Ocupación: casa

Tabaco: gran fumadora

Medicamentos: no

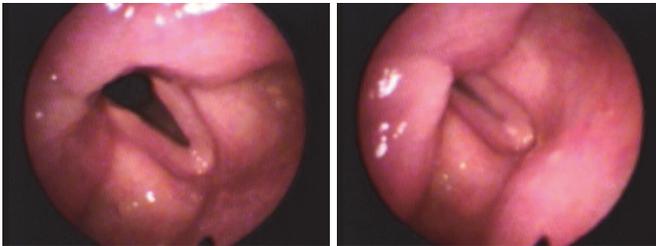
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: en estudio por otitis media serosa izquierda persistente. Gran fumadora de larga data, sin síntomas vocales.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales homogéneamente congestivos y con aspecto deslustrado. Motilidad cordal de aducción y abducción conservada; bordes libres rectos con adosamiento completo. Ventrículos laríngeos no visibles por leve hipertrofia y activación de bandas. Cavum faríngeo y fosita de Rosenmüller normales.

Conclusión: Laringitis crónica por tabaco.



Efectúa presión positiva espiratoria (con bandas) por posible daño pulmonar poco sintomático.

Comentario: el tabaco en este caso es el único factor de agresión crónica del epitelio vocal (sin reflujo, abuso vocal, inhaladores, polución ambiental, etc). La paciente es asintomática de la voz, al margen de tonalidad agravada, sin presentar signos focales de alteración epitelial ni sospecha de pre-neoplasia en este examen con fibra óptica. Se debería examinar con periodicidad, de preferencia con estroboscopia, para advertir precozmente trastornos en la vibración epitelial.

Laringomalacia persistente del adulto (epiglotis)

Caso 66 Hombre

Edad: 49 años

Fecha: marzo de 2000

Ocupación: empresa

Tabaco: no

Medicamentos: no

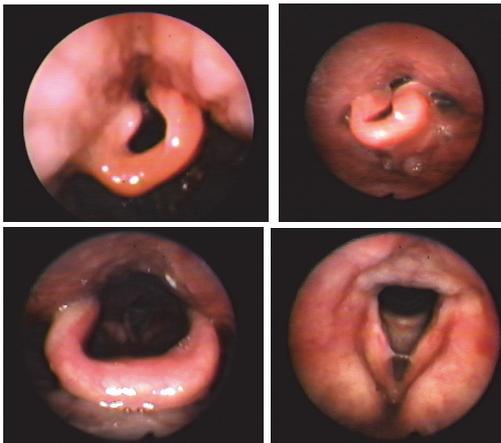
Cirugía: septoplastía y vaporización de cornetes láser 1999

Técnica: Nasolarinofibroscopía y endoscopia rígida.

Antecedentes: inicialmente presentó Síndrome de Apneas-Hipoapneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) con componente obstructivo úvulopalatino y laríngeo severo (epiglotis), asociado a desviación septal e hipertrofia turbinal inferior obstructivas. Operado de septoplastía y vaporización de cornetes inferiores con laser CO2 diez meses antes. En segundo tiempo quirúrgico se interviene laringe para facilitar manejo con CPAP, contraindicado por obstrucción supraglótica.

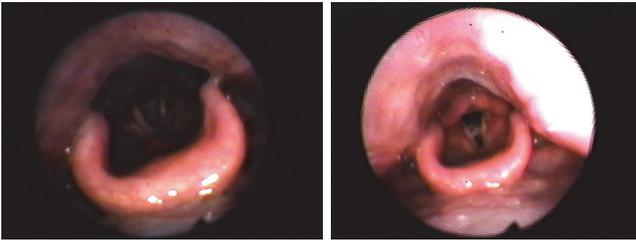
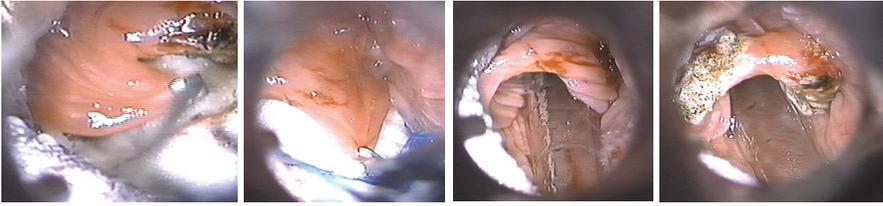
Descripción: se aprecia epiglotis con mucosa redundante y flaccidez estructural que tiende al colapso inspiratorio. Base de lengua con cierta hipertrofia linfoide. Por orofaringe se observa una gran hipertrofia de úvula con ensanchamiento y elongación de ésta.

Conclusión: Síndrome de apneas obstructivas del sueño de causa laríngea.



Arriba, epiglotis malácica en inspiración con mucosa redundante que se colapsa. Abajo, al sexto día de postoperatorio, epiglotis más rígida y abierta que permite ver laringe con pliegues vocales edematosos y congestivos, así como la comisura posterior hiperqueratósica.

Epiglotis con mucosa redundante; vaporización con láser de CO2.



Postoperatorio:
epiglotis a los 13
días y a las cuatro
semanas. Vestíbulo
laríngeo expuesto.

Comentario: paciente que requirió traqueostomía por difteria faucial a los dos años de vida. Presenta Síndrome de Apneas Obstructivas del Sueño, de causa predominantemente laríngea (larínge malácica desde infancia). Inicialmente se operó de septoplastía y cornetes por obstrucción nasal. En un segundo tiempo quirúrgico se efectuó vaporización con Láser de CO2 del tejido flácido de la epiglotis y LAUP (Úvulopalatoplastía asistida con Láser). En el postoperatorio avanzado cesaron síntomas de asfixia inspiratoria diurna y nocturna causados por respiración vigorosa. Se mantuvo por largo período tratamiento con IBP para reflujo.

Laringomalacia persistente del adulto (aritenoides)

Caso 67 Hombre

Edad: 33 años

Fecha: mayo de 2013

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: historia de obstrucción nasal de larga data, ronquido y apneas progresivas en los últimos años. Cefalea frecuente. Estudio de polisomnografía demostró en 2012 IDR de 28,3 (Índice de Disturbios Respiratorios) y desaturación mínima de 84%. Relata en especial obstrucción en zona cervical, correspondiente a proyección de laringe.

Descripción: fosas nasales presentan importante hipertrofia turbinal inferior obstructiva. Cavum faríngeo muestra prolongación de ceja posterior del torus tubario hacia la rinofaringe como cordones faríngeos laterales, produciendo estrechamiento transversal del lumen. Base de lengua con leve hipertrofia de tejido linfoide. Laringe presenta aritenoides con mucosa exuberante que determina colgajo que se rebate hacia la glotis durante la inspiración (reverencia de aritenoides). Comisura posterior engrosada con aspecto de hiperqueratosis. Edema importante de pliegues vocales y de cara subglótica. Motilidad de aducción y abducción conservadas. Por vía oral se aprecia úvula obstructiva, elongada y replegada así como velo del paladar descendido.

Conclusión: SHAOS multicausal: Laringomalacia posterior; Hipertrofia turbinal; Hipertrofia cordones laterales faríngeos; Hipertrofia úvulopalatina severa.



Hipertrofia de mucosa aritenóidea y pliegues ariepiglóticos, edema laríngeo, hipertrofia de cordones faríngeos laterales.



Operación enero 2014: vaporización Láser CO2 (Swiftlaser 12 Watt) de mucosa supraglótica, respetando el cartílago subyacente para no provocar granulación.



Postoperatorio 8 días: menos ronquido y cese del colapso inspiratorio.



Comentario: luego del estudio del sueño (Polisomnografía) se le indicó el uso de CPAP a fin de evitar apneas. No se había efectuado examen endoscópico. En este caso, así como en el de epiglottomalacia del adulto (caso 66), la presión positiva está contraindicada pues determina una obstrucción mayor al prolapsar los tejidos blandos sobre la glotis impidiendo la ventilación. Se requiere, por lo tanto, efectuar **siempre** evaluación endoscópica en este tipo de patología, además del estudio funcional del sueño, debiendo considerarse complementarios para un diagnóstico completo.

Laringomalacia y paresia vocal del lactante

Caso 68 Niño

Edad: 1 año

Fecha: agosto de 2011 y junio 2015

Medicamentos: no

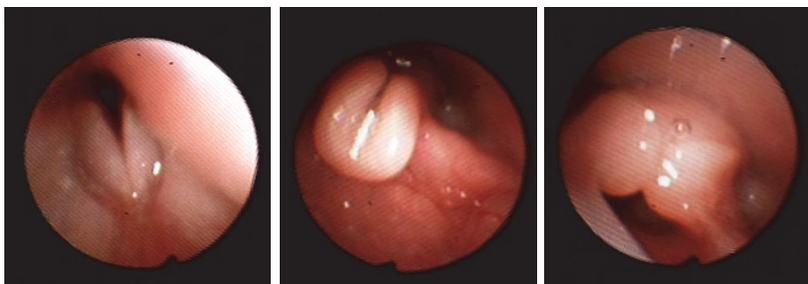
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia bajo anestesia general.

Antecedentes: presenta estridor laríngeo desde los tres meses de edad. Episodio de laringitis obstructiva en junio 2011 lo llevó a intubación por nueve días. Posteriormente llanto disfónico y estridor al agitarse. Sin cianosis con alimentación ni con llanto vigoroso. Buen desarrollo ponderoestatural.

Descripción: bajo anestesia general, laringe muestra conformación de epiglotis en omega, gran acortamiento de los pliegues aritenopiglóticos e importante edema de mucosa redundante de los aritenoides, lo que oculta el acceso hacia la glotis. Traspuesto el vestíbulo laríngeo se aprecian pliegues vocales con aspecto conservado, pero con edema de la cara subglótica. Subglotis y tráquea, hasta la carina, no muestran alteraciones. Durante la recuperación de la anestesia se observa la motilidad de los pliegues vocales, que impresiona disminuída, con menor excursión que lo normal.

Conclusión: Laringomalacia; Reflujo faringolaríngeo; Obs. paresia vocal bilateral.



Control junio de 2015. Cinco años de edad, sin nuevos episodios obstructivos, sólo presenta disnea de medianos esfuerzos.

Examen con óptica rígida 70° (4 mm) muestra persistencia de laringomalacia posterior, mucosa redundante de aritenoides y repliegues ariepiglóticos cortos. Epiglotis en omega más formada y abierta. Pliegues vocales con abducción limitada. Aducción completa con sonoridad vocal normal.



Comentario: laringomalacia con presentación inusual por inicio tardío de síntomas y evolución complicada, con obstrucción respiratoria gatillada por proceso inflamatorio. Este paciente no había sido evaluado endoscópicamente por lo que se desconocía la presencia del compromiso de motilidad de los pliegues vocales -bilateral y simétrico- el que parece ser previo a la intubación a sus diez meses, dado que tampoco se observaron lesiones secuelas postintubación. Cuatro años después ha evolucionado sin nuevos episodios obstructivos, pero manifiesta disnea con esfuerzos (actividad de ejercicio físico) aunque asintomático en reposo. Ha mantenido tratamiento con esomeprazol 10 mg/día. Se indicó evaluación por gastroenterólogo para establecer, mediante pHmetría, la eventual necesidad de mantener la medicación antirreflujo. Se aconsejó limitar actividad física escolar y recreativa, en especial durante virosis respiratorias. No parece aconsejable cirugía para manejar el componente de laringomalacia posterior, dado que la paresia vocal impresiona como predominante en la limitación ventilatoria. (5)

Laringomalacia infantil

Caso 69 Niño

Edad: 4 meses

Fecha: junio 1999

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia

Antecedentes: estridor laríngeo desde el segundo mes de vida; obstrucción moderada alta con infección respiratoria reciente.

Descripción: epiglotis en omega con borde libre grueso, aritenoides y repliegues aritenoepiglóticos engrosados y redundantes (edematosos) que se prolapsan sobre la glotis dificultando visualización de los pliegues vocales. Con llanto vigoroso se desplazan abriendo la glotis lo que permite divisar los pliegues.

Conclusión: Laringomalacia atípica; Reflujo gastroesofágico probable.



Epiglotis en Ω , pliegues gruesos y cortos, no se ve glotis.

Comentario: laringomalacia de presentación tardía, posiblemente asociada a reflujo del lactante. La decisión de intervenir quirúrgicamente la laringe para permeabilizar la vía aérea dependerá de cuadro clínico. Si la función respiratoria en reposo y llanto no provocan crisis de cianosis, si hay buen incremento ponderal, en ausencia de fenómenos de aspiración, sería posible observar al paciente en forma regular. Incluso, en casos en que la única manifestación es el estridor, puede no ser estrictamente necesario efectuar una nasolaringofibroscofia (laringoscopia), en espera de la mejoría y resolución espontánea que normalmente sobreviene alrededor de los 18 a 24 meses.

Lipoma de laringe

Caso 70 Hombre

Edad: 41 años

Fecha: octubre de 2010

Ocupación: minería

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

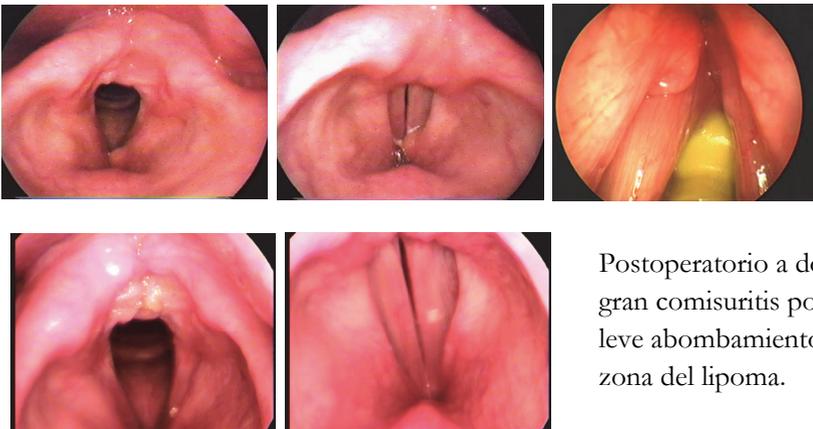
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: Asintomático de laringe y voz. Consulta por obstrucción nasal y respiración oral.

Descripción: laringe presenta lesión oblonga en la parte anterior de la banda ventricular izquierda y ventrículo de Morgagni, que cubre el tercio anterior del pliegue vocal. Motilidad de pliegues vocales conservada. Mucosa de comisura posterior engrosada con aspecto festoneado y áreas de hiperqueratosis.

Conclusión: Lesión tumoral laríngea en estudio; Laringitis por reflujo faringolaríngeo.



Postoperatorio a dos años, gran comisuritis posterior y leve abombamiento en la zona del lipoma.

Comentario: lesión hallazgo de examen. Operado de septoplastía, biopsia reveló lipoma, lesión muy rara en laringe (comparar con caso 143). Tratamiento de reflujo ha sido intermitente; puede requerir evaluación por gastroenterólogo para estudio y manejo de largo plazo.

Micromembrana laríngea

Caso 71 Niña

Edad: 10 años

Fecha: octubre de 2003

Ocupación: estudiante

Tabaco:

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Endoscopia rígida

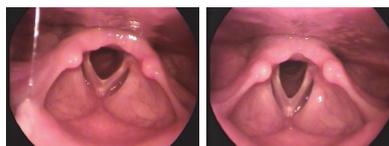
Antecedentes: Rinitis alérgica en tratamiento. Disfonía de larga data y cansancio fácil con actividad física.

Descripción: se aprecia laringe con pliegues vocales acortados y comisura anterior con aspecto intermedio entre V acortada y U. Secreciones grumosas se acumulan en esta zona pseudo-comisura anterior. En fonación se observa hiato con escape glótico posterior.

Conclusión: Diafragma (membrana) laríngeo (Estenosis glótica congénita leve).



Comentario: la micromembrana condiciona disfonía crónica con voz áspera, esfuerzo vocal habitual y cierto grado de disnea respiratoria ante grandes esfuerzos a causa de la reducción de hendidura glótica. No se operó. Se dedica al periodismo, manteniendo desempeño vocal algo limitado, pero suficiente.



Año 2015, marzo y sept. membrana sin cambios, edema de aritenoides variable, sin pirosis (sin brillo pared faríngea a derecha); virosis repetidas. Doce años de seguimiento.

Micronódulos vocales

Caso 72 Mujer

Edad: 46 años

Fecha: mayo de 2009

Ocupación: operadora telefónica

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

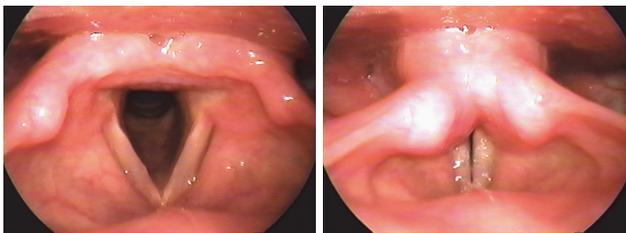
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: operadora telefónica. Presentó episodio de virosis respiratoria alta una semana antes con intensa disfonía, la que persiste dificultando su desempeño laboral.

Descripción: pliegues vocales presentan pequeño engrosamiento micronodular en el punto nodular (unión de tercio anterior y dos tercios posteriores de cuerdas). Adosamiento con leve hiato longitudinal. Discreto acortamiento anteroposterior fonatorio.

Conclusión: Micronódulos vocales (Esbozo nodular); Disfonía disfuncional con patrón de tensión muscular tipo III leve.



Brillo irregular en superficie de pliegues puede indicar edema parcelar post viral (aducción).

Comentario: ¿Cuál es la causa de estas lesiones: la exigencia vocal por sobre lo corriente o un 'déficit innato' de técnica vocal? La virosis reciente gatilla síntomas persistentes que ponen en evidencia una labilidad del equilibrio fonatorio de la paciente. Puede requerir instrucción de técnica vocal para evitar progreso de lesiones.

Micronódulos vocales, evolución a nódulos

Caso 73 Mujer

Edad: 19 años

Fecha: noviembre de 2009

Ocupación: estudiante educación física

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: adenoides 3 años, septoplastía y amigdalectomía 19 años

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: obstrucción nasal bilateral de larga data. Cierta limitación con actividad física intensa. Disfonía ocasional con esfuerzo vocal.

Descripción: pliegues vocales presentan lesiones micronodulares, sin otros hallazgos de patología. Pliegues ariepiglóticos cortos y aritenoides en posición anterior ocultan comisura posterior.

Conclusión: Micronódulos vocales; Patrón de tensión muscular tipo III.



Proyección anterior de aritenoides en respiración y fonación denota tensión muscular.



Marzo 2015, un año de trabajo, disfonía ocasional. Nódulos vocales en espina de rosa o 'kissing nodules'.



Agosto 2015, 18 meses de trabajo, disfonía progresiva. Nódulos vocales voluminosos y gran escape posterior.

Comentario: en el año 2009, siendo estudiante de pedagogía, es asintomática de la voz, salvo con abuso ocasional y laringe presenta micronódulos aislados, sin otros signos ni disfunción vocal. Al ejercer de educadora (2014) se gatilla hiperfunción apareciendo nódulos por sobreexigencia y tensión innata dificultando su desempeño laboral. En marzo de 2015 (25 años) las lesiones ‘micronodulares’ se hacen muy evidentes, acompañadas de fatiga vocal y síntomas de tensión cervical. En agosto 2015 sintomatología se intensifica y la endoscopia muestra nódulos con componente inflamatorio significativo y un hiato en reloj de arena con escape fonatorio importante, progresión tan sólo en cinco meses de actividad. Esta situación se podría calificar como la “Crónica de los Nódulos anunciados” pues se tenía evidencia de la disfunción vocal de la paciente desde su etapa universitaria. Al ingresar a la carrera de pedagogía se debería efectuar una evaluación objetiva de la capacidad vocal, para detectar a tiempo casos en riesgo de desarrollar patología. En forma óptima se debería realizar la prevención mediante educación de técnica vocal. Además se debe implementar amplificación en los recintos educacionales, máxime si se trata de docencia en espacios abiertos y con ruido ambiental, cual es el caso de la asignatura de Educación Física. Seguimiento a seis años muestra nódulos consolidados.

Micronódulos vocales y RFL

Caso 74 Mujer

Edad: 44 años

Fecha: mayo de 2004

Ocupación: eventos

Tabaco: 5 cig/ día

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de unos seis meses de evolución y cansancio vocal; ocasionalmente tos al alimentarse. Pirosis a veces. Rx EED mostró reflujo gastroesofágico en decúbito.

Descripción: pliegues vocales presentan pequeños engrosamientos de tipo micronodular en zona del punto nodular, con acúmulo de secreciones que aumenta esta impresión. En fonación se presenta hiato longitudinal de predominio posterior. La comisura posterior denota cierto engrosamiento blanquecino de la mucosa y leve edema retroaritenóideo.

Conclusión: Disfonía disfuncional con micronódulos; Tendencia a PTM tipo II; Reflujo faringolaríngeo.



Hiato posterior, edema mucosa de aritenoides y comisura interaritenóidea engrosada. Bandas se activan en fonación.

Comentario: escape fonatorio explica cansancio vocal. Compensación con actividad de bandas contribuye a voz agravada. En aducción hay mayor reflejo luminoso sobre las bandas ventriculares algo medializadas y prominentes. Terapia vocal y manejo ambiental pueden resolver esta sintomatología, junto con la instauración del tratamiento integral del reflujo.

Micronódulos vocales, terapia vocal exitosa

Caso 75 Mujer

Edad: 17 años

Fecha: septiembre 2011 y junio 2014

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

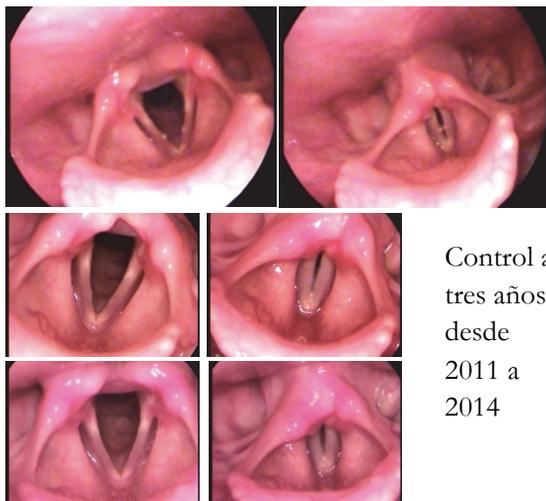
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía intermitente que se intensifica en los últimos meses. Cansancio vocal y fonalgia con mayor uso vocal. Sin síntomas de reflujo.

Descripción: lesiones de aspecto nodular en unión de tercio anterior y dos tercios posteriores de ambos pliegues vocales; hiato en reloj de arena. Sin patrón de tensión muscular evidente. Comisura posterior algo engrosada, leve congestión y edema de mucosa región aritenóidea.

Conclusión: Nódulos vocales.



Arriba 2011, centro 2012, abajo 2014. Control nueve meses de terapia vocal, mejor aspecto del borde libre, micronódulos y reducción del hiato; menor congestión del epitelio y más exposición de los ventrículos por menos edema. 2014: sin micronódulos. Resultado satisfactorio en paciente cantante aficionada.

Control a tres años, desde 2011 a 2014

Comentario: en este caso la reeducación vocal permite adquirir nuevos hábitos que logran regresión de lesiones anatómicas menores. Por un lado, gracias a un menor esfuerzo y trauma vocal pero también por el potencial efecto antiinflamatorio de ciertas técnicas vocales.

Nódulos vocales (1)

Caso 76 Mujer

Edad: 29 años

Fecha: septiembre de 2005

Ocupación: Ingeniero en construcción

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de toda la vida con agravamiento en relación a mayor uso vocal. Trabaja en ambiente con exposición a ruido (faenas de construcción). Molestias nasales de larga data. Scanner reciente de senos perinasales normal. IgE específica negativa.

Descripción: laringe presenta lesiones nodulares voluminosas y simétricas en punto nodular, que determinan hiato fonatorio posterior. Comisura posterior con mucosa pálida e irregular de aspecto engrosado. En fonación se produce adelantamiento de los aritenoides.

Conclusión: Nódulos vocales; Patrón de tensión muscular III; Comisuritis posterior (RFL).



Comentario: posible persistencia de lesiones desde la infancia. Nódulos vocales típicos (kissing nodules), resultantes de posible asociación de mala técnica mantenida y reflujo, junto al abuso vocal propio de trabajo en ambiente ruidoso que obliga a emisión con mayor intensidad.

Nódulos vocales (2)

Caso 77 Mujer

Edad: 31 años

Fecha: mayo de 2009

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

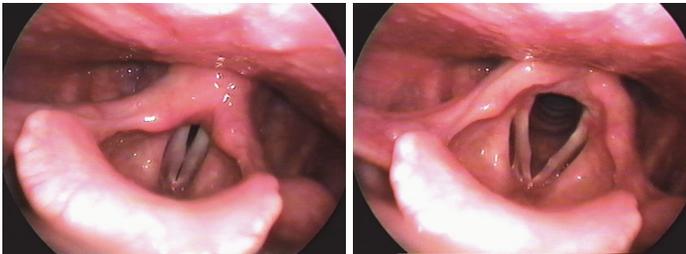
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: presenta disfonía de cinco meses de evolución. Posible rinitis alérgica y sinusitis crónica.

Descripción: laringe presenta formaciones nodulares con aspecto de ‘espina de rosa’ que, durante la fonación, ocasionan un hiato intercordanal de predominio posterior con significativo escape glótico. Motilidad de pliegues vocales (aducción y abducción) parece normal. Comisura posterior levemente irregular.

Conclusión: Nódulos vocales.



Ventrículos
visibles, sin
actividad de
bandas.

Comentario: paciente atiende público, con exigencia vocal estándar para esa labor. No presenta aspecto de tensión muscular, activación de bandas, ni es sintomática de reflujo. Tampoco presenta episodios de infección respiratoria baja. Se puede inferir que lesiones se deben en forma ‘pura’ al cotidiano abuso vocal laboral.

Nódulos vocales (3)

Csso 78 Mujer

Edad: 17 años

Fecha: septiembre de 2009

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

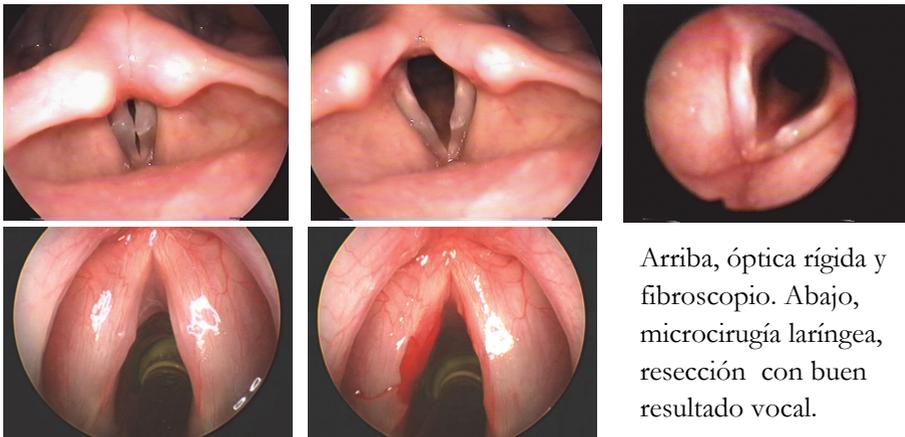
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data asociada a esfuerzo vocal. Rinitis alérgica en tratamiento con antihistamínicos.

Descripción: pliegues vocales presentan nódulos en zona media, que durante la fonación ocasionan hiato anterior y posterior (en reloj de arena) determinando importante escape fonatorio. Acortamiento anteroposterior fonatorio leve.

Conclusión: Nódulos vocales; Patrón de tensión muscular tipo III.



Arriba, óptica rígida y fibroscopio. Abajo, microcirugía laríngea, resección con buen resultado vocal.

Comentario: llama la atención edema de pliegues vocales observado en laringoscopia directa, a pesar de ausencia de signos de reflujo en evaluación diagnóstica. Único factor parece ser abuso vocal innato, sin mayor exigencia. Paciente con mala adherencia a terapia vocal, no logra mejoría, requiriendo cirugía.

Nódulos vocales infantiles (1)

Caso 79 Niño

Edad: 6 años

Fecha: noviembre de 2000

Ocupación: estudiante

Tabaco:

Medicamentos: no

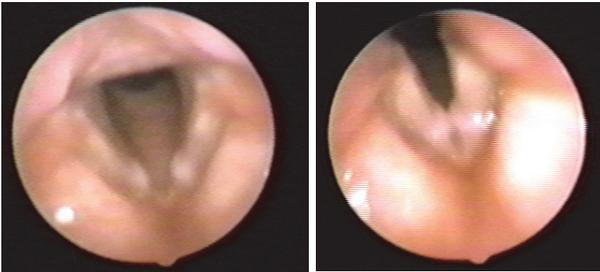
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: roncador nocturno, resfríos frecuentes, disfonía y posiblemente hipoacusia.

Descripción: rinofaringe muestra adenoides obstructivos y gran prominencia de amígdalas palatinas. Laringe: pliegues vocales presentan nódulos con componente inflamatorio, así como edema leve de la comisura posterior y la cara subglótica.

Conclusión: Nódulos vocales; Hiperplasia adenotonsilar; Reflujo faringolaríngeo



Leve edema subcordal, edema en ventrículos, a izquierda notorio por brillo. Hiato fonatorio acentuado. Imagen con nasofibroscofia.



Conducta de observación, habitual para niños. Terapia vocal de bajo rendimiento. Cirugía vocal es muy excepcional, a menos que disfonía sea invalidante. Abajo, hiperplasia tonsilar. Se indicó cirugía adenotonsilar.

Nódulos vocales infantiles (2)

Caso 80 Niño

Edad: 9 años

Fecha: octubre de 2006

Ocupación: estudiante

Medicamentos: no

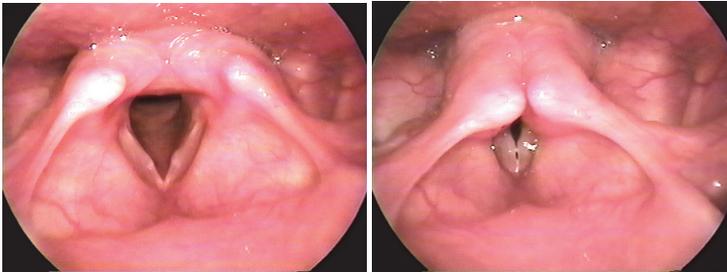
Cirugía: no

Técnica: endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de un mes de evolución, dolor cervical anterior. Rx EED normal; IgE específica negativa; audiometría e impedanciometría normales.

Descripción: pliegues vocales presentan aspecto edematoso, con formación nodular hacia tercio medio, que provoca hiato fonatorio posterior amplio. Motilidad cordal de aducción y abducción conservada. Comisura posterior de aspecto normal.

Conclusión: Nódulos vocales.



Comentario: aspecto típico de nódulos vocales en niño. Muchas veces asociados a hallazgos de reflujo faringolaríngeo, aunque en este caso no parece un factor claro. Conducta de abuso vocal revierte generalmente hacia la pubertad.

Nódulos vocales infantiles (3)

Caso 81 Niña

Edad: 6 años

Fecha: junio de 2008

Ocupación: escolar

Tabaco:

Medicamentos: no

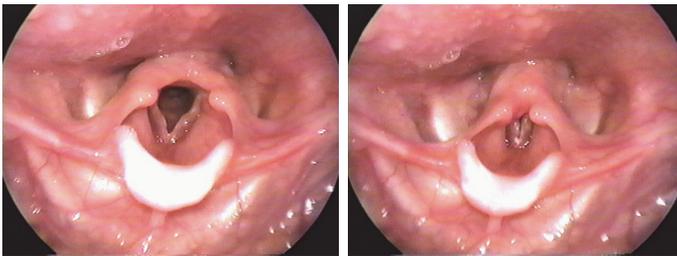
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga evolución, sin períodos de normalización fonatoria.

Descripción: laringe evidencia formaciones nodulares junto a congestión de la mucosa de los pliegues vocales. Durante la fonación se observa hiato posterior, con escape glótico. Comisura posterior sin particularidades.

Conclusión: Nódulos vocales.



Proporción glotis membranosa y cartilaginosa en niño, determina diferente aspecto y ubicación de nódulos.

Comentario: nódulos en niño es más bien ‘nudosidad’ localizada, pero con edema global del pliegue, a diferencia del ‘kissing nodule’ o imagen en espina de rosa del adulto. En este caso no hay signos concomitantes de reflujo.

Nódulos vocales infantiles (4)

Caso 82 Niña

Edad: 14 años

Fecha: septiembre de 2009

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

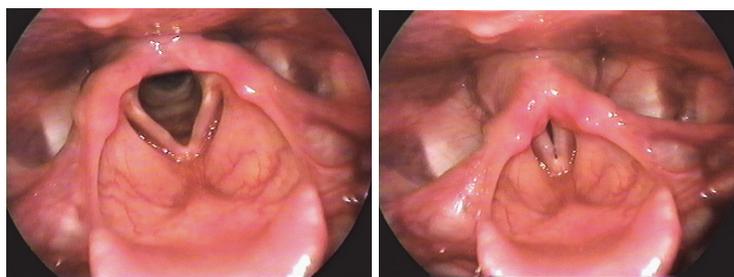
Cirugía: adenoamigdalectomía

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de largo tiempo de evolución, que se acentúa con actividad deportiva en el último período.

Descripción: pliegues vocales presentan tenue engrosamiento nodular sobre fondo congestivo, que determina en fonación un hiato intercordal posterior con escape fonatorio. Comisura posterior sin particularidades. Cavum faríngeo muestra cicatriz de adenoidectomía.

Conclusión: Nódulos vocales.



Nódulos vocales sin signos de reflujo concomitante, ni patrón de tensión muscular. Ventrículos bien visibles, en 'orejas de liebre'. Realiza terapia vocal con buenos resultados. Abajo, cicatriz de adenoidectomía.

Nódulos vocales infantiles y reflujo (1)

Caso 83 Niña

Edad: 12 años

Fecha: junio de 2009

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

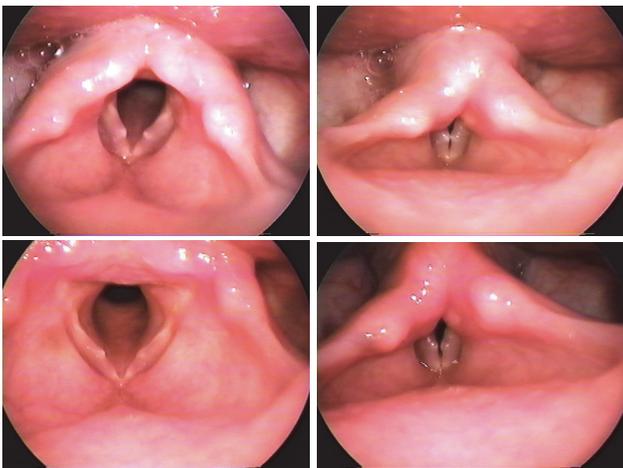
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data en especial asociada a esfuerzo y abuso vocal. Voz de base disfónica, sin períodos de normalidad.

Descripción: laringe muestra nódulos vocales que ocasionan hiato fonatorio con escape glótico. Se aprecia leve contracción anteroposterior de la glotis en fonación. Comisura posterior sin particularidades. Leve edema de cara subglótica de pliegues vocales, que se observa sólo en abducción máxima.

Conclusión: Nódulos vocales; Reflujo faringolaríngeo; Patrón de tensión muscular tipo III.



Control a cuatro meses deja ver edema subcordal, sin otros signos de reflujo. No adhiere a tratamiento. ¿Qué provoca disfonía: abuso vocal y nódulos o lesión estructural mínima no visualizada?

Comentario: lesiones pueden desaparecer espontáneamente luego de la pubertad por cambios en la dinámica vocal, maduración y percepción de autoimagen que conduce a un mayor cuidado general.

Nódulos vocales infantiles y reflujo (2)

Caso 84 Niño

Edad: 8 años

Fecha: noviembre de 2007

Ocupación: estudiante

Tabaco:

Medicamentos: no

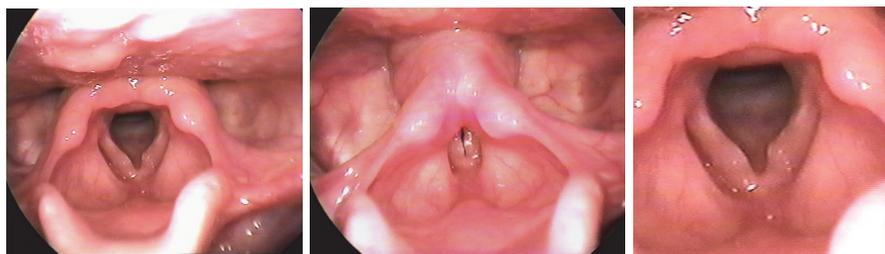
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data asociada a abuso vocal.

Descripción: pliegues vocales presentan engrosamiento nodular mayor a izquierda, que en fonación causa un hiato posterior con importante escape glótico. Edema moderado de zona aritenóidea y comisura posterior.

Conclusión: Nódulos de pliegues vocales; ¿Reflujo faringolaríngeo?



Edema de zona posterior. Comparar con casos 81 y 82.

Comentario: abuso vocal puede ser primario, por causas emocionales y de temperamento o bien tener origen en lesión mínima no detectada, como podría ser en este caso una pequeña micromembrana anterior que impone mayor esfuerzo a la generación vocal, lo que produce compensaciones y lesiones secundarias. Sulcus es otra causa frecuente no diagnosticada. Asimetría de lesiones puede deberse a quiste intracordal que se evidencia con la evolución. Posible reflujo faringolaríngeo asintomático, se puede tratar por un período de unos meses como prueba terapéutica.

Nódulos vocales infantiles y reflujo (3)

Caso 85 Niño

Edad: 13 años

Fecha: marzo de 2004

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: adenoides a los nueve años

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data y cansancio vocal fácil. Ocasionalmente pirosis. Rx EED mostró reflujo gastroesofágico importante, asociado a esofagitis.

Descripción: pliegues vocales edematosos, con engrosamiento de aspecto nodular voluminoso en zona media. La comisura posterior (poco visible) no muestra particularidades y los aritenoides denotan ligero edema apical. En fonación se produce una contracción anteroposterior de la glotis que impide apreciar hiato.

Conclusión: Nódulos vocales; Reflujo gastroesofágico; Patrón de tensión muscular III.



Comentario: nódulos vocales en posible transición con edema fusiforme, (siendo ambas lesiones exudativas de laringe. En presencia de RGE objetivado con Radiología, es interesante destacar escasez de signología laríngea de reflujo pese a evidencia de esofagitis.

Nódulos vocales infantiles y reflujo (4)

Caso 86 Niña

Edad: 9 años

Fecha: marzo de 2007

Ocupación: estudiante

Tabaco:

Medicamentos: no

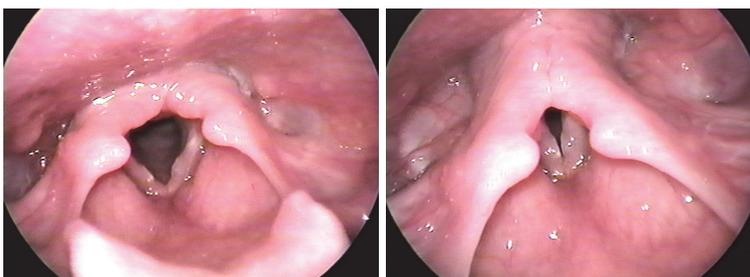
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía crónica en especial con abuso vocal intenso.

Descripción: pliegues vocales con nódulos que condicionan amplio hiato posterior en fonación. Aritenoides muestran edema redundante de la mucosa que se proyecta hacia ventral ocultando la comisura posterior. En fonación se observa desplazamiento anterior de los aritenoides.

Conclusión: Nódulos vocales; Laringitis por Reflujo.



Comentario: cuadro muy frecuente en niños en quienes se asocia uso vocal intenso repetido, con tendencia a la expresión emocional inmoderada y reflujo extraesofágico. En ellos se producen episodios de afonía que limitan la capacidad de expresión oral y de canto en el medio escolar, pero no respecto de lo social. Aunque a esta edad no suelen tener problemas de autoimagen por su voz, en ocasiones se gatilla bullying, o bien el deseo de utilizar la voz en actividades específicas (canto, teatro) pueden generar autoconciencia que facilita la reeducación vocal.

Nódulos vocales operados (1)

Caso 87 Mujer

Edad: 23 años

Fecha: diciembre de 2000

Ocupación: estudiante pedagogía

Tabaco: no

Medicamentos: no

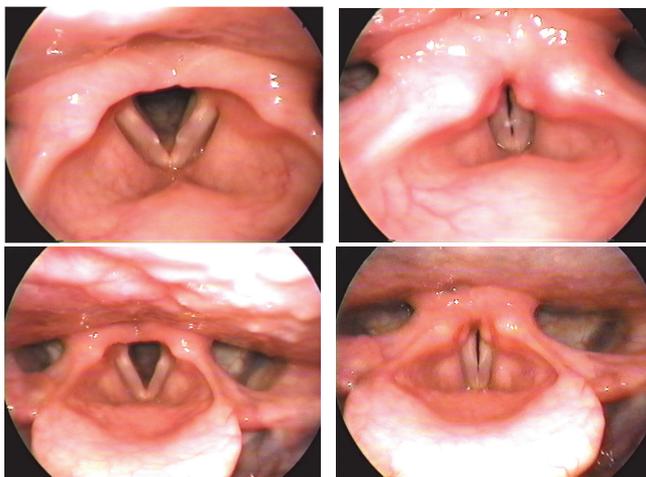
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: presenta disfonía de larga data en forma recurrente con empeoramiento asociado a abuso vocal. Respiración oral y obstrucción nasal frecuentes.

Descripción: lesiones nodulares, más voluminosa en borde libre del pliegue vocal izquierdo, que en fonación produce hiato. Edema subcordal, más notorio a izquierda. Moderado edema de mucosa de aritenoides apreciable en suaves estriaciones transversales.

Conclusión: Nódulos vocales; ¿Reflujo extraesofágico asintomático?



Arriba, nódulos en diciembre de 2000. Abajo control a cuatro meses de operada: bordes libres rectos, persiste hiato posterior. Falta terapia que corrija el vicio fonatorio de base.

Comentario: duda diagnóstica de quiste unilateral y lesión por contragolpe o nódulos asimétricos se resuelve en operación, ante falla de terapia fonoaudiológica. Luego de microcirugía de nódulos, evoluciona con pronta mejoría vocal, pero a los cuatro meses persiste hiato fonatorio con discomfort al esfuerzo. Terapia vocal es mandatoria pues la paciente aún no ejerce como profesora y es previsible reaparición de patología por mal uso.

Nódulos vocales operados (2)

Caso 88 Mujer

Edad: 22 años

Fecha: marzo de 2007

Ocupación: estudiante fonoaudiología

Tabaco: no

Medicamentos: no

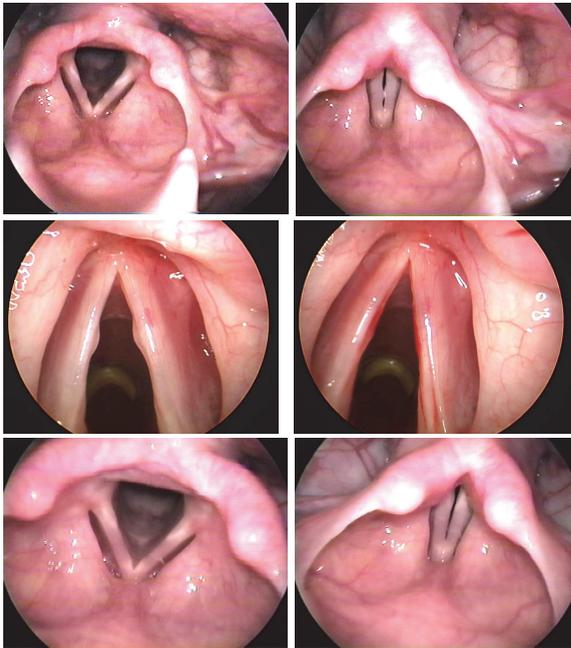
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data, cansancio vocal fácil.

Descripción: pliegues vocales presentan pequeños engrosamientos nodulares en punto nodular los que durante la fonación ocasionan un hiato intercordal.

Conclusión: Nódulos de pliegues vocales.



Nódulos vocales sin otras lesiones. Resección por microcirugía en marzo 2007. A las cuatro semanas, control muestra bordes libres rectos y adosamiento completo con hiato mínimo y mejoría vocal satisfactoria. Nótese el brillo sobre bandas, que indica activación y prominencia en sentido vertical para compensar hiato vocal.

Comentario: realizó terapia vocal en instancia docente-asistencial sin resolución. Se optó por cirugía frente a proximidad de inicio laboral.

Nódulos vocales en etapa fibrosa

Caso 89 Mujer

Fecha: junio de 2014

Tabaco: no

Cirugía: no

Edad: 37 años

Ocupación: Psicóloga

Medicamentos: no

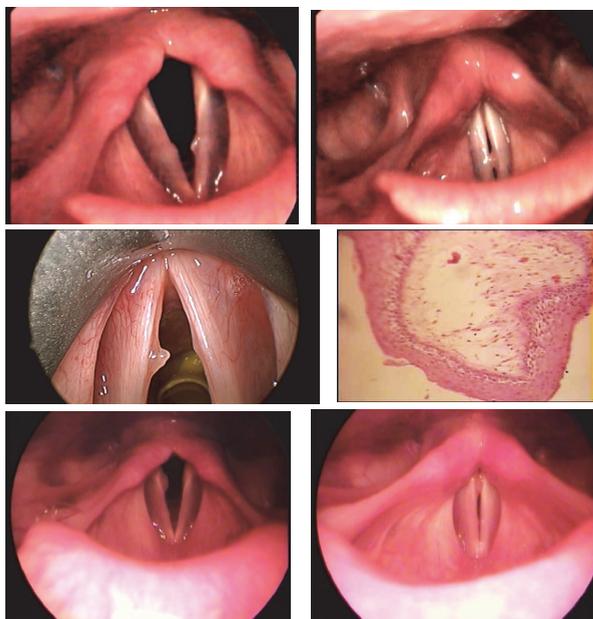
Técnica: Nasolaringofibroscoopia y endoscopia rígida.

Antecedentes: refiere disfonía de un año de evolución que se acentúa en las últimas semanas. Se le diagnosticó 'nódulos'. No efectuó tratamiento.

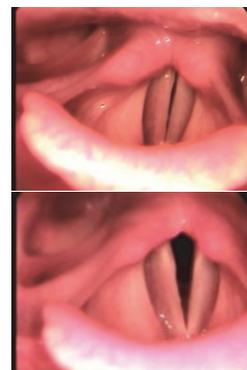
Descripción: estroboscopia laríngea muestra lesión del borde libre del pliegue izquierdo con aspecto nodular, muy prominente y engrosamiento correspondiente del pliegue vocal opuesto. Hiato fonatorio con escape anterior y posterior a la lesión. Motilidad de pliegues de aducción y abducción normal.

Conclusión: Nódulos de pliegues vocales.

Comentario: nódulos sin abuso vocal evidente. Presentó granuloma del proceso vocal derecho en postoperatorio, tratado con metilprednisolona por siete días. Aspecto y voz normales a los 21 días.



Histología demuestra nódulos en etapa fibrosa.



Nódulo vocal en etapa fibrinoide

Caso 90 Hombre

Edad: 42 años

Fecha: abril de 2013

Ocupación: oficina

Tabaco: 10 cig/día por 20 años

Medicamentos: no

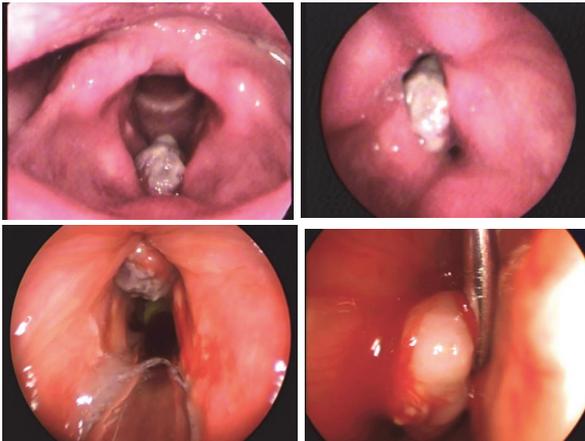
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía intensa y mantenida de varios meses de evolución. Tomó antibiótico durante dos semanas. Posible reflujo gastroesofágico. Un año antes fue estudiado endoscópicamente por obstrucción nasal, sin reportar lesión laríngea.

Descripción: laringe presenta lesión oblonga voluminosa con superficie fibrinosa, que ocupa la mitad anterior de la glotis, no pudiendo precisarse el sitio de implantación. Motilidad de pliegues vocales en aducción y abducción conservada. Leve edema de aritenoides. Durante la fonación no se visualizan los pliegues vocales, quedando ocultos por masa glótica.

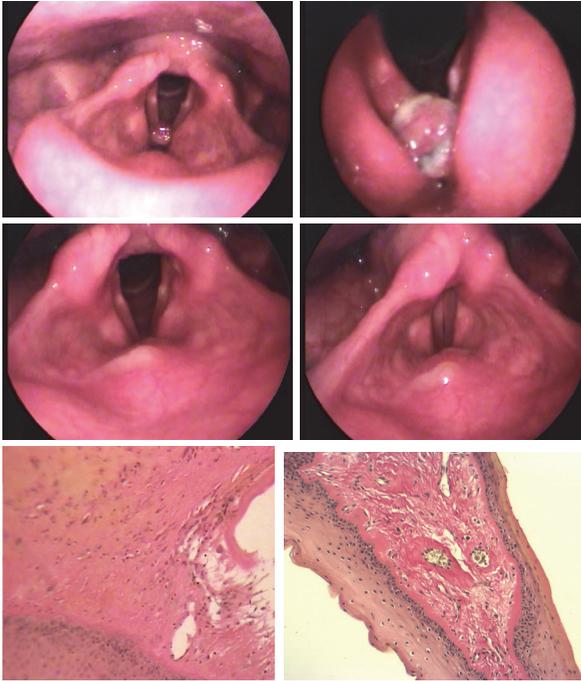
Conclusión: Lesión glótica en estudio ¿granuloma piogénico?



Nódulo vocal en etapa fibrinoide, con aspecto de granuloma piogénico.

Esomeprazol, prednisona y budesonida por 15 días, sin mejoría. Cirugía: Se implanta en la comisura anterior y subglotis lo que impide la resección completa, aún con ópticas de 0 y 70 °, en abril 2013.

Vista con ópticas de 0 y 70°, permite ver la porción del nódulo alojada en la subglotis.



Arriba: aspecto a los 7 y 30 días postop. Masa reaparece por residuo subglótico, requiriendo nueva microcirugía, con jet ventilation (junio 2013). Al medio: dos años después, ausencia de lesión laríngea. Abajo a la izquierda, histología nódulo fibrinoide del paciente y a derecha, comparación con nódulo en fase fibrosa de hombre de 23 años, tinción VG.

Comentario: este caso representa una excepción en la presentación de un nódulo por su aspecto, unilateralidad, ubicación (glotis anterior y subglotis) y comportamiento como una lesión neoplásica benigna. La dificultad en el acceso quirúrgico con los medios habituales requirió cirugía de revisión con jet ventilation. También llama la atención la falta de respuesta a corticoides orales e inhalatorios, asociados a inhibidor de bomba de protones que no indujeron mejoría antes ni después de la primera resección. Controlado a los cuatro meses se aprecia buen resultado, sin reaparición de lesiones laríngeas y en la visita a los dos años continúa libre de lesiones.

Nota Dr. Raúl González: en la práctica son lesiones benignas, por mal uso de la voz, que pueden simular otro tipo de lesiones más graves. Se describe: fases edematosa o fibrinoide, angiomatoides o varicosas, y fibrosas, hialinas o amiloideas (mal nombre, porque son rojo congo negativo). (9)

¿Papilomatosis laríngea? y parálisis vocal

Caso 91 Hombre

Edad: 75 años

Fecha: octubre de 2009

Ocupación: jubilado

Tabaco: ocasional

Medicamentos: Diabetes Mellitus, insulina

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: refiere disfonía antigua que se acentúa quince días antes. En estudio urológico por masa mediastínica y derrame pleural (Ca próstata).

Descripción: pliegues vocales muestran lesiones de aspecto papilomatoso aframbuesado e irregular, implantadas en zona de proceso vocal de aritenoides derecho y a lo largo del borde libre de ambos pliegues. El pliegue vocal izquierdo está en posición lateral con movilidad reducida, seno piriforme casi colapsado y laringe rotada a izquierda.

Conclusión: Papilomatosis laríngea (probable); Paresia vocal izquierda.

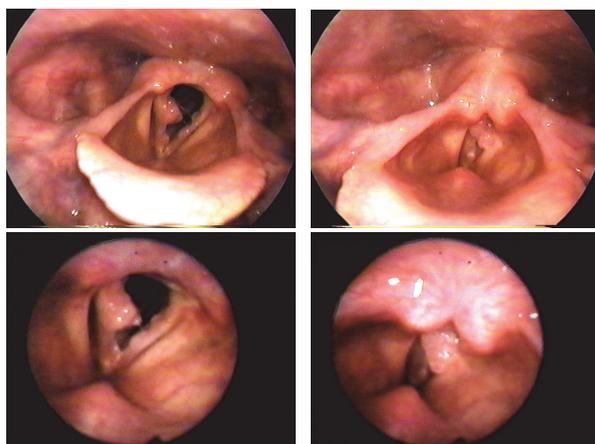


Imagen sugiere papiloma. No se tiene biopsia. Fotos arriba, óptica rígida 4 mm y abajo, fibra de 3,4 mm. Paresia vocal izquierda se compensa por masa del pliegue derecho y sobre- aducción de éste. Lesión del mediastino puede ser causa del compromiso recurrential reciente.

Comentario: disfonía crónica (papilomatosis) a la que se suma paresia vocal izquierda que puede ser causada por neoplasia metastásica de tumor urológico que lesiona nervio recurrente izquierdo.

Papilomatosis laríngea operada

Caso 92 Hombre

Edad: 54 años

Fecha: julio de 2004

Ocupación: arquitecto

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: papilomatosis laríngea (enero 1993)

Técnica: Endoscopía rígida.

Antecedentes: operado por papilomatosis laríngea masiva en el extranjero (dos veces) y reintervenido con microcirugía en enero de 1993. Desde el postoperatorio mediato logró importante mejoría vocal mantenida hasta la actualidad.

Descripción: pliegues vocales con aspecto cicatricial, bordes libres irregulares, con retracción del izquierdo, apreciándose áreas de engrosamiento rosado de la mucosa. Motilidad de aducción y abducción conservada. En fonación el adosamiento glótico es completo. Comisura posterior engrosada con coloración blanquecina, paquidérmica. En la comisura anterior parece haber sinequia mínima.

Conclusión: Postoperatorio antiguo de papilomatosis laríngea sin recurrencia; Comisuritis posterior por reflujo.



Comentario: operado en varias ocasiones previas presentando recurrencia. Voz algo raspada pero funcional para su trabajo en obras al exterior. No refiere síntomas de reflujo. Luego de once años permanece sin lesiones.

Parálisis laríngea recurrental no compensada

Caso 93 Mujer

Edad: 62 años

Fecha: octubre de 2000

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

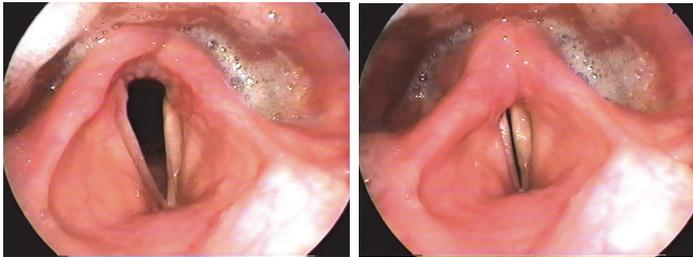
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: en estudio por parálisis del X y XII pares izquierdos de cinco meses de evolución.

Descripción: laringe muestra lago salival en seno piriforme izquierdo; parálisis de hemilaringe izquierda en posición medial parcialmente compensada por el pliegue opuesto, ya que durante la fonación se aprecia un hiato longitudinal con escape glótico moderado. Por vía oral se aprecia el trastorno de motilidad lingual a izquierda y se elicitó vivamente el reflejo faríngeo (IX° par indemne).

Conclusión: Parálisis laríngea izquierda; Parálisis hipoglosa izquierda.



En fonación,
banda derecha
activada.
Comisura
posterior
festoneada.

Comentario: paciente con trastorno neurológico, puede consultar inicialmente por disfonía y aspiración. Se debe reparar en la parálisis del X° y XII° pares. El IX° parece conservado (reflejo nauseoso). En este caso la parálisis laríngea es por lesión troncular del Nervio Vago en la base del cráneo y no por compromiso de su rama recurrente. Se desconoce evolución posterior así como causa primaria.

Parálisis laríngea recurrencial compensada

Caso 94 Mujer

Edad: 42 años

Fecha: mayo de 2004

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

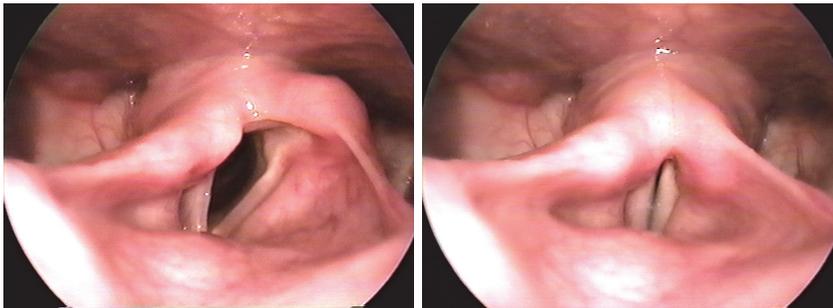
Cirugía: HNP cervical (dos veces)

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: agotamiento vocal fácil. Operada de hernia del núcleo pulposo cervical años antes, con lesión del nervio recurrente derecho compensada.

Descripción: laringe presenta pliegue vocal derecho en posición medial, acortado, borde libre algo cóncavo, con angulación del eje glótico hacia el lado opuesto sin signos de motilidad de aducción ni abducción. Aritenoides ipsilateral aparece adelantado en reposo y esa hemilaringe brilla más por encontrarse en posición más alta. En fonación la aducción del pliegue opuesto logra un adosamiento casi completo de la glotis con mínimo hiato longitudinal.

Conclusión: Parálisis laríngea derecha antigua compensada.



Comentario: parálisis laríngea motora compensada. Presenta fatiga con exigencia vocal por el escape fonatorio menor. Puede requerir terapia vocal para cierre del hiato. Fue operada de septoplastia y cornetes en 2004, sin complicaciones con la intubación. En año 2008 consultó por pirosis y espasmos laríngeos nocturnos por reflujo. Se indicó estudio por gastroenterólogo y lansoprazol. Nótese ausencia de lago salival.

Parálisis de nervios recurrentes post-tiroidectomía

Caso 95 Mujer

Edad: 47 años

Fecha: agosto de 2006

Ocupación: Religiosa

Tabaco: no

Medicamentos: calcio y levotiroxina

Cirugía: tiroidectomía (agosto de 2006)

Técnica: endoscopía rígida.

Antecedentes: tiroidectomía total seis días antes. En postoperatorio inmediato presentó dificultad respiratoria intensa siendo tratada con corticoides EV y nebulización con adrenalina racémica. Posteriormente nota disnea de esfuerzos medianos a pequeños, voz débil (hipofonía) y accesos de aspiración de líquidos.

Descripción: laringe muestra en respiración calmada pliegues vocales en posición paramediana, con glotis que casi no varía su dimensión de inspiración a espiración. El pliegue izquierdo muestra pequeño infiltrado equimótico hacia lateral (ventrículo). Hay retención salival en ambos senos piriformes, más visible a derecha.

Conclusión: Parálisis de nervios recurrentes posttiroidectomía.



Comentario: cirugía de tiroides y columna cervical son la primera causa de lesión del nervio recurrente. En este caso, siendo bilateral, origina disnea por glotis estrechada e hipofonía por hiato en fonación. La aspiración alimentaria se puede deber además a lesión del nervio laríngeo superior concomitante (sensibilidad). No requirió cirugía de permeabilización, manifestando recuperación parcial en las siguientes semanas.

Paresia vocal postquirúrgica (cirugía bariátrica)

Caso 96 Hombre

Edad: 47 años

Fecha: enero de 2009

Ocupación: Sacerdote

Tabaco: no

Medicamentos: generales

Cirugía: Bypass gástrico

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía y cansancio vocal especialmente con uso exigente en días de prédica. Baja de peso de 40 kg luego de cirugía bariátrica.

Descripción: pliegues vocales con borde libre excavado, entre la inserción en el proceso vocal del aritenoides y la comisura anterior, más pronunciado a derecha. Aritenoides izquierdo en posición anterior en inspiración. Durante la fonación se aprecia un hiato intercordal longitudinal con escape glótico significativo. Pliegue izquierdo en posición intermedia, con franca menor motilidad de abducción. Comisura posterior algo engrosada y leve edema de aritenoides.

Conclusión: Paresia del pliegue vocal izquierdo; Reflujo faringolaríngeo.



Comentario: paresia del pliegue izquierdo se puede deber a traumatismo del nervio recurrente, a nivel subglótico por la intubación (neuropraxia), en cuyo caso podría presentar recuperación en plazo de hasta doce meses. El aspecto atrófico e hipotónico de ambos pliegues vocales podría ser secundario a déficit nutricional, a causa del subsecuente trastorno de absorción causado por el Bypass gástrico.

Paresia vocal bilateral y voz de bandas (PTM II)

Caso 97 Hombre

Edad: 79 años

Fecha: junio de 2008

Ocupación: jubilado

Tabaco: cesó

Medicamentos: inhalador fenoterol/ipratropium

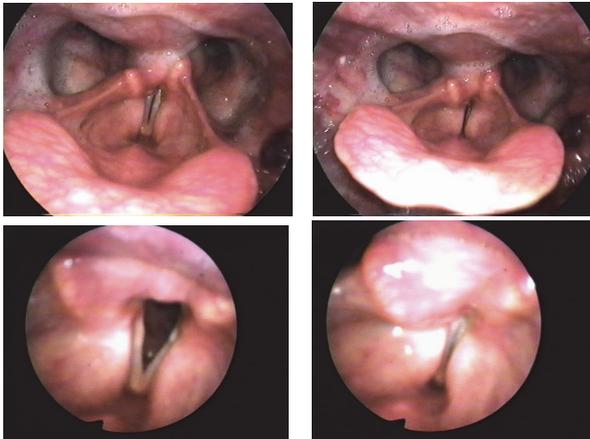
Cirugía: nefrectomía, Bypass aortocoronario antiguo

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: asmático, nefrectomía por tumor dos meses antes. Nota 'falta de aire', descarga posterior y rinorrea acuosa. Rx tórax normal.

Descripción: motilidad cordal disminuida bilateralmente, con excursión inspiratoria limitada más a derecha. En fonación hay adosamiento de pliegues vocales y también de bandas ventriculares, las que por momentos ocultan los pliegues produciendo fonación de bandas, característica de patrón de tensión muscular tipo II. Aritenoides derecho adelantado y borde libre algo cóncavo. En toda la zona hipofaríngea hay saliva espumosa adherida a las paredes y pequeño lago salival al fondo de los senos piriformes, mayor a derecha.

Conclusión: Paresia bilateral de nervios recurrentes, ¿laríngeo superior derecho?; Patrón de tensión muscular tipo II.



Paresia vocal en paciente respiratorio crónico luego de intubación. Arriba visión con óptica rígida y abajo con fibra flexible. Notoria activación de bandas en fonación y hiato longitudinal que parece más a expensas del pliegue derecho. Posible paresia del nervio laríngeo superior derecho (sensibilidad y músculo cricotiroidioideo).

Paresia vocal compensada (1)

Caso 98 Mujer

Edad: 53 años

Fecha: febrero de 2004

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: inhaladores asma, ocasional

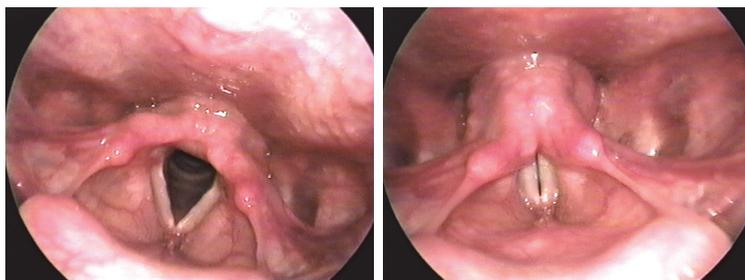
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía variable de larga data especialmente matinal. Rinitis alérgica y asma bronquial. Rx EED normal. Rx senos perinasales normal.

Descripción: pliegues vocales con aspecto normal. Motilidad de aducción y abducción conservada a derecha; excursión lateral del pliegue vocal izquierdo limitada ¿paresia antigua?. Laringe rotada hacia derecha, por predominio muscular, lo que determina visión más amplia del seno piriforme izquierdo. Banda izquierda algo prominente oculta el ventrículo (compensación). En fonación aritenoides derecho se medializa y adelanta modificando el eje glótico para lograr adosamiento vocal. Fino hiato longitudinal regular. Edema leve de zona retroaritenoides y del ápex de los aritenoides.

Conclusión: Disfonía asociada a paresia vocal izquierda antigua compensada.



Se puede confundir lado de la paresia según la posición del pliegue afectado en reposo.

Comentario: examen permite explicar disfonía 'sine materia'. Síntomas matinales se entienden por hipotonía fisiológica que acentúa el déficit.

Parálisis vocal compensada (2)

Caso 99 Mujer

Edad: 51 años

Fecha: abril de 2006

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: levotiroxina

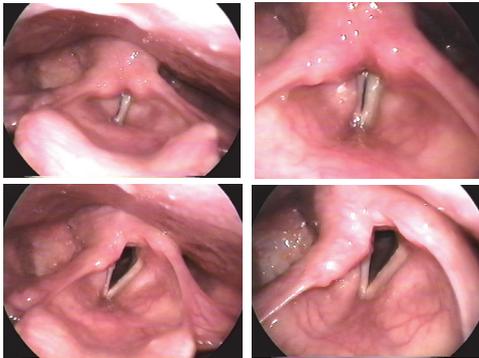
Cirugía: tiroidectomía

Técnica: endoscopia rígida

Antecedentes: operada de tiroides años antes resultando con lesión neurógena del pliegue vocal derecho actualmente compensada. Se queja de cansancio vocal vespertino, algia de región laríngea y cierto disconfort en la zona.

Descripción: pliegue vocal derecho en posición medial con apariencia más delgada, sin observarse motilidad de aducción ni abducción, oculto por banda ipsilateral hipertrofiada. En fonación se observa adosamiento de ambos pliegues en toda su extensión, por compensación del izquierdo. Medialización adicional de banda ventricular derecha en fonación.

Conclusión: Parálisis recurrential derecha compensada.



Se habla de parálisis del pliegue vocal, aunque se trata del efector muscular, siendo en realidad una lesión neural, del nervio laríngeo inferior o recurrente, rama del nervio vago, neumogástrico o X° par craneano que inerva todos los músculos intrínsecos excepto el cricotiroides (NLS).

Comentario: pliegue derecho ‘acortado’, eje laríngeo rotado a izquierda, seno piriforme derecho amplio e izquierdo contraído por la actividad muscular de esa hemilaringe. Mínimo hiato fonatorio residual, con buena vocalización.

Parálisis nervio recurrente parcialmente compensada (3)

Caso 100 Mujer

Edad: 51 años

Fecha: mayo de 2009

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: Ca mama

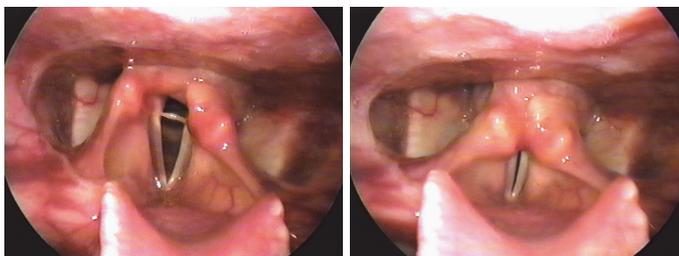
Cirugía: Ca mama (2002)

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: presenta parálisis de pliegue vocal izquierdo de seis meses de evolución, en curso de tratamiento por Ca de mama bilateral. En terapia vocal. Actualmente se trata recidiva cutánea con irradiación y quimioterapia.

Descripción: parálisis de pliegue vocal izquierdo en posición paramediana, sin lago salival en seno piriforme ipsilateral, aunque se aprecia pequeño brillo por residuo. En fonación se observa adosamiento satisfactorio de pliegues, gracias a compensación del pliegue derecho, con pequeño hiato longitudinal residual, causado por leve atrofia del izquierdo cuyo borde libre es cóncavo. Banda izquierda algo prominente, acortada y quizás en plano más alto.

Conclusión: Parálisis vocal izquierda compensada.



Pliegue del lado izquierdo 'corto' y cóncavo; seno piriforme casi no varía. El derecho cambia de tamaño y forma.

Comentario: opciones terapéuticas son terapia vocal y en caso de persistencia, inyección para medializar el pliegue y cerrar hiato. Posible efecto directo de radioterapia sobre nervio recurrente. Voz aceptable a cuatro meses de seguimiento.

Parálisis laríngea (congénita) compensada (4)

Caso 101 Mujer

Edad: 42 años

Fecha: mayo de 2008

Ocupación: Médico

Tabaco: no

Medicamentos: no

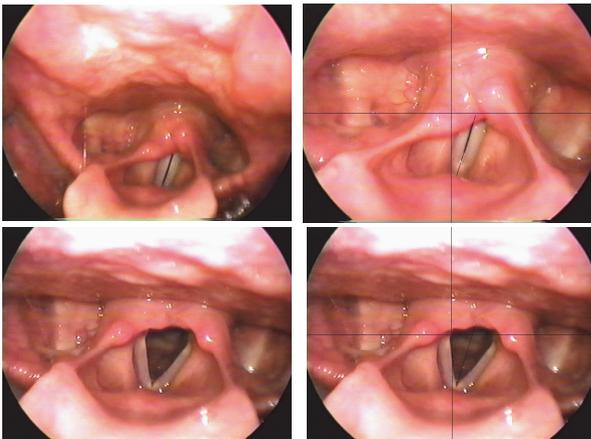
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga evolución (desde la niñez), sin asociación con infección respiratoria ni abuso vocal.

Descripción: el eje de la glotis, en respiración y fonación está rotado a la izquierda, observándose el seno piriforme derecho de mayor amplitud en fonación. El pliegue izquierdo tiene excursión lateral reducida, sin llegar a línea media, a diferencia del derecho que la sobrepasa. Durante la emisión fonatoria se produce un adosamiento de ambos pliegues con sobreaducción y adelantamiento del aritenoides derecho. Además se verifica un hiato longilíneo casi constante que se corrige de momentos. Pliegues vocales con aspecto anatómico conservado y borde libre recto. Notar aspecto de menor grosor del pliegue izquierdo en abducción, dado por proyección de banda ventricular ipsilateral.

Conclusión: Paresia laríngea izquierda congénita compensada.



Comentario: hiato fonatorio cambiante, eje glótico rotado a izquierda, senos piriformes asimétricos, sobreaducción del pliegue derecho. Ausencia de otras lesiones anatómicas que expliquen disfonía.

Parálisis laríngea compensada (5)

Caso 102 Hombre

Edad: 72 años

Fecha: diciembre de 2009

Ocupación: jubilado

Tabaco: no

Medicamentos: antihipertensivo

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: accidente vascular de tronco cerebral cuatro meses antes, quedando con importante dificultad deglutoria y disfonía. Actualmente en evaluación y tratamiento fonoaudiológico. Refiere disfonía variable persistente, con escasa proyección vocal.

Descripción: se observa pliegue vocal izquierdo inmóvil, en posición paramediana, acortado, con borde libre cóncavo. Durante la fonación adosamiento completo a expensas de pliegue vocal opuesto. Aducción marcada de banda ventricular derecha en forma intermitente. No se observa retención salival en senos piriformes.

Conclusión: Parálisis laríngea izquierda compensada, de origen central.



Comentario: parálisis de cuatro meses de evolución por compromiso central. Los síntomas de aspiración han cedido y la disfonía mejora por la compensación del pliegue vocal derecho y de la banda ventricular. El tratamiento fonoaudiológico es de primordial importancia en esta recuperación avanzada.

Parálisis laríngea de origen central

Caso 103 Mujer

Edad: 49 años

Fecha: octubre de 2003

Ocupación: Religiosa

Tabaco: no

Medicamentos: enalapril

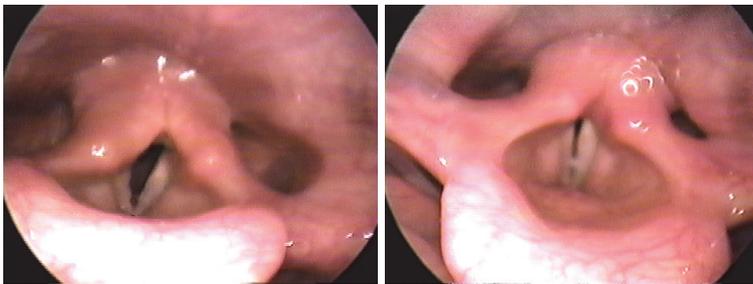
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: cerca de un mes antes inicia disfonía leve y cansancio vocal importante. Se agrega dificultad deglutoria, ocasional regurgitación nasal de líquidos. Singulto frecuente e intenso en último tiempo.

Descripción: por fosa nasal izquierda se observa movilidad velar algo reducida. En laringe destaca asimetría dada por parálisis de pliegue vocal derecho parcialmente compensada por pliegue izquierdo. Hiato fonatorio y esbozo nodular bilateral.

Conclusión: Parálisis laríngea derecha central, parcialmente compensada.



Comentario: poco tiempo después se diagnostica tumor de tronco cerebral, falleciendo por esa causa luego de un año. A diferencia de parálisis laríngea recurrential (periférica) hay elemento de origen central del X° par craneano como el singulto de precoz aparición, compromiso velopalatino con regurgitación nasal, motilidad faríngea, etc.

Paresia laríngea a frigore (1)

Caso 104 Hombre

Edad: 41 años

Fecha: junio de 2004

Ocupación: Cartero

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: intensa disfonía de diez días de evolución asociada a episodios de aspiración alimentaria. Tratado con antiinflamatorios sin mejoría de síntomas. Pocos días antes tuvo leve infección respiratoria.

Descripción: pliegue vocal izquierdo hipotónico, en posición lateral con aspecto curvo (quebrado) que muestra esfuerzo de aducción, dejando importante hiato fonatorio con escape glótico masivo por su concavidad. Los aritenoides muestran sobrecruzamiento (abrazo) con hiperfunción compensatoria. Comisura posterior paquidérmica.

Conclusión: Paresia laríngea aguda izquierda, post viral (nervio recurrente y NLS).



Comentario: hiato variable, posiblemente por lesión neural en evolución. Cabe plantear lesión del nervio recurrente y laríngeo superior (NLS) por fenómenos de aspiración alimentaria y gran pérdida de tonicidad del pliegue izquierdo (inactividad del músculo cricotiroides, tensor del pliegue). Caso poco frecuente, tratado con vitamina B y terapia vocal.

Paresia laríngea a frigore (2)

Caso 105 Hombre

Edad: 54 años

Fecha: junio de 2004

Ocupación: empresa combustibles

Tabaco: no

Medicamentos: no

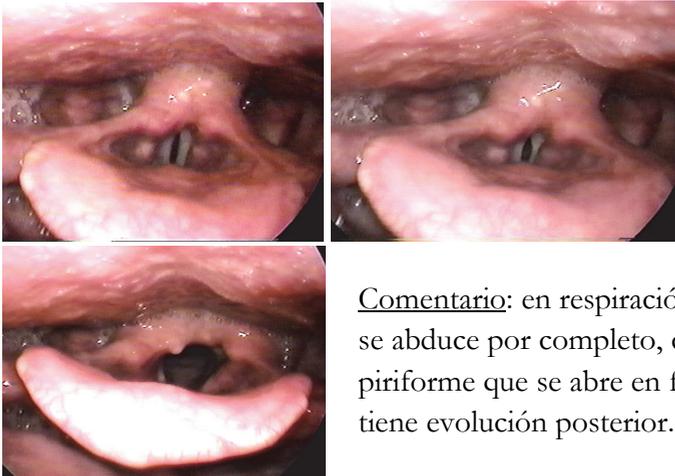
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de diez días de evolución asociada a tos improductiva y cansancio vocal. Pirosis ocasional.

Descripción: eje anteroposterior de la glotis rotado hacia izquierda. En fonación se observa amplio hiato fusiforme, variable, con intenso escape fonatorio. Pliegues vocales sin aspecto inflamatorio, con borde libre cóncavo. Movimientos de aducción y abducción de menor amplitud en pliegue derecho y excursión más amplia del izquierdo. Activación intermitente de banda ventricular izquierda. Secreción salival retenida hacia hemilaringe derecha.

Conclusión: Paresia a frigore laríngea derecha.



Laringe rotada a izquierda.
Hiato fonatorio variable.

Comentario: en respiración lado izquierdo se abduce por completo, cerrando el seno piriforme que se abre en fonación. No se tiene evolución posterior.

Parálisis laríngea no compensada

Caso 106 Mujer

Edad: 75 años

Fecha: mayo de 2007

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: insulina, hidralazina, propranolol

Cirugía: antigua

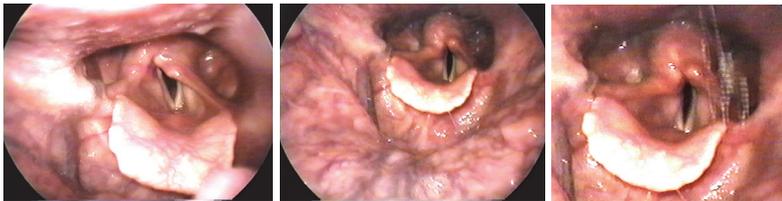
(cardiopatía hipertensiva).

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: paciente diabética y cardiópata con disfonía crónica y cansancio vocal de un año de evolución, posterior a 'laringitis'. Pirosis frecuente. Efectuó terapia vocal sin buen resultado. Rx de tórax mostró aorta elongada.

Descripción: laringe presenta parálisis del pliegue vocal izquierdo en posición medial, sin lograr compensación por el pliegue derecho. La banda ventricular derecha tiende a cerrar hiato con medialización, ocultando el pliegue de ese lado. Cuerda izquierda atrófica con borde cóncavo.

Conclusión: Parálisis recurrente izquierdo no compensada.



Comentario: laringe asimétrica por giro del eje glótico hacia el lado activo en respiración; la forma de los senos piriformes cambia en abducción y aducción. No se observan signos de reflujo. No hay causa esclarecida de parálisis al momento de la primera evaluación, siendo probablemente a frigore aunque la elongación aórtica puede tener un rol en la distensión del nervio recurrente izquierdo (así como ocurre en casos de dilatación de la aurícula izquierda en el síndrome de Örtner). En febrero de 2008 empeora su disfonía y aparece nódulo cervical izquierdo de 4 cm en zona del músculo esternocleidomastoideo. Ecotomografía y punción aspirativa con aguja fina (PAAF) mostraron Ca de tiroides. En agosto de

2010 había recibido dos veces terapia radiante con I 131, presentando aún disfonía y ocasionales bronquitis obstructivas que requirieron kinesioterapia respiratoria. Paciente requiere medialización del pliegue izquierdo, sea por inyección o por cirugía para resolver escape glótico y mejorar la calidad vocal. En parálisis vocal es imperativo buscar causa orgánica en todo el trayecto del nervio, desde la base del cráneo hasta el cuello y mediastino para lo que se debe realizar estudio de imágenes con scanner de cuello y tórax idealmente, o al menos ecotomografía cervical y Rx de tórax, permaneciendo a la expectativa de la posible aparición de otros signos de déficit neurológico incluso centrales.

Paresia laríngea de nervios inferior y superior

Caso 107 Mujer

Edad: 77 años

Fecha: agosto de 2006

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: famotidina, inhaladores asma

Cirugía: HNP lumbar

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: enfisema pulmonar leve. Un mes antes presentó disfonía luego de infección respiratoria alta. Episodios de 'ahogos' nocturnos y ocasionalmente aspiración de líquidos.

Descripción: pliegue vocal derecho presenta motilidad de abducción algo reducida y ligero acortamiento en respiración y fonación. La abducción del pliegue izquierdo muestra mayor excursión lateral creando aspecto de V asimétrica, con trazo derecho más vertical y seno piriforme más amplio. Durante la fonación se produce un hiato intercordal variable, a expensas de borde libre algo cóncavo alternante.

Conclusión: Paresia cordal derecha; Presbilaringe; ¿Compromiso del laríngeo superior?



Respiración,
glotis
asimétrica.
Hiato
longitudinal
en fonación.

Comentario: posible lesión viral con componente motor y sensitivo laríngeo (aspira líquidos sin gran hiato). Es necesario observar evolución para descartar otros diagnósticos subyacentes que justifiquen sintomatología con hallazgos mínimos. Se puede obtener mayor precisión del diagnóstico funcional mediante aplicación de pruebas terapéuticas específicas y resultado de terapia vocal.

Patrón de tensión muscular III-IV y reflujo faringolaríngeo

Caso 108 Mujer

Edad: 56 años

Fecha: enero de 2002

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: no

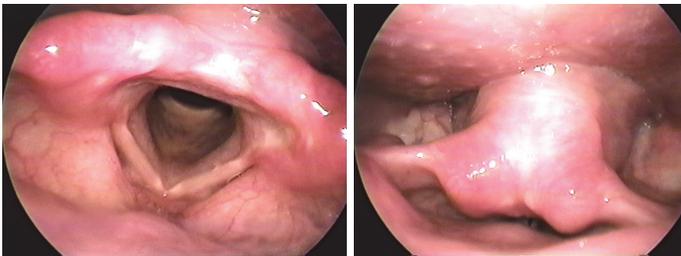
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: molestias faríngeas de seis meses de evolución y tos reciente matinal y a veces nocturna. Scanner de senos mostró velamiento etmoidofrontal izquierdo. Rinitis alérgica (polvo doméstico).

Descripción: laringe presenta leve congestión y edema del ápex y zona posterior de los aritenoides; pliegues vocales muestran importante edema de cara subglótica con aspecto de pseudosulcus. Comisura posterior levemente engrosada. En fonación se produce cierre supraglótico anteroposterior con ‘reverencia’ de los aritenoides que contactan epiglotis (PTM III-IV).

Conclusión: Patrón de tensión muscular tipo III-IV; Laringitis por reflujo faringolaríngeo.



Reverencia de los aritenoides en fonación oculta por completo la glotis.

Comentario: reflujo y descarga posterior por sinusitis crónica originan disconfort faríngeo y tos nocturna. Reflujo parece ser el elemento central de la irritación laríngea.

Patrón de tensión muscular (IV), nódulos vocales y RFL

Caso 109 Niño

Edad: 9 años

Fecha: junio de 2002

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

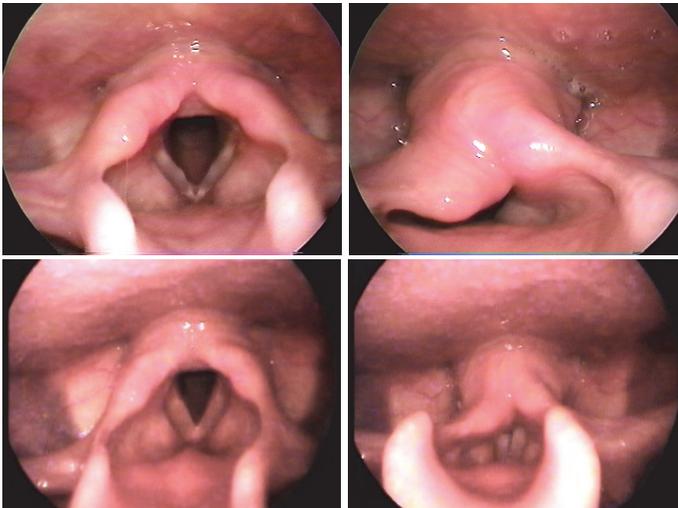
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: año 2002, disfonía asociada a abuso vocal episódico, carraspera y pirosis frecuente. Se controla diez años después previo a septoplastía, asintomático vocal.

Descripción: año 2002, laringe muestra patrón de tensión muscular tipo IV que oculta la glotis, impidiendo observar el adosamiento vocal. Pliegues presentan lesiones nodulares y comisura posterior está engrosada. Año 2012, asintomático de la voz. Se aprecia leve comportamiento de tensión muscular (aritenoides derecho se proyecta hacia adelante). Bordes libres rectos y comisura posterior sin particularidades.

Conclusión: Patrón de tensión muscular tipo IV; Nódulos vocales infantiles y reflujo faringolaríngeo (2002).



Abajo año 2012, 19 años. Involución espontánea de nódulos vocales y de signos de reflujo (2002). Mejoría de hiperfunción y tensión vocal, sin terapia de por medio. Seguimiento diez años.

Patrón de tensión muscular mixto

Caso 110 Mujer

Edad: 76 años

Fecha: agosto de 2009

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: vitaminas

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: odinofagia en estudio. Carraspera y pirosis ocasional.

Descripción: edema de los aritenoides que durante la fonación tienden a cerrar la supraglotis junto al adosamiento ocasional de las bandas ventriculares. Pliegues vocales con características y motilidad dentro de lo normal.

Conclusión: Laringitis posterior por reflujo faringolaríngeo; Patrón de tensión muscular mixto (II y III).



Comentario: reflujo faringolaríngeo (zona posterior) junto con esfuerzo vocal, que se traduce en tensión muscular, pueden explicar odinofagia. El prolapso anterior de la mucosa de los aritenoides oculta la comisura posterior.

Pólipo vocal (1)

Caso 111 Hombre

Edad: 39 años

Fecha: febrero de 1999

Ocupación: Sacerdote

Tabaco: no

Medicamentos: pantoprazol

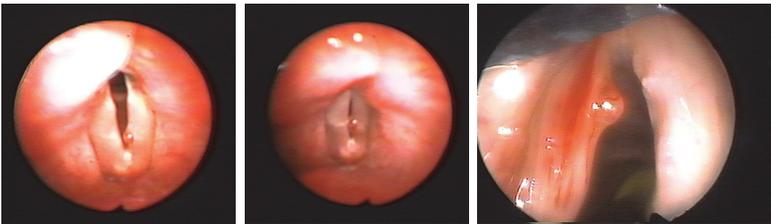
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de dos años de evolución, uso intensivo de la voz. Efectuó diez sesiones de reeducación vocal sin mejoría de síntomas. Rinitis en evaluación.

Descripción: pliegue vocal izquierdo presenta pólipo sésil de aspecto angiomatoso implantado en la zona de unión del 1/3 anterior con los 2/3 posteriores. La cuerda vocal derecha presenta sólo una mínima impronta en la zona correspondiente de su borde libre, pero realiza un movimiento de sobreaducción por delante del aritenoides izquierdo.

Conclusión: Pólipo vocal; Disfonía disfuncional.



Comentario: fotos de microcirugía muestran pólipo sésil e impronta con lesión por contragolpe. Resección produjo mejoría vocal, sin posterior reaparición de disfonía.

‘Predicador’ con uso vocal exigente por actividad docente y pastoral. Resolución quirúrgica indispensable en este caso.

Pólipo vocal (2)

Caso 112 Hombre

Edad: 36 años

Fecha: febrero de 2009

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

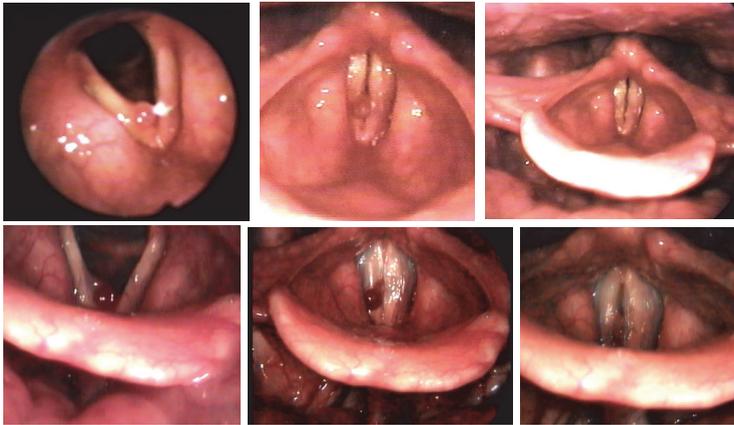
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: refiere disfonía persistente de tres meses de evolución que no parece asociada a infección respiratoria. Rinosinusitis poliposa.

Descripción: en laringe se aprecia formación polipoidea pediculada en el tercio anterior del pliegue vocal derecho, la que en ocasiones se oculta bajo la hendidura glótica.

Conclusión: Pólipo del pliegue vocal derecho.



Arriba izq.
fibroscofia;
der. óptica
4 mm.

Abajo año
2015, lesión
pediculada
persistente,
con óptica
de 8 mm.

Comentario: pólipo vocal con aspecto angiomatoso, que aparenta implantación sésil, pero migra entre supra e infraglotis lo que demuestra su carácter pediculado. El adosamiento de los bordes libres es casi completo de forma que la disfonía se debe al efecto de masa de la lesión sobre el pliegue derecho. En 2009, resección por laringoscopia directa no fue posible por dificultad en la exposición laríngea al tratarse de un paciente en extremo retrógnata. Se mantiene casi asintomático vocal, salvo ante virosis respiratorias. En 2015 pólipo algo más voluminoso.

Pólipo vocal (3)

Caso 113 Hombre

Edad: 53 años

Fecha: agosto de 2009

Ocupación: Médico

Tabaco: no

Medicamentos: no

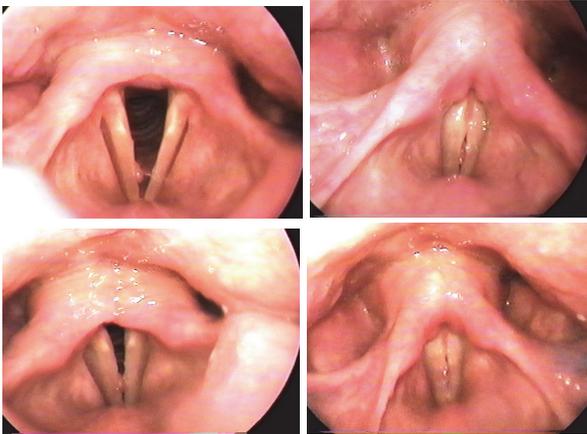
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de seis semanas, iniciada en el curso de infección respiratoria leve. Dicta clases desde hace tres meses. Tratado con corticoides orales y claritromicina presentó mejoría parcial. Severo estrés emocional prolongado asociado.

Descripción: pliegue vocal derecho presenta lesión de aspecto oblongo sobre borde libre de la unión del tercio anterior y medio. En fonación se produce un pequeño hiato anterior y posterior a la lesión. El pliegue izquierdo muestra lesión micronodular por contragolpe. Comisura posterior sin particularidades. Motilidad cordal de aducción y abducción conservadas.

Conclusión: Pólipo del pliegue vocal derecho.



Lesión de reciente aparición. Se intenta tratamiento con inhalador budesonida, esomeprazol y antiinflamatorio oral, sin lograr respuesta. Se indica resección quirúrgica, en caso de impedimento vocal para trabajar. No es obligatorio extirpar lesión, aunque hay casos con aspecto benigno que pueden resultar malignos, como el excepcional carcinosarcoma.

Abajo: Control luego de un mes de tratamiento, sin cambios apreciables.

'Pólipo' vocal (4)

Caso 114 Hombre

Edad: 28 años

Fecha: abril de 2011

Ocupación: Industria

Tabaco: 20 cig/día

Medicamentos: no

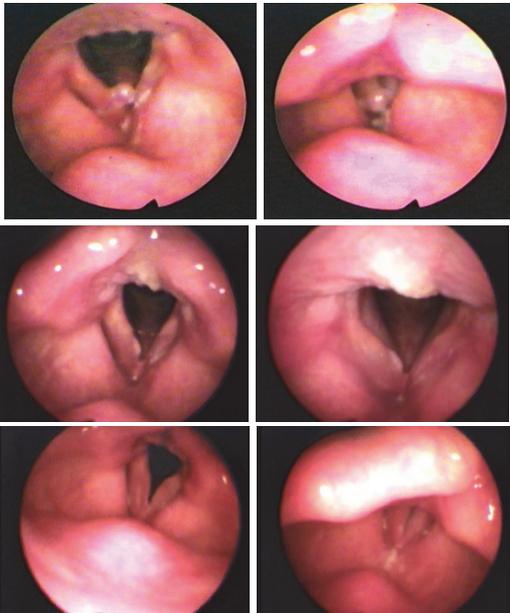
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

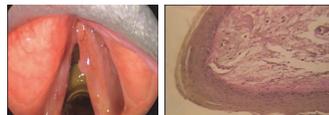
Antecedentes: disfonía de larga data. Obstrucción nasal. Tratado por RGE en infancia.

Descripción: laringe muestra lesión de tipo poliposo de aspecto perlado en tercio medio-anterior del pliegue vocal derecho con zonas de congestión de la mucosa adyacente. Banda ventricular izquierda prominente con actividad durante fonación. Comisura posterior festoneada de aspecto hiperqueratósico. Desviación septal obstructiva.

Conclusión: Pólipo de pliegue vocal derecho; Laringitis crónica (tabaco y reflujo faringolaríngeo).



Tres años y medio de observación, diciembre 2014: disfonía marcada. Congestión y edema de pliegues vocales y de cara subglótica. Comisura posterior paquidérmica. Pólipo simula placa ovoídea de color queratínico. Edema de ventrículos. Microcirugía: se reseca lesión del pliegue derecho y se infiltra corticoides en ambos.



Postop 14 días, mejoría de voz. Mantiene esomeprazol. Histología revela nódulo laríngeo en fase fibrosa, aspecto atípico para esta lesión.

'Pólipo' vocal y micromembrana anterior

Caso 115 Hombre

Edad: 27 años

Fecha: octubre de 2014

Ocupación: estudiante

Medicamentos: no

Tabaco: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: presenta hipoacusia bilateral congénita de 40 dB sin uso de audífono. Refiere disfonía de cinco semanas de evolución, no asociada a virosis respiratoria ni abuso vocal. No relata pirosis.

Descripción: lesión de aspecto poliposo con implantación sésil en pliegue vocal derecho, que provoca importante hiato en fonación. Aducción compensatoria de bandas. Congestión difusa moderada de pliegues vocales y edema de cara subglótica. Por debajo de la comisura anterior se observa pequeña micromembrana que oscila con el flujo respiratorio. Comisura posterior sin particularidades. Motilidad de aducción y abducción conservada.

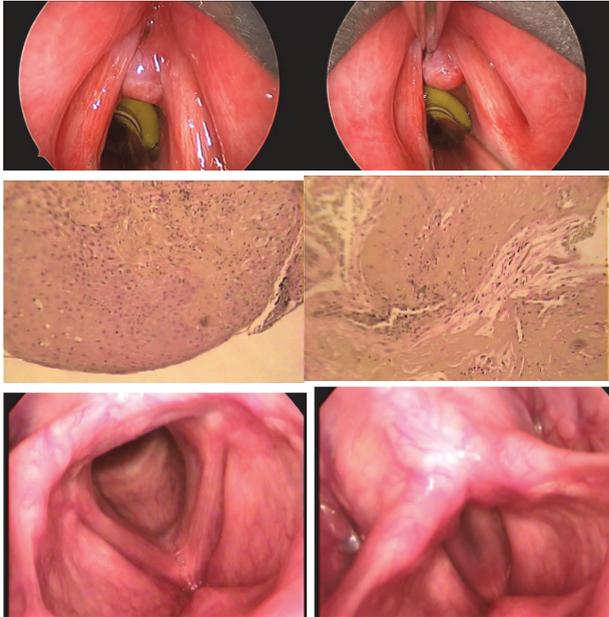
Conclusión: 'Pólipo' vocal; Laringitis por reflujo faringolaríngeo; Micromembrana anterior.



Comentario: lesión fibrinosa inserta en subglotis, progresa en cinco semanas provocando limitación vocal severa.

Sin historia de disfonía hasta un mes antes y sin claro factor que gatille trastorno vocal. Reflujo silente junto con micromembrana y una retroalimentación auditiva deficiente, parecen factores predisponentes para la aparición de lesión exudativa, al agregarse un proceso viral de menor magnitud y uso vocal sin restricción.

Se efectúa resección por microcirugía laríngea, comprobando inserción sésil en borde libre y hacia la cara subglótica del pliegue vocal derecho. Se inyectó corticoides en submucosa (betametasona acción rápida y depósito).



Aspecto microcirugía. Histología muestra **nódulo en fase fibrinoide**. Control a los 19 días postop: voz normal, mejoría de adosamiento de bordes libres, menos inflamación de pliegues. Bandas sin activación. Se mantiene omeprazol.



Comentario: llama la atención la disparidad entre el aspecto de lesión descrita como pólipo vocal y la histología que revela nódulo en una fase de inflamación específica, más aún siendo unilateral y a veces en ubicación infrecuente. Los ‘típicos’ nódulos simétricos en la unión de tercio anterior y medio, con aspecto de espina de rosa difieren además por el carácter de abuso vocal crónico a diferencia del pólipo, con origen ligado a abuso vocal agudo en tejido inflamatorio. Esta disquisición no es tanto histopatológica, sino que guarda importancia por la presentación clínica con antecedente de abuso vocal crónico en usuarios profesionales (profesor, cantante con nódulo típico) versus episodio puntual de abuso en tejido inflamatorio que puede causar sufusión y posterior organización de pólipo, como parece ocurrir en este caso. Es entonces que conviene hacer ‘calzar’ la historia clínica, el aspecto de la laringoscopia y el rendimiento de las pruebas terapéuticas para programar el mejor plan de terapia vocal posible para cada caso en particular. Ver caso 90.

Pólipo vocal operado

Caso 116 Mujer

Edad: 42 años

Fecha: julio de 2007

Ocupación: casa

Tabaco: escaso

Medicamentos: no

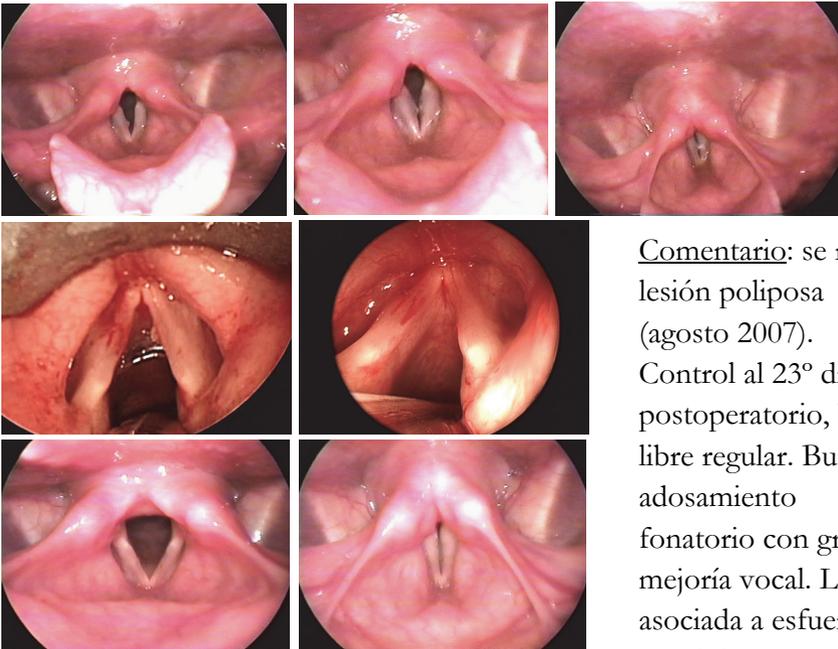
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data, especialmente en relación al inicio de clases de canto.

Descripción: laringe presenta lesión de aspecto queratínico del borde libre en el tercio medio del pliegue vocal derecho, que produce hiato fonatorio y acumula secreción mucosa.

Conclusión: Lesión del pliegue vocal derecho; Obs. Pólipo vocal.



Comentario: se reseca lesión poliposa (agosto 2007). Control al 23° día de postoperatorio, borde libre regular. Buen adosamiento fonatorio con gran mejoría vocal. Lesión asociada a esfuerzo vocal de canto.

Pólipo Laríngeo

Caso 117 Hombre

Edad: 28 años

Fecha: octubre de 2002

Ocupación: ventas

Tabaco: no

Medicamentos: no

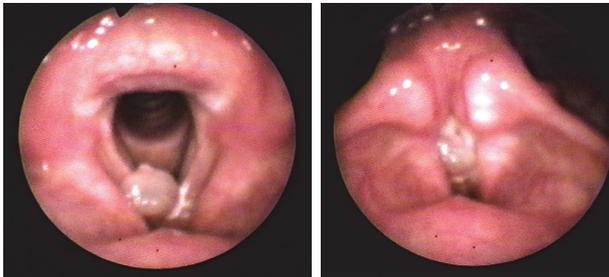
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data sin otros síntomas.

Descripción: se observa masa de aspecto polipoideo de coloración parduzca, sobre tercio anterior del repliegue vocal derecho. Motilidad cordal de aducción y abducción se aprecia normal. Edema de cara subglótica de pliegues. Comisura posterior con relieve irregular y aspecto de leve hiperqueratosis.

Conclusión: Lesión poliposa del pliegue vocal; Comisuritis posterior.



Bandas activas durante fonación. Se efectuó resección por microcirugía sin molestias posteriores.

Comentario: paciente habituado a voz áspera, lo apodan “El Padrino”. Su esposa lo insta a consultar. El término comisuritis posterior tiende a designar aspecto inusual de la coloración (blanquecina como hiperqueratosis), edema o textura irregular, presumiblemente asociado a reflujo faringolaríngeo, en ausencia de otros signos o lesiones laríngeas atribuibles al ácido gástrico. Belafsky en su clasificación de laringitis por reflujo puntúa este signo.

Pólipo laríngeo gigante (degeneración poliposa)

Caso 118 Mujer

Edad: 56 años

Fecha: julio de 1999

Ocupación: dueña de casa

Tabaco: 10 cig/día desde los 12 años

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia

Antecedentes: disfonía de larga data que empeora en los últimos meses llegando a la afonía; disnea en decúbito dorsal y disminución de su capacidad funcional respiratoria. Dolor en zona laríngea. Tabaquismo crónico. Rx de tórax normal.

Descripción: pliegue vocal izquierdo muestra lesión de aspecto poliposo sésil, implantada a lo largo de todo el borde libre y cara superior, que en inspiración se oculta en la subglotis, pasando a la supraglotis con el soplo espiratorio y ocupando más del 90 % del área glótica en ese momento. Pliegue derecho con mucosa congestiva y edematosa. Comisura posterior engrosada. Motilidad de pliegues parece conservada.

Conclusión: Pólipo vocal gigante; Edema de Reinke.



Lesión basculante
entre supraglotis y
subglotis.

Comentario: paciente fue atendida en varias ocasiones en servicios de urgencia por falsas crisis asmáticas. El aspecto de hiperqueratosis observado en comisura posterior, así como en parte del borde libre del pliegue derecho, se deben a roce traumático repetitivo por lesión voluminosa. Se desconoce evolución posterior.

¿Pólipo laríngeo, granuloma o nódulo fibrinoide?

Caso 119 Hombre

Edad: 31 años

Fecha: marzo de 2010

Ocupación: Chofer

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de doce años de evolución con empeoramiento de calidad vocal en el último año y episodios agudos de obstrucción respiratoria y afonía. Expectoración hemoptoica matinal regularmente.

Descripción: laringe presenta masa de aspecto polipoideo heterogéneo con áreas fibrinosas y ulceradas, localizada en la zona anterior de la glotis (sin poder precisar punto de implantación) que oculta pliegues vocales durante la fonación y llena por completo el espacio glótico contactándose lateralmente con las bandas ventriculares. Voz raspada y sucia que con el esfuerzo vocal ocasiona espasmo glótico. En inspiración se aprecia el tercio posterior de pliegues vocales con edema congestivo. Motilidad de pliegues vocales parece conservada. Comisura posterior difícil de observar.

Conclusión: Lesión glótica antigua compatible con pólipo vocal gigante, granuloma piogénico o nódulo vocal amiloideo o fibrinoide.



Lesión que pese a su gran volumen no reviste aspecto neoplásico.

Comentario: lesión recuerda la del caso N° 90, informado como nódulo en etapa fibrinoide. Lamentablemente no disponemos de seguimiento del paciente.

Pólipo vocal o quiste queratínico

Caso 120 Niña

Edad: 11 años

Fecha: junio y agosto de 2003

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: cetirizina y budesonida

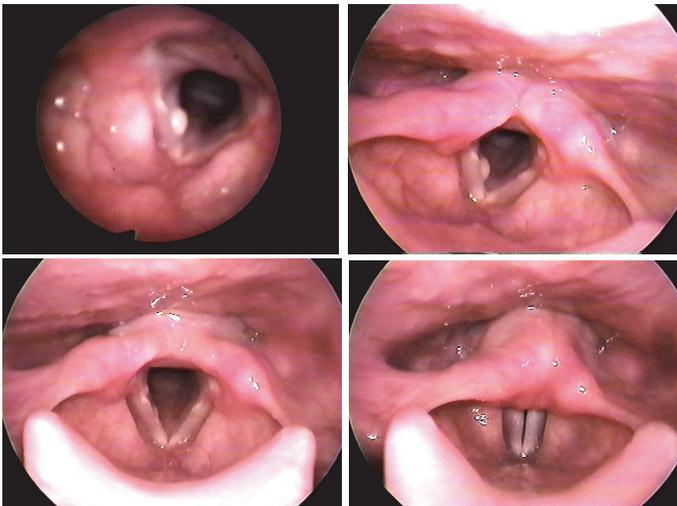
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: obstrucción nasal persistente de larga data y disfonía de un año de evolución que se acentuó en los últimos meses, con repercusión en ámbito escolar.

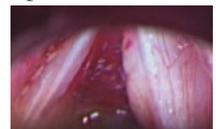
Descripción: laringe muestra lesión solevantada sésil, de color blanquecino, implantada sobre tercio medio del borde libre de pliegue vocal derecho, que deja hiato en fonación. Edema subcordal marcado. Se realizó microcirugía laríngea y vaporización de cornetes inferiores por importante hipertrofia obstructiva. Control al mes, laringe muestra pliegue derecho con cicatrización avanzada en zona de exéresis de quiste y buen adosamiento vocal en fonación.

Conclusión: Quiste de pliegue vocal derecho.



Comentario:

biopsia sólo informó tejido inflamatorio inespecífico. Arriba, óptica flexible y rígida y abajo aspecto postoperatorio e imagen intraoperatoria.



Pólipo vocal y granuloma

Caso 121 Hombre

Edad: 26 años

Fecha: julio de 2004

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: melatonina

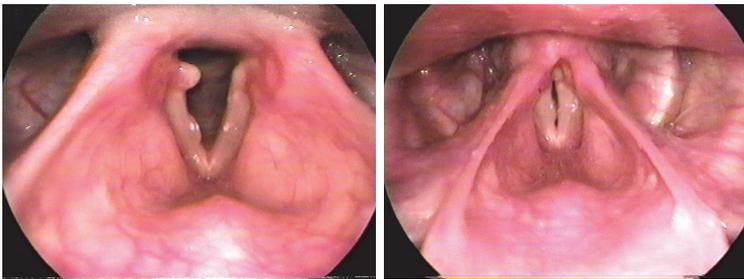
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: hipersomnolia en tratamiento. Usa plano de relajación y melatonina para regular sueño. Enviado en interconsulta por hiperplasia tonsilar obstructiva. No refiere síntomas vocales.

Descripción: por vía oral se aprecian tonsilas palatinas hiperplásicas, especialmente hacia el polo inferior. Edema de la úvula. Laringe: en pliegue vocal derecho se observa lesión de tipo poliposo (obs. puente mucoso) hacia el tercio medio del borde libre, que origina defecto en el adosamiento vocal. Además hay lesión de tipo granuloma en proceso vocal derecho.

Conclusión: Granuloma de laringe y pólipo de pliegue vocal derecho;



Comentario: paciente adaptado a voz rasposa y sin síntomas de reflujo. Lesiones son hallazgo, pero se opera del pólipo (y amígdalas), mejorando su calidad vocal. Tratamiento antirreflujo a largo plazo, aún en ausencia de otros signos de RFL.

Pólipo vocal agudo, lesiones exudativas

Caso 122 Hombre

Edad: 33 años

Fecha: noviembre de 2003

Ocupación: Sacerdote

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de más de cuatro semanas de evolución luego de resfrío. Pirosis ocasional. Predica varias veces por semana y efectúa animación de grupos con imitación de voces y actividad actuarial.

Descripción: sobre el tercio anterior del pliegue vocal izquierdo se observa lesión de aspecto poliposo que sobresale del borde libre y determina un hiato posterior. Moderada congestión perilesional. El pliegue derecho presenta lesión tipo nódulo por contragolpe. Leve engrosamiento de la comisura posterior y edema de cara subglótica. Mucus nasal purulento.

Conclusión: Laringitis multicausal; Pólipo vocal izquierdo; Abuso vocal crónico; Reflujo faringolaríngeo.



Comentario: arriba izquierda fibra de 3,4 mm (edema subcordal), y al medio óptica 70°, 4 mm (pólipo). Derecha, control al 7° día de tratamiento (budesonida, omeprazol, naproxeno y claritromicina) y reposo vocal: menos congestión y edema pliegues.



Control 28 días: ausencia de lesión poliposa del pliegue izquierdo y nodulación a derecha; solamente hiato fonatorio oval, más a expensas del lado derecho (omeprazol, budesonida y reposo vocal mantenidos).

Comentario: tratamiento en base a reposo vocal estricto, omeprazol y budesonida inhalatoria. Se puede apreciar evolución de lesiones laríngeas exudativas en paciente previamente asintomático. Sacerdote con uso vocal intenso, quien además realiza imitaciones vocales ‘amateur’ junto con mimos en dinámicas para jóvenes. El factor gatillante puede ser virosis respiratoria alta que junto al reflujo faringolaríngeo y abuso vocal previos, determinaron lesiones inflamatorias que involucraron con las medidas terapéuticas prescritas. El elemento de hipotonía puede tener relación con el largo período de reposo vocal, no pudiendo descartarse lesión del nervio laríngeo superior post viral, dado el aspecto de hiato oval (menor actividad del músculo cricotiroideo). Posteriormente efectuó terapia vocal para corrección de vicios fonatorios previos y defectos de tensión muscular secundarios. Presentó evolución favorable a largo plazo.

Presbilaringe

Caso 123 Mujer

Edad: 75 años

Fecha: octubre de 2013

Ocupación: casa

Tabaco: cesó a los 40 años

Medicamentos: cardiológicos

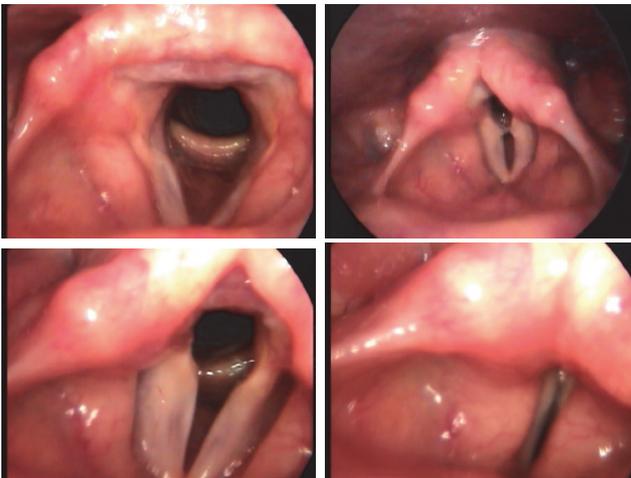
Cirugía: laringe, tonsilectomía, derivación ventrículooperitoneal

Técnica: Nasolaringofibroscopía y endoscopia rígida.

Antecedentes: nota progresiva disminución de potencia vocal, disfonía e hipofonía de larga data. Operada de 'pólipos' vocales a los 40 años.

Descripción: con estroboscopia la onda mucosa no manifiesta alteración focal, apreciándose hipotonía de pliegues en especial el izquierdo, con aparición de hiato longitudinal principalmente a expensas de éste. Compensación por medialización de bandas ventriculares en forma variable. Engrosamiento de la comisura posterior con aspecto paquidérmico y leve edema subcordal. Motilidad de aducción y abducción de pliegues conservada.

Conclusión: Presbilaringe; Voz de bandas compensatoria; Reflujo faringolaríngeo.



Pliegue izquierdo excavado por hipotonía; hiato variable que se compensa por bandas.

No es descartable parálisis del nervio laríngeo superior izquierdo.

Presbilaringe y voz de bandas, comisuritis posterior

Caso 124 Hombre

Edad: 80 años

Fecha: abril de 2006

Ocupación: dentista retirado

Tabaco: no

Medicamentos: esomeprazol

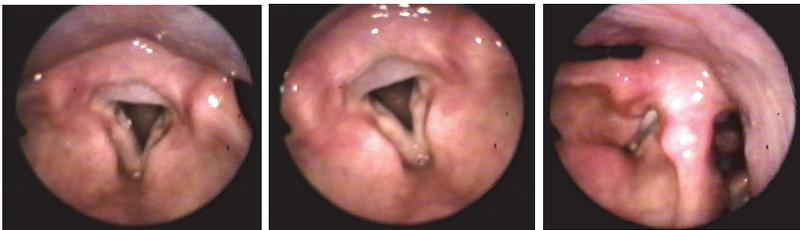
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida

Antecedentes: en tratamiento de erradicación de *Helicobacter Pylori*. Tos y carraspera de larga data, ocasionalmente odinofagia. Voz de escasa proyección.

Descripción: pliegues vocales con leve edema hacia cara subglótica; el izquierdo es menos visible por prominencia de banda ventricular. Durante la fonación se observa aproximación de ambas bandas (tendencia a PTM tipo II). La comisura posterior presenta mucosa con engrosamiento paquidérmico, acumulación de secreciones y edema de zona retroaritenóidea. Motilidad de aducción y abducción dentro de lo normal.

Conclusión: Presbifonía; Patrón de tensión muscular tipo II; Comisuritis posterior por reflujo faringolaríngeo.



Comentario: sin síntomas vocales primarios. Hipoacusia moderada a severa secundaria a exposición a ruido ocupacional (turbina dental).

Proceso vocal prominente, PTM tipo II

Caso 125 Hombre

Edad: 49 años

Fecha: mayo de 2004

Ocupación: Minería

Tabaco: no

Medicamentos: no

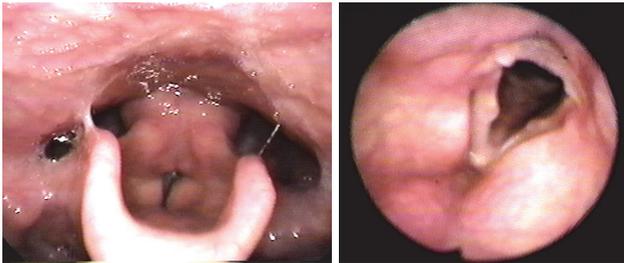
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: ronquido y pirosis ocasional. Cefalea frecuente asociada a rinorrea variable. Scanner de senos perinasales mostró sinusitis etmoidal.

Descripción: laringe con importante engrosamiento festoneado de la mucosa de la comisura posterior de aspecto hiperqueratósico. Procesos vocales hacen prominencia hacia el borde libre del pliegue vocal, siendo muy notorio a derecha. Edema de cara posterior de los aritenoides. En fonación se aprecia aducción importante de ambas bandas ventriculares.

Conclusión: Laringitis posterior por RFL; Disfonía disfuncional tipo II (voz de bandas).



Bandas ventriculares prominentes, en respiración reflejan luz. Comisura posterior engrosada en escalón.

Comentario: destacar los procesos vocales prominentes, a veces erróneamente denominados ‘nódulos posteriores’. En contexto de trastorno músculo-tensional, es posible un desequilibrio de la acción muscular con predominio del cricoaritenóideo lateral por sobre el posterior. Otra posibilidad es una atrofia del músculo del pliegue vocal (sin causa conocida) que ocasiona borde libre cóncavo, estimulando actividad compensatoria de bandas. Curiosamente el paciente no refiere disfonía ni incomodidad vocal. Se trató con omeprazol.

Puente mucoso (1)

Caso 126 Mujer

Edad: 35 años

Fecha: mayo de 2000

Ocupación: Enfermera

Tabaco: no

Medicamentos: no

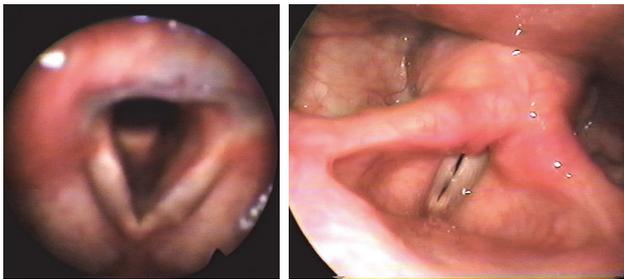
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: obstrucción nasal, ronquido nocturno, respiración oral. Disfonía con uso vocal intenso y 'voz cansada'.

Descripción: laringe presenta en borde libre de cuerda vocal derecha un engrosamiento de mucosa polipoidea sésil que provoca hiato fonatorio posterior y anterior a él. Aspecto paquidérmico de la comisura posterior sugerente de reflujo faringolaríngeo y congestión de los aritenoides.

Conclusión: Posible puente mucoso pliegue vocal; Comisuritis posterior.



Fibra óptica 3,4 mm no muestra detalle del borde libre; óptica de 4 mm revela lesión.

Comentario: comisuritis posterior y posible puente mucoso del borde libre del pliegue vocal derecho, por tratarse de lesión unilateral. Disfonía más sintomática en períodos en que hace instrucción a estudiantes. Se mantiene en observación dado que su voz es funcional para el desempeño habitual. Lo anterior enfatiza la importancia de atenderse a los deseos y necesidades del paciente, pese a observar 'anormalidad' o 'patología', que no siendo de carácter maligno no requiere obligadamente exploración bajo anestesia general. De interés estroboscopia.

Puente mucoso (2)

Caso 127 Hombre

Edad: 29 años

Fecha: julio de 2009

Ocupación: empresa eléctrica

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: refiere disfonía variable de varios meses de evolución, que se acentuó en el último período. Dicta dos clases semanales de 90 minutos cada una.

Descripción: borde libre del pliegue derecho muestra zona sobresaliente en área del punto nodular que se contacta con el pliegue opuesto cuyo borde libre es liso, pero con mucosa adyacente congestiva. En el adosamiento vocal se produce un significativo hiato posterior, lo que determina importante escape fonatorio. Ocasionalmente se produce un acentuado acortamiento anteroposterior fonatorio. La comisura posterior presenta discreto engrosamiento de mucosa.

Conclusión: Posible puente mucoso o sulcus vocalis derecho; Patrón de tensión muscular tipo IV.



Comentario: lesión del borde libre del pliegue derecho, posible puente mucoso que altera vibración y adosamiento de pliegues vocales. Esfuerzo vocal se traduce en patrón de tensión muscular variable, que ‘retuerce’ la supraglotis ocultando la glotis en fonación. Al solicitar técnica de ‘humming’ se logra visualizar mejor los pliegues en extensión.

Puente mucoso, Granulomas laríngeos, Laringitis crónica RFL

Caso 128 Hombre

Edad: 51 años

Fecha: septiembre de 2011

Ocupación: maquinaria pesada

Tabaco: no

Medicamentos: esomeprazol

Cirugía: tiroides 1998

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía antigua que se acentuó en el último período. Trabaja en ambiente ruidoso. Hace doce años hizo terapia fonoaudiológica. Se efectuó erradicación de Helicobacter Pylori. RGE en tratamiento.

Descripción: laringe presenta engrosamiento de comisura posterior y granulomas de aritenoides bilaterales con marcada inflamación de ambos pliegues vocales y edema subcordal. Edema de aritenoides. Motilidad de aducción y abducción conservadas. Ocasionalmente activa bandas ventriculares en fonación.

Conclusión: Laringitis por reflujo faringolaríngeo: granulomas de aritenoides.

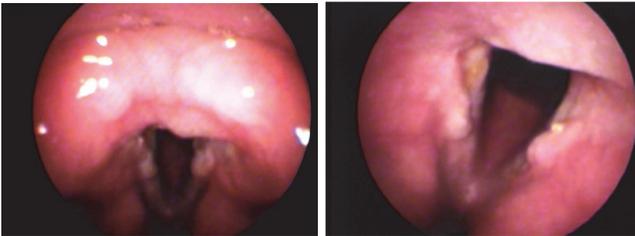


Comentario: voz de bandas compensatoria puede estar relacionada con necesidad de aumentar la intensidad vocal en su trabajo, con contaminación acústica importante (maquinaria pesada). Tratamiento prolongado para RGE no ha sido eficaz para prevenir lesiones de laringe. Puede plantearse opción quirúrgica para control del reflujo.

Julio de 2014 Disfonía de larga evolución (16 años) que se acentúa hace unos meses luego de virosis respiratoria. Pirosis marcada. Tratado por esofagitis en 2011 junto con erradicación de HP.

Laringe (óptica rígida y flexible) muestra pliegues vocales con desdoblamiento por edema fibrinoso que confluye en ulceración-granuloma de proceso vocal. Comisura posterior engrosada e hiperqueratósica así como edema de los aritenoides. Edema que oculta el ventrículo laríngeo. En fonación se observa contracción AP y aproximación de las bandas ventriculares (PTM III-II). Por vía oral se aprecia tonsilas palatinas crípticas y úvula elongada.

Conclusión: Laringitis crónica difusa; Reflujo gastroesofágico; Patrón de tensión muscular mixto.



Granulomas en aritenoides, comisura posterior gruesa y edema posterior.

Control septiembre 2014. Esomeprazol un mes, budesonida y prednisona diez días. Voz normal. Sin medicación por cuatro semanas. Medidas de higiene dietaria (cesó café y alcohol de alta graduación).

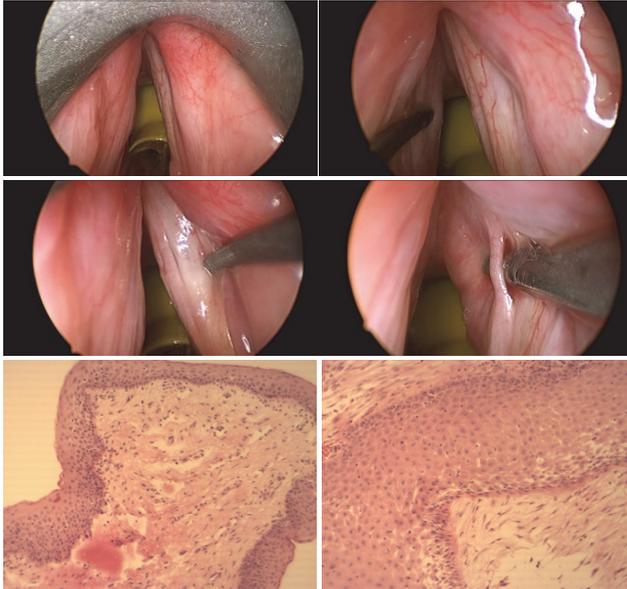
Laringoscopia 70 ° muestra pliegues vocales con aspecto casi normal, residuos mínimos de granulomas del proceso vocal y edema subcordal, así como comisuritis posterior. Sin edema de aritenoides.



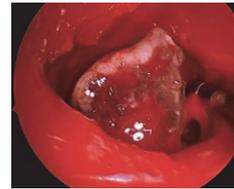
Mejoría general de lesiones de los pliegues y comisura junto con voz menos áspera.

Comentario: llama la atención disfonía persistente por años que muestra importante mejoría asociada al tratamiento de laringitis con esomeprazol 80 mg/día por un mes y budesonida, junto con prednisona diez días y cambio de dieta. Se opera por sinusitis crónica, encontrando Bola de Hongos en seno maxilar y se practica Laringoscopia Directa diagnóstica para determinar posible

existencia de lesión estructural mínima de base. En la exploración se encontró puente mucoso en pliegue vocal derecho, granuloma de aritenoides derecho (biopsia) e hipertrofia de banda ventricular que oculta el pliegue vocal izquierdo. Lo anterior resalta la importancia del diagnóstico preciso en casos que no se resuelven con las medidas utilizadas, sean medicamentosas, dietarias, ambientales y de terapia vocal, como ocurrió con este paciente.



Banda izquierda oculta el pliegue. Puente mucoso se evidencia al evertir el borde libre del pliegue derecho descubriendo el hojal de la mucosa. Se infiltra corticoides.



Biopsias: a izquierda laringitis crónica inespecífica; al centro, sinusitis crónica por mucor y a derecha bola de hongos (fungus ball) de mucor.



Control laringe: muestra a las siete semanas, pequeño hiato pliegue izquierdo, onda mucosa presente y menos signos de reflujo.

Voz social y laboralmente funcional, aunque con timbre áspero. No se seccionó puente mucoso para no crear mayor defecto del adosamiento. Cesó pirois y carraspera con terapia mantenida de esomeprazol, así como al cesar descarga de sinusitis fúngica irritativa. Septolastía mejoró ventilación nasal (trabaja a 3.800 msnm).

Quiste mucoso antiguo del pliegue vocal

Caso 129 Mujer

Edad: 68 años

Fecha: mayo de 2007

Ocupación: profesora retirada

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: endoscopia rígida.

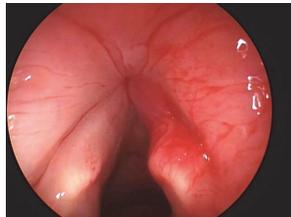
Antecedentes: profesora jubilada a los 59 años, luego de 30 años de ejercicio. Presenta disfonía en aumento desde hace 17 años. Hizo terapia fonoaudiológica sin mejoría.

Descripción: laringe presenta gran lesión de tipo quístico, redondeada de coloración anaranjada, con implantación sésil en borde libre y cara superior del pliegue vocal derecho, ocultando la glotis en fonación, sin afectar el adosamiento vocal en forma tan relevante. Parece extenderse desde el tercio medio hasta el proceso vocal. En respiración, se observa engrosamiento de la mucosa de la comisura posterior en rodete.

Conclusión: Lesión quística del pliegue vocal derecho; Comisuritis posterior.



Operación junio 2007.
Abajo, postoperatorio
dos meses, buen
adosamiento vocal y
mejoría de voz.



Comentario: lesión no relacionada con uso vocal profesional. Pliegue izquierdo presentaba cierta atrofia por contragolpe que se compensó adecuadamente en forma espontánea. El derecho 'rellenó' el defecto de la implantación en forma natural. Lesión 'descansaba' sobre el pliegue actuando por masa, causando poco impedimento de cierre.

Quiste pliegue vocal y lesión por contragolpe

Caso 130 Mujer

Edad: 43 años

Fecha: junio de 2005

Ocupación: administrativa

Tabaco: no

Medicamentos: no

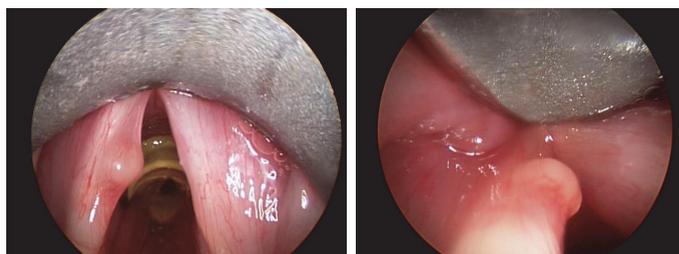
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscoipía y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de un año de evolución. Efectuó 29 sesiones de terapia vocal sin mejoría de la voz. Nasofibroscoipía en tres ocasiones mostró 'nódulos de cuerdas vocales' (no se entregó informe). Pirosis frecuente. Participó en canto coral entre los 15 y los 30 años.

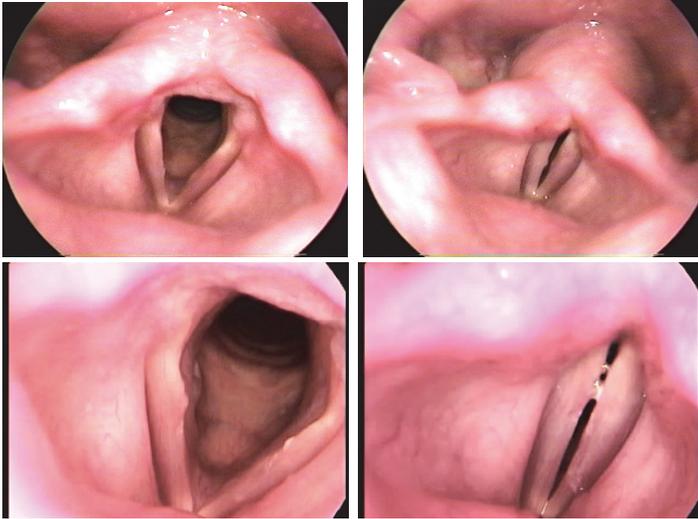
Descripción: pliegue vocal izquierdo presenta en zona media lesión redondeada que deforma ampliamente el borde libre, originando hiato anterior y posterior. El pliegue derecho muestra una pequeña formación de tipo nodular por contragolpe. Comisura posterior con leve irregularidad de mucosa pálida, engrosada y edema de aritenoides.

Conclusión: Quiste del pliegue vocal izquierdo; Lesión por contragolpe; Comisuritis posterior (RFL).



Microcirugía con ópticas de 0 y 70 °. Cavidad residual en pliegue izquierdo y ligamento vocal expuesto.





Postop. 8°
 día: lesión a
 derecha
 persiste y
 pliegue
 izquierdo en
 cicatrización.
 Año 2014, a
 nueve años:
 RFL, edema
 subcordal y
 hiato
 longitudinal

Comentario: error en el primer diagnóstico (nódulos vocales) indujo a ‘terapia’ vocal ineficaz e injustificada en su indicación y duración. No se dispone del resultado de las tres endoscopías previas. Esta informalidad puede implicar responsabilidad médico-legal pues la paciente se encontraba en tratamiento por depresión a causa del fracaso de terapia vocal y repercusión laboral. No se adicionó tratamiento para probable reflujo faringolaríngeo. La microcirugía laríngea resuelve el quiste mucoso intracordal, decidiendo no reseca la lesión opuesta de contragolpe, que persiste por semanas, para resolverse finalmente en forma natural sin que la paciente manifestara queja por disfonía. No se disponía de material para inyectar corticoides intralesionales en el pliegue de la lesión secundaria. En 2014, control a nueve años: voz normal, sólo se fatiga al aumentar exigencia vocal (karaoke). Pirosis acentuada sin tratamiento. Laringe presenta pliegues con borde libre recto, pero amplio hiato longitudinal; edema de cara subglótica y leve engrosamiento de comisura posterior. Pese al escape glótico la paciente no presenta dificultad para su desempeño laboral o social por lo que no se indica terapia vocal. Queda bajo tratamiento con esomeprazol a tres meses plazo para manejo del componente de reflujo faringolaríngeo.

Quiste mucoso del pliegue vocal

Caso 131 Mujer

Edad: 51 años

Fecha: marzo de 2015

Ocupación: casa

Tabaco: 20 cig/día por 25 años

Medicamentos: no

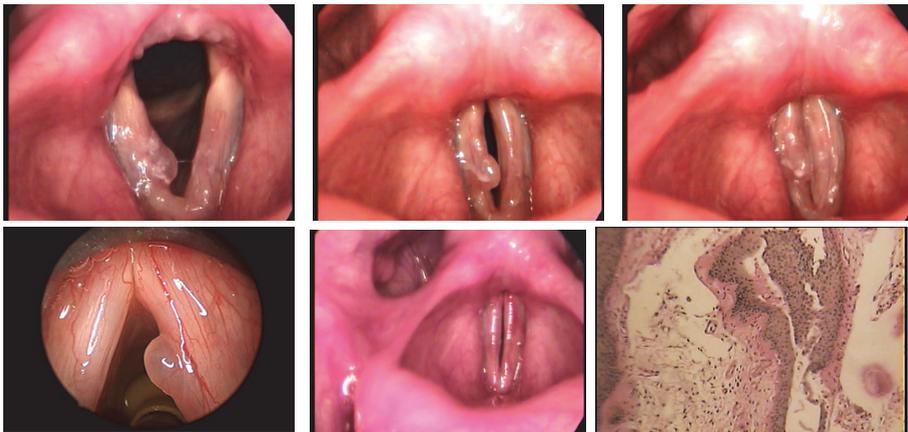
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y estroboscopia.

Antecedentes: gran fumadora con disfonía de un año, de aparición progresiva. Sensación de globus y dolor cervical y faríngeo difuso. No refiere pirosis.

Descripción: laringe muestra lesión compatible con quiste mucoso en tercio medio del pliegue vocal derecho, reconociendo en ambos lados edema subepitelial y congestión con ectasias vasculares lineales. Comisura posterior con aspecto hiperqueratósico festoneado y edema de los ventrículos laríngeos. Hiato fonatorio variable con activación de bandas ventriculares. Onda mucosa se pierde en zona de lesión. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Quiste mucoso del pliegue vocal; Laringitis crónica por reflujo faringolaríngeo y tabáquica (edema de Reinke incipiente).



Comentario: gran fumadora con edema subepitelial moderado y quiste mucoso. No se evidenció otras lesiones. Se resecó quiste a ras y se infiltró corticoides. Postop 7 días se indica corticoides orales. Biopsia informó quiste laríngeo.

Quiste pliegue vocal

Caso 132 Mujer

Edad: 33 años

Fecha: julio de 2012

Ocupación: oficina

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data, quiebres tonales, carraspera y descarga posterior. Sinusitis a repetición.

Descripción: laringe presenta pliegue vocal derecho con lesión submucosa de pequeño volumen en zona media que abulta el borde libre, con aspecto de posible quiste que contacta pliegue opuesto cuyo borde libre es recto. Motilidad de aducción y abducción conservada. Ligero engrosamiento de mucosa de la comisura posterior y edema de los aritenoides.

Conclusión: Quiste pliegue vocal derecho; Reflujo faringolaríngeo leve.



Comentario: imagen con óptica rígida es de mejor definición; brillo en pliegue derecho denota lesión que ocupa espacio, sin embargo la fibra óptica flexible deja ver edema hacia cara subglótica del pliegue vocal derecho, siendo complementarias ambas visualizaciones. Lesión unilateral que no se ubica en punto nodular.

Quiste vocal y lesión por contragolpe ¿nódulos?

Caso 133 Niña

Edad: 12 años

Fecha: marzo de 2008

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data, en especial asociada a abuso vocal.

Descripción: pliegues vocales presentan engrosamiento en tercio medio, más pronunciado a derecha, que en fonación produce un hiato en reloj de arena, especialmente posterior con significativo escape del soplo fonatorio. Motilidad cordal de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Quiste pliegue vocal derecho y lesión por contragolpe; ¿Nódulos de pliegues vocales?



Lesión a derecha es más posterior y de mayor volumen que la izquierda, lo que hace pensar en que es la primaria y la izquierda secundaria.

Comentario: disfonía mantenida de larga data, acentuada con abuso vocal. Lesiones pueden corresponder a quiste del pliegue derecho y lesión secundaria a izquierda, menos probablemente a genuinos nódulos por la asimetría y porque la disfonía es permanente. El niño presenta nódulos en una ubicación distinta que el adulto, dadas las diferencias en las proporciones de la glotis, asociándose con frecuencia a signos de reflujo, lo que no se encuentra en este caso.

Quiste pliegue vocal o Nódulos vocales infantiles (1)

Caso 134 Niña

Edad: 10 años

Fecha: septiembre de 2009

Ocupación: escolar

Tabaco:

Medicamentos: no

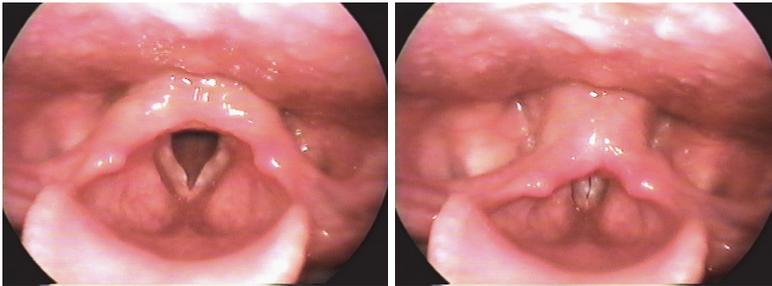
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data asociada a abuso vocal.

Descripción: se observa en ambos pliegues vocales formación nodular en zona media, más prominente a derecha, la que determina impresión cóncava en pliegue contralateral. Edema de mucosa de cara posterior de los aritenoides. Motilidad de pliegues en aducción y abducción se aprecia conservada.

Conclusión: ¿Quiste pliegue vocal derecho?; ¿Nódulos vocales?



Comentario: niña de diez años cuyo aspecto a la fibroscofia puede ser catalogado como nódulos vocales, sin embargo la lesión predominante es del lado derecho, impactando al pliegue izquierdo (la hendidura glótica se deforma en curva de convexidad derecha), planteándose entonces lesión tipo quiste submucoso. La conducta a seguir será apoyo con terapia vocal y observación hasta el momento en que se produzca mejoría espontánea o incapacidad fonatoria significativa. El brillo del muro posterior puede indicar edema de la mucosa, por eventual reflujo asintomático, también relacionado con el fenómeno de nódulos. Una exploración directa puede ser necesaria para definir diagnóstico y resolver el caso.

Quiste pliegue vocal o Nódulos vocales infantiles (2)

Caso 135 Niña

Edad: 14 años

Fecha: mayo de 2009

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

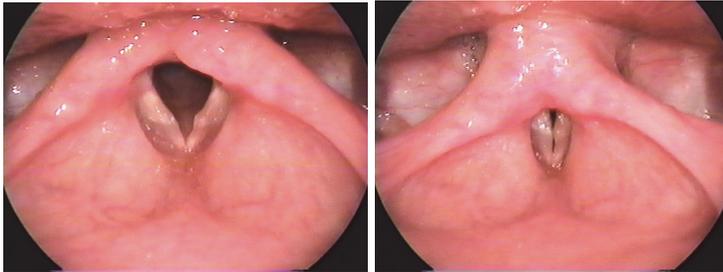
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfónica desde hace años, inició clases de canto cuatro meses antes, presentando empeoramiento de ejecución vocal.

Descripción: pliegue vocal izquierdo en su zona media presenta lesión voluminosa redondeada que sobresale ampliamente hacia el borde libre y coincide con engrosamiento más extendido del reborde del pliegue vocal opuesto. Durante la fonación se observa hiato especialmente posterior con importante escape glótico. Motilidad de aducción y abducción normal. Comisura posterior sin particularidades.

Conclusión: Quiste vocal izquierdo y lesión por contragolpe a derecha; ¿Nódulos vocales?



Leve edema de aritenoides visible en 'brillo estrellado'.

Comentario: disquisición diagnóstica frecuente entre aspecto de 'nódulos puros' o lesión unilateral predominante que genera lesión por contragolpe en lado opuesto. El esfuerzo vocal del canto empeora la disfunción vocal preexistente y también la mecánica de vibración por mayor inflamación.

Quiste de la vallécula (1)

Caso 136 Mujer

Edad: 54 años

Fecha: marzo de 2001

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: levotiroxina, omeprazol

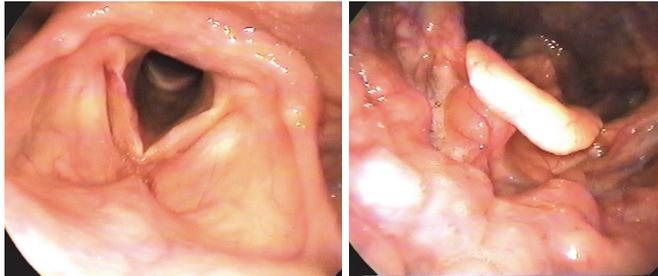
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: reflujo gastroesofágico diagnosticado clínicamente en julio de 2000 (pirosis y leve comisuritis posterior), tratado con omeprazol. Presenta disfonía persistente de diez días, carraspera y tos seca.

Descripción: laringe muestra formación redondeada cubierta por mucosa de aspecto normal que ocupa la vallécula derecha, contactando la epiglotis por su cara lingual, compatible con quiste. Pliegues vocales muestran edema, con aspecto fusiforme y a derecha presenta en su tercio posterior mucosa congestiva y engrosada en especial hacia el proceso vocal del aritenoides. Leve edema de cara subglótica. Edema de mucosa posterior de aritenoides (brillo estrellado).

Conclusión: Laringitis por reflujo gastroesofágico ; Quiste de vallécula.



Comentario: virosis respiratoria reagudiza inflamación laríngea por RFL. Quiste mucoso se mantiene en observación, resecándose sólo si tamaño interfiere con deglución o respiración. Gastroenterólogo (abril 2001): gastritis crónica sin RGE, pH metría normal. 2007, refiere que usa frecuentemente IBP. Función tiroidea controlada con regularidad.

Quiste de la vallécula (2)

Caso 137 Mujer

Edad: 61 años

Fecha: septiembre de 2009

Ocupación: casa

Tabaco: 20 cig/día

Medicamentos: levotiroxina

Cirugía: Ca tiroides 1987, tonsilas (5 años), endarterectomía carotídea

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: gran fumadora, refiere sensación de ocupación en zona faríngea y secreciones difíciles de expulsar.

Descripción: se observa una formación ovoídea de textura lisa, con mucosa rosada con fondo nacarado en la vallécula, que cierra el espacio entre base de lengua y cara lingual de la epiglotis. En 2002, evaluada por otitis serosa, no se observó lesión apreciable en esa ubicación.

Conclusión: Quiste de la vallécula. Globus orgánico.



Comentario: a la derecha, aspecto en marzo de 2002 sin lesión. La paciente decide observación, no cesa tabaquismo y se traslada a otra ciudad. El aspecto glótico no presenta particularidades, pese a tabaquismo severo por años y la primera endoscopia fue motivada por descarte de lesión en rinofaringe por otitis serosa.

Quistes base de lengua y comisuritis posterior (RFL)

Caso 138 Mujer

Edad: 51 años

Fecha: abril de 2007

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: lansoprazol

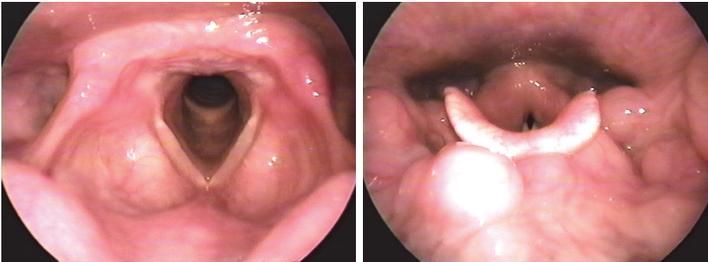
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: en tratamiento por RGE y esófago de Barret. Refiere disfagia y carraspera desde hace seis meses. Actualmente en tratamiento con lansoprazol.

Descripción: con óptica rígida de 70 ° se aprecia irregularidad en zona basilingual y repliegue glosopiglótico lateral izquierdo, con aspecto de quistes de retención, que ocultan las valléculas. Laringe muestra pliegues vocales con aspecto y motilidad conservadas, sólo leve edema de cara subglótica. Mucosa de comisura posterior con textura levemente irregular y coloración pálida. Leve edema de mucosa de cara posterior de aritenoides.

Conclusión: Laringitis por reflujo; Quistes de retención base de lengua.



Edema de aritenoides (brillo posterior). Bandas algo prominentes.

Comentario: lesiones laríngeas menores, edema de aritenoides y comisuritis leve, pese a reflujo esofágico severo que ocasiona metaplasia gástrica en mucosa de esófago distal. No hay disfonía. Quistes valléculas-base de lengua se pueden observar, debido a su aspecto benigno.

Sufusión pliegue vocal, quiste vocal

Caso 139 Mujer

Edad: 30 años

Fecha: abril de 2013

Ocupación: Kinesióloga

Tabaco: no

Medicamentos: antirreflujo

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: en terapia fonoaudiológica por lesión quística de pliegue vocal derecho y posible paresia de recurrente y nervio laríngeo superior, un mes antes. Inicialmente refiere mejoría vocal, presentando nuevamente disfonía al reiniciar actividad laboral.

Descripción: laringe con amplia zona hemorrágica en pliegue vocal derecho sobre la cual se aprecia lesión quística que protruye hacia línea media. Hiato fonatorio marcado. Movilidad de aducción y abducción simétrica y conservada. Comisura posterior discretamente engrosada. Con tracto vocal semiocluido (bombilla) mejora adosamiento, pero no llega a ser completo. Sensibilidad laringofaríngea impresiona como normal.

Conclusión: Quiste vocal derecho; Sufusión pliegue vocal.



Sufusión del pliegue vocal asociada a esfuerzo. Abajo, aspecto tres meses antes (paresia vocal).



Se intenta manejo de técnica vocal para quiste del pliegue, presentando lesión viral (motora y sensitiva) de laringe a derecha que se recupera al cabo de dos meses. De regreso a la actividad el esfuerzo vocal origina derrame causante de intensa disfonía. Continúa con terapia vocal.

Secuela de AVE, patrón de tensión muscular tipo II

Caso 140 Mujer

Edad: 69 años

Fecha: julio de 2009

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: neuroprotectores

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: AVE (ACV) de tronco cerebral un año y medio antes. Presenta disartria y disfagia con leve aspiración de líquidos. Su evolución ha sido favorable bajo terapia de rehabilitación.

Descripción: pliegues vocales con edema hacia cara subglótica, mucus espeso y aparente acortamiento del pliegue izquierdo con asimetría de senos piriformes. Motilidad de abducción y aducción conservadas, pero durante el adosamiento se produce un fino hiato longitudinal, así como ocasionalmente tendencia a voz de bandas ventriculares. Mucosa de la comisura posterior engrosada formando un rodete bien definido y edema hacia la zona retroaritenóidea.

Conclusión: Secuela motora faringolaríngea hipotónica; Patrón de tensión muscular tipo II; Laringitis por reflujo faringolaríngeo.



Comentario: caso complejo por posible afectación de centros y vías del X° par craneano (faringe y laringe) que producen disfagia, aspiración (secuela sensitiva y motora) y disartria. Rehabilitación favorece los mecanismos de compensación de la voz, eventual insuficiencia glótica y manejo de deglución.

Telangiectasia del pliegue vocal

Caso 141 Hombre

Edad: 64 años

Fecha: julio de 2008

Ocupación: administrador

Tabaco: cesó hace 6 años

Medicamentos: no

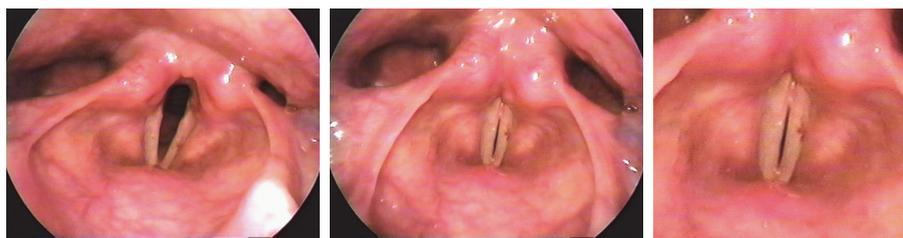
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: usuario de CPAP por 4 años. Asintomático de voz y laringe.

Descripción: laringe presenta aspecto y motilidad de aducción y abducción conservados. Se consigna lesión varicosa sobre pliegue vocal izquierdo

Conclusión: Telangiectasia del pliegue vocal.



Leve asimetría de senos piriformes puede ser postural. Motilidad completa de pliegues vocales.

Comentario: paciente asintomático vocal. Se operó de septoplastía, vaporización de cornetes y uvulopalatoplastía evolucionando con mejoría de síntomas respiratorios de obstrucción. No es infrecuente observar lesiones vasculares menores sobre la mucosa de pliegues vocales. Cuando éstas se presentan en sentido longitudinal, paralelas al borde libre, no interfieren mayormente con la onda mucosa, mientras que al ser transversales alteran la vibración cordal.

Tumor laríngeo benigno, hipertrofia de banda ventricular

Caso 142 Hombre

Edad: 56 años

Fecha: julio de 2012

Ocupación: trabajador frutícola

Tabaco: no

Medicamentos: hipertensión arterial

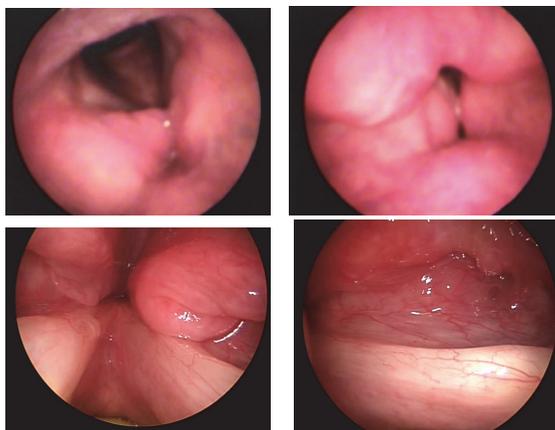
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía antigua con indicación de exploración quirúrgica. Poliposis nasal.

Descripción: larínge presenta masa dependiente de la zona anterior de la banda ventricular derecha que oculta la comisura anterior, con mucosa de coloración y aspecto conservado. Durante la fonación se produce medialización completa de bandas.

Conclusión: Hipertrofia benigna (pseudotumoral) de banda ventricular. Poliposis nasal.



Lesión antigua con disfonía de larga evolución, anticipa naturaleza benigna. Biopsia reveló hipertrofia benigna de banda. En nariz informó papiloma invertido.

Vista con óptica de 70 ° de ventrículos, en especial el derecho, cuyo fondo está libre de lesión, en examen bajo anestesia general.

Comentario: patrón de fonación con bandas (PTM tipo II) no es causa suficiente para producir hipertrofia del tejido laríngeo y en forma asimétrica (izquierda leve crecimiento).

Úlcera del proceso vocal

Caso 143 Hombre

Edad: 64 años

Fecha: noviembre de 2007

Ocupación: fotógrafo

Tabaco: no Medicamentos: inhaladores asma bronquial, anticoagulante

Cirugía: no (AVE marzo 2008)

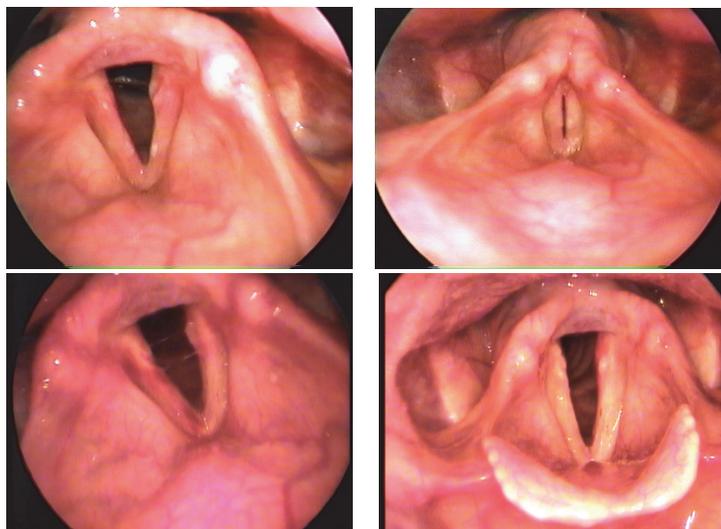
Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: LCFA y sinusitis crónica inactiva. Presenta odinofagia intensa de más de un mes de evolución, carraspera y pirosis acentuada. Usuario de inhaladores fluticasona-salmeterol y fenoterol-ipratropium.

Descripción: lesión ulcerativa del proceso vocal del aritenoides izquierdo (muesca). Pliegues vocales con leve congestión difusa y en borde libre tendencia micronodular (secreciones). Comisura posterior levemente engrosada.

Conclusión: Laringitis posterior por reflujo; Úlcera del proceso vocal. (Fotos superiores, lesión año 2007)

Control 7 años.
Foto abajo izq.
9/2014. Tos y
pirosis por
meses; sin
medicación
para RFL.
Sufusión
subepitelial y
ulceración en
procesos
vocales. A der.
veinte días de
tratamiento
esomeprazol y
alginatos,
mejor aspecto.



Comentario: tos crónica, carraspera y reflujo faringolaríngeo ocasionan daño epitelial persistente que conduce a lesión del cartílago que reacciona formando granuloma. Síntoma típico es el dolor cervical intenso del lado afectado. En esta caso las bandas parecen normales.

Lesiones laríngeas en usuarios laborales de la voz

Disfonía por abuso vocal, RFL, ¿LEM, puente mucoso?

Caso 144 Mujer

Edad: 31 años

Fecha: marzo de 2008

Ocupación: Profesora

Tabaco: ocasional

Medicamentos: rinitis alérgica

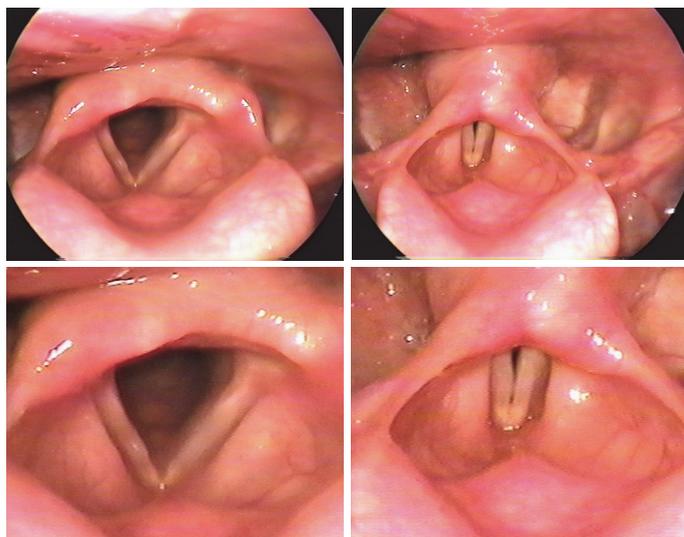
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora con siete años de ejercicio, 32 horas de aula semanales, 35 alumnos por curso. Presenta desde hace seis meses disfonía con acentuación al final de la jornada diaria. Sensibilidad dolorosa en la zona de proyección de laringe.

Descripción: pliegue vocal derecho presenta engrosamiento del borde libre que produce hiato fonatorio posterior. Mucosa moderadamente congestiva en forma difusa. Edema de cara subglótica especialmente visible a izquierda y de mucosa aritenoidea. Asimetría por hiperfunción.

Conclusión: Lesión estructural mínima CV derecha; Laringitis por RFL.



Comentario: reposo, omeprazol y desloratadina por diez días. De interés estroboscopia.

Comentario: suma de fuerte uso vocal, reflujo y posible lesión estructural menor. Difícil distinguir de nódulos por aspecto visual parecido. La lesión a derecha puede ser un pequeño sulcus, puente mucoso o cicatriz del borde libre.

Disfonía crónica, Lesión Estructural Mínima, Presbifonía

Caso 145 Hombre

Edad: 67 años

Fecha: febrero de 2010

Ocupación: Sacerdote

Tabaco: no

Medicamentos: antihipertensivos

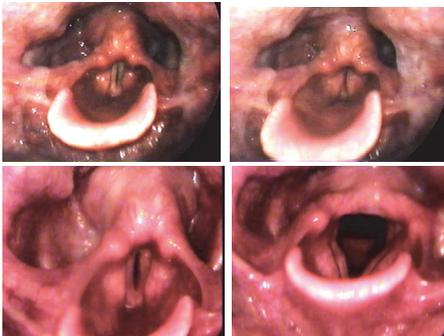
Cirugía: poliposis nasal

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía variable de larga data. Poliposis nasal.

Descripción: pliegues vocales con borde libre sin lesiones puntuales. En fonación se observa hiato longitudinal que se oculta por la aproximación de las bandas ventriculares. Motilidad de aducción y abducción dentro de lo normal.

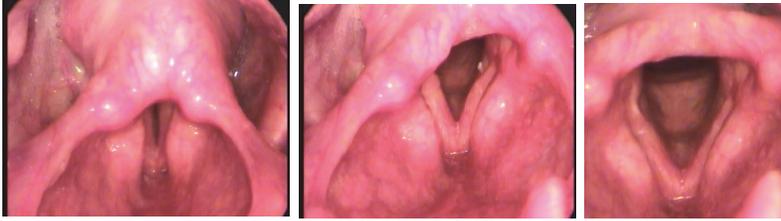
Conclusión: Disfonía por Patrón de Tensión Muscular tipo II; Presbifonía leve.



Año 2010: hiato vocal moderado. Bandas ventriculares prominentes (reflejo luminoso), cierran la glotis en forma variable.

Septiembre 2014, virosis respiratoria gatilla disfonía de 17 días. Tratado con reposo vocal, betametasona, serrapeptasa, omeprazol, sin mejoría.

Pliegues vocales con leve congestión difusa; hiato oval mayor, a expensas del pliegue derecho que se observa hipotónico, haciendo sospechar menor actividad del músculo tensor (cricotiroideo), por lesión viral del nervio laríngeo superior. Activación frecuente de bandas. Motilidad de aducción y abducción conservada. Se indica metilprednisolona y esomeprazol. Presencia de hiato fusiforme en usuario de la voz en tercera edad debe hacer pensar también en componente de presbifonía.



Control 10º día. Mejoría de voz apreciable. Hiato vocal menor; congestión y edema moderados de pliegues. En comisura anterior, posible micromembrana no visualizada hasta este examen.

Comentario: paciente usuario de voz en prédica, con disfonía desde siempre sin causa definida, apreciándose solamente hiato longilíneo y voz de bandas, como mecanismo compensatorio del escape glótico. Consultó en 2010 por poliposis nasal, siendo operado y obteniendo mejoría ventilatoria. En 2014 se descompensa por virosis respiratoria y sólo a causa de disfonía pertinaz (posible compromiso parcial de nervio laríngeo superior) se identifica eventual 'lesión estructural mínima' como la posible micromembrana anterior. Durante los cuatro años de postoperatorio ha efectuado terapia de reeducación fonatoria, manteniendo calidad vocal adecuada para su desempeño, aunque con tono propio del escape glótico y compensación de bandas.

Disfonía disfuncional PTM tipo I, micronódulos vocales

Caso N° 146 Mujer

Edad: 35 años

Fecha: octubre de 2014

Ocupación: Profesora

Tabaco: escaso

Medicamentos: esomeprazol

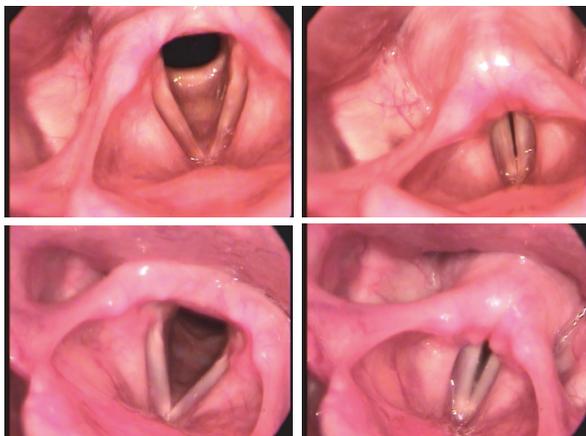
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia, endoscopia rígida y estroboscopia

Antecedentes: profesora con doce años de ejercicio con grupo de quince alumnos y 44 horas semanales. Refiere disfonía recurrente en los últimos años, que se manifestaba ya al inicio de su etapa laboral. Tratada con esomeprazol por quince días, nota cierto alivio de ardor faríngeo matinal. Terapia vocal, veinte sesiones hace unos años, pero sin resolución de su molestia vocal.

Descripción: estroboscopia muestra pliegues vocales con vasos longitudinales y borde libre recto con aparición momentánea de leve aspecto micronodular y acumulación de secreciones en punto nodular. Onda mucosa conservada. Hiato fonatorio triangular posterior.

Conclusión: Patrón de tensión muscular tipo I; Tendencia micronodular

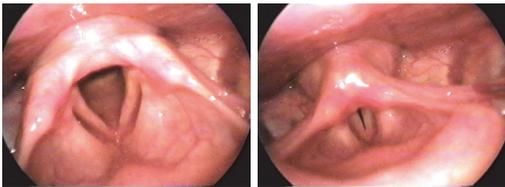


Arriba, aspecto con luz estroboscópica de Xenón: bordes libres netos y definidos, aspecto micronodular y leve hipervascularidad longitudinal; tono cromático más tinteado. Onda mucosa regular y simétrica. Hiato vocal posterior. Abajo, imágenes con luz halógena 150 Watt.

Control un mes tratamiento (esomeprazol y terapia vocal), virosis concomitante y leve disfonía. Se aprecia secreciones en punto nodular (foto izq) que al limpiarse dejan impresión de engrosamiento del borde libre a izquierda (foto centro).



En el año 2010, (seguimiento de cuatro años) laringe muestra pliegues vocales con leve congestión difusa y edema moderado que produce cierto abombamiento del tercio medio. Se observa retención de mucus en punto nodular. Durante la fonación se produce un hiato longitudinal. Motilidad de pliegues de aducción y abducción conservada.



Laringitis de evolución prolongada asociada a uso vocal intenso; Patrón de tensión muscular tipo I; Micronódulos vocales.

Comentario: se indica tratamiento con esomeprazol 40 mg/día y terapia vocal. De no haber mejoría sostenida en el tiempo, se requiere exploración bajo anestesia general para diagnóstico más preciso de eventual lesión estructural mínima, dada la larga historia de disfonía recurrente con escasos signos al examen estroboscópico. El hiato posterior se considera fisiológico, especialmente en mujeres, pero en este caso sobrepasa lo normal y se asocia a disfonía, por lo que se postula un patrón de tensión muscular con sobrecontracción generalizada que determina la apertura triangular de predominio posterior.

Disfonía disfuncional hipotónica (1)

Caso 147 Mujer

Edad: 65 años

Fecha: marzo de 2007

Ocupación: Directora escuela

Tabaco: no

Medicamentos: enalapril

Cirugía: histerectomía 1992

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: odinofagia de zona cervical izquierda alta de carácter punzante, disfonía variable.

Descripción: laringe muestra ambos pliegues vocales con aspecto cóncavo, borde libre regular y leve edema de cara subglótica. A izquierda se acumula mucus grumoso sobre el proceso vocal y en respiración se aprecia pequeña formación ‘espicular’, posible marca de granuloma inicial. Durante la fonación se visualiza un hiato intercordal longitudinal variable. Motilidad de aducción y abducción conservadas.

Conclusión: Disfonía disfuncional hipotónica (Presbilaringe); Laringitis por reflujo, con posible granuloma en formación.



Comentario: tratada en 1998 por toxoplasmosis. Mantuvo lansoprazol por varios años a causa de pirosis y laringitis por reflujo vista en nasofibroscofia. Actualmente cervicalgia puede corresponder a tensión cervical compensatoria de la hipotonía de pliegues vocales además de posible lesión del proceso vocal izquierdo. No hace uso vocal en clases.

Disfonía disfuncional hipotónica (2)

Caso 148 Mujer

Edad: 40 años

Fecha: junio de 2003

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

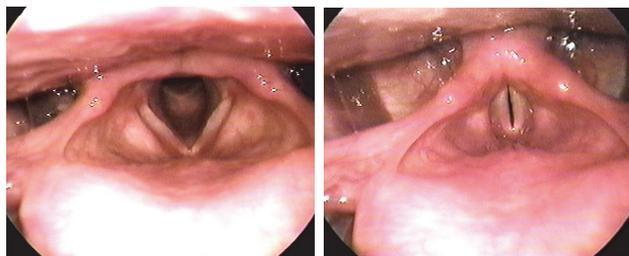
Medicamentos: no

Cirugía: no

Antecedentes: profesora con jornada completa en los últimos seis años. Cursó infección respiratoria alta tres semanas antes presentando episodio de disfonía fluctuante asociado a esfuerzo vocal, que requirió licencia por varios días y tratamiento sintomático.

Descripción: pliegues vocales con leve edema y congestión difusa, además de edema subcordal, más visible a derecha. En fonación se acumulan secreciones hacia el punto nodular, dando falso aspecto de micronódulos. La motilidad cordal está conservada, pero durante la fonación se forma hiato longitudinal. Comisura posterior normal.

Conclusión: Laringitis aguda en regresión. Disfonía funcional hipotónica.



En episodio agudo es esencial esperar recuperación completa de la inflamación antes de regreso al trabajo.

Comentario: sin historia de disfonía previa, sino luego de virosis respiratoris. El hiato variable en su aspecto, entre fusiforme y longitudinal en diferentes momentos fonatorios, hace pensar en comportamiento hipotónico. Es de notar adosamiento completo de los aritenoides a pared faríngea en inspiración, sin edema redundante, sólo brillo del ápex de los aritenoides (estrellas aisladas). Ventrículos visibles y bandas inactivas, sin signos de tensión.

Disfonía disfuncional hipotónica (3)

Caso 149 Hombre

Edad: 65 años

Fecha: julio de 2009

Ocupación: dicta clases

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data. Uso vocal intenso en instrucción de clases de gimnasia (personal trainer).

Descripción: laringe presenta pliegues vocales con aspecto conservado, pero con edema de cara subglótica. Borde libre recto y buen adosamiento en fonación, aunque ocasionalmente aparece un hiato oval transitorio no asociado a patrón fonatorio de tensión muscular. Proceso vocal derecho muestra prominencia espicular como de granuloma inicial. Comisura posterior algo pálida, sin mayor engrosamiento. Llama la atención aspecto ‘redondeado’ del edema subglótico en comisura anterior y en los ángulos de la comisura posterior, dando la impresión de una constricción circunferencial.

Conclusión: Disfonía disfuncional hipotónica; Reflujo faringolaríngeo; ¿Estenosis subglótica incipiente?



Comentario: disfonía hipotónica atribuible a presbifonía inicial. Es curioso el hallazgo de la subglotitis en ausencia de síntomas de tipo obstructivo o limitación de actividad física. Tampoco se identifica el anillo del cartílago cricoides en la zona anterior de la subglotitis. Sospechar amiloidosis incipiente.

Disfonía disfuncional hipotónica y psicógena

Caso 150 Mujer

Edad: 24 años

Fecha: septiembre de 2011

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora con dos años de ejercicio, 24 h semanales, 24 alumnos. Disfonía de quince días, luego de virosis respiratoria alta, sin respuesta a tratamiento con prednisona, oxolamina, ibuprofeno, desloratadina y betametasona-clorfenamina. Refiere pirosis.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales con borde libre liso y motilidad de aducción y abducción conservada. Durante la fonación se aprecia hiato longitudinal con escape y voz soplada. Ocasionalmente se logra adosamiento completo con sonorización casi normal, lo que también se aprecia con la tos. Comisura posterior sin particularidades.

Conclusión: Disfonía disfuncional hipotónica con componente psicógeno (conversiva).



Comentario: paciente usuaria intensiva de voz, sin síntomas previos causados por su desempeño laboral. Sobretratamiento a causa de disfonía gatillada por virosis, que no mejora con medicación. El componente de hipotonía-inhibición psicógena es el principal en la persistencia de la disfonía (stress laboral, abuso vocal, etc.). Terapia de reeducación vocal es de elección para cesar el episodio y evitar recurrencias (ver caso 73).

Disfonía hipotónica y RFL

Caso 151 Mujer

Edad: 29 años

Fecha: septiembre de 2010

Ocupación: Profesora

Tabaco: ocasional Medicamentos: budesonida, esomeprazol, naproxeno

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora con carga de 37 horas semanales. En tratamiento por disfonía severa a causa de laringitis de evolución tórpida. Nota mejoría en calidad vocal luego de quince días de medicación y reposo vocal.

Descripción: pliegues vocales presentan leve congestión difusa, con acumulación de mucus en zona nodular. Con abducción completa se observa edema de cara subglótica. Ventrículos ampliamente abiertos. Durante la fonación se produce defecto de adosamiento variable, que determina hiato longitudinal con escape glótico. Comisura posterior levemente engrosada. Motilidad de aducción y abducción conservadas.

Conclusión: Disfonía disfuncional hipotónica; Laringitis por RFL.



Disfunción vocal asociada a exigencia laboral elevada y reflujo faringolaríngeo, es gatillada por virosis respiratoria que altera el precario equilibrio de funcionamiento. Edema subglótico es hallazgo significativo, pero visible sólo en máxima abducción. Hiato variable se debe a tensión muscular y no a déficit neurológico.

Edema de Reinke y reflujo

Caso 152 Mujer

Edad: 54 años

Fecha: junio de 2005 y 2015

Ocupación: Profesora universitaria

Tabaco: 20 cig/día por años

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: voz de tono grave e hipofonía de larga data asociadas a disnea de esfuerzo. Dicta clases con limitación por mala proyección vocal.

Descripción: pliegues vocales presentan gran edema submucoso rosado, con aspecto de degeneración poliposa, más marcado a izquierda que se oculta en la subglotis con inspiración vigorosa. Comisura posterior festoneada hiperqueratósica y edema retroaritenoides. Motilidad aducción y abducción conservadas.

Conclusión: Edema de Reinke; Laringitis por RFL.

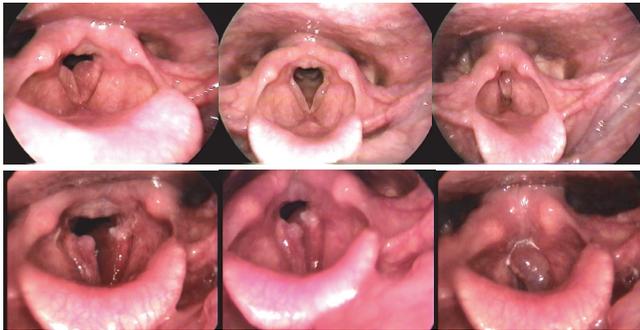


Imagen de edema y reflujo, sin mayor componente de tensión muscular o hiperfunción. Destaca el aspecto dinámico y cambiante de lesiones que se ocultan en la subglotis.

Comentario: paciente no cesa tabaco ni se opera. Año 2015, control a diez años; fumadora con disnea obstructiva, hipofonía y voz áfona recurrente gatillada por vómitos un mes antes. Edema poliposo de pliegues, masivo a izquierda, áreas de hiperqueratosis en procesos vocales y comisura posterior. Se indica esomeprazol, budesonida y microcirugía laríngea.

Laringitis prolongada, abuso vocal crónico

Caso 153 Mujer

Edad: 36 años

Fecha: julio de 2013

Ocupación: Profesora

Tabaco: 3 cig/semanales

Medicamentos: no

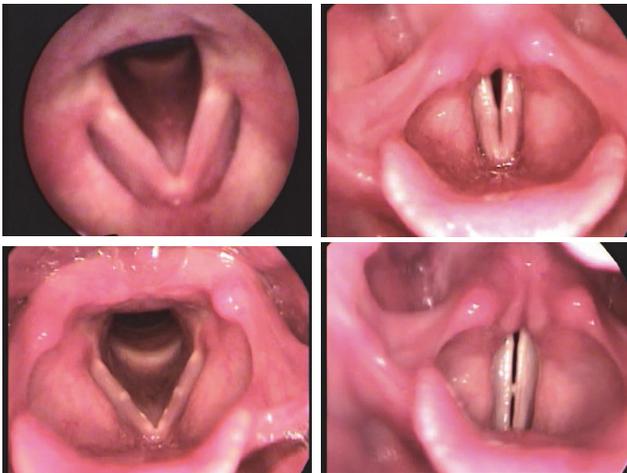
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora básica con diez años de ejercicio, cursos de 35 alumnos; 36 horas lectivas semanales. Hace tres años inició disfonía, siendo tratada con técnica vocal por Fonoaudiólogo, presentando mejoría durante unos años. Virosis respiratoria hace un mes detona disfonía y esfuerzo vocal. No refiere pirosis.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales congestivos en forma moderada y difusa, con engrosamiento de aspecto nodular localizado en tercio medio y un hiato posterior triangular. No hay signos que sugieran reflujo faringolaríngeo. Motilidad de aducción y abducción conservadas. Ocasional acortamiento anteroposterior fonatorio.

Conclusión: Laringitis de evolución prolongada; tendencia a PTM tipo III. Esbozo nodular .



Tratada con reposo, omeprazol 20 mg. prednisona 30 mg. y budesonida. Abajo: a los 15 días, pliegues menos inflamados que dejan ver micronódulos con hiato longitudinal. Se indica terapia vocal y uso de amplificación.

Laringitis crónica con edema subepitelial, abuso vocal

Caso 154 Mujer

Edad: 25 años

Fecha: septiembre de 2009

Ocupación: Profesora EB

Tabaco: ocasional Medicamentos: esomeprazol, budesonida inhalador

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora que refiere disfonía prolongada por más de un año, desde inicio de actividad laboral. Tratada por 'quiste de cuerda vocal' con reeducación fonoaudiológica sin mejoría.

Descripción: ambos pliegues vocales presentan aspecto edematoso homogéneo que compromete la cara superior y el borde libre, el que muestra zonas sobresalientes con aspecto hiperqueratósico ¿cándida?. Durante la fonación se observa patrón de tensión muscular con estrechamiento anteroposterior y activación de bandas. Leve edema de aritenoides.

Conclusión: Laringitis crónica exudativa (Edema subepitelial por abuso vocal y RFL); Patrón de tensión muscular tipo III.



Laringitis invalidante para profesora debutante. Tratamiento médico con esomeprazol, budesonida inhalada y reposo largo (dos meses y medio) logran mejoría de lesiones. Persiste hiato fonatorio que se trata con terapia vocal.

Comentario: pliegues vocales sin edema, coloración blanco nacarada, menos edema de aritenoides y menor tensión muscular (acortamiento AP); ventrículos visibles por disminución de edema y desactivación de bandas.



Control marzo 2011, seguimiento de un año y medio. Sin tratamiento médico para reflujo ni terapia vocal de refuerzo, así como falta de amplificación. Continúa abuso vocal que ocasiona reaparición de lesiones algo menores, produciendo disfonía moderada. La recurrencia es esperable, especialmente por la falta de manejo ambiental (sala inadecuada, sin micrófono). En este caso se tiene a la vista el efecto terapéutico del reposo vocal, que en diez semanas normalizó la laringoscopia (junto a IBP y corticoides inhalados). La contrapartida se da al volver a las condiciones de desempeño laboral previas, que cual restitución del gluten al paciente celíaco demuestran el efecto nocivo de la combinación de factores etiopatogénicos. En nuestra experiencia parece preponderante el abuso vocal por exigencia de proyección vocal desmedida, remediable con uso de amplificación adecuada.

Laringitis crónica, abuso vocal y reflujo

Caso 155 Mujer

Edad: 44 años

Fecha: octubre a diciembre 2013

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora de educación técnico profesional, ejerce por seis años 22 h semanales, cursos de 40 alumnos. Presenta disfonía intensa gatillada por virosis respiratoria dos meses antes.

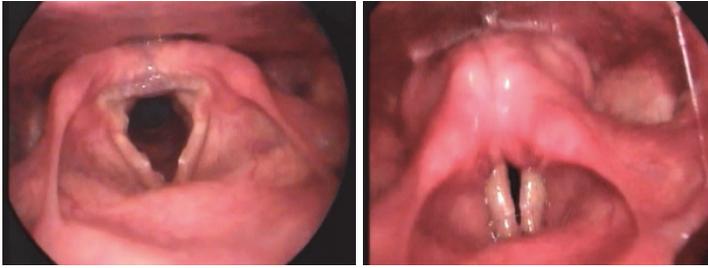
Descripción: pliegues vocales con leve congestión y edema difuso, con aspecto fusiforme que determina hiato posterior con escape fonatorio. Importante engrosamiento paquidérmico de la comisura posterior, con formación de rodete y leve edema de cara subglótica de los pliegues. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Laringitis exudativa de evolución prolongada (abuso vocal crónico, reflujo faringolaríngeo).

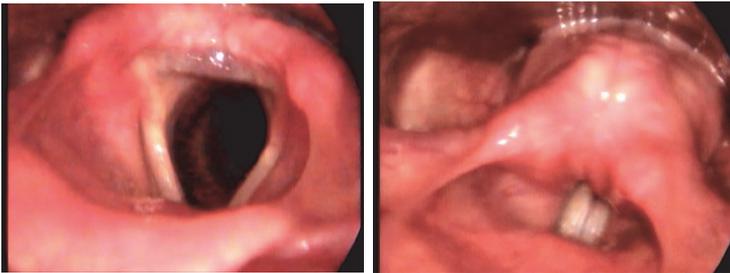


Comisura posterior en 'rodete' crea relieve con un resalto.

Comentario: a los 15 días de tratamiento (fotos siguientes) con reposo vocal, esomeprazol y budesonida inhalada, paciente estima mejoría de emisión vocal en 60%. Sin embargo, aspecto laríngeo sorprende: edema de pliegues con relieve irregular de bordes libres y apariencia de nódulos. Hiato posterior con escape importante. Comisura posterior con aspecto paquidérmico.



A los dos meses, laringe con leve edema de pliegues, bordes libres rectos con adosamiento completo. Comisura posterior menos prominente.



Lesiones laríngeas presentan significativa evolución en el plazo de dos meses de tratamiento con reposo vocal, esomeprazol en dosis habitual (40 mg) y corticoide inhalatorio (budesonida) en dosis decreciente desde 800 a 200 ug. No se indicó corticoides orales. A los 15 días el edema de pliegues vocales se reduce, dejando ver aspecto nodular con hiato posterior más amplio. A los 60 días se aprecian pliegues vocales sin edema, borde regular y adosamiento fonatorio completo. La comisura posterior es menos prominente y la emisión vocal es clara y sin esfuerzo. No ha efectuado tratamiento de técnica vocal, pero se recomendó luego de última visita. Asimismo se instruyó el uso de amplificación en sala de clases.

Laringitis crónica, abuso vocal y RFL

Caso 156 Mujer

Edad: 58 años

Fecha: octubre 2013 a abril de 2014

Ocupación: Parvularia

Tabaco: cesó en 2011

Medicamentos: no

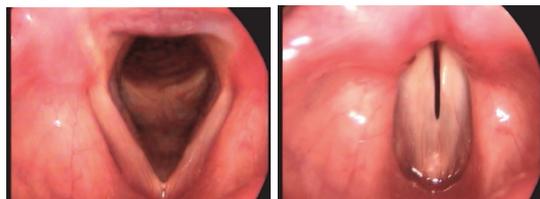
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: técnico parvularia que refiere disfonía progresiva desde hace años, la que se intensificó un mes antes. Se le indicó corticoides de depósito IM. Trabaja con grupos de 25 a 35 niños con importante exigencia vocal. Pirosis ocasional.

Descripción: estroboscopia laríngea muestra onda mucosa con disrupción en zona de punto nodular y engrosamiento de mucosa en el borde libre. Escape fonatorio posterior variable. Ocasional activación de bandas. Ectasias vasculares lineales y edema de cara subglótica de pliegues. Engrosamiento de comisura posterior con aspecto hiperqueratósico. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Laringitis crónica multicausal (abuso vocal, reflujo faringolaríngeo, tabaquismo antiguo detenido); Micronódulos vocales.



Menor exigencia vocal en últimos meses.

Control seis meses: reposo vocal un mes y lansoprazol por seis. Buen adosamiento, comisura posterior más lisa, menos edema subcordal. Micronódulos. Voz apta para trabajar.

Laringitis crónica, abuso vocal

Caso 157 Mujer

Edad: 30 años

Fecha: mayo de 2013

Ocupación: Profesora

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

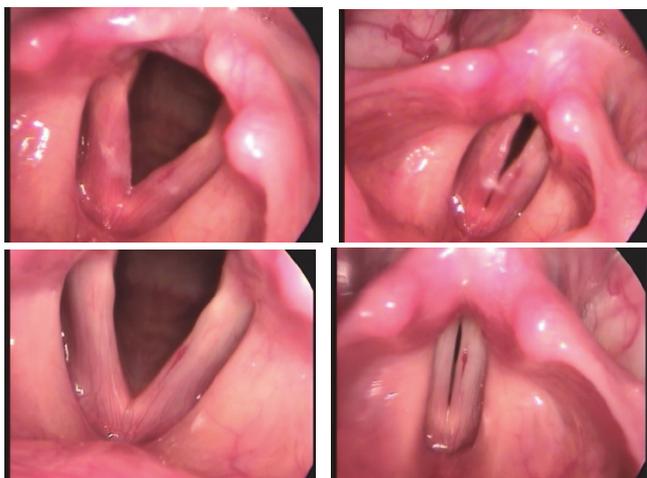
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida

Antecedentes: profesora educación media con tres años de ejercicio, manifiesta disfonía frecuente desde hace dos años asociada a uso vocal intenso en clases. Labora 35 horas semanales en aula, cursos de 40 alumnos. Refiere alivio vocal en períodos de feriado.

Descripción: estroboscopia laríngea muestra engrosamiento edematoso congestivo de pliegues vocales, con lesiones vasculares y edema poliposo del borde libre, que produce importante hiato fonatorio posterior. Onda mucosa irregular. Motilidad de aducción y abducción conservadas. Engrosamiento hiperqueratósico de la comisura posterior.

Conclusión: Laringitis crónica por abuso vocal y reflujo faringolaríngeo.



Reposo vocal 30 días, prednisona, budesonida y esomeprazol. A los 15 días mejoría de inflamación epitelial, hiato mínimo y lesiones vasculares persistentes. Se indica terapia vocal y esomeprazol.

Control a las seis semanas, virosis respiratoria intercurrente tratada con claritromicina y levodropropizina (antitusivo) impide vuelta a la actividad. Pliegues denotan congestión difusa con leve edema.



Control a dos meses y medio, completó una semana de clases. Mantuvo reposo por nueve semanas (virosis). Mayor congestión de pliegues vocales, hiato persistente de predominio posterior y comisuritis. Se indica continuar omeprazol por tres meses, apoyo fonoaudiológico e implementar a la brevedad amplificación en sala de clases.



Comentario: este caso ejemplifica de forma clara el trastorno laríngeo por uso vocal en condiciones inadecuadas por profesores, que asociado a otros factores patogénicos como reflujo y técnica vocal ‘innata deficiente’ causan lesiones progresivas y a veces irreversibles en los tejidos laríngeos. No es el uso vocal (horas de clases) sino el abuso (intensidad vocal excesiva y falta de instrucción de técnica vocal) lo que parece lesionar los pliegues vocales. En este sentido, el uso de un sistema de amplificación puede ser de enorme beneficio para el paciente y un ahorro sustancial para las aseguradoras por menor ausentismo laboral, medicación, atenciones, cirugías, etc.

Laringitis crónica, RFL y sulcus vocalis

Caso 158 Mujer

Edad: 40 años

Fecha: octubre de 2014

Ocupación: Técnico en párvulos

Tabaco: ocasional

Medicamentos: esomeprazol

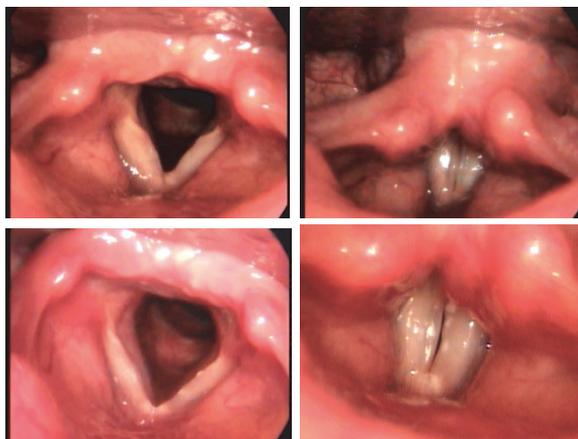
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibrosco­pia y endoscopia rígida.

Antecedentes: parvularia desde hace siete años, ocho horas diarias con grupo de 23 niños de tres años. Inicia un año antes disfonía progresiva en la semana que cede con descanso. Piro­sis ocasional.

Descripción: estroboscopia muestra pliegues vocales con edema difuso de tipo subepitelial, que abomba el borde libre. Onda mucosa regular aunque de periodicidad reducida. Edema de cara subglótica, así como de los aritenoides y engrosamiento de comisura posterior. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Laringitis crónica por abuso vocal (tipo edema fusiforme) y reflujo faringolaríngeo.



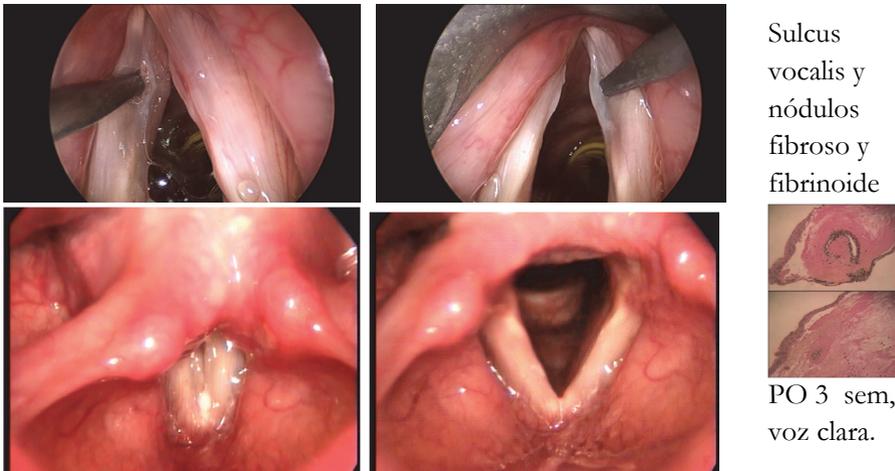
Esomeprazol 40 mg
budesonida 800 ug y
reposo. Control 28 días,
voz normal. Comisura
posterior y pliegues
vocales con menos
edema, que en el lado
derecho deja ver edema
subcordal. Borde libre
impresiona con mucosa
redundante, ¿puente
mucoso? y en pliegue
izquierdo retracción
cicatricial anterior que
ocasiona pequeño escape
fonatorio. Mínima
activación de bandas.

Se indica terapia vocal; retomar actividad con uso de amplificación y mantener esomeprazol. Puede requerir laringoscopia directa para diagnóstico de posibles lesiones estructurales mínimas.

Efectuó tres sesiones de evaluación y terapia vocal. Presentó disfonía pocos días después de retomar actividad. Estroboscopia preoperatoria (fotos a la izquierda) e intraoperatorio.



Microcirugía laríngea mostró, en relación al engrosamiento nodular, sulcus vocalis bilateral pequeño y simétrico localizado en pleno borde libre. Se resecan lesiones y se infiltra corticoides en pliegues. Biopsia informó nódulo en fase fibrosa a izquierda y fibrinoide a derecha.



Comentario: aspecto varía en tres meses desde edema difuso de pliegues vocales al de lesiones más localizadas como nódulos, logrando depurar el cuadro con reposo vocal, medicación para reflujo y corticoides inhalados (mes inicial). La perisitencia de la disfonía aconseja explorar la laringe en busca de lesiones de base que condicionen o predispongan a mayor inflamación ante el uso vocal intenso. El seguimiento de la evolución es clave para arribar al diagnóstico final. Se insiste en efectuar terapia vocal y uso de amplificación en sala.

Laringitis crónica nodular, abuso vocal

Caso 159 Mujer

Edad: 28 años

Fecha: mayo de 2012

Ocupación: Profesora educación física

Tabaco: No

Medicamentos: no

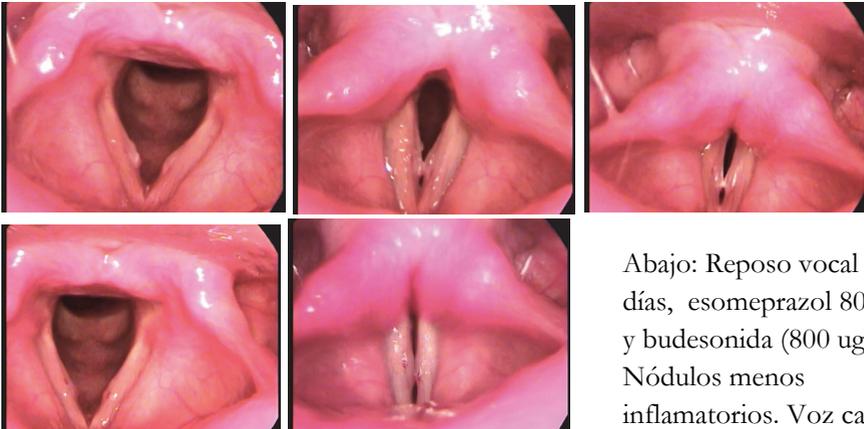
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora de educación física, cinco años de ejercicio, con 44 horas por semana. Desde año 2007 (inicio laboral) presenta disfonía in crescendo, que la lleva a voz áfona cerca de mitad de semana. Hizo terapia vocal en dos períodos sin experimentar mejoría. Pirosis ocasionalmente.

Descripción: pliegues vocales con aspecto edematoso, superficie irregular y borde libre con mucosa festoneada que adopta aspecto nodular, con posibles áreas de queratinización. Congestión varicosa hacia borde libre. Hiato fonatorio en reloj de arena. Edema de aritenoides y hacia boca esofágica (retroaritenóideo). Comisura posterior levemente engrosada. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Laringitis crónica multicausal (abuso vocal crónico, reflujo faringolaríngeo); Nódulos vocales.



Se mantiene en observación, a la espera de lograr implementar la amplificación en el colegio.

Abajo: Reposo vocal 30 días, esomeprazol 80 mg y budesonida (800 ug). Nódulos menos inflamatorios. Voz casi normal.

Laringitis por reflujo y PTM III

Caso 160 Mujer

Edad: 31 años

Fecha: mayo de 1999

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

Medicamentos: no

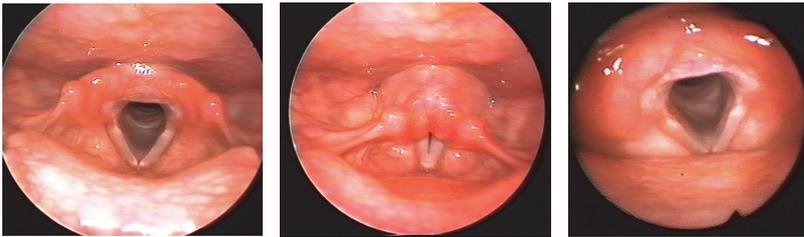
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía intermitente por varios meses, fatiga vocal fácil y carraspera. Abuso vocal.

Descripción: pliegues vocales con edema de cara subglótica y tendencia al desplazamiento anterior de los aritenoides (Patrón de Tensión Muscular tipo III). La comisura posterior presenta mucosa de aspecto hiperqueratósico con textura granulosa la que se extiende a las caras mediales de los aritenoides.

Conclusión: Laringitis posterior por reflujo faringolaríngeo; Disfonía por tensión muscular (PTM tipo III).



Vista izquierda y centro, óptica 70 ° (4 mm) y derecha, fibroscopio 3,4 mm.

Comentario: la mayor proximidad de la fibra óptica flexible (foto a la derecha) permite apreciar el detalle del edema subcordal y la comisura posterior hiperqueratósica. La visión con óptica rígida de 4 mm, en revanche, otorga mayor amplitud de campo visual por estar posicionada varios centímetros más alto, con mejor resolución de imagen.

Laringitis por reflujo e hipotonía laríngea

Caso 161 Mujer

Edad: 43 años

Fecha: octubre de 2007

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

Medicamentos: levotiroxina

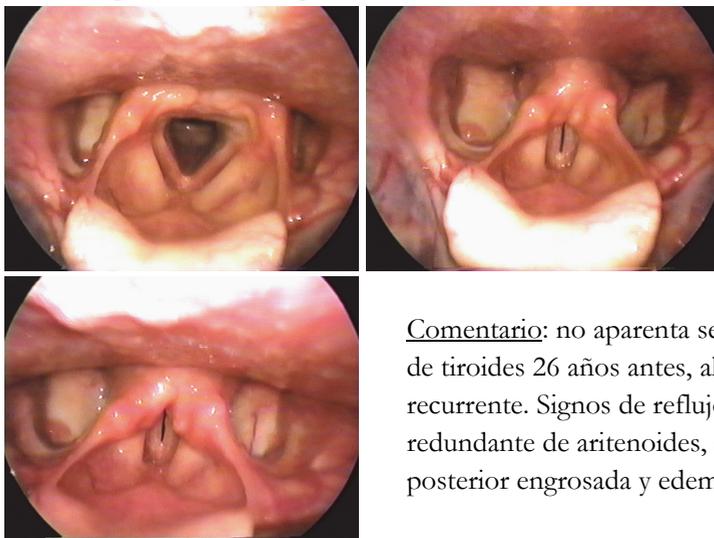
Cirugía: tiroides (a los 17 años)

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora desde hace 11 años, 44 h semanales y 40 alumnos. Disfonía intensa de reciente aparición asociada a esfuerzo vocal y virosis respiratoria. Pirosis frecuente. Hernia hiatal diagnosticada por endoscopia digestiva.

Descripción: pliegues vocales con leve congestión difusa y borde libre liso sin lesiones evidentes. Leve edema de cara subglótica. Motilidad conservada en aducción y abducción; hiato fonatorio longitudinal que ocasiona escape glótico. Leve irregularidad de comisura posterior y edema de mucosa aritenóidea.

Conclusión: Laringitis por reflujo faringolaríngeo; Disfonía disfuncional con comportamiento hipotónico.



Comentario: no aparenta secuela de cirugía de tiroides 26 años antes, al menos del nervio recurrente. Signos de reflujo: edema redundante de aritenoides, comisura posterior engrosada y edema subglótico leve.

Laringitis por reflujo y micronódulos

Caso 162 Mujer

Edad: 31 años

Fecha: septiembre 2013 y abril 2014

Ocupación: Profesora

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

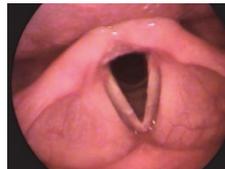
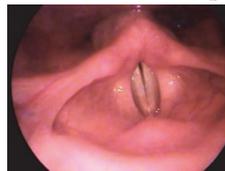
Antecedentes: profesora con siete años de ejercicio, 34 h. semanales y grupos de 35 alumnos. Disfonía por dos meses en forma progresiva. No refiere pirosis.

Descripción: laringe muestra pliegues vocales con leve congestión y edema de cara subglótica. Engrosamiento micronodular del borde libre con hiato posterior. Engrosamiento de la comisura posterior.

Conclusión: Micronódulos vocales; Laringitis por RFL y abuso vocal crónico.



Postoperatorio 21 días,
bordes libres rectos y
adosamiento completo.



Abajo: siete meses de tratamiento (prednisolona 10 días, budesonida 30 días y esomeprazol mantenido). Cierre incompleto del hiato, desaparición de edema subcordal, comisura posterior menos prominente, aunque persisten lesiones en borde libre algo mayor a derecha. Ha utilizado amplificación, pero presenta disfonía reiteradamente. Se efectuó cirugía de nódulos vocales (fotos derecha).

Laringitis crónica por abuso vocal, RFL y PTM tipo II

Caso 163 Hombre

Edad: 33 años

Fecha: junio de 2014

Ocupación: Profesor Educación Física

Tabaco: no

Medicamentos: no

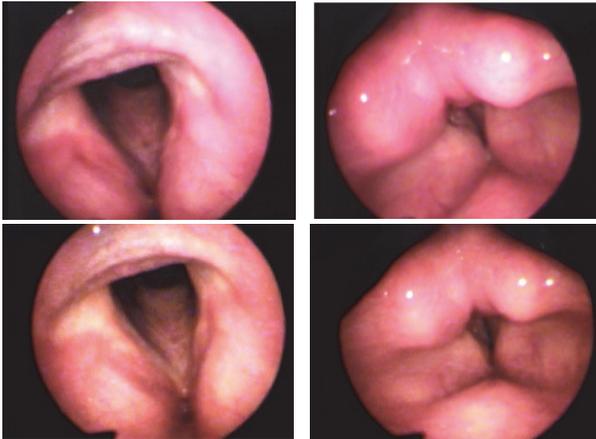
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscopía y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesor de Educación Física con nueve años de ejercicio, refiere disfonía de largo tiempo de evolución asociada a esfuerzo vocal con incremento hacia fin de semana laboral. No relata pirosis.

Descripción: laringe presenta edema congestivo difuso de pliegues vocales y edema de cara subglótica, así como engrosamiento moderado de la comisura posterior. Los ventrículos laríngeos no son visibles por edema de su cavidad e hipertrofia de bandas ventriculares, las que además se activan durante la fonación, determinando patrón de tensión muscular tipo II. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Laringitis crónica (abuso vocal y reflujo faringolaríngeo); Patrón de tensión muscular II.



Tratamiento: reposo vocal, esomeprazol 40 mg y budesonida inhalatoria (800 ug/día). Luego de seis semanas, menos edema laríngeo, se distingue pliegue vocal de banda ventricular y edema de cara subglótica. PTM tipo II persiste.

Comentario: actividad docente en espacios abiertos requiere amplificación para evitar daño a los tejidos vocales por sobreesfuerzo. Terapia vocal puede mejorar la hiperfunción de bandas ventriculares.

Lesión Estructural Mínima, ¿Puente mucoso?, Micronódulos

Caso 164 Mujer

Edad: 40 años

Fecha: diciembre de 2013

Ocupación: Profesora EB

Tabaco: ocasional

Medicamentos: fluticasona nasal y antialérgico

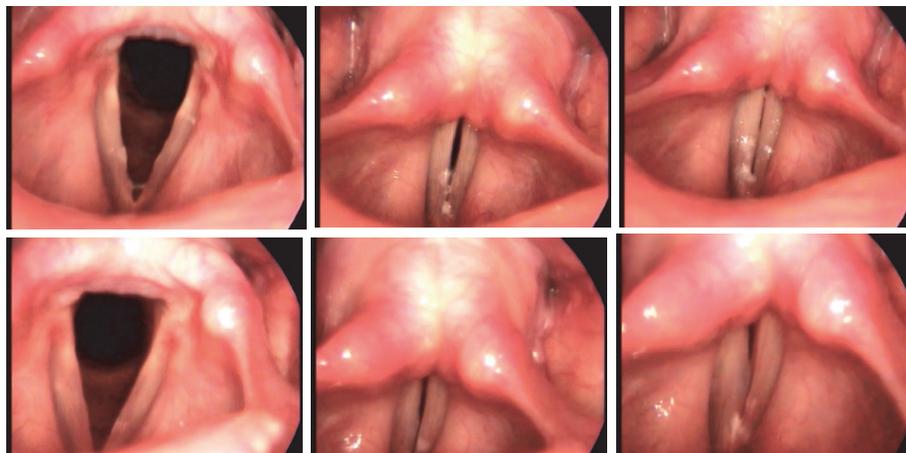
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y estroboscopia.

Antecedentes: profesora con ocho años de ejercicio, 44 horas semanales con grupos de 32 alumnos. Seis meses antes inicia disfonía progresiva con alteración vocal cada vez más precoz en la semana, sin recuperación con tiempo libre. No refiere pirosis.

Descripción: pliegues vocales con engrosamiento micronodular y secreción aglutinada en punto nodular. Adosamiento a veces normal y en ocasiones se evidencia un hiato longitudinal. Medialización compensatoria leve de banda ventricular izquierda. Onda mucosa de aspecto conservado. La comisura posterior presenta engrosamiento hiperqueratósico.

Conclusión: Lesión Estructural Mínima: ¿Puente mucoso?; ¿Micronódulos?; Reflujo faringolaríngeo.



A los cuatro meses: tratamiento esomeprazol y terapia FA (diez sesiones), se observa posible puente mucoso de pliegue derecho. Se indica exploración quirúrgica, pero se pierde continuidad de atención.

Lesión estructural mínima (puente mucoso, sulcus)

Caso 165 Mujer

Edad: 19 años

Fecha: abril de 2006

Ocupación: Estudiante de teatro

Tabaco: no

Medicamentos: inhalador beclometasona/salbutamol

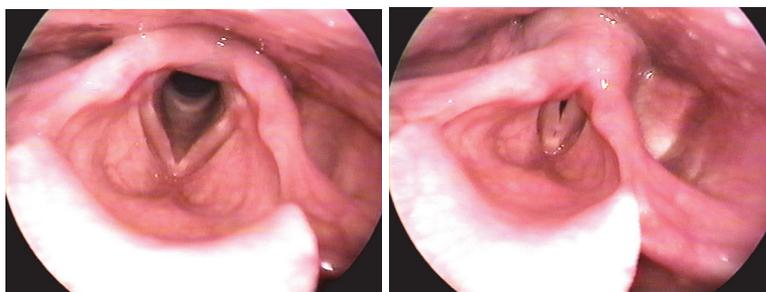
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía asociada al uso vocal intenso desde la infancia. Asma bronquial en tratamiento con inhalador y rinitis alérgica con spray de fluticasona y antihistamínico. Rx EED normal. Scanner de senos perinasales descartó sinusitis.

Descripción: ambos pliegues vocales presentan leve congestión y edema de mucosa, que determina borde libre suavemente convexo, algo mayor a derecha, produciéndose un adosamiento incompleto. Hiato posterior con escape glótico fonatorio. Leve edema de aritenoides. Acumulación de secreción sobre el punto nodular.

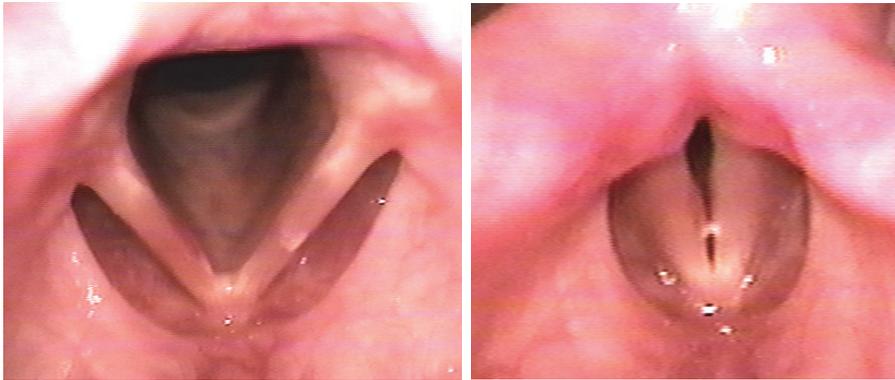
Conclusión: Disfonía por abuso vocal crónico; Lesión estructural mínima ¿sulcus vocalis, puente mucoso?



Control a los cuatro meses: se define zona localizada, tipo pólipo sésil en borde libre del pliegue derecho (¿sulcus o puente mucoso?) que mantiene hiato posterior. El pliegue izquierdo tiene aspecto casi normal, sin el edema previamente observado. Mínimo edema de cara subglótica de pliegues vocales. Los ventrículos laríngeos son mucho más visibles (en orejas de liebre) lo que refleja menor edema y activación de bandas.



Lesión borde libre derecho.
Apertura de ventrículos en 'orejas de liebre'.
Óptica 4 mm



Comentario: Es interesante apreciar la evolución del aspecto de las lesiones (inicialmente edema difuso, tipo fusiforme) que pueden estar relacionadas con la intensa actividad vocal del teatro, uso frecuente de inhalador para asma bronquial cuyos propelentes pueden originar irritación de la mucosa laríngea y, además algún grado menor de reflujo faringolaríngeo que como un axioma, siempre se debe sospechar y tratar. La Rx EED tiene positividad muy variable para detectar reflujo gastroesofágico y estos pacientes presentan con frecuencia sólo lesiones por reflujo en laringe (reflujo extraesofágico). El rol de la reeducación vocal es fundamental en estos casos y eventualmente reservar la cirugía cuidadosa sobre lesión del borde libre sólo si la disfonía es persistente o interfiere con la actividad del paciente. El objetivo no es lograr una laringe con aspecto 'normal', sino aquella que sea la más útil para el paciente, aún con persistencia de alguna lesión visible y características fonatorias 'sui generis', que pudieran dar singularidad a su desempeño actoral.

Micromembrana laríngea y nódulos vocales

Caso 166 Mujer

Edad: 30 años

Fecha: noviembre de 2013

Ocupación: cantante popular

Tabaco: no

Medicamentos: fluticasona/salmeterol

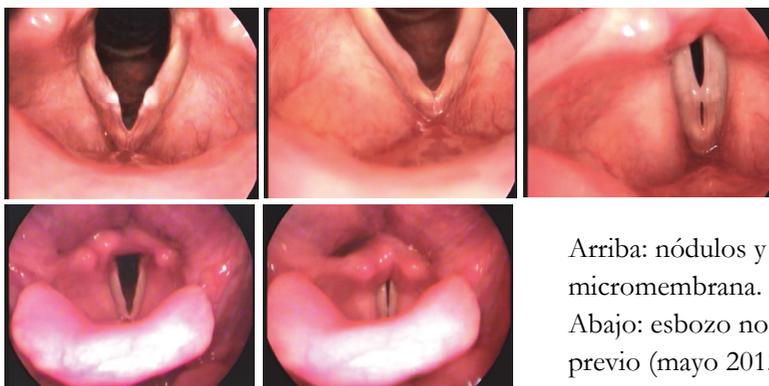
Cirugía: no

Técnica: Laringostroboscopia y/o Nasolaringofibroscofia

Antecedentes: asmática con uso de inhaladores permanente. Cantante con disfonía de un mes, asociada a cambio de repertorio. Voz mejora con reposo, pero percibe escape de aire y temblor. Desde seis meses antes, micronódulos tratados con terapia vocal.

Descripción: pliegues vocales con leve congestión lineal y lesiones nodulares que dejan importante hiato en reloj de arena, con predominio posterior. En comisura anterior destaca micromembrana donde se retienen secreciones.

Conclusión: Nódulos vocales; Micromembrana laríngea.



Arriba: nódulos y micromembrana.
Abajo: esbozo nodular previo (mayo 2013).

Comentario: cantante con higiene vocal y técnica adecuada, en quien sorprende notorio agravamiento de lesiones nodulares, lo que se podría explicar por cambio de repertorio y abuso vocal en voz hablada domiciliaria (cuatro hijos pequeños). Hallazgo de micromembrana plantea posible alteración de biomecánica al utilizar con más esfuerzo notas del registro grave. Lesiones similares, sin abuso vocal, sospechar nódulos en bambú de artritis reumatoide.

Micronódulos vocales (1)

Caso 167 Mujer

Edad: 51 años

Fecha: abril de 2008

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

Medicamentos: no

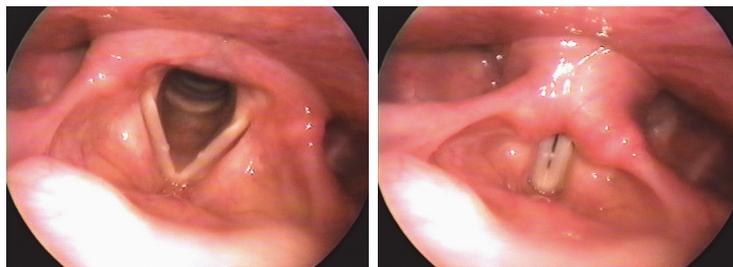
Cirugía: ovario 2005; meningioma en observación

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía de larga data asociada a uso vocal intenso. Efectuó tratamiento de reeducación vocal años atrás.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales con lesiones micronodulares en unión de tercio anterior y tercio medio (punto nodular).

Conclusión: Micronódulos vocales; Abuso vocal crónico.



Leve
prominencia
de banda
derecha.

Comentario: laringe simétrica, mínimo patrón de tensión muscular, sólo bordes libres con secreción-micronódulos. Comisura posterior normal. Llama la atención disfonía de varios años de evolución con hallazgos mínimos en laringe, pese al uso vocal exigente, posiblemente debido a ausencia de otros factores patogénicos como reflujo, tabaco, polución, respiración oral, inhaladores, etc. Se indica terapia fonoaudiológica.

Micronódulos vocales (2)

Caso 168 Mujer

Edad: 24 años

Fecha: julio de 2000

Ocupación: Profesora

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

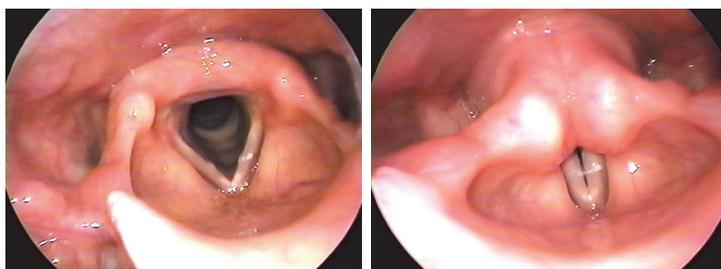
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora con un año de ejercicio; presenta disfonía recurrente con el uso vocal intensivo (40 horas semanales). Rinitis alérgica.

Descripción: se observa micronódulos con aglutinación de secreciones en el punto nodular y pequeño hiato intercordal posterior. Pliegues vocales tienden en fonación a efectuar una leve contracción ánteroposterior de la glotis (patrón de tensión muscular tipo III).

Conclusión: Micronódulos vocales; Disfonía disfuncional (patrón tensión muscular III leve).



Comentario: lesiones precoces por abuso vocal, probablemente reversibles con mejoría de técnica fonatoria. Interesante comparar con casos 73, 154, 171 y 191 profesoras también con menos de dos años de ejercicio laboral, con lesiones de gran magnitud. Contrariamente, el caso previo (167) exhibe sólo micronódulos luego de 25 años de trabajo docente. Tratándose de laringes con anatomía esencialmente 'normal' y disfunción vocal variable, pero sometidas a exigencia vocal equivalente, se desconoce qué factor preside en cada una la evolución observada.

Micronódulos vocales, patrón de tensión muscular

Caso 169 Mujer

Edad: 20 años

Fecha: enero de 2009

Ocupación: estudiante teatro

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

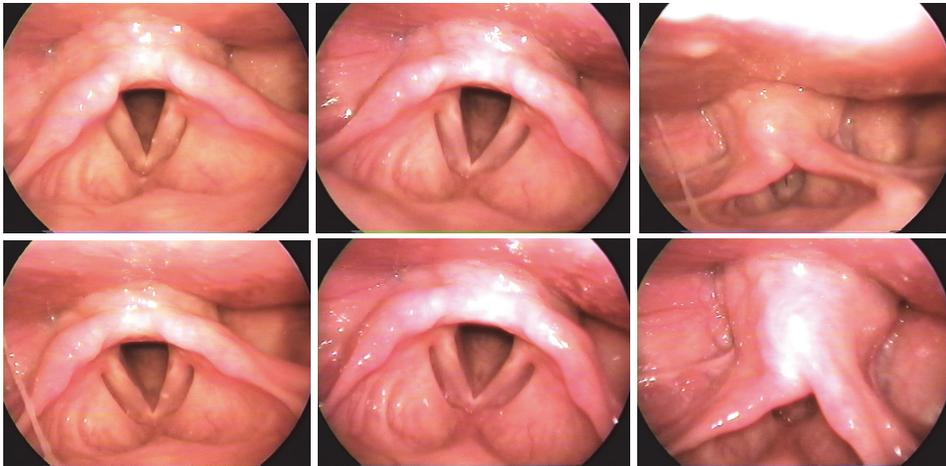
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía con voz áspera de larga data. Estudia teatro desde hace dos años. Exámenes auditivos normales.

Descripción: pliegues vocales muestran leve edema congestivo y secreción aglutinada en punto nodular más a izquierda, la que se remueve con carraspera. Leve engrosamiento micronodular. En fonación se observa adelantamiento de aritenoides ‘abrazando’ el derecho al opuesto, conformando un patrón de tensión muscular tipo III marcado.

Conclusión: Micronódulos vocales; Disfonía con PTM tipo III.



Abajo: control a los 14 meses, lesiones sin cambios. No efectúa terapia vocal. Micronódulos apenas aparentes con óptica de 4 mm y glotis oculta en fonación por PTM. Prueba terapéutica en fibroscopia (ej. humming, vibración sonora lingual ascendente) facilitaría exposición de la glotis para observar el adosamiento vocal y posible hiato, colaborando al diagnóstico y terapia.

Nódulos vocales (1)

Caso 170 Mujer

Edad: 35 años

Fecha: junio de 1999

Ocupación: Parvularia

Tabaco: no

Medicamentos: no

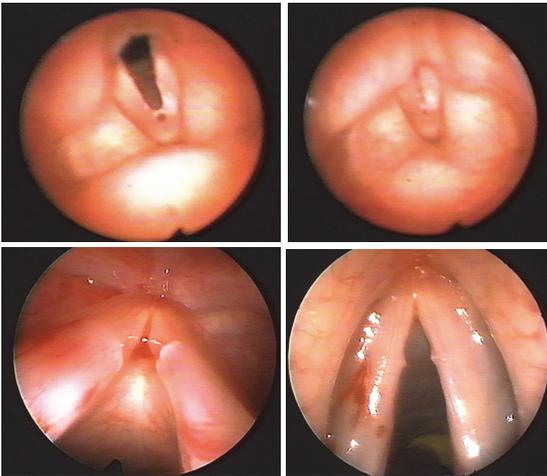
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia.

Antecedentes: disfonía de meses de evolución en forma variable, asociada a actividad vocal intensa.

Descripción: pliegues vocales muestran nódulos en la unión del tercio anterior y medio, con acumulación de secreción mucosa. Motilidad cordal conservada. Sin Patrón de Tensión Muscular evidente.

Conclusión: Nódulos vocales.



En las fotos inferiores, nótese el relieve nodular en toda la altura del borde libre, que toma el aspecto de un arco con dos cúspides y una depresión intermedia, al observar con óptica de 70° desde la comisura posterior durante la microcirugía. Sección a ras logra pronta mejoría vocal.

Comentario: aspecto típico de nódulos en ‘espinas de rosa’ o ‘kissing nodules’ por su simetría. Se indicó reeducación vocal.

Control en marzo de 2015, 16 años de seguimiento. Asintomática vocal por años. Se desempeña en ámbito universitario. Sólo carraspera ocasional y dos días antes virosis respiratoria y abuso vocal.



Al examen se aprecia ausencia de nódulos, buen adosamiento vocal y edema congestivo difuso de pliegues vocales, en especial de la cara subglótica y ventrículos obliterados. Comisura posterior engrosada con irregularidad en empedrado y aspecto de hiperqueratosis. Edema de mucosa de cara posterior de los aritenoides.

Comentario: postoperatorio de nódulos vocales (1999) sin reaparición de síntomas hasta la fecha. Efectuó reeducación vocal y cambió entorno laboral a estudiantes de instituto profesional, con menor exigencia vocal. Presenta síntomas de reflujo ácido por largo tiempo sin tratamiento, encontrándose al examen signos importantes de reflujo faringolaríngeo. Se indica lansoprazol y corto reposo vocal.

Nódulos vocales (2)

Caso 171 Mujer

Edad: 26 años

Fecha: noviembre de 2006

Ocupación: Profesora de música

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora de música con dos años de ejercicio. Carga de 17 h semanales; cursos de 16 a 45 alumnos. Canta en coro. Desde hace un año nota fatiga vocal los últimos días de la semana laboral, con alivio el fin de semana. Sensación de pirosis frecuente.

Descripción: engrosamiento nodular en ambos pliegues vocales, unidos por puente salival, con mucosa leve y difusamente congestiva. Se produce en fonación hiato glótico y contracción anteroposterior por adelantamiento de aritenoides en bloque. Edema congestivo del ápex de los aritenoides y leve de zona retroaritenoidea. Activación variable de bandas ventriculares (fotos centro y derecha).

Conclusión: Nódulos vocales incipientes; Disfonía por PTM tipo III. Reflujo faringolaríngeo.



Comentario: reflujo, abuso vocal y mala técnica provocan lesiones nodulares iniciales. Requiere terapia fonoaudiológica, incluyendo ex profeso técnicas de canto, medicamentos para control de reflujo y uso de amplificación en sala de clases.

Nódulos vocales, ¿Quiste?

Caso 172 Mujer

Edad: 34 años

Fecha: agosto de 1999

Ocupación: Profesora Educación Física

Tabaco: no

Medicamentos: no

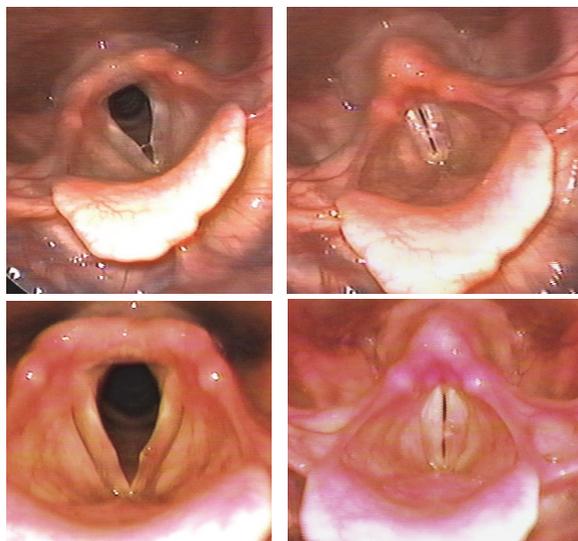
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

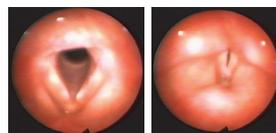
Antecedentes: profesora con disfonía de larga data asociada a esfuerzo vocal.

Descripción: engrosamiento nodular en ambos pliegues vocales, en ubicación típica, algo mayor a izquierda. Con óptica rígida de 70° se visualiza a izquierda una formación vascular de aspecto variable con relieve que protruye en cara superior ¿posible quiste?. Motilidad de aducción y abducción normal. Cierre fonatorio denota hiato anterior y posterior a las lesiones del borde libre.

Conclusión: Nódulos vocales; Telangiectasias de pliegues; ¿Quiste?.



Izquierda: vista en respiración y fonación con óptica rígida de 4 mm, detalle de nódulos y lesión vascular del pliegue izquierdo.



Arriba, vista con fibra de 3,4 mm: engrosamiento nodular y bandas activas.

Abajo, a los siete meses, sólo mayor área congestiva cuerda izquierda.

Comentario: no se opera por tiene embarazo avanzado. Sin evaluación posterior. Lesiones vasculares muchas veces se presentan circundando alteraciones más profundas del pliegue vocal, como lesión ‘satélite’.

Nódulos vocales evolutivos y disfonía funcional

Caso 173 Mujer

Edad: 43 años

Fecha: octubre de 2006

Ocupación: Profesora universitaria

Tabaco: no Medicamentos: descongestionante, spray nasal corticoides

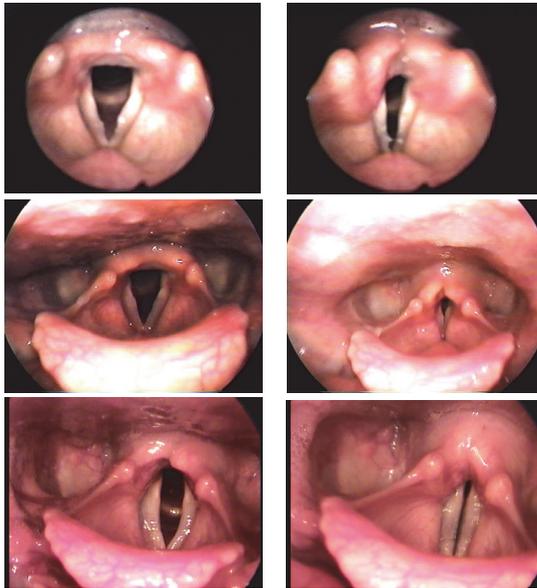
Cirugía: tonsilas (7 años)

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: obstrucción nasal por septodesviación y respiradora oral. Ocasionalmente disfonía. Desempeño vocal con clases prolongadas.

Descripción: laringe muestra nódulos vocales y moderado edema de comisura posterior. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Nódulos vocales; Reflujo faringolaríngeo leve.



Arriba: nódulos vocales en octubre 2006 (fibroscofia). Centro: agosto 2007 (óptica 4 mm), pliegues sin aspecto nodular pero con actividad de bandas ventriculares (asma bronquial debutante). Abajo: enero 2015, control a nueve años (óptica 8 mm), disfonía variable por meses. Tratada por asma bronquial durante cuatro meses con fluticasona/salmeterol y anti-alérgico. Laringe hipotónica, con hiato longitudinal variable y pliegues arqueados en *boomerang* en respiración. Leve edema de pliegues sin signos de reflujo. Se indica terapia vocal y esomeprazol pese a no tener pirosis.

Comentario: en diez años, mutación de nódulos vocales incipientes a hiperfunción y luego hipofunción en usuaria vocal moderada, respiradora oral y asmática. Sin terapia FA, desarrolla mecanismos compensatorios variables.

Nódulos laríngeos (fase fibrosa)

Caso 174 Mujer

Edad: 30 años

Fecha: junio de 2014

Ocupación: Profesora Básica

Tabaco: escaso

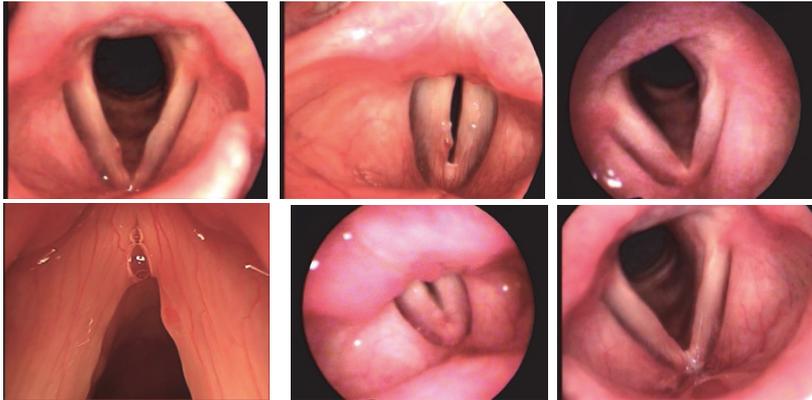
Medicamentos: no

Cirugía: no

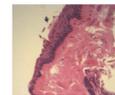
Antecedentes: profesora básica con seis años de ejercicio, 38 horas semanales y 26 alumnos. Disfonía de dos meses gatillada por virosis respiratoria y uso vocal mantenido en clases. Desde entonces voz opaca y mayor esfuerzo vocal a la fonación. Pirosis ocasional.

Descripción: lesión nodular con componente de hipervascularidad en tercio medio hacia anterior del pliegue vocal derecho que origina pequeña indentación por contragolpe en pliegue opuesto. Leve engrosamiento de comisura posterior y edema subcordal. Motilidad de aducción y abducción conservada. Hiato posterior variable. Disrupción de la onda mucosa a derecha por lesión.

Conclusión: Nódulos vocales; Reflujo faringolaríngeo.



Óptica de 8 mm arriba a izqda. A derecha fibroscopio. Abajo: Nódulos en fase fibrosa



Comentario: nótese que las imágenes de fibra óptica de 3,4 mm (arriba der.) sólo muestran aspecto de lesión vascular en borde libre. Abajo a la izquierda intraoperatorio, centro y derecha control a los 2 meses. Se trató con lansoprazol tres meses, terapia vocal y amplificación.

Nódulos vocales operados (1)

Caso 175 Mujer

Edad: 33 años

Fecha: diciembre de 2006

Ocupación: Cantante

Tabaco: no

Medicamentos: no

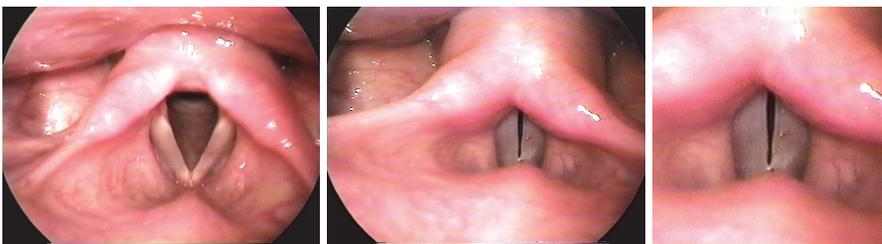
Cirugía: microcirugía laríngea por nódulos (1996)

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida

Antecedentes: operada de nódulos vocales en 1996 (estudiante de canto). Canta jazz profesionalmente desde hace ocho años. No ha presentado molestias vocales en relación a su trabajo. Rinitis alérgica en tratamiento.

Descripción: laringe muestra pliegues con aspecto conservado, borde libre regular con ocasional acumulación de secreción hacia tercio anterior; ventrículos libres. Adosamiento deja hiato longitudinal fino regular. Motilidad de aducción y abducción normal. En tercio medio del pliegue izquierdo, sobre su cara superior, se observa formación vascular tipo telangiectasia aracniforme que no alcanza el borde libre.

Conclusión: Postoperatorio diez años de nódulos vocales; Telangiectasia de pliegue vocal.



Comentario: cantante operada de nódulos no vuelve a desarrollar lesiones. Maneja buena técnica vocal y pequeña lesión vascular parece no repercutir en su emisión vocal, al igual que hiato longitudinal observado en voz hablada.

Nódulos vocales operados (2)

Caso 176 Mujer

Edad: 31 años

Fecha: abril 2012

Ocupación: Educadora de párvulos

Tabaco: no

Medicamentos: budesonida, esomeprazol

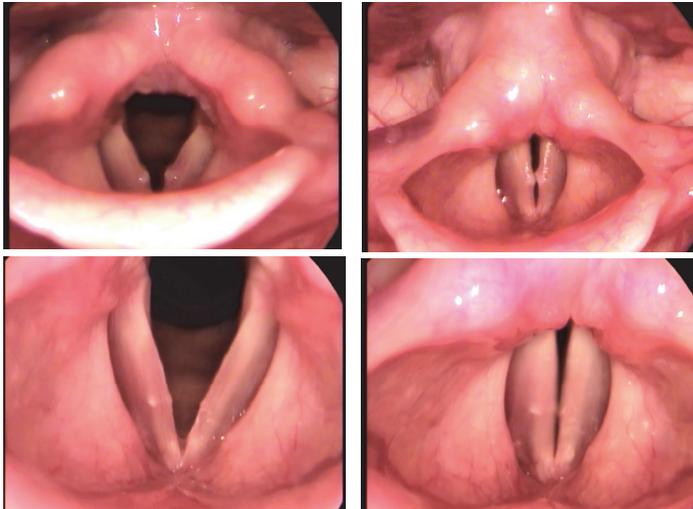
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: educadora de párvulos con seis años de ejercicio, 44 horas semanales y grupos de veinte alumnos. Disfonía progresiva desde hace ocho meses. Terapia de reeducación vocal sin mejoría. No refiere pirosis.

Descripción: laringe presenta nódulos vocales con hiato fonatorio en reloj de arena y escape de aire marcado. Comisura posterior con notorio engrosamiento de aspecto paquidérmico festoneado.

Conclusión: Nódulos vocales; Laringitis por RFL.



Resección por microcirugía. Control a los veinte días muestra engrosamiento mínimo en punto nodular y escape por hiato posterior. Se indicó terapia vocal.

Comentario: en punto nodular se produce acúmulo de secreciones que pueden simular micronódulos o aún nódulos, que se deben barrer para apreciar el borde libre real.

Nódulos y telangiectasia de pliegues vocales

Caso 177 Mujer

Edad: 60 años

Fecha: junio de 2005

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora con 30 h semanales de aula, cansancio vocal junto con leve disfonía, disconfort faríngeo, globus y a veces odinofagia. Dos meses de disfagia para sólidos.

Descripción: laringe presenta sobre pliegue vocal derecho lesión vascular asimilable a varicosidad o telangiectasia, ubicada sobre la cara superior. En pliegue izquierdo hay una pequeña mancha vascular lineal. En el punto nodular se observa nódulos vocales de mediano tamaño, con secreciones alrededor. En fonación se produce hiato longitudinal regular. Comisura posterior de aspecto normal.

Conclusión: Nódulos y telangiectasia de pliegues vocales.



Comentario: nódulos atribuibles a ‘abuso vocal profesional’; lesiones vasculares se pueden deber a inflamación aguda no resuelta. La disfonía tiene relación con nódulos y el esfuerzo vocal con escape fonatorio. Rx de EED mostró impronta posterior del músculo cricofaríngeo que da cuenta de la disfagia para sólidos. En año 2007 se efectuó endoscopia digestiva y erradicación de Helicobacter Pylori.

Nódulos vocales y micromembrana comisura anterior

Caso 178 Mujer

Edad: 35 años

Fecha: mayo de 2014

Ocupación: Educadora de párvulos

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

Cirugía: no

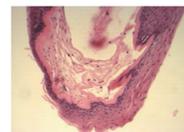
Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: educadora con once años de ejercicio (30 niños y 44 h semanales). Disfonía progresiva desde hace un año, asociada a uso vocal intenso, sin lograr recuperación con reposo vocal de fin de semana.

Descripción: estroboscopia laríngea muestra edema generalizado de pliegues vocales, borde libre fusiforme y lesiones vasculares lineales aisladas. Adosamiento de pliegues con hiato intercordal variable y patrón de tensión muscular ocasional. Edema de zona aritenóidea que oculta la comisura posterior y rellena seno piriforme izquierdo.

Conclusión: Laringitis crónica por abuso vocal y reflujo faringolaríngeo; Nódulos vocales.

Laringoscopia directa muestra micromembrana de comisura anterior. Resección de lesiones e infiltración de corticoides.



Las imágenes de abajo a la izquierda y centro muestran pliegues vocales sin edema (28 días), borde libre recto y onda mucosa regular y simétrica, así como adosamiento completo sin escape. Es evidente la menor tensión anteroposterior y menos edema de la zona aritenóidea.

Comentario: el tratamiento con lansoprazol, budesonida inhalada y reposo vocal por cuatro semanas, define lesiones nodulares en los pliegues vocales, permitiendo resección precisa en la microcirugía laríngea. Micromembrana, abuso vocal crónico y probablemente reflujo causan proceso inflamatorio exudativo con aspecto inicial de degeneración poliposa. El patólogo informa nódulos laríngeos en fase fibrosa. Se observó una lenta mejoría vocal postoperatoria en el curso de ocho semanas, con una virosis respiratoria intercurrente y se indicó terapia vocal de apoyo. La paciente regresó a la actividad con amplificación en sala lo que redundó en menor esfuerzo vocal y mejoría sostenida de la calidad vocal. Control postoperatorio a siete meses con voz normal, aunque se desempeña con lactantes, siendo su exigencia vocal menor, pero reservando uso de micrófono para las actividades pertinentes. Se debería considerar la posibilidad de cambio de puesto en casos como el presente, en que persiste una condición de labilidad como la micromembrana anterior. Se mantiene con lansoprazol.



Control al año de operada. Presenta voz clara. Aspecto de pliegues, casi sin edema y adosamiento vocal completo.

Nódulos vocales y sulcus vocalis

Caso 179 Mujer

Edad: 25 años

Fecha: junio de 2014

Ocupación: Profesora

Tabaco: 3 cig/día

Medicamentos: esomeprazol, montelukast

Cirugía: septoplastía, antrostomía y vaporización de cornetes 2009

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora que ejerce desde hace tres meses, cursos de 36 alumnos (EM) y 40 h semanales. Presenta disfonía progresiva que le impide efectuar clases. Aficionada al canto popular, refiere disfonía desde 2002 (13 años de edad) con uso vocal intenso. En 2003 se le diagnosticó nódulos vocales y efectuó terapia vocal. En examen del año 2009 (19 años, previo a cirugía nasosinusal), se describe laringe con aspecto micronodular, siendo estudiante de pedagogía con moderados síntomas vocales.

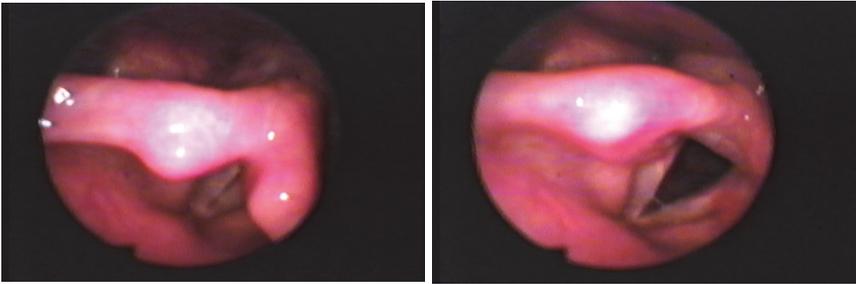
Descripción: laringe presenta engrosamiento nodular simétrico en tercio medio-anterior del borde libre. Hiato de predominio posterior. Moderado edema de cara subglótica de pliegues vocales. Comisura posterior algo engrosada.

Conclusión: Nódulos vocales; Signos de reflujo faringolaríngeo.

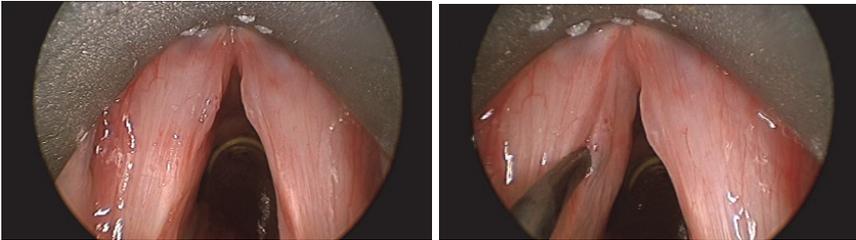


Se opta por exploración laríngea en vista de la rápida e incapacitante disfonía ocupacional, sin buenos resultados con terapia vocal en períodos previos y considerando posible lesión estructural de base.

Aspecto de laringe en 2009, micronódulos vocales



Microcirugía laríngea octubre de 2014: resección de nódulos vocales simétricos. Exploración demuestra sulcus en pliegue vocal izquierdo (tipo III), vecino al borde libre.



Postoperatorio quince días; gran mejoría vocal y de aspecto laríngeo. A la derecha histología: nódulos vocales en fase varicosa.

Comentario: paciente que inicia afición al canto a los trece años presentando disfonía relacionada con esfuerzo vocal. Estudia pedagogía y en las prácticas se acentúa trastorno vocal. Inicia actividad laboral que se perturba por mal desempeño fonatorio. La microlaringoscopia muestra pequeño sulcus vocalis que puede explicar en parte su marcada y precoz disfonía, agravada por el uso-abuso cada vez mayor, pero desproporcionada en su magnitud y avance. El fenómeno de hiperfunción entonces favorece la aparición de lesiones nodulares. Se debe sospechar de una lesión estructural ‘mínima’ en un paciente cuya disfonía no guarda relación con los antecedentes vocales.

Nódulos vocales asimétricos

Caso 180 Mujer

Edad: 58 años

Fecha: julio de 2005

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora con 33 años de ejercicio, 35 horas semanales y curso de 41 alumnos. Refiere disfonía de un año de evolución, que se acentúa con uso vocal intenso en la semana y alivio parcial con reposo. Efectuó diez sesiones de terapia vocal fonoaudiológica y reposo de siete días, persistiendo gran dificultad vocal. Además recibió dos tratamientos antimicrobianos por supuesta sinusitis.

Descripción: laringe presenta engrosamiento de aspecto nodular en el tercio anterior de ambos pliegues vocales, más voluminoso a izquierda (¿quiste?). Durante la fonación se aprecia hiato especialmente posterior y tendencia a acortamiento anteroposterior fonatorio.

Conclusión: Nódulos vocales: ¿quiste pliegue izquierdo y lesión por contragolpe?



Leve activación de banda ventricular izquierda que oculta ventrículo. Izquierda fibroscopia



Disfonía reciente en profesora por 33 años, sin mejoría con terapia vocal. Descompensación por factor no esclarecido. Posible lesión primaria a izquierda ¿quiste? y secundaria a derecha. Se observa tenues elementos de tensión muscular. Es necesario mayor precisión diagnóstica.

Papiloma laríngeo, nódulo vocal, abuso vocal

Caso 181 Mujer

Edad: 57 años

Fecha: diciembre de 2013

Ocupación: Profesora

Tabaco: cesó hace 5 años

Medicamentos: hipertensión arterial

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora de Enseñanza Media con 34 años de ejercicio, carga horaria semanal de 44 h y 30 alumnos por curso. Hace siete años inicia clases a cursos de Básica notando cambios en su voz, los que se acentúan hace tres años con disfonía progresiva y alivio con descanso del fin de semana. Tensión cervical y odinofagia ocasional.

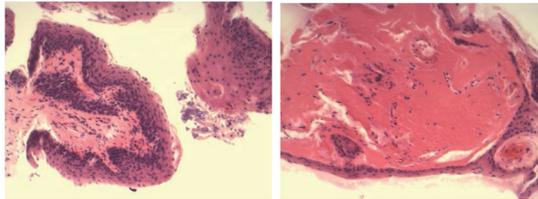
Descripción: laringe presenta pliegues vocales edematosos en forma difusa con aspecto fusiforme en la inspiración. Leve congestión y formación vascular en pliegue izquierdo que conforma pequeña lesión de aspecto poliposo en borde libre. Disrupción de la onda mucosa. Adosamiento vocal variable, a ratos con escape glótico. Edema hacia cara subglótica. Comisura posterior irregular y engrosada con aspecto de hiperqueratosis.

Conclusión: Laringitis crónica multicausal (degeneración poliposa; abuso vocal crónico; reflujo faringolaríngeo); ¿Pólipo vocal en formación?



Comentario: disfonía gatillada por cambio de uso vocal desde educandos de enseñanza media a los de básica, con mayor exigencia fonatoria. Cesó tabaco cinco años antes, persistiendo edema subepitelial tipo Reinke. Se trata con lansoprazol, budesonida inhalada y reposo por tres semanas, sin mejoría de síntomas ni del aspecto endoscópico. Se opta por cirugía.

En enero 2014 se efectúa resección de lesiones laríngeas y se inyecta corticoides de depósito en el espesor y zona subepitelial de pliegues. Lesión bilateral, ‘poliposa’ en borde libre del pliegue vocal izquierdo con áreas de ectasia vascular adyacentes y nodular en pliegue derecho. Edema de pliegues persistente.



Informe histopatológico determinó papiloma laríngeo a izquierda y nódulo vocal en fase fibrinoidea a derecha

En el postoperatorio cursó con leve hipotonía del pliegue vocal izquierdo con hiato variable. Se indica terapia vocal y mantener lansoprazol. Control a los seis meses, reporta voz normal y laringe muestra pliegues vocales con borde libre recto y buen adosamiento fonatorio.



P.O. 18 meses, voz óptima. Usa micrófono y toma omeprazol. Pliegues con buen aspecto. Adosamiento vocal casi total. Activación de bandas luego de virosis reciente.

Comentario: aspecto poliposo de lesión del pliegue izquierdo (papiloma) es engañoso y lesión nodular que se aprecia sólo en microlaringoscopia, muestran que el diagnóstico laringoscópico es presuntivo y solamente la histopatología determina su real naturaleza.

Paquidermia Laríngea

Caso 182 Hombre

Edad: 37 años

Fecha: agosto de 1999

Ocupación: Profesor

Tabaco: no

Medicamentos: no

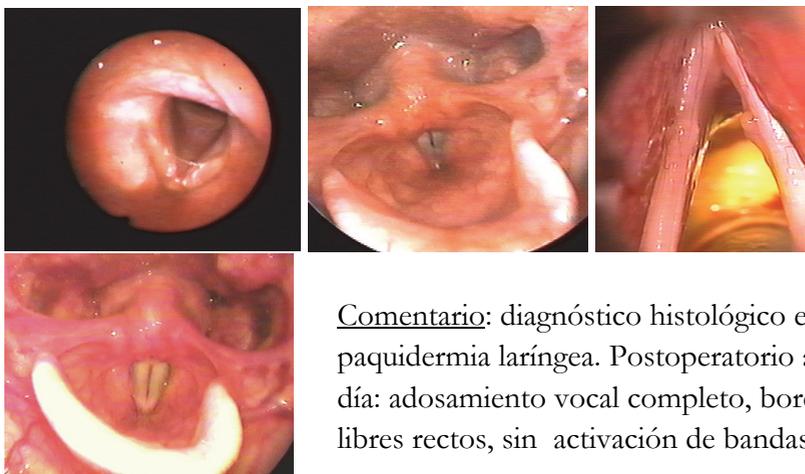
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesor de Educación Física, con disfonía variable de larga data asociada a uso vocal intenso.

Descripción: laringe muestra lesión prominente en borde libre del pliegue vocal derecho (punto nodular), que origina impresión por contragolpe en lado opuesto, hiato posterior a ella y puente salival. Motilidad normal de abducción y aducción. Edema subcordal moderado. Activación leve de bandas ventriculares en fonación.

Conclusión: Nódulos vocales asimétricos; Reflujo faringolaríngeo.



Comentario: diagnóstico histológico es paquidermia laríngea. Postoperatorio al 8° día: adosamiento vocal completo, bordes libres rectos, sin activación de bandas.

Comentario: esta lesión cordal parece ser independiente del abuso vocal, siendo más bien un residuo epitelial malformativo. Se resecaron lesiones en ambos lados y se mantiene sin disfonía hasta la fecha.

Paresia laríngea a frigore (1)

Caso 183 Mujer

Edad: 43 años

Fecha: abril de 2007

Ocupación: Profesora

Tabaco: escaso

Medicamentos: no

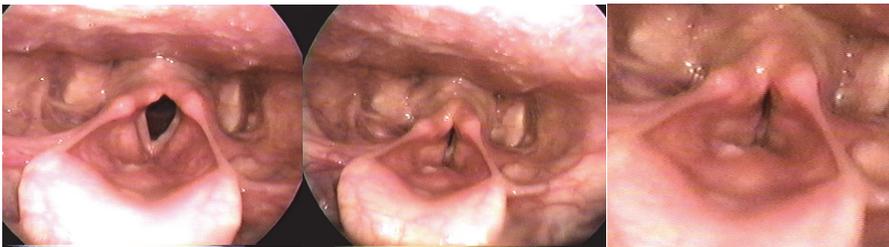
Cirugía: no

Técnica: endoscopia rígida.

Antecedentes: infección respiratoria alta de cinco días de evolución, (congestión nasal y tos), agregándose en forma aguda una intensa disfonía con quiebres tonales. No refiere disfonía habitual, pero sí pirosis.

Descripción: pliegue izquierdo parece hipotónico con borde libre arqueado y en posición algo lateral, lo que determina escape glótico fonatorio. Seno piriforme izquierdo más pequeño. En fonación se produce intensa activación compensatoria de bandas.

Conclusión: Laringitis aguda asociada a lesión neural: posible paresia combinada del nervio laríngeo superior y recurrente izquierdos.



Comentario: profesora con 15 años de actividad sin disfonía previa de origen ocupacional. Virosis respiratoria cursa con lesión neural aguda que determina hipotonía del pliegue izquierdo, por menor actividad del músculo cricotiroideo (NLS) y posiblemente del nervio recurrente.

Paresia laríngea a frigore (2)

Caso 184 Mujer

Edad: 49 años

Fecha: julio de 2009

Ocupación: Profesora

Tabaco: cesó años antes

Medicamentos: budesonida, antihipertensivo

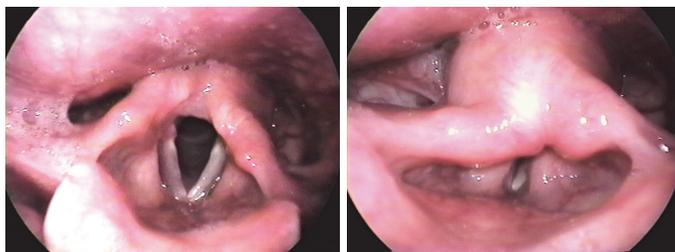
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora con 25 años de ejercicio, dicta 25 horas semanales. Presenta disfonía de diez días de evolución, posterior a virosis respiratoria que cursó sin síntomas vocales. Sin historia de disfonía de origen laboral. Asmática en tratamiento con inhalador de corticoides.

Descripción: se observa paresia del pliegue vocal izquierdo en posición intermedia, presentando una leve excursión hasta posición paramediana en fonación. Borde libre del pliegue excavado y aritenoides en posición más anterior y elevada. Pliegue vocal derecho compensa el déficit sobrepasando la línea media con 'abrazo' del aritenoides. Se aprecia activación de bandas ventriculares en fonación. Residuo salival en seno piriforme derecho. Comisura posterior sin particularidades.

Conclusión: Paresia a frigore recurrente izquierdo.



Paresia vocal en posición intermedia. Paramediana es más frecuente y más fácil de compensar.

Comentario: virosis respiratoria produce lesión neural tardía con déficit motor de hemilaringe izquierda compensado por lado opuesto. Se debe esperar evolución de supuesta 'neuritis viral'. Destaca ausencia de lesiones de origen laboral u otras asociadas al uso de inhalador para el asma bronquial.

Pólipo vocal (2)

Caso 185 Mujer

Edad: 44 años

Fecha: diciembre de 2013

Ocupación: parvularia (inactiva)

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

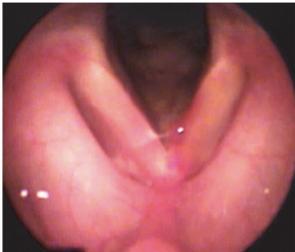
Cirugía: amígdalas

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

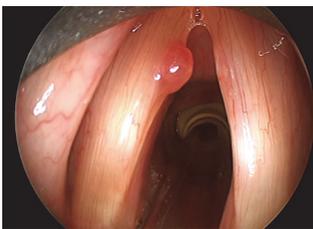
Antecedentes: disfonía de siete meses de evolución inicialmente asociada a virosis respiratoria. Canta con frecuencia. No relata pirosis.

Descripción: laringe presenta en pliegue vocal izquierdo lesión con aspecto de pólipo angiomaso, ubicada en tercio anterior, con elementos varicosos aledaños. Pliegue opuesto muestra lesión por contragolpe. En fonación se aprecia hiato posterior. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Pólipo vocal.



Arriba, vista con fibroscopio de 3,4 mm. Abajo detalle de lesiones de pliegues vocales.



Abajo izquierda vista intraoperatoria. A la derecha se aprecia recuperación vocal completa luego de una semana de postoperatorio.

Comentario: resección de pólipo por microcirugía y pequeño 'recorte' de lesión por contragolpe del pliegue opuesto.

Pólipo vocal y reflujo faringolaríngeo

Caso 186 Mujer

Edad: 33 años

Fecha: marzo de 2008

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

Medicamentos: no

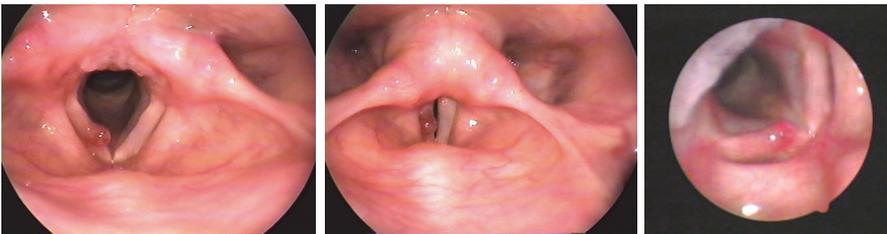
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora que refiere disfonía de varios años de duración en forma progresiva, llegando ocasionalmente a episodios de afonía. Endoscopia dos años antes mostró pólipo vocal derecho. Actualmente con limitación fonatoria que origina sobre esfuerzo vocal y sintomatología secundaria a tensión muscular cervical. Reflujo gastroesofágico tratado en forma esporádica.

Descripción: lesión de aspecto poliposo en tercio medio del pliegue vocal derecho sobre cara superior y borde libre, que produce hiato fonatorio especialmente posterior. El pliegue opuesto presenta ligera impronta en zona de contacto. Comisura posterior engrosada con textura irregular y de aspecto hiperqueratósico. Edema subcordal. Motilidad cordal de aducción y abducción parece normal.

Conclusión: Pólipo vocal derecho; Comisuritis posterior (RFL).



Comentario: pólipo vocal probablemente asociado a esfuerzo vocal agudo, sobre mucosa inflamatoria (RFL) y abuso vocal crónico ocupacional. A la derecha, lesión año 2006, no presenta regresión espontánea.

Pólipo vocal, ¿disfonía de origen laboral?

Caso 187 Hombre

Edad: 32 años

Fecha: diciembre de 2013

Ocupación: Profesor

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesor con seis años de ejercicio, nota desde hace cinco meses disfonía progresiva inicialmente aliviada por reposo vocal de fin de semana. Trabaja 40 h semanales, cursos de 30 alumnos de secundaria. Completó reposo laboral por un mes, sin evidenciar mejoría vocal. Hizo dos exámenes endoscópicos de los que no se tiene registro.

Descripción: laringoestroboscopia muestra lesión protruyente con aspecto poliposo en zona media del borde libre del pliegue vocal izquierdo que se corresponde con engrosamiento por contragolpe en pliegue derecho. Hiato fonatorio amplio con escape glótico que produce voz soplada. Se logra adosamiento completo ocasional. Disrupción de onda mucosa en pliegue izquierdo por efecto de masa de la lesión. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Pólipo de pliegue vocal izquierdo.



Comentario: el aspecto de la lesión no siempre coincide con diagnóstico histopatológico. Se puede observar nódulos en variadas etapas de evolución con apariencia de lesiones polipoideas o de granulación. Comparar con casos 90, 114 y 115. No presentó lesiones vocales en cinco años y no tiene factor gatillante conocido para estado actual; ¿origen laboral? El diagnóstico siempre requiere de imágenes de buena calidad y registro para seguimiento.

Presbilaringe, hipotonía laríngea

Caso 188 Mujer

Edad: 72 años

Fecha: julio de 2009

Ocupación: Profesora

Tabaco: no

Medicamentos: levotiroxina, broncodilatador ocasional

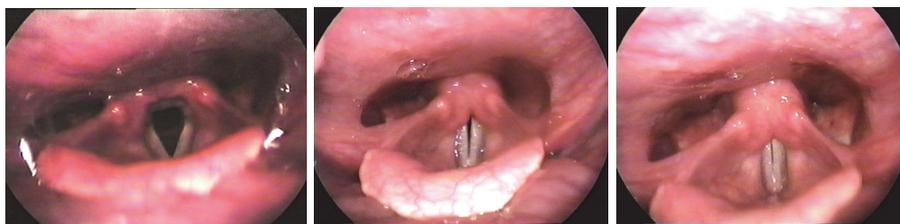
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora con actividad docente continuada por más de 50 años, con jornada actualmente de hasta ocho horas. Presenta disfonía progresiva a través de la semana. Piroxis leve. Rx EED demuestra hernia hiatal menor.

Descripción: laringe presenta pliegues vocales con características anatómicas conservadas, borde libre recto y adosamiento completo. De momentos se produce un afrontamiento incompleto con formación de un hiato longitudinal, que no se acompaña de un patrón de tensión muscular típico. La comisura posterior se encuentra levemente engrosada y hay ligero edema posterior de los aritenoides.

Conclusión: Disfonía disfuncional con hipotonía; Comisuritis posterior.



Comentario: caso excepcional de docente sin patología vocal en 50 años de actividad, que presenta síntomas atribuibles sólo a la edad (sin daño por reflujo, hipotiroidismo, abuso vocal, propelentes). Presbifonía es el conjunto de condiciones fisiológicas involutivas de la laringe y del aparato respiratorio, que reducen la eficacia respiratoria y muscular ante la demanda vocal cotidiana y más aún en este caso con alta exigencia laboral. La terapia fonoaudiológica es de gran utilidad en estos casos.

Proceso vocal prominente, Presbilaringe

Caso 189 Hombre

Edad: 66 años

Fecha: agosto 1998

Ocupación: Profesor universitario

Tabaco: no

Medicamentos: no

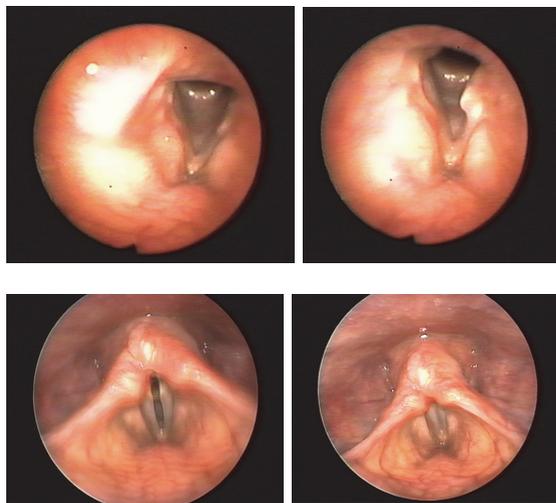
Cirugía: amigdalectomía

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía y fonalgia luego de efectuar clases.

Descripción: pliegues vocales con borde libre ligeramente cóncavo, efecto visual magnificado por proceso vocal prominente, en especial a izquierda durante la fase espiratoria, en que el aritenoides se proyecta hacia la glotis. Bandas ventriculares prominentes en forma variable. En fonación se observa leve sobreaducción de los aritenoides como signo de hiperfunción, logrando adosamiento vocal completo.

Conclusión: Presbilaringe; Disfonía con hiperfunción.



Comentario: proceso vocal que protuye; no se debe confundir con un inexistente 'nódulo posterior'. Efectuó terapia vocal y en año 2011 refiere tener un desempeño vocal satisfactorio.

Quiste pliegue vocal

Caso 190 Mujer

Edad: 57 años

Fecha: junio de 2012

Ocupación: Profesora

Tabaco: 8 cig/día

Medicamentos: no

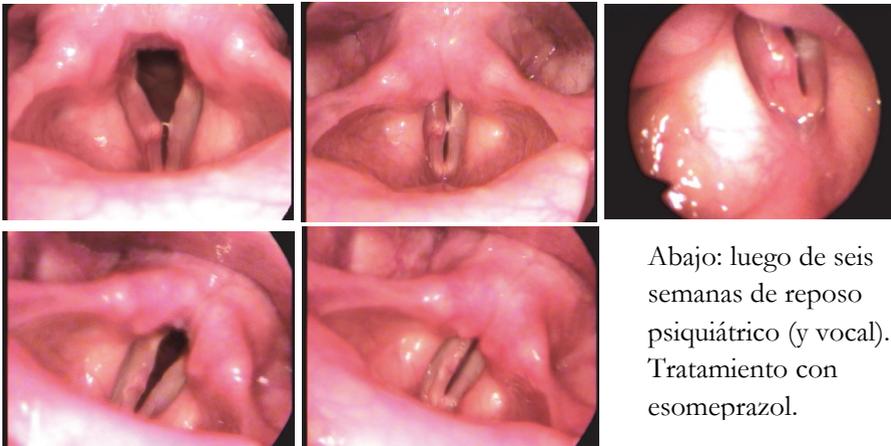
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesora básica, 35 años de ejercicio, 38 h semanales y cursos de 45 alumnos. Disfonía desde hace dos meses luego de virosis respiratoria. Refiere pirosis. Rx EED: hernia hiatal pequeña y RGE.

Descripción: laringe presenta lesión con aspecto quístico en tercio medio del pliegue derecho, que trasluce coloración blanquecina. Hipervascularidad de la mucosa suprayacente. En fonación se observa hiato anterior y posterior a la lesión. En respiración se produce un efecto de bisagra en la prominencia del quiste que angula el pliegue como navaja. El pliegue opuesto muestra edema difuso y lesión por contragolpe, así como congestión superficial. Comisura posterior algo engrosada. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Quiste intracordal pliegue derecho; Laringitis por RFL.



Reducción de volumen de lesión quística, por efecto antiinflamatorio del reposo y medicación antirreflujo.

Postoperatorio seis días, exéresis quiste vocal derecho y recorte borde libre de lesión del pliegue izquierdo.



Aspecto de lesión inicial y a doce días de postoperatorio, con buen adosamiento vocal.



Comentario: es de notar la importante variación de las imágenes, con voluminosa lesión inicial que parece desaparecer con tratamiento y reposo, sin resolverse por completo, a causa de la mejoría del proceso inflamatorio. Se optó por efectuar cirugía del quiste pese a importante mejoría inicial que declinó luego de retomar la actividad docente. Recuperación de calidad vocal le permite retornar a sus actividades en forma normal. Llama la atención que en 35 años de trabajo en aula la paciente no haya presentado problemas vocales asociados al uso-abuso vocal característico del profesorado y más aún en paciente portadora de reflujo. Solamente se produjo trastorno vocal gatillado por componente inflamatorio de virosis respiratoria que no fue acompañada del período de reposo debido.

¿Quiste pliegue vocal?, Laringitis crónica

Caso 191 Mujer

Edad: 23 años

Fecha: octubre de 2010

Educadora de párvulos

Tabaco: no

Medicamentos: no

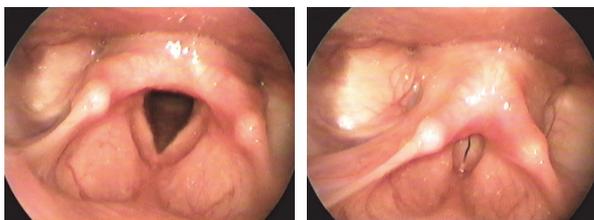
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: relata disfonía de un mes de evolución, tos y obstrucción nasal moderada. Trabaja desde hace seis meses, habiendo presentado moderada dificultad vocal.

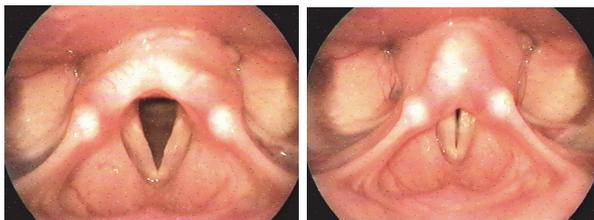
Descripción: laringe presenta pliegues vocales con congestión difusa y edema subepitelial. En el tercio medio del pliegue derecho destaca formación redondeada, que produce incisura en el borde libre del pliegue opuesto. Comisura posterior de aspecto conservado, pero hay moderado edema de zona retroaritenóidea. Motilidad cordal de aducción y abducción normal.

Conclusión: Laringitis de evolución prolongada por abuso vocal; Lesión pliegue vocal derecho, ¿quiste intracordal?



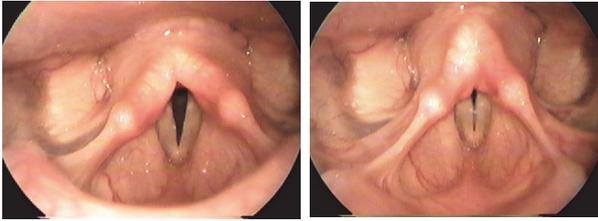
Asimetría por pliegue derecho abombado en zona media. Edema difuso moderado.

Control 21 días de tratamiento, reposo vocal, budesonida, esomeprazol.



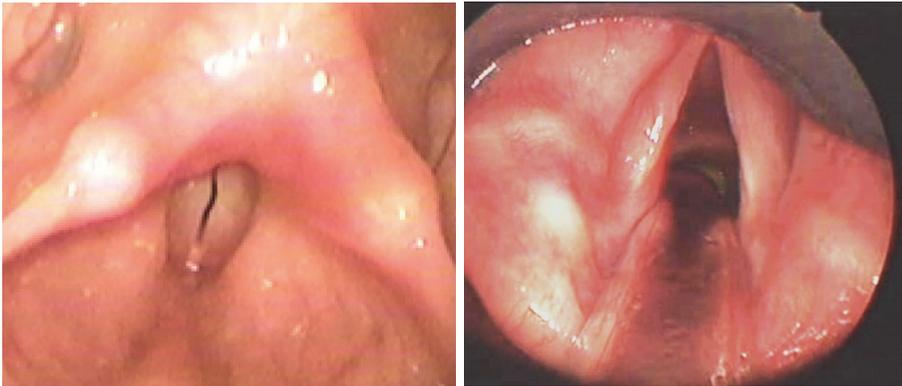
Reducción de zona prominente pliegue vocal derecho; menos edema y congestión.

Control a seis semanas de tratamiento.



Hiato posterior, leve
prominencia pliegue
derecho, secreción
hacia punto nodular.
Menor edema
retroaritenóideo.

Aspecto inicial e imagen de microlaringoscopia con endoscopia.



Comentario: en noviembre de 2010, fue operada de sinusitis crónica y septoplastía. En la oportunidad se efectuó laringoscopia directa, no demostró lesiones intracordales, sólo edema de pliegues y mucosa redundante en el borde libre derecho. En este caso de joven parvularia recién comenzando su actividad, la intensa disfonía parece inicialmente condicionada por una lesión localizada en pliegue vocal que se inflama en relación a virosis respiratoria, para desaparecer a las semanas de tratamiento. Además acusaba disfonía variable previa por componente de uso-abuso vocal y reflujo faringolaríngeo.

Úlcera del proceso vocal

Caso 191 Hombre

Edad: 69 años

Fecha: marzo de 2014

Ocupación: Profesor

Tabaco: no

Medicamentos: asma bronquial

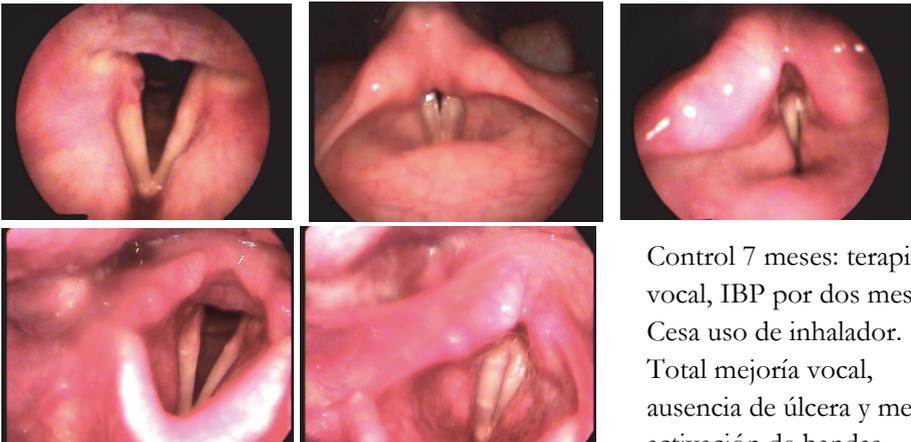
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: profesor universitario, efectúa seis horas de clases semanales. Asmático en tratamiento con inhalador de mometasona/formoterol desde hace un mes, refiriendo disfonía del mismo tiempo de evolución. No relata pirosis. Dolor punzante cervical derecho y otalgia ipsilateral.

Descripción: laringe presenta, a la estroboscopia y fibroscofia, pliegues vocales con leve edema cetrino homogéneo y borde libre recto. Comisura posterior engrosada levemente irregular. En relación al proceso vocal derecho se observa zona inflamatoria, con mucosa congestiva y muesca ulcerativa. Adosamiento vocal completo con activación ocasional de bandas ventriculares.

Conclusión: Laringitis por RFL con úlcera del proceso vocal; Disfonía secundaria a inhalador; Tendencia a PTM II.



Control 7 meses: terapia vocal, IBP por dos meses. Cesa uso de inhalador. Total mejoría vocal, ausencia de úlcera y menor activación de bandas.

Comentario: Disfonía se da en 1,4 % de pacientes tratados con este inhalador (Referencia de Laboratorio MSD) y en este caso, el paciente lo asocia en forma categórica. Pese a la ausencia de pirosis, presenta signos de RFL como úlcera del proceso vocal y comisuritis posterior. Carraspera y tos frecuentes por el asma y reflujo subclínico contribuyen al trauma epitelial crónico. El esfuerzo vocal y el trastorno ventilatorio favorecen el uso de las bandas ventriculares como generador fonatorio o voz de bandas. Ver caso 143.

Lesiones de la epiglotis y base de lengua

Laringitis supraglótica aguda severa

Caso 193 Mujer

Edad: 38 años

Fecha: junio de 2015

Ocupación: oficina

Tabaco: moderado

Medicamentos: no

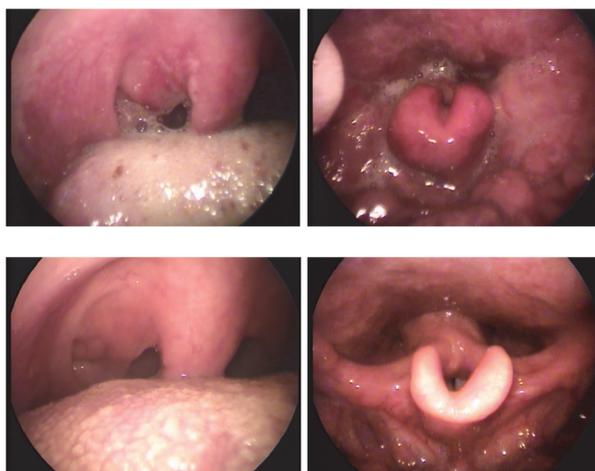
Cirugía: no

Técnica: óptica rígida 70°

Antecedentes: rinitis alérgica moderada. Odinofagia febril (38° C) de tres días. En servicio de urgencia se diagnosticó faringoamigdalitis indicándose azitromicina y ketoprofeno. No presentando mejoría consulta a las 24 h con dolor cervical, disnea y cierta dificultad para abrir la boca.

Descripción: óptica rígida de 70 °, muestra severo edema inflamatorio de estructuras de la hipofaringe y supraglotis que determinan estrechamiento filiforme de la vía aerodigestiva con riesgo de obstrucción respiratoria. Se indicó hospitalización inmediata, permaneciendo tres días con terapia antibiótica y corticoides EV, evolucionando en forma favorable.

Conclusión: Laringitis supraglótica severa.



Edema de hipofaringe y supraglotis, 'relleno' de valléculas y senos piriformes junto con desaparición de repliegues. Orofaringe con falso aspecto de amigdalitis. Abajo a los 7 días, examen normal.

Comentario: paciente sin antecedentes de infección faringotonsilar, presenta odinofagia febril progresiva con limitación respiratoria, respiración estridulosa y molestias con los movimientos cervicales. Sólo el examen con óptica rígida, o bien fibroscopio o al menos espejo laríngeo, es capaz de mostrar el compromiso inflamatorio e infeccioso de hipofaringe y supraglotis, no así la simple visualización de la orofaringe con bajalengua. En servicio de urgencia se interpretó como faringoamigdalitis por edema fibrinoso del pilar, causado por manipulación de la paciente ante sensación de apremio. Es necesario explorar más detalladamente ante síntomas respiratorios importantes, en ausencia de hallazgos significativos al examen físico corriente. Se sospecha de infección estreptocócica, dado el antecedente de faringitis reciente de un hijo pequeño. A la semana de tratamiento está asintomática. Este mismo tipo de cuadro en niños, epiglotitis por *Haemophilus Influenzae* tipo B (Hib), constituía una enfermedad muy grave con alto riesgo vital en la era pre vacunación del Programa de Inmunización (inicio en julio de 1996) contra este patógeno y actualmente casi no se registran casos en el país.

Epiglotitis adulto (laringitis supraglótica)

Caso 194 Hombre

Edad: 36 años

Fecha: mayo de 2009

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: desde esta mañana presenta odinofagia, tos y expectoración sanguinolenta. Sin otros síntomas respiratorios.

Descripción: laringe muestra epiglotis con borde libre engrosado, congestivo y con áreas de exudación fibrinosa aisladas. Pliegues vocales no presentan alteraciones.

Conclusión: Laringitis supraglótica aguda (epiglotitis).



Comentario: fue tratado con antibiótico (amoxicilina-clavulánico), ketoprofeno y valaciclovir por la posibilidad de virus herpes. Como patógeno de base. Controlado al 10° día, aspecto normalizado. La epiglotitis infantil, causada por Haemophilus Influenzae tipo B, bacteria gram negativa, produce en niños menores de cinco años grave cuadro febril de obstrucción de vía aérea y toxicidad, con rigidez cervical pudiendo también causar meningitis aguda y otras formas llamadas invasoras. Se recomienda evitar en esos casos instrumentación o manipulación de la vía aérea, con fines diagnósticos, si no se está en un centro con posibilidad de intubación porque se puede producir colapso respiratorio.

Epiglotitis aguda

Caso 195 Hombre

Edad: 24 años

Fecha: agosto de 2014

Ocupación: Ingeniero

Tabaco: no

Medicamentos: no

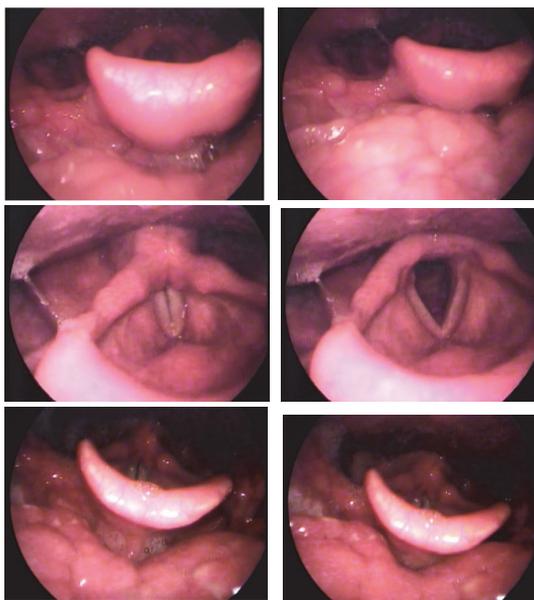
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscopía y endoscopia rígida.

Antecedentes: permaneció hospitalizado tres días por odinofagia severa, sin hallazgos relevantes al examen físico corriente, siendo tratado con antibióticos EV. Examinado al día siguiente del alta.

Descripción: laringe muestra epiglotis con borde libre engrosado y con mucosa de la cara lingual congestiva ocultando las valléculas. Pliegues vocales presentan estructura con aspecto conservado, a excepción de leve edema de cara subglótica.

Conclusión: Epiglotitis en regresión; Laringitis por reflujo faringolaríngeo leve.



Epiglotis con borde engrosado, mucosa congestiva y edema de cara subglótica de pliegues vocales. Estos hallazgos fueron visibles sólo al examen con endoscopia. Control a los dos meses, octubre 2014 por amigdalitis purulenta, permite apreciar epiglotis normal lo que confirma el cuadro anterior de epiglotitis.

Epiglotitis y RFL

Caso 196 Mujer

Edad: 47 años

Fecha: noviembre de 2013

Ocupación: casa

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: refiere episodio de faringitis tratada dos semanas antes con antibióticos, con persistencia de odinofagia y otalgia a derecha. Pirosis frecuentemente. Dolor en zona de escotadura yugular (horquilla esternal).

Descripción: en cavum faríngeo (nasofibroscofia) se observa secreción grumosa sobre torus tubario y pared faríngeo. Epiglotis presenta borde engrosado y mucosa de cara lingual congestiva, con aspecto de pequeñas ulceraciones. Pliegues vocales con motilidad de aducción y abducción conservada. Edema de cara subglótica.

Conclusión: Laringitis por reflujo faringolaríngeo; Epiglotitis ¿viral?.



Comentario: edema en zona subcordal es propio de afección crónica de reflujo (sin tratamiento). La epiglotis (laringitis supraglótica) por el contrario, corresponde al episodio reciente que guarda relación con otalgia y dolor cervical anterior bajo.

Epiglotitis a repetición

Caso 197 Hombre

Edad: 19 años

Fecha: junio de 2011

Ocupación: estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: refiere episodios repetidos de epiglotitis desde el año 2008, tratado en varias ocasiones como infección de tipo herpético. Actualmente con odinofagia por diez días y fiebre hasta 38 °C.

Descripción: epiglotis con borde grueso y cara laríngea congestiva, además de pequeñas lesiones fibrinosas rodeadas por halo más hiperémico. Pliegues vocales con leve congestión difusa y zona aritenoides algo edematosa. Ventriculos de Morgagni no visibles por edema.

Conclusión: Epiglotitis a repetición; Laringitis por reflujo faringolaríngeo probable.



Comentario: laringitis supraglótica viral en adulto es infrecuente. Se asume etiología herpética en casos con lesiones concomitantes en mucosa oral y velofaríngea, como vesículas aisladas, en racimo o bien ulceraciones. Se puede documentar con IgM para virus HSV tipo I y II.

Lesión verrucosa de epiglotis, ¿Papilomatosis?

Caso 198 Mujer

Edad: 55 años

Fecha: diciembre de 2009

Ocupación: oficina

Tabaco: no

Medicamentos: no

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfagia progresiva para sólidos de cuatro años de evolución. Rx EED mostró estrechez a nivel de unión faringoesofágica (esfínter cricofaríngeo) de 1,2 cm de longitud, con proyección de 6 mm hacia posterior. No presenta baja de peso ni compromiso del estado general.

Descripción: laringe muestra en borde libre de epiglotis, lado derecho, lesión de aspecto irregular, verruciforme que engruesa el relieve de la mucosa. Pliegues vocales parecen de aspecto conservado así como la motilidad de aducción y abducción. Comisura posterior algo engrosada y aritenoides edematosos y congestivos.

Conclusión: Lesión verrucosa de epiglotis ¿Papilomatosis?; Laringitis posterior (RFL).



Comentario: lesión de epiglotis es hallazgo del examen, sin relación con trastorno deglutorio causado por hipertrofia del esfínter cricofaríngeo. Signos de reflujo aconsejan tratar con IBP. Lesión de epiglotis se debe biopsiar para descartar tumor, aún en ausencia de factores de riesgo (tabaco y alcohol). Aspecto de lesión muy sugerente de papilomatosis.

Cuerpo extraño laríngeo

Caso 199 Niño

Edad: 13 años

Fecha: septiembre de 2005

Ocupación: Estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

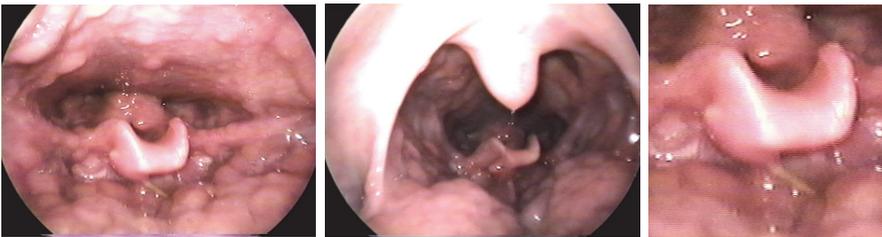
Cirugía: adenotonsilectomía

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: horas antes ingiere empanada que contenía orégano, presentando odinofagia intensa y mantenida.

Descripción: 'palito' de orégano incrustado sobre cara lingual de la epiglotis, con una porción exteriorizada hacia base de lengua (vallécula) y el otro extremo haciendo prominencia debajo de la mucosa.

Conclusión: Cuerpo extraño laríngeo.



Comentario: Identificación del cuerpo extraño no es siempre fácil. Se requiere uso de óptica rígida con mayor resolución además de fibra. Se efectuó extracción por laringoscopia rígida bajo anestesia general. En intraoperatorio a veces el cuerpo extraño se oculta en repliegues de mucosas.

Cuerpo extraño orofaríngeo (1)

Caso 200 Mujer
Fecha: julio de 2010
Tabaco: no
Cirugía: no

Edad: 38 años
Ocupación: oficina
Medicamentos: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: durante el almuerzo deglute espina de pescado notando posteriormente dolor faríngeo localizado a derecha.

Descripción: en base de lengua se observa espina de pescado que no es posible extraer con instrumental de consulta. Se deriva para extracción con tubo rígido bajo anestesia general.

Conclusión: Cuerpo extraño base de lengua.



Comentario: es frecuente la ingestión de cuerpos extraños menores que originan lesiones en orofaringe, sin quedar impactados, pero producen odinofagia que persiste por algunas horas. Si luego de una endoscopia ORL no se encuentra dicho cuerpo extraño, es razonable indicar un antiinflamatorio y observar evolución por 24 ó 48 horas. Una endoscopia digestiva puede ser necesaria de persistir molestias. Por otra parte, la ubicación e identificación del objeto requiere una cuidadosa y sistemática exploración de la cavidad orofaríngea. Un objeto anclado por sobre el nivel del cartílago cricoides produce un dolor que se lateraliza al lado afectado y el ubicado por debajo no.

Cuerpo extraño orofaríngeo (2)

Caso 201 Hombre

Edad: 42 años

Fecha: noviembre de 2013

Ocupación: Industria química

Tabaco: ocasional

Medicamentos: no

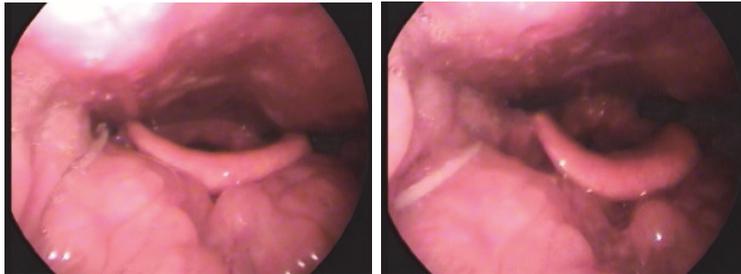
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: refiere deglución de espina de pescado al almuerzo horas antes, persistiendo con odinofagia y dolor espontáneo. Tuvo pequeño sangrado vía oral.

Descripción: endoscopia rígida permite apreciar cuerpo extraño (espina de pescado) alojada en zona del surco tonsilolingual derecho.

Conclusión: Cuerpo extraño orofaríngeo (base de lengua).



Comentario: como en todos estos casos se requiere de examen con ópticas y buena iluminación. Este paciente corresponde a un beneficiario de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley 16.744) pues la ingesta ocurrió durante el almuerzo de la jornada laboral.

Quiste laríngeo de tipo tonsilar

Caso 202 Hombre

Edad: 50 años

Fecha: enero de 2005

Ocupación: Profesor universitario

Tabaco: 10 a 15 cig/ día (15 años)

Medicamentos: no

Cirugía: tubos ventilación oídos 2004 (anestesia general)

Técnica: Nasolaríngeofibroscopía y endoscopia rígida.

Antecedentes: en estudio por septodesviación obstructiva y sinusitis repetidas. Relata ocasionales episodios de aspiración alimentaria y cierto 'agotamiento' de la voz al usarla en forma más intensa (clases y discursos) aunque sin disfonía.

Descripción: epiglotis presenta en ambos lados, desde el borde libre y toda la cara lingual, una formación con aspecto de racimo multilocular de color blanco marfil surcada por vasos, que ocupa la vallécula a derecha.

Conclusión: Lesión quística de epiglotis.

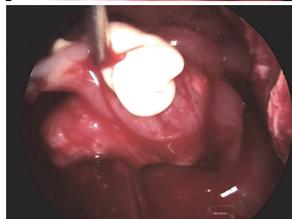
Lesiones epiglotis



Postop. un año



Postop. nueve años



Comentario: quiste laríngeo de tipo tonsilar (resultado histopatológico). En 2004 no se miró laringe, previo a operación de tubos de oídos. Este caso enfatiza necesidad de evaluar la laringe en todo paciente a ser operado bajo anestesia general (al menos con espejo laríngeo). Control a nueve años, buenas condiciones.

Quiste epiglotis

Caso 203 Hombre

Edad: 65 años

Fecha: mayo de 2004

Ocupación: Profesor

Tabaco: 20 cig/día por años

Medicamentos: no

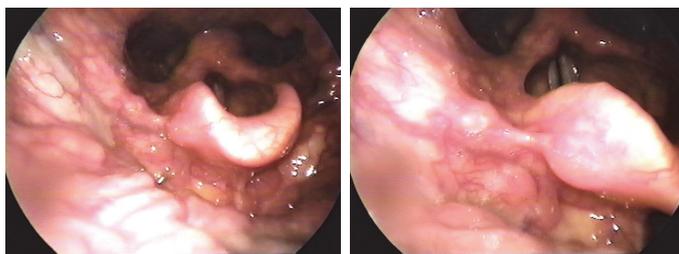
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disconfort faríngeo y leve odinofagia en el último período. En seguimiento desde 1991 por quistes de repliegues laríngeos y epiglotis.

Descripción: en repliegues glosopiglóticos, especialmente del lado derecho, se observan dos pequeñas formaciones redondeadas así como engrosamiento en cara lingual de la epiglotis, que no manifiestan crecimiento respecto de las evaluaciones previas, durante 13 años. Pliegues vocales con aspecto y motilidad conservados.

Conclusión: Quistes de retención supraglóticos.



Lesiones en
cara lingual
epiglotis y
repliegue
glosopigló-
tico lateral

Comentario: profesor básico retirado, gran fumador por muchos años, nunca presentó disfonía por uso vocal. Lesiones son hallazgo del examen físico, en atención al tabaquismo. Se controló a largo plazo sin evidenciar necesidad de biopsia. Es razonable controlar frecuentemente este tipo de lesión, pero de sospechar neoplasia se debe optar por efectuar biopsia de entrada o al constatar cambios en lesiones. Comparar con carcinoma epidermoide de epiglotis en hombre gran fumador (caso N° 207) y quiste del caso N° 204 en joven no fumador.

Quiste epiglotis y RFL

Caso 204 Hombre

Edad: 20 años

Fecha: mayo de 2005 y 2008

Ocupación: Estudiante

Tabaco: no

Medicamentos: no

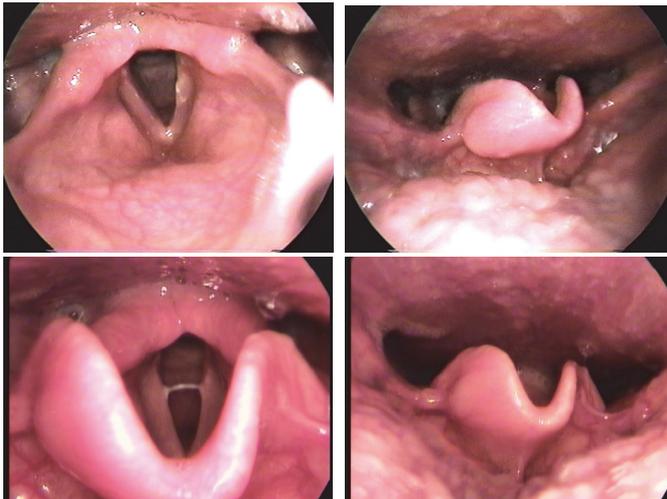
Cirugía: adenoides (1992); septoplastía, antrostomía y cornetes (2008)

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: consultó por episodio de infección respiratoria alta dos semanas antes; tratado con antibiótico por diez días. Al examen se observó pequeño nódulo congestivo de borde libre de epiglotis.

Descripción: aumento de volumen con aspecto de quiste de retención, de cerca de un cm de diámetro mayor, ubicado en epiglotis desde borde libre hacia cara lingual. Pliegues vocales difusamente congestivos con leve edema subcordal. Aritenoides edematosos con aspecto redondeado congestivo del ápex y edema retroaritenoides.

Conclusión: Lesión de epiglotis ¿quiste de retención?; Laringitis por reflujo faringolaríngeo leve.



Hallazgo del examen. Paciente asintomático de reflujo y voz. Rx EED normal. Se indicó lansoprazol. Abajo, año 2015 diez años de seguimiento, lesión parece de menor tamaño.

Comentario: persiste aspecto de edema de aritenoides sin síntomas de reflujo, pero el quiste parece reducirse espontáneamente.

Tumor epiglotis, ¿Tuberculosis?

Caso 205 Hombre

Edad: 58 años

Fecha: octubre de 2014

Ocupación: oficina

Tabaco: 4 cig/día

Medicamentos: omeprazol

Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: refiere disfonía de larga data que aumenta luego de operación al pulmón (biopsia a cielo abierto dos meses antes) por sospecha de TBC pulmonar que no se comprobó con cultivo de B de K.

Descripción: laringe muestra epiglotis plegada más gruesa a derecha y con aspecto 'rugoso' del borde, sin apreciarse clara excrecencia de la mucosa (con óptica rígida de 4 mm), lo que no es evidente con fibra de 3,4 mm. Pliegues vocales con leve congestión superficial, sin lesiones en borde libre y motilidad conservada. En fonación se produce un hiato longitudinal.

Conclusión: Lesión epitelial de epiglotis ¿TBC?, ¿Ca?



Comentario: a la izquierda, aspecto normal con fibroscopio de 3,4 mm; al medio, óptica rígida de 4 mm denota anormalidad; a derecha pliegues vocales deslustrados. Se recomienda control en tres meses por aspecto sospechoso. Importante conocer limitaciones y bondades de cada instrumento y usarlos en forma complementaria. En este caso, sospecha principalmente de TBC laríngea.

Ulceración de epiglotis por Pénfigo Vegetante

Caso 206 Mujer

Edad: 69 años

Fecha: septiembre de 2014, mayo de 2015

Ocupación: casa

Tabaco: no.

Medicamentos: prednisona, levotiroxina, enalapril

Cirugía: no

omeprazol

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: referida por odinofagia espontánea de varios meses de evolución. Portadora de Penfigoide Buloso que cursa por cinco años, en tratamiento con prednisona 20 mg/día.

Descripción: mucosa oral sin lesiones visibles. Epiglotis muestra lesión ulcerativa, levemente fibrinosa, en cara lingual que se extiende hacia la vallécula derecha. Pliegues vocales con aspecto conservado, aunque se visualiza leve edema de cara subglótica, así como engrosamiento irregular de la comisura posterior. Motilidad de aducción y abducción conservada.

Conclusión: Lesión ulcerativa de epiglotis en regresión (Pénfigo, variedad vegetante); Laringitis por RFL leve.



Paciente mantiene odinofagia que limita ingestión de alimentos. Epiglotis muestra engrosamiento con lesiones tuberosas progresivas.

Úlcera de epiglotis en regresión, sin lesiones orales. Abajo a los ocho meses, odinofagia severa y epiglotis engrosada.

Comentario: esta variedad de pénfigo genera lesiones cicatriciales de tipo granulomatoso junto con la aparición en crisis de nuevas lesiones ampollares.

Lesiones premalignas y malignas

Carcinoma epidermoide laríngeo (1)

Caso 207 Hombre

Edad: 65 años

Fecha: mayo 1998

Ocupación: Empresa combustibles

Tabaco: 15 cig/día por años

Medicamentos: no

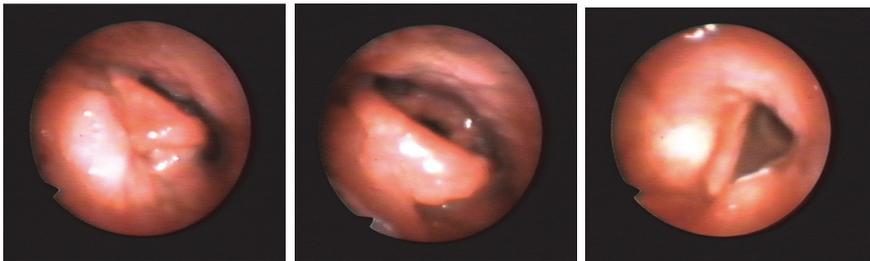
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: consultó por hipoacusia ocupacional. Trabaja en petrolera por 25 años. Gran fumador, asintomático de la voz.

Descripción: en borde libre de epiglotis se aprecia irregularidad mamelonada de la mucosa con aspecto de 'quiste de retención'. Pliegues vocales congestivos, opacos y leucoplaquia en el izquierdo.

Conclusión: Lesión laríngea en estudio; Obs. Carcinoma.



Lesiones en cara lateral de epiglotis o repliegues laríngeos suelen ser más 'inocentes'. El borde libre debe originar sospecha de neoplasia.

Comentario: biopsia informó carcinoma epidermoide infiltrativo con moderado grado de diferenciación en epiglotis. Se indicó resección amplia con Láser y radioterapia al cuello (sin adenopatías palpables). Dos años después fallece por esta causa, dada la diseminación precoz de tumores supraglóticos, incluso en etapa preclínica. Este caso resalta la imperativa necesidad de **examen físico completo** incluyendo como mínimo laringoscopia con espejo en todo paciente (consultó por hipoacusia), en especial en aquellos con factores de riesgo como tabaco, alcohol, cáncer de VADS, etc.

Carcinoma epidermoide laríngeo (2)

Caso 208 Hombre

Edad: 62 años

Fecha: marzo de 2012

Ocupación: oficina

Tabaco: 20 cig/día por 25 años

Medicamentos: no

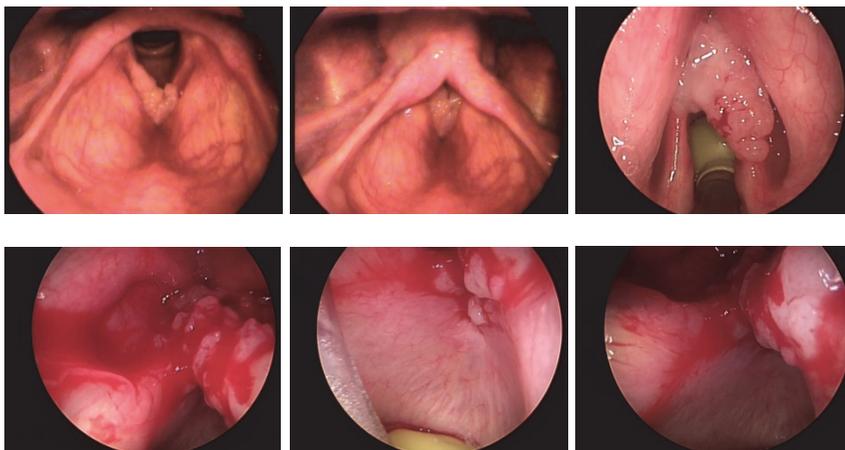
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía severa de tres meses de evolución. Gran fumador.

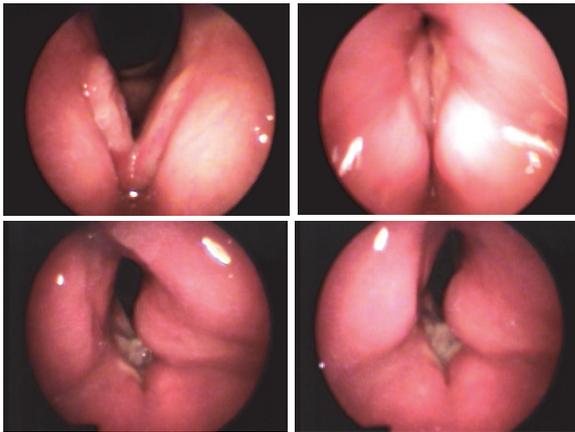
Descripción: laringe presenta pliegue vocal derecho en 2/3 de su extensión con lesión proliferativa, de aspecto verruciforme que cruza comisura anterior y compromete la mitad del pliegue izquierdo. Motilidad de aducción y abducción conservada en ambos lados.

Conclusión: Tumor laríngeo con compromiso de comisura anterior.



Lesión neoplásica vista con fibra óptica flexible y en laringoscopia directa. Compromiso hacia subglotis y comisura anterior. Biopsia: carcinoma epidermoide queratinizante, T1b N0 M0, infiltrante, moderadamente diferenciado. Se efectuó radioterapia (63 Gy en 28 sesiones entre mayo y julio de 2012) con reaparición de lesiones a los siete meses, obligando a efectuar laringectomía frontolateral.

En junio de 2013, un año post tratamiento radiante, pliegue vocal derecho, muestra lesión de aspecto proliferativo en sus dos tercios posteriores con relieve irregular y áreas con aspecto de hiperqueratosis. Pliegue vocal izquierdo se observa sin lesiones en superficie, así como la comisura anterior que denota pequeña sinequia. Motilidad de aducción y abducción está conservada y adosamiento glótico es completo. Activación de bandas ventriculares. Se efectuó laringectomía frontolateral en abril de 2013. Imágenes inferiores (junio 2013) muestran aspecto con sospecha de lesión tumoral residual.



Aspecto de lesión solevantada del pliegue derecho en la zona posterior. (Junio 2013). Abajo, el aspecto cicatricial luego de radioterapia y cirugía pueden limitar la visión laríngea para el seguimiento.

Comentario: disfonía antigua no considerada por el paciente, deriva en carcinoma glótico con diagnóstico inicial tardío. Seguimiento post radioterapia y postoperatorio no documentado no permite evaluar imágenes en el tiempo. Scanner de cuello y tórax muestra linfonodos metastásicos.

Carcinoma laríngeo probable

Caso 209 Hombre

Edad: 73 años

Fecha: agosto de 2006

Ocupación: comercio

Tabaco: de larga data

Medicamentos: Hipertensión arterial

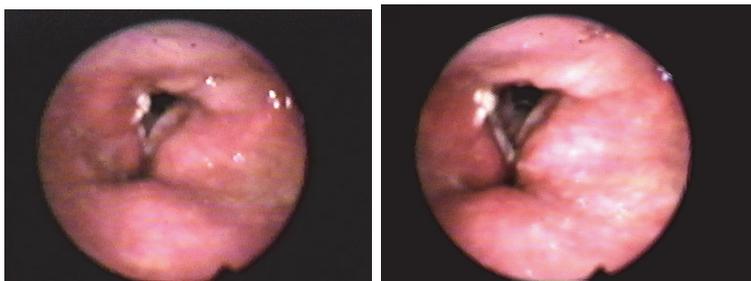
Cirugía: no

Técnica: Nasolaringofibroscofia y endoscopia rígida.

Antecedentes: disfonía, tos y molestias faringolaríngeas de cinco meses de evolución. Gran fumador de larga data.

Descripción: hemilaríngea derecha muestra lesión de aspecto hiperqueratósico que cubre zona posterior de banda ventricular y proceso vocal del aritenoides derecho, ocultando parcialmente el repliegue vocal derecho (también con leucoplaquia). Lesión parece insinuarse hacia ventrículo laríngeo derecho. Pliegues vocales con motilidad conservada. Senos piriformes visibles. Bandas ventriculares prominentes y comisura posterior engrosada.

Conclusión: Tumor laríngeo; ¿Ca epidermoide ?.



Comentario: La sospecha de carcinoma laríngeo es básica, siendo mandatorio efectuar biopsia de esta lesión para determinar conducta a seguir.

Referencias bibliográficas y lecturas recomendadas

1. García, C.; Meneses, L.; Guiraldes, E.; et al. (2005) Uso y abuso del estudio radiológico de esófago, estómago y duodeno en pacientes pediátricos: Necesidad de una adecuada normativa y de una estandarización del examen. *Revista Chilena de Radiología*, 11, 23-29.
2. Crawley, B.K.; Sulica, L. (2015) Vocal Fold Paralysis as a Delayed Consequence of Neck and Chest Radiotherapy. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 153(2), 239-243.
3. Cornut, G.; Bouchayer, M. (1977) Indications phoniatriques et résultats fonctionnels de la microchirurgie laryngée. *Bulletin audiophonologique*, 3, 5-52.
4. Belafsky, P.; Postma, G.; Koufman, J. (2001) The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*, 111, 1313-1317.
5. Belafsky, P.; Postma, G.; Koufman, J. (2002) Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *Journal of Voice*, 16, 274-277.
6. Ida, J.; Thompson, D. (2014) Pediatric Stridor. *Otolaryngologic clinics of North America*, 47(5), 795-819.
7. Ash, J.; Schwartz, L. (1944) The laryngeal (vocal cord) nodule. *Transactions - American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology*, 48, 323-332.
8. Powell, J.; Cocks, H. (2013) Mucosal changes in laryngopharyngeal reflux-prevalence, sensitivity, specificity and assessment. *Laryngoscope*, 123(4), 985-991.
9. Guzmán, M.; Castro, C.; Testart, A.; Muñoz, D.; Gerhard, J. (2013) Laryngeal and Pharyngeal Activity During Semioccluded Vocal Tract Postures in Subjects Diagnosed With Hyperfunctional Dysphonia. *Journal of Voice*, 27(6), 709-716.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO DEL PACIENTE DISFÓNICO

Dr. Adam Rubin ¹ Dra. Cristina Jackson-Menaldi ²

¹ Director Lakeshore Professional Voice Center. , Lakeshore Ear, Nose and Throat Center, St. Clair Shores, MI 4808. Clinical Associate Professor, Michigan State School of Medicine, Lansing, MI

²Adjunct, Full Professor, Depart. Otolaryngology, School of Medicine Wayne State University. Detroit. Co-founder (LPVC) Lakeshore Professional Voice Center, Lakeshore Ear, Nose and Throat Center, St. Clair Shores, MI 48081

Traducción Dr. Francisco Pérez y Dra. Alba Testart

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico oportuno y preciso de los trastornos de la voz es clave para la adecuada y efectiva rehabilitación del paciente disfónico. Por supuesto, el primer paso para la recuperación de la voz, consiste en que el paciente reconozca que tiene un problema vocal. Los profesionales de la voz de alta exigencia vocal, tales como cantantes profesionales, tienen clara conciencia de su calidad vocal, mientras que muchas personas la subestiman, sin reconocer un cambio hasta que éste es suficientemente severo como para interferir en sus actividades laborales y cotidianas. Más aún, muchas personas atribuyen la ronquera a una simple “laringitis” o a un cuadro alérgico. Es entonces responsabilidad de la comunidad médica difundir el concepto que cualquier cambio en la calidad vocal que dure más de dos semanas debería ser evaluado.¹ Eventos comunitarios, tales como el Día Mundial de la Voz -que se celebra el 16 de abril- sirven para este propósito, aunque se debería insistir con mayor frecuencia sobre este concepto. El diagnóstico tardío puede resultar en el progreso de un cáncer de los pliegues vocales a un estado más avanzado, o dificultar la recuperación de la voz luego de un traumatismo vocal, por el desarrollo de una lesión cicatricial.

Es importante instruir a la población acerca de dónde consultar por estos problemas. Es el otorrinolaringólogo el médico que reúne las habilidades, entrenamiento e instrumental necesarios para la evaluación de la voz. El otorrinolaringólogo (ORL) está capacitado para visualizar no solamente los pliegues vocales, sino también las estructuras que filtran y dan resonancia al sonido, tales como la supraglotis, la faringe y las cavidades nasales y perinasales. Se puede decir que todo el cuerpo está involucrado en la producción vocal. Es esencial que el ORL conozca el mecanismo vocal en forma completa y sea capaz de reconocer cuando se requiere el aporte de otros especialistas, como broncopulmonar, neurólogo o reumatólogo a fin de tratar en forma sistémica el instrumento vocal.

El diagnóstico y tratamiento del paciente con trastorno vocal requiere el enfoque de un equipo multidisciplinario. El núcleo del equipo médico a cargo incluye al otorrinolaringólogo y al fonoaudiólogo. Idealmente, cada uno de ellos debería tener competencias y entrenamiento específicos para el tratamiento de la voz. A este respecto, en muchos países existe la posibilidad de efectuar pasantías y programas de formación adicional o complementaria para el perfeccionamiento como “laringólogo” y “terapeuta vocal”, quienes son los encargados de manejar los trastornos vocales de mayor complejidad. Estos especialistas aunando esfuerzos conforman “equipos de voz”. Como frente a cualquier entidad nosológica, el tratante debe conocer bien sus limitaciones, sabiendo cuando derivar al paciente a un equipo de mayor experiencia, al encontrar alguna dificultad con el diagnóstico o el tratamiento médico-quirúrgico.

Evaluación del paciente con síntomas vocales

Las herramientas de diagnóstico disponibles para el uso por parte del equipo multidisciplinario se pueden resumir como sigue: análisis auditivo-perceptual, evaluación dinámica de los pliegues vocales con endoscopios rígido y flexible, imágenes radiológicas de la laringe, evaluación de la vibración de los pliegues vocales (videoestroboscopia, video de alta velocidad o HSV, videoquimografía, electroglotografía) y neurofisiológicos (electromiografía laríngea o EMG).

- Análisis auditivo-perceptual
 - Audición de la voz
 - Autopercepción de la voz por el paciente
- Examen laríngeo
- Mediciones acústicas y aerodinámicas objetivas
- Evaluación de otros sistemas, según el caso

El primer paso en la evaluación vocal del paciente, es escuchar su voz. Un buen momento para escuchar la voz del paciente es mientras se obtiene la historia clínica. Desarrollar la agudeza del oído para reconocer anomalías en la calidad vocal incrementa las posibilidades de efectuar un

diagnóstico exacto. De hecho, el ORL debería ser capaz de tener una idea clara de lo que está buscando antes de mirar. Si no es posible explicar la alteración de la calidad vocal mediante los hallazgos del examen, debemos preguntarnos si la evaluación está bien hecha. No se debe cometer el error de atribuir a causas como reflujo o alergia una disfonía persistente, sin haber descartado cabalmente otras causas más gravitantes. Los pliegues vocales tienen dos tareas que cumplir: cerrarse y vibrar. Se cierran de forma tal que permiten el aumento de la presión de aire por debajo y sostienen la vibración. A medida que vibran, el sonido viaja a través del tracto supraglótico hasta salir por la boca. El tracto filtra el sonido dándole a cada voz su cualidad de única. La comprensión de estas bases fisiológicas provee al ORL los fundamentos necesarios para reconocer cuál es la probable causa del cambio de la calidad vocal. Se puede distinguir cinco características patológicas de la voz:²

1. Áspera
2. Soplada
3. Cambios en la resonancia
4. Pérdida del rango vocal
5. Sonidos peculiares

El carácter áspero implica que hay una alteración en la vibración de los pliegues vocales. Esta podría ser causada por inflamación, cicatriz del pliegue o por la presencia de una masa. Al escuchar una voz notoriamente áspera, deberíamos buscar algo que esté dificultando la vibración. Lo anterior puede ser sutil en caso de tratarse de una masa o anomalía pequeña. Es importante prestar atención al rango vocal. Al ejecutar los tonos altos, el pliegue vocal se alarga, lo que ocasiona que la cubierta epitelial se vuelva naturalmente más rígida. Toda patología que incremente la rigidez del pliegue vocal, será más audible en la parte superior del rango vocal. El *passagio*, o sea la transición desde la voz de pecho a la de cabeza, es un área muy sensible a la más mínima alteración de la vibración. Una manera efectiva de detectar una alteración sutil de la vibración es al escuchar un quiebre en la voz, mientras el paciente

efectúa un *glissando* desde los tonos bajos hacia los altos, con una vocal |ah| sostenida suave.

Una voz soplada indica que hay una deficiencia en el cierre de los pliegues vocales. Esto puede ser ocasionado por una paresia o parálisis del pliegue, pliegue vocal arqueado por atrofia senil, trastorno neurológico, mala técnica vocal, una masa o una cicatriz retráctil. Para complicar aún más las cosas, a menudo el carácter áspero y soplado se encuentran en forma simultánea, porque la alteración en el cierre llevará a una vibración menos efectiva. Adicionalmente, una masa en el borde del pliegue vocal alterará tanto el cierre como la vibración de éste. Se debe intentar establecer cuál es la cualidad predominante, cosa que probablemente ayudará al diagnóstico del origen del problema y su tratamiento óptimo.

El cambio en la resonancia revela una alteración en el tracto supraglótico. Ejemplos de posibles etiologías incluyen: congestión nasal, pólipos nasales, tonsilitis o hipertrofia tonsilar, un tumor en la orofaringe o una parálisis del velo del paladar causada por enfermedad neurológica. Es esencial realizar un examen completo de cabeza y cuello que incluya la evaluación de los nervios craneanos. Es importante distinguir la hiponasalidad de la hipernasalidad. Hiponasalidad significa que algo está impidiendo la salida del flujo aéreo a través de la nariz, mientras que la hipernasalidad implica un escape de aire por la vía nasal.

La pérdida del rango vocal puede ser el resultado de una vibración alterada (pues se hace más difícil la vibración periódica en la zona alta, como se describió antes), o de una lesión del nervio laríngeo superior (NLS). La rama externa del NLS inerva el músculo criocotiroideo que es el principal responsable del alargamiento del pliegue vocal. Cuando una lesión compromete ambos nervios, los pliegues vocales no se pueden alargar. Entonces, al ejecutar el paciente un *glissando*, el rango sonará “cortado” o extremadamente limitado. Obviamente, algunos pacientes no serán capaces de efectuar el ejercicio a causa de una escasa capacidad para reconocer los tonos.

Los sonidos peculiares pueden incluir temblor, espasmos, tensión, frito vocal (*fry* o *vocal fry*), y otras características que no están comprendidas entre las antes descritas. Este carácter vocal singular puede revelar un

trasfondo neurológico (ej. disfonía espasmódica, enfermedad de la neurona motora), o un trastorno vocal funcional (no orgánico). Un buen fonoaudiólogo es invaluable para ayudar a discernir este tipo de patologías.

Asimismo, siempre debemos escuchar con atención el patrón del habla. La disartria o el habla arrastrada, casi siempre es un signo de enfermedad del sistema nervioso central. Evidentemente, se debe considerar además la posibilidad de un tumor que afecte la movilidad lingual, lo que también puede alterar la articulación de la palabra.

Visualización de la laringe

La visualización de los pliegues vocales debe realizarse precozmente en el curso de la evaluación de una disfonía. Obviamente descartar un tumor laríngeo o una parálisis es de primera importancia. Habitualmente el diagnóstico se puede establecer mediante la visualización completa de la laringe. Hay varias formas de examinar los pliegues vocales. La laringoscopia indirecta es aún un elemento de gran valor, pero ciertamente insuficiente para la evaluación completa del paciente de voz. La laringoscopia flexible (nasolaringofibrosocopia) sigue siendo el más usado. Aunque la mayoría de los ORL aún utilizan el nasofibrosocopio con tecnología de fibra óptica, el desarrollo del chip distal en los equipos flexibles ha llevado a la obtención de imágenes de calidad superior. El endoscopio rígido transoral (telelaringoscopio) provee imágenes de excelente calidad, con más amplificación que los equipos flexibles, mejorando así la capacidad para identificar incluso lesiones muy pequeñas. La óptica de 70 grados es la más comúnmente utilizada, aunque también hay disponibles telelaringoscopios de 0 grados. La introducción de las cámaras y monitores de alta resolución también ha perfeccionado la calidad de la imagen.

La estroboscopia laríngea (videoestroboscopia) constituye en la actualidad la herramienta de mayor utilidad para la evaluación de la vibración de los pliegues vocales, mejorando así la sensibilidad del examen laríngeo.³ Se puede realizar con el laringoscopio flexible o con el rígido. La capacidad de grabar y archivar los exámenes permite al equipo

de voz revisar en detalle las imágenes luego de la estroboscopia, así como facilitar el seguimiento de la terapia. Por cierto, esta tecnología puede alcanzar un costo prohibitivo. Pese a lo anterior, un ORL con ‘buen oído’ y capaz de realizar una excelente laringoscopia flexible estará en pie de efectuar la mayoría de los diagnósticos. Sólo en muy pocos casos el médico quedará preso de sus limitaciones técnicas, debiendo referir al paciente a otro centro para un examen más complejo. En caso de lidiar con pacientes de “alta gama”, esto es profesionales que usan la voz con gran exigencia, en la mayoría se hace imprescindible el uso de videoestroboscopia. También existen otras tecnologías como la videoquimografía y la videoendoscopia de alta velocidad (HSV). Sin embargo, hasta la fecha estas tecnologías se utilizan principalmente con fines de investigación. La opción de utilizar el laringoscopio flexible o el rígido va a depender de la preferencia general y de la habilidad en su uso, así como también de aquello que se esté sospechando a partir de la historia y de la audición de la voz. Asumiendo que un examinador maneje con igual habilidad ambos instrumentos, si escucha soplosidad, voz con sonidos peculiares, o cambios en la resonancia, entonces parece apropiado comenzar la exploración con el laringoscopio flexible. Esto permitirá evaluar el tracto vocal completo. Adicionalmente se puede pesquisar alteraciones groseras de la motilidad de los pliegues vocales, si se está buscando parálisis, paresia o movimientos aberrantes. También permite evaluar la hiperfunción supraglótica. El laringoscopio flexible nos faculta para examinar la laringe sin la distorsión física que ocurre cuando se tracciona la lengua, cosa necesaria durante la observación con el laringoscopio rígido.

La preferencia de los autores es emplear la óptica rígida cuando la historia y la calidad vocal sugieren primariamente una alteración de la vibración. Otros podrían estar en desacuerdo, y de hecho, algunos colegas han abandonado, casi del todo, el examen con óptica rígida, luego del advenimiento del laringoscopio con chip distal. A decir verdad, si es posible llegar con el laringoscopio flexible muy cerca de los pliegues vocales, particularmente con la calidad que provee el chip distal, se pesquisará la mayoría de las lesiones pequeñas. Sin embargo, estas ópticas no otorgan la amplificación de la óptica rígida.

Laringoscopia flexible o nasolaringofibroscopia

Este examen se debe efectuar con el paciente despierto para evaluar la fisiología de la producción vocal. Debe ser realizado en las mejores condiciones para obtener los mejores resultados. Tal como se mencionó antes, el primer paso es tener siempre una idea de lo que se está buscando. Durante el examen se debe evaluar detenidamente la nariz, buscando la vía que ofrezca menos resistencia y la menor molestia para el paciente. En algunos casos, la nariz presenta una anatomía desfavorable. Se debe tomar el tiempo de anestesiarse tanto como sea posible o necesario, aunque por lo general el paciente siempre presentará alguna incomodidad. Es de utilidad hablar al paciente en tono calmo para tranquilizarlo.

El examen laríngeo puede constituir un gran desafío. **(Figura 1)**



Figura 1.: Examen laringoscópico con fibroscopio De: *The Vocal Pitstop: Keeping Your Voice on Track*. Compton Publishing, 2014.²

El paciente deberá ejercitar varias tareas vocales para examinar la acción de los diferentes músculos laríngeos intrínsecos y la biomecánica laríngea. Más abajo se detalla una lista completa. A medida que se adquiere más habilidad con el examen y se reconocen alteraciones vocales específicas, es posible focalizar aún más la exploración. Al final

de esta evaluación dinámica de la laringe, se debe poner especial cuidado en obtener una visión muy cercana de los pliegues vocales, con la finalidad de identificar cualquier sutil masa o irregularidad, así como examinar la vibración de la mucosa, si se dispone de videoestroboscopia. Ésta se realiza pidiendo al paciente que efectúe una inspiración profunda, para pronunciar luego una vocal |i| sostenida. Se debe intentar por todos los medios mantener el endoscopio bien centrado, de forma tal de no tocar las estructuras de la supraglotis ni las paredes faríngeas, lo que podría originar reflejo de rechazo al paciente. Al aproximarse a los pliegues vocales, se pide al paciente que olfatee (inspirar por la nariz fuerte o *sniff*) o que haga un suspiro (recordándole no tragar), para así obtener una visión óptima y muy cercana de los pliegues vocales abducidos. La grabación de las imágenes permite que sea suficiente sólo una rápida mirada.

Evaluación de la biomecánica laríngea

El examen de la biomecánica de la laringe requiere la ejecución de varios ejercicios por parte del paciente⁴:

1. Contar de uno a diez. Esto permite observar asimetrías en los movimientos espontáneos de aducción y abducción.
2. Efectuar un deslizamiento o *glissando* desde una nota baja a una alta. Esto facilita examinar la función del músculo cricotiroideo y de la rama externa del NLS.
3. Efectuar olfateo (*sniff*) repetido, maniobra donde existe mayor abducción glótica de duración corta y sin realizar fuerza excesiva. Esto permite evaluar la función del músculo cricoaritenóideo posterior (CAP). Esta es una excelente técnica para apreciar la movilidad en pacientes que tienden a contener la respiración o apretarse durante el examen.
4. Alternar olfateo (*sniff*) -|i| varias veces para pesquisar leves asimetrías de movimiento y fatigabilidad.
5. Alternar |i|-|ji| varias veces, para evaluar asimetrías leves de movimiento y fatigabilidad.

6. Repetición prolongada de “pa-ta-ka, pa-ta-ka” para observar posible disdiadococinesia.
7. En el caso de un profesional de la voz, se le pide una tarea de su campo vocal (ej. cantar, discursar, lectura de párrafos, etc.) para verlo ‘en acción’.
8. Mantener una vocal |i| sostenida en el tono modal y a través de todo el rango vocal. Idealmente este ejercicio debe hacerse con videoestroboscopia. En caso de no lograr un examen con óptica rígida, a causa de dificultad en la técnica, incluso se puede efectuar una buena evaluación estroboscópica con el nasolaringofibroscopio.

Examen con óptica rígida

El examen con óptica rígida también puede llegar a ser bastante dificultoso. Por excelencia este examen se realiza en conjunto con la videoestroboscopia. **(Figura 2)**



Figura 2: Examen con óptica rígida *From: The Vocal Pitstop: Keeping Your Voice on Track. Compton Publishing. 2014.*²

Es muy importante instruir adecuadamente al paciente antes de proceder al examen. Se indica al paciente que se incline hacia adelante descansando los codos sobre las rodillas. En forma habitual se le pide que pronuncie una vocal |i| sostenida en un tono e intensidad cómodos, mientras el examinador tira con suavidad la lengua fuera de la boca. Al momento en que el paciente necesite tomar aire, o cuando se le pida, debe hacerlo en forma rápida con una breve inhalación de aire por la boca, para regresar de inmediato a la vocalización |i|. La mayoría de los pacientes se preocupan por el reflejo nauseoso e incluso la posibilidad de regurgitar. Se le debe tranquilizar indicándole que es poco probable que aquello ocurra y que, siguiendo las instrucciones recibidas, las náuseas se suprimirán. Es clave la coordinación de la respiración y la fonación. A veces es de utilidad indicarle al paciente que jadee al inicio, para luego pedir la vocalización |i|. La vibración se debe examinar a través de todo el rango vocal, teniendo en cuenta que las alteraciones más sutiles de la vibración se harán evidentes en el rango de tonos altos.

Adquisición y registro de datos

La grabación de los exámenes laríngeos es útil por varias razones. Primero que todo, permite la revisión del examen, tanto para confirmar la impresión inicial como para no pasar por alto cualquier otra pequeña anomalía. Más aún, el registro permite la comparación con futuras evaluaciones. En caso de que el terapeuta vocal no esté presente al momento de la videoestroboscopia, puede revisar también el archivo, compartiendo la experiencia de todos los miembros del equipo de voz. Por último, pero no menos importante, permite que el paciente pueda tener copia de sus exámenes para su archivo médico personal. En especial, puede disponer de su examen, en caso de traslado a otra zona o al solicitar otra opinión.

Análisis acústico objetivo y perceptual

En la evaluación y tratamiento del paciente de voz, son también importantes los resultados de otras mediciones. Estas incluyen encuestas de calidad de vida, medidas perceptuales subjetivas y mediciones

objetivas.⁵ Estos estudios pueden proveer información útil para el diagnóstico y tratamiento de muchos trastornos vocales, así como para el seguimiento de la efectividad de la terapia.

Análisis perceptual de la voz

El análisis perceptual es realizado clásicamente por un terapeuta vocal con entrenamiento auditivo, que le permite evaluar las características de calidad vocal. Son dos las mediciones más comúnmente empleadas e incluyen el GRBAS⁶ y CAPE-V.

El **GRBAS** mide cinco características de la calidad vocal. Para cada una se considera puntuación en el rango de 0 a 3, correspondiendo 0 a voz sana, 1 a enfermedad leve, 2 a moderada y 3 a enfermedad severa.

G: Grado de disfonía

R: Aspereza

B: Soplosidad

A: Astenia

S: Tensión

Recientemente ésta fue modificada en Estados Unidos para incluir Inestabilidad (GRBASI). En Sudamérica, se usa ampliamente la escala RASATI propuesta por Pinho et al.⁷ para reemplazar el acrónimo inglés GRBAS, la que incorpora la inestabilidad como otro factor. En la escala RASATI, cada elemento se puntúa usando también los grados de 0 a 3.^{5,7}

La **CAPE-V** mide los atributos vocales perceptuales sobresalientes:

- (a) Severidad general de la disfonía;
- (b) Aspereza;
- (c) Soplosidad
- (d) Tensión;
- (e) Altura tonal

(f) Volumen

La CAPE-V⁸⁻¹¹ fue desarrollada en un encuentro para el consenso, patrocinado por la American Speech-Language-Hearing Association's (ASHA) Division 3: Voice and Voice Disorders, y el Department of Communication Science and Disorders, University of Pittsburgh, efectuado en Pittsburgh el 10 y 11 de junio de 2002. La CAPE-V muestra cada atributo acompañado por una línea de 100 milímetros que forma una escala análoga visual (EAV o Visual Analog Scale = VAS). El clínico indica el grado de desviación estimada a partir de cada parámetro de la escala, utilizando una marca tic.

Mediciones objetivas de la voz

Se utilizan varias mediciones objetivas en la evaluación de la voz disfónica. Los análisis se efectúan mediante programas computacionales, no obstante la preparación de la señal vocal es de responsabilidad del fonoaudiólogo. La técnica de registro afectará la evaluación. 5,12 El fonoaudiólogo debe escuchar atentamente la voz para clasificarla de acuerdo al sistema de la National Center for Voice and Speech (NCVS)¹³ antes de determinar cual tipo de medición puede ser de mayor utilidad.

TIPO 1:	Vocalizaciones con vibraciones casi periódicas (perturbación <5%). Este tipo puede ser claramente analizado con cualquier programa acústico. Los pacientes normales y la mayoría de las patologías son Tipo 1.
TIPO 2:	Señales con cambios cualitativos (bifurcaciones) en el segmento de análisis. Por lo tanto no hay una frecuencia fundamental individual evidente, en todo ese segmento. Vocalizaciones con intensos subarmónicos y modulaciones. Este tipo de voz se puede analizar con una representación gráfica (como el análisis espectrográfico y

	calificación perceptual).
TIPO 3:	Señales sin estructura periódica aparente. Las vocalizaciones son caóticas o aleatorias. Este tipo de voz se puede analizar con una representación gráfica (como el análisis espectrográfico y calificación perceptual).

Tabla 1: Tipos de Voz NCVS (National Center for Voice and Speech)

La adquisición de la muestra vocal se realiza con un grabador digital (DAT), empleando un preamplificador digital que se conecta a un micrófono de grado profesional. Se recomienda usar una frecuencia de muestreo de 44,1 KHz. Lo ideal es efectuar la grabación en una sala con acondicionamiento acústico, o al menos un lugar mínimamente adecuado para estos fines. Se analiza la voz con los programas acústicos, extrayéndose varios parámetros, los que pueden ser particularmente útiles al comparar la voz antes y después del tratamiento. Se ha descrito el uso de un laboratorio de voz móvil para asistencia en pabellón quirúrgico, durante cirugías de medialización.¹⁴ Con éste se ejecuta análisis espectrográfico y de frecuencia fundamental, mientras el cirujano modela el implante de la tiroplastía o efectúa la aducción del aritenoides. Si bien es cierto que el oído del cirujano es el determinante primario del ajuste, el laboratorio móvil le provee asistencia con datos complementarios. Adicionalmente, ofrece una oportunidad al cirujano y el (la) terapeuta vocal de afiatar el trabajo en equipo al cuidado del paciente con Parálisis Unilateral de Pliegue vocal (UVFP). (Figura 3).

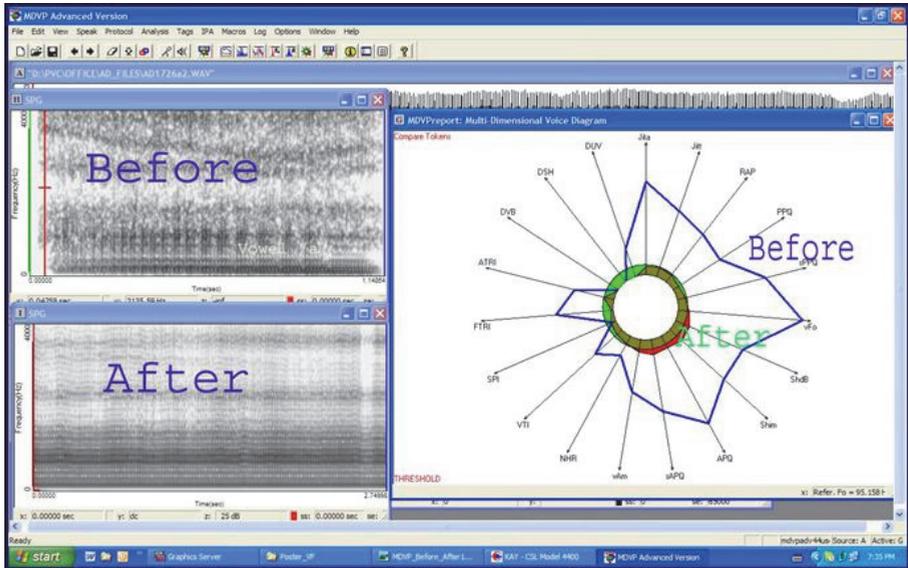


Figura 3: Lado izquierdo: Espectrograma que muestra el patrón de armónicos antes y después de una tiroplastía en un paciente con parálisis unilateral de pliegue vocal. Nótese el aspecto “más limpio” del espectrograma luego de la tiroplastía, que revela armónicos más fuertes y menos “ruido”. Lado derecho: Diagrama de parámetros acústicos según el Programa Multi-Dimensional de la Voz (MDVP) (KayPentax Montvale, NJ, USA). El área dentro del círculo pequeño muestra los valores de referencia para diversos parámetros de la voz. El gran polígono alrededor, grafica los valores anormales extrapolados a partir de la muestra vocal previa a la tiroplastía. Los parámetros de la muestra de voz posterior a la tiroplastía están dentro o cerca de los valores normales. Se usó la misma vocal /a/ en ambas muestras.

Evaluación Acústica

Las mediciones acústicas de la función vocal, habitualmente son consideradas como la correlación objetiva de los parámetros auditivos perceptuales de intensidad, tono y calidad de la voz hablada y cantada.¹² Hay muchos instrumentos disponibles para el análisis objetivo de la voz en la práctica clínica. Cuáles de ellos serán de utilidad va a depender de la experiencia del fonoaudiólogo con alguno en particular. Se puede realizar

un análisis simple basado en los programas (software) disponibles que examinan la señal en forma automática. Tales mediciones incluyen:

- A.** Frecuencia Fundamental y su perturbación
- B.** Rango Fonatorio
- C.** Intensidad Vocal
- D.** Espectrograma
- E.** Espectro Acústico

A. Frecuencia Fundamental y su perturbación

- **Análisis de la frecuencia fundamental**
- **Jitter Vocal (RAP) o Análisis de la perturbación de la frecuencia**
- **Shimmer Vocal (APQ) o Análisis de la perturbación de la amplitud**
- **Determinación de la relación señal-ruido**

B y C. Rango de Fonación. (Figura 4 a-b)

- **PFR Rango Fonatorio**
- **Medidas de Intensidad Sonora Vocal**
 - Intensidad Vocal Habitual en SPL (dB).
 - Intensidad Vocal Mínima y Máxima en SPL (dB)
 - Perfil del Rango Vocal
 - Fonetograma (manual o digital)

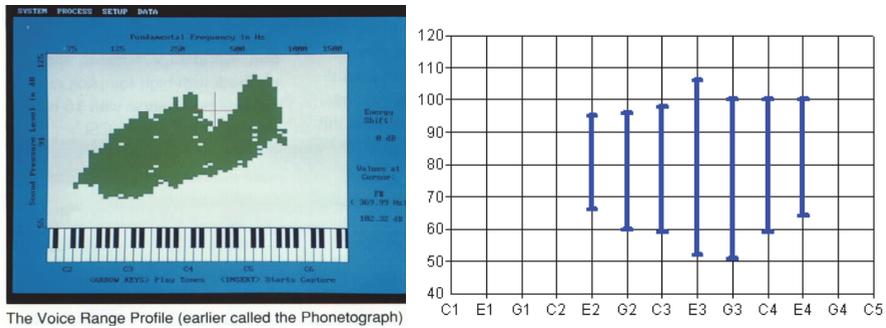


FIGURA 4 a. b: Fonetograma o Perfil de Rango Vocal que muestra el rango dinámico de la voz, graficando frecuencia versus intensidad. Esto se puede realizar con análisis computacional (izquierda) o manualmente utilizando un decibelímetro (Medidor de intensidad en SPL) y un teclado musical (derecha). Esta metodología es particularmente popular en Europa⁶

Análisis espectrales de mayor complejidad a considerar:

D. Espectrogramas

E. Espectro acústico

- **Espectro FFT (Fast Fourier Transform)**
- **Análisis de predicción lineal (Linear Predictive Coding, LPC)**
- **Espectrograma**
- **Historia o seguimiento de Formantes**

Las mediciones de Calidad de Señal Vocal son medidas más complicadas y se pueden correlacionar con la percepción auditiva de calidad de la voz, obtenidas durante la emisión de vocales sostenidas y/o en habla continua. Ejemplos a continuación:

- **Se recomienda un análisis Cepstral para evaluar el rango completo de severidad de la disfonía en vocal sostenida y habla conectada continua.**

- **Grado de Quiebres Vocales (DVB)**
- **Número de Quiebres Vocales (NVB)**
- **Grado de Pausas Vocales (DUV)**

EGG Ondas Glotográficas, en términos generales corresponden a la representación gráfica del comportamiento laríngeo en la proximidad de la glotis. La Electroglotografía (EGG) es un método empleado para evaluar objetivamente el contacto de los pliegues vocales, pudiendo constituir un valioso aporte dentro de los exámenes objetivos del laboratorio de voz.

En la literatura profesional se ha documentado el uso de otras herramientas, tales como la retroalimentación auditiva, que pueden prestar ayuda al especialista para el diagnóstico y tratamiento. En modo de enmascaramiento, se reproduce una señal de ruido blanco a través de los auriculares, de manera que el usuario no pueda oír su producción vocal. Esta deliberada anulación de la retroalimentación, ha mostrado en algunos casos producir una mejoría del habla y/o de la voz. En muchos pacientes esta técnica logra incrementar la propiocepción de las conductas vocales y del habla (ej. inicio fácil, eliminación del ataque glótico duro, etc.).

Evaluación Aerodinámica

Dado que el soporte respiratorio es una parte esencial en la producción vocal, las pruebas de función pulmonar y otros estudios respiratorios tienen importancia en el paciente disfónico. Abajo se detallan varias pruebas de utilidad:¹¹

- Pruebas de función pulmonar
- Mediciones de flujo glótico
- Mediciones de Presión Área Subglótica
- Presión Área Subglótica Promedio
- Relación S/Z 15,5,16
- Tiempo máximo de fonación (TMF o MPT)

Mediciones de Calidad de Vida

Diversas mediciones de calidad de vida pueden ser utilizadas, incluyendo el Índice de Discapacidad Vocal o Voice Handicap Index (VHI)¹³ y Calidad de Vida en Relación a la Voz o Voice-Related Quality of Life (V-RQOL)^{18, 19}, así como otros con aplicación a la voz cantada y a la voz pediátrica²⁰. Estos instrumentos son cuestionarios de autorrespuesta que reflejan la percepción del paciente de su calidad de vida en lo relativo a la voz. Tales análisis tienen importancia para identificar cuán perturbador es el trastorno vocal para el paciente y para monitorizar la mejoría en su calidad de vida a medida que progresa la terapia. La estimación perceptiva del paciente sobre la magnitud de su problema vocal, también permite al equipo tratante determinar el grado de adhesión del propio paciente con su programa terapéutico.

Estudios Neurofisiológicos

El uso de la electromiografía laríngea (LEMG)^{1, 5} en la evaluación de la voz es controvertido²¹. Es universalmente aceptado como el método más indicado para distinguir inmovilidad debida a parálisis versus la ocasionada por un factor estructural como luxación o anquilosis de la articulación cricoaritenóidea. Es también de utilidad para localizar los músculos a inyectar con toxina botulínica, en pacientes con disfonía espasmódica y en casos de temblor laríngeo²². En algunos casos una paresia vocal sutil puede contribuir al trastorno vocal, siendo de utilidad el diagnóstico por electromiografía. Otros estudios han demostrado que la LEMG puede ayudar a discernir acerca del lado afectado por la paresia, en pacientes con movimiento asimétrico, casos en que el examen clínico puede ser engañoso^{23, 24}. Los autores habitualmente reservan la LEMG diagnóstica para pacientes complejos, en que hay sospecha de paresia laríngea y en quienes no se obtiene el progreso esperado con la terapia vocal.

Ahora juntémoslo todo

Una vez completada la evaluación inicial, el otorrinolaringólogo y el fonoaudiólogo deberán formular un plan en conjunto. En muchos casos surge la disyuntiva de optar inicialmente por un período de tratamiento vocal versus cirugía primaria seguida por terapia vocal. Esta puede ser una decisión complicada en caso de pequeñas masas del pliegue vocal o problemas leves del cierre glótico. Se da por sentado que ante la sospecha de displasia o neoplasia, se optará en forma obligatoria por la cirugía. La conducta a seguir, en todo caso, dependerá mucho del paciente individual, de sus preferencias, de las circunstancias y necesidades particulares.

La mayoría de los fonoaudiólogos estarán de acuerdo en que las grandes lesiones de los pliegues vocales (ej. gran pólipo hemorrágico) será mejor tratarlas con microcirugía laríngea, seguida luego por terapia vocal. Aunque algunas sesiones de terapia pre-operatoria pueden ser de utilidad, hay que cuidarse del riesgo que podría conllevar el retrasar la cirugía. Al continuar el paciente con el mal uso vocal, se corre el riesgo de originar un mayor traumatismo del pliegue opuesto y un mayor proceso cicatricial junto con compensaciones aberrantes. Por otra parte, lesiones simétricas, fibrovasculares, y muy localizadas en puntos correspondientes, son con toda probabilidad nódulos vocales y se deberían tratar con terapia vocal, siendo ésta la forma en que más a menudo se resuelven.

Los pólipos pequeños, pseudoquistes y masas fibrovasculares pueden plantear más de un dilema. La decisión de cómo abordarlos, va a depender mucho de la experiencia del terapeuta vocal y del cirujano. Aunque es muy posible que esas lesiones no se resuelvan con terapia vocal, el paciente puede desarrollar habilidades que las compensen obteniendo una voz satisfactoria. Al tomar la decisión de proceder primero con terapia vocal, el fonoaudiólogo debe ser honesto y práctico al juzgar el progreso del paciente con la terapia. El mantenerla por demasiado tiempo, sin mejoría o peor aún, con mayor deterioro vocal podría determinar un resultado quirúrgico menos satisfactorio que el esperado.

En muchos casos de parálisis de pliegue vocal y otras causas de insuficiencia glótica, se puede también proponer tanto la terapia como la cirugía. Con el advenimiento de la laringoplastía, con inyección en paciente despierto, muchos pacientes estarán proclives a esta “solución rápida”. Por ejemplo, el enfermo con parálisis de pliegue vocal por un tumor pulmonar probablemente no querrá pasar una hora semanal en terapia vocal. Sin embargo, un senescente de 88 años aquejado de presbifonía, puede que sí.

Independientemente de ello, la terapia vocal es una parte importante del manejo pre y post operatorio. El fonoaudiólogo debe desarrollar un programa de rehabilitación desde el pre y hasta el postoperatorio para optimizar el resultado quirúrgico. Este deberá incluir la enseñanza básica de la técnica respiratoria, relajación e higiene vocal, identificando las conductas de abuso y desarrollando un programa de rehabilitación específico para el paciente y su patología vocal. Quienes conforman el equipo de voz deben trabajar en conjunto para crear un plan individualizado, que servirá de forma óptima para ese paciente en particular.

Abajo se expone un algoritmo que ejemplifica nuestro enfoque de trabajo en equipo para el paciente quirúrgico:

PASOS PARA ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

- ✓ Evaluación preoperatoria de la voz
- ✓ 1-2 sesiones de terapia vocal pre-operatoria de ser posible
- ✓ Reposo vocal postoperatorio absoluto por una semana
- ✓ Control a la semana de la operación para videoestroboscopia

- ✓ Si la vibración está en recuperación, el paciente empieza con la terapia vocal para salir gradualmente del reposo vocal
- ✓ En la segunda semana de postoperatorio al paciente se le permite hablar cinco minutos por hora
- ✓ Cada semana, de ahí en adelante, el paciente aumenta su uso vocal entre cinco a diez minutos por hora, bajo estricta supervisión semanal del fonoaudiólogo
- ✓ El paciente regresa a control con el laringólogo a las seis semanas de postoperatorio. Si la cicatrización parece completa y adecuada, se suspenden las restricciones vocales
- ✓ Se le prohíbe cantar durante seis semanas luego de la cirugía, y debe utilizar voz confidencial por ese período.



FIGURA 5: Aviso para uso del paciente luego de la cirugía.

CONCLUSIONES

La mejor forma de abordar la evaluación y tratamiento de los trastornos de la voz es mediante la conformación de un equipo de trabajo multidisciplinario, que incluye básicamente al otorrinolaringólogo y al fonoaudiólogo. Los planes de tratamiento deben ser individualizados y específicos para cada paciente. Es de vital importancia un diagnóstico de precisión para proveer el tratamiento apropiado. Lo anterior requiere a menudo el uso de técnicas y equipos de alta tecnología para la obtención de las imágenes laríngeas y para el análisis de la voz, pero siempre el examen comienza con un oído entrenado. Si el equipo de voz no logra identificar la causa de la patología vocal de un paciente, se deberá revisar críticamente el proceso de evaluación. A mayor experiencia y perfeccionamiento del equipo, mayor será la capacidad de los clínicos para tratar en forma óptima al paciente disfónico.

BIBLIOGRAFIA

1. Sataloff RT.; Professional Voice: The Science and Art of Clinical Care, Third Edition (3-Volume Set). Plural Publishing Inc. San Diego , 2005.
2. Rubin AD. The Vocal Pitstop. Keeping your voice on track. Compton Publishing Ltd., Devon, 2014.
3. Hirano M, Bless D., Videostroboscopic. Examination of the Larynx, Singular Publishing Group, Inc., San Diego, 1993.
4. Rubin A. D., Praneetvatakul V., Heman-Ackah Y., Moyer C. A., Mandel S., Sataloff R. T.; Repetitive phonatory tasks for identifying vocal fold paresis. *J. Voice*, 19, 679-686 2005.
5. Jackson-Menaldi MC., La voz patológica. Panamericana Médica, Buenos Aires, 2002.
6. Hirano M., Clinical Examination of Voice, Springer Verlag, New York, 1981.
7. Pinho SMR, Pontes P. Avaliação perceptiva da fonte glótica - Escala RASATI. In: Músculos Intrínsecos da Laringe e Dinâmica Vocal. Rio de Janeiro: Revinter; 2008.
8. Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice (CAPE-V). The American Speech-Language-Hearing Association. 2006
9. Zraick, R. I., Kempster, G. B., Connor, N. P., Thibeault, S., Klaben, B. K., Bursac, Z., & Glaze, L. E. (2011). Establishing validity of the Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice (CAPE-V). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20,14–22.
10. Verdolini, K., Rosen, C., & Branski, R. C. Classification manual for voice disorders–I, Special Interest Division 3, Voice and Voice Disorders, American Speech-Language Hearing Division. Mahwah, NJ: Erlbaum (Eds.). (2006).
11. Kempster, G. B., Gerratt, B. R., Verdolini Abbott, K., Barkmeier-Kraemer, J., & Hillman, R. E. Consensus auditory-perceptual evaluation of voice: Development of a standardized clinical protocol. *American Journal of Speech Language Pathology*, 18, 124-132 (2009).

12. Jackson-Menaldi, MC.: Manejo básico del laboratorio de voz en la consulta clínica. VIII Congreso Internacional. Asociación Logopedas de España. Valencia. 2011
13. Titze I. "Workshop on acoustic voice analysis: Summary statement," National Center for Voice and Speech, Denver, CO. 1995
14. Jackson-Menaldi, MC.; Rubin, AD.; Belanger, J.: Cómo usar el laboratorio móvil de voz en el quirófano durante tiroplastía de tipo 1. Revista Faso Año 18 - N° 1 2011.
15. Jackson-Menaldi, MC et alt. Valoración de la eficacia vocal (tiempo de fonación, índice s/z, volúmenes, escalas, fonetogramas in Cobetta I, Nuñez F., Fernandez S.; Patología de la Voz. Margue Medica Books. Barcelona, 2013.
16. Eckel, F.C. and Boone, D.R. (1981) 'The S/Z ratio as an indicator of laryngeal pathology' *Journal of Speech and Hearing Disorders* 46, 2, 147-9.
17. Jacobson, BH. ; Johnson. A.; Grywalski, C. Silbergleit,A.; Jacobson, G.; Benninger, M. and Newman, G. The Voice Handicap Index (VHI)Development and Validation. American Journal of Speech Language Pathology. August 1997, Vol. 6, 66-70. doi:10.1044/1058-0360.0603.66
18. Hogikyan ND, Wodchis WR, Terrell JE; Bradford CR, Esclamado RM, Voice-Related Quality of Life (V-RQOL) Following Type I Thyroplasty for Unilateral Vocal Fold Paralysis, J Voice Vol. 14, No. 3, 378-386, 2000.
19. Hogikyan,l N. D. and Sethuraman, G. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). Journal of Voice, Volume 13, Issue 4, Pages 557–569, 1999.
20. Núñez, F. Mate, M.A. Historia clínica y valoración subjetiva de la voz (calidad de vida en relación con la voz in in Cobetta I, Nuñez F., Fernández S.; Patología de la Voz. Margue Medica Books. Barcelona, 2013.
21. Croake DJ. Stemple JC. Uhl T. Archer S. Andreatta RD. Reliability of clinical office-based laryngeal electromyography in vocally healthy adults. *Annals of ORL*. 123(4):271-8. 2014
22. Blitzer A. Crumley RL. Dailey SH. Ford CN. Floeter MK. Hillel AD. Hoffman HT. Ludlow CL. Merati A. Munin MC. Robinson LR. Rosen

- C. Saxon KG. Sulica L. Thibeault SL. Titze I. Woo P. Woodson GE. Recommendations of the neurolaryngology study group on laryngeal electromyography. *Oto-HNS*. 140(6):782-793. 2009.
23. Mayes RW. Jackson-Menaldi C. Dejonckere PH. Moyer CA. Rubin AD. Laryngeal electroglottography as a predictor of laryngeal electromyography. *J Voice*. 22(6):756-9. 2008.
24. Heman-Ackah YD. Barr A. The value of laryngeal electromyography in the evaluation of laryngeal motion abnormalities. *J Voice*. 20(3):452-60. 2006

**Pruebas Terapéuticas: su importancia desde el rol
Fonoaudiológico en la Evaluación de la Voz**

Flga. María Celina Malebrán

En el equipo profesional multidisciplinario dedicado a la evaluación vocal, el otorrinolaringólogo y el fonoaudiólogo, deben presentar, antes que todo, un excelente monitoreo auditivo y capacidad de observación. El monitoreo auditivo permitirá detectar pequeñas variaciones en la voz (patológicas o no) y la capacidad de observación acompañará desde la selección de exámenes para la evaluación vocal, hasta la propuesta terapéutica que se aplicará al paciente.

La evaluación vocal debe recabar información relevante sobre el comportamiento vocal, psicodinámica de la voz, historia del desarrollo de la disfonía y hábitos vocales del paciente, entre otros. Así, el fonoaudiólogo (FLGO) y el otorrinolaringólogo (ORL) pueden discutir el perfil vocal del paciente evaluado, seleccionar la metodología de intervención y ofrecer una terapia rehabilitadora con un pronóstico definido.

Roy y cols. (2013) refieren que los ORL tienen por objetivo identificar patologías laríngeas y diagnosticarlas, determinando estrategias de abordaje – que pueden incluir la cirugía e indicación de tratamiento vocal, entre otros. En contraste, el FLGO tiene por objetivo evaluar la producción vocal y la función fisiológica, observando cómo el trastorno vocal afecta la calidad de vida del sujeto en situaciones diarias, orientando al correcto uso de la voz, además de entregar recomendaciones para la prevención de patologías, intervención y pronóstico (ASHA, 2004).

En los últimos 30 años la clínica de la voz ha avanzado mucho; hoy, los ORL cuentan con instrumentos de evaluación como la nasofibroscofia (NFC), estroboscopia, imágenes de excelente calidad (high speed video), mientras que el FLGO cuenta con análisis fonético-acústicos variados (MDVP, RTP, PRAAT, Dr. Speech, etc), EGG, entre otros instrumentos que permiten una evaluación objetiva de la voz. Sin embargo, la evaluación vocal (especialmente perceptiva) de un paciente empieza en su entrevista. Durante la anamnesis podemos escuchar y observar la calidad vocal, verificar la psicodinámica de la voz, postura corporal y correlacionar estas informaciones con la molestia inicial.

Es así como frecuentemente las voces tensa-estranguladas se asocian con individuos que presentan mucha tensión en estructuras supraglóticas; la incoordinación fonorrespiratoria con individuos muy ansiosos que muchas veces no controlan la presión subglótica o presentan firmeza glótica disminuída. Características de la psicodinámica vocal están directamente relacionadas al control del *loudness* -o sensación auditiva de la intensidad- tal como señala Andrada e Silva & Costa (1998). Individuos extrovertidos, seguros, frecuentemente presentan *loudness* adecuados, mientras que un *loudness* excesivo puede relacionarse con sujetos con poco control de su estado emocional (ansiosos, nerviosos). A su vez, un *loudness* muy disminuido podría relacionarse con pacientes muy tímidos. Es un ejercicio subjetivo del examinador; claro está, que depende de la experiencia auditiva del profesional a cargo de la evaluación vocal y nunca pretende ser una evaluación definitiva.

Behlau (2004) sugiere al respecto que la correlación auditiva, visual y acústica (AVA) es fundamental en la evaluación vocal, toda vez que la voz es multidimensional: los profesionales (especialmente los ORL y FLGO) deben comprender cada hallazgo y correlacionarlos ejecutando el raciocinio clínico adecuado para cada caso. Ella apunta a que el AVA debe seguir el siguiente orden: escuchar al paciente (análisis auditivo) procurando definir el impacto social que su disfonía provoca, luego hacer la NFC (análisis visual) y culminar con el AFA (análisis acústico). La impresión clínica será soberana en el caso de no lograr una buena correlación AVA.

Según Sataloff (2005), la NFC puede ser un procedimiento ejecutado en la consulta para mejor inspección de las cuerdas vocales, en su movimiento natural. Comenta que en las manos de un ORL experto, entrega preciosa información sobre técnicas de habla y canto. La combinación de la NFC con la grabación en video del examen permite comparaciones futuras, esclarecimiento de diagnósticos, consulta fácil del estado del paciente y su fisiología vocal. Behlau (2004) complementa que la NFC permite además la evaluación de las diferentes funciones de la laringe, como la deglución, tos, así como del canto y la voz durante el habla.

Eckley (1998) sugiere que, idealmente, no se ocupe medicamentos tópicos para evitar modificaciones en la mucosa laríngea y nasal, durante la NFC. Sin embargo, Behlau (2004) comenta que el uso de un anestésico tópico puede favorecer la desconstrucción del paciente durante el examen.

Andrada e Silva & Costa (1998) apuntan que durante la NFC el paciente debe ejecutar ciertas tareas para facilitar la observación de la fisiología laríngea, como la emisión de la vocal /i/, por ser la única vocal que permite la visualización de la porción más anterior de la laringe, debido a que su emisión provoca la elevación de la epiglotis. Además, es la vocal que exige más energía para ser producida – a nivel pulmonar y laríngeo – conllevando a una señal laríngea de mejor calidad y proyección, con una duración un poco mayor que las otras vocales. Podemos además observar características vocales como la resonancia, tensiones del tracto fonador, calidad vocal, *loudness* y *pitch* – o sensación auditiva de la frecuencia.

Eckley (1998) comenta que la NFC debe incluir pruebas como la maniobra de Valsalva y fonemas con /k/ y /g/ para explorar el anillo o rodete de Passavant y los músculos relacionados, determinando el tipo de cierre velar. También aconseja usar las vocales /i/ y /e/ para *glissandos* y *staccatos** (desde frecuencias graves hacia agudas) y así observar el comportamiento laríngeo, ajustes supraglóticos durante el habla y el canto – razón por la cual termina la evaluación con una muestra de la voz cantada.

Pese a que existe un *boom* de tests diagnósticos, fórmulas y técnicas relacionadas a la función vocal, Baken & Orlikoff (1997) aseguran que, ni el diagnóstico vocal ni menos aún la terapia, se hacen más precisos sólo gracias a ellos; así, concluyen que el foco debe siempre reposar en el raciocinio clínico, ya que las medidas obtenidas con un test no deben ser más importantes que la habilidad del profesional que las selecciona y ejecuta.

Luego, más que sólo “recolectar datos” de los pacientes, el ORL y el FLGO deben preocuparse de verificar la fisiología laríngea en movimiento, a través de tareas conocidas como *Pruebas Terapéuticas*. Las

pruebas terapéuticas consisten en seleccionar **técnicas vocales que compensen la dificultad observada en la fisiología laríngea durante la evaluación de la voz** – sea bajo la experticia del ORL o del Fonoaudiólogo.

Asimismo, no deja de ser un ejemplo de práctica basada en la evidencia clínica. Estudios recientes, como de Burg et al (2014), destacan que las características psicológicas, motivacionales y de aprendizaje del paciente influyen al fonoaudiólogo en la selección de métodos de rehabilitación y no necesariamente el tipo de disturbio vocal. Sin embargo, refuerzan como contrapartida la importancia del fonoaudiólogo al revisar qué aspectos influyen en la selección de ejercicios por sobre las variables de los pacientes.

En mi experiencia, la aplicación de pruebas terapéuticas (P.T.) durante el examen de la NFC y el AFA es fundamental para la interpretación de la fisiología laríngea. Al momento de pedir al paciente disfónico que emita voz, hable y/o cante, estamos interpretando la dificultad del paciente en movilizar cierta estructura laríngea y asumiendo qué técnica podría ayudarlo a compensar tal dificultad. Para esto, el fonoaudiólogo debe saber exactamente qué efecto tiene cada técnica sobre la fisiología laríngea, y qué se espera como resultado en la voz del paciente una vez ejecutada la técnica.

Entonces la P.T. es la aplicación de determinada técnica vocal para que, en la evaluación NFC y/o AFA, verifiquemos compensaciones de la función laríngea que podamos ofrecer a través de la selección de la técnica más indicada, mejorando la calidad vocal del paciente pese a la causa de su disfonía. La mejor voz, como define Pinho (2004), es la que presenta mínimo esfuerzo y máximo rendimiento, pero esto no siempre equivale decir que será una voz “normal”. Mismo porque la “normalidad” es un concepto muy relativo... se busca instalar entonces una voz adecuada y flexible. Luego la P.T. podrá ser positiva aún cuando alguna estructura laríngea se encuentre alterada, pero el efecto vocal final será de una mejor fonación, adecuada a diferentes contextos y usos.

Si bien es cierto, aún son necesarias investigaciones que comprueben por cuánto tiempo se debe ejecutar cada técnica, así como el número de

repeticiones diarias para mejorar el efecto vocal (Burg et al, 2014), las P.T. ejecutadas tanto en la NFC como en el AFA deben permitir una breve modificación de la fisiología laríngea luego de al menos un minuto de repetición de la técnica vocal seleccionada. En caso de que la P.T. logre cambiar la calidad vocal del paciente, mejorando su fonación, decimos que ésta fue positiva. Por otro lado, cuando no es posible el cambio de la calidad vocal posterior a la P.T., decimos que fue negativa.

Se sugiere no hacer demasiadas P.T., ya que la idea es no fatigar la musculatura intrínseca laríngea, y se asume que el fonoaudiólogo está siguiendo un raciocinio clínico que enmarca la selección de las pruebas terapéuticas más adecuadas para cada caso.

No todos los pacientes disfónicos presentarán respuesta exactamente igual a la misma técnica, dependiendo de cuántos ajustes supraglóticos ya estén acostumbrados a hacer, debido a su patología en particular, así como el tiempo de evolución con la patología. Es natural que cada técnica presente pequeñas variaciones en la ejecución, que deben ser evaluadas por el FLGO, quién decidirá si la P.T. fue positiva o negativa.

Siendo así, paso a discutir algunas técnicas vocales, usadas como P.T., y el efecto esperado en el tracto vocal, ilustrando con algunos casos.

Ejemplo 1 – PARÁLISIS CORDAL

Paciente mujer de 73 años, operada de tiroides por tumor maligno, quién pasa un año sin voz estable post cirugía. Llega deprimida y enojada a la evaluación vocal, pues siente que fue defraudada, “al no tener más su voz”. Refiere cansancio vocal extremo, dolor retroesternal, resecaimiento de la mucosa oral y laríngea, fonostenia y se queja de la voz “dupla” que tiene (resultante de la activación de bandas ventriculares). Psicodinámica vocal negativa.

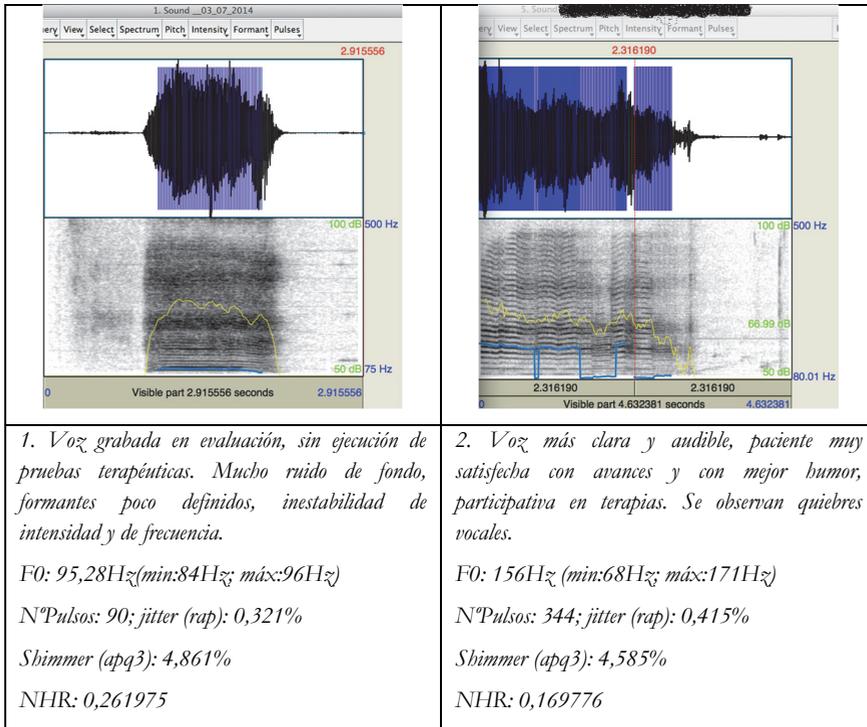
La tiroidectomía corresponde a la intervención quirúrgica de cabeza y cuello más frecuente en el mundo, según Bhattacharyya & Fried (2002). El procedimiento quirúrgico y la técnica utilizada dependerán del tipo de patología y de cuanto compromete a la glándula tiroides. A pesar de que la tiroidectomía no posee correlación directa con la laringe y que los

pacientes en su gran mayoría presentan voz sin alteraciones previas, Wasserman y cols (2007) y Ruiz (2007) refieren que la parálisis cordal es frecuente luego de una tiroidectomía, siendo generalmente causada por daño del NLR, sin descartar la posibilidad de que se deba a dislocación del cartílago aritenoides, afectando la calidad de vida de los pacientes, causando malestar y muchas veces incapacidad laboral.

Según Akyildiz (2008), la disfonía que se evidencia luego de esta intervención se caracteriza por: disminución de f_0 , aumento en jitter, pérdida de al menos dos semitonos, y disminución del grado de subarmónicos. También observamos, debido a la pérdida de movilidad del pliegue vocal, soplosidad y diplofonía. Sataloff (2009) a su vez comenta que, además de las alteraciones vocales, se pueden manifestar disfunciones de la deglución y obstrucción de la vía aérea. El mismo autor recuerda que es importante diferenciar parálisis vocal de paresia, ya que ambas resultan de la hipomovilidad de la cuerda por una lesión de NLS o de lesión leve del NLR. Las consecuencias vocales resultantes de esta disfunción son: ronquera, fatiga vocal, disminución de intensidad, disminución de la frecuencia, pérdida de la proyección y soplosidad.

En mi experiencia, sugiero insistir en un diagnóstico diferencial, usando una técnica para verificar rápidamente si las alteraciones post tiroidectomía son debido a parálisis o paresia cordal: la última responde bien a la técnica de vibración sonorizada de lengua (TVSL) mientras que en la parálisis, los parámetros vocales empeoran significativamente con esta técnica.

En el caso que presento, la NFC muestra una parálisis cordal, y la evaluación AFA muestra lo observado en 1:



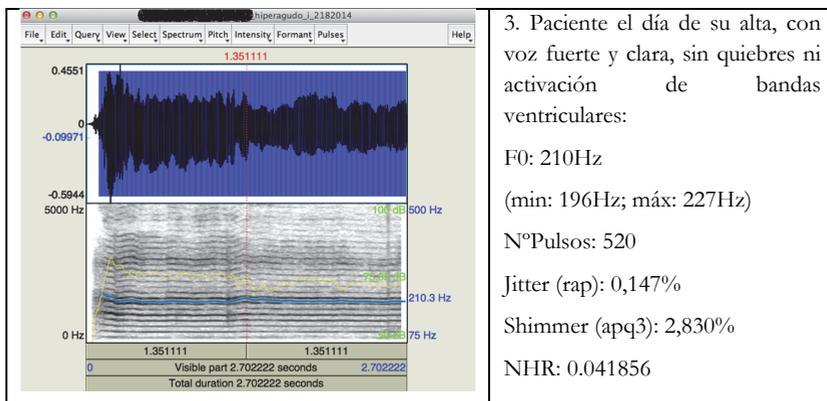
Opto por hacer como P.T. la técnica de sonidos hiperagudos, que consiste en trabajar la fonación en falsete. Al trabajar con el falsete, fisiológicamente ocurre la desactivación del músculo TA, y una activación máxima del músculo CT. Según Behlau (2005), además la laringe desciende y se anterioriza en el cuello debido a la rotación e inclinación que el cartílago tiroideo ejerce sobre el cartílago cricoideo (movimiento de báscula). Este movimiento garantiza un “tirón” extra de los ppvv, pero sin tensión, conocido como “elongación paradójal”.

Se espera que luego de una serie de 1 minuto, el paciente sea capaz de volver al registro modal con mejor ajuste fonatorio para la fonación, con una emisión más equilibrada sin episodios de disfonía.

En la figura 2, observamos el AFA de la misma paciente luego cuatro sesiones con uso de la prueba terapéutica. El cambio de la f0 es dramático: pasa de 81.61Hz con activación de bandas ventriculares a 210Hz con emisión estable. Es cierto que esto no soluciona todos sus

problemas, ya que aún observamos inestabilidad de la intensidad, ruido en la emisión y ataque vocal hipertónico al inicio de la emisión pero, la experiencia del ejercicio exitoso permanece una vez que la paciente experimenta la mejoría de su voz luego de una serie de repeticiones de la técnica. El resultado no es definitivo, sin embargo, indica que la técnica seleccionada puede ser una herramienta efectiva en la terapia vocal, compensando su alteración estructural.

La P.T. fue positiva e instaurará la confianza de la paciente en su terapeuta, provocando la adhesión a la terapia. De hecho, ella fue dada de alta luego de un mes, totalizando ocho sesiones fonoaudiológicas. Como parte de un sistema público de atención, ella se fue con una voz funcional, aunque no óptima. El AFA muestra claramente los avances vocales experimentados por la paciente – quién mantuvo los beneficios logrados incluso a los tres meses post alta fonoaudiológica:

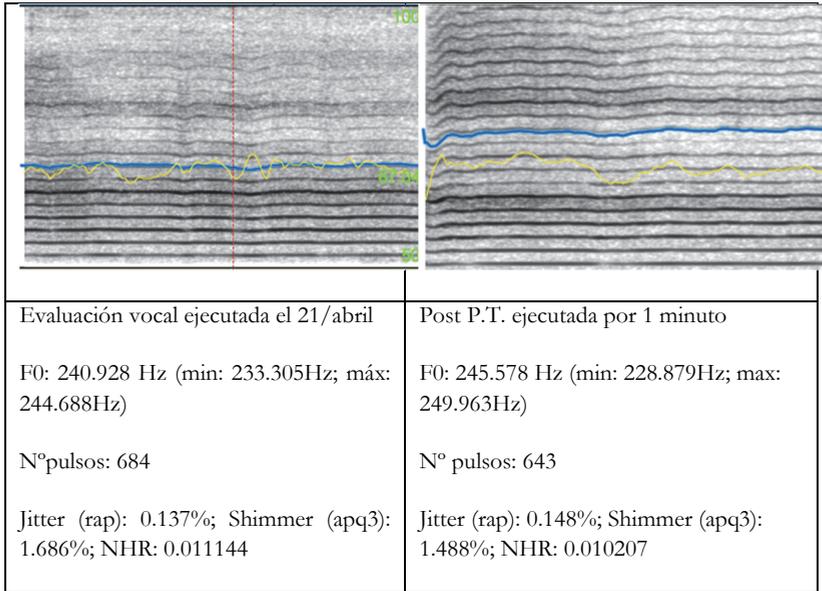


Debemos recordar que la técnica de los Sonidos Hiperagudos es ideal para trabajar con pacientes de parálisis unilateral y disfonía vestibular, entre otros.

Ejemplo 2 – ABUSO VOCAL

Profesional de la voz de 40 años al momento de la evaluación, con jornada de 45 h de trabajo semanales. El año 2009 diagnosticada con nódulos, abandona terapia vocal luego de 15 sesiones por no observar cambios en su voz. Consulta con un mes de disfonía persistente, además

de muchos síntomas y signos vocales: sensación de cuerpo extraño permanente, carraspera y tos no productiva; es alérgica según test cutáneo (controlada con desloratadina). Selecciono para prueba terapéutica la TVSL, solicitando a mi paciente que repita la técnica varias veces seguidas hasta completar 1 minuto de ejecución.

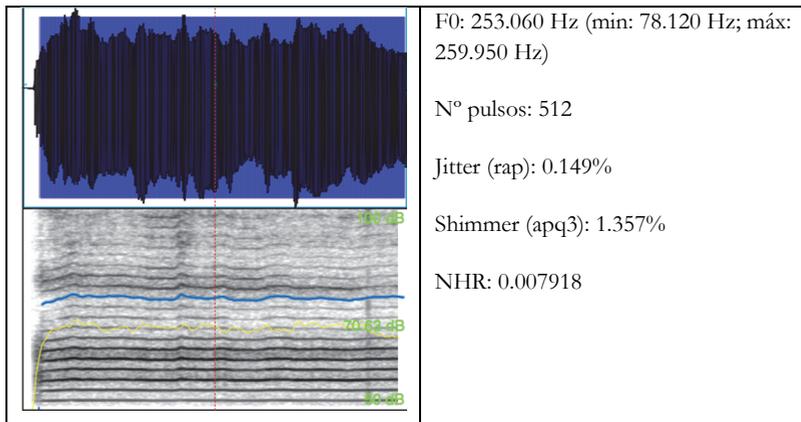


La paciente presentó más armónicos, sensación de “laringe abierta” (sin tensiones al fonar) y amplió su variación de *pitch* luego de 1 minuto, ejecutando la técnica de vibración sonorizada de lengua (TVSL). Es importante recordar que la prueba terapéutica no es suficiente para neutralizar todos los problemas vocales de la paciente, sólo para experimentar qué cambios (vocales y de fisiología laríngea) podríamos esperar en un corto plazo de terapia. Espero que no se interprete que la terapia vocal consistirá únicamente en esta prueba terapéutica, pues sigue siendo necesario definir una línea de terapia (en mi caso, terapia vocal ecléctica), un método de abordaje y luego escoger las técnicas necesarias para orientar las sesiones de terapia vocal que ofrezco a mis pacientes.

La TVSL es una técnica que consiste en vibrar la punta de la lengua. La vibración lingual provoca relajación de la musculatura lingual, activando

de esta manera la circulación sanguínea periférica. Según Behlau (2005), la técnica de sonidos vibrantes amplía el movimiento de la onda mucosa, equilibra la coordinación pneumofónica, disminuye el esfuerzo fonatorio y por ende, puede ser utilizada en el calentamiento vocal. Es la indicada para cuadros agudos de laringitis, nódulos, sulcus, edema de Reinke y cicatrices y también para relajar tensiones de la musculatura supraglótica.

Luego de ocho sesiones de rehabilitación vocal, la paciente fue dada de alta, con control en octubre de este mismo año, presentando:



Los beneficios de la terapia de rehabilitación vocal permanecieron; sin embargo, debo resaltar que esta paciente en particular (tal como todos mis pacientes que son profesionales de la voz) fue dada de alta con un plan de calentamiento vocal fisiológico mínimo.

Durante su proceso de terapia vocal, inculqué la necesidad de preparar su voz tal como si ella fuera una atleta, para así evitar nuevos cuadros de abuso vocal. Ella siguió las orientaciones fielmente, relatando no poseer más signos y/o síntomas vocales de abuso.

Ejemplo 3 – MUDA VOCAL RETRASADA

Acá tenemos el caso de un paciente de 15 años, quién sufría *bullying* por su voz agudizada. El paciente había estado durante dos años entre terapias con fonoaudiólogos y otorrinolaringólogos que insistían en derivarlo a un psicólogo, además de ejecutar técnicas que no eran las más adecuadas para su caso. En la anamnesis se apreció con baja autoestima,

temeroso de entablar conversación, *pitch* agudizado, laringe muy alta en el cuello y carraspera constante. Además, tensión cervical aumentada, articulación disminuída, fonalgia y fatiga vocal. Psicodinámica vocal negativa.

La evaluación vocal se dio antes que la evaluación NFC, y le pedí que ejecutara la prueba terapéutica con la técnica de Pinho (2004), el “Spaghetti Retenido”, por 1 minuto:

<p>Grabación de voz en evaluación, antes de P.T.: se aprecia una voz agudizada con <i>loudness</i> aumentada, bastante ruido con formantes poco evidenciados.</p> <p>f0: 214Hz (min: 103Hz; máx: 222Hz) NºPulsos: 434</p> <p>2 quiebres en la emisión</p> <p>jitter (rap): 0,848%</p> <p>shimmer (apq3): 3,890%</p> <p>NHR: 0,249640</p>	<p>Se obtiene, luego de 1 minuto de ejecución de la técnica, una voz estable y sin quiebres con <i>loudness</i> aumentada,</p> <p>f0: 105,4Hz (min:101Hz; máx: 109Hz), NºPulsos: 249</p> <p>jitter (rap): 0,511%</p> <p>shimmer (apq3): 2,155%</p> <p>NHR: 0,262764</p>

El “Spaghetti retenido”, técnica vocal introducida por Pinho (2004), favorece al incremento de masa vibratoria supraglótica, priorizando el aumento y aproximación de la musculatura intrínseca laríngea, ofreciendo más resistencia vocal (fuerza glótica de aducción). Esto permite disminuir la fatiga vocal y la fonalgia. Además, la técnica permite bajar laringe en el cuello (debido a la acción del músculo esternotirohioideo) y elevar el velo, aumentando el tracto vocal. Cuanto más masa vibrando, más baja será la frecuencia fundamental (f0).

La autora comenta que esta técnica está descrita para casos de parálisis cordal, pero puede ser utilizada en otras patologías donde se requiera aumento de masa, aducción de las cuerdas vocales, aumento del tamaño del tracto vocal y descenso laríngeo, como los trastornos de muda vocal.

Este paciente presentó una evidente mejoría en su voz tras tan sólo 1 minuto de la técnica. Luego de cuatro sesiones se fue de alta. Los resultados obtenidos en tan corto tiempo confirman que la terapia estuvo bien enfocada, y que la técnica utilizada, el *spaghetti retenido*, fue realmente efectiva.

Como bien menciona Speyer (2006), en el campo de la rehabilitación vocal aún tenemos muchas interrogantes acerca los efectos de la terapia vocal - a corto y a largo plazo. Sin embargo, refiere que frecuentemente son reportados efectos positivos post terapia, en estudios que utilizan una técnica vocal específica y que se asocian a una línea terapéutica bien definida.

Las pruebas terapéuticas son necesarias para complementar la evaluación vocal – otorrinolaringológica y fonaudiológica - ya que muchas veces el simple diagnóstico de las alteraciones laríngeas no es suficiente para explicar las variadas fallas de la producción vocal. También indican que cuanto más cercanía y diálogo exista entre fonaudiólogo y ORL al momento de evaluar, mayor y mejor será el rendimiento terapéutico del paciente.

Además, las pruebas terapéuticas constituyen el punto de partida del raciocinio clínico-terapéutico, ofreciendo, tanto al paciente como al fonaudiólogo y ORL, la oportunidad de un patrón de fonación que compense las alteraciones observadas en la evaluación.

Referencias Bibliográficas

- Andrada e Silva, M. A.; Costa, H.O. – Voz Cantada – Evolução, Avaliação e Terapia Fonoaudiológica; Editora Lovise, Sao Paulo (1998)
- Akyildiz, S., Ogut, F., Akyildiz, M., & Zeki Engin, E. (2008). A Multivariate Analysis of Objective Voice Changes After Thyroidectomy Without Laryngeal Nerve Injury. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 134 (6), 596-602.
- ASHA – American Speech-Language-Hearing Association – Preferred practice patterns for the profession of SLP (Preferred Practice Pattern). Disponible en www.asha.org/policyPP2004-00191.htm
- Baken, R. J.; Orlikoff, R.F. – Voice measurement: is more better? *Log.Phon.Vocol.*, 22: 147-51 (1997)
- Behlau, Mara organizadora – Voz: O livro do Especialista; vol I; Editora Revinter, Rio de Janeiro (2004)
- Bhattacharyya N, Fried MP. Assessment of the morbidity and complications of total thyroidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;128(4):389-92
- Burg, I.; Meier, B.; Nolte, K.; Oppermann, T.; Rogg, V.; Beushausen, U. – Selection of Voice Therapy Methods. Results of an online survey. *Journal of Voice* (2015) *in press*. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.12.011>
- Pinho, S. (2004) “Fisiologia da Fonação” *in* Tratado de Fonoaudiologia; Ferreira et al; SBFa; Editora Roca (2004)
- Roy, N.; Barkmeier-Kraemer, J.; Eadie, T.; Preeti, M.; Mehta, D.; Paul, D.; Hillman, R. – Evidence-based Clinical Voice Assessment: a systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology*. Vol 22, 212-226, May (2013)
- Ruiz, G. (2007). Influencia de factores no neuronales en la disfonía tras tiroidectomía. *Acta otorrinolaringológica española: Órgano oficial de la Sociedad española de otorrinolaringología y patología cérvico-facial*, 58 (8), 352- 357.
- Sataloff, Robert Thayer – *Clinical Assessment of Voice*; Plural Publishing Inc, San Diego (2005)
- Sataloff, Robert Thayer – *Performing Arts Medicine*; Plural Publishing Inc, San Diego (2009)
- Speyer, R. – Effects os Voice Therapy: a systematic review. *Journal of Voice*, vol 22 n°5, pp565-580 (2008)
- Wasserman, J., Sundaram, K., Alfonso, A., Rosenfeld, R., & Har-El, G. (2007). Determination of the function of the internal branch of the superior laryngeal nerve after thyroidectomy. *Wiley InterScience*, 21-27

Rol del anesiesi6logo en la cirugia lar6ngea
Dr. Rodrigo Testart T.

La evaluación preoperatoria

Como para cualquier otra cirugía, es relevante una evaluación preoperatoria del paciente, para conocer sus antecedentes médicos, los medicamentos en uso y sus dosis, el historial quirúrgico y para efectuar la revisión de los exámenes preoperatorios. En el examen físico se debe prestar especial cuidado al evaluar la anatomía bucodentaria y la flexibilidad del cuello en extensión. La apertura bucal, la distancia tiromentoneana y la visualización de la faringe, serán revisados minuciosamente. Es importante revisar las imágenes de la laringe tomadas por el otorrinolaringólogo, para hacerse una idea más clara de lo que se visualizará al momento de la intubación para la laringoscopia directa de la intubación. Se aprovecha la consulta preoperatoria para informar al paciente en forma detallada acerca de como será el proceso de preparación e inducción de la anestesia, lo que disminuirá la angustia generada por el acto anestésico-quirúrgico. Se informa de las horas de ayuno, recomendándole hacer un buen aseo bucal el día de la intervención, para bajar la carga bacteriana. Se debe tomar nota del brazo inhábil del paciente para poner la vía venosa a ese lado, lo que es especialmente relevante en esta cirugía, cuyo postoperatorio contempla con frecuencia reposo vocal, por lo que la comunicación será esencialmente escrita. El día de la cirugía no usamos premedicación.

La Anestesia General

El paciente ingresa a pabellón, donde es monitorizado de manera habitual:

- ECG (electrocardiograma)
- Presión arterial no invasiva
- Oximetría de pulso
- Monitor BIS o Índice Biespectral (1)
- Sonda térmica axilar

Se instala una vía venosa en el brazo inhábil, conectándose las bombas de TCI (Target Controlled Infusion) y de Remifentanil (Ultiva ®). El

paciente es cubierto con una frazada térmica inflable (tipo Bair Hugger ®) para evitar la hipotermia peri-operatoria. Se inicia una preoxigenación y se da partida a la infusión propofol (Dipriván ®) (TCI)-Ultiva. Una vez que se pierde el reflejo palpebral se administra una dosis de relajante muscular -sólo en los pacientes que podrían presentar dificultades de ventilación- en una dosis baja (0,5 mg/Kg de Vecuronio, o 0,3 mg/Kg de Rocuronio). La TIVA (Total Intravenous Anesthesia) tiene muchas ventajas para la cirugía laríngea, siendo una de ellas la profundidad, que permite que las cuerdas vocales permanezcan inmóviles durante la intervención sin necesidad de usar relajantes musculares. Una vez realizada la laringoscopia del anestesiólogo, se procede a realizar una anestesia local de la glotis, aplicando un jet de 4 ml de lidocaína al 4%, lo que evitará el espasmo de la glotis durante la extubación del paciente. Para la intubación ocupamos un tubo laríngeo 5.0 o 6.0, siendo el más utilizado el de marca Sheridan ®, inflando el manguito o cuff a una presión de 20 cm de agua, o sólo lo necesario para sellar la fuga de oxígeno desde la vía aérea. El cuff deberá quedar posicionado en la mitad de la tráquea, lo que se verifica palpándolo en el hueco supraesternal o escotadura yugular. Esto es importante para evitar la conocida parálisis de los nervios recurrentes y también para posicionar el manguito lejos de la glotis, lugar de trabajo del otorrinolaringólogo, evitando así deformar la glotis o desplazar las lesiones objeto de la cirugía. Una vez intubado el paciente se conecta a ventilación mecánica aportando solamente oxígeno. Escogeremos volúmenes más bien bajos y frecuencias más bien altas, programando la presión de trabajo del ventilador entre 50 y 60 cm de agua, debido a la mayor resistencia ofrecida el tubo laríngeo por su pequeño diámetro.

El manejo de esta cirugía mediante el uso de TIVA nos permite períodos de apnea -ocasionalmente necesaria- sin mayor alteración de la saturación de oxígeno. También nos facilita extubar al paciente, en caso que el tubo oculte la lesión a intervenir, permitiendo al cirujano trabajar por períodos largos (sobre diez minutos) e incluso mayores si se instala una pequeña sonda en la tráquea con flujo continuo de oxígeno, a modo de Jet Ventilation.

Durante la cirugía, que en nuestra experiencia dura en promedio unos

cuarenta minutos, se aplican los analgésicos. En las primeras horas del postoperatorio se puede producir bastante dolor, debido al posicionamiento prolongado del laringoscopio rígido in situ, más que por la intervención misma sobre la laringe. Para estas circunstancias, una dosis baja de morfina (0.05 mg/Kg) asociada a ketorolaco y parecoxib (Probextra ®) es una fórmula que da buenos resultados con baja incidencia de náuseas o vómitos. Además utilizamos ondansetrón (Izofran ®) desde iniciada la cirugía. En algunos pacientes se indica betametasona 4 mg desde el intraoperatorio, seguido de dosis cada 8 horas en el postoperatorio, según necesidad.

El manejo de las dosis de la TIVA es variable de un paciente a otro. Por razones que aún no están claras, dos pacientes de la misma edad, peso y sexo, pueden requerir dosis de manejo muy diferentes; en uno será suficiente 2 microgramos por ml cerebral mientras que en el otro puede llegar a 4. Si se manejan todos los pacientes con dosis similares, unos se despertarán durante la cirugía y otros se demorarán mucho tiempo en recuperar la conciencia al término de ésta. La experiencia de la observación clínica asociada al análisis biespectral cerebral, nos ha permitido conocer las dosis necesarias para cada paciente, lo que no es menester detallar en este apartado, existiendo la posibilidad de compartir las especificaciones a través de un contacto personal. (2)

Se desintuba al paciente una vez despierto, aspirando previamente la faringe, se desinfla el cuff para retirar cuidadosamente el tubo durante la inspiración profunda, para que se facilite expectorar los residuos que puedan haber quedado en el segmento entre la glotis y el cuff del tubo. Se le recuerda al paciente que debe guardar silencio, comunicándose mediante gestos o por escrito. Posteriormente el paciente se traslada a sala de recuperación, donde será monitorizado por unos treinta minutos y luego llevado a su pieza, si cumple con los requisitos necesarios, esto es puntuación sobre nueve según el Test de Aldrete.

Notas acerca de la TIVA

Desde que iniciamos el uso de TIVA comenzamos a observar que las presiones pulmonares (peak y plateau) eran significativamente menores.

Con TIVA no recuerdo haber tenido pacientes asmáticos que presentaran una crisis intraoperatoria e incluso en una ocasión con un enfermo de urgencia, asmático en crisis severa, presenciamos un inesperado e importante descenso de las presiones intrapulmonares una vez cursada las drogas anestésicas intravenosas y sin mediar fármacos específicos para el asma, logrando auscultar el murmullo pulmonar normal y la ausencia de sibilancias. Al cese de la intervención el paciente despertó sin signología respiratoria. En base a estas observaciones personales es que puedo asegurar a los pacientes asmáticos que de las diferentes técnicas en uso, la anestesia general intravenosa es la más segura para evitar la aparición de una crisis intraoperatoria. Lo anterior me lleva a pensar que los medicamentos utilizados en la TIVA inducen la relajación de la musculatura lisa bronquial. Por el contrario, pacientes con antecedente de asma bronquial con o sin tratamiento, al ser sometidos a gases halogenados, frecuentemente desarrollan crisis obstructivas intraoperatorias, y aún enfermos sin historia pulmonar pueden presentar crisis de broncoconstricción, debiendo ser tratados con broncodilatadores intravenosos como la aminofilina. De alguna manera los gases halogenados parecen producir una "rigidización" del pulmón.

En relación a otros músculos lisos, en pacientes operados en posición decúbito ventral, en quienes la sonda nasogástrica drenaba corrientemente unos 100 a 200 ml de líquido bilioso en el caso de uso de gases, pudimos observar que la TIVA hacía casi innecesaria la sonda, ya que no obteníamos residuo gástrico, lo que hace pensar que esta anestesia no altera la musculatura lisa digestiva, a diferencia de los gases que podrían relajar el esfínter pilórico.

Otras ventajas que deseo destacar de la TIVA es la ausencia de riesgo de hipertermia maligna y la seguridad cardiovascular ante el uso intraoperatorio de catecolaminas, puesto que el propofol no 'sensibiliza' el músculo cardíaco al efecto adrenérgico tópico ni sistémico. Solamente en caso de grandes dosis o de inyección intravascular indeseada hemos observado algunas arritmias, habitualmente taquicardia de muy corta duración y fácil reversión, sin aparición de extrasistolía ventricular.

Notas:

(1). En la actualidad el monitor BIS[®] es el más usado y con el que mayor experiencia se ha obtenido. Está aprobado por la FDA (*Food and Drug Administration*) para la monitorización de la profundidad anestésica mediante el análisis biespectral del electroencefalograma (EEG), (Aspect Medical Systems[™] Inc., Natick, MA).

(2). E-mail Dr. Rodrigo Testart Tobar: rodrigotestart@gmail.com

Anatomía Patológica de las Lesiones Benignas de la laringe

Dr. Raúl González Álvarez

Esta es una revisión de la patología benigna más frecuente que afecta a la laringe y cuerdas vocales, y a la que se debe enfrentar el patólogo general. Incluye una revisión bibliográfica y refleja la experiencia práctica del suscrito.

Lesiones benignas de cuerdas vocales y laringe

1. Nódulos (pólipos) laríngeos
2. Traqueopatía osteocondroplástica
3. Quistes laríngeos y laringoceles, pseudotumor quístico de banda ventricular
4. Papilomas
5. Carcinoides
6. Tumores de tipo salival (adenoma pleomorfo, oncocitoma)
7. Tumores no epiteliales benignos: hemangioma, neurofibroma y neurilemoma, lipoma, xantoma, leiomioma incluido epiteloide, rabdomioma, tumor de células granulares, condroma, pseudotumor inflamatorio (miofibroblástico), fibromas/fibromatosis, nevos.
8. Lesiones no tumorales: úlcera de contacto, granuloma de contacto o por intubación, granuloma por teflón, amiloidosis, sialometaplasia necrotizante, estenosis subglótica idiopática y secundaria, fibrosis angiocéntrica eosinofílica, mucinosis focal.

No es el propósito extenderse a lesiones malignas ni premalignas en la presente revisión, las que también comprometen a esta zona. Para el patólogo general es difícil obtener una casuística, pues es un volumen de patología relativamente poco frecuente, más fácil de encontrar en centros especializados y de referencia. Aún así, en conjunto, las primeras frecuencias corresponden a nódulos laríngeos y papilomas, seguidos por algunas lesiones de tipo salival, una miscelánea de tumores mesenquimáticos y no epiteliales, de los cuales el más común es el hemangioma, siendo los restantes de baja incidencia, y caracteres

comunes al resto de sus sitios de presentación. Algunas estimaciones consideran que un 30-40% de la población infantil sufre de disfonía, siendo un 60-80% por nódulos; 22% de los docentes sufren en algún momento por ellos, y se calcula entre 17-24% de la patología laríngea, y un 1,3 % de la consulta en ORL . En cuanto a los papilomas, son menos frecuentes (6-7 x 100.00 en España; 0,15 a 6,7 de las consultas en ORL en Alemania), el 80% aparece en niños de menos de 7 años, múltiples, el resto en adultos, único y con mayor tendencia a la malignización, la cual es baja.

Nódulos (Pólipos) laríngeos

Son sinónimos, pues comparten etiología (trauma fónico) e histología, aunque algunos ORL usan “nódulo” para lesiones sésiles de menos de 3 mm, y “pólipo” para las mayores, a veces pediculadas. Incluso, hay una forma difusa de engrosamiento de la cuerda vocal , llamada poliposis difusa o edema de Reinke.

Desde Ash y Schwartz se reconocen estas lesiones, frecuentes en quienes hacen uso inapropiado de la voz, con cuatro formas de presentación, que llamó fases: a) fibrosa inicial (engrosamiento entre el epitelio escamoso y la membrana elástica), b) polipoídea (edema y dilatación vascular, de larga duración, meses o años), c) varicosa (mayor dilatación y ectasia vascular), d) hialina o tumor amiloideo (depósito de sustancia que no se tiñe con los colorantes como Rojo Congo, más parecido a la fibrina, depositado en el estroma y paredes vasculares). El epitelio puede ser normal, atrófico, o hiperplástico (acantósico), pseudoepiteliomatoso o hiperqueratótico. Ash menciona sólo un caso de neoplasia epitelial, en más de cien casos.

Ash,JE, and Schwartz,L: TR.Am. Acad. Opth. 48:323,1944 (laryngeal nodule).

Los nódulos laríngeos se desarrollan en el borde libre de la cuerda vocal verdadera, en el espacio de Reinke, que es la lámina propia de la cuerda vocal verdadera misma con tejido fibroso y vasos. En descripciones más recientes, Barnes reconoce 5 tipos histológicos: a) edematoso/mixoide,

b) fibroso, c) hialino (amiloideo) , d) vascular , y e) mixto. La patogenia más aceptada es que el trauma fónico con fricción excesiva y fuerzas musculares opuestas, conduciría a un daño vascular, con consiguiente aumento de la permeabilidad vascular; las consecuencias son primero ante un daño leve, edema y aspecto mixoide, que si no se remueve, llevará a fibrosis; ante un daño mayor, escapa fibrina , dando origen a la variante hialina o amiloidea o fibrinoidea. El intento de remover dicha fibrina se expresa con neoformación vascular, la forma vascular. La membrana basal epitelial puede engrosarse también, pero es llamativa la ausencia de elementos inflamatorios.

(Surgical pathology of the head and neck, third ed.L.Barnes, 2009)

Papilomas Laríngeos

Constituye el grupo de tumores epiteliales benignos más frecuentes de la laringe. En USA, se estima entre 1.7 a 4.3 x 100.000 niños y de 1.8 x 100.000 en adultos. Los papilomas suelen clasificarse según: a) edad de presentación, b) gravedad o agresividad intrínseca, c) queratinizados y no queratinizados.

a.- Los papilomas múltiples suelen acaecer en niños y jóvenes, suelen ser no queratinizados. A veces, los papilomas múltiples pueden llegar a producir obstrucción respiratoria e incluso la muerte. Recurren frecuentemente, no malignizan y suele demostrarse virus HPV 6 y 11. Los papilomas de adultos mayores suelen ser queratinizados, únicos, pueden o no recurrir, incluso malignizarse, y suele no demostrarse presencia viral. Su etiología viral está establecida con certeza, con predominio de los virus HPV, de cepas 6 y 11 habitualmente, entre 50-100% de los casos en niños y personas jóvenes. Una alta proporción de casos infantiles se relacionan con madres portadoras de condilomas en el tracto genital. Aparece bajo los 15 años en el 66% con distribución pareja por sexo, suelen ser múltiples y recurrentes, y sobre esa edad en 34%, con predominio masculino (3-4:1), son menos frecuentemente múltiples (25-25%) y recurren rara vez. Afectan cuerdas vocales falsas y verdaderas y ventrículos, pero pueden extenderse: cavidad oral, nasal,

faríngea, tráquea y bronquios (2-15%) y aún pulmón. Macroscópicamente, son crecimientos verrucosos confluentes y frágiles que pueden sangrar. Histológicamente, son papilas con eje conjuntivo vascularizado cubierto por epitelio escamoso no queratinizado, a veces se demuestra coilocitosis (vacuolas citoplasmáticas en estrato de Malpighi, con discariosis mínimas y binucleaciones). Puede haber ocasionalmente paraqueratosis. El estroma exhibe variable cantidad de elementos inflamatorios. Mediante inmunohistoquímica, hay variable pero alta demostración de HPV, y con investigación de cepas, las más frecuentemente determinadas son 6 (53.5-87.5%), luego 11 (39.7-8.3%), más raramente otras (16, coinfección con herpes y Epstein Barr).

b.- Papilomas queratinizados:

Estas lesiones suelen ser únicas, en personas mayores, no hay relación con virus, puede haber relación con tabaco. Pueden o no recaer, afectan a cuerdas vocales verdaderas, rara vez pueden malignizarse, y se manifiestan por disfonía. Algunos patólogos prefieren llamarlos “queratosis papilares”, para distinguirlos de los anteriores. Macroscópicamente, rara vez son mayores de dos cms. Histológicamente, poseen un eje conjuntivo vascularizado, cubierto por epitelio escamoso estratificado con notoria queratinización superficial y/o paraqueratosis. Hay gránulos de queratohialina, también en variable cantidad. Este epitelio muestra diversos grados de displasia, con atipias nucleares de leves a severas. Las papilas suelen ser menores, y el estroma vascular contiene escasa pero variable cantidad de elementos inflamatorios. En el cuadro histológico, el diagnóstico diferencial con carcinoma verrucoso puede ser difícil (no hay queratohialina, pacientes mayores de 50 años, elongación marcada de las clavazas interpapilares).

(surgical pathology of head and neck, third ed., Barnes, 2009).

Quistes Laríngeos, laringocele y pseudotumor quístico de banda ventricular

Representan una baja incidencia de casos, adquiridos o congénitos, que afectan al fondo de saco ciego revestido por epitelio respiratorio y que

asciende desde el ventrículo, entre la cuerda vocal falsa y la superficie interna del cartílago tiroideos. Se le ha llamado sáculo o apéndice del ventrículo laríngeo. En su revestimiento mucoso hay glándulas mucinosas y en los niños, tejido linfoide. Su orificio es de 0.5 a 1mm, y su extensión de 6 a 15mm. Si su orificio se cierra, se desarrolla un quiste; si permanece abierto y lleno de aire, tenemos un laringocele.

Los quistes propiamente tales han sido clasificados por Newmann en:

- Tonsilares: 25 %
- Epiteliales: 65 % a) ductales
b) saculares (anteriores o laterales)
- Oncocíticos: 10 %

Los Tonsilares muestran epitelio pavimentoso estratificado, y tejido linfoide abundante, rellenos de material queratínico. Son pequeños, epiglóticos, valleculares o de seno piriforme. Los epiteliales muestran epitelio pavimentoso estratificado o cilíndrico, o ambos, con o sin papilas. El contenido es mucina o material queratínico. Hay menos tejido linfoide. Son supraglóticos, valleculares, o piriformes. Los oncocíticos afectan a mayores de 50 años, y la característica es el epitelio eosinófilo grumoso abundante, que recuerda los adenomas papilares oncocíticos salivales. Afectan más a cuerdas focales falsas y ventrículos. Los laringoceles contienen más aire que mucina, son congénitos o adquiridos, más frecuentes en hombres que mujeres, de 40 a 70 años, y frecuentes en personas que aumentan la presión de la vía aérea (músicos de instrumento de viento, infladores de globos, sopladores de vidrio). A veces, se asocia con desarrollo de carcinoma laríngeo, muy variable según la literatura. Mi personal experiencia es el ocasional caso remitido, de tipo quiste sacular pavimentoso, extraído por encima de una cuerda vocal falsa.

(surgical pathology of head and neck, third ed., Barnes, 2009)

Del resto de la miscelánea benigna que he tenido oportunidad de examinar, puedo mencionar hemangiomas capilares, traqueomalacias secundarias a intubación, amiloidosis genuina Rojo congo positiva,

estenosis subglótica secundaria cicatricial, sialometaplasia necrotizante, todos como casos únicos a lo largo de años. Como ya señalaba, esta patología es más fácil de concentrar en centros de referencia o asociados a servicios de ORL suprarregionales.

Bibliografía

1. Surgical Pathology of Head and Neck, Third Ed., Barnes, 2009
2. Ash, JE, and Schwartz, L: TR.Am. Acad. Ophth. 48:323,1944 (laryngeal nodule).
3. Papilomas y papilomatosis laríngea.Tratamiento con láser CO2, nuestra experiencia de 15 años. C. Gutiérrez et al, Acta Otorrinolaringológica española, v. 61, Nov-Dic 2010.
4. Incidencia de la papilomatosis laríngea en pacientes que acudieron al depto. de Otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello del Hospital Salvador B. Gautier. R. Cáceres A et al, Rev Med Dom, vol68-No 3, Sep-Dic 2007.
5. Nódulos de cuerdas vocales. Factores de riesgo en docentes. Estudio de casos y controles. CA Pérez F, y J Preciado L., Acta Otorrinolaringológica Española, 2003, 54: 253-260

Aspectos Médico Legales de las Disfonías

Dr. Francisco Heller Vega

La salud ocupacional, corresponde al campo de la salud pública y de la seguridad social y consiste en las acciones necesarias para garantizar a los trabajadores, la prevención, promoción y recuperación de la salud ante eventos laborales. Chile es pionero en Latinoamérica, en legislar sobre la creación de un seguro obligatorio contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades laborales o profesionales. Así la Ley 16.744 del año 1968, establece : la obligatoriedad de este seguro, los trabajadores asegurados, contingencias cubiertas, prestaciones, cotizaciones, define las evaluaciones de incapacidades, define los organismos administradores de la ley y pone énfasis en la prevención de riesgos profesionales y una larga lista de artículos relacionados con el tema. Sin embargo, este cuerpo legal requiere de reglamentos para la aplicación del mismo. Así los decretos supremos (DS) N° 101, que aprueba el reglamento para la aplicación de la ley 16.744 y el DS. 109, que aprueba el reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, fueron publicados en Junio de 1968. Ellos y las modificaciones posteriores, serán las bases sobre las que se cimentará la evaluación del diagnóstico y gravedad del daño, además de la determinación del grado de discapacidad.

El artículo 5° de la Ley 16.744 define que se entiende por **accidente del trabajo**, toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. En ese mismo cuerpo legal, el Artículo 7° define **enfermedad profesional** como aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

El D.S. 109 de 1968, (7) reglamenta la calificación y evaluación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Define en el artículo 18° agentes específicos (químicos, físicos, biológicos y polvos) que entrañan el riesgo de enfermedad profesional. El artículo 19° enumera diversas enfermedades profesionales, los trabajos que entrañan el riesgo y el agente específico y, en relación al tema que nos interesa, es decir las disfonías, en el N° 14 se menciona “**laringitis profesional con afonía**” y agrega “todos los trabajos que expongan al riesgo por tensión fisiológica de las cuerdas vocales”, sin otras consideraciones.

Luego, El artículo 23°, del mismo D.S. 109 establece: en los siguientes casos las enfermedades profesionales se consideran que producen **incapacidad temporal** y nombra en el N° 7 “**Neurosis y laringitis con afonía, causadas por trabajos que expongan al riesgo de tensión fisiológica y psíquica y se compruebe relación de causa a efecto con el trabajo**” y agrega “durante el período de diagnóstico y tratamiento inicial” (3).

Por último, el artículo 24° define las enfermedades profesionales que producen invalidez, indicando que la comisiones de las Mutualidades o la COMPIN, determinarán entre los porcentajes señalados, el grado de incapacidad física. En el N° 8 de éste artículo se agrega “neurosis y laringitis con afonía, causadas por trabajos que expongan al riesgo de tensión fisiológica y psíquica y se compruebe relación de causa y efecto con el trabajo”, pero en esta oportunidad le asigna un porcentaje de incapacidad por corresponder a una fase crónica e irreversible de la enfermedad.

No es hasta el año 2006, que en el Decreto N° 73 de marzo de ese año, con el Artículo N° 19 y el N° 14 se incorpora la definición de “**laringitis con disfonía y/o nódulos laríngeos**”, como enfermedad profesional.

La escasa literatura referente a disfonías profesionales, deja en claro que existen otros factores -extra laborales- tanto sociales como de la esfera emocional y en relación con trastornos funcionales digestivos que también influyen en la génesis de ésta patología.

Sin embargo, pese a estas consideraciones, el legislador no ha podido establecer normas definidas para evaluar la gravedad del daño, su incapacidad laboral y las indemnizaciones correspondientes, determinando que sean los profesionales -médicos especialistas- de las Mutualidades o ISL, los que con un criterio clínico poco objetivo resuelvan la incapacidad evaluada. A modo de ejemplo, la Circular 3G/40 del MINSAL (Ministerio de Salud), el Decreto Exento N° 1029, del 11 de noviembre 2011, y otros documentos legales, presentan un protocolo de normas mínimas para el desarrollo de programas de

vigilancia de la pérdida auditiva por exposición a ruido y entrega las fórmulas del cálculo del daño por este agente y el grado de discapacidad y la indemnización correspondiente. Lo mismo es aplicable al daño producido por otros agentes, como sílice, en que existen elementos objetivos de estudio que permiten determinar el daño causado con certeza.

En otros términos, corresponde al legislador y a los especialistas, proponer normas y protocolos que definan en forma objetiva las disfonías como enfermedad profesional y que incorporen en esas pautas las tecnologías actuales en el diagnóstico de la patología vocal.

No se puede dejar de mencionar el Decreto Ley N° 3500 de 1980 (6) y (2) que crea el nuevo régimen de Pensiones, el que establece en el artículo 4° el derecho a pensión de invalidez para quienes sufran un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo a consecuencia de enfermedad o debilitamiento físico o intelectual.

Así, este cuerpo legal, crea las “normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema provisional”, vigente a contar de julio de 2012.

En el Capítulo X, “Sistema Auditivo, Equilibrio y Fonación”, se entregan las normas y criterios para la evaluación de los efectos que el impedimento configurado del Sistema Auditivo, el Equilibrio y la Fonación, producen sobre la capacidad general de trabajo, expresado en la interferencias que producen sobre las actividades esenciales domésticas, de desplazamiento y eficiencia social. **Define que corresponde al médico otorrinolaringólogo pronunciarse sobre la naturaleza común o profesional de los impedimentos mencionados.**

Respecto de la Fonación, la norma considera los impedimentos que dan por resultado la pérdida de la producción de la voz por sus medios normales. La evaluación de la pérdida del lenguaje orgánico incluye la incapacidad de producirlo por cualquier medio, incluidos la rehabilitación foniátrica, dispositivos mecánicos o electrónicos.

El menoscabo considera la pérdida de audibilidad, inteligibilidad y eficiencia funcional del habla y define:

CLASE I : Menoscabo Laboral Permanente 1% - 14%. “La audibilidad del habla es mala en autobuses, restaurantes. Es inteligible, pero comete errores. La eficiencia funcional encuentra dificultades, tiene interrupciones o lo hace despacio”.

CLASE II: Menoscabo Laboral Permanente 15% - 34%. “Puede hacerse oír sólo en conversación con otra persona; no es audible en sitios ruidosos. Personas extrañas encuentran dificultades para entenderle. Se fatiga rápidamente, conversa sólo breves períodos”.

CLASE III: Menoscabo Laboral Permanente 35% - 49%. “Puede hacerse oír en pocas ocasiones, la voz es susurrada , no puede hablar por teléfono. Algunas unidades fonéticas no se le entienden. Le cuesta trabajo hablar y lo hace despacio”.

Estas normas, sólo establecen un criterio clínico subjetivo y no mencionan otro tipo de estudios. Creemos que existen vacíos importantes en la legislación vigente en la evaluación de las disfonías, sean éstas de origen natural o común y las disfonías profesionales. Son pocos los estudios a nivel nacional y foráneos que evalúan las disfonías y las lesiones de cuerdas vocales (4).

La presencia de disfonía funcional, puede provocar con el tiempo la aparición de lesiones orgánicas benignas (nódulos/pólipos, laringitis crónica, quistes y cicatrices) de las mismas cuerdas, las que a su vez perpetúan la propia disfonía. Los usuarios profesionales de la voz, son un grupo profesional de personas muy heterogéneas, entre los que se destacan cantantes, actores, locutores, operadores telefónicos, profesores, abogados, recepcionistas, entrenadores, políticos, vendedores, médicos o cualquier persona que usa su voz como medio de trabajo habitual. En ellos, el riesgo de producir lesiones orgánicas está relacionado con el número elevado de horas , continuidad y esfuerzo vocal, a los que se le puede sumar factores de riesgo no relacionados

directamente con el uso o abuso de la voz, como el hábito de fumar, el consumo de alcohol y enfermedad por reflujo extraesofágico ácido.

De una muestra de 132 pacientes (4) con disfonía funcional, el 40% de ellos demostraron ser usuarios profesionales de la voz y casi la mitad presentaron algún tipo de lesión orgánica de cuerdas, con una mayor incidencia en varones. En cuanto a la exposición de factores de riesgo, no relacionados con el trabajo, se encontró un riesgo casi tres veces superior de presentar lesiones benignas de cuerdas -entre los fumadores- Por otra parte, el consumo de alcohol no tuvo relevancia en el desarrollo de lesiones orgánicas. Es interesante destacar que ni este estudio y ningún otro que conozcamos, ha investigado el efecto que produce en la laringe el número de horas trabajadas, así como el efecto de los años de antigüedad en puestos con este tipo de exigencia vocal. Aún así, como conclusión, existe evidencia de que la exposición al uso continuado y/o forzado de la voz es un factor de riesgo laboral en usuarios profesionales de la voz, ya que se asocia a la aparición de lesiones benignas de cuerdas vocales, lo que perpetua o agrava la discapacidad producida por la disfonía.

Del análisis de lo anteriormente expuesto, se puede concluir que es necesario que las instituciones encargadas de la prevención consideren estas asociaciones y evalúen el riesgo laboral que entrañan, no sólo en aquellas profesiones tradicionalmente expuestas a este daño, sino que incorporen a todas aquellas profesiones en las que se exige una respuesta satisfactoria a las actividades de comunicación oral.

Bibliografía

1. Normas Legales Sobre Accidentes Del Trabajo y Enfermedades Profesionales. ACHS 1990
2. Vergara N. Jubilación por enfermedad ORL. Revista Chilena de Otorrinolaringología, 60: 169-174. 2000
3. Oyarzún R. Disfonía en profesores. Revista Chilena de Otorrinolaringología, 44: 12-18. 1984
4. De las Casas. Disfonías funcionales y lesiones orgánicas. Archivos Prevención Riesgos Laborales, 15 : 21-26. 2000
5. Muñoz P. Legislación Chilena. Revista Editorial Universitaria. Artículo 19 inc 4
6. Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones. Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez. Tercera edición. 1990
7. Decreto 109. 1968 Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Biblioteca del Congreso Nacional.

Glosario

Dr. Francisco Pérez G. / Dra. Alba Testart T.

Nota: Esta sección no pretende ser una enumeración exhaustiva de la terminología laringoscópica ni laringológica, cosa más propia de un libro de texto, sino más bien presentar los utensilios verbales cotidianos para el manejo del lenguaje en el ámbito de la laringoscopia.

Algunas de las descripciones y definiciones de términos aquí contenidos corresponden a la visión personal del autor, fruto de su experiencia en el examen laringoscópico, practicado por más de dos décadas, procediendo también de notas y apuntes de cursos de difícil referencia y de textos enciclopédicos de dominio general. El objetivo de esta sección es poner un acento o matiz en particular acerca de la manera de conceptualizar verbalmente aquello que observamos. El acto de convertir en palabras las impresiones que las imágenes nos provocan, nos permite comprender mejor el sentido de las formas, sus variaciones y las consideraciones de patología o normalidad.

Adenoides, tonsila faríngea, amígdala faríngea, de Luschka o vegetaciones adenoideas: formación de tejido linfático no encapsulado presente en la rinofaringe entre los dos y ocho años de edad aproximadamente, con forma de masa polilobulada (cinco o seis lóbulos) y que presenta respuesta inmunológica humoral (B) y celular (T). Su crecimiento exagerado (hiperplasia) puede producir obstrucción respiratoria nasal con síntomas tales como ronquido, rinolalia cerrada, rinorrea, otitis asociadas, etc. (1)

Afonía: imposibilidad de efectuar emisión vocal causada por una alteración muy importante del órgano fonatorio, en particular los pliegues vocales, responsables de la vibración y generación del tono fundamental. En general se trata de un proceso inflamatorio severo -que altera la vibración del epitelio- o una disfunción neurológica que impide el movimiento (efectores musculares) y adosamiento de los pliegues, o una alteración mecánica laríngea (anquilosis). Diferenciar de **mutismo** que es incapacidad psiquiátrica de hablar o de la **afasia** motora, sensitiva o mixta que corresponde a una afección de la corteza cerebral por accidente vascular, tumor, traumatismo, etc. Debe considerarse sin embargo, que la falta completa de voz se puede producir también por trastornos conversivos, frente a situaciones emocionales complejas.

Anquilosis (articulaciones laríngeas): trastorno que ocurre en especial en traumatismos laríngeos externos (menos frecuentes) e internos como la intubación oro o naso traqueal prolongada con secuelas inflamatorias, infecciosas y cicatriciales sobre los tejidos laríngeos (epitelios y cartílagos). En ocasiones es producto de una intubación traumática, capaz de ocasionar una luxación de cartílago aritenoides. La forma más frecuente es la artritis y/o anquilosis cricoaritenóidea que produce una pseudo-parálisis del pliegue vocal, a veces de difícil diagnóstico diferencial.

Apófisis, proceso: significa excrecencia o parte saliente de un hueso o cartílago que sirve para articularse o para la inserción de ligamentos y músculos. En la laringe es de especial relevancia el proceso o apófisis vocal del aritenoides que presta inserción al ligamento vocal. Desde 1998 el Comité Federal de Terminología Anatómica (FCAT) (1) recomienda el término proceso aunque conservando el de apófisis, según el listado de Terminología Anatómica Internacional. El proceso muscular no es visible a la endoscopia y sirve para la inserción de los músculos cricoaritenóideo lateral y posterior.

Bandas ventriculares o pliegues vestibulares: pliegues de tejido conjuntivo y epitelio que yacen por encima de los pliegues vocales y ‘contienen’ lateralmente el músculo tiroaritenóideo superior. Normalmente no cubren los pliegues vocales y dejan ver, al menos parcialmente, el ventrículo laríngeo. Su desarrollo excesivo se denomina hipertrofia de bandas y se relaciona con actividad compensatoria de una disfunción vocal (paresia o parálisis vocal) o con trastornos respiratorios crónicos (asma bronquial, enfisema) en que se requiere un incremento de la presión subglótica.

B de K: Bacilo de Koch, *Mycobacterium Tuberculosis*, agente de la Tuberculosis.

Comisura, comisuritis: del latín *commisura*, de *committere*, juntar o unir. Zona de unión de las hemilaringes en la parte anterior y posterior. La anterior corresponde al ángulo agudo que remata la V glótica y presenta una coloración nacarada y un corto trazo vertical que le otorga forma de Y. La posterior es la superficie -normalmente lisa y de coloración rosado suave homogénea- que media entre los cartílagos aritenoides. Es frecuente asiento de alteraciones debidas a reflujo faringolaríngeo, tabaquismo crónico, enfermedades pulmonares crónicas, contaminación ambiental laboral, tuberculosis, etc. manifestando engrosamiento de su cubierta epitelial (denominada descriptivamente como hiperqueratosis, paquidermia y a veces granuloma).

Congestión, hiperemia, eritema: congestión no es un término cromático, pero indica el aumento y eventual dificultad del flujo circulatorio que se transluce en un tono rojizo variable, de mayor o menor intensidad, en los tejidos. Hiperemia es similar a congestión, siendo etimológicamente ‘exceso del contenido de sangre’ en el espacio intravascular de un órgano o parte de él. Eritema es un término primariamente dermatológico e indica inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas o enrojecimiento difuso y no debería ser aplicado a las mucosas. En descripciones médicas no se debería utilizar términos como ‘enrojecimiento’ o ‘rubicundez’ habiendo otros más adecuados, sin embargo se pueden admitir para precisar un tono en particular, como rojo violáceo, rosado pálido, etc.

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure o presión positiva continua de vía aérea, aparato para tratamiento de apneas obstructivas.

Cuerda vocal (pliegue o repliegue vocal): denominación tradicional instaurada por Ferrein de la estructura laríngea generadora de la vibración o tono fundamental, en alusión a la similitud con un instrumento musical cuyas cuerdas vibran al ser pulsadas. Este nombre ha sido reemplazado por el de pliegue vocal (o repliegue), denominación más descriptiva y cercana a las características estructurales que definen a este generador, compuesto por la mucosa (epitelio plano pluriestratificado no queratinizado y su membrana basal), la submucosa o lámina propia con sus capas superficial -espacio de Reinke- intermedia y profunda -incluyendo el ligamento vocal- y el músculo vocal. Pese a lo anterior, el denominativo cuerda y sus derivados, cordal, subcordal, cordotomía, corpectomía, etc. continúan en uso por la inadecuación del término pliegue para originar etimológicamente la nomenclatura relacionada.

Diafragma, membrana, web (inglés), palmure (francés), sinequia, brida, estenosis: se debe distinguir entre el diafragma (membrana, web,

palmure) que corresponde a una lesión congénita consistente en la unión de los pliegues vocales por una lámina de tejido epitelial y conjuntivo de diverso grosor y extensión que se localiza en el espacio glótico, por lo general en la comisura anterior, y es un residuo embrionario persistente de la lamina epitelial embrionaria. Ésta puede producir un grado variable de trastorno vocal o respiratorio, según sea su magnitud. Es de difícil diagnóstico si es pequeña y anterior, pudiendo actuar como predisponente para otras lesiones adquiridas. Existen también lesiones estenosantes congénitas y adquiridas que por lo general tienen aspecto diferente, como sinequias y bridas que se pueden localizar en la zona anterior de la laringe o en la posterior, en relación al tubo oro-traqueal, entre la supraglotis y la subglotis.

Diplofonía: voz bitonal, es decir producción de emisión vocal con dos tonos diferentes al mismo tiempo, por asimetría en la vibración de los pliegues vocales. Puede deberse a una disfunción neurológica (parálisis o paresia de pliegue vocal) o a lesiones que actúan como osciladores adicionales.

Disfonía: emisión vocal caracterizada por una alteración en los parámetros vocales: el tono (frecuencia), el timbre (resultado espectral) y/o la intensidad normal para el hablante. Ésta puede estar ocasionada por una alteración en los pliegues vocales, sea en la superficie, borde libre o la capacidad motora, que impide la adecuada vibración del epitelio o el correcto adosamiento cordal.

Disfagia, afagia: dificultad para efectuar la deglución o la total imposibilidad de hacerlo, respectivamente. La disfagia es la alteración del complejo mecanismo que permite deglutir, el que conlleva diversas fases: cerebral o cefálica, preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica, las cuales involucran la participación de fibra muscular estriada y lisa en una delicada secuencia de gestos voluntarios y automáticos. Las causas de disfunción pueden localizarse desde las diferentes estructuras

masticatorias, bucales, faríngeas y laríngeas así como el tubo digestivo alto, sea la mucosa, capa muscular (estenosis benigna como esclerodermia, síndrome de Plummer Vynson, cicatriz de úlcera por reflujo, divertículo de Zenker, acalasia o lesiones tumorales benignas o malignas), la musculatura voluntaria (estriada) o lisa (distrofia muscular), el componente nervioso (secuela de accidente vascular, esclerosis lateral amiotrófica, etc.), la placa motora y neurotransmisores como en la miastenia gravis. Se habla de disfagia 'lógica', cuando involucra primero a los alimentos sólidos y posteriormente a los líquidos y por otra parte la 'ilógica' en que no se produce esta secuencia sino que es errática y variable con las diferentes consistencias; la primera es debida a estrechez de la vía en algún punto que va progresando y la segunda puede ser por las múltiples causas mencionadas con características específicas según el caso.

Disodia: disfonía de la emisión vocal cantada.

Edema: es el aumento de volumen inflamatorio, habitualmente difuso, originado por el derrame de líquido en el espacio intersticial de un órgano ocasionado por la exudación (factores solubles e infiltrado celular) desde los vasos sanguíneos que aumentan su permeabilidad luego de la liberación de mediadores pro-inflamatorios (histamina, kininas, leucotrienos, prostaglandinas, etc.). Esto puede ser ocasionado por un estímulo físico, biológico (virus, bacterias) o inmunológico (alergia mediada por IgE, activación del complemento, etc). Ocasionalmente puede haber un edema localizado, lo que en referencia a la piel se denomina pápula, no así en laringe. No se debe usar 'hinchazón' como término descriptivo.

Epiglotis: del latín *epi*, sobre y del griego *glottis*, boquilla de un tubo, es el cartílago elástico con forma de raqueta que se ubica en la parte superior de la laringe y que, durante la deglución, se proyecta sobre el vestíbulo laríngeo acompañado por la base de la lengua. (Nótese que, siendo una

palabra grave y no esdrújula, no lleva acento). Su proceso inflamatorio se denomina epiglottitis o, en caso de ser más extenso, laringitis supraglótica.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Estenosis (laringotraqueal): del griego *stenós*, estrecho y *osis*, estado morbo. Estrechez congénita o patológica del lumen o luz de un orificio, conducto u órgano tubular que dificulta el paso a través de él. En el caso de la lesión congénita o atresia, ésta se debe a una perturbación del desarrollo de la lámina epitelial que en el período embrionario cierra transitoriamente el aditus u orificio laríngeo, la que no se reabsorbe. La lesión adquirida o cicatricial que estrecha el lumen laríngeo y/o traqueal corresponde generalmente a la secuela de un traumatismo interno, principalmente intubación oro-nasotraqueal prolongada. También hay enfermedades de depósito como sarcoidosis y amiloidosis que entre otras pueden originarla. Ocasiona disnea de grado variable y alteración fonatoria concordante con el nivel y magnitud de la obstrucción. Se puede graduar según:

- Clasificación por porcentaje de obstrucción del lumen laríngeo, según Cotton, 1984:

Grado I : Menor del 70%; Grado II: Entre 70 y 90%; Grado III : Mayor del 90%; Grado IV: Obstrucción total

- Clasificación de estenosis glótica posterior (Bogdasarian y Olsen, 1980): Tipo I: Adhesión interaritenoides; Tipo II: Cicatrización interaritenoides y de comisura posterior; Tipo III: Cicatrización de comisura posterior que se extiende hacia una articulación cricoaritenoides; Tipo IV: Cicatrización extensa que compromete ambas articulaciones cricoaritenoides

- Estadaje según localización y extensión (McCaffrey, 1992): Estadío I: Lesiones confinadas a subglotis menores de 1 cm Estadío II: Lesiones confinadas a subglotis mayores de 1 cm Estadío III: Lesiones

subglóticas que se extienden a tráquea, pero no a glotis Estadío IV: Lesiones que comprometen glotis con fijación o parálisis de una o ambas cuerdas vocales.

Estroboscopia: consiste en la utilización de una luz pulsada o interrumpida periódicamente, de modo de lograr unir imágenes separadas del desplazamiento total observándose como un movimiento enlentecido. La luz es sincronizada con la frecuencia de vibración de los repliegues vocales y levemente desfasada, lo que se logra mediante micrófono aplicado a nivel del cuello sobre el cartílago tiroides. Esto se basa en el hecho de que la imagen percibida por nuestra retina persiste durante 0,2 segundos de modo que podemos distinguir hasta 5 imágenes por segundo (ley de Talbot). Este fenómeno llamado de persistencia de la visión, hace que las secuencias de imágenes producidas a intervalos menores de 0,2/seg se fusionen dando una ilusión óptica de movimiento aparente. Agregando el fenómeno de correspondencia, que determina que nuestro cerebro llene los vacíos entre imágenes cuando el sistema visual recibe una serie rápida de imágenes fijas, es posible visualizar como un desplazamiento continuo la secuencia de imágenes. De este modo se obtiene un movimiento falsamente enlentecido de la vibración de los pliegues vocales, ya que el ojo humano no es capaz de apreciar la frecuencia de 100 a 250 Hz propia de la voz, es decir lo que vemos realmente es una ilusión óptica. Esta técnica es indispensable para la evaluación del patrón vibratorio (componente horizontal, vertical y ondulatoria de la vibración) así como la determinación de asimetrías en la altura del proceso vocal.

Fonalgia: término que indica el dolor o la sensibilidad asociada a la emisión vocal sobre la zona de proyección de la laringe, pudiendo guardar relación con el órgano mismo o la tensión muscular de los músculos supra e infrahióideos (músculos en cinta o strapped muscles de la literatura anglosajona).

Fonastenia: agotamiento vocal fácil o prematuro, generalmente asociado a hipofonía o disminución de la proyección o potencia vocal y

que se suele observar en pacientes portadores de paresia o parálisis laríngeas, enfermedades neuromusculares (miastenia, esclerosis lateral amiotrófica, etc.) o en casos de enfermedad respiratoria severa por insuficiente capacidad pulmonar. Se puede acompañar de síntomas y signos de tensión de la musculatura extralaríngea y cervical en forma compensatoria.

Glosodinea o glosalgia: dolor espontáneo en la lengua.

Glosopirosis: sensación de ardor o quemazón en la lengua.

Glositis: inflamación lingual, ya sea generalizada o localizada: lengua geográfica, glositis romboidal media, aftas linguales, etc. a veces asociada con deficiencias de vitaminas, estados carenciales y enfermedades consuntivas.

Glosoplejia: parálisis lingual causada por compromiso del nervio hipogloso o XII par craneano.

Granuloma vocal: lesión hipertrófica de tipo inflamatorio (no tumoral) de la mucosa y/o cartílagos laríngeos secundaria a traumatismo mecánico externo, interno (intubación), alteración fisiológica (tos crónica, carraspeo) o infecciones y generalmente asociado con reflujo clorhidropéptico que produce necrosis epitelial y subepitelial comprometiendo la irrigación del tejido.

Hiperfunción e hipofunción laríngea:

Clasificación de Morrison para trastorno de la voz por uso muscular inadecuado, 1993 y 1996. (3, 4)

- Tipo I: Isométrico laríngeo. Aumento de toda la tensión muscular. Se aprecia un hiato como triángulo posterior.

- Tipo II: Contracción lateral glótica o supraglótica. Tensión muscular laríngea con hiperaducción glótica o supraglótica.
- Tipo III: Contracción supraglótica anteroposterior. Patrón de contracción anteroposterior que reduce el espacio entre la epiglotis y aritenoides en fonación.
- Tipo IV: Afonía, disfonía de conversión. Hipertonicidad generalizada de la laringe.
- Tipo V: Disfonía psicógena con pliegues vocales arqueados. Atrofia senil, sulcus o disfonía habitual post infección respiratoria alta.
- Tipo VI: Disfonía de transición del adolescente. Alteración vocal transitoria propia del período mutacional.

Clasificación según Kaufmann (Patrón de Tensión Muscular)

- Tipo 1 o contracción isométrica o disfonía músculotensional: es la que se produce por una contracción generalizada de toda la musculatura intrínseca de la laringe. Produce un defecto de cierre posterior, probablemente debido a la actividad del cricoaritenóideo posterior, que genera un escape de aire improductivo. El hallazgo estroboscópico en una disfonía músculotensional tipo 1 es un defecto de cierre posterior. Hay además una zona donde el impacto de las cuerdas vocales es mayor, e incluso se acumula algo de secreción. Son los signos indicadores de una futura lesión mínima asociada.

- Tipo 2 o contracción medial de bandas: fue descrita inicialmente en 1960 y también recibe el nombre de disfonía *plica ventricularis*, o “voz sustitutiva o de usurpación”, porque las bandas ventriculares son las que finalmente producen la voz. Muchas veces puede corresponder a la compensación de una alteración glótica. Se le denomina también patrón de tensión muscular tipo 2.

- Tipo 3: es la forma más frecuente de disfonía músculotensional presentando la contracción anteroposterior (hiperfunción), y puede presentarse añadida a -o solapada por - la disfonía músculotensional tipo 1. Existen dos tipos de disfonías por aproximación anteroposterior: tipo 3 y tipo 4, que difieren simplemente en el grado de aproximación. Disfonía músculotensional tipo 3 suele ser compensatoria de defectos o malfuncionamientos a nivel glótico. Puede ser también una forma

particular de emisión de la voz, descrita por Kaufmann como síndrome de Bogart-Bacall, haciendo referencia a las personas que, en su intento por producir una voz más atractiva, bajan su tono o frecuencia fundamental mediante el descenso de la laringe. Este descenso artificial de la laringe provoca un agotamiento vocal. Es frecuente en locutores de radio, porque en este tipo de oficio se aprecia más una voz grave. Quienes anatómicamente no puede producirla deben descender la laringe en forma inhabitual y no fisiológica. La exploración debe hacerse con fibroscopio, ya que con telelaringoscopio se aumenta el diámetro anteroposterior.

- Tipo 4: es aquella disfonía musculotensional en que la contracción anteroposterior prácticamente colapsa la laringe, de modo que se ven los cartílagos aritenoides contactando la epiglotis, sin poder apreciar la glotis. (2)

Hipertrofia, hiperplasia: aumento de volumen no inflamatorio de un órgano o estructura debido al incremento del tamaño de sus células o al número de ellas y de los componentes del tejido intersticial respectivamente. La situación más habitual es el crecimiento por hiperplasia (linfonodo, cornete nasal, bandas ventriculares, etc.) y la hipertrofia es excepcional (células musculares del útero durante el embarazo).

Hipofonía: voz de poca potencia, volumen, alcance o proyección, asociada por lo general a disfonía y/o fonastenia.

HNP: Hernia del Núcleo Pulposo, de los discos intervertebrales.

IBP: inhibidor de la bomba de protones.

Inflamación, inflamatorio: del latín *inflammatio* y del griego *empyresis*, este término describe la condición que reúne 'calor' o aumento de

temperatura, ‘dolor’ e impotencia funcional, ‘rubor’ causado por la vasodilatación y ‘tumor’ por el aumento de volumen, como expresión de la reacción del tejido vivo a una noxa o agente nocivo.

Intensidad sonora: es la energía que atraviesa, en la unidad de tiempo, la unidad de superficie perpendicular a la dirección de propagación de las ondas. Símbolo: I. Unidad física: Watt por metro cuadrado (W/m²).

Intensidad vocal: potencia sonora medida en decibeles originada por una emisión vocal. La intensidad del sonido emitido está determinada por la amplitud de la variación del débito aéreo durante la oscilación glótica.

Laringitis aguda: aquella que tiene síntomas de rápida aparición y corto tiempo de evolución, por lo general asociada a una virosis respiratoria alta, sin que se designe un plazo preciso. Nótese que el término ‘agudo’ guarda relación con el tiempo de duración o evolución y no con la severidad o gravedad de los síntomas.

Laringitis crónica: aquella que se prolonga más allá del término de la virosis respiratoria que la ocasionó o de cualquier otro evento causal como inhalación de sustancias tóxicas, humo, etc.

Laringitis por reflujo: proceso inflamatorio de la laringe causado por la exposición a secreción clorhidropéptica proveniente del estómago (y en ocasiones alcalino), que puede ser difuso o más frecuentemente localizado en alguna porción de ésta. Formas de presentación conspicua son el granuloma del proceso vocal, la comisuritis posterior, el edema de aritenoides, etc.

Escala de síntomas por reflujo faringolaríngeo de Belafsky. Esta escala evalúa la existencia en el último mes de síntomas relacionados con el

reflujo y su severidad puntuando de 0 a 5, indicando el 5 mayor severidad. Una calificación de 13 puntos se considera positiva de reflujo faringo-laríngeo. (5)

1. Disfonía o algún problema con la voz.
2. Aclaramiento faríngeo.
3. Exceso de secreción en la garganta.
4. Dificultad para deglutir alimento sólido, líquido o papillas.
5. Tos después de comer o al recostarse.
6. Dificultad para respirar o eventos de ahogamiento.
7. Tos molesta.
8. Sensación de cuerpo extraño en la garganta.
9. Dispepsia, dolor torácico, ardor o sensación de reflujo del ácido estomacal.

Escala de hallazgos por laringoscopia relacionados con reflujo faringolaríngeo de Belafsky.

Esta escala evalúa la existencia o severidad de alteraciones debidas a reflujo durante la evaluación por laringoscopia indirecta; se otorga una puntuación que va del 0 al 4. (6, 7)

1. Edema subglótico (pseudosulcus): ausente = 0, presente = 2.
 2. Obliteración del ventrículo: ausente = 0; parcial = 2; completa = 4.
 3. Hiperemia o congestión: ausente = 0; sólo aritenoides = 2; difusa = 4.
 4. Edema pliegues vocales: ausente = 0; leve = 1; moderado = 2; severo = 3; polipoideo = 4.
 5. Edema laríngeo difuso: ausente = 0; leve = 1; moderado = 2; severo = 3; obstructivo = 4.
 6. Hipertrofia de la comisura posterior: ausente = 0; leve = 1; moderada = 2; severa = 3; obstructiva = 4.
 7. Tejido de granulacion o granuloma: ausente = 0, presente = 2.
 8. Moco endolaríngeo: ausente = 0, presente = 2.
- Puntaje de 7 ó más es significativo de patología.

LCFA: Limitación Crónica del Flujo Aéreo.

Lesiones exudativas: todas aquellas lesiones no neoplásicas (benignas o malignas) no inicialmente infecciosas que afectan la laringe - principalmente los pliegues vocales- resultantes de una inflamación con exudación (aumento de la permeabilidad vascular que permite el paso de la fracción soluble y del infiltrado celular) originadas en procesos infecciosos (virales, bacterianos), abuso vocal prolongado, tos crónica, etc. Bajo esta denominación se cuentan los nódulos, pólipos, edema fusiforme, edema de Reinke.

Mordiente: es uno de los atributos de la voz en el canto lírico y se entiende como el grado de brillantez de la voz. Se sitúa el mordiente según el grado de elasticidad y tonicidad de la musculatura laríngea. Una buena tonicidad implica que en la emisión del canto, el cierre de los pliegues vocales o del espacio glótico se presenta firme. De todos modos la afectividad y otros factores durante el canto, condicionan el grado de brillantez o mordiente de la interpretación.

Motilidad laríngea: término que designa la excursión de cada hemilaringe (pliegues vocales) en los movimientos de aducción (hacia línea media) durante la fonación y la tos y en abducción (hacia lateral) al momento de la inspiración.

Movimiento paradójal de pliegues vocales: fenómeno patológico consistente en la aparición de un movimiento de aducción persistente, como un espasmo laríngeo durante la inspiración, causado por la hiperexcitabilidad del reflejo nociceptivo protector de la aspiración que se exagera a causa de exceso de estímulo como ocurre con la tos intensa y prolongada o períodos sostenidos de reflujo. Lo anterior ocasiona en el paciente una intensa sensación de angustia por la apnea que se puede prolongar por largos segundos.

Mutismo: ausencia de emisión de la palabra por inhibición psicógena, con mecanismo fonatorio indemne.

Nódulo vocal: lesión exudativa de la submucosa que se localiza en el borde libre de los pliegues vocales, por definición bilateral y casi siempre simétrica, ubicada en el adulto en la zona de unión del tercio anterior y dos tercios posteriores de las cuerdas. Puede tener el aspecto clásico de espina de rosa (kissing nodules) unidos por un fino puente de secreción, pero su apariencia puede ser muy variada, simulando un pólipo o quiste dependiendo de la etapa evolutiva de la lesión (se describe fase edematosa o fibrinoide, angiomatoide o varicosa, y fibrosa, hialina o amiloídea). En su génesis es sustancial el uso vocal intensivo o el abuso vocal en usuarios de la voz como cantantes, profesores, etc.

Odinofagia y faringodinia: dolor localizado en la faringe durante la deglución. Faringodinia es un término poco utilizado el que se puede referir al dolor faríngeo en estado de reposo.

Onda mucosa: visualización mediante estroboscopia del movimiento ondulatorio del epitelio de los pliegues vocales, al deslizarse por encima de la lámina propia de la submucosa (zona más laxa del espacio de Reinke) desde inferior hacia superior. Su presencia da a entender que hay normalidad en la dinámica de la vibración vocal y la generación del tono fundamental.

Paresia, parálisis: falta parcial o total de la función motora de un órgano o efector muscular. En el caso de la laringe se refiere a la pérdida de la capacidad de aducción o abducción de la hemilaringe (referida al pliegue vocal como efector último) de causa neurogénica, ya sea periférica o central. Es mucho más frecuente el origen periférico de este déficit, en especial en casos de lesión del nervio laríngeo inferior o recurrente (cirugía de la glándula tiroidea, HNP cervicales, esófago, etc).

Patrones de tensión muscular: clasificación de Kaufmann, término similar a los de la clasificación de Morrison de 1996. (3, 4)

Pirosis: sensación de ardor retrosternal causada por reflujo gastroesofágico y muchas veces asociada a esofagitis concomitante.

Pliegues vocales, repliegues, cuerdas vocales: el término actual es pliegues o repliegues vocales pues describe de mejor forma la estructura de doble cara con un epitelio de revestimiento superficial que vibra y se desliza sobre una submucosa con tres capas y contiene en profundidad el músculo tiroaritenóideo inferior en su porción interna. El término cuerda vocal, si bien está consagrado por muchos años de uso, no refiere adecuadamente la noción de pliegue, aunque para efectos de comprensión de la patología por parte del paciente, es un elemento familiar que le permite entender el fenómeno de vibración y tensión.

Pólipo vocal: lesión exudativa que se localiza en el pliegue vocal, aunque no siempre en el borde libre (cara superior o vertiente subglótica), con aspecto de hipervascularidad y que está relacionado con un proceso inflamatorio agudo o subagudo que cursa con sufusión subepitelial que se organiza, originando un núcleo de desarrollo fibrovascular. El abuso vocal puede estar presente, aunque como episodio puntual relacionado con la hemorragia subepitelial. Produce disfonía por el hiato que ocasiona o por la distorsión de la vibración, pero ésta es relativamente bien tolerada por el paciente (lesión unilateral), quien muchas veces se adapta a la condición a expensas de un mayor esfuerzo fonatorio.

Presbifonía: del latín *presbiteri*, más anciano. Estado fisiológico variable de la voz del senescente, caracterizado por pérdida de la potencia y proyección vocal a causa del adosamiento defectuoso de los pliegues, sea por pérdida muscular (tiroaritenóideo) o por el componente conjuntivo-articular que limita la vibración de la mucosa del pliegue. Al examen físico es frecuente encontrar un hiato ovalado o longitudinal y en

ocasiones activación compensatoria de bandas ventriculares, en especial si coexiste enfermedad broncopulmonar.

Prominencia laríngea, ángulo saliente del tiroides (manzana de adán o nuez de Adán): protuberancia formada por el extremo anterior angulado de las alas del cartílago tiroides, que se unen en la línea media dejando entre ellos una incisura en la parte superior. Su proyección es mayor en los varones postpuberales (ángulo de 90 °) que en mujeres (ángulo de 120 °). Puede ser objeto de resección quirúrgica en casos de cambio de sexo para acompañar la feminización vocal y general. Se debe preferir la denominación con los términos descriptivos de prominencia o ángulo saliente.

Pruebas terapéuticas: conjunto de técnicas vocales destinadas a poner en evidencia aspectos de funcionalidad alterada del mecanismo y dinámica fonatoria que se practican durante la evaluación endoscópica de la laringe (fibra óptica). Su ejecución permite la interacción otorrinolaringólogo–fonoaudiólogo para obtener del examen las conclusiones más completas en el plano de lo estructural y de lo funcional, en vista del plan terapéutico que puede incluir tratamiento medicamentoso, terapia vocal y eventualmente fonocirugía.

Puente mucoso: asa de la mucosa de revestimiento del pliegue vocal con dos puntos de inserción cercanos que se ubica en el borde libre perturbando la vibración. Es de difícil visualización y se puede apreciar a veces con una inspiración forzada al ser aspirado por el flujo aéreo.

Quiebre tonal: diferencia abrupta en la vibración de los pliegues vocales que origina una disonancia por el salto de tono y es causado por un repentino cambio en la tensión de un pliegue. Se observa con frecuencia en los adolescents durante el período de muda vocal que presentan los llamados “gallitos”. Se debe diferenciar de la voz bitonal.

Ronquera: término no médico para designar la voz disfónica, raspada, sucia o fuera del tono propio de un hablante en particular. Se debe evitar su uso en la semiología laríngea y fonatoria, reemplazándolo por el término más específico cercano al síntoma del paciente. Corresponde a ruido, con presencia de subarmónicos en análisis fonético acústico.

Ronquido: ruido de tono variable originado por la vibración de los tejidos del tracto aerodigestivo superior -entre el plano del velo del paladar y el plano de la glotis- en general relacionado con la constricción o brusca reducción del diámetro del pasaje, lo que origina el cambio del flujo laminar a turbulento generando el sonido.

Ruido (acústica): es una mezcla compleja de sonidos con frecuencias fundamentales diferentes. En general, puede considerarse ruido cualquier sonido que interfiere en alguna actividad humana. Corresponde a ronquera y aspereza en la escala de GIRBAS (letra R=Ruido).

Rx EED: radiografía de esófago, estómago y duodeno con doble contraste.

Sonido (acústica): es la sensación auditiva producida por una onda acústica. Cualquier sonido complejo puede considerarse como resultado de la adición de varios sonidos producidos por ondas sinusoidales simultáneas.

Sonoridad (acústica): es una caracterización subjetiva del sonido que representa la sensación sonora producida por el mismo a un oyente. Depende fundamentalmente de la intensidad y frecuencia de sonido.

Sufusión: imbibición en los tejidos orgánicos de líquidos extravasados, y especialmente de sangre. En laringe se presenta en los pliegues vocales

producto de un sangrado subepitelial asociado a un proceso inflamatorio y abuso vocal agudo.

Sulcus vocalis, sulcus glottidis: invaginación (entrada) del epitelio laríngeo hacia el espacio submucoso que, formando un surco, se presenta habitualmente en la cara superior (cefálica) del pliegue vocal o hacia el borde libre. Puede corresponder a un quiste de la submucosa que se abrió en forma espontánea drenando su contenido (sulcus tipo III o en saco según la clasificación de Hirano 1990) o bien una lesión de mayor profundidad y adherencia al ligamento vocal, de difícil manejo quirúrgico (sulcus tipo II, o vergeture = estría en francés). También está el sulcus tipo I o 'fisiológico' producto del adelgazamiento del epitelio que se apoya sobre una submucosa normal y se puede encontrar en senescentes. El diagnóstico del sulcus puede ser difícil y, a decir verdad, se puede sospechar con la imagen del nasolaringoscopia flexible pero, es el uso de la estroboscopia con telaringoscopia de 7 a 10 mm que provee una imagen de buena resolución, junto al efecto de visualización de la luz estroboscópica los que dejan ver defectos en la onda mucosa, zonas hipoquinéticas, irregularidades en el borde libre que se aprecia nítido (a diferencia del examen con luz normal que da un aspecto borroso). El diagnóstico definitivo se efectúa en la exploración bajo anestesia general en la microcirugía laríngea o fonocirugía.

Timbre (acústica): es una caracterización subjetiva del sonido que permite distinguir varios sonidos del mismo tono producidos por fuentes distintas. Depende de la intensidad de los distintos armónicos que componen el sonido.

Timbre vocal: característica multidimensional de la voz que le otorga una identidad propia. Está determinado por las vibraciones acústicas producidas a nivel laríngeo con las modificaciones de su espectro generadas a nivel de las cavidades de resonancia, siendo tan particular en cada individuo que permite reconocerlo por su voz.

Tono (acústica): es una caracterización subjetiva del sonido o ruido que determina su posición en la escala musical. Esta caracterización depende de la frecuencia fundamental del sonido, así como de su intensidad y forma de onda.

Tono vocal: impresión que produce la frecuencia fundamental de vibración que posee una onda sonora. En este caso se trata de la altura de la emisión vocal medida en Hertz y determina el tono desde grave a agudo. En el varón adulto el rango está entre los 80 y 200 Hz y en la mujer de los 150 hasta los 300 Hz, con promedios de 120 Hz y 210 Hz respectivamente.

Tonsila palatina, tonsila lingual y tubaria o tubárica (amígdalas): las tonsilas palatinas son una formación de tejido linfoide, principalmente de células tipo B (50 a 90%) y T Helper, que con una trama conjuntival y un espesamiento marginal capsular (es no capsulado pero bien definido) se ubica en el istmo de las fauces, en el lecho o *loggia* tonsilar (amigdalina o amigdaliana) entre los pilares anterior y posterior del velo. La tonsila lingual es una conformación adquirida a partir de los nodulillos linfoides presentes en la base de la lengua, que se desarrolla por lo general en pacientes con tonsilectomía antigua en quienes este tejido ha formado parte del proceso inflamatorio e infeccioso por largo tiempo. La tonsila tubaria o amígdala tubárica o de Gerlach es una formación de tejido linfático similar a las adenoides, ubicada en relación al torus tubario (Fosita de Rosenmüller) que sufre involución en el niño mayor. Todas ellas forman parte del anillo linfático de Waldeyer, incluyendo las vegetaciones adenoideas. El término amígdala debería reservarse de preferencia para la formación cerebral (cuerpo amigdalino, complejo amigdalino o amígdala cerebral), un conjunto de núcleos de neuronas localizadas en la profundidad de los lóbulos temporales relacionado con el manejo de las emociones. (8)

Torus tubario o tubárico: formación cartilaginosa de la parte medial de

la Trompa de Eustaquio (tuba) que hace prominencia como una gruesa ceja en las partes laterales de la rinofaringe.

Tubérculo de Czermak: prominencia normal del pie de la epiglotis que en casos de mayor desarrollo puede dificultar la visualización de la comisura anterior en el examen laringoscópico.

Úlcera del proceso vocal: lesión crateriforme que compromete la capa epitelial y submucosa de la zona del proceso vocal de origen multicausal, entre los que la tos crónica, abuso vocal y el reflujo faringolaríngeo son muy frecuentes. Un estado más avanzado puede constituir el granuloma, al producirse necrosis que compromete el pericondrio del cartílago aritenoides (aunque esta lesión es con mayor frecuencia postintubación).

Ventrículo de Morgagni: cavidad ubicada entre los pliegues vocales y las bandas ventriculares o pliegues vestibulares. En condiciones normales, en la endoscopia se puede visualizar el ventrículo si las bandas están en posición lateral (normal) y no presentan hipertrofia. Al haber edema en la cavidad se aprecia brillo que se proyecta fuera de él y en caso de hipertrofia de la banda queda oculto por completo, siendo a veces difícil observar el pliegue vocal mismo. Permite una adecuada vibración del pliegue vocal al evitar la amortiguación de la componente vertical de la misma.

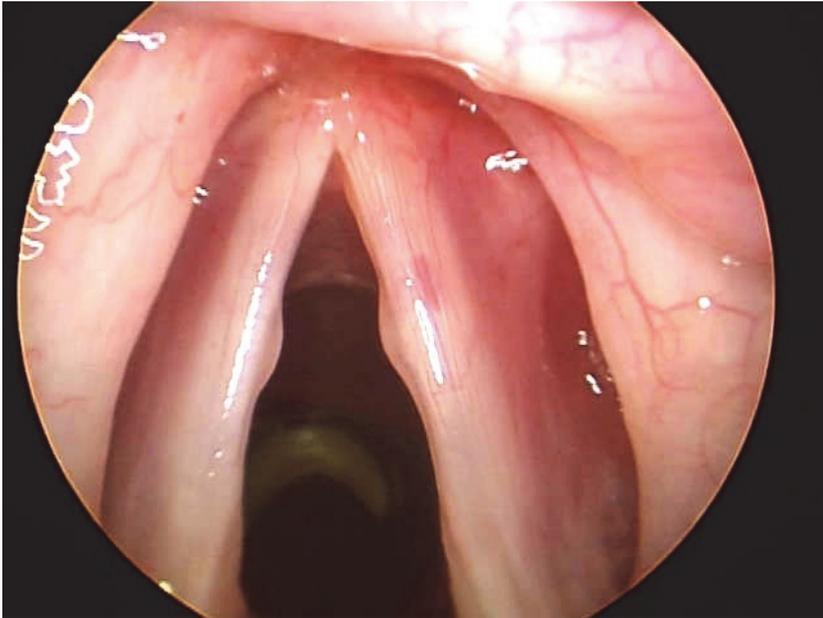
Voz bitonal (diplofonía): emisión fonatoria por pliegues vocales con diferente grado de tensión, como ocurre en caso de parálisis vocal no compensada, produciendo un sonido disonante que quiebra la armonía de la emisión.

Bibliografía y lecturas recomendadas

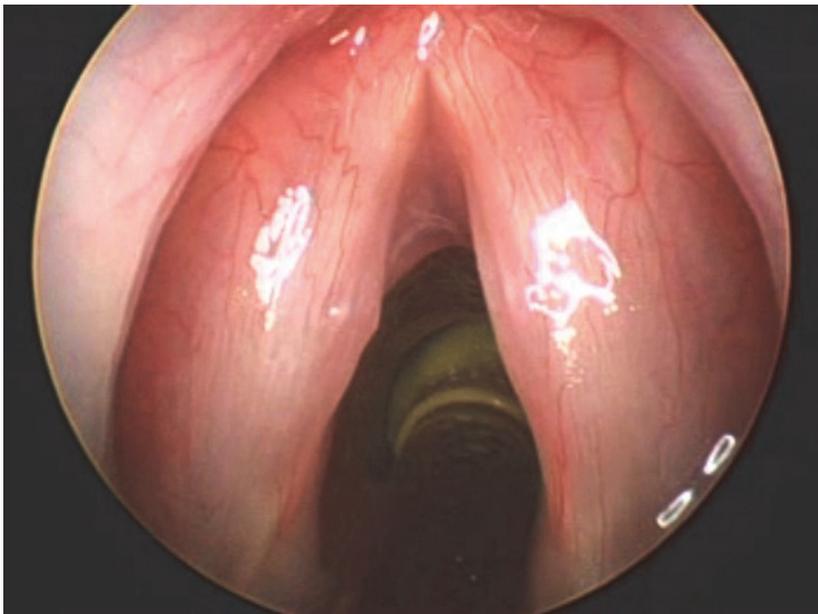
1. International Federation of Associations of Anatomists & Federative Committee of Anatomical Terminology (2001) *Terminología Anatómica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
2. Morrison, M.; Rammage, L. (1993) Muscle misuse voice disorders: Description and classification. *Acta Oto-Laryngologica*, 113, 428-434.
3. Morrison, M.; Nichol, H.; Rammage, L.; et al. (1986) Diagnostic criteria in functional dysphonia. *Laryngoscope*, 94, 1-8.
4. Belafsky, P.; Rees, C. (2008) Laryngopharyngeal reflux: the value of otolaryngology examination. *Current Gastroenterology Reports*, 10, 278-282.
5. Belafsky, P.; Postma, G.; Koufman, J. (2002) Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *Journal of Voice*, 16, 274-277.
6. Belafsky, P.; Postma, G.; Koufman, J. (2001) The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*, 111, 1313-1317.
7. Revista Cubana de Medicina General Integral v.18 n.5, Ciudad de La Habana sep.-oct. 2002, versión On-line ISSN 1561-3038
8. Sulica, L. (2013) Laryngoscopy, stroboscopy and other tools for the evaluation of voice disorders. *Otolaryngologic clinics of North America*, 46(1), 21-30.
9. Hwang, S.; Park, C.; Kim, B.; Cho, J.; Kang, J. (2015) Topical anesthetic preparations for rigid and flexible endoscopy: a meta-analysis. *European archives of oto-rhino-laryngology*, 272(2), 263-270.

Galería de imágenes

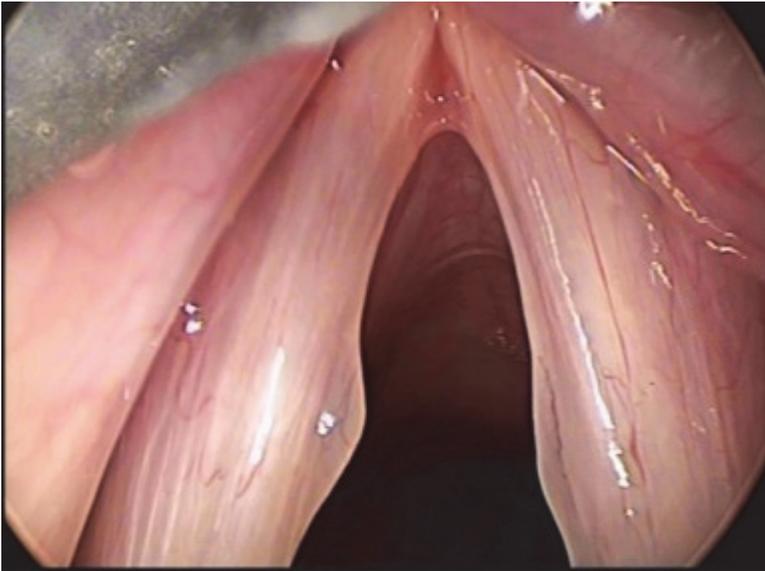
Nódulos vocales en estudiante de fonoaudiología, 22 años



Edema fusiforme y nódulos vocales mujer 17 años



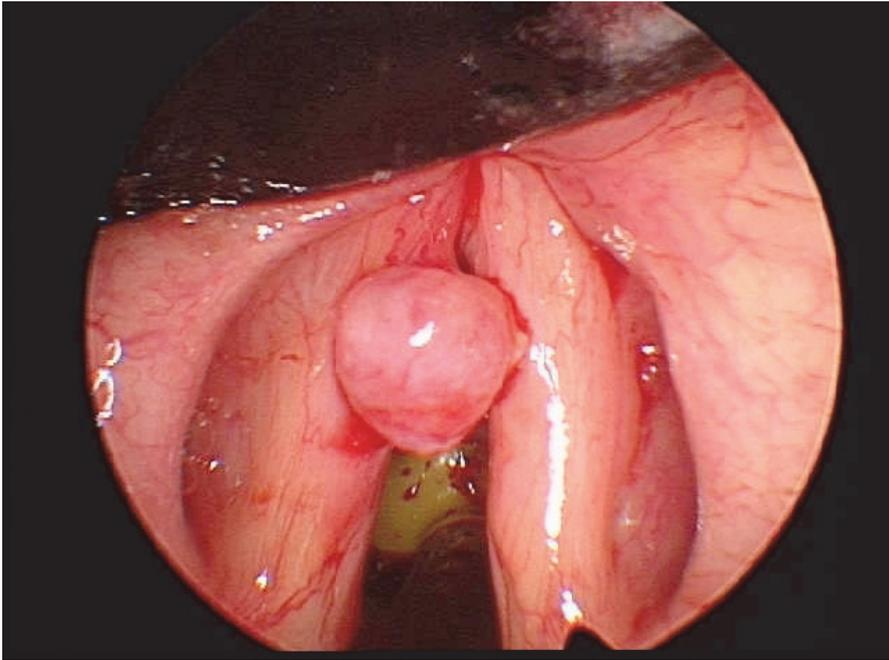
Nódulos vocales y micromembrana anterior, profesora de 35 años



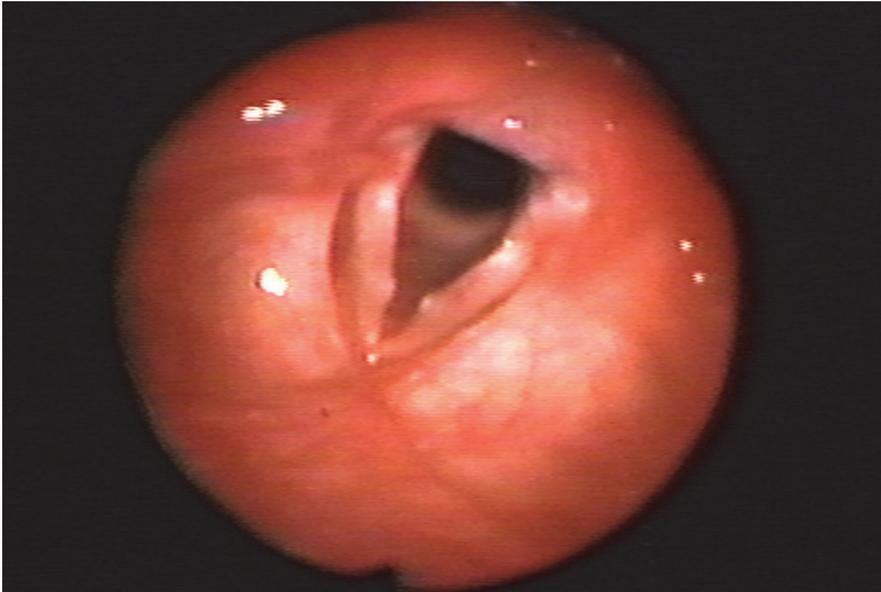
Secreciones en punto nodular y laringitis por RFL



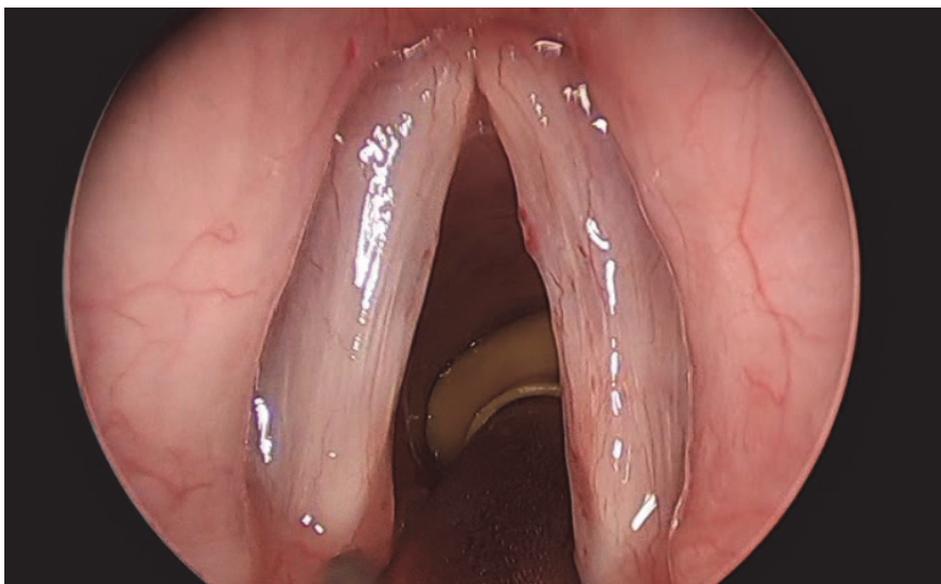
Nódulo laríngeo en fase amiloidótica, varón 35 años



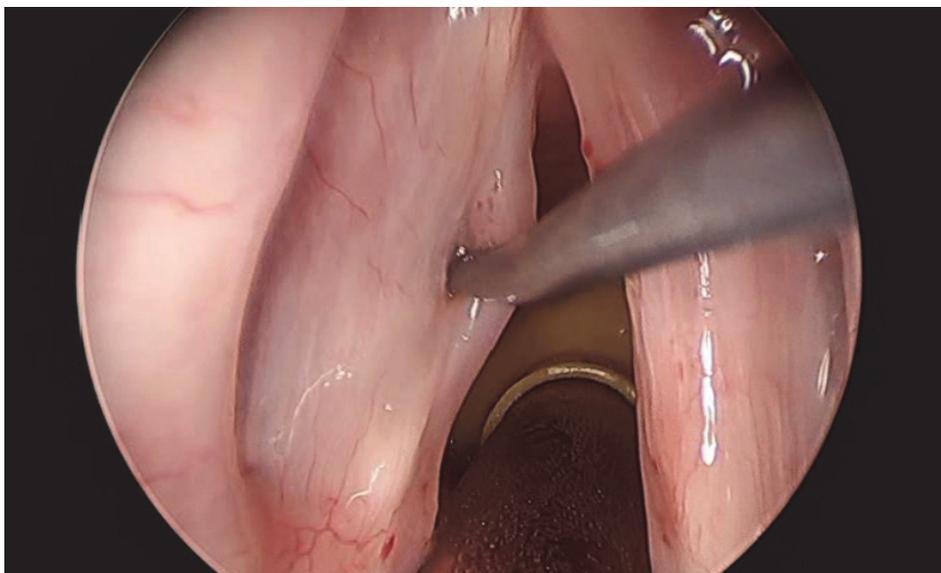
Nódulos en espina de rosa, profesora de 25 años



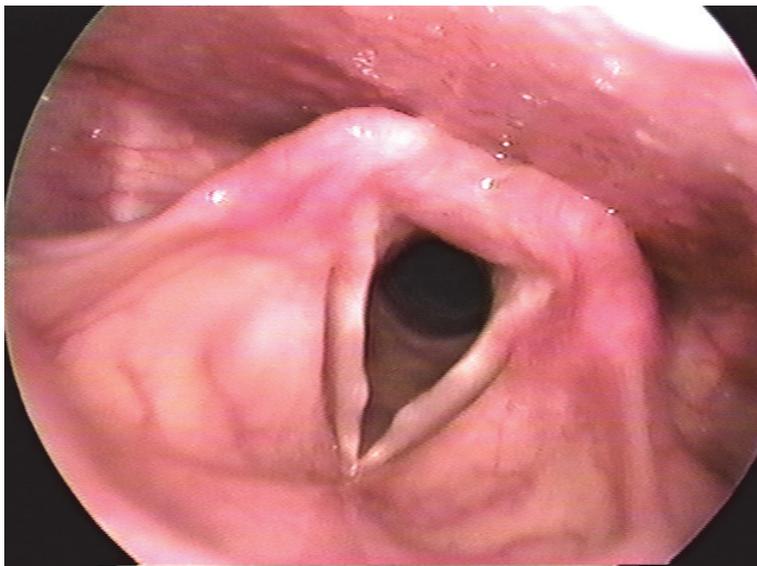
Profesora de 45 años, 22 laborales. Nódulos, micromembrana y sulcus



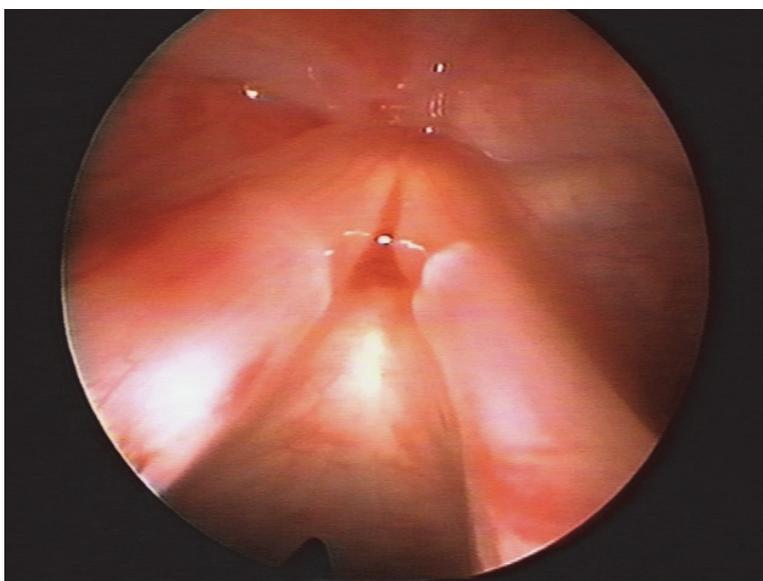
Sulcus vocalis, nodulaciones y fondo inflamatorio



Nódulos vocales en espina de rosa en parvularia de 35 años



Óptica 70 ° nódulos, aspecto de borde libre en arco de cupido



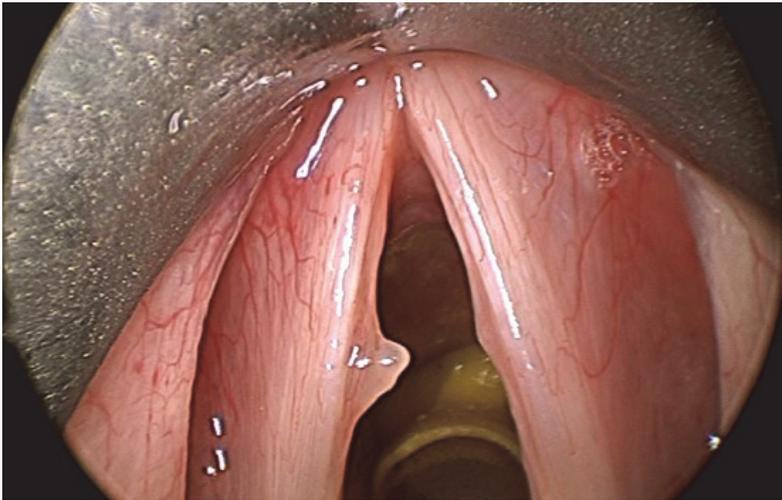
Nódulo vocal fibrinoide, micromembrana y reflujo; hombre 27 años.



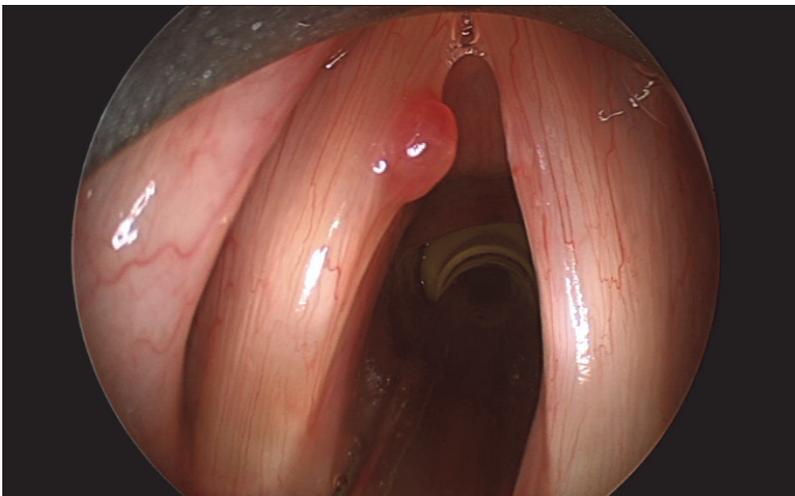
Control postoperatorio 19 días.



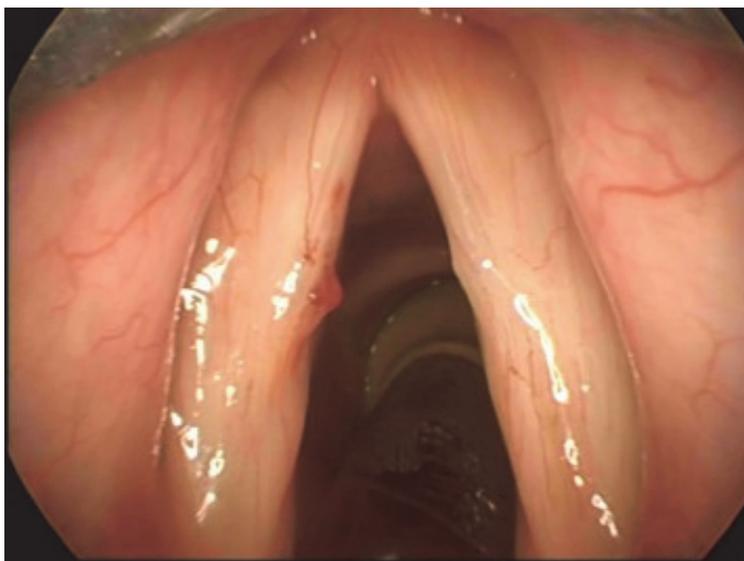
Nódulos laríngeos en fase fibrosa, mujer 37 años no usuaria vocal



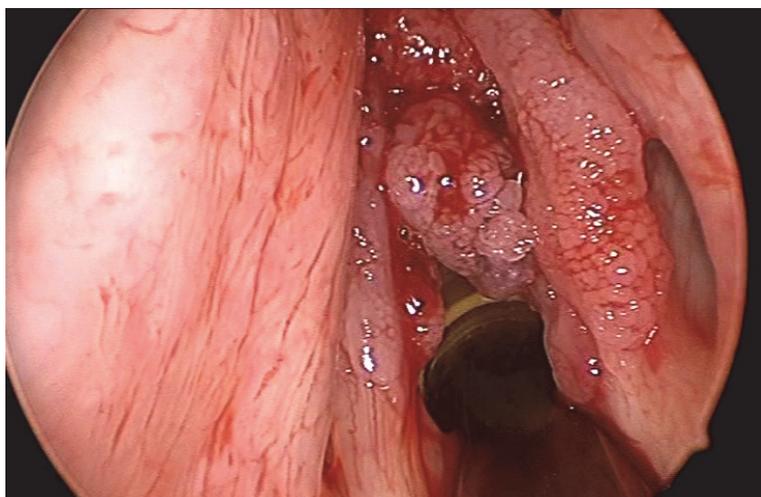
Pólipo vocal mujer 42 años, parvularia inactiva



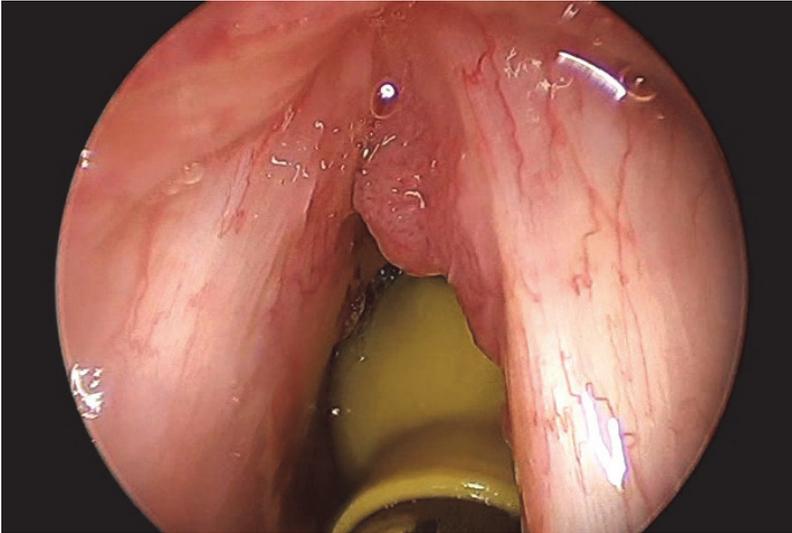
Papiloma vocal solitario, mujer 57 años



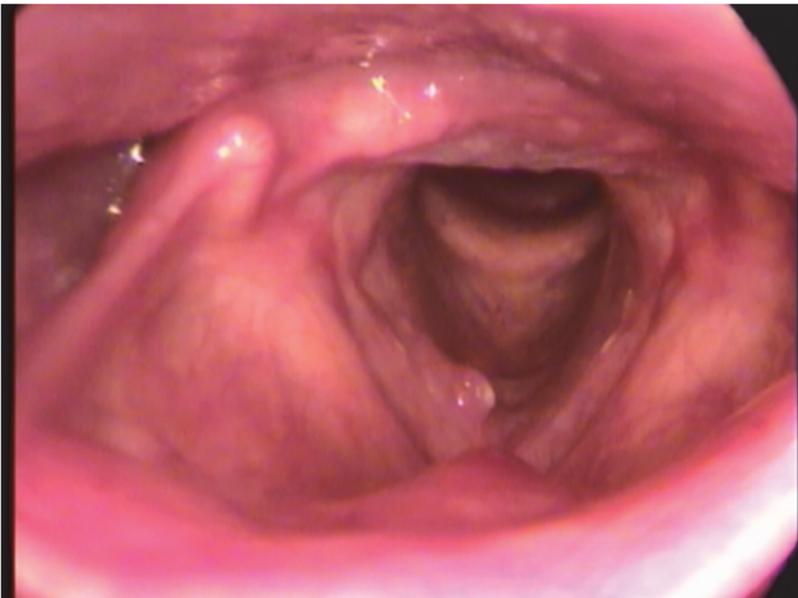
Papilomastosis laríngea juvenil, hombre 67 años



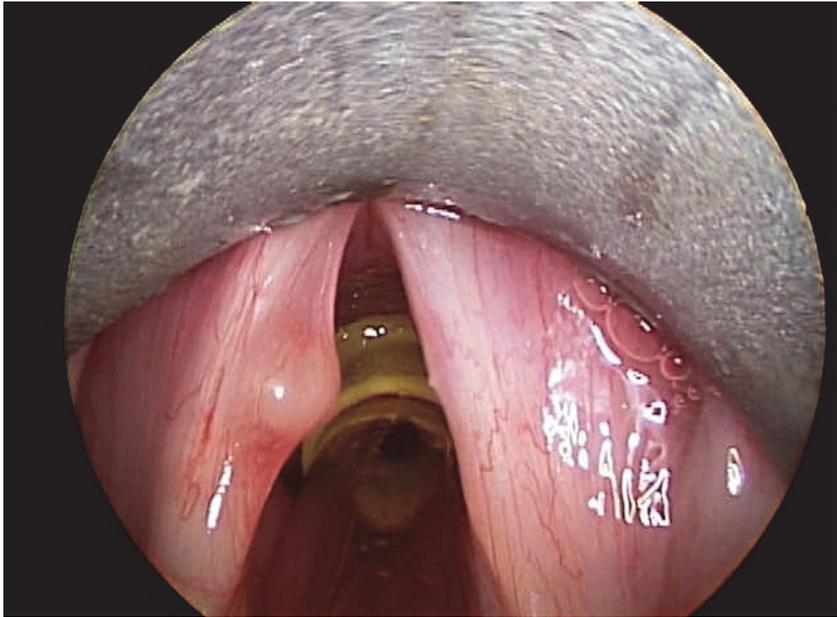
Papiloma laríngeo solitario, varón 36 años



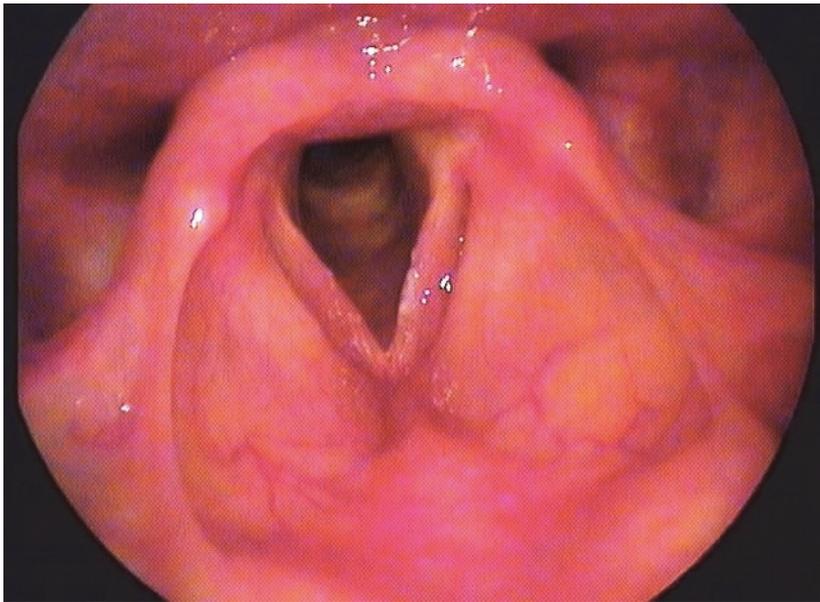
Aspecto preoperatorio de papiloma, mismo paciente



Quiste pliegue vocal, mujer 45 años



Candidiasis laríngea mujer 52 años



Varón 53 años, puente mucoso y laringitis crónica por reflujo.



Puente mucoso, varón 53 años



Mujer 23 años, posible quiste pliegue vocal, tabaco y RFL



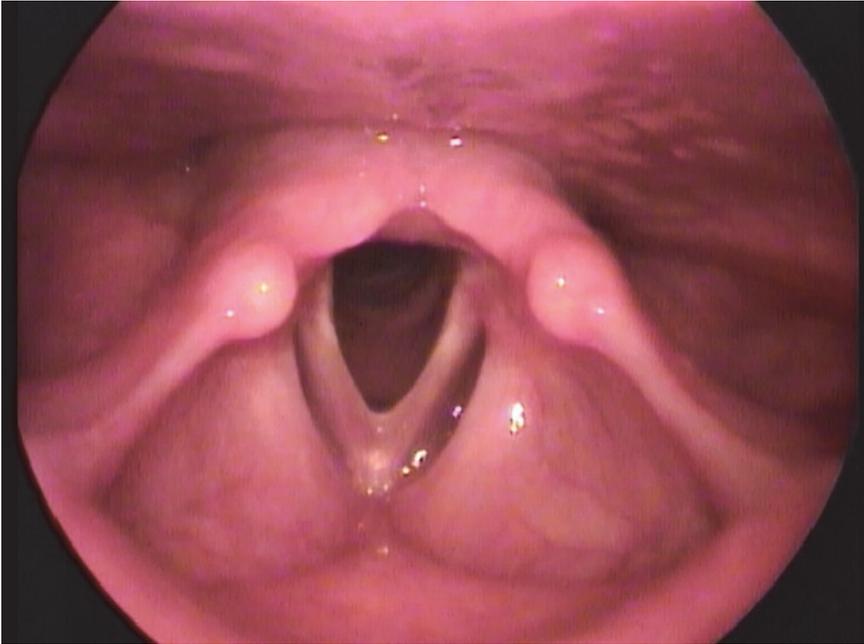
Control seis meses, cese tabaco. Tratada dos meses IBP y corticoides inhalatorios



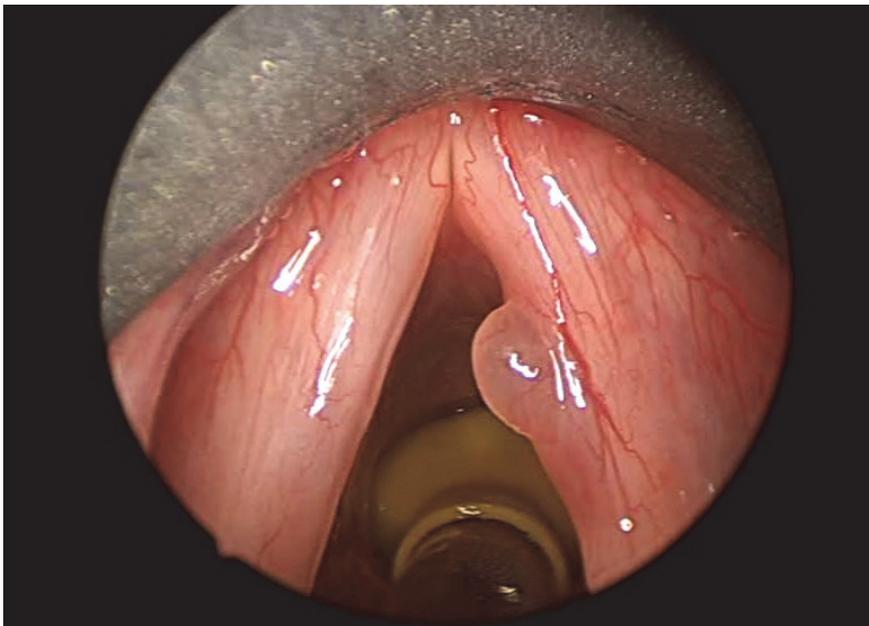
Retracción borde pliegue vocal izquierdo, parvularia 40 años, resultó ser sulcus bilateral



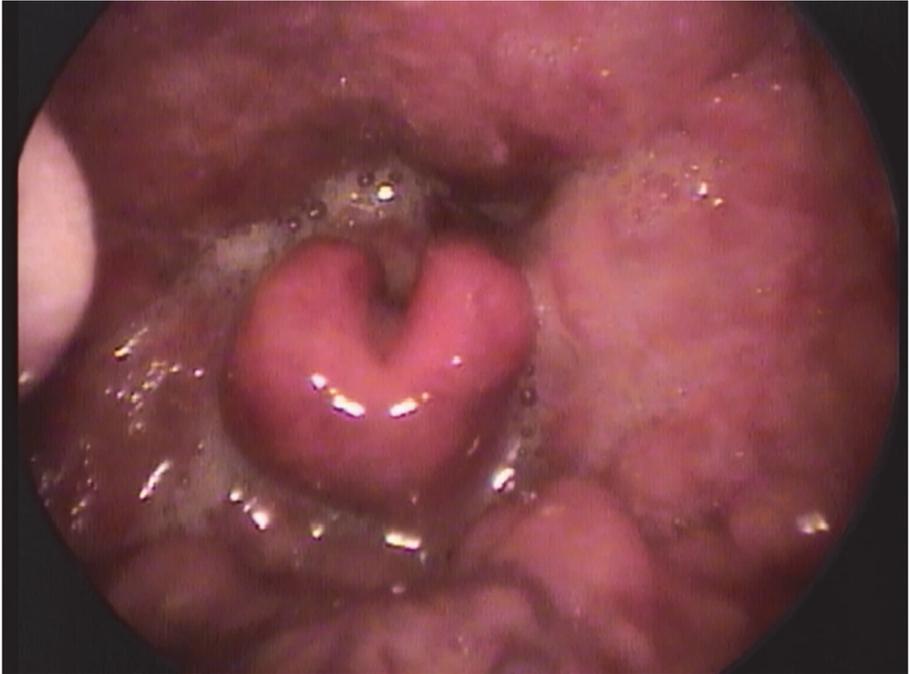
Diafragma glótico anterior, mujer 24 años



Quiste mucoso y edema subepitelial (Reinke leve), mujer 51 años gran fumadora, signos de RFL.



Supraglotitis severa, mujer de 38 años y post ratamiento



Epiglotis normal y variaciones anatómicas

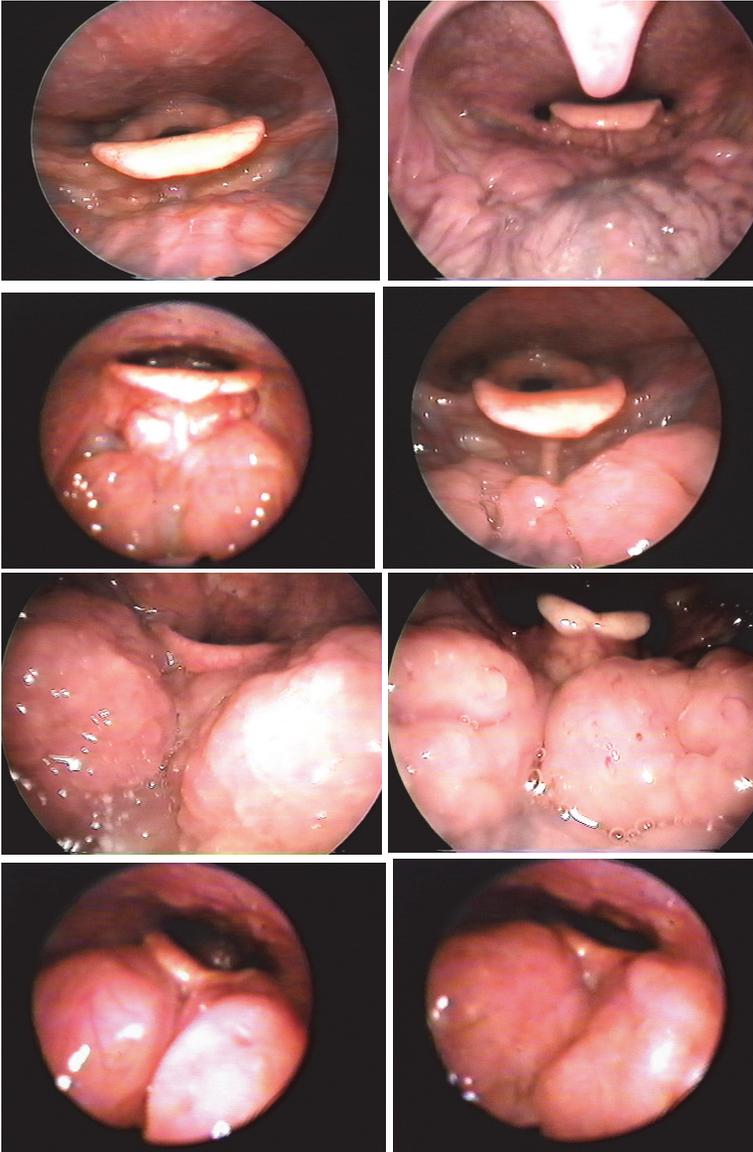


Epiglotis anormales y patológicas



Laringomalacia del adulto y lactante; epiglotitis adulto y anciano; quiste repliegue ariepiglótico infectado; linfoma linfocítico; hematoma del borde libre (traumatismo con fibroscopio), afta epiglotis postintubación; várice base de lengua, quiste mucoso epiglotis; tubérculo epiglótico de Czermack, quiste repliegue epiglótico lateral, quiste vallécula, hemangioma.

Base de lengua normal, hipertrófica y tonsila lingual.



Aftas en velo del pladar Agenesia pilares y tonsila palatina, junto con agenesia aural por déficit de 1ª hendidura faríngea y 2ª bolsa faríngea.



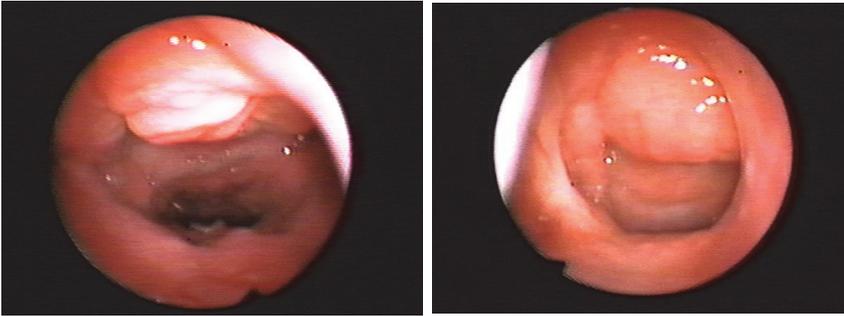
Candidiasis velo en adulto asmático que inhala beclometasona;
Velo petequeial (herpangina en niña de 9 y 13 años)



Hiperplasia (hipertrofia) de tonsilas palatinas ° I, II, III y IV

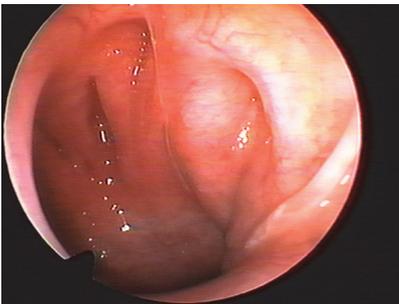


Hiperplasia de adenoides: residuos, leve, moderada y severa



Cavum faríngeo adulto

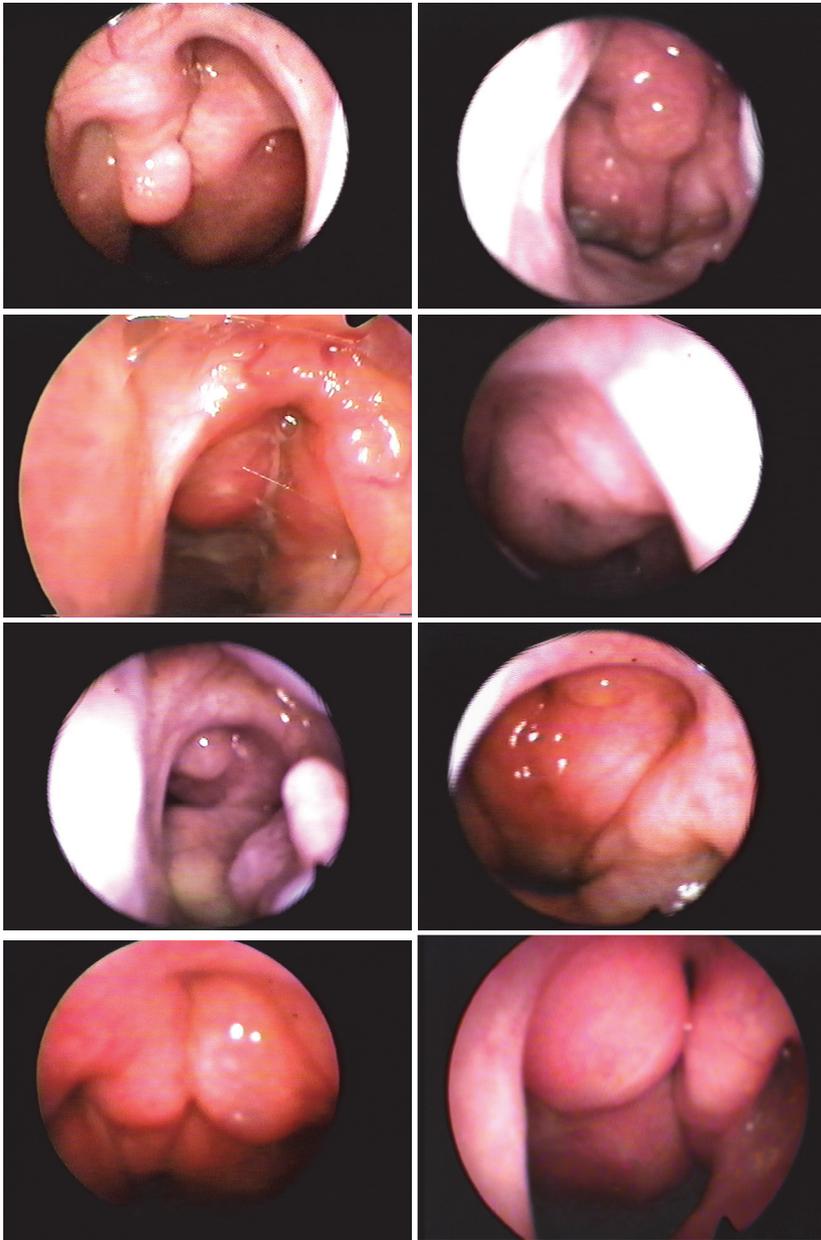
Cavum en vista retropalatina



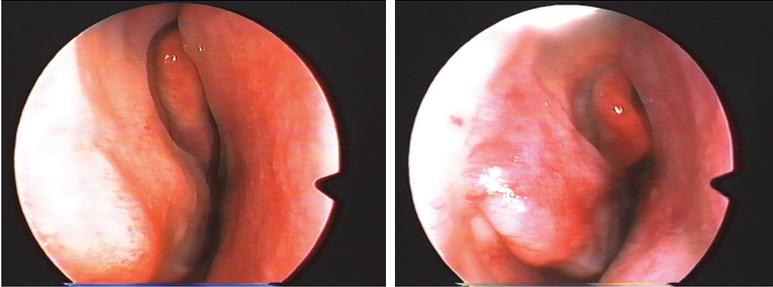
En vista retropalatina, adenoides y cicatriz de adenoidectomía antigua



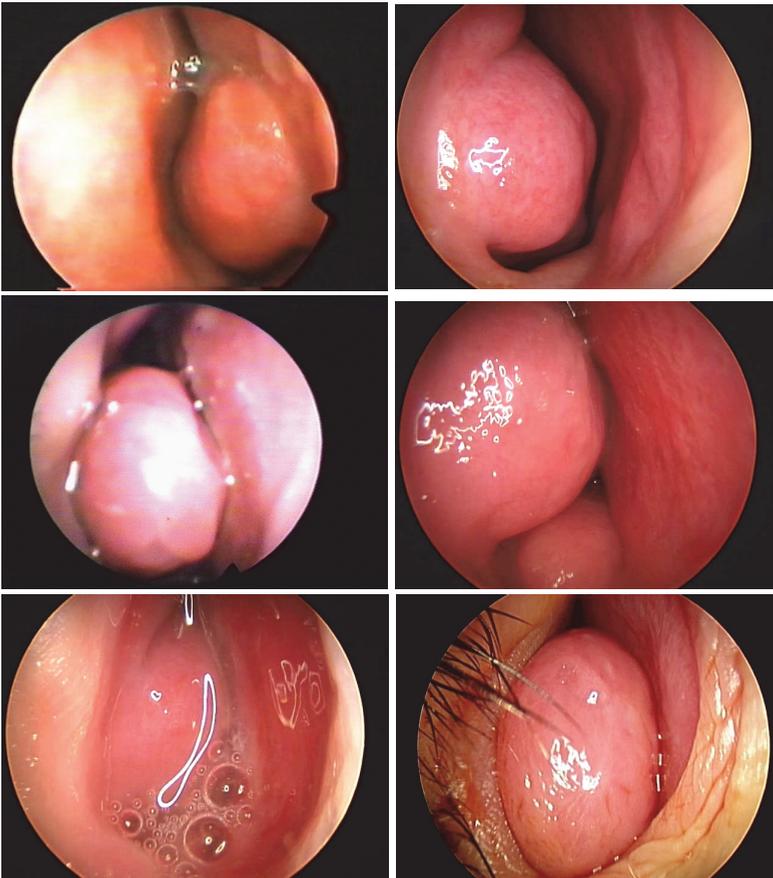
Cavum faríngeo: hiperplasia linfoide benigna y quistes de retención



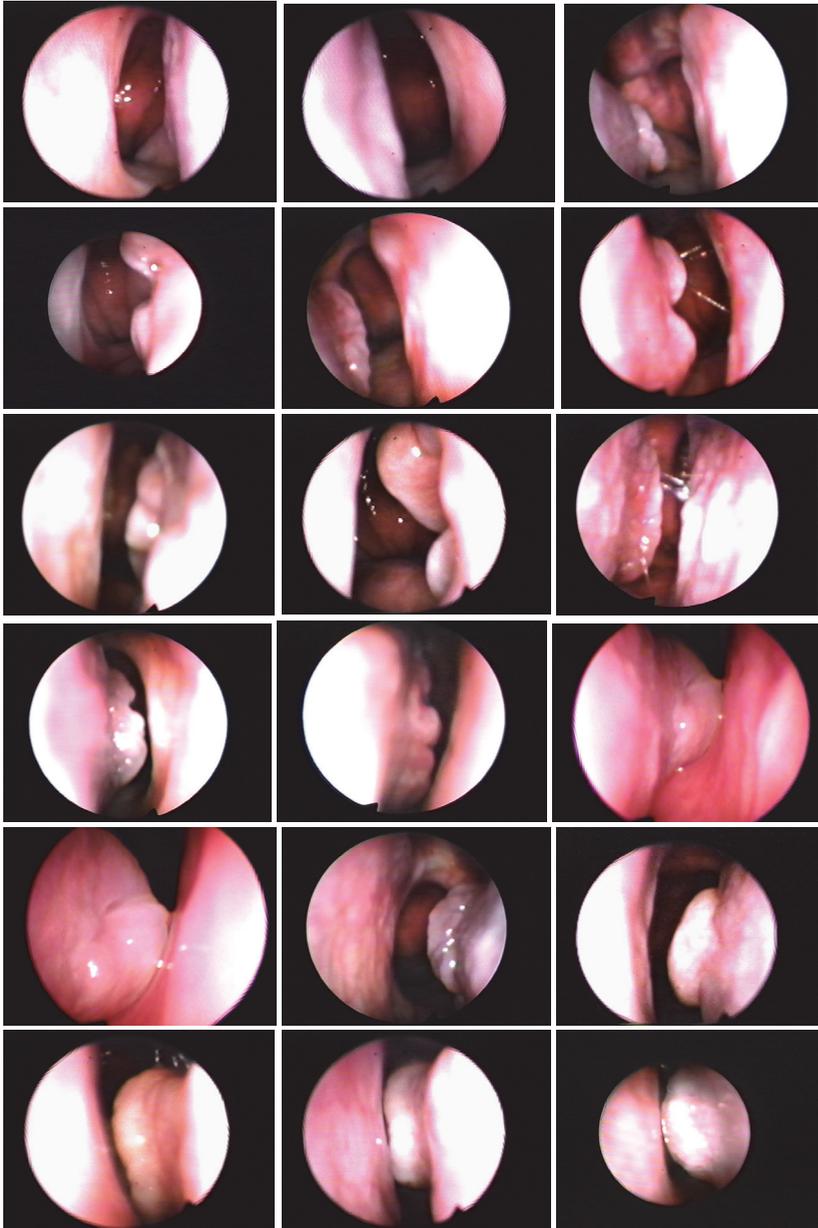
Conetes inferiores normales



Diferentes grados de hipertrofia turbinal inferior



Hipertrofia de cola turbinal inferior, de normal a pseudopoliposa



Pueden ocasionar obstrucción nasal persistente luego de septoplastía si no se tratan específicamente en la cirugía.

Miscelánea

Adenoiditis aguda (12 años) Tonsilolitos



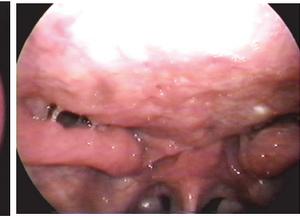
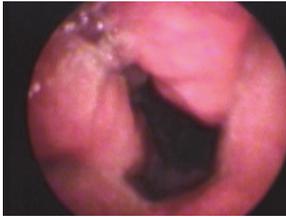
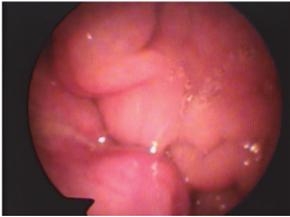
Quiste tonsilar



Asta mayor hioides prominente Sinequia nasal Área de Kiesselbach o de Little (septum nasal anterior)



Cordones faríngeos laterales hipertróficos (vista directa y retrovisión)



Amigdalectomía antigua

Muñón tonsilar

Linfoma de amígdala



Valléculas

Cuerpo extraño faríngeo

Leucoplaquia tonsilar



Orofaringe normal (istmo faucial) Úvula hipertrófica V lingual (papilas caliciformes o circunvaladas)



Estafilitis úlcero fibrinosa Úvula bífida y neoúvula (mismo paciente)



Rodete de Passavant en cierre velofaríngeo circular con rodete



Glositis romboidal media Lengua papilada normal Lengua saburral



Papilas filiformes y fungiformes

Fibroma lingual



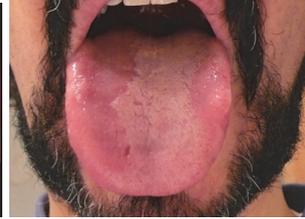
Lengua fisurada (escrotal)



Carúncula salival



Lengua geográfica



Mordida invertida



Dentición bifiodonta



Angina Plaut Vincent



Faringitis purulenta



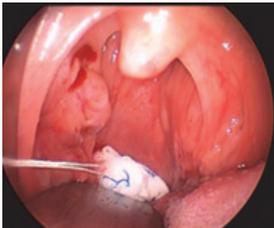
Tonsilitis palatina aguda



Tonsilitis lingual



Absceso retrofaríngeo; Tonsilitis aguda pultácea lacunar y petequeial



Pólipo septocoanal



Pólipo antrocoanal y Scanner mismo paciente



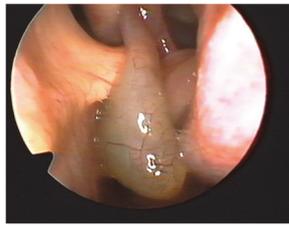
Pólipo de Killian



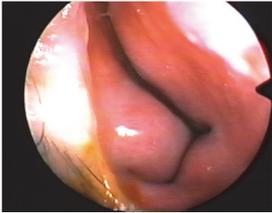
Cornete inferior poliposo



Pólipos nasales



Hipertrofia turbinal compensatoria



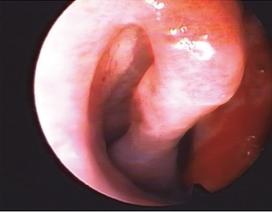
Septodesviación



Espolón septal



Meato inferior derecho e izquierdo



Meato medio izquierdo



Bóveda nasal



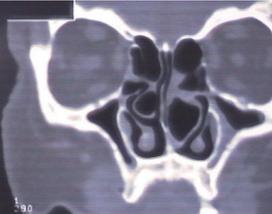
Piso nasal



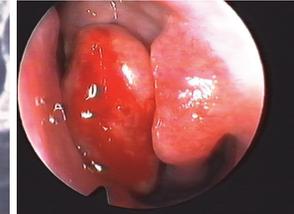
Receso esfenoidal



Concha media bulosa izquierda gigante



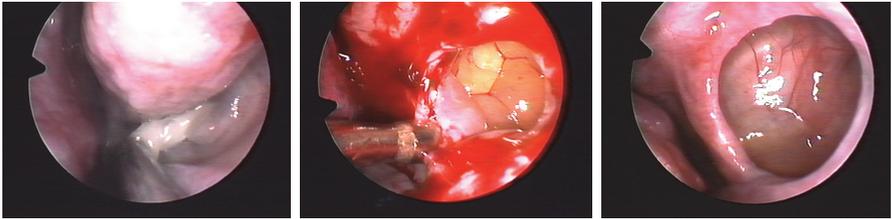
Órgano de Jacobson



Descarga posterior y retronalasal Perforación septal postoperatoria



Sinusitis maxilar crónica: antrostomía media en intra y postoperatorio



Vaporización láser de cornete inferior, intra y postoperatorio avanzado



Proceso unciforme Ostium maxilar accesorio o de Giraldez Perforación septal (Wegener)



Conducto lácrimonasal

Cavum faríngeo

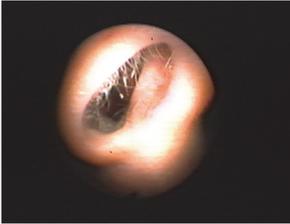
Torus tubario



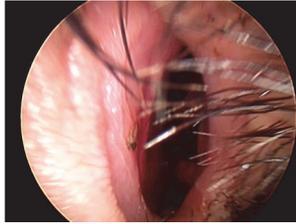
Pie septal



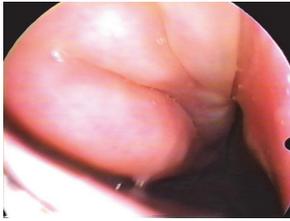
Narina o ventana nasal



Vibrisas



Cornete medio poliposo



Epistaxis posterior



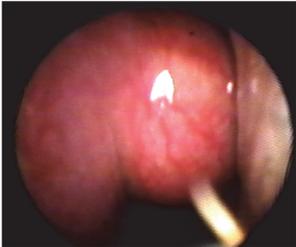
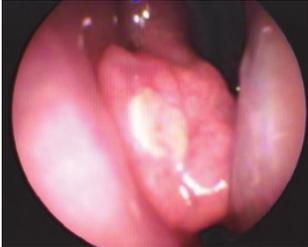
Rinitis seca anterior



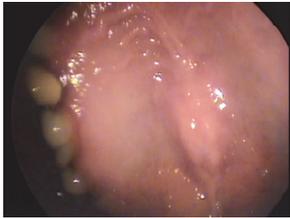
Úlcera septal por O2



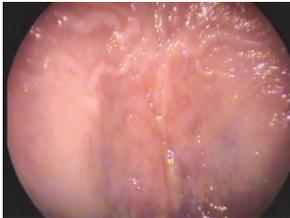
Tumores septales benignos



Torus palatino



Paladar duro normal



Cornete superior



Cuerpo extraño nasal



Ca. paladar



Cambio mucosa rino-orofaringe



Hipertrofia de úvula y postoperatorio



Úvula elongada



Estenosis de velo y coana post tonsilectomía



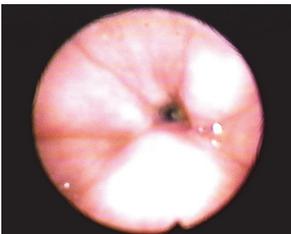
Fisura palatina operada



Parálisis hipogloso derecho (XII par) Hipertrofia tonsilar, vista retrovelar



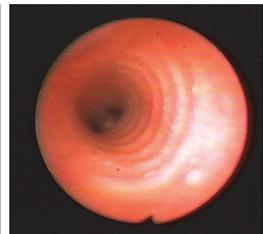
Maniobra de Müller



Frenillo sublingual



Tráquea normal niño



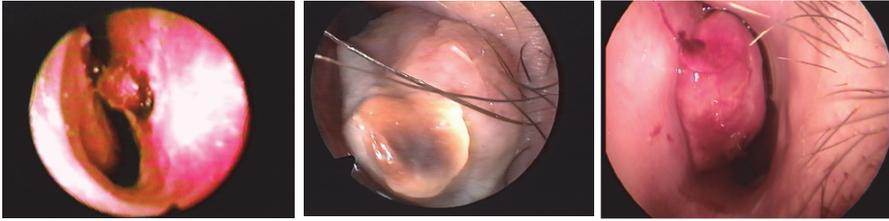
Vaporización Láser de frenillo corto



Papiloma de la úvula



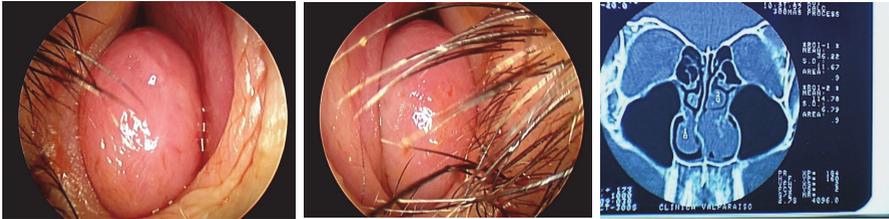
Granuloma septal postoperatorio, piógeno y por embarazo



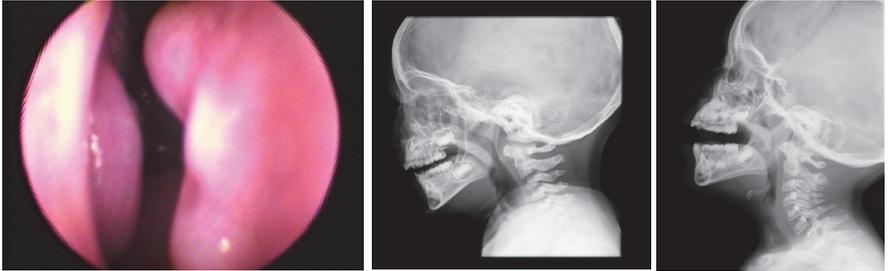
Mujer de 39 años, 'ocena' de rinofaringe con senos perinasales normales



Hipertrofia turbinal inferior y corte coronal de Scanner de Senos



Encuentro de colas cornetes Rx de cavum respiración nasal y oral



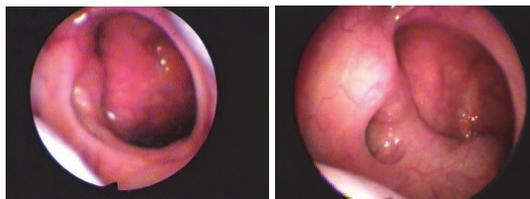
Fosita de Rosenmüller Traqueítis por intubación Exostosis mandibular



Datos técnicos de equipos e insumos

Fibra óptica: Nasolaringofibroscopio Olympys (ENF modelo P3), desde junio 1993 hasta febrero de 2012, equipo de extraordinaria calidad y durabilidad. Reemplazado por ENF P4, cuya nueva fibra óptica de alto grado de tecnología y sistema óptico -manteniendo el diámetro de 3,4 mm- ofrece una imagen 25% mayor con mejor claridad y definición de detalles por el aumento de fibras de imagen. También permite obtener imágenes con más brillo, a igual potencia de la fuente luminosa.

Cavum faríngeo con ENF P3 y ENF P4



Nuestra opinión respecto de estos equipos constituye el testimonio de usuarios desinteresados en compromisos comerciales con la marca. Sin embargo es de justicia destacar la excelente calidad y durabilidad de ellos, lo que hace que su relación costo/beneficio sea óptima.

Óptica rígida: hemos empleado desde el año 2002 a la fecha una óptica Storz de 4 mm (de diseño nasal) para telarlaringoscopia con muy buenos resultados por la excelente calidad de las imágenes y la buena tolerancia de parte de adultos y niños a este diámetro pequeño. La mayor parte de las fotografías de esta guía han sido obtenidas con este instrumento. Desde el año 2011 agregamos una óptica para telarlaringoscopia de 70°, 8 mm 'tipo Storz' ensamblada en USA con excelente imagen para uso con luz estroboscópica (año 2012) y luz halógena. Este instrumento permite un detalle de gran definición por la magnificación y luminosidad óptimas que provee.

Video cámara, procesador y sistema óptico: desde el año 1998 hemos empleado la video cámara Sony DCX-LS1 Sintek (Sony Corporation,

New York, NY), equipo compacto con chip de ¼ de pulgada cuyas prestaciones y durabilidad han sido extraordinarias, siendo sometida a reparación sólo una vez en dieciséis años. Es de destacar el aporte de este instrumento, de costo abordable para una consulta médica individual, en la obtención de las imágenes que se exponen en este trabajo.

Fuente de luz halógena: hemos utilizado desde el año 1992 una fuente halógena de 150 Watt, marca Richard Wolf, modelo LP 4200 (Richard Wolf Medical Instrument Corporation GmbH, Knittlingen Germany) también de muy buena calidad y duración, la que se ha reparado dos veces para cambio de piezas de fácil reemplazo. Junto a ésta, el cable de fibra óptica Richard Wolf (180 cm).

Monitor: monitor de televisión color Sony, modelo SSM-20L120 en uso desde 1999, sin falla o reparación hasta la actualidad.

Equipo de Laringostroboscopia: desde 2012 hemos utilizado equipos Atmos, inicialmente el Atmos Strobo 21 LED, siendo luego reemplazado por el el Endo-Stroboscope L con el que tenemos, hasta el presente, buena experiencia. Sin embargo, es la técnica de más reciente adquisición, siendo la mayor parte de nuestra experiencia aquella con instrumentos no estroboscópicos. Sin duda constituye un avance de enorme utilidad en el estudio de la funcionalidad de los pliegues vocales al permitir la visualización del movimiento vibratorio de la capa generadora del fenómeno vocal.

Capturación de imágenes: las imágenes análogas, registradas en video cassette VHS entre los años 1998 y 2010 fueron digitalizadas con la tarjeta capturadora AVer TV-Phone (AVer Media Technologies, Inc) y a partir de esa fecha incorporamos el registro digital y captura de imágenes mediante la tarjeta capturadora Pinnacle Studio HD 14 software (Corel Corporation, Fremont, CA).

Antiempañante: utilizamos el Fred o el Ultra Stop de Sigmapharma

(Viena, Austria) disponible en botellitas individuales.

Esterilización y limpieza: los insumos para limpieza y esterilización líquida que son los habituales: Johnson 88, Cidex, Cidex OPA.

Anestesia tópica y descongestionante: recurrimos al uso de anestésico tópico en spray en la faringe sólo en contadas ocasiones, frente al paciente hiperreflexógeno (frecuente en el gran fumador). No usamos la Xylocaina al 10 % por su efecto irritante en la mucosa faríngea y la persistente anestesia, que produce incomodidad para deglución, sialorrea y a veces sensación de ahogo en ciertos pacientes. Preferimos la lidocaína al 4% en solución según recetario magistral. (Ref. 9 Glosario) En la nariz iniciamos la nasofibroscopía en estado basal y aplicamos el descongestionante tópico (oximetazolina al 0,05%) en caso de impedimento al paso o bien al desear evaluar el efecto sobre la retracción de la mucosa de los cornetes, como ocurre a veces al efectuar rinomanometría en forma secuencial.

*La voz humana es el instrumento más importante a nuestra
disposición, y aún así es uno de los más
difíciles de entender o definir.
La puedes oír o no. Te puede conmovir o dejar helado...
Es más que un simple sonido... es el alma misma.*

*The human voice is the most important instrument at our
disposal, yet is one of the most difficult to
understand or define.
You either hear it, or you don't.
It either moves you, or it leaves you cold...
It is more than just a sound... it is the soul itself.*

Neil Diamond, 1974

