

Guías de gestión asistencial

**Disfonías por nódulos de
las cuerdas vocales como
enfermedad profesional**

Guías de gestión asistencial

Disfonías por nódulos de las cuerdas vocales como enfermedad profesional

Autor/a

Dr. Federico Madrid San Martín.
Especialista en Medicina del Trabajo. Unidad de Referencia de Enfermedades Profesionales de ASEPEYO- Levante. Dirección de Asistencia Sanitaria

Edición

Noviembre 2019



Índice

1.	Introducción
2.	Justificación
3.	Objetivos
4.	Fisiopatología
5.	Sintomatología
6.	Abordaje Clínico:
6.1.	Historia laboral
6.2.	Historia clínica
6.3.	Exploración física y pruebas complementarias
7.	Tratamiento:
7.1.	Criterios de la duración de la logopedia
7.2.	Seguimiento
7.3.	Indicaciones de IT por necesidad de Reposo de Voz
8.	Valoración de la Contingencia
9.	Bibliografía
Anexos	
	I- Glosario
	II- Algoritmo de actuación

1. Introducción

La voz es imprescindible como herramienta de trabajo para algunas ocupaciones laborales.

Según datos de la guía clínica para el abordaje de la disfonía crónica en medicina primaria y medicina del trabajo del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo (INSSBT 2018) (1) casi un tercio de las personas en edad laboral trabajan en profesiones donde la voz constituye la herramienta fundamental

El uso profesional, continuado y mantenido de la voz puede condicionar la aparición de lesiones benignas orgánicas en las cuerdas vocales, afectando la capacidad personal de cuantos precisan utilizar su voz como recurso principal en su trabajo.

El uso profesional de la voz sin un adecuado entrenamiento, puede tener consecuencias, originando lesiones que afectan al desempeño del trabajo.

2. Justificación

La disfonía es una alteración de las características de la voz que puede ser altamente invalidante cuando se presenta en pacientes con uso vocal profesional y además, puede ser signo de enfermedad incluso oncológica. En ambos casos requiere una atención prioritaria.

Según el RD 1299/2006 de 10 de Noviembre (2), la presencia de nódulos en las cuerdas vocales en determinadas profesiones tales como las de: docentes, locutores, teleoperadores, cantantes, actores, etc., merece la contingencia de Enfermedad profesional

La presencia de nódulos en cuerdas vocales como consecuencia de esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales debe calificarse como Enfermedad Profesional. El abordaje clínico de los casos que detectemos en nuestros Centros Asistenciales (CA) pueden ser derivados desde el Sistema Público de Salud, los Servicios de Prevención (propios o ajenos), aportando el código de EP y la evaluación de riesgos, desde la propia empresa o de las unidades de valoración de incapacidades (EVI/ICAM en Cataluña). Su declaración a CEPROSS, así como las posibles prestaciones económicas que se deriven de las Incapacidades que generen, son responsabilidad de ASEPEYO.

3. Objetivo

Establecer pautas de actuación para la gestión sanitaria de los casos de disfonías, en pacientes que utilicen la voz como herramienta de trabajo, que se atiendan en la Mutua y en los que se demuestre que la causa de la misma son los nódulos en las cuerdas vocales.

Todo ello, mediante protocolo que incluye las indicaciones para la anamnesis, exploración, diagnóstico y determinación de contingencia de los casos.

4. Fisiopatología

Se considera que las lesiones benignas de las cuerdas vocales presentan un origen multifactorial. Específicamente, factores como el abuso y el mal uso vocal generan un fonotrauma que determinará cambios histológicos, que pueden condicionar dichas lesiones.

Los nódulos en las CV constituyen la forma más frecuente de lesión inducida por trauma fonatorio, por ello su incidencia es notable en profesionales de la voz.

Una mala utilización de las cuerdas vocales, durante la fonación, da lugar a que se desarrolle un hábito fonatorio patológico. Este consiste en el choque y rozamiento anómalo entre ambas cuerdas vocales a nivel de la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores. La persistencia de este hábito, sobre todo en personas que debido a su profesión utilizan la voz de forma muy continua, da lugar a la aparición de una disfonía. Inicialmente, esta disfonía se debe sólo al hábito fonatorio patológico; sin embargo, la cronificación de esta fonación patológica da lugar a la aparición de una hiperplasia epitelial con queratina, localizada en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores, a modo de nódulos en ambas cuerdas vocales.

No guarda relación con el tabaquismo.

5. Sintomatología

Se caracteriza por presentar una **disfonía** que empeora con el esfuerzo, en una clara relación dosis/respuesta.

Se entiende por **disfonía** a la alteración de las características de la voz (timbre, altura e intensidad) que afecta a la comunicación, de manera que impide desarrollar con normalidad, confort e, incluso, placer, las actividades cotidianas.

Se manifiesta con síntomas tales como carraspeo, tos, necesidad de aclarar la voz, secreciones abundantes, sensación de tener un cuerpo extraño en la garganta o de hormigueo, la voz no sale o se debe hacer un esfuerzo para conseguirlo, falta de control en la intensidad o el tono de la voz, dolor y tensión en el cuello y la parte alta del hombro, pinchazos en la zona anterior o lateral del cuello, fatiga muy rápida (fonastenia) de la voz al hablar o debilidad, voz rota o ronca, dificultad para mantener la voz al finalizar la jornada o para ser entendido por sus interlocutores.

En los profesionales de la voz, la disfonía suele ser más intensa en las últimas horas de los días laborables, agravándose durante la semana y mejorando durante los días de descanso y vacaciones.

Hay roturas de los tonos (gallos) y mal manejo del aire espiratorio que impide acabar las frases largas que se quieren pronunciar, lo que simula una aparente disnea. Puede acompañarse de una sensación subjetiva de fatiga vocal (fonastenia) que en el caso de los profesores se irá incrementando durante el avance del curso docente.

La disfonía puede ser aguda o crónica.

La **disfonía aguda** está causada, frecuentemente, por infecciones en las vías altas y, más raramente, por esfuerzos vocales puntuales, por traumatismos por intubación o por situaciones de estrés agudo

y acostumbra a ceder con el tratamiento sintomático y reposo fonatorio en 7 a 14 días, en pacientes con o sin profesión de riesgo.

La **disfonía crónica** se entiende como aquella que no estando enmarcada en un contexto de infección de vías altas, persiste durante más de tres semanas.

La presencia de nódulos provocará una disfonía más intensa y de mayor duración en el tiempo.

La disfonía crónica es un síntoma y como tal es tarea del clínico averiguar su causa etiológica para abordarla con eficacia. Puede presentarse aislada o acompañada de otros síntomas como reflujo gastroesofágico, disfagia, hemoptisis, etc.

Etiológicamente la disfonía crónica es multifactorial y podrá relacionarse con el uso, el mal uso y el abuso de la voz, con factores psicoemocionales y psiquiátricos, con enfermedades sistémicas y oncológicas, así como respuesta a factores irritantes tales como tabaco y alcohol, aire frío, sequedad ambiental y atmósferas contaminadas, y también en el curso de tratamientos farmacológicos por vía inhalatoria, etc..

6. Abordaje clínico

Se realiza siempre en base a una anamnesis dirigida a la historia clínico-laboral y a la exploración física y la laringoscopia. En casos más complejos será necesaria la ayuda de la estroboscopia laríngea.

6.1. Historia Laboral

Vida laboral: anteriores puestos de trabajo (riesgos y tiempo de exposición, uso de EPIs)

Puesto de trabajo actual: desde cuándo trabaja en esta empresa. Descripción del puesto de trabajo (CNO) y tareas que desarrolla. Herramientas (teléfono, micrófono,...). Riesgos descritos por el trabajador (especialmente el uso mantenido y continuo de la voz) y tiempo de exposición. Uso de Equipos de Protección Individual (EPIs) y protecciones colectivas.

Horario / Pausas.

Registrar si ha recibido formación sobre el uso correcto de la voz.

Interrogar sobre aspectos del puesto de trabajo: temperatura, humedad, ruido, agentes ambientales (polvo, tiza, irritantes químicos,...), ventilación, características del espacio de trabajo, calidad acústica, sobrecarga de trabajo. En docentes: tamaño de las aulas, edad y número de sus alumnos, asignaturas de riesgo (música, educación física, idiomas); En teleoperadores: diseño de los puestos de trabajo, ruido, pausas.

Solicitar la evaluación de riesgos actualizada que confirme el uso de la voz como herramienta profesional y sobreesfuerzo vocal y tiempos de exposición.

Si no es posible, o no aporta suficiente información, valorar estudio del puesto de trabajo por nuestros técnicos asesores de prevención.

6.2. Historia Clínica

Anamnesis:

Antecedentes familiares de interés: enfermedades neurológicas, neoplasias, endocrinopatías, disfonías.

Antecedentes patológicos personales:

- Alergias conocidas: a fármacos, polvo, ácaros, sustancias de alto o bajo peso molecular (harinas, pólenes, alimentos, insectos, sustancias químicas,...) y expresión de la misma (rinitis, asma, anafilaxia,..)
- Antecedentes quirúrgicos: antecedentes quirúrgicos en general y de forma específica hacer referencia a cirugía tiroidea, cervical, laríngea o intervenciones recientes que hayan requerido intubación
- Enfermedades neurológicas-neuromusculares: ELA, esclerosis en placas, miopatías (miastenia gravis), neuritis,..
- Enfermedades digestivas: Reflujo gastro-esofágico, esofagitis,..
- Lesiones congénitas ya conocidas de cuerdas vocales (sulcus, vergeture, quiste epidérmico)
- Lesiones de cuerdas vocales ya conocidas: papilomatosis, nódulos, pólipos, edemas, quistes
- Procesos respiratorios: rinitis, rinoconjuntivitis, faringitis, laringitis, asma bronquial, bronquitis, infecciones respiratorias de repetición
- Cardiopatías: alteraciones del ritmo, insuficiencia cardíaca, c. isquémica, hipertensión arterial
- Endocrinopatías: enfermedades del tiroides (hipotiroidismo), diabetes, dislipemias
- Trastornos psíquicos: síndrome depresivo, ansiedad, insomnio
- Neoplasias: información de procesos neoplásicos en general y sus tratamientos y de forma específica neoplasia tiroidea, de laringe, linfomas
- Trastornos músculo-esqueléticos de origen degenerativo o inflamatorio: artrosis, artritis (especialmente articulación cricoaritenoides)
- Traumatismos, accidentes de origen laboral o común

Hábitos fisiológicos

Alimentación: equilibrada o restrictiva en principios inmediatos, consumo de grasas, chocolate, café, irritantes. Consumo habitual caramelos de menta/eucalipto

Higiene del sueño: horas, calidad del sueño, insomnio

Actividad física: nivel de actividad física, práctica de deportes de riesgo glótico (halterofilia, escalada, etc)

Actividades extralaborales: actividades lúdicas como teatro, coral, radio-aficionado,...

Hábitos tóxicos

- Consumo de tabaco, desde cuándo y cantidad. Tipo de consumo. Si es exfumador, desde cuándo y cuanto fumaba antes. Cálculo de la dosis equivalente en paquetes/año
- Consumo de alcohol: tipo de consumo, habitual o esporádico. Medición en gramos de alcohol diario
- Hábito farmacológico: describir los fármacos habituales (pauta y dosis), destacando uso de broncodilatadores, corticoides inhalados, antihistamínicos, productos naturales (sobre todo mentol, eucalipto), antidepresivos, diuréticos, tratamientos hormonales, psicótrópos

Situación actual

- Valorar la disfonía y valorar otros síntomas como odinofagia, tos, hemoptisis, otalgia, fiebre, pérdida de peso, carraspeo, secreciones abundantes, sensación de cuerpo extraño en la garganta. Voz rota, voz ronca, fatiga, dificultad para mantener intensidad y tono de la voz
- Interrogar desde cuándo presenta la disfonía (más o menos de 3 semanas) Diferenciar la disfonía aguda de la crónica
- ¿Cómo se ha instaurado-evolucionado? Historia de procesos recientes infecciosos o alérgicos de vías respiratorias
- ¿Mejora en periodos de descanso vocal, fin de semana o vacaciones?
- ¿A qué lo atribuye?

Cumplimentación del Voice Handicap Index 10 (3) validado en español (véase tabla I) que es un buen indicador para valorar la necesidad de una baja laboral con reposo vocal. Un valor igual o superior a 11 es considerado como patológico

Tabla I: Voice Handicap Index 10

0: nunca/ 1: casi nunca/ 2: a veces/ 3: casi siempre/ 4: siempre

6.3. Exploración física y Pruebas Complementarias

F1	La gente me oye con dificultad debido a mi voz	0	1	2	3	4
F2	La gente no me entiende en sitios ruidosos	0	1	2	3	4
F8	Mis problemas con la voz alteran mi vida personal y social	0	1	2	3	4
F9	Me siento desplazado de las conversaciones por mi voz	0	1	2	3	4
F10	Mi problema con la voz afecta al rendimiento laboral	0	1	2	3	4
P5	Siento que necesito tensar la garganta para producir la voz	0	1	2	3	4
P6	La calidad de mi voz es impredecible	0	1	2	3	4
E4	Mi voz me molesta	0	1	2	3	4
E6	Mi voz me hace sentir cierta minusvalía	0	1	2	3	4
P3	La gente me pregunta: ¿Qué te pasa con la voz?	0	1	2	3	4

Se realizará una inspección y exploración física básica mediante:

- Valoración de la actitud estática: actitud cifótica, cifoescoliosis, lordosis
- Valoración cardio-respiratoria (tipo de respiración: amplia y regular, superficial, diafragmática,...)
- Presencia de contractura cervical, trapecios, ECM
- Presencia de adenopatías cervicales, supraclaviculares, submaxilares
- Inspección de la boca, lengua, dientes
- Inspección orofaringe (eritema, mucosidad, deformidades,...)
- Presencia de conjuntivitis / rinitis

Posteriormente, los pacientes, profesionales de la voz, orientados como con posibles nódulos en las CV, en la primera visita, serán derivados a nuestros Otorrinolaringólogos (ORL), consultores externos que deberán remitirnos un informe clínico describiendo sus hallazgos.

La **laringoscopia** se considera la exploración de elección para la valoración de las disfonías. Permite una valoración objetiva y funcional, fácilmente registrable y documentable de la enfermedad existente o, en su caso, de la normalidad. Dependiendo del tipo de endoscopia que se utilice se diferencia la endoscopia flexible o fibroscopia y la endoscopia rígida o telarlaringoscopia.

La **estroboscopia** es el procedimiento más útil para el diagnóstico de los trastornos de la voz, al permitir observar con detalle las alteraciones de la ondulación de la mucosa y la situación del borde libre de la cuerda vocal. Ofrece la imagen del ciclo vibratorio obtenida por la iluminación intermitente de varios ciclos consecutivos.

Recomendamos solicitar una imagen de la lesión, o un CD con la laringoestroboscopia junto al informe que debe ser anexado como documento en el episodio asistencial.

La presencia de los nódulos se aprecia en el borde libre de ambas cuerdas vocales y en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores, tal y como se observa en la imagen siguiente:



7. Tratamiento

El tratamiento de los nódulos laríngeos consiste en prescribir reposo de la voz y realizar sesiones de logopedia, por lo que posiblemente conllevará cursar baja médica por EP.

Sólo en casos excepcionales de ausencia de respuesta a la logopedia, estará indicada la extirpación quirúrgica de los nódulos mediante Microcirugía Endolaríngea y precisando siempre una logopedia tanto previa como posterior a la cirugía.

7.1 Criterios de la duración de la logopedia

El tratamiento de logopedia se realizará por nuestros consultores y deberá adecuarse a las características individuales de cada paciente. Cuanto más antigua sea la disfonía y cuanto más tiempo haya perdurado el mal hábito fonatorio - lo que está en función de la edad del paciente -, se precisarán más sesiones para obtener un buen resultado. Se insiste en que el criterio terapéutico debe hacerse de forma individualizada.

7.2 Seguimiento

Tras la visita por especialista ORL, se programarán visitas sucesivas en el centro asistencial (CA), como mínimo cada dos semanas, mientras persista en incapacidad temporal (IT) y realice la logopedia.

Una vez haya terminado la logopedia se programará una nueva visita de control por ORL.

El ORL nos asesorará sobre la necesidad o no de mantener el reposo fonatorio y evaluará cuándo esta incapacidad temporal debe finalizar.

7.3 Indicaciones de Incapacidad Temporal por necesidad de Reposo de Voz

Los criterios para determinar las situaciones de incapacidad temporal, se basarán en:

- a) La necesidad de reposo vocal como parte del tratamiento y de la rehabilitación logopédica. Esta deberá realizarse de forma individualizada.
- b) La objetivación de una alteración fonatoria importante que impida al paciente el correcto desempeño de su actividad laboral, aunque podría considerarse que llevara a cabo otro tipo de actividad laboral que requiriese menor esfuerzo vocal.

El reposo de voz estará indicado en todos aquellos casos en que el paciente no pueda alcanzar el tono, la potencia y el mantenimiento de la voz necesario para la realización de su actividad profesional.

La evaluación de la necesidad de incapacidad temporal debe hacerse de forma individualizada para cada caso, y para ello en Asepeyo se exige cumplimentar el VHI10 (Voice Handicap Index)(3).

Una vez se produzca una recuperación suficiente de la voz, el paciente podrá volver a reiniciar su actividad laboral y seguir el tratamiento de la logopedia hasta su finalización.

8. Valoración de la contingencia

Con la premisa explícita de que el trabajador realiza actividades en las que es necesario el uso mantenido y continuo de la voz, tal y como se indica en el RD1299/2006, se abrirán los casos como Enfermedad Profesional en Periodo de Observación y valorará si se trata de una disfonía producida por nódulos en las cuerdas vocales, lesión que tiene la consideración de Enfermedad Profesional (EP 2 L 01 01), según el RD referido.

Si la disfonía estuviera causada por cualquier otra de las lesiones contenidas en el glosario (véase Anexo I), se considerará como Contingencia Común.

Con carácter excepcional, los casos estudiados en los que no se identifiquen nódulos en las cuerdas vocales, pero que presenten lesiones benignas como edema de Reinke, hematoma submucoso agudo o hiperplasia difusa de ambas cuerdas vocales, y en los que se pueda demostrar una relación laboral EXCLUSIVA, podrán ser valorados, como Accidente de Trabajo (AT), según indica el artículo 156.2e de la Ley General de la Seguridad Social, estudiándose cada caso en particular.

9. Bibliografía referenciada

- Guía clínica para el abordaje de la disfonía crónica en medicina primaria y medicina del trabajo del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo (INSSBT 2018).
- RD 1299/2006 de 10 de noviembre por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
- Nuñez F, Cortes Santos Pea, Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal(VHI-30) y su versión abreviada(VHI-10) al español Acta Otorrinolaringológica española, 2007;58(9): págs. 386-392.
- Guía de valoración de incapacidad laboral temporal para médicos de atención primaria (2ª edición) (págs 262-281).

- Uso profesional de la voz. Generalitat de Catalunya. Departament d' Empresa i Ocupació 2012.
- I.García López. El otorrinolaringólogo ante el profesional de la voz. Asociación Madrileña de Otorrinolaringología (AMORL) 2015.
- Troubles de la voix chez les enseignants. *inrs*. Documents pour le Medecin du Travail. N° 98. 2º trimestre 2004.

10. Anexos

Anexo I

GLOSARIO

Glosario de términos más usuales en las alteraciones de la voz

Disfonía: es la alteración objetiva de la voz que consiste en un cambio de las características del timbre, altura e intensidad de la misma.

Disfonía Orgánica: es aquella en la que existe una clara alteración anatómica o estructural: pólipos laríngeos, edema de Reinke

Disfonía Orgánico-disfuncional: son aquellas en las que existe una alteración de la función laríngea claramente vinculada a excesos vocales, hábitos psíquicos hiperactivos, etc. Dentro de ellas se distinguen 2 tipos:

- a) Sin lesión morfológica: fonación patológica sin lesiones aparentes.
- b) Con lesión morfológica : nódulos vocales, úlcera de contacto.

Disfonías disfuncionales

Son aquellas asociadas también a un hábito fonatorio con un abuso vocal. Es típico también de profesionales de la voz, pacientes con actividades laborales que les obliga a realizar un uso prolongado de la voz sin poseer una adecuada preparación para ello. Las cuerdas vocales no cierran de forma correcta según el tipo de alteración: hiperfunción o exceso de tensión en las cuerdas al cerrar la glotis; hipofunción o falta de tensión en las cuerdas en el cierre glótico con lo que se obtiene un cierre glótico patológico que da lugar a disfonía. También son disfonías que empeoran con el esfuerzo y en las que suele apreciarse que el paciente fuerza la voz al hablar. Se apreciarán alteraciones en el cierre glótico, las más frecuentes son: defecto en triángulo posterior, defecto en triángulo anterior, cierre en huso, etc. Si la exploración laringoscópica es anodina o existe una alteración funcional difícil de filiar, la única forma de ver bien una alteración funcional laríngea es la estroboscopia. El tratamiento es la logopedia.

Edema de Reinke: es una hiperplasia epitelial difusa que afecta a toda la longitud de ambas cuerdas vocales. Es una forma de laringitis crónica. Parece existir una mayor preponderancia en pacientes con abuso vocal. Se caracteriza por una disfonía continua de tono grave, ya que por su mayor volumen las cuerdas vocales se mueven de forma más lenta. Se aprecia a la laringoscopia una tumefacción de aspecto edematoso que ocupa toda la longitud de la cuerda vocal, es más frecuente que sea bilateral. El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica del edema y su posterior tratamiento rehabilitador con logopedia.

Estroboscopia Laríngea: es un método de exploración laríngea muy importante que consiste en una técnica de especial iluminación que permite descomponer y observar la vibración de las cuerdas vocales o ciclo vocal en cámara lenta.

Fonastenia: el paciente se cansa al hablar, en general por el esfuerzo que realiza; conlleva una pérdida de la calidad de la voz.

Fonación dolorosa u Odinofonía: el paciente refiere dolor al hablar, debido que presenta un hábito fonatorio patológico que ha sido sometido a una sobrecarga.

Hematoma submucoso agudo de cuerda vocal: es poco frecuente. Se caracteriza por aparecer tras un esfuerzo vocal muy intenso y agudo. Se diagnostica por laringoscopia indirecta y su tratamiento es inicialmente médico. Tras realizar un esfuerzo vocal sobreagudo y muy intenso se produce una extravasación submucosa de sangre que el paciente refiere como dolor y disfonía. Es más frecuente en pacientes que presentan vasos capilares dilatados. Se caracteriza por la aparición súbita de disfonía y fonación dolorosa tras realizar un esfuerzo vocal muy intenso. La laringoscopia muestra la presencia de un hematoma localizado en una cuerda vocal. En ocasiones puede ir acompañado de una gran reacción inflamatoria de aspecto edematoso en el resto de la cuerda vocal. El tratamiento suele ser médico, a base de antiinflamatorios y reposo de voz. En casos de cronificación de la lesión, puede ser necesaria su extirpación mediante microcirugía endolaríngea.

Laringitis Aguda: son aquellos procesos clínicos inflamatorios o infecciosos que tienen como substrato común una inflamación aguda de la mucosa de la laringe.

Laringitis Crónica: son aquellos procesos clínicos inflamatorios o infecciosos que tienen como substrato común una inflamación crónica de la mucosa de la laringe.

Laringoscopia Indirecta: es el procedimiento de exploración clínica para la evaluación de la morfología y del funcionalismo de la laringe. Se realiza con la ayuda de endoscopios rígidos o de fibroscopios.

Logopedia: es la técnica de rehabilitación que se utiliza para corregir los hábitos fonatorios patológicos: mal uso y/o abuso vocales. Su objetivo es identificar y eliminar los comportamientos que llevan a un hábito fonatorio patológico, para modificarlos por patrones de fonación correcta o más aceptable. Al iniciarla debe tenerse en cuenta: etiología y mecanismo de producción, así como las características individuales de cada paciente. El protocolo de trabajo debe ser específico para cada paciente. La logopedia se basa sobre todo en 5 puntos:

- Disminuir el esfuerzo en la producción vocal: mejor voz con menor esfuerzo
- Introducir técnicas de relajación para desactivar la tensión cervical y/o laríngea
- Modificación de la técnica respiratoria inadecuada
- Reconocer las conductas de abuso vocal y corregirlas
- Introducir medidas preventivas y de higiene vocal

Microcirugía Endolaríngea: es aquel procedimiento quirúrgico que se realiza por vía transoral con el objetivo de tratar los procesos patológicos de la laringe. Se practica con la ayuda del microscopio quirúrgico y utilizando unos tubos metálicos, especialmente diseñados para su introducción en la laringe, llamados laringoscopios.

Nódulos vocales: consiste en la presencia de una reacción de hiperplasia epitelial bilateral y simétrica, localizada en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores de las cuerdas vocales.

Pólipo de Cuerda Vocal: es una lesión unilateral de la cuerda vocal, producida por una hiperplasia epitelial. Es una forma de laringitis crónica. El pólipo suele desarrollarse en varones y se localiza en la mitad anterior de la glotis. En casos muy evolucionados de laringitis crónica y en pacientes muy fumadores, pueden llegar a adoptar un aspecto más edematoso o hiperplásico que puede hacer sospechar la presencia de una lesión neoplásica o preneoplásica. El tratamiento consiste en la exéresis del pólipo y posterior logopedia si precisa.

Pueden ser de 2 tipos: pediculados y sesiles. Su epitelio de revestimiento sufre cambios de tipo hiperplásico y paraquetartósico. Los pacientes presentan una disfonía de diversa intensidad e incluso de características variables. Puede ser también intermitente con largos períodos de normalidad. Suele acentuarse la disfonía con el paso de las horas. Solo en caso de pólipos gigantes puede aparecer cierta disnea. No cursan con odinofagia. La imagen característica a la laringoscopia directa es la presencia de una lesión unilateral, localizada en el tercio anterior glótico. Los pólipos bilaterales son mucho menos frecuentes.

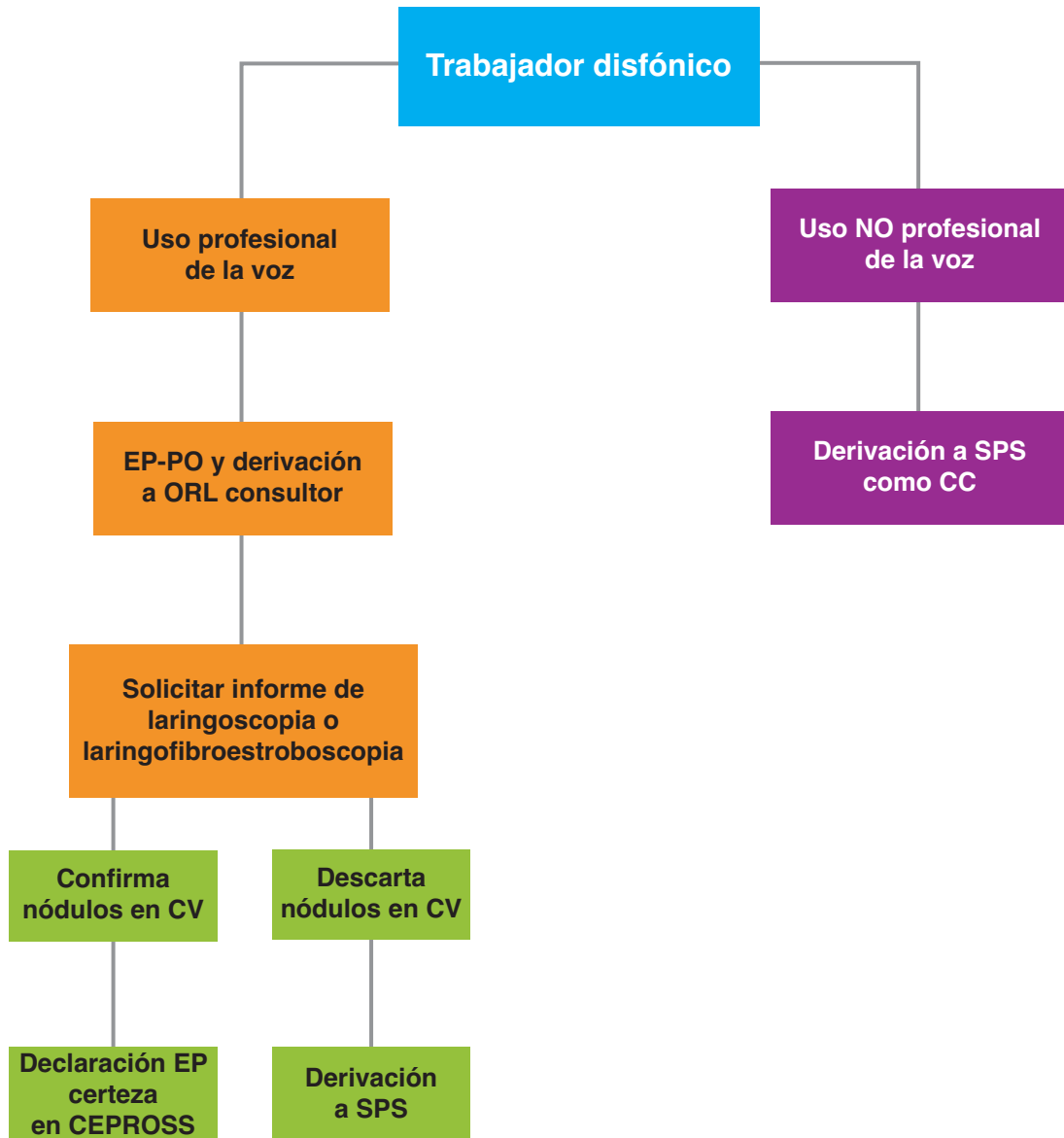
Quistes Intracordales: son lesiones unilaterales que aparecen el tercio medio de la cuerda vocal, produciendo una sobreelevación de la misma que no es siempre visible. Su diagnóstico se realiza por estroboscopia laríngea. Pueden ser congénitos y adquiridos, suelen atribuirse a un trauma fonatorio. Su tratamiento es la cirugía.

Úlcera de Contacto: es la presencia de una úlcera o de un granuloma a nivel de una o ambas apófisis vocales del aritenoides. Suele estar producida por un abuso de voz crónico asociado bien a reflujo gastroesofágico o bien a un hábito tabáquico importantes. Se caracteriza por la presencia de disfonía de larga evolución, acompañada de fonación dolorosa en muchos de estos pacientes.

Se produce por un mecanismo de traumatismo entre ambas cuerdas vocales debido a una pésima fonación, a la que suelen asociarse exceso de tabaco y mucha ansiedad. Es una úlcera que se localiza en el tercio posterior de una cuerda vocal o en la apófisis vocal del aritenoides. El tratamiento es la foniatría, a la que debe asociarse la abstinencia de tabaco, y en ocasiones psicoterapia. En caso de úlceras resistentes al tratamiento conservador y con tendencia a desarrollar granulomas, puede ser necesario el tratamiento con microcirugía endolaríngea, y posterior logopedia.

Anexo II

Algoritmo de actuación





ASEPEYO

MUTUA COLABORADORA CON
LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 151

Urgencias 24 h

900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario

900 151 002

www.asepeyo.es