



GUÍA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DE LA DISFONÍA CRÓNICA EN MEDICINA PRIMARIA Y MEDICINA DEL TRABAJO

Título:

Guía clínica para el abordaje de la disfonía crónica en Medicina Primaria y Medicina del Trabajo

Autor:

Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT), O.A., M.P.

Elaborado por:

Cori Casanova.

Médico Foniatra. Consulta Veu. Barcelona

Lluc Bosque.

Médico de Atención Primaria. Hospital Municipal. Badalona

Isabel Vilaseca.

Otorrinolaringóloga. Hospital Clínic. Barcelona

Lidia Rigual.

Médico Foniatra. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Coordinación:

Grupo de investigación EVES. Universidad Autónoma de Barcelona

Edita:

Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT), O.A., M.P.

C/ Torrelaguna, 73 - 28027 Madrid

Tel. 91 363 41 00, fax 91 363 43 27

www.inssbt.es

Composición:

Servicio de Ediciones y Publicaciones del INSSBT

Edición:

Madrid, diciembre 2017

NIPO (en línea): 272-17-072-7

Hipervínculos:

El INSSBT no es responsable ni garantiza la exactitud de la información en los sitios web que no son de su propiedad. Asimismo la inclusión de un hipervínculo no implica aprobación por parte del INSSBT del sitio web, del propietario del mismo o de cualquier contenido específico al que aquel redirija

Agradecimientos:

Nuestro agradecimiento a los médicos que, en calidad de expertos en patología vocal, han colaborado en la evaluación y perfeccionamiento de esta Guía:

Rosa M. Bermúdez Alvear.

Médico Foniatra. Universidad de Málaga

Araceli Esandi Santesteban.

Médico del Trabajo PRL Dpto. Educación Navarra

Ferran Ferran Vila.

Médico ORL. ConsultaVeu. Médico asociado del Hospital general de Catalunya.

Isabel García López.

ORL, presidenta Comisión de Laringología de la SEORL-CCC

Ana Martínez Arellano.

Médico foniatra. Médico de familia. Pamplona

José M. Roqués Calamita.

Médico Foniatra. Centro de Foniatría y Logopedia. Cádiz

Catálogo general de publicaciones oficiales:

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Catálogo de publicaciones del INSSBT:

<http://www.insbt.es/catalogopublicaciones/>



**GUÍA CLÍNICA
PARA EL ABORDAJE
DE LA DISFONÍA CRÓNICA
EN MEDICINA PRIMARIA
Y
MEDICINA DEL TRABAJO**

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
1.- DISFONÍA AGUDA Y DISFONÍA CRÓNICA	9
2.- ETIOLOGÍA DE LA DISFONÍA CRÓNICA. MULTIFACTORIALIDAD	11
2.1 Neoplasias de laringe	11
2.2. Lesiones benignas de cuerdas vocales: consecuencia y causa	12
2.3. Parálisis o paresias por neuritis	12
3.- FACTORES DE RIESGO DE LA DISFONÍA	14
3.1 La profesión como factor de riesgo	15
3.2 El reflujo faringolaríngeo como factor de riesgo	16
3.3 El tabaco y el alcohol como factor de riesgo	17
3.4 La alergia como factor de riesgo	18
3.5 El mal uso y el abuso de la voz como factor de riesgo.....	19
4.- LA HISTORIA CLÍNICA	20
5.- LA NECESIDAD DE LA EXPLORACIÓN LARÍNGEA	22
6.- TRATAMIENTO DE LA DISFONÍA CRÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA DE FAMILIA O DE LA MEDICINA DEL TRABAJO	24
6.1 Tratamiento del reflujo faringolaríngeo	24
6.2 Tratamiento de la alergia	25
6.3 Reeducción vocal	26
7.- ALGORITMO PARA LA VALORACIÓN Y ABORDAJE DE LA DISFONÍA CRÓNICA.....	28
8.- RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA.....	32

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta guía es ofrecer al médico de familia y al médico del trabajo un instrumento que incluya:

- Recomendaciones basadas en la máxima evidencia posible.
- Un itinerario en el diagnóstico y tratamiento de la disfonía crónica.
- Criterios para que el médico pueda decidir el mejor camino a seguir para el tratamiento de la disfonía de cada paciente concreto. En efecto, en una entidad como la DISFONÍA en la que tantos factores entran en juego, el criterio del clínico, después de la escucha atenta del paciente, tiene un papel importante para su abordaje.

Esta guía, promovida por el INSSBT (Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo), quiere especialmente ser instrumento para aquellos médicos que, en el ámbito de la Medicina del trabajo o de la Medicina primaria, reciben pacientes con una carga elevada de hándicap vocal como consecuencia de sus necesidades profesionales y laborales.

Casi un tercio de las personas en edad laboral está trabajando en profesiones en las que la voz es su herramienta fundamental. Su uso profesional, sin el adecuado entrenamiento, puede provocar dificultades y lesiones persistentes,

con una sintomatología que puede afectar seriamente las habilidades para el desempeño del trabajo.

En un histórico estudio, realizado por Ingo Titze [1] se especificaron más de una treintena de profesiones en las que la voz constituía el elemento fundamental para su ejercicio, representando un tercio de la población trabajadora. Las más reconocidas son las de cantante, actor, locutor, maestro y teleoperador, pero no hay que olvidar a los comerciales, dependientes de tiendas, sacerdotes, recepcionistas y atención al cliente, abogados y jueces, profesionales sanitarios en general, psicólogos y consejeros, militares, policías, supervisores de obras, bomberos, monitores deportivos [2], etc.

En España no se ha cuantificado el coste de una baja media, y resulta difícil hacerlo debido a la falta de sistematización en la recogida de datos. Analizando los datos objetivos de los que disponemos a través de CEPROSS, en el año 2015 se declararon 510 enfermedades profesionales por causa de la presencia de nódulos en las cuerdas vocales, con una media de 122,73 días de baja por proceso. Si tenemos en cuenta que, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el salario medio en España en 2015 fue de 26.259€ al año, es decir, 71,94€ al día, cada baja cuesta 8.829€ (más el 30% de cuota patronal, 11.477€). Evidentemente, es un problema caro, más aún si tenemos presente que la resolución de unos nódulos de cuerdas vocales, cuando precisa de baja laboral, debería poder solucionarse en 30 días, según el Manual de Tiempos de Referencia de Incapacidad Temporal, editado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Por primera vez en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, se reconocieron los nódulos de cuerdas vocales

como consecuencia de esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales. Ha sido este un avance valioso, dado el vacío, aunque parcial, que existía, pues otras lesiones son fruto de mecanismos similares y no se incluyen como enfermedades profesionales (pólipos, pseudoquistes, edemas, quistes mucosos...).

Un último aspecto a considerar, pero no por ello menos importante, es el impacto emocional que sufren los profesionales afectados de disfonía crónica. Diversos estudios resaltan la pérdida de eficacia en el trabajo. Utilizando el Índice de Capacidad para el Trabajo (WAI), Giannini et al. observaron que la aparición de trastornos de la voz en docentes se asociaba significativamente con la pérdida de capacidad de trabajo, lo que podía comprometer la capacidad de los docentes para seguir trabajando [3].

1.- DISFONÍA AGUDA Y DISFONÍA CRÓNICA

La disfonía es una alteración de los parámetros básicos de la voz (altura, timbre, intensidad) que puede afectar la vida social y profesional dependiendo de las necesidades vocales del individuo. Aunque la disfonía puede reconocerse perceptivamente – voz soplada, constreñida, rasposa, agudizada, agravada, débil –, a menudo es el paciente quien refiere al médico de familia o al médico del trabajo un cambio sustancial en las cualidades de su voz y la eficacia de la misma para sus actividades cotidianas. Esta afectación puede ser aguda o crónica.

Disfonía aguda. La causa más frecuente es la infección de vías altas y, más raramente, esfuerzos vocales puntuales, traumatismos de cuello, situaciones de estrés agudo. Esta disfonía acostumbra a ceder con el tratamiento sintomático y reposo vocal en 7-14 días en pacientes con o sin profesión de riesgo.

Disfonía crónica. Es aquella disfonía que se presenta aislada – no en un contexto de infección de vías altas – de más de 3 semanas de evolución.

La disfonía puede ser altamente invalidante cuando se presenta en pacientes con USO VOCAL PROFESIONAL y puede ser signo de enfermedad oncológica. En ambos casos requiere atención prioritaria.

La disfonía es un síntoma y es tarea del clínico establecer las causas que la han generado para poder abordarla con eficacia. Puede presentarse aislada o acompañada de otros síntomas: tos, acidez, disfagia, hemoptisis, etc.

2.- ETIOLOGÍA DE LA DISFONÍA CRÓNICA. MULTIFACTORIALIDAD

La mayoría de las veces la disfonía crónica es multifactorial y puede incluir aspectos relacionados con el uso, abuso y mal uso, aspectos psicoemocionales-psiquiátricos, sistémicos, enfermedad oncológica, autoinmune, etc. así como ser la respuesta a factores irritantes, tratamientos farmacológicos o antihistamínicos, etc.

Ante el abordaje de la disfonía, el clínico se pregunta sobre la o las causas que han generado el trastorno. En el contexto de multifactorialidad de la disfonía a menudo los factores de riesgo pueden convertirse en causa, mientras que la existencia de factores de riesgo no comporta necesariamente el desarrollo de una disfonía.

En la Tabla 1 se indican las principales causas de disfonía crónica, así como los principales factores de riesgo. Se desarrollan a continuación algunos de ellos con el criterio de profundizar en los más habituales o en aquellos que, por la incapacidad que generan, deberían abordarse prioritariamente.

2.1 Neoplasias de laringe

Por su gravedad y consecuencias, el cáncer de laringe debe sospecharse ante un paciente que presenta disfonía crónica en un contexto de consumo de tabaco y alcohol y debe derivarse de forma prioritaria al otorrinolaringólogo.

2.2. Lesiones benignas de cuerdas vocales: consecuencia y causa

Aunque no existe un consenso sobre la etiología y la histopatología de las diferentes lesiones benignas de cuerdas vocales, cada vez se tiende más a valorar la multifactorialidad de las causas. Esto tiene consecuencias para el abordaje terapéutico, tal como se verá más adelante.

Las lesiones benignas que afectan la estructura histológica de las cuerdas vocales pueden ser la consecuencia de factores de riesgo, especialmente el abuso y el mal uso vocal que, generando fonotrauma, inician los cambios histológicos que se irán organizando produciendo diferentes lesiones [4] (nódulos, pólipos, edemas, pseudoquistes, quistes de retención). Otras lesiones pueden ser causa directa o , según su tamaño y las consecuencias que tengan sobre la vibración laríngea, pueden ser un factor de riesgo que, unidas a otros más, desempeñen un papel importante en el desarrollo de la disfonía. Este es el caso de lesiones consideradas congénitas: quiste epidérmico, sulcus de cuerda vocal, vergeture [5] [6].

Un caso aparte es la papilomatosis laríngea recurrente, enfermedad vírica de difícil tratamiento, causada por el papiloma virus, que requiere tratamiento quirúrgico para su resolución y que se acompaña de disfonía severa, evolutiva y altamente invalidante [7].

2.3. Parálisis o paresias por neuritis

Hay que recordar que en alguna ocasión la disfonía de causa viral puede verse acompañada de afectación de la movilidad laríngea – parálisis o paresia – como consecuencia de una neuritis vírica, que se caracteriza por una pérdida

de timbre e intensidad, con voz muy soplada, y que el paciente relata de presentación abrupta.

En estos casos, dada la incapacidad que genera, la exploración laríngea es prioritaria para establecer el diagnóstico e iniciar la rehabilitación vocal que se ha demostrado eficaz en la mejora del pronóstico de recuperación [4]. Sin embargo, cabe tener en cuenta que la recuperación puede ser lenta y compleja.

La afectación de la movilidad laríngea también puede ser secundaria a cirugía de cabeza y cuello, tumores de cuello y mediastino, problemas vasculares como aneurismas y enfermedad neurológica.

La disfonía crónica presenta una multiplicidad de causas cuyo origen es muy variado. En la Tabla 1 se exponen las más relevantes.

Tabla 1. Causas más relevantes de la disfonía crónica

ENFERMEDAD NEUROLÓGICA	Parkinson, ELA, MG, EM, disfonía espástica.
INFLAMACIÓN / LESIÓN / IRRITANTES	Traumas por intubación, afección de las vías altas, lesión del nervio recurrente post cirugía, (torácica, tiroidea, cervical) inhalación de irritantes.
NEOPLASIA Y LESIÓN PRENEOPLÁSICA	Displasia laríngea, carcinoma laríngeo, papilomatosis laríngea.
MEDICAMENTOS	Principalmente corticoides inhalados.
OTRAS	Lesiones benignas de cuerdas vocales.
	Psicógena.
	Cicatrices post cirugía de cuerdas vocales.

3.- FACTORES DE RIESGO DE LA DISFONÍA

En el siguiente apartado se identifican y se desarrollan los distintos factores de riesgo y se desarrollan los más habituales. La Tabla 2 recoge una síntesis de todos ellos.

Tabla 2. Factores de riesgo

Vinculados a la profesión	FÍSICOS	Ruido (contaminación acústica). Condiciones de temperatura. Condiciones higrométricas. Ventilación: Calidad del aire interior.
	QUÍMICOS	Presencia de partículas de polvo respirables: tiza, sulfato, carbonato cálcico o de otros agentes por contaminación atmosférica. Exposición a agentes químicos: humos desodadura, vapores orgánicos, cloro, etc...
	BIOLÓGICOS	Contacto con agentes biológicos: bacterias parásitos etc...[9].
Psicoemocionales	Alta reactividad al estrés. Personalidad tipo: neuroticismo e introversión. Condiciones psicosociales de uso vocal: generadoras de estrés.	
Medicamentosos	Corticoides inhalados. Broncodilatadores. Otros (con menor incidencia): antidepresivos, diuréticos, antihistamínicos.	
Hábitos tóxicos	Alcohol. Tabaco.	

Mal uso y abuso vocal	Esfuerzo sobre postura respiración y resonadores.
Antecedentes clínicos	Intervenciones quirúrgicas con intubación. Intervenciones de cabeza y cuello.
Patología sistémica	Hipotiroidismo. Alergia. Reflujo faringolaríngeo. Artritis: afectación de la articulación cricoaritenoides.

3.1 La profesión como factor de riesgo

Determinadas profesiones exigen un tiempo de uso y, a menudo, intensidad vocal que pueden comportar un mecanismo de esfuerzo para compensar las dificultades vibratorias de las cuerdas vocales, fruto de la sequedad del epitelio y ligero edema compensatorio inicial [10] [11]. Cuando este mecanismo se mantiene largo tiempo, puede dar lugar a disfonía y lesiones de cuerdas vocales de origen funcional (nódulos, pólipos, edemas, quiste de retención mucosa).

Así mismo, profesiones que comportan un riesgo de abuso y mal uso vocal llevan asociados factores de estrés que aumentan el riesgo de disfonía. Este es el caso de los docentes [12]. Roy y Bless definieron la personalidad neurótica e introvertida como un factor de riesgo para el desarrollo de disfonía crónica [13].

Las profesiones a que nos referimos están representadas en los siguientes colectivos:

- Docentes.
- Cantantes.

- Actores.
- Teleoperadores.
- Monitores deportivos, de animación o de tiempo libre.

Una profesión de riesgo vocal comporta una atención prioritaria de la disfonía, por el hándicap laboral que genera y su impacto social.

3.2 El reflujo faringolaríngeo como factor de riesgo

El reflujo faringolaríngeo (RFL) se define como el paso retrogrado del contenido del estómago hacia la faringe y la laringe de manera que el contenido gástrico contacta con la vía aerodigestiva alta. Se diferencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en que en esta última el contenido del estómago se dirige únicamente hacia el esófago. Ambas entidades son muy prevalentes [14].

Los síntomas más frecuentes de RFL son la sensación de cuerpo extraño faríngeo, necesidad persistente de aclarar la garganta, tos y disfonía crónica. La disfonía suele fluctuar en el tiempo, siendo más marcada durante la mañana y mejorando a lo largo del día.

Una de las dificultades en el diagnóstico del RFL es que en muchas ocasiones hay una falta de correlación entre los síntomas, los hallazgos en la exploración faringolaríngea y la pHmetría a nivel hipofaríngeo [15].

Belafsky et al. [16] desarrollaron un cuestionario breve de 9 ítems (Reflux Symptom Index [RSI]) para evaluar los síntomas en pacientes con reflujo. La puntuación de cada ítem oscila entre 0 (sin problema) y 5 (problema severo), siendo

la puntuación máxima de 45 (Tabla 3). El cuestionario ha mostrado una alta reproducibilidad y validez para el diagnóstico de reflujo cuando el sumatorio resultante es >13, valor a partir del que se considera patológico. El RSI se encuentra elevado en pacientes con reflujo y se ha mostrado sensible al cambio tras la instauración de tratamiento.

Tabla 3. Índice de la sintomatología del reflujo¹

Durante el mes pasado ¿cómo le afectaron los siguientes problemas?							
1	Disfonía u otro problema con su voz	0	1	2	3	4	5
2	Carraspea	0	1	2	3	4	5
3	Presencia de moco excesivo en su garganta o goteo retrorinal	0	1	2	3	4	5
4	Dificultad para deglutir alimentos líquidos o pastillas	0	1	2	3	4	5
5	Tos después de comer o acostarse	0	1	2	3	4	5
6	Sensación de ahogo o atrancamiento	0	1	2	3	4	5
7	Tos ocasional o en accesos	0	1	2	3	4	5
8	Sensación de taco o una aguja en su garganta	0	1	2	3	4	5
9	Quemadura retroesternal, dolor en el pecho, indigestión, agrieras	0	1	2	3	4	5

3.3 El tabaco y el alcohol como factor de riesgo

El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante para el cáncer de cabeza y cuello (incluyendo cáncer de laringe e hipofaringe). El riesgo de padecer estos cánceres es mucho mayor en los fumadores que en las personas que no fuman, produciéndose un efecto sinérgico cuando se incluye el hábito enólico.

¹ Adaptada de Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. "Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). J Voice 2002; 16: 274-77.

[Escala: 0=no molesto; 5=problema severo / muy molesto].

El cáncer de faringolaringe y la laringitis crónica son causas de disfonía crónica y requieren atención médica inmediata. El diagnóstico de las lesiones premalignas y del cáncer de laringe se realiza mediante laringoscopia. El diagnóstico temprano constituye el principal factor de curación. La mayor parte de cánceres de faringolaringe se dan a partir de los 45-50 años, en pacientes que son grandes fumadores y bebedores. Se manifiestan como una disfonía persistente (>2-4 semanas) sin relación con un cuadro infeccioso de vías altas. Por ello, ante un paciente que presenta una disfonía progresiva, y más si es fumador y/o bebedor, la derivación al otorrinolaringólogo para la realización de una laringoscopia diagnóstica debe ser siempre preferente.

Otros síntomas de cáncer de faringolaringe son la presencia de una adenopatía cervical patológica, la odinofagia y dificultad para tragar sólidos y líquidos, la hemoptisis, la disnea y la presencia de otalgia refleja durante la deglución [17][18][19][20][21].

3.4 La alergia como factor de riesgo

La disfonía es una alteración frecuente en los pacientes que padecen asma o laringitis alérgica. Suele ser consecuencia de alteraciones aerodinámicas (afectación pulmonar), modificaciones a nivel laríngeo (inflamación y edema), o en algunos casos secundarias al propio tratamiento (corticoides inhalados, antihistamínicos). El fenómeno patológico más importante es la inflamación y el espasmo.

La tos y la disnea son, junto a la disfonía, los síntomas más frecuentes. En la edad infantil, la laringitis de causa alérgica se manifiesta como laringitis espástica (falso crup) o con la presencia de edemas fusiformes. En el adulto alérgico la

disfonía es menos prevalente, y muchas veces la alteración de la voz se relaciona con la toma de medicación corticoidea inhalada [22][23]. La exploración laringoestroboscópica permite distinguir, en estos pacientes, si se trata de un edema de las cuerdas vocales, una laringitis por cándida o una miopatía farmacológica.

3.5 El mal uso y el abuso de la voz como factor de riesgo

El mal uso vocal se comprende como una incoordinación de los diferentes aspectos que permiten una fonación eficiente: respiración, vibración laríngea y resonadores. Sugerimos a continuación algunos aspectos evidentes que el clínico puede observar durante la visita y que nos remiten a una posible lesión de origen funcional.

Sin embargo, una buena evaluación del comportamiento fonatorio será realizada por el logopeda o médico foniatra:

- Postura: proyección cervical en fonación. Rotación interna de escápulas.
- Respiración: bucal, ruidosa, superficial.
- Resonadores: voz rasposa, contraída, débil, nasal.

La evidencia de un mal uso vocal, unido a otros aspectos de la anamnesis, abogaría por la derivación a reeducación vocal.

4.- LA HISTORIA CLÍNICA

Ante una disfonía crónica hay que valorar la posibilidad de una afectación neoplásica de la laringe [24]. Para ello hay que indagar sobre el abuso de tabaco y/o alcohol, pérdida de peso, hemoptisis, odinofagia y otalgia.

La historia clínica (ver Cuadro 1) permite centrar el cuestionario en las preguntas que pueden darnos más información para valorar la posible etiología de la disfonía.

Cuadro 1. Cuestionario breve para valorar la posible etiología

1. Profesión y uso vocal: ¿Cuántas horas al día utiliza su voz de forma profesional?
¿En qué contexto (ruido, sequedad, etc.)?
2. Desde cuándo inicio.
3. ¿Su voz mejora con el descanso vocal? (vacaciones, fines de semana).
4. Consumo de tabaco y alcohol.
5. Medicación habitual.
6. Alergias.
7. Signos de reflujo laringoesofágico: escala de Belafsky.
8. Nivel de estrés actual, ansiedad.
9. Cirugías e intubaciones recientes.
10. Enfermedad tiroidea/cirugía tiroidea.
11. Síntomas neurológicos (ELA, MG...).

Podemos valorar la severidad de la disfonía crónica perceptivamente. En general, tanto una voz casi áfona como muy rasposa sugiere la probabilidad de una lesión orgánica que requeriría una exploración laríngea preferente.

El VHI10 (Voice Handicap Index), validado en español (ver

Tabla 4), permite una valoración subjetiva por parte del paciente del hándicap vocal que su disfonía genera. En caso de profesiones de uso vocal importante, será un buen indicador para valorar la necesidad de una baja laboral con reposo vocal [25]. Un valor igual o superior a 11 es considerado como patológico [26].

Tabla 4. Índice de discapacidad de la voz

Voice Handicap Index					
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 en la voz?	0	1	2	3	4

5.- LA NECESIDAD DE LA EXPLORACIÓN LARÍNGEA

En el ámbito de la Medicina primaria o del trabajo la exploración laríngea no está al alcance del clínico de forma inmediata. Esto comporta que la sintomatología y la historia clínica, así como el conocimiento de las necesidades vocales del paciente, sean de gran importancia para poder hacer una primera propuesta de tratamiento.

La laringoscopia laríngea aporta información sustancial sobre la existencia de lesiones de masa de las cuerdas vocales, especialmente en el borde libre. Sin embargo, es menos eficaz en el diagnóstico de lesiones intracordales, sulcus de cuerdas vocales y “vergetures” en las que el movimiento vibratorio, no apreciable por laringoscopia, presenta irregularidades que pueden percibirse con la ayuda de la laringoestroboscopia y que pueden abocar a un diagnóstico más preciso. Así mismo aporta una importante información en estadios iniciales de lesiones neoplásicas que no se evidencian en la laringoscopia laríngea [27] [28] [29].

La Sociedad Europea de Laringe (ELS) propone el uso de la laringoestroboscopia para mejorar el diagnóstico lesional y aconseja un estudio de voz – características acústicas y aerodinámicas – para poder llegar a un diagnóstico multifactorial y a una propuesta de tratamiento más eficaz [30].

Por el contrario, no se aconseja realizar pruebas de imagen (resonancia magnética, tomografía axial computerizada) si no existe exploración previa de la laringe que indique su necesidad [14][31].

En casos de profesiones de riesgo y ante el fracaso de un primer tratamiento sintomático de la disfonía, se aconseja derivación para estudio de voz que incluya laringoestroboscopia o, en su defecto, laringoscopia.

6.- TRATAMIENTO DE LA DISFONÍA CRÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA DE FAMILIA O DE LA MEDICINA DEL TRABAJO

El abordaje de la disfonía crónica supone intervenir en las causas subyacentes incluyendo tratamiento farmacológico si se precisa, medidas de higiene vocal, reeducación vocal, reposo vocal y derivación al médico foniatra u otorrinolaringólogo para valoración más completa.

Una vez descartada la posibilidad de enfermedad neoplásica, que debe derivarse con urgencia al otorrinolaringólogo, el tratamiento de la disfonía crónica o de larga evolución debe abordarse en función también de las necesidades vocales del paciente para que su resolución sea lo más rápida posible, especialmente en casos en que hay una repercusión clara en el entorno laboral.

Mientras que la disfonía aguda, en un contexto infeccioso de vías altas, se resuelve generalmente con reposo, tratamiento sintomático e hidratación, en pocos casos la disfonía crónica se resuelve con tratamiento médico.

6.1 Tratamiento del reflujo faringolaríngeo

En los pacientes con disfonía crónica y signos o síntomas claros de reflujo y cuando la historia clínica pone en evidencia

la existencia de reflujo faringolaríngeo, se recomienda la instauración de tratamiento antiácido y de medidas de higiene – posturales y dietéticas. Se desaconseja hacerlo si estos signos o síntomas no son evidentes [32].

Existe evidencia científica del beneficio de la prescripción de tratamiento anti-reflujo acompañado o no de rehabilitación vocal o cirugía en pacientes con disfonía crónica con signos o síntomas de reflujo gastroesofágico [29].

Por otra parte, un reciente meta-análisis que evalúa estudios con alta evidencia científica del periodo 1999-2015 concluye que los cambios subjetivos (evaluados mediante cuestionarios) y objetivos (evaluados mediante análisis acústicos) en la voz constituyen un parámetro adecuado para valorar la eficacia del tratamiento anti-reflujo [33].

No existe evidencia científica para prescribir medicamentos anti-reflujo en pacientes con disfonía crónica, sin signos o síntomas de reflujo gastroesofágico [14].

6.2 Tratamiento de la alergia

Cuando se diagnostica una causa específica de la disfonía crónica, tal como la alergia o el asma, la instauración de tratamiento específico puede mejorar la sintomatología.

En general, la prescripción de corticoides sistémicos o inhalados para el tratamiento de la disfonía aguda o crónica debe evitarse, dado el potencial riesgo de efectos secundarios. Debe recordarse que los efectos secundarios de los corticoides suelen ocurrir tras largos periodos de tratamiento, pero también tras pautas de administración corta. Múltiples artículos indican que los corticoides inhalados son causa de disfonía, especialmente la fluticasona [22] [23].

Por ello, no se recomienda la prescripción rutinaria de corticoides orales para la disfonía crónica, indicándose solamente en aquellos casos en que los beneficios son superiores a los efectos secundarios. La literatura avala el uso de corticoides sistémicos en el caso de laringitis estridulosa de repetición, en el asma severo y en caso de compromiso respiratorio por inflamación en enfermedades autoinmunes. También hay evidencia de que los corticoides orales pueden mejorar rápidamente la disfonía en episodios de reagudización alérgica en cantantes y actores, pudiendo recomendarse puntualmente en situaciones específicas [34] [35] [36].

Si la disfonía no se resuelve con el tratamiento de los síntomas (ver Algoritmo), una exploración laringoscópica y, en la medida de lo posible, un estudio de voz multidisciplinar se ha mostrado como el método más efectivo para esclarecer la existencia de un trastorno de voz y su etiología, generalmente multifactorial. Esta exploración debería ser realizada por un equipo de especialistas en voz (otorrinolaringólogo - médico foniatra y logopeda especializado) [37].

6.3 Reeducción vocal

La reeducación vocal se ha mostrado eficaz como tratamiento de los aspectos funcionales-mal uso y abuso vocal-concomitantes a la disfonía, a través de la modificación del comportamiento fonatorio, destinado a disminuir el fonotrauma laríngeo. Esta eficacia se ha puesto de manifiesto tanto en casos de disfonía funcional y lesiones de origen funcional, como para compensar los aspectos funcionales de mal uso que se han desarrollado para compensar una dificultad vibratoria [27] [38].

La reeducación vocal como instrumento terapéutico deberá ser realizada por un logopeda experto en patología vocal que tendrá en cuenta la etiología de la disfonía, su mecanismo de producción-patogenia y las características personales y emocionales del paciente, así como otros problemas de salud añadidos. Deberá evaluar al paciente y en consecuencia elegir los objetivos y las técnicas específicas de terapia vocal [39] [40] [41].

Esta reeducación podrá incluir medidas de higiene vocal tales como mantener una buena hidratación y un buen descanso, evitar irritantes como el tabaco o el alcohol, evitar ambientes secos o cambios de temperatura bruscos y evitar un uso prolongado de la voz en situaciones de labilidad laríngea [42]. También podrán elegirse enfoques sintomáticos que se dirigen a modificar básicamente el tono, la intensidad y la calidad vocal y/o enfoques fisiológicos que buscan el reequilibrio a nivel postural, fono-respiratorio y de resonancias. En la mayoría de casos, el tratamiento consiste en la combinación de varios de los aspectos mencionados.

Si es necesaria una fonocirugía, la reeducación pre y post-quirúrgica puede acortar el tiempo de recuperación postquirúrgico, permitiendo un retorno más rápido al trabajo y una mayor flexibilidad del tejido cicatricial.

7.- ALGORITMO PARA LA VALORACIÓN Y ABORDAJE DE LA DISFONÍA CRÓNICA

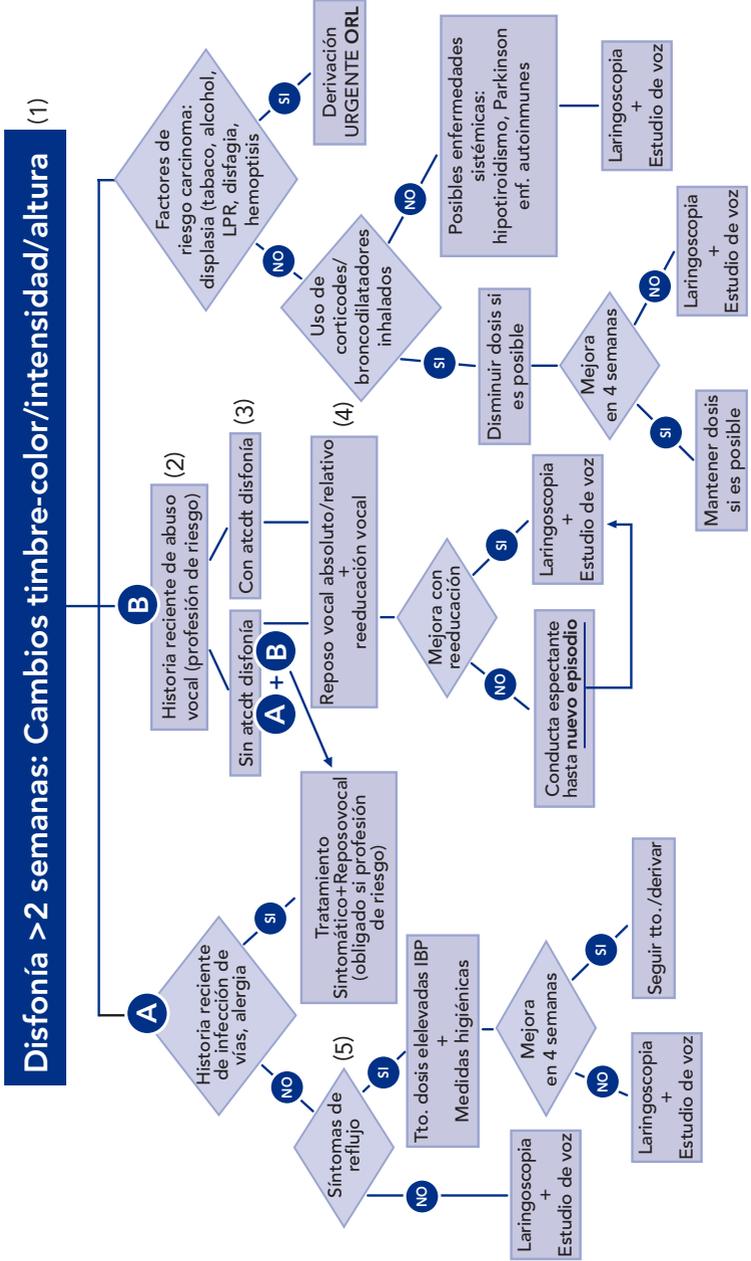
En el Diccionario Enciclopédico de Medicina² un algoritmo es un procedimiento algebraico que consiste en una secuencia ordenada de etapas en las que cada una de ellas depende del resultado de la anterior. En base a lo expuesto en esta Guía, resulta imprescindible acompañarla con un algoritmo (ver Figura 1) que facilite la toma de decisiones respecto a la disfonía crónica.

A modo de orientación se han incluido en dicha Figura 1 algunas referencias de recordatorio de la parte de este documento, así como las referencias bibliográficas, para ampliar las decisiones que se vayan tomando. A continuación, se detalla cada una de ellas:

- (1) Definición de disfonía crónica: apartado 1, página 9.
- (2) Factores de riesgo profesionales: apartado 3.1, página 15.
- (3) Criterios para la baja laboral: apartado 4, página 21.
- (4) Eficacia de la reeducación vocal en la disfonía funcional: apartado 6.3, páginas 26 y 27.
- (5) Signos de reflujo: apartado 3.2, páginas 15 y 16.

² Diccionari enciclopèdic de medicina. Diversos autores. Ediciones La Galera (Ref. 9788441204744).

Figura 1. Algoritmo para la valoración y abordaje de la disfonía crónica



8.- RECOMENDACIONES

En la Tabla 5 se incluyen recomendaciones, a favor o en contra, con su nivel de evidencia y la bibliografía básica que las sustenta.

Tabla 5. Recomendaciones relacionadas con su nivel de evidencia y las referencias bibliográficas

	NIVEL DE EVIDENCIA	REFERENCIAS
El tratamiento con corticoides está claramente contraindicado en disfonía crónica.	B. Moderada evidencia en contra. Nula relación coste/beneficio.	[22][23]
El tratamiento con antibióticos está claramente contraindicado en disfonía crónica.	A. Recomendación en contra. Nula relación coste/beneficio. Efectos secundarios.	[43][44]
La derivación a la exploración laríngea y estudio de voz se muestra como el método más eficiente para un buen diagnóstico.	B. Moderada evidencia a favor.	[27] Cochrane review [28][29]
La laringoscopia mejora el diagnóstico lesional respecto a la laringoscopia o la fibroscopia.	B. Moderada evidencia a favor.	[27][28][29]
Se aconseja reeducación vocal en pacientes que presenten disfonía funcional- fonotrauma.	B. Moderada evidencia a favor.	[39] Cochrane review
Recomendación de derivación preferente a ORL en fumadores y/o bebedores importantes >45 años con disfonía persistente (>2-4 semanas).	A. Evidencia a favor.	[17][18][19][20][21]

<p>El tratamiento del reflujo laringoesofágico (LRE) está indicado en casos de síntomas de reflujo unidos a la disfonía, unido a medidas de higiene y posturales y dietéticas.</p>	<p>A. Evidencia a favor.</p>	<p>[14] [29] Cochrane review</p>
<p>Se desaconseja indicar pruebas de imagen si no existe exploración laríngea que lo indique como necesario.</p>	<p>B. Moderada. Recomendación en contra.</p>	<p>[14] [31]</p>

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Titze IR, Lemke J, Montequin D. Populations in the U.S. workforce who rely on voice as a primary tool of trade: a preliminary report. *J Voice*. 1997 Sept; 11(3): p. 254-9.
- [2] Rumbach AF. Vocal Problems of Group Fitness Instructors: Prevalence of Self-reported Sensory and Auditory-Perceptual Voice Symptoms and the Need for Preventative Education and Training. *J Voice*. 2007; 27(4): p. 11-21.
- [3] Giannini SP, Latorre Mdo R, Fischer FM. Teachers' Voice Disorders and Loss of Work Ability: A Case-Control Study. *Journal of Voice*. 2014 December; 29(2): p. 209-217.
- [4] Schindler A, Bottero A, Capaccio G. Vocal Improvement After Voice Therapy in Unilateral Vocal Fold Paralysis. *J Voice*. 2008; 22(1): p. 113-118.
- [5] Dikkers FG, Nikkels PG.. Benign lesions of the vocal folds: histopathology and phonotrauma. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1995; 104: p. 698-703.
- [6] Giovanni A. Sulcus vocalis: a review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007 Jan; 264(4): p. 337-44.
- [7] Tjon Pian GI RE, Ilmarinen T, van den Heuvel E, Aaltonen LM. Safety of intralesional cidofovir in patients with recurrent respiratory papillomatosis: an international

- retrospective study on 635 RRP patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013 May; 270(5): p. 679–1687.
- [8] Feierabend R, Malik S. Hoarseness in adults. *American Family Physicians*. 2009 august; 80(4): p. 363-360.
- [9] Estudio de los factores de riesgo predictivos relacionados con la seguridad y la salud de los trabajadores docentes. Federación Estatal de Enseñanza de CCOO. 2009.
- [10] Williams NR. Occupational groups at risk of voice disorders: A review of the literature. *Occupational Medicine*. 2003: p. 456-460.
- [11] Bermúdez de Alvear RM, Barón FJ, Martínez-Arquero AG. School teachers' vocal use, risk factors, and voice disorder prevalence: Guidelines to detect teachers with current voice problems. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 2011; 63(4): p. 209-215.
- [12] Gassull C, Casanova C, Botey Q, Amador M. The impact of the reactivity to stress in teachers with voice problems. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 2010: p. 35-39.
- [13] Roy N, Bless DM, Heisey D. Personality and Voice Disorders. *Journal of Speech Language and Hearing Research*. 2000; 43: p. 749.
- [14] Stemple J, Willing P, Cowley T, alt e. Clinical Practice Guidline: Horseness (Dysphonia). *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2009; 141.
- [15] Campagnolo AM, Priston J, Thoen RH, Medeiros T, Assunção AR. Laryngopharyngeal reflux: diagnosis, treatment, and latest research. A review. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2014 Apr; 18(2): p. 184-95.

- [16] Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice*. 2002; 16: p. 274-277.
- [17] Surgery. AAoOaN. [En línea]. Disponible en: <http://www.entnet.org/content/voice-box-laryngeal-cancer>.
- [18] Society. AC. [En línea]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/>.
- [19] SEORL Rdvae. [En línea]. Disponible en: <http://seorl.net/category/pacientes/>.
- [20] ENT U. [En línea]. Disponible en: <https://www.entuk.org/head-and-neck-cancer>.
- [21] Association BL. [En línea].; 2015. Disponible en: <http://www.britishlaryngological.org/patient-information/hoarse-voice>.
- [22] Gallivan GJ, Gallivan KH, Gallivan HK. Inhaled corticosteroids: hazardous effects on voice-an update. *J Voice*. 2007; 21: p. 101-111.
- [23] DelGaudio J. Steroid inhaler laryngitis: dysphonia caused by inhaled fluticasone therapy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002; 128(6): p. 677-881.
- [24] Syed I, Daniels E, Bleach NR. Hoarse voice in adults: An evidence-based approach to the 12 minute consultation. *Clinical Otolaryngology*. 2009; 34(1): p. 54-58.
- [25] Núñez-Batalla F, Corte-Santos P, Señaris-González B. et al Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI-30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. *Acta Otorrinolaringológica española*. 2007; 58(9): p. 386-392.

- [26] Arffa R, Krishna P, Gartner-Schmidt J, Rosen C. Normative Values for the Voice Handicap Index-10. *J Voice.*; 26(4): p. 462-465.
- [27] Ruotsalainen JH, Sellman J, Lehto L, Jauhiainen M, Verbeek JH. Interventions for treating functional dysphonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007; (3).
- [28] Sataloff RT, Spiegel JR, Hawkshaw MJ. Stroboscovideolaryngoscopy: results and clinical value. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1991; 100(9): p. 725-7.
- [29] Casiano RR, Zaveri V, Lundy D. Efficacy of videostroboscopy in the diagnosis of voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992; 107(1): p. 95-100.
- [30] Dejonckere P, Bradley P, Clemente P, Cornut G. A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2001; 258: p. 77-82.
- [31] Pretorius PM, Milford CA. Investigating the hoarse voice. *BMJ.* 2008; 337: p. 1165-1168.
- [32] Hopkins C, Yousaf U, Pedersen M. Acid reflux treatment for hoarseness. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006;(1).
- [33] Lechien Jr, Finck C, Costa de Araujo P, Huet K. Voice outcomes of laryngopharyngeal reflux treatment: a systematic review of 1483 patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016 Mar.
- [34] Jackson-Menaldi CA, Dzul AI, Holland RW. Allergies and vocal fold edema: a preliminary report. *J Voice.* 1999;(13): p. 113-22.

- [35] Alexander K.C. Leung AKC, Kellner JM, Johnson DW. Viral croup: a current perspective. *J Pediatr Health Care*. 2004;(18): p. 297-301.
- [36] Jackson-Menaldi CA, Dzul AI, Holland RW. Hidden respiratory allergies in voice users: treatment strategies. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2002; 27: p. 74-9.
- [37] Roy N, Barkmeier-Kraemer J, Eadie T, Preeti Sivasankar M. Evidence based clinical voice assessment: A systematic review. *American Journal of Speech Language pathology*. 2013; 22(2): p. 212-226.
- [38] Cohen SM, Garrett CG. Utility of voice therapy in the management of vocal fold polyps and cysts. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2007; 136(5): p. 742-746.
- [39] Ruotsalainen J, Sellman J, Lehto L, Verbeek J. Systematic review of the treatment of functional dysphonia and prevention of voice disorders. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008; 138(5): p. 557-565.
- [40] Leonard R, Kendall K. Effects of voice therapy on vocal process granuloma: a phonoscopic approach. *Am J Otolaryngol*. 2005; 26(2): p. 101-107.
- [41] Holmberg EB, Hillman RE, Hammarberg B, Södersten M, Doyle P. Efficacy of a behaviorally based voice therapy protocol for vocal nodules. *J Voice*. 2001; 15(3): p. 395-412.
- [42] Chan RW. Does the voice improve with vocal hygiene education? A study of some instrumental voice measures in a group of kindergarten. *J Voice*. 1994; 8(3): p. 279-291.
- [43] Reveiz L, Cardona AF, Ospina EG. Antibiotics for acute laryngitis in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;(2).

- [44] Schalén L, Eliasson I, Fex S, Kamme C, Schalén C. Erythromycin in acute laryngitis in adults. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1993; 102: p. 209-14.
- [45] Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, Rosenfeld RM et al. Clinical practice guideline: Hoarseness (Dysphonia). *YMHN.* 2009; 141(3): p. S1-S31.

