

Nuestra experiencia en disfonía musculotensional

Experience in musculotensional dysphonia

Paola Neumann M1, Beatriz Brunetto M1, Juan Luis Leiva B2, Mario Navarro G3,

Manuel Miranda U4, Juan Carlos Painepán P4.

Trabajo presentado en Reunión de la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología, Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. José J. Aguirre, 2000

1. Médico del Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. José J. Aguirre.
2. Interno VII año de Medicina, Hospital del Salvador.
3. Médico Magíster en Salud Pública
4. Fonoaudiólogo del Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Dr. José J. Aguirre.

RESUMEN

Se presentan las características otorrinolaringológicas, fonoaudiológicas y psicológicas, de la Disfonía Musculotensional (DMT). Se describe la experiencia de la Unidad de Voz del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en la atención de 120 pacientes con DMT, con distinto uso vocal: habitual, laboral y élite. Se analiza la patología médica asociada, siendo importante el hallazgo de tabaquismo y de reflujo gastroesofágico (RGE), la patología psicósomática y los antecedentes quirúrgicos en las cuerdas vocales. Se investigan los antecedentes psicológicos, destacando el hecho que un 12% de los pacientes requirió derivación a psiquiatría, como primera medida terapéutica. Se describe la evaluación laringoscópica y fonoaudiológica, los tipos de cierre cordales y la alteración morfológica de las cuerdas vocales. Se realiza un análisis descriptivo comparativo de la evaluación de la terapia fonoaudiológica en relación a la percepción subjetiva de bienestar vocal referida por el paciente y se concluye que ésta no tiene relación con la evaluación fonoaudiológica. Se analizan los objetivos del tratamiento fonoaudiológico y el cumplimiento de éstos. Se examina la utilidad del manejo de estos pacientes en un equipo multidisciplinario, compuesto por otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo, psiquiatra y psicólogo, y el rol de cada uno. Por último, se discute sobre la preponderancia de patología de las cuerdas vocales en pacientes con uso laboral de la voz, en relación con las condiciones actuales del ejercicio de su profesión

Palabras clave: disfonía musculotensional

SUMMARY

The ENT, phonoaudiologic and psychologic characteristics of Musculotensional Dysphonia (MTD) are presented. The experience of the Voice Unit at the ENT department of the Hospital Clínico de la Universidad de Chile is described. 120 patients with MTD are attended, with different vocal use (frequent, occupational and elite), each of these groups is analyzed according to their being carriers of simple MTD (40 patients) or MTD with pathology (80 patients). Among the patients with simple MTD, the patients with frequent use of the voice are predominant, while among those patients with pathological

MTD patients with occupational use of the voice are predominant. The associated medical pathology is analyzed and the finding of tobaccoism and gastro-esophageal reflux (GER), psychosomatic pathology and surgical case history in the vocal cords is considered important. The fact that 41% of the sample presents suggesting symptoms of GER stands out, which is correlated with the nasofibroscopy findings (posterior commissuritis 43%). The psychologic case history is also investigated, stressing that 12% of the patients require referral to psychiatry, as a first therapeutic procedure. The laryngoscopic and phonoaudiologic evaluation is described, types of cordal closure and morphologic alteration of the vocal cords. A comparative descriptive analysis of the evaluation of the phonoaudiologic therapy is performed regarding the subjective perception of vocal well-being referred by the patient by means of a telephonic survey. It is concluded that it has no relation to the phonoaudiologic evaluation. The assistance to phonoaudiologic treatment, according to the number of sessions is described for simple MTD as well as with pathology. The objectives of phonoaudiologic treatment and the compliance of them are analysed. The usefulness of the management of these patients in a multidisciplinary team, composed by an ENT specialist, phonoaudiologist, psychiatrist and psychologist, and the role of each one is discussed. And finally, the predominance of the vocal cords pathology in patients with occupational use of the voice in relation to the current conditions of their professional practice is discussed.

Key word: musculotensional dysphonia

INTRODUCCIÓN

Es evidente que los trastornos de la voz, que con frecuencia se denominan funcionales, se asocian con un uso muscular laríngeo inadecuado.

Los términos disfonía funcional, disfonía hipercinética, trastorno vocal por uso muscular inadecuado, disfonía por tensión muscular e isometría laríngea, se refieren todos a fenómenos en los que existe un desbalance de fuerzas musculares sinérgicas y antagónicas, cuya permanencia produce alteraciones orgánicas a nivel de la cuerda vocal.

La disfonía musculotensional (DMT) es una patología que se presenta generalmente en adultos jóvenes y de mediana edad, con abuso vocal y sometidos a estrés¹. Las características descritas por Morrison en 1986 fueron aumento de la tensión de la musculatura paralaríngea (visible y palpable) e intrínseca, incremento de la tensión suprahioidea, laringe en posición elevada, fonación en tensión, contractura simultánea de los músculos aductores y abductores, lo que lleva a la producción de un hiatus glótico posterior, aumento de la tensión de los músculos tiroaritenoides junto con una voz soplada y estridente, ataque glótico y cambios en la mucosa de las cuerdas vocales, como son los nódulos, laringitis crónica, pólipos, etc^{1,2}.

El prototipo de este grupo de pacientes es la aducción escapular con elevación de los hombros y la cabeza enterrada, retracción de la cabeza, con extensión o flexión asociada del cuello. Los pacientes frenan su impulso de gritar, cierran con fuerza la mandíbula, con una ligera protrusión de ella, contrayendo la musculatura temporomandibular. Hablan casi sin abrir la boca, con retracción lingual y uso mandibular reducido, junto con una postura inadecuada de la cabeza, cuello, hombros y aumento de la presión intratorácica durante la fonación².

La hipótesis fisiopatológica que explicaría la patología en la DMT sería un aumento de la tensión psíquica, por incapacidad para manejar situaciones estresantes, lo cual se expresa a través de la vía musculoesquelética, aumentando la tensión de la musculatura intrínseca de la laringe¹. Se ha encontrado,

a nivel de la submucosa de la cuerda vocal, terminaciones simpáticas y parasimpáticas al igual que neuropéptidos, lo que explica los cambios de tono a nivel de la musculatura laríngea intrínseca y extrínseca relacionados con los cambios psicológicos^{2,3}.

En condiciones normales, la contracción de los músculos cricoaritenoides lateral e interaritenoides, junto con la relajación simultánea del cricoaritenoides posterior, permiten la fonación, ocurriendo lo inverso durante la inspiración¹. En la DMT, durante la fonación, los músculos cricoaritenoides lateral e interaritenoides se contraen; sin embargo, el cricoaritenoides posterior no se relaja adecuadamente, lo que impide que los cartílagos aritenoides se medialicen para cerrar la glotis, y así compensar este espacio entre los cartílagos aritenoides. Como consecuencia el músculo tiroaritenoides debe tensarse más para lograr cierto contacto entre las cuerdas vocales hacia anterior, lo cual produce un espacio en la glotis posterior. Como es entendible, una fonación excesiva en una laringe tensa eventualmente va a producir cambios mucosos en las cuerdas vocales, que generalmente consisten en nódulos vocales, y menos frecuentemente, en eritema difuso, edema o degeneración polipoidea de las cuerdas¹.

Los pacientes con DMT poseen un perfil de personalidad característico, basado en un patrón de somatización, con un evento biográfico no resuelto. No tienen sucesos puntuales desencadenantes⁴. Son personalidades perfeccionistas y autoexigentes, que desestiman sus síntomas⁴⁻⁶, con insatisfacción en todo lo que emprenden, más un deseo desmesurado de autovaloración, que traduce como conflictiva la tendencia permanente a la subvaloración y frustración consecutiva⁴. No hay ostentación del trastorno ni uso manipulador de la disfonía^{4,6}. Tienen metas elevadas y un apremio íntimo por lograrlas. Presentan una actitud competitiva y un perfeccionismo obsesivo, con un uso y/o abuso del cuerpo para el logro de sus objetivos^{5,6}. Puede haber una reducción de la ansiedad, de las tensiones y de los conflictos psicológicos asociados a la aparición de la disfonía. El significado de la disfonía constituye para ellos un problema menor que el problema personal que los afecta^{2,5}. Según Morrison, deben exhibir una actitud general tensa y gran valoración de la función vocal, pudiendo o no presentar factores psicológicos identificables¹.

Queremos destacar que los trastornos somatomorfos (somatización) son desórdenes polisintomáticos que comienzan antes de los 30 años. Se extienden por un período de varios años y combinan un patrón de sintomatología dolorosa, gastrointestinal, sexual y pseudoneurológica⁶.

En cambio, los pacientes que presentan disfonía funcional o psicógena, presentan un patrón de conversión, también con un evento biográfico no resuelto, pero sus eventos biográficos son de carácter agudo, contrastando con los pacientes con DMT, quienes tienen una problemática más prolongada⁵. Son personalidades necesitadas de estimación, al igual que de apoyo afectivo, con autovaloración inestable, histriónicas y con bella indiferencia, tanto en la postura, como en la gesticulación y en la expresión facial⁴. La presencia de una personalidad histriónica es de alto riesgo para el paciente, ya que actúa como distractor en la labor diagnóstica del médico⁴. Exhiben rasgos de impulsividad, con tendencia a la pérdida del control, con defensas psicológicas inmaduras, que buscan una ganancia secundaria⁵. Muestran algún grado de ostentación de las molestias y sus limitaciones, pero acompañado de una falta de verdadera preocupación, sin manifestar urgencia en solucionar el síntoma⁴. Presentan síntomas equivalentes depresivos, ya que estos pacientes no expresan verbalmente su enojo, sus ganas de gritar o de llorar. Tienen alteraciones de ajuste y trastornos afectivos del tipo de la distimia depresiva². También poseen síntomas hipocondríacos, ya que son pacientes muy preocupados de su producción vocal, hecho que adquiere especial relevancia en los profesionales de la voz, quienes relatan con gran preciosismo todos los síntomas. Generalmente son personalidades con rasgos obsesivos, inseguros y ansiosos con

tendencia a hipervigilar sus funciones orgánicas². Al referirse a su problemática afectiva específica, acentúan sus rasgos vocales patológicos, presentando pruebas vocales con voz de intensidad susurrada y casi inaudible⁴. El tratamiento en estos casos es predominantemente psiquiátrico, pero este factor psicógeno determina, con frecuencia, el abandono precoz del tratamiento y los intentos repetidos de éste^{4,5,7}.

OBJETIVOS

Nuestros objetivos fueron:

1. Describir la experiencia del equipo de Unidad de Voz, en la atención de pacientes portadores de DMT.
2. Describir las características de los pacientes incluidos en este estudio.
3. Describir y comparar las características y evolución de la DMT en tres grupos de uso vocal: habitual, laboral y élite.
4. Realizar un análisis descriptivo comparativo de la evaluación de la terapia fonoaudiológica en relación a la percepción subjetiva de bienestar vocal referido por el paciente, a través de una encuesta telefónica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se definió la DMT como un trastorno vocal caracterizado por elevación laríngea, aumento de la tensión de la musculatura suprahióidea y paralaríngea, aumento de la tensión de la musculatura intrínseca laríngea, presencia de un hiatus glótico posterior, ataque glótico duro, estridencia, junto con alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas.

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de 120 fichas de pacientes con DMT tratados en la Unidad de Voz, el cual es un equipo multidisciplinario con experiencia en el manejo de trastornos de la voz, compuesto por un otorrinolaringólogo y dos fonoaudiólogos.

Todos los pacientes fueron tratados por este equipo y filmados durante su evaluación y controles posteriores.

Para cada paciente se completó un protocolo especialmente diseñado, que comprendía antecedentes generales, uso vocal, antecedentes médicos, quirúrgicos y psiquiátricos, junto con un examen otorrinolaringológico y nasofibroscópico completo, con énfasis en la glotis, en cuanto a su motilidad, morfología, tonicidad y tipo de cierre cordal (hiatus) y una evaluación de la voz.

En la evaluación fonoaudiológica se consignó el tono suprahióideo, la tensión laríngea, la intensidad, el tiempo máximo fonatorio, la coordinación fonorespiratoria, la emisión, altura tonal, altura laríngea en fonación, resonancia y el mordiente.

La muestra se dividió en tres grupos según su uso vocal:

1. Habitual: pacientes con uso común de la voz, por ejemplo, dueña de casa.
2. Laboral: pacientes que requieren utilizar la voz como medio importante para el desempeño de su campo laboral, como son los profesores, vendedores, abogados y médicos

3. Elite: pacientes con técnica vocal y una percepción y valoración diferente del síntoma, como son los cantantes y actores.

Se analizó separadamente en cada uno de estos tres grupos a los pacientes portadores de DMT simple o tipo I, que eran aquellos con mucosa de las cuerdas vocales indemnes, pero con acortamiento del diámetro anteroposterior, hiperaducción de bandas y hiatus fonatorio posterior o longitudinal, y a los pacientes con DMT con patología o tipo II, que eran aquellos con lesiones de mucosa cordal atribuibles a un abuso y/o mal uso vocal (nódulos, laringitis crónica, pólipo, edema de Reinke, etc)¹ (Figuras 1 a 5).

El seguimiento telefónico realizado comprendía preguntas sobre las condiciones actuales de la voz, la presencia de síntomas vocales y la utilidad del tratamiento fonoaudiológico.

Como método estadístico se aplicó el cálculo de intervalos de confianza, con límites de confianza de 95 y 99%, según la variable analizada.

RESULTADOS

Nuestra casuística estaba compuesta por 120 pacientes vistos en el policlínico de la Unidad de Voz.

En la Tabla 1 se observan las características etarias (promedio y rango de edad), según los tres distintos grupos de uso vocal.

Se observó un claro predominio de la presencia de mujeres (89%) con respecto a los hombres (11%) ($p < 0,01$). En la Figura 6 se observa la distribución por sexo según el grupo de uso vocal.

En cuanto a la patología médica asociada se hizo hincapié en la presencia del reflujo gastroesofágico (RGE), tabaquismo, alergias respiratorias, asma, uso de inhaladores por vía oral e hipoacusia. En relación a las patologías asociadas sólo fueron importantes los hallazgos de tabaquismo, siendo éste de un 28%, 41% y 42%, en los grupos habitual, laboral y élite, respectivamente. La presencia de reflujo gastroesofágico también fue destacable, siendo de un 53% en el grupo de uso vocal habitual, de un 31% en el laboral y de un 38% en el élite (Figura 7).

Se describe la existencia de una hiperactividad del sistema nervioso autónomo o voluntario en individuos excitables y ansiosos, lo que se traduce en abuso de los músculos voluntarios con hipertonia muscular generalizada². Por lo anterior, nos interesó la presencia de patología psicósomática asociada⁴, como son las parestesias y algias cervicales, síndrome ulceroso y/o gastritis y colon irritable. Los resultados se presentan en la Figura 8, destacando que en el grupo de uso habitual de la voz existía un predominio de parestesias cervicales y en el grupo élite de colon irritable.

En relación a los antecedentes quirúrgicos, fue importante el antecedente de cirugía en las cuerdas vocales, siendo éste de 6% en el grupo habitual, de 8% en el grupo laboral y de 0% en el grupo élite. Lo anterior resultó ser estadísticamente significativo al comparar el grupo habitual con el laboral, y ambos con el grupo élite ($p < 0,05$) (Figura 9).

En cuanto a los antecedentes psicopatológicos, destacaba la presencia de nerviosismo, ansiedad, rasgos depresivos en los pacientes, estrés, crisis de pánico, trastornos de adaptación, disfunciones familiares, personalidades tipo A, bulimia, alcoholismo y drogadicción. Cabe destacar que estos tres últimos estaban presentes en una paciente al mismo tiempo. Algunas de estas alteraciones estaba (n) presente (s) en el 60% de los pacientes con uso vocal habitual, en el 43% de los con uso vocal laboral y en el 65% de los con uso vocal élite. Queremos destacar que un 12% del total de nuestros pacientes requirió derivación a

psiquiatría como primera medida terapéutica (Figura 10).

El examen otorrinolaringológico general fue normal en los tres grupos de uso vocal. En el examen nasofibrosópico coexistían características comunes del grupo como por ejemplo, trabajo de bandas (42%), hipertonía (57%), cierres cordales alterados (82%), inflamación de las cuerdas vocales (37%), edema de las cuerdas vocales (25%) y comisura posterior congestiva, engrosada o con secreciones (62%).

En cuanto al tipo de cierre cordal vemos en la Figura 11 el claro predominio de los hiatus posteriores (41%), en reloj de arena (20%) y longitudinales (18%).

En relación a la morfología de las cuerdas vocales, se encontraron nódulos vocales en un 27% de los casos, pólipos en un 12% y edema de Reinke en un 5%. También pudimos observar la presencia de sulcus cordales, quistes submucosos, hemorragias submucosas y laringitis crónicas. Había pacientes que presentaban lesiones combinadas, por ejemplo, nódulos asociados a otra alteración de la morfología. En total, 72 de los 120 pacientes presentaban alguna alteración en la morfología de sus cuerdas vocales.

En la evaluación fonoaudiológica destacaban la presencia de hipertonía suprahioidea (66%), hipertonía laríngea (68%), laringe elevada en fonación (50%), alteración de la coordinación fonorespiratoria (52%), voz disfónica (62%) y alteración en la resonancia laríngea (43%). Cabe destacar que ningún paciente presentaba voz áfona.

De los 120 pacientes, 40 cumplían con las características de DMT tipo I y 80 lo hacían respecto a las DMT tipo II.

Al analizar el grupo de pacientes DMT tipo I respecto a su uso vocal, existía en este grupo un predominio de pacientes con uso habitual de su voz; en cambio, en los pacientes con DMT tipo II se encontró un predominio de pacientes con uso laboral ($p < 0,01$) (Figura 12).

En relación a los diagnósticos agregados, un 41% de los pacientes refería síntomas sugerentes de RGE, lo que se correlacionaba con los hallazgos a la nasofibroscopía, ya que un 43% presentaba comisuritis posterior. Esto sugiere una elevada asertividad de los pacientes en relación a sus síntomas.

Cuarenta y cuatro pacientes tenían antecedentes de tabaquismo, sin embargo sólo en 5% se encontraron hallazgos sugerentes de laringitis tabáquica.

En relación a la asistencia al tratamiento fonoaudiológico, ésta fue dividida en 1 a 5 sesiones, 6 a 14, más de 15 sesiones, y la no asistencia. Los pacientes con DMT tipo I asistieron en forma homogénea a 1 a 5 sesiones, 6 a 14, más de 15, igual que los que no asistieron. Por el contrario, los pacientes con DMT tipo II en su mayoría asistieron a más de 15 sesiones de tratamiento fonoaudiológico (Figura 13).

Los pacientes con DMT tipo I tuvieron en un 100% de ellos indicación de tratamiento fonoaudiológico, con una asistencia global de un 83%, siendo ésta completa en el 58% e incompleta en el 23%. Por otra parte, sólo el 90% de los pacientes con DMT tipo II tuvo indicación inicial de tratamiento fonoaudiológico, con una asistencia global de un 88% (61% completa y 25% incompleta).

En cuanto al tratamiento fonoaudiológico, los objetivos de éste fueron que el paciente adquiriera la capacidad de controlar y manejar eficientemente las situaciones de estrés que afectaban su voz y que desarrollara una técnica vocal que le permitiera regular su voz de manera eficiente según las necesidades individuales.

Sin embargo, no todos los pacientes pudieron cumplir con estos objetivos, ya que de los que tenían asistencia completa al tratamiento lo hicieron en un 70% (DMT tipo I) y en un 66% (DMT tipo II). En los pacientes con asistencia incompleta al tratamiento fonoaudiológico existía una diferencia estadísticamente significativa al comparar los pacientes con DMT tipo I que lograron los objetivos del tratamiento (29%), con los pacientes con DMT tipo II, que sólo lograron cumplir con los objetivos del tratamiento en un 7% ($p < 0,01$).

Cabe destacar que el porcentaje de eficacia de la encuesta telefónica fue sólo de un 51% en los pacientes con DMT tipo I y de un 53% en los pacientes con DMT tipo II. Dentro de muchas otras preguntas realizadas a los pacientes, nos interesó saber si habían tenido nuevos episodios de disfonía y si percibían su voz alterada. Se correlacionó cada una de ellas según si los pacientes habían tenido tratamiento completo, incompleto o no habían asistido a éste, tanto para los pacientes con DMT tipo I y tipo II (Tabla 2 y 3). Destacamos que no existía relación entre estos antecedentes, ya que por ejemplo, en los pacientes con DMT tipo I los que no asistieron al tratamiento tuvieron en un 83% uno o más episodios de disfonía; sin embargo, sólo 50% percibía su voz como alterada. De los pacientes que completaron el tratamiento, un 56% presentó uno o más episodios de disfonía, aunque sólo un 43% percibía su voz como alterada. Discordancias similares ocurren con los pacientes con DMT tipo II, lo que se hace evidente al observar la Tabla 3.

Lo anterior nos habla de que no existe correlación entre la evaluación fonoaudiológica (realizada por el fonoaudiólogo) y la autoevaluación realizada por los pacientes a través de la encuesta telefónica.

A pesar de lo anterior, un 80% de los pacientes encuestados refería que el tratamiento fonoaudiológico le había sido útil, en términos de tener un mejor entendimiento del proceso, gracias a la realización de ejercicios de relajación de cuello, ejercicios de respiración y la aplicación de éstos en crisis, buscar el tono adecuado para hablar, mejorar la técnica vocal y realizar impostación de la voz.

DISCUSIÓN

Está claro que estos pacientes presentan conflictos no resueltos en sus vidas, lo que les aumenta su grado de estrés, el cual canalizan a través de su sistema fonatorio. Estos pacientes requieren ser manejados por un equipo multidisciplinario, que incluya, otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo y por supuesto, a un psicólogo y/o psiquiatra⁶.

Trabajos anteriores han señalado que aproximadamente un 25% de los pacientes consultantes por patología vocal tienen, como elemento asociado relevante, un factor psicológico mal definido que obstaculiza el enfrentamiento diagnóstico y terapéutico^{5,6}. Por lo tanto, el considerar al síntoma vocal como el problema principal, no hace más que desviar la atención del clínico hacia una de las consecuencias posibles y no hacia la causa del mismo⁶.

El rol del otorrinolaringólogo fundamentalmente es: (a) efectuar una evaluación otorrinolaringológica con énfasis en el sistema respiratorio, resonancial y vocal, (b) explicar al paciente la dinámica vocal: el porqué los músculos deben ser relajados, y porqué están tensos. Cómo afecta el estrés y cómo actúan los gatillantes orgánicos (inflamación, reflujo, cigarrillo, etc.), (c) indicar el tratamiento fonoaudiológico y explicar los objetivos de la terapia vocal y cómo ésta puede enseñar a relajar los músculos fonatorios, corregir los defectos posturales y el abuso muscular, (d) promover la catarsis, pudiendo, en ciertos casos, efectuar psicoterapias de apoyo o derivar a evaluación psiquiátrico-psicológica, según las condiciones del paciente².

El rol del fonaudiólogo es: (a) realizar la evaluación vocal, (b) lograr un manejo básico, por parte del paciente, de la anatomía y fisiología fonatorias, (c) manejar algunos aspectos del estrés y desarrollar técnicas de relajación general y segmentaria, para así corregir posturas inadecuadas, (d) identificar y aislar conductas vocales abusivas y desarrollar un programa de higiene vocal, controlando el tiempo y uso de la fonación, (e) aplicación de diversos procedimientos terapéuticos vocales con el objeto de reducir la disfonía, la lesión anatómica (cuando corresponda) y la adquisición de la técnica vocal. Esta considera el control integral de los parámetros relacionados con la tonicidad, la respiración y la fonación, desarrollándose la percepción de las sensaciones sensoriales, en especial la auditivo-vocal y las sensaciones propioceptivo-vocales, grabando cassettes y/o videos del paciente para documentar sus progresos, (f) desarrollar programas de seguimiento para controlar, modificar o reforzar las cualidades vocales, posterior al alta de la terapia vocal².

En el tratamiento fonoaudiológico, evidentemente, lo primero que debe hacerse es enseñarle a los pacientes a manejar su estrés, buscar nuevas soluciones para sus problemas, y tomar decisiones frente a otros. Conjuntamente con lo anterior se debe enseñar técnicas de relajación general y segmentaria, indicar reposo vocal e identificar conductas vocales traumáticas, saber conducir el tiempo de uso de la voz y manejar su técnica vocal.

El programa de tratamiento fonoaudiológico, y los objetivos de éste, va a depender de los trastornos de base, pero también del grado de compromiso de las cualidades vocales, de la edad del paciente, de su actividad, nivel socioeconómico y cultural, y de sus rasgos de personalidad.

Por lo anterior, existen objetivos y logros ideales a cumplir por los pacientes, pero no nos debemos olvidar que, generalmente, estos pacientes alcanzan sólo los objetivos reales, con logros parciales de la terapia. Es por esto que el concepto de alta está referido a las cualidades individuales de cada sujeto.

El psiquiatra y/o psicólogo son integrantes fundamentales del equipo. Sin embargo, se sugiere que la derivación a salud mental deba hacerse de manera indirecta y no confrontacional, idealmente en el contexto de un trabajo en equipo⁶. El hecho que formen parte de éste tiende a favorecer la aceptación del paciente por este tipo de evaluación y terapia. Idealmente, deben estar familiarizados con la patología vocal. El psiquiatra interviene cuando: (a) existen evidencias de trastornos conductuales o del ánimo, (b) hay factores predisponentes, como son la actitud hipocondríaca o la tendencia a la somatización, (c) coinciden factores estresantes psicológicos o eventos vitales con el cuadro de disfonía, en el que el conflicto no se ha solucionado, (d) se asocia distrés psicológico a la patología orgánica de las cuerdas vocales, (e) el paciente experimenta ansiedad acerca de la producción de su voz y (f) si el paciente solicita ser referido al psiquiatra².

La emisión vocal se halla íntimamente ligada a estímulos ambientales, factores individuales y el contexto laboral y social en que el síntoma aparece. Se ha planteado que esta emisión estaría, incluso, ligada a la personalidad de cada individuo, lo cual explica la dificultad de modificar externamente esta característica en períodos intercríticos. Se ha observado alteraciones del tono y el porcentaje de energía vocal que se emite en bandas de frecuencia útiles para la comunicación en pacientes maníaco depresivos en función de su estado clínico^{6,8}.

CONCLUSIONES

La DMT es una patología de consulta frecuente en nuestra Unidad de Voz y que, especialmente, afecta a las mujeres.

Sin embargo, no existe claridad concreta y objetiva respecto a los términos clínicos DMT y Disfonía Funcional. El diferenciarlas correctamente ayudará a enfocar mejor el objetivo del tratamiento.

El factor psicológico y emocional sigue siendo de gran relevancia. A pesar de todos los esfuerzos, todavía no logramos un manejo adecuado de esta patología, lo que explica la persistencia de factores de tensión autoevaluados por el paciente.

El reflujo gastroesofágico, con compromiso faringolaríngeo, está presente en un 42% de la muestra; por lo tanto, éste requiere un adecuado manejo para disminuir los factores coadyuvantes en la alta frecuencia de recidiva que presentan estos pacientes.

De la encuesta telefónica se puede concluir que los pacientes no perciben la diferencia de bienestar vocal, comparando a quienes realizan tratamiento fonoaudiológico completo e incompleto.

Esto puede ser atribuido a que en las primeras sesiones del tratamiento fonoaudiológico se intenta manejar el estrés y que el paciente proceda a identificar los factores que le provocan trastorno vocal. Muchos pacientes, al precisar estos factores, abandonan el tratamiento, teniendo ya gran parte de su conflicto resuelto.

La diferencia en cuanto al éxito del tratamiento sí es apreciada al realizar la evaluación fonoaudiológica, comparando a los pacientes que asisten en forma completa respecto a los que asisten en forma incompleta ($p < 0,01$).

En relación a la evaluación fonoaudiológica, el 66% de los pacientes tenía hipertonía suprahióidea y el 68% hipertonía laríngea. El 16% de los pacientes poseía parestesias y algias cervicales. De lo anterior se infiere que los pacientes no lograrían identificar la elevada tensión musculoesquelética que manifiestan.

La terapia fonoaudiológica permite al paciente identificar conductas de abuso vocal y de estrés, lo que les entrega un arma para transformar, en la mayoría de los casos, su cuadro de disfonía constante, en un cuadro de disfonías episódicas, según la aplicación o no, de lo aprendido en la terapia.

Existe un franco predominio de patología en los pacientes que usan la voz en forma laboral respecto a los otros grupos. De hecho, aquellas personas que utilizan su voz como herramienta de trabajo constituyen un grupo de riesgo, destacando los profesores⁹. Esto apoyaría la decisión de entrenar a este grupo con una técnica vocal adecuada, y con un buen manejo de la asertividad para solucionar sus conflictos, no bastando que el diagnóstico de disfonía esté catalogado dentro de la legislación vigente como enfermedad profesional^{9,10}. Se ha visto que alrededor de un 20% de estos pacientes abandona el tratamiento en Salud Mental, quizá por las dificultades para asistir a los controles. Estas derivarían de las condiciones laborales, incidiendo tanto las restricciones por parte del empleador para ausentarse, como los rasgos de hiperresponsabilidad que impulsan a los pacientes a no abandonar sus actividades docentes⁹. Es más, se ha visto que las variables directamente relacionadas con el uso de la voz, como son años de ejercicio profesional y duración de la jornada laboral, no inciden en la evolución ni en el tratamiento; sin embargo, los pacientes que abandonan el tratamiento en Salud Mental tardan más tiempo en el contacto inicial con el Servicio de Otorrinolaringología, en comparación con el resto de los pacientes⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. MORRISON M, NICHOL H, RAMMAGE L Y COLS. Diagnostic criteria in functional dysphonia.

Laryngoscope 1986; 94: 1-8.

2. BRUNETTO B, MAHALUF J, OYARZÚN R Y COLS. Una perspectiva psicológico - funcional en la descripción de las disfonías. Revista Hosp. Clínico Universidad de Chile 1992; 2 (4): 158-63.
3. BASTERRA J, DILLY PP, MARTORELL MA. The anatomic innervation of the human vocal cord: Neuropeptides. Laryngoscope 1989; 99: 293-6.
4. BRUNETTO B, OYARZÚN R, MAHALUF J Y COLS. Enfoque multidisciplinario de disfonías histéricas. Rev otorrinolaringol cir cab-cue 1992; 52 (1): 23-30.
5. BRUNETTO B, OYARZÚN R, MAHALUF J Y COLS. Somatización y conversión en pacientes disfónicos. Rev otorrinolaringol cir cab-cue 1989; 50: 35-41.
6. KOPPMANN A, ORNSTEIN C, BRUNETTO B. Enfermedad psicósomática y trastorno vocal. Rev otorrinolaringol cir cab-cue 1998; 58 (1): 37-43.
7. OYARZÚN R, BRUNETTO B, MELLA L Y COLS. Experiencia clínica de un equipo otorrinolaringofonoaudiológico. Rev otorrinolaringol cir cab-cue 1983; 43: 58-64.
8. GARCÍA M, SAIZ J, TALAVERA J. Cambios en la voz de una paciente bipolar en función de su estado clínico. Psiquiatría Biológica 1996; 3 (1): 32-3.
9. CARVAJAL C, SANTIS R, SOTO M Y COLS. Disfonía funcional: variables clínicas y terapéuticas. Rev otorrinolaringol cir cab-cue 1996; 56 (2): 67-72.
10. MUÑOZ P. Legislación chilena sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Rev. Ed. Univ., Art. 19, inc. 14; Art. 23, inc. 5.

Dirección: Paola Neumann M.

Monseñor Escribá de Balaguer 14243

Lo Barnechea, Santiago-Chile.

Figura 1. Nódulos vocales.

Figura 2. Laringitis crónica hiperplásica.

Figura 3. Pólipo en cuerda vocal derecha.

Figura 4. Quiste en cuerda vocal izquierda.

Figura 5. Edema de Reinke en estadio precoz.

Figura 6. Relación mujer:hombre según grupo de uso vocal (%).

Figura 7. Patología médica asociada (%).

Figura 8. Patología psicósomática asociada (%).

Figura 9. Antecedentes quirúrgicos (%).

Figura 10. Antecedentes psicopatológicos (%).

Figura 11. Tipo de cierre cordal (%).

Figura 12. Distribución de pacientes con DMT tipo I y II, según grupos de uso vocal.

Figura 13. Asistencia a tratamiento fonoaudiológico.

Tabla 1. Características etarias

de la casuística

Uso vocal	n	Promedio	Rango de edad
-----------	---	----------	---------------

Habitual	43	36,3 años	11 - 77 años
----------	----	-----------	--------------

Laboral	51	36,3 años	18 - 68 años
---------	----	-----------	--------------

Elite	28	27,9 años	18 - 50 años
-------	----	-----------	--------------

N: 120 pacientes

Promedio general: 33,5 años

p>0,05

Tabla 2. Encuesta telefónica de pacientes

con DMT tipo I

	Tratamiento completo	Tratamiento incompleto	Inasistencia
--	----------------------	------------------------	--------------

Episodios de	56%	33%	83%
--------------	-----	-----	-----

Disfonía

Voz alterada	43%	33%	50%
--------------	-----	-----	-----

% de eficacia: 51%

Tabla 3. Encuesta telefónica de pacientes

con DMT tipo II

	Tratamiento completo	Tratamiento incompleto	Inasistencia
--	----------------------	------------------------	--------------

Episodios de	43%	33%	50%
--------------	-----	-----	-----

Disfonía

Voz alterada	35%	66%	66%
--------------	-----	-----	-----

% de eficacia: 54%