



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

ACORDADA DE CMC PROTOCOLO PARA DISFONÍAS

Definición:

La disfonía es cualquier alteración que se produce en la emisión de la voz. En el ámbito no médico se la conoce como ronquera y afonía, por lo que el paciente refiere que tiene la "voz ronca" o que "está afónico".

- El listado de enfermedades profesionales Dto. 658/96 contempla como enfermedad profesional por sobre uso de la voz a Disfonía que se intensifica durante la jornada de trabajo y que recurre parcial o totalmente durante los periodos de reposo o vacaciones, sin compromiso anatómico de las cuerdas vocales.
- Disfonía persistente que no remite con el reposo y que se acompaña de edema de cuerdas vocales.
- Nódulos de las cuerdas vocales.

Lista de actividades donde se puede producir la exposición:

- Maestros o profesores de educación básica, media o universitaria.
- Actores profesionales, cantantes y otros trabajadores de las artes o espectáculos.
- Telefonistas

Clasificación de disfonías

La clasificación apropiada de la patología vocal es requerida por razones didácticas y también para asistir al clínico en el establecimiento de un diagnóstico primario. Las clasificaciones vocales tienen por objetivo determinar perfiles patognomónicos mucho más precisos que nos orientarán en nuestras decisiones pronósticas y terapéuticas. Unificar criterios nos permite a los profesionales vinculados al campo de la voz comunicarnos con códigos comunes, lo que a su vez redundará en el beneficio de los pacientes, por el desarrollo y evolución de las técnicas terapéuticas a implementarse.

La cantidad y complejidad de las interacciones entre los órganos participantes de la función fonatoria explican la susceptibilidad de la laringe a disturbios y enfermedades diversas (Milutinovic, 1996). Por otra parte, la exposición del tejido vocal por “sobredosis vibratoria” resulta en nódulos, pólipos, edemas crónicos, hemorragias vasculares y fatiga vocal (Titze, 2004).

Perelló (1973) realiza una revisión interesante de cómo fue evolucionando el criterio clasificatorio según los distintos autores y menciona la introducción del término fonostenia



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

en 1906 con Flatau y Gutzman. Más recientemente Behlau y Pontes (1995) repasan los autores que describen a las disfonías (Tarneau, 1955; Le Huche, 1982; Aronson, 1990, etc.).

La clasificación a la que se adhiere en la actualidad es la que considera a las disfonías agrupadas en tres tipos: funcionales, orgánicas y mixtas u orgánicofuncionales, siendo el criterio de clasificación el etiopatogénico:

Disfonías funcionales

Son las disfonías que no presentan alteración visible en el examen laringoscópico, generadas a partir del uso incorrecto y/o abuso de la voz, por lo que constituyen el mayor porcentaje de las disfonías que se derivan a foniatría ya que la modificación de los patrones de uso incorrectos constituye el principal accionar de un terapeuta vocal, en la búsqueda de la eufonía.

Behlau & Pontes (1995) mencionan tres mecanismos causales: uso vocal incorrecto, inadaptaciones vocales y alteraciones psicoemocionales.

Los diagnósticos otorrinolaringológicos frecuentes dentro del campo funcional son fonostenia, hiatus y fonación de bandas. También incluimos los trastornos mutacionales, las disfonías psicógenas y una subclasificación de todos estos cuadros en dos grupos considerando el factor tensional: las disfonías hiperfuncionales (más frecuentes) y las hipofuncionales (defecto de cierre, presbifonía y atrofia).

Los pacientes disfónicos que tienen una laringe estructuralmente normal y presentan un uso muscular inadecuado de ella y los que tienen varias causas que interactúan se definen mejor con la denominación de trastorno de la voz por uso muscular inadecuado.

Disfonías orgánicas

Son las disfonías generadas por una lesión en cuerdas vocales o en alguna parte de los sistemas intervinientes en la producción vocal, no relacionada con el uso de la voz. La lesión tiende a generar secundariamente un cambio en la función en forma compensatoria.

Las lesiones orgánicas que más llegan a consulta para terapia de voz son las parálisis recurrenciales, los surcos, las laringectomías parciales y totales, y por último las distonías laríngeas consideradas neurológicas y que merecen una consideración especial por el diagnóstico diferencial que debe establecerse con la disfonía tensional.

Dentro del grupo de disfonías orgánicas, algunas son congénitas (surco, diafragma laríngeo, quistes intracordales) y otras adquiridas (traumáticas, inflamatorias, neoplásicas, endocrinológicas, neurológicas y iatrogénicas); la etiología determinará el tratamiento a seguir, por ejemplo, en una disfonía por laringitis el tratamiento será medicamentoso.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

Disfonías mixtas

Son aquellas disfonías funcionales diagnosticadas tardíamente o no tratadas, por lo que la continuidad en el tiempo del mal uso de la voz predispone la aparición de lesiones.

Las lesiones mixtas frecuentes en la clínica diaria son los nódulos (también esbozos nodulares), los pólipos y los edemas cordales. También pertenecen a este grupo los pseudoquistes y los granulomas de contacto.

Disfonías funcionales	No presentan alteración visible al examen	Fonastenia Hiatus Fonación en bandas Trastornos nutricionales Disfonías psicógenas
-----------------------	---	--

Disfonías orgánicas	Generadas por lesión en cuerdas vocales o en alguno de los sistemas intervinientes en la producción vocal.	Parálisis recurrenciales Surcos Laringectomía parcial o total Disfonías neurológicas Congénitas Quistes intracordales Adquiridas traumáticas, infecciosas, neoplásicas, endocrinológicas, iatrogénicas.
---------------------	--	---

Disfonías mixtas	Son disfonías funcionales que diagnosticadas tardíamente o no tratadas predispone la aparición de lesiones	Esbozos nodulares Nódulos Pólipos Edema de Reinke Pseudoquistes Granulomas de contacto
------------------	--	---



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

Otra nomenclatura

Alteraciones estructurales mínimas

Se incluyen dentro de esta clasificación a una serie de variaciones anatómicas mínimas o pequeñas malformaciones que se encuentran sólo a nivel de cuerdas vocales (Behlau y Pontes, 1995):

- Asimetrías glóticas.
- Desproporciones glóticas.
- Alteraciones de la cubierta de la cuerda vocal: sulcus, quistes submucosos, disgenesias vasculares, puentes de mucosa, microdiafragmas laríngeos.

Los hallazgos de la historia clínica que deben hacer sospechar de la posibilidad de estas lesiones son (Olavarría y cols.,2004):

- Disfonías desde la infancia.
- Antecedentes de lesiones benignas recurrentes de las cuerdas vocales.
- Antecedentes de lesiones benignas de cuerdas vocales resistentes al tratamiento.

HIATUS

Es el diagnóstico más común dentro de las disfonías funcionales. Como el término lo indica se trata de un “hiato” o “gap” o “abertura” glótica, comúnmente en ojal o hiatus longitudinal al fonar.

Para una adecuada interpretación de lo previo es importante tener en cuenta la Ley de Talbot: el ojo humano sólo puede percibir hasta 5 imágenes por segundo y las cuerdas vocales vibran como mínimo en registro frito unas 60 c/seg.; por lo que existe la imposibilidad de visualizar las aperturas y los cierres mediante espejo de García o fibroscopía, por lo que el hiatus observado no tiene que ver con cuerdas vocales que no se cierran. Es decir que al haber una fase de apertura y una fase de cierre de las cuerdas vocales, que se efectúan de abajo hacia arriba y de atrás hacia delante, si la fase de cierre es más corta por incompetencia de coordinación entre voz y aire, el ojo humano percibe no cierre, lo que no significa un espacio real a cerrar, sino que existe una falta de coordinación perfecta entre voz y aire para que se equilibren las fases de cierre y apertura. Es importante entonces la comprensión de que el hiatus más que una patología es una imagen laríngea característica de disfonía funcional en la que lo más importante es evaluar el grado de hiperfunción o hipofunción. Sería más adecuado utilizar la terminología de disfonía funcional con imagen de hiatus y reservar el diagnóstico exclusivo de hiatus para los casos de <<no cierre real>> como en cuerdas vocales con patologías congénitas como sulcus, en atrofiadas de cuerdas vocales con pérdida de sustancia postcirugía, etc.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

Tipos de cierre glótico

Se pone en evidencia que estamos agrupando patologías según haya o no lesión cordal. Pero más allá de la existencia de lesión, también podemos encontrar diferentes tipos de cierre cordal:

Cierre glótico completo.

°Hiatus posterior: asociado habitualmente a uso muscular inadecuado.

La falla de cierre glótico especialmente posterior ha sido por mucho tiempo reconocida como una variante de normalidad (Peppard & Bless, 1991). Según Pinho (1998) hay un hiatus posterior grado I, que es el considerado fisiológico y que predomina en mujeres. Corresponde a una inadaptación fónica; y hay un hiatus posterior grado II, que correspondería al uso muscular inadecuado, siendo fisiológico en la voz cuchicheada.

Hiatus anterior: generalmente debido a un defecto estructural (ej.: sulcus).

Hiatus anteroposterior (en reloj de arena): asociado a nódulos bilaterales.

Hiatus triangular: glotis en abducción. En disfonías psicógenas, en cuadros neurológicos, como miastenia gravis, y en voz susurrada.

Hiatus longitudinal (en ojal): por procesos congénitos como sulcus, neurógenos, psicógenos, iatrogénicos, uso muscular inadecuado o envejecimiento.

Abertura irregular: asociada a bordes irregulares, cicatrices o lesiones de cuerdas vocales.

La fonastenia es la entidad nosológica producto de una asinergia funcional fonatoria, que puede ocurrir en uno o más niveles del sistema fonador y que se traduce entre otros síntomas por **cansancio vocal y disfonía**. Cuando esta entidad se manifiesta exclusiva o predominantemente a nivel de la voz hablada, el cuadro se denomina “resastenia”. Cuando esta manifestación se produce a nivel de la voz cantada se denomina “disodia”. Cuando el cuadro se encuentra representado por una voz de mando deficitaria, se denomina “klesastenia”.

Examen laringoscópico: se observan tres variedades:

- 1- imagen laríngea normal.
- 2- Cierre glótico incompleto con hiatus posterior.
- 3- Con hiatus longitudinal.

BOWING

Es el arqueamiento de la cuerda vocal o forma global elíptica en fonación por falla de adecuación de la tensión anteroposterior de cuerdas vocales, o por pérdida de masa de tejido. La porción membranosa (anterior) de la cuerda vocal está curvada al aducirse mientras que la porción intercartilaginosa (posterior) está aducida. Las causas de bowing son (Aronson, 1990):



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

1. Atrofia del músculo tiroaritenoides por denervación.
2. Quiebre bilateral del músculo cricotiroides por lesión del nervio laríngeo superior resultando en falla de elongación anteroposterior de cuerda vocal.
3. Pérdida de tejido en cuerda vocal añosa.
4. Lesiones iatrogénicas.
5. Idiopáticas.

No todos los bowing son orgánicos, también pueden verse en pacientes psicógenos. La disfonía asociada es con voz soplada o aireada, llegando en extremos a afonía. También puede observarse bowing en la disartria hipokinética de la enfermedad de Parkinson y en la disfonía flácida de la miastenia gravis

SURCO CORDAL

Es una depresión en la cuerda vocal localizada en la capa superficial de la lámina propia que corre paralela al borde libre. Crea un saco cuyo fondo se adhiere al ligamento vocal. Se lo considera un quiste epidermoide intracordal abierto por arriba. Cuando toma forma de canaleta dando a la cuerda un aspecto arqueado se lo llama “vergeture” o estría mayor (Cornut & Bouchayer, 1988). Puede ser uni o bilateral y variar de tamaño entre los dos pliegues.

Características vocales: son pacientes con voces tan peculiares (ya que el surco interrumpe la onda mucosa) que el clínico vocal entrenado puede inferir la presencia de surco al escucharlos: poseen una voz agudizada, timbre velado y pobreza en armónicos, características típicas de la rigidez mucosa (recordemos que la fibrosis da características similares al falsete). Se acompaña de fatiga vocal.

La rigidez de la cubierta se incrementa, mientras que la masa disminuye. Durante los ciclos vibratorios el cierre es incompleto. La amplitud de la excursión horizontal es reducida. La onda mucosa se interrumpe en la zona de surco (Hirano & Bless, 1993).

La severidad de la disfonía depende de la profundidad del surco y de que sea uni o bilateral (generalmente es bilateral). La extensión tonal se ve acortada con pocos tonos de registro modal e imposibilidad fonatoria en registro pulso.

Se diagnostica en respiración, ya que al fonar se observará hiatus (surco bilateral) o bowing de la cuerda con surco (arqueamiento). De tal forma cuando se escucha esa voz tan característica y el paciente dice que su disfonía es de toda la vida y que algún familiar habla similar (carácter congénito y hereditario), sospecharemos de la existencia de esta patología. Puede asociarse a otras anomalías y ser parte de un síndrome.

NÓDULOS

Los nódulos se describen como engrosamientos situados en la unión del tercio medio anterior con los dos tercios posteriores, zona central de la porción vibrátil de las cuerdas vocales y de mayor impacto durante la vibración. Predominan en mujeres. Se los suele llamar “nódulos en beso” por su aparición bilateral. Los de presentación aguda son lesiones



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

puntiformes, translúcidos y aspecto edematoso. Los nódulos crónicos son blanquecinos, fibróticos, de mayor tamaño.

Los síntomas son todos los de las disfonías funcionales: dolor, picazón, fatiga al hablar, extensión tonal desplazada (hacia graves) y acortada, pérdida de voz con el incremento del uso.

La distinción esencial entre los crónicos y los agudos se efectúa mediante la estroboscopia: los nódulos agudos acompañan a la onda mucosa en su progresión mientras que los fibróticos no lo hacen y la onda mucosa se ve disminuida (Hirano & Bless, 1993).

Se debe efectuar el diagnóstico diferencial con pólipos y quistes de pequeño tamaño, que generan una impronta en la cuerda contralateral, simulando una lesión bilateral.

La imagen laringoscópica mostrará acompañando al proceso nodular un estado de hipotonización cordal.

Laringoscópicamente se puede encontrar:

- *Esbozo nodular*: punto claro bilateral que no desaparece con la tos, en la unión del tercio anterior con el medio.
- *Nódulos Edematosos*: de reciente adquisición. Sobresalen del borde libre cordal.
- *Nódulos Fibrosos*: de larga data.
- *Nódulos Telangiectásicos*: los de gran neoformación vascular.

Le Huche (Tomo 2, 1994) habla de distinguir los nódulos de la “perla mucosa” refiriéndose a las secreciones laríngeas que suelen acumularse en el punto nodular. Si estas secreciones se adhieren con firmeza pueden confundirse con un nódulo; debe pedírsele al paciente que carraspee hasta observar el borde libre rectilíneo.

Como la causa principal de aparición de los nódulos es la fonotraumática, el grado de severidad de la disfonía dependerá del nivel de mal uso/abuso vocal y no de la lesión en sí. De tal forma podemos encontrar pacientes con nódulos sin alteración mayor de la calidad vocal (suele ocurrir en pacientes con técnica vocal, locutores, cantantes), y pacientes con voces muy disfónicas y nódulos pequeñísimos. Según la severidad de la disfonía indicaremos reposo parcial de voz (en especial de la voz profesional), las medidas higiénicas correspondientes según el cuadro, e iniciaremos terapia de voz tanto en los nódulos agudos como en los crónicos.

POLIPOS

Los pólipos aparecen en forma unilateral en el mismo lugar que los nódulos o próximos a la comisura anterior. Predominan en hombres. Tienen apariencia angiomatosa y pueden presentarse con base amplia, son los pólipos sésiles, o con un pedículo de implantación, llamándoselos pólipos pediculados.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

La estroboscopia muestra asimetría vibratoria, con amplitud disminuida en ambas cuerdas pero más marcada en la cuerda lesionada (Hirano & Bless, 1993). La voz puede ser, además de ronca, diplofónica por la asimetría cordal.

El pólipo se asocia a abuso vocal crónico y a veces a tabaquismo. A diferencia del nódulo suele aparecer ante un intenso sobreesfuerzo vocal (ej.: gritos, alaridos). Si el pólipo es pediculado puede generar una disfonía intermitente según la movilidad que le otorga el pedículo: ubicado entre las cuerdas por momentos y bajo ellas en otros momentos. Si es muy grande puede ocasionar disnea.

QUISTES

Los quistes son unilaterales, de superficie lisa, ubicados en el centro de la porción vibrátil de la cuerda vocal. Pueden asentarse en la cara superior o en la inferior de la cuerda. Según Hirano & Bless (1993) la estroboscopia revela una vibración asimétrica, progresión de onda mucosa reducida en la cuerda de la lesión, y onda ausente en la zona del quiste por fijación de la cubierta.

En pacientes con disfonías severas que no remiten con las técnicas habituales, según la evaluación perceptual y acústica debe sospecharse de la presencia de algún quiste que pasó desapercibido al momento del examen laríngeo.

La voz es muy disfónica, con quiebres tonales y por momentos diplofónica.

La causa de la mayoría de los quistes adquiridos sería la retención de secreción por el bloqueo de un conducto excretor de una glándula mucosa, por lo que se los denomina quistes de retención. También pueden aparecer en forma posterior a una cirugía, siendo inclusiones epiteliales submucosas iatrógenas, llamándose quistes de inclusión.

FONACIÓN DE BANDAS

La disfonía ventricular o fonación de bandas es un diagnóstico habitual. Al igual que el hiatus, más que un diagnóstico en sí mismo se trata de una observación, y lo que cabe preguntarse es ¿qué pasa con las cuerdas vocales para que las bandas se aproximen?. En primer lugar debemos considerar que la aproximación de bandas no implica que la fuente de sonido sea la vibración de las mismas, sino más bien que su aproximación interfiere en la propagación de la onda sonora glótica, agregando mayor componente de ruido por agregado de fuente friccional a nivel de bandas. En segundo lugar debemos investigar mejor la posible etiología de esta conducta: en ocasiones las bandas avanzan para compensar la dificultad de cierre glótico por la presencia de un pólipo que no se detectó en el primer examen por ser pediculado y haberse ocultado bajo la cuerda vocal en fonación; suele avanzar más la banda del lado de la cuerda lesionada impidiendo la visión libre de esa cuerda. También puede tratarse de un quiste difícil de ver o de una parálisis cordal en posición media de tal forma que se observa cierre glótico y avance de bandas más pronunciado del lado de la parálisis.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

Cuando el diagnóstico de fonación ventricular no se relaciona con ninguna de las causas mencionadas, y se trata más bien de una hiperfunción laríngea, debiéndose evaluar en qué grado está afectada la función vocal y la terapia tendrá por objetivo la modificación de signos y síntomas de alteración de la voz. Es decir, que el objetivo no será la retracción de las bandas, sino la mejoría de la función vocal. Consideremos como factor pronóstico que el incremento de la actividad ventricular es resistente al cambio. Suele ocurrir que algunos pacientes que poseen esta conducta hiperfuncional por años de uso de voz de mando, deciden concurrir a un control médico laríngeo por ser fumadores o como examen de rutina, pero no realizan la consulta por ningún síntoma vocal. Si se observa aproximación de bandas, no se trata de un “diagnóstico” por el que deba hacer una terapia de voz ya que la demanda del paciente es otra, y el objetivo de la terapia en este caso, si se efectuara, sería la modificación sintomática que podría acarrear indirectamente el cambio del patrón muscular fonatorio.

Dicho en otras palabras, recibe terapia de voz toda persona que presente síntomas de alteraciones de la voz, y no toda persona que presente algún cambio estructural o funcional laríngeo.

Los síntomas que pueden presentarse son: frecuencia fundamental muy descendida cercana al frito, ronquera, reducida en intensidad y diplofónica (un ejemplo típico de esta voz es la del artista Louis Armstrong).

HEMATOMA

Consiste en una lesión aguda uni o bilateral por sangrado de los vasos subepiteliales de la cuerda vocal, con acumulación de sangre en la capa superficial de la lámina propia. Es una rotura vascular relacionada a un traumatismo vocal agudo. Mediante estroboscopia se observa enlentecimiento de onda mucosa por rigidez en la cuerda vocal, y asimetría de fase y amplitud (Hirano, Bless, 1993). Su aparición se asocia a abusos con sonidos intensos y agudos.

La recurrencia de hematomas de cuerda vocal puede llevar a la aparición de quiste hemorrágico. (Sataloff y cols., 1995).

En la clínica diaria consultan con este diagnóstico cantantes de música popular u ópera, que han realizado algún agudo forzado (a pesar de tener técnica) por fatiga vocal debido a horas de entrenamiento, o que se forzaron a cantar con un estado faringolaríngeo inflamatorio. Puede resolverse espontáneamente en un lapso de un mes y medio con reposo vocal y control de la lesión. No se realizará ningún ejercicio vocal hasta que el hematoma se reabsorba. Lo más difícil es lograr que tomen conciencia de la importancia de dejar de hablar y/o cantar. De hecho la lesión seguramente fue provocada por cantar o hablar más allá de los límites permitidos. Una vez reabsorbido el hematoma, el tratamiento será el de cualquier educación vocal, es decir, buen uso de voz y eliminación de abusos.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

EDEMA DE REINKE

Se lo conoce también como laringitis crónica hipertrófica edematosa o pseudomixomatosa, degeneración o corditis polipoidea, Fibromixoma o Poliposis bilateral difusa (García Tapia, 1996).

La etiología es desconocida, pero usualmente desarrollan edema los fumadores, e interviene el abuso vocal. La lesión suele ser bilateral pero asimétrica. Reinke en 1897 precisó la localización del edema, por lo que dio nombre al espacio en cuestión y a la patología (Le Huche, Tomo 2, 1994).

Puede producirse también por infección, reacción alérgica, sinusitis crónica con drenaje purulento y reflujo gastroesofágico (Colton & Casper, 1990).

La rigidez de la cubierta disminuye, mientras que su masa y la profundidad del borde vibratorio se incrementan. La hinchazón edematosa interfiere con los movimientos vibratorios de la cuerda contralateral. Durante la vibración la glotis se cierra por completo. Los movimientos cordales son asimétricos y aperiódicos. La amplitud de la excursión horizontal es menor, pero la onda mucosa es marcadamente grande (Hirano & Bless, 1993).

El principal síntoma es la disfonía, seguida de tos y carraspeo. La voz se agrava marcadamente, menos de 80 hz en hombres y menos de 108 hz en mujeres (García Tapia & Cobeta, 1996). Puede aparecer diplofonía según la asimetría de la lesión. En casos más severos el edema se interpone achicando el espacio glótico respiratorio, por lo que aparece disnea y posible estridor.

GRANULOMA

Existen granulomas de contacto, granulomas postintubación, granulomas postquirúrgicos y granulomas postinyección de teflón (García Tapia y Cobeta Marco, 1996).

El granuloma de contacto es una lesión sobreelevada con aspecto ulcerado que afecta una o ambas cuerdas vocales, con asiento en apófisis vocales de aritenoides. Se observa con frecuencia en forma de hembra-macho: una masa esférica sobre la apófisis vocal de un aritenoides y una lesión menor ulcerada en la apófisis opuesta, o bien puede tratarse sólo de una lesión ulcerada. La variación en la presentación depende del estadio de la lesión.

Según el aspecto de la lesión, se hará diagnóstico diferencial con tuberculosis o carcinoma.

Las cuerdas vocales están intactas por lo que la onda mucosa se halla conservada.

Se consideran factores etiológicos el abuso vocal, la hiperfunción y el reflujo gastroesofágico.

La voz es de tono agravado, acompañada de fatiga vocal, carraspeo, tos, dolor al hablar y sensación de cuerpo extraño.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

En base a lo expuesto previamente, se incluye la siguiente tabla, como guía para la evaluación de las disfonías y su eventual origen laboral.

Hiatus			
	Hiatus posterior grado II	Por uso muscular inadecuado	Corresponde su consideración como de origen laboral
	Hiatus anterior	Debido a defecto estructural	De origen inculpable
	Hiatus anteroposterior (reloj de arena)	Asociado a nódulos bilaterales	Corresponde su consideración como de origen laboral
	Hiatus triangular	Disfonía psicógena Cuadros neurológicos	De origen inculpable
	Hiatus longitudinal (en ojal)	Procesos congénitos Neurógenos Iatrogénicos Envejecimiento Uso muscular inadecuado	Solo se considerará como de origen laboral los producidos por uso muscular inadecuado
	Apertura irregular	Asociada a cicatrices	De origen inculpable
Bowing		Denervación del tiroaritenoides Lesión del nervio laríngeo Pérdida de tejido en cuerda vocal añosa Iatrogenia Idiopáticas	De origen inculpable
Surco cordal	Vergeture o estría mayor	Se lo considera un quiste epidermoide intracordal abierto hacia arriba	De origen inculpable
Nódulos		Engrosamientos situados en la unión del tercio medio anterior con los dos tercios posteriores	Corresponde su consideración como de origen laboral
Pólipos		Se asocian al abuso vocal y al tabaquismo, a	Corresponde su consideración



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

		diferencia del nódulo suele aparecer ante un intenso sobreesfuerzo vocal (gritos, alaridos)	como de origen laboral
Quistes	De retención	Retención de secreciones por bloqueo de un conducto excretor de una glándula mucosa	De origen inculpable
	De inclusión	Inclusiones epiteliales submucosas iatrogénicas	De origen inculpable
Fonación de bandas	Por pólipos subcordales	Pólipo pediculado no visible en primer examen	Corresponde su consideración como de origen laboral
	Por quistes subcordales	Quiste difícil de ver	De origen inculpable
	Parálisis cordal media	Se observa cierre glótico y avances de bandas más pronunciado del lado de la parálisis	De origen inculpable
	Por hiperfunción laríngea	Cuando la disfonía no se relaciona con ninguna de las causas mencionadas anteriormente	Corresponde su consideración como de origen laboral
Hematoma		Rotura vascular relacionada con un traumatismo vocal agudo. La recurrencia de hematomas de cuerda vocal puede llevar a la aparición de quiste hemorrágico	Corresponde su consideración como de origen laboral
Edema de reinke	También llamada: Laringitis crónica hipertrófica edematosa Laringitis pseudomixomatosa Degeneración o corditis polipoidea Fibromixoma Poliposis bilateral difusa	Infecciones Reacción alérgica Sinusitis crónica con drenaje purulento Reflujo gastroesofágico Tabaquismo mas abuso vocal	Solo será considerado su origen laboral cuando se hayan descartado el resto de las patologías enumeradas y exista abuso vocal.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

Granuloma		Por abuso vocal Por reflujo gastroesofágico Tuberculosis carcinoma	Corresponde su consideración como de origen laboral solo cuando su etiología sea por abuso vocal
------------------	--	---	--



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

TRATAMIENTO

Debe recibir terapia de la voz toda persona que presente síntomas de alteraciones de la voz, y no toda persona que presente algún cambio estructural o funcional laríngeo.

El tratamiento es siempre individual y guiado por un equipo interdisciplinario, formado por un especialista en otorrinolaringología y una fonoaudióloga entrenada en foniatría.

Para cada causa existe un tratamiento específico. Las herramientas terapéuticas que más se utilizan son:

- **Reposo vocal**
- **Rehabilitación foniatría o terapia de la voz**
- **Tratamiento quirúrgico endoscópico (microcirugía de laringe)**
- **Tratamiento antirreflujo**

Objetivos de la terapia de voz

Comprender la génesis de una disfonía funcional y de una disfonía orgánica nos permite plantear objetivos diferenciales:

Objetivos en una disfonía funcional

Los pacientes con disfonía funcional son los que reciben sistemáticamente tratamiento fonoaudiológico, las técnicas terapéuticas que se implementan se basan en la asunción de la preexistencia de uso de mecanismo vocal inapropiado y apuntan a la “eufonización”. Los objetivos son:

- Identificar y reeducar las acciones musculares que llevan al mal uso vocal.
- Identificar y corregir los patrones de conducta de abuso vocal, dentro de un programa de higiene de voz que contemple el contexto sociocultural del paciente y sus necesidades comunicacionales.
- Rehabilitar la función vocal dentro del marco sociocultural del paciente, luego de su reeducación dentro del marco de la sesión, es decir, automatizar lo aprendido para trasladarlo a la vida cotidiana.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

Objetivos en una disfonía orgánica

Se pretende mejorar la función vocal tanto como lo permita la lesión. El clínico vocal determinará en su evaluación:

- Cuánto de la alteración presente guarda relación directa con la lesión orgánica.
- Cuánto de la alteración presente aparece como acción compensatoria en el intento comunicacional.

Esta determinación permitirá el desarrollo de un programa terapéutico en el que se abordará:

- Toma de conciencia por parte del paciente de aquellos síntomas vinculados directamente a la lesión que no podrán ser modificados con terapia de voz. El reconocimiento de estos síntomas dependerá de la experiencia clínica del terapeuta.
- Selección dinámica de ejercicios que optimicen la función vocal, entendiendo por “selección dinámica” a una búsqueda de recursos que estará en permanente cambio y sujeta a la modificación, en la medida en que el abandono de lo compensatorio de lugar a una función mejorada que posibilite la comunicación. Dicho en otras palabras, algunas acciones compensatorias se abandonarán y otras serán reforzadas. La selección dinámica permitirá potenciar y/o anular compensaciones que trae el paciente, así como también crear nuevas compensaciones.

Objetivos en una disfonía orgánico-funcional

- Identificar y reeducar las acciones musculares que llevan al mal uso vocal.
- Identificar y corregir los patrones de conducta de abuso vocal, dentro de un programa de higiene de voz que contemple el contexto sociocultural del paciente y sus necesidades comunicacionales.
- En el caso de organicidad secundaria a la disfunción (ej.: nódulos), selección dinámica de ejercicios que lleven a la reabsorción de la lesión.
- En el caso de pacientes operados (ej.: pólipo, quiste), selección dinámica de ejercicios que lo lleven a la recuperación de la onda mucosa.
- Rehabilitar la función vocal dentro del marco sociocultural del paciente, una vez que fue reeducado dentro del marco de la sesión, es decir, automatizar lo aprendido para trasladarlo a la vida cotidiana.

Plan Terapéutico

El plan de terapia incluirá los objetivos, las técnicas seleccionadas, el tiempo estimado de tratamiento, reevaluaciones de control y el pronóstico.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

El tiempo estimado de terapia oscila entre dos meses (disfonías leves, una vez por semana, 8 a 10 sesiones) hasta los seis meses (disfonías moderadas a severas, una o dos veces por semana, 20 a 40 sesiones en total) pudiendo en los casos más complicados llegar hasta los ocho meses. Excedido dicho tiempo, muchos autores consideran que los patrones que no se modificaron en ese tiempo, no tienen posibilidad de cambio.

Entonces, llegado este momento, el equipo interdisciplinario (laringólogo, clínico vocal) instaurará un segundo programa, tal vez quirúrgico o terapia de la voz.

Tratamiento quirúrgico

Siempre la cirugía debe ser precedida por terapia de la voz, continuada por esta.

Generalmente la terapia de voz es suficiente en casos de nódulos cordales, mientras que los pólipos y quistes se operan. En el primer caso se observa a veces la remisión nodular y en otros casos la cualidad vocal mejora notablemente pero los nódulos permanecen, quizá más puntiagudos por la reducción del edema que los acompaña. La cirugía se indica si el paciente no está conforme con su rendimiento vocal. Es decir que en los casos de patología benigna la cirugía no depende de lo que se ve en cuerda vocal sino del grado de disfunción, por lo que se torna fundamental la toma de decisión terapéutica en equipo (orl-fono).

BIBLIOGRAFÍA

Patricia G Farías **Ejercicios para restaurar la función vocal** Ed. Akadia 2007, Argentina

Zubizarreta, Marcelo “**Clínica Foniátrica**” Editorial Ursino 1988, Argentina

Morrison, Murray y Rammage, Linda “**Tratamiento de los trastornos de la voz**” Editorial Masson 1996 España.



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

Procedimiento del médico de Comisiones Médicas

Se adoptan los criterios de exposición descriptos en la RES 37/10 SRT

Criterios de exposición al Riesgo

-Docentes

Está orientado a docentes con actividad frente al curso con una cantidad de horas igual o mayor al nivel de acción: DIECIOCHO (18) horas cátedra o TRECE horas y media (13.5) reloj por semana.

Para docentes que se desempeñen en diferentes Establecimientos (Público/Público; Público/Privado; Privado/Privado) a los fines del cómputo de horas cátedra – semanales DIECIOCHO (18) horas y TRECE horas y media (13,5) reloj por semana, se computará la suma total que trabajen en distintos Establecimientos.

Es de destacarse que en varias legislaciones provinciales se entiende al preceptor como miembro del equipo docente de la escuela con funciones específicas que varían con el nivel educacional de los institutos donde se desempeñan, por ello no se desvinculará la etiología ocupacional que eventualmente pueda padecer el trabajador sin la correspondiente anamnesis sobre las tareas que desempeña.

En todos los casos, el profesional Médico procederá al interrogatorio donde especificará: nivel educativo en donde desempeña tareas: ej. pre-primario, primario, secundario, terciario, universitario; antigüedad en la actividad/establecimiento y los aspectos técnicos del ambiente de trabajo; condiciones acústicas; ámbito físico (reverberación – ruido) ej.: tamaño del aula, material de su construcción, presencia de ruido externo, hábitos higiénicos dietéticos, antecedentes patológicos y quirúrgicos etc.

Otras profesiones contempladas en el Listado de enfermedades Profesionales

-Actores profesionales, cantantes y otros trabajadores de las artes o espectáculos.

-Telefonistas



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

Procedimiento ante la denuncia de una disfonía como enfermedad profesional

Establecida la relación causal laboral de la patología se procederá a indicar:

Realizar como mínimo una laringoscopia indirecta

Evaluación por equipo interdisciplinario formado como mínimo por un especialista en otorrinolaringología y fonoaudióloga entrenada en foniatría.

El equipo interdisciplinario establecerá por escrito en la historia clínica del paciente un plan de terapia que incluirá los objetivos, las técnicas seleccionadas, número y frecuencia de sesiones, el tiempo estimado de tratamiento, reevaluaciones de control y el pronóstico.

El reposo de la voz es parte integrante del tratamiento

La terapia siempre será individual.

Se entiende que para una disfonía leve, el mínimo de sesiones será de ocho, con una duración de 30 minutos cada sesión y con una frecuencia de dos sesiones semanales.

Cuando cumplido el tiempo de tratamiento, no se han alcanzado los objetivos terapéuticos, el equipo interdisciplinario deberá reformular el plan, lo que deberá efectuarse por escrito en la historia clínica del paciente.

Si bien la Resolución SRT 216/03, en su artículo 5 habilita que el proceso de recalificación Profesional podrá comenzar durante el período de Rehabilitación, según evaluación de los profesionales especializados intervinientes, en su art 1 especifica que dicho proceso se aplica al trabajador impedido, definiendo el mismo como a aquella persona que por causa de accidente de trabajo o por una enfermedad profesional está substancialmente impedida para realizar la tarea que efectuaba previo a dicho acontecimiento en las condiciones en las que la realizaba, entendemos que por ser las disfonías patologías que son pasibles de un



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Comisión Médica Central

tratamiento exitoso no deberá proponerse recalificación hasta tanto no haberse agotado el intento terapéutico.

Toda vez que se inicie un trámite por Divergencia en las prestaciones: la aseguradora deberá presentar la documentación que se describe en el punto anterior, de no hacerlo, la comisión deberá emplazar a la aseguradora a presentarlo. Si de la actuación de la comisión surgiera la necesidad de continuar con prestaciones o se determinara que las otorgadas por la aseguradora no son suficientes la comisión la indicará de la siguiente manera:

La aseguradora procederá a evaluar al damnificado por equipo interdisciplinario formado como mínimo por un especialista en otorrinolaringología y fonoaudióloga entrenada en foniatría.

El equipo interdisciplinario establecerá por escrito en la historia clínica del paciente un plan de terapia que incluirá los objetivos, las técnicas seleccionadas, número y frecuencia de sesiones, el tiempo estimado de tratamiento, reevaluaciones de control y el pronóstico.

El reposo de la voz es parte integrante del tratamiento

La terapia siempre será individual.

El mínimo de sesiones será de ..., con una duración de 30 minutos cada sesión y con una frecuencia de sesiones semanales.

Cuando cumplido el tiempo de tratamiento, no se han alcanzado los objetivos terapéuticos, el equipo interdisciplinario deberá reformular el plan, lo que deberá efectuarse por escrito en la historia clínica del paciente.

El proceso de recalificación quedará pospuesto hasta tanto finalice el tratamiento y se evalúe el resultado del mismo.

En los trámites por Divergencia en la incapacidad: siempre la aseguradora deberá presentar el plan terapéutico instrumentado en todas sus etapas.



*Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

Comisión Médica Central

Queda claro que el baremo otorga incapacidad solo por la función de la voz y no por la patología que afecte a las cuerdas vocales.

La comisión médica procederá a fijar incapacidad de acuerdo a baremo.

Al respecto el Baremo contempla:

Disfonía funcional irreversible	15%
Nódulos de las cuerdas vocales operados con secuelas irreversibles	20%

En cuanto a los factores de ponderación, fundamentalmente el factor recalificación laboral, debe tenerse en cuenta caso por caso.