

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Artículo de revisión

La palpación laríngea, una prueba diagnóstica que da mayor precisión a la exploración laríngea. Perfil vocal y objetivación de los factores Inflamatorios

Larynx palpation, a diagnostic test that provides greater precision to the laryngeal examination

Alfonso Borragán Torre*, Aurelio González Riancho**, María Borragán Salcines*, M. Ángeles Agudo Leguina*, M. José González Fernández*.

*Centro de Foniatría y Logopedia. Santander. España. **Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. España.
acborragan@gmail.com

Recibido: 22/06/2014

Aceptado: 29/06/2014

Publicado: 17/09/2014

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Borragán-Torre A, González-Riancho A, Borragán-Salcines M, Agudo-Leguina MA, González-Fernández MJ. La palpación laríngea, una prueba diagnóstica que da mayor precisión a la exploración laríngea. Perfil Vocal y objetivación de los Factores Inflamatorios. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2014 Sep. 5 (22): 179-185.

Texto correspondiente a la ponencia presentada en el XXII Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja (Burgos, 6 y 7 de junio de 2014)

| | |
|-----------------------|--|
| Resumen | <p>Introducción y objetivo: Los Factores Inflamatorios están en la base de una disfonía. Existen muchas lesiones en la laringe que producen disfonías y algunas de ellas son de diagnóstico difícil por el cuadro inflamatorio que las rodea (que originan enrojecimiento de la mucosa, escasa onda mucosa) o por ser de lesiones mínimas. Muchas de estas disfonías esconden un quiste intracordal, puente mucoso, sulcus cerrados no visibles. Una forma de constatar y descubrir esta patología es mediante la palpación laríngea.</p> <p>Material y método. Se medica al paciente 30 minutos antes de la exploración fibroendoscópica con 10 mg de Valium®. Se anestesia la región laríngea con instilaciones de Lidocaína 10% mientras el paciente realiza una fonación mantenida. Se utiliza un endoscopio con canal de trabajo, con un grosor de 5.3 mm. y un canal de 2.3 mm. A través del canal se hace pasar un palpador muy flexible de 1 mm de grosor. Con el palpador se buscan discontinuidades en la mucosa. Resultados: Se estudian 22 pacientes mediante palpación laríngea. Se descubren lesiones insospechadas como puentes mucosos y se confirman sospechas de quiste intracordal. Discusión: La palpación laríngea no es nueva ya que en la fonocirugía palpar las cuerdas vocales en el mismo acto quirúrgico, es la rutina. Sin embargo, creemos que realizar esta palpación bajo anestesia local y control fibroscópico, nos permitirá realizar un diagnóstico más preciso, y nos facilitará el poder decidir el procedimiento quirúrgico adecuado. El diagnóstico en lesiones poco claras es más fino cuando se usa una palpación fibroendoscópica. Conclusión: La palpación laríngea es una prueba diagnóstica que da mayor precisión a la exploración laríngea.</p> |
| Palabras clave | Fibroendoscopia, Fonocirugía, palpación, diagnóstico, patología laríngea |
| Summary | <p>Introduction and objective: Inflammatory factors are in the background of the most of the dysphonia. There are many lesions in the larynx that produce dysphonia and some of them are difficult to diagnose because the inflammation around them (which cause redness of the mucosa, reduce mucosal wave) or because of minimal injuries. Many of this dysphonia can be intracordal cyst that are hide, mucosal bridge, closed sulcus not visible. One way to find and discover this pathological problem is through the laryngeal palpation. Materials and methods. It is necessary to prescribe, 30 minutes before the fibro-endoscopy check-up, Valium® 10mg. Laryngeal anaesthesia with 10% lidocaine instillations while the patient produce a phonation. An endoscope with channel work, with a thickness of 5.3 mm is used. Through the channel poses a very flexible probe of 1 mm thickness. With the probe, we can discover discontinuities in the mucosa. Results: 22 patients were studied using laryngeal palpation. Unsuspected lesions as mucosal bridges and intracordal cyst are discover. Discussion: laryngeal palpation is not a new procedure because in phonosurgery the vocal cords are thought in the surgical procedure as a routine. However, we believe that making this procedure under local anaesthesia and fibroscopic control, allow us to make a more accurate diagnosis and provide us the power to decide the appropriate surgical procedure. The appropriate diagnosis in suspicious lesions is done when fibroendoscopic palpation is used. Conclusion: Laryngeal palpation is a diagnostic test that gives greater precision to the laryngeal examination.</p> |
| Keywords | Fibroendocopy, phonosurgery, palpation, diagnosis, laryngeal pathology |

1. Factores Inflamatorios en la base de una disfonía

La clínica diaria nos muestra que las disfonías están relacionadas de forma importante con factores inflamatorios en la laringe, como por ejemplo, el reflujo faringo- laríngeo. El enrojecimiento de comisura posterior, las úlceras

aritenoides, la congestión y la mayor vascularización de la zona suele ser un hallazgo casi habitual en un disfónico.

Los problemas de la voz, por tanto, están relacionados con factores inflamatorios. La presencia de ellos inducen a crear desequilibrios y discinesias de la musculatura que lleva al sistema a mayor rigidez, lo que origina que el sistema fonatorio entre en diversos bucles anómalos como el del esfuerzo vocal. Y secundariamente a este, se activan otros bucles como el de la falta de lubricación, o el de la resonancia escasa por rigidez de la musculatura. El resultado final es la fatiga vocal, el carraspeo, la sensación de cuerpo extraño, las parestesias, la disfonía. O incluso el dolor al hablar.

Ya desde antiguo se conocía la "Faringitis" como un diagnóstico de disconfort de la garganta y de la voz. Detrás de este diagnóstico siempre ha habido un sinnúmero de causas que lo justifican. Pensar sólo en el reflujo es desconocer la realidad de la Vía Respiratoria Superior en la que se conjugan diversas funciones al unísono: humidificación en la fosa nasal, producción de moco en toda la VRA, respuesta inmunitaria como parte integrante del MALT, reacción a toxas externas que realizan una agresión por contacto (comida, microorganismos, microsustancias en suspensión...).

Por esto, los factores inflamatorios o factores de riesgo que pueden ser desencadenantes, mantenedores o potenciadores de los trastornos de la voz son:

- La Patología Nasal: rinitis, adenoiditis, sinusitis.
- La Patología Gastro- Esofágica: reflujo ácido, y reflujo básico
- El Mal-Uso de la voz por no estar entrenado a hablar en ambiente de ruido, el sobreuso para una persona no entrenada.
- El Estrés que condiciona un aumento del cortisol y una gran rigidez.
- La Patología del Sistema Inmunitario, como las enfermedades autoinmunes, las inflamaciones crónicas, las alergias, las intolerancias, las infecciones del anillo de Waldeyer, el aumento de la permeabilidad de las paredes del tubo digestivo...
- Las Sustancias en Microsuspensión Ambiental como diversos gases, químicos en peluquería, metales en fábricas...
- El uso de Fármacos que alteran la VRA, como los broncodilatadores, los antihistamínicos, los antidepresivos...
- Los Problemas endocrino- metabólicos y otras enfermedades de la medicina interna, como los desequilibrios que se producen en el tiroides, en las gónadas, la diabetes, E. de Cushing...
- Alimentos contaminados con pesticidas, o algún tratamiento conservante con químicos.

Estos factores de riesgo suelen ser creadores de inflamación continua en la zona, la mayoría de las veces de forma silente.

Pensar que la disfonía es debida a que la persona no sabe hablar es no tener en cuenta que habitualmente la disfonía es el resultado de una disfunción originada por una causa primaria, como 1.sequedad faringo-laríngea (que ocasiona roce de las mucosas), 2.rigidez muscular (por hipertonía del sistema, por incoordinación muscular), 3.microtraumatismos, 4.defectos congénitos, 5.movilidad anormal, 6.infecciones, 7.dificultades de control del feed-back (hipoacusias, problemas de receptores propioceptivos) que está muy

interrelacionada con la presencia de los factores de riesgo o un estado inflamatorio de base. En el cuadro se aprecia, en azul, las causas de la disfonía, y en oscuro, los factores de riesgo (figura 1).

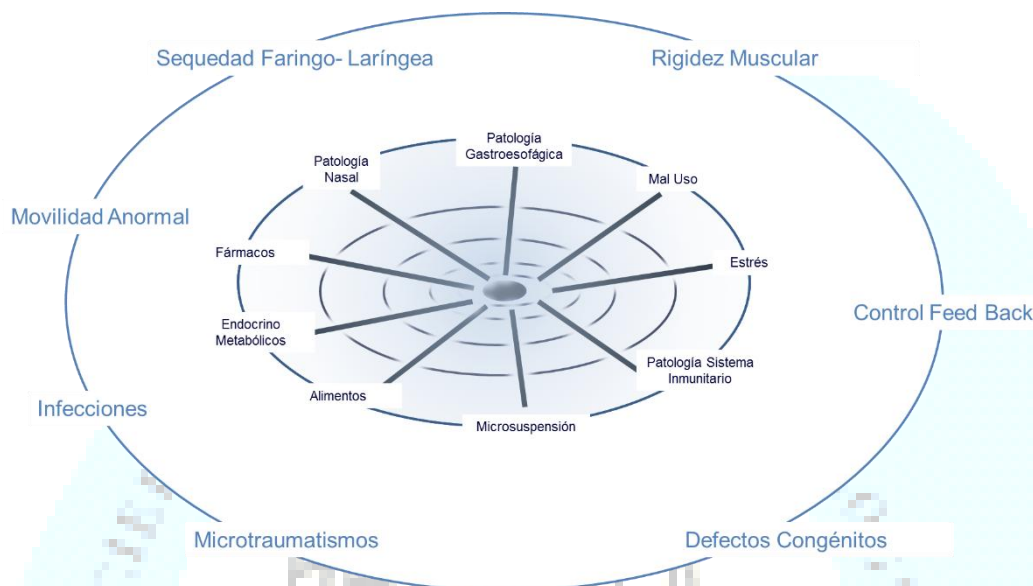


Figura 1. Causas de la disfonía (en azul) y factores de riesgo (en oscuro)

La relación entre las causas de una disfonía y los factores de riesgo es un continuo que suele desencadenar, cuando se ha alcanzado un cierto nivel, una disfonía. Por eso, siempre que se quiere estudiar y tratar un trastorno de voz es imprescindible conocer ambas variables. Y siempre se suelen asociar con factores inflamatorios por lo que identificarlos y eliminarlos en lo posible será la mejor opción para el éxito de curación de una disfonía.

Si no se eliminan los factores inflamatorios- factores de riesgo, la curación, el tratamiento de la disfonía está abocada al fracaso, y a ser larga y desesperante.

2. Perfil Vocal para objetivar cambios

No sólo hay que objetivar las “Causas- Factores Riesgo”, sino también las consecuencias que la disfonía está produciendo en la persona. Se debe realizar un perfil del paciente y de su trastorno que consiste en un protocolo básico para la clasificación funcional de los trastornos de la voz, propugnada por “The Committee of Phoniatics of the European Laryngological Society” (Eur. Arch. Otorhinolaryngol., Dejonckere et al., 2001). Este protocolo requiere un examen Clínico- Instrumental que incluye:

- Anámnesis Foniátrica: Registro de síntomas y factores de riesgo.
- Laringoestroboscopia: Características Morfológicas (lesión, trofismo, borde libre), Funcionales (movilidad, sede de la vibración, cierre glótico, movilidad aritenoides, comportamiento del vestíbulo laríngeo), Signos Inflamatorios (grado de congestión, presencia de capilares, depósito de moco), Dinámica Mucocondulatoria (amplitud, simetría, periodicidad, onda mucosa, stops de la onda mucosa)

- Evaluación Perceptiva de la disfonía: GIRBAS.
- Análisis Acústico de la voz: Frecuencia (Fo, Fr. Máxima, Fr. Mínima, rango tonal en semitonos), Intensidad (Intensidad habitual, I. máxima, I. mínima, campo dinámico en dB), Relación Señal/ Ruido, MDVP, Fonetograma, Espectrograma de la vocal y grupo vocálico (clase de Yanagihara), TMF, relación s/a.
- Grado de incapacidad que la disfonía le produce al paciente: VIH.
- Evaluación Logopédica: Análisis de la respiración, *coordinación pneumofónica; grado de rigidez muscular o tensiones musculares, análisis de la postura.*

Se puede consultar de forma más detallada en Hirano et al., 1981, Di Nicola et al., 2001, Ricci Maccarini et al., 2002.

Dentro del perfil, el análisis acústico de la voz es complejo porque requiere unas ciertas condiciones que hace que la prueba sea lenta y algo engorrosa actualmente, como estar en un ambiente sin ruido de fondo, tener un equipo de alta fidelidad para grabación de la voz Hi-Fi, tener que repetir la prueba hasta conseguir la muestra más precisa. En un futuro es de desear poder realizar un análisis rápido en tiempo real, y poder manejar las diferentes pruebas y datos de manera que queden a la vista de forma fácil, y no pruebas aisladas e inconexas. El análisis acústico de la voz tiene que ir englobado en el trato del paciente y no puede ser hecho de cualquier manera porque hay que hacerlo con delicadeza. Además, como todo análisis digital hay que tener copias de seguridad para evitar perder datos (Yanagihara, 1967, Yumoto et al., 1982, Titze et al., 1992). Sin embargo, la prueba central es la Laringoestroboscopia (Hirano et al., 1993, Bergamini et al., 2002).

3. Palpación Laríngea, aportaciones al diagnóstico

Cuando un paciente con una disfonía permanente acude a una Unidad de Voz, el diagnóstico suele ser evidente tras una exploración laríngea endoscópica en la casi totalidad de los casos. Pero existe un grupo en el que no es clara la patología porque observamos que sus cuerdas vocales son normales o están enrojecidas con capilares que recorren su superficie o quizás se pueden observar irregularidades inespecíficas en la mucosa... En este tipo de personas, se puede esconder un sulcus vocalis, un quiste intracordal, una adherencia de la mucosa, un puente mucoso... que si fuese diagnosticado, nos orientará a una corrección quirúrgica o rehabilitativa. Además, en un cierto número de pacientes con inflamación crónica y disfonía crónica es conveniente realizar un control más exhaustivo ya que su evolución puede ser hacia un proceso tumoral.

El concepto de la palpación laríngea no es nuevo ya que en la fonocirugía palpar las cuerdas vocales en el mismo acto quirúrgico es la rutina. Sin embargo, creemos que realizar esta palpación bajo anestesia local y control fibroscópico, nos permitirá realizar un diagnóstico más preciso, y nos facilitará el poder decidir el procedimiento quirúrgico adecuado (Borragán Torre, et al., 2001, De Rossi, et al., 2002).

En el mismo acto exploratorio, en casos de leucoplasias, laringitis crónicas, podemos realizar un cepillado laríngeo de la mucosa de las cuerdas vocales para estudio anatómo-patológico.

La palpación se realiza bajo anestesia local, a través del fibroendoscopio de canal y mediante un palpador o una sonda. Se realiza en el ambulatorio y al paciente se le administra un tranquilizante, tipo Valium® o Midazolán®.

El diagnóstico mediante palpación laríngea aporta siempre nuevos datos diagnósticos (puede delimitar con más precisión el grado de dureza de una lesión, la presencia de quistes intracordales en lesiones mínimamente excrecentes, los puentes mucosos, la profundidad de los sulcus- quistes y otras lesiones abiertas en la lámina propia), permite conocer mejor la anatomía de cada uno de los pacientes e, incluso, aportar material celular para el estudio anatómo-patológico de la mucosa al realizar un cepillado laríngeo.

En conclusión, la palpación laríngea con control fibroendoscópico, bajo anestesia local con sedación es una técnica diagnóstica que puede conducirnos a un diagnóstico certero en los casos de patología dudosa y que muchas veces son etiquetados de disfonía funcional. Es una técnica diagnóstica sencilla técnicamente, indolora para el paciente y rápida (5- 8 minutos). Además, el cepillado laríngeo, nos aporta un estudio anatómo patológico de la mucosa de la CV

Palpar da mayor precisión diagnóstica y puede ayudar a un mejor tratamiento.

Bibliografía

1. Bergamini G., Fustos R., Ricci Maccarini A.: "La laringostroboscopia" in Official Lecture at the XXXVI National Congress of the Italian Society of Phoniatics and Logopedics, Acta Phon. Lat., vol. XXIV, 1-2, 57-60, 2002.
2. Borrágán Torre A, Díaz Gómez M., González- Riancho A., Báscones García M.: La palpación laríngea mediante CELF diagnóstica. IX Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y la Rioja, Burgos, 8- 9 Junio, 2001.
3. Dejonckere P.H., Bradley P., Clemente P., Cornut G. Crevier-Buchman L., Friedrich g., Van de Heining P., Remacle M., Woisard V.: "A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques" Guideline elaborated by the Committee of Phoniatics of the European Laryngological Society (ELS), Eur. Arch. Otorhinolaryngol., 258, 77, 2001.
4. Di Nicola V., Fiorella M.L., Luperto P., Staffieri A., Fiorella R.: "La valutazione obiettiva della disfonia: possibilità e limiti", Acta ORL Ital., 21,10, 2001.
5. De Rossi G., Borrágán A., Bascones M., Díaz M., González Riancho A., Capovilla A., Narne S., Ricci Macarini A.: La palpazione laringea in fibroendoscopia. XXXVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Foniatria e logopedia, Modena, 10- 13 abril, 2002.
6. Hirano M.: "Clinical examination of voice", Springer Verlag, Wien-New York, 43, 1981.
7. Hirano M., Bless D. M.: "Videostroboscopic examination of the larynx" Publishing group Inc., Singular ED., San Diego, 1993.

8. Ricci Maccarini A., De Colle W., Lucchini E., Casolino D.: "L'esame spettroacustico della voce", in Official Lecture of the LXXX National Congress of the Italian Society of Otorhinolaryngology, Pacini Ed. Pisa, 150-182, 2002.
9. Ricci Maccarini A., Lucchini E.. "La valutazione soggettiva ed oggettiva della disfonia. Il protocollo SIFEL" in Official Lecture at the XXXVI National Congress of the Italian Society of Phoniactrics and Logopedics, Acta Phon. Lat., vol.XXVI, 1-2, 13-42, 2002.
10. Titze I.R.: "Acoustic interpretation of the voice profile (phonetogram)". J. Speech Hear Res., 35, 21, 1992.
11. Yanagihara N.: "Significance of harmonic changes and noise components in hoarseness". J. Speech Lang. Hear Res., 10, 531-41, 1967.
12. Yumoto E. et al.: "Harmonic-to-noise ratio as an index of the degree of hoarseness". J. Acoust. Soc. Am., 71, 1544, 1982.

