

11236  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES ASOCIADOS A  
DISFONIA

**FALLA DE ORIGEN**

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:

**OTORRINOLARINGOLOGIA**

P R E S E N T A :

**DRA. MARTHA INES RABAT REHBEIN**

ASESOR: DR. HECTOR AGUIRRE MARISCAL



MEXICO, D.F.

1996

1995



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

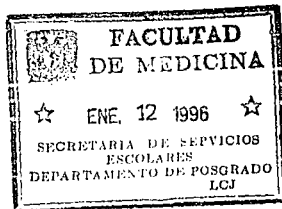
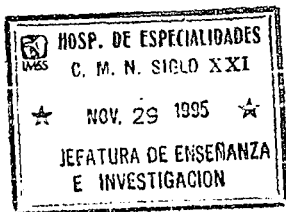
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DR. NIBEL WACHER RODARTE**  
**JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA"**  
**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**DR. MANUEL LEE KIM**  
**JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA"**  
**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**DR. HECTOR AGUIRRE MARISCAL**  
**MEDICO ADESCRITO AL SERVICIO DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO**  
**ASESOR DE TESIS**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA"**  
**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**



**AUTORES**

**DRA. MARTHA INES RABAT REHBEIN**  
Residente de 3er. Año del Servicio de Otorrinolaringología

**DR. HECTOR AGUIRRE MARISCAL**  
Médico Asesor al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

**A mis padres**

**DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES ASOCIADOS A  
DISFONIA**

## INDICE

	pág.
<b>CAPITULO I</b>	
Antecedentes	1
<b>CAPITULO II</b>	
Planteamiento del problema	8
Objetivo general	8
<b>CAPITULO III</b>	
Diseño del estudio	10
Universo	10
Descripción de variables	10
Selección de la muestra	12
Procedimiento	12
Análisis estadístico	12
<b>CAPITULO IV</b>	
Resultados	14
<b>CAPITULO V</b>	
Comentarios	24
<b>CAPITULO VI</b>	
Conclusiones	28
Bibliografía	29

## CAPITULO I



## ANTECEDENTES

Los trastornos de la voz afectan a millones de personas y, junto con otros problemas de comunicación, han sido declarados un asunto de prioridad para la investigación. Gracias al trabajo conjunto de especialistas que atienden a pacientes con problemas de la voz (otorrinolaringólogos, foniatras y pedagogos vocales) crece el número de centros de investigación sobre ésta y sus trastornos (6).

La disfonía es la alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades, que sobreviene por trastornos orgánicos o alteraciones funcionales (2).

Hasta fecha reciente, muchos médicos consideraban la disfonía como manifestación de cáncer o una enfermedad menor. En la actualidad se realizan mayores esfuerzos para efectuar una anamnesis íntegra del enfermo, un examen físico más extenso y una mejor comprensión del funcionamiento laríngeo, que permite descubrir problemas sintomáticos sutiles que producen disfonía (7).

El criterio etiopatogénico divide los disturbios fonatorios de la siguiente forma:

- 1.-Procesos que originan disfonía funcional sin alteración estructural de la laringe:
  - 1.1 Fonostenia
  - 1.2 Disfonía psicológica
  - 1.3 Mutación prolongada
  - 1.4 Disfonía espástica

**2.-Procesos que originan disfonía funcional con alteración estructural de la laringe:**

- 2.1 Nódulo de cuerda vocal**
- 2.2 Pólipo de cuerda vocal**
- 2.3 Voz de banda**
- 2.4 Paquidermia de contacto**
- 2.5 Úlcera de contacto**

**3.-Procesos que originan disfonía orgánica sin alteración estructural de la laringe:**

- 3.1 Parálisis neuropática**
  - 3.1.1 Parálisis neuropática periférica**
  - 3.1.2 Parálisis neuropática central**
- 3.2 Parálisis miopática**
  - 3.2.1 Parálisis miopática postinflamatoria**
  - 3.2.2 Parálisis miopática de origen no inflamatorio**
- 3.3 Enfermedades neurogénicas que alteran la fonación**
- 3.4 Enfermedades endocrinas que alteran la fonación**

**4.-Procesos que originan disfonía orgánica con alteración estructural de la laringe:**

- 4.1 Patología congénita de la laringe**
  - 4.1.1 Sinequia cordal congénita**
  - 4.1.2 Quisto laríngeo**
  - 4.1.3 Surco cordal**
  - 4.1.4 Laringocele**
  - 4.1.5 Laringomalasia**
  - 4.1.6 Afecciones fonatorias por disturbios genéticos del metabolismo**

## **4.2 Laringitis**

### **4.2.1 Laringitis inespecífica**

**4.2.2 Laringitis específica (ejemplo: por reflujo gastroesofágico, por enfermedad rinosinusal, escleroma respiratorio, etc.)**

## **4.3 Corditis vasomotora**

## **4.4 Fiebre tísica laríngea**

## **4.5 Papilomatosis laríngea juvenil**

## **4.6 Edema de Reinke**

## **4.7 Granulomatosis laríngea**

## **4.8 Afecciones laríngeas precancerosas:**

### **4.8.1 Laringitis crónica hipertrófica**

### **4.8.2 Papilomatosis laríngea del adulto**

### **4.8.3 Hidroarsenismo laríngeo**

## **4.9 Cáncer laríngeo**

## **4.10 Tumores laríngeos benignos**

## **4.11 Traumatismos laríngeos**

### **4.11.1 Fractura laríngea**

### **4.11.2 Luxación laríngea**

### **4.11.3 Contusión laríngea**

## **4.12 Artritis laríngea**

### **4.12.1 Reumática**

### **4.12.2 Luética**

### **4.12.3 Tuberculosa**

### **4.12.4 Gonocócica**

## **4.13 Estenosis laringotraqueal (4)**

El clínico debe obtener la anamnesis de la molestia vocal y tomar en cuenta factores relacionados con el estilo de vida, locales, sistémicos y emocionales (6).

Dentro de la patología vocal asumen un papel importante la edad y el sexo del paciente. El factor edad adquiere privilegio ya que determinadas patologías se encuentran preferencialmente a determinadas alturas de la vida. Por ejemplo, en el adulto mayor de 35 años, la disfonía responde más frecuentemente a patología orgánica intralaringea (4).

Con el sexo ocurre algo similar, por ejemplo, el nódulo es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, aproximadamente en la proporción de 5:1; lo contrario ocurre con el pólipo laríngeo. La disfonía psicógena también es generalmente mayoritaria en el sexo femenino, en cambio la patología preneoplásica y neoplásica es mucho más frecuente en el hombre (4).

Otro aspecto es el papel profesional del paciente, se debe investigar desde cuando lo realiza y cuáles son las condiciones acústicas y el ambiente físico en el cual realiza su actividad vocal (4).

Investigar los hábitos es también importante, ya que determinadas costumbres pueden alterar directamente a la laringe o labilizarla, por ejemplo la ingestión excesiva de alcohol, tabaco y cafeína (4).

Adentrándonos en los antecedentes personales, es fundamental indagar los siguientes datos: si el paciente ha padecido o padece alteración del tracto respiratorio superior, también si ha sido sometido a intervenciones quirúrgicas (cuello, tórax, mediastino, etc) y de qué tipo, (por la posibilidad de lesión recurrential y la correspondiente disfonía), o una ooforectomía (por padecimientos de quistes ováricos, cuya presencia implica una disfunción ovárica, con la consiguiente repercusión desfavorable sobre la fisiología de la voz). Asimismo la ingesta o uso de estrógenos o sustancias que modifiquen las cuerdas vocales(4).

La valoración de la voz requiere interrogar sobre problemas sistémicos que alteran el funcionamiento vocal, entre los cuales se encuentran las enfermedades respiratorias superiores e inferiores, reflujo gastroesofágico, disfunción endócrina entre otros (6).

Se debe indagar el antecedente de intubación, ya que a consecuencia de ésta se producen disfonías. Es importante considerar el tiempo de intubación, el tipo de sondas utilizadas y la causa de la intubación (3).

A todos los pacientes con molestias de la voz se les debe hacer exploración otorinolaringológica integral, con atención especial de las cuerdas vocales cuando menos por laringoscopia indirecta y un examen médico general con atención a las áreas de interés dependiendo del problema que presente nuestro enfermo (7). La laringoscopia indirecta realizada cuidadosamente, constituye la base para el diagnóstico laringológico (5). Aun cuando en la actualidad se cuenta con recursos de iluminación y examinación directa a través de sistemas de fibra óptica y telescopios con magnificación de imagen proyectados por un sistema de televisión para una evaluación de mejor calidad y el apoyo de las técnicas de estroboscopia.

Se realizó un estudio de 100 pacientes consecutivos con voz anormal atendidos durante 1989 en el Center for Voice Disorders, de la Wake Forest University, con base en los criterios descritos, 60% de los enfermos tenían trastornos orgánicos y 40% funcionales. El grupo de trastornos orgánicos incluía más a menudo, proliferaciones neoplásicas como carcinomas y papilomas, alteraciones de la mucosa, como laringitis por reflujo y edema de Reinke, y trastornos musculares de tipo paresia, parálisis, atrofia de cuerdas vocales, temblor, distonía y parkinsonismo (6).

De la estadística de las clínicas de Colonia y Marburgo (1964-1972 y 1973-1975, respectivamente), de 2,618 pacientes a quienes se realizó microscopia

diagnóstica, se concluyó que casi 30% de las intervenciones para el diagnóstico, tratamiento y control se han realizado para tumores. El 37% de las intervenciones fueron para la eliminación de pequeñas lesiones que producían disfonía y también para mejorar la voz exclusivamente. El tercio restante se reparte entre enfermedades inflamatorias, traumatismos, parosias y otras afecciones raras. En los pacientes de esta estadística, tres cuartas partes fueron varones. De ellos se infiere que las laringopatías son más frecuentes en el hombre que en la mujer. Esta preferencia no se presenta ciertamente en la niñez (5).

Los ejemplos anteriores, nos hablan de estudios relacionados con diagnósticos de disfonía en medios ajenos al nuestro, por lo cual no sería correcto extrapolar los resultados ya que no contamos con estudios propios referentes a este tópico.

## CAPTULO II

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿Cuál es la frecuencia de disfonía en los pacientes vistos en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI?**

## **OBJETIVO GENERAL**

**Conocer la frecuencia de disfonía en los pacientes vistos en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI de febrero a julio de 1995.**



### **CAPITULO III**

## MATERIALES, PACIENTES Y METODOS

**Diseño del Estudio:** Transversal

Descriptivo

Prospectivo

Observacional

**Universo del Estudio:** Constituye el universo del trabajo todos los pacientes que acuden por disfonía (enviados de su Hospital General de Zona o de interconsulta de otro servicio del Centro Médico Nacional Siglo XXI) al servicio de Cirugía de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

### **Descripción de las Variables**

**Variable Independiente:** Disfonía: es la alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades que sobreviene por trastornos orgánicos o alteraciones funcionales (2).

**Variabes Dependientes:** Diagnóstico de Envío: es el diagnóstico considerado por el médico del Hospital General de Zona u otro servicio del Centro Médico Nacional Siglo XXI, por el cual decide enviar al paciente al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, para su valoración y que a su criterio es la causa probable de disfonía.

**Diagnóstico de Ingreso:** es el diagnóstico considerado por el médico de Cirugía de Cabeza y Cuello que por primera vez valora al paciente con disfonía, y está basado en la anamnesis y la exploración física.

**Diagnóstico Final:** es el diagnóstico considerado por el médico de Cirugía de Cabeza y Cuello en la primera valoración o subsiguiente, basado en la anamnesis, exploración física, estudios paraclinicos, hallazgos quirúrgicos y/o estudio histopatológico y por el cual decide enviar al paciente a foniatría, de alta a su Hospital General de Zona o continuar en tratamiento en el servicio.

**Método Operacional:** Todos los pacientes con disfonía que son valorados en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello se les investiga acerca de factores de riesgo como ocupación, enfermedades intercurrentes, tabaquismo, alcoholismo, antecedente de reflujo gastroesofágico o sintomatología rinosinusal y antecedentes de cirugías o intubación prolongada, además de la anamnesis convencional. Dentro de la exploración física se les realiza laringoscopia indirecta y telelaringoscopia.

En caso de no encontrar alteración estructural de la laringe se considera como disfonía funcional y se envía al servicio de foniatría.

Si se encuentra alteración estructural se abre expediente y continúa a cargo del servicio, para complementar estudios necesario para poder llegar a un diagnóstico oportuno y un adecuado tratamiento.

La disfonía funcional incluye afecciones en las que no hay lesiones orgánicas de la laringe pero sí trastornos en la producción de la voz. Algunas de estas alteraciones se observan en individuos que tienen problemas emocionales o defectos de la personalidad. Ciertos trastornos pueden ser secundarios a enfermedades orgánicas que afectan el sistema nervioso central (1).

**Selección de la Muestra:** La muestra está formada por todos los pacientes que acudieron por disfonía al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del 01 de febrero al 31 de julio de 1995.

**Procedimiento:** Durante el periodo comprendido entre el 01 de febrero y el 31 de julio de 1995 en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se reunió información de todos los pacientes que acudieron por disfonía enviados de su Hospital General de Zona o de interconsulta de otro servicio, utilizando una tabla de datos.

La información fue recogida por los médicos del servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

En los pacientes que por su causa de disfonía continuaron a cargo del servicio, se completó el diagnóstico de egreso en la tabla de datos posteriormente, revisando su expediente.

Finalizado el tiempo de recolección de la información se realizó un análisis estadístico para determinar resultados y conclusiones.

**Análisis Estadístico:** Con los valores obtenidos de las variables se realizaron tablas de distribución de frecuencias y se expresaron en porcentajes.

## CAPITULO IV

## RESULTADOS

Se estudiaron 114 pacientes que acudieron por disfonía al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI entre el 01 de febrero y el 31 de julio de 1995, de los cuales 49 pertenecían al sexo masculino (42.89%) y 65 al femenino (57.02%). La edad fue de 50 ± 15 años (promedio + desviación estándar).

Se encontró que 40 de los pacientes eran profesionales de la voz (35.09%); 50 tenían antecedentes de tabaquismo (43.86%); 28 tenían antecedentes de alcoholismo (33.33%); 24 de reflujo gastroesofágico (21.05%); 28 de enfermedad rinosinusal (24.56%); 38 de intubación orotraqueal (33.33%); y 40 de enfermedad intercurrente (35.09%). Ver tabla No. 1.

Cuarenta y ocho de los pacientes venían sin diagnóstico de envío (42.11%). 36 de los pacientes (31.57%) no ameritaban envío a tercer nivel, porque en la primera valoración se consideró su diagnóstico de ingreso y final, y fueron dados de alta o enviados a foniatría. Los otros diagnósticos de envío más frecuentes fueron: 22 pacientes con laringitis crónica inespecífica (19.30%), 14 con nódulo vocal (12.98%); 7 con parálisis de cuerda vocal (6.14%), 4 con pólipo vocal (3.51%) y 4 con tumoración laríngea (3.51%). Ver tabla No. 2 y gráfica No. 1.

Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: 19 pacientes con disfonía funcional sin alteración estructural (16.67%), 18 con nódulo vocal (15.79%); 11 con pólipo vocal (9.65%), 11 con parálisis de cuerda vocal (9.65%), 7 sin diagnóstico (6.14%) y 7 con cáncer de laringe (6.14%). Ver tabla No. 3 y gráfica No. 2.

Los diagnósticos finales más frecuentes fueron: 21 pacientes con disfonía funcional sin alteración estructural (18.42%), 18 con nódulo vocal (15.79%), 13 sanos (11.41%), 12 con parálisis de cuerda vocal (10.53%), 9 con pólipo vocal (7.89%) y 9 con cáncer de laringe (7.89%). Ver tabla No. 4 y gráfica No. 3.

El tiempo de evolución de la disfonía fue: 14 pacientes con evolución menor de un mes (12.28%); 39 con evolución entre uno y seis meses (34.21%); y 61 con evolución mayor de seis meses (53.51%),

**TABLA No.1****ANTECEDENTES**

ANTECEDENTES	No. DE PACIENTES	%
Profesionales de la voz	40	35.09
Tabaquismo	50	43.68
Alcoholismo	39	33.33
Reflejo gastroesofágico	24	21.05
Enfermedad rinolarival	28	24.56
Intubación orotraqueal	39	33.33
Enfermedad intercurrente	40	35.09

Aunque los antecedentes mencionados no fueron predominantes, no dejan de ser un factor importante en el estudio de la disfonía.



**TABLA No. 2**

**DIAGNOSTICO DE ENVIO**

DIAGNOSTICO DE ENVIO	No. DE PACIENTES	%
Sin diagnóstico	48	42.11
Laringitis crónica inespecífica	22	19.30
Nódulo vocal	14	12.99
Parálisis de cuerda vocal	7	6.14
Disquinesias laringeas	5	4.39
Pólipo de cuerda vocal	4	3.51
Tumoración laringea	4	3.51
Cáncer de laringe	3	2.63
Edema de Riante	2	1.73
Granuloma laringeo	1	0.88
Diatonía funcional sin alteración estructural	1	0.88
Estenosis laringotraqueal	1	0.88
Cáncer de hipofaringe	1	0.88
Escleroma reinitario	1	0.88

Casi la mitad de los pacientes llegó al servicio sin diagnóstico, lo que probablemente se deba a una evaluación incompleta en los hospitales de nuestra correspondencia.

TABLA No. 3

**DIAGNOSTICO DE INGRESO**

DIAGNOSTICO DE INGRESO	No. DE PACIENTES	%
Disfonía funcional sin alteración estructural	19	16.67
Nódulo vocal	10	15.79
Pólipo de cuerda vocal	11	9.65
Parálisis de cuerda vocal	11	9.65
Sano	3	7.63
Sin diagnóstico	7	6.14
Cáncer de laringe	7	6.14
Tumoración laringea	6	5.27
Papilomatosis laringea	4	3.51
Disfonía por reflujo gastroesofágico	3	2.63
Disfonía por enfermedad rinosinusal	3	2.63
Estenosis laringotrqueal	3	2.63
Laringitis crónica hiperplásica	3	2.63
Contusión laringea	2	1.75
Laringitis crónica inespecífica	2	1.75
Granuloma laringeo	1	0.89
Laringitis por hipotiroidismo	1	0.89
Luxación artroscélea	1	0.89
Edema de Plinko	1	0.89
Escleroma respiratorio	1	0.89
Laringitis aguda	1	0.89

En la primera valoración en CCC sólo quedaron sin diagnóstico de ingreso 7 pacientes por intolerancia a la laringoscopia o telelaringoscopia.

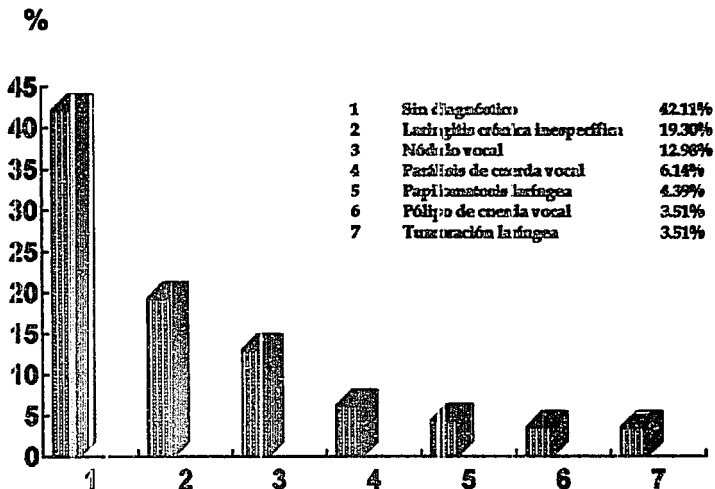
TABLA No. 4

## DIAGNOSTICO FINAL

DIAGNOSTICO FINAL	No. DE PACIENTES	%
Difonía funcional sin alteración estructural	21	18.42
Nódulo vocal	18	15.79
Seno	13	11.41
Perdida de cuerda vocal	12	10.52
Pérdigo de cuerda vocal	9	7.89
Cáncer de laringe	9	7.89
Laringitis crónica inespecífica	6	5.26
Papilomatosis laríngea	4	3.51
Difonía por enfermedad rinosinusal	4	3.51
Difonía por reflujo gastroesofágico	3	2.63
Estenosis laríngea	3	2.63
Laringitis crónica hiperplásica	3	2.63
Constricción laríngea	2	1.75
Edema de Reinke	2	1.75
Granuloma laríngeo	1	0.88
Laringitis por hipotiroidismo	1	0.88
Urticaria laríngea	1	0.88
Escleroma respiratorio	1	0.88
Laringitis aguda	1	0.88

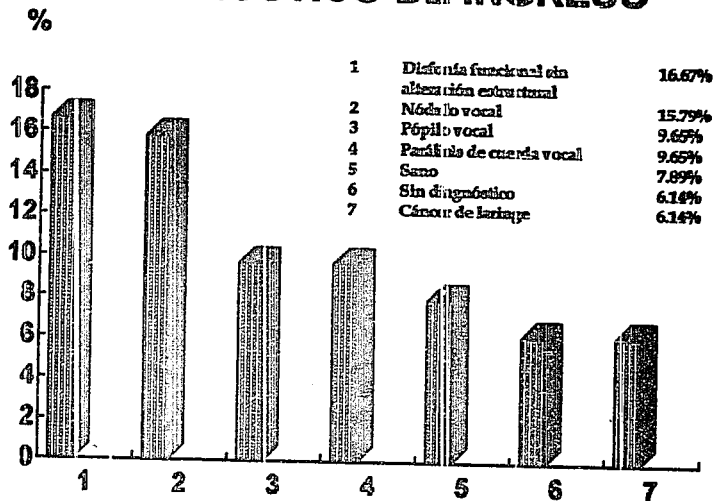
Aunque el diagnóstico más frecuente fue difonía funcional sin alteración, la mayoría de los trastornos fueron orgánicos.

## DIAGNOSTICO DE ENVIO



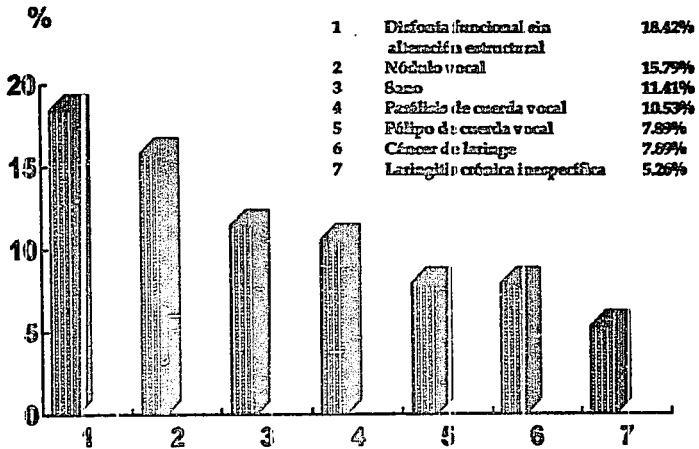
**GRAFICA. No. 1** Diagnóstico de envío: Es el considerado por el médico del Hospital General de Zona u otro servicio del CMN (XXI), por el cual decide enviar al paciente al servicio de CCC.

# DIAGNOSTICO DE INGRESO



**GRAFICA No. 2** Diagnóstico de ingreso: Es el considerado por el médico de CCC que por primera vez valora al paciente con disfonía, y está basado en la anamnesis y la exploración física.

## DIAGNOSTICO FINAL



**GRAFICA. No. 3** Diagnóstico final. Es el considerado por el médico de CCC en la primera valoración o subsiguiente, basado en la anamnesis, exploración física, estudios parafísicos, hallazgos quirúrgicos y/o estudio histopatológico.

## CAPITULO V

## COMENTARIOS

En el estudio realizado se encontró edad variable, hubo pacientes entre los 20 y 81 debido a que hay predominio para ciertas edades entre las diferentes patologías que producen disfonía. No se presentaron edades menores ya que es un hospital de adultos.

El antecedente de tabaquismo y alcoholismo no fue predominante, pero se sabe que sólo está relacionado con cierta patología laringea (4). Constituye un factor de riesgo en los pacientes que lo refieren, y la relación causa-efecto se sale del alcance de este estudio. Ocurre lo mismo con los profesionales de la voz que tampoco fueron predominantes (35.09%) (4).

El antecedente de reflujo gastroesofágico y enfermedad rinosinusal se encontró en la cuarta parte de los pacientes; mientras que el antecedente de intubación orotraqueal y enfermedades intercurrentes se encontró en la tercera parte de los pacientes. Y aunque finalmente se determinó que sólo producían disfonía en casi 10% de nuestros pacientes, no dejan de ser un factor importante en el estudio de la disfonía (6). Igualmente la relación causa-efecto se sale del estudio.

Casi la mitad de los pacientes (42.11) llegaron al servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello sin una impresión diagnóstica. La mayoría de los pacientes vienen de Hospitales Generales de Zona (segundo nivel) de nuestra correspondencia donde hay servicio de Otorrinolaringología, y teniendo en cuenta que la laringoscopia indirecta es una ayuda diagnóstica sencilla, efectiva y barata, consideramos que probablemente se deba a una evaluación incompleta del paciente, y a una decisión apresurada de envío a tercer nivel. Con evaluación incompleta nos referimos a anamnesis no detallada, confusión de disfonía con otros síntomas, u omisión de laringoscopia indirecta.



Después de la primera valoración en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello sólo quedaron sin diagnóstico de ingreso 7 pacientes (6.14%), en los que no se pudo realizar laringoscopia indirecta o telarlaringoscopia por intolerancia a las míasas, y hubo que realizarles laringoscopia directa diagnóstica bajo anestesia general. Se encontraron sanos 9 pacientes (7.89%) y a 19 se les diagnosticó disfonía funcional sin alteración estructural; estos dos últimos grupos de pacientes se dan de alta y se envían a terapia foniatría respectivamente, lo cual puede ser realizado en su Hospital General de Zona, con lo que se ahorra tiempo y recursos al paciente y al Instituto. Para determinar el diagnóstico de ingreso se realiza laringoscopia indirecta y/o telarlaringoscopia, la primera puede ser realizada en segundo nivel y la segunda sólo se realiza en tercer nivel, pero tiene la misma metodología técnica sólo que con mejor discriminación visual. Se considera que un 31.57% de los pacientes no ameritaba envío a tercer nivel, porque en la primera valoración se consideró su diagnóstico de ingreso y final, y fueron dados de alta o enviados a foniatría. Se distribuyen así: 19 con disfonía funcional sin alteración estructural (16.67%), 9 sanos (7.89%), 3 con disfonía por reflujo gastroesofágico (2.63%), 3 con diagnóstico de enfermedad rinosinusal (2.63%) y 2 con contusión laríngea (1.75%).

Aunque el diagnóstico más frecuente fue disfonía funcional sin alteración estructural (18.42%), la mayoría de los trastornos (46.53%) fueron orgánicos, coincidiendo con uno de los estudios a los que hacemos referencia (6). El cáncer de laringe fue el sexto diagnóstico más común, recalando la importancia de valorar la disfonía a tiempo. 27% de los pacientes presentaban lesiones pequeñas, no malignas que sólo causan disfonía y que constituyen enfermedad funcional con alteración estructural de la laringe, que en la mayoría de los casos necesita manejo quirúrgico en tercer nivel y

potencialmente terapia foniatría. Llama la atención también la alta frecuencia de parálisis de cuerda vocal como causa de disfonía (4to. lugar), ya que la literatura lo menciona como una afección "rara" (5).

Un poco más de la mitad de los pacientes (53.51%) tenían disfonía de más de seis meses de evolución. Lo anterior nos puede hablar acerca de la falta de información para alertar a los pacientes de consultar ante los primeros signos y síntomas de la enfermedad, así también a los médicos de las Unidades de Medicina Familiar (primer nivel) para el pronto envío del paciente a consulta especializada en caso de requerirlo.

## CAPITULO VI

## CONCLUSIONES

- 1.- El promedio de edad con disfonía fue de 50 años.
- 2.- En cuanto a la ocupación predominaron los pacientes que no son profesionales de la voz (64.91%).
- 3.- El 42.11% de los pacientes fue enviado sin diagnóstico y el 31.57% no amerita ser enviado a tercer nivel.
- 4.- El diagnóstico de ingreso y final más frecuente fue disfonía funcional sin alteración estructural (16.67% y 18.42% respectivamente).
- 5.- El 43.86% de los pacientes con disfonía tenía antecedente de tabaquismo, 33.33% de alcoholismo, 21.05% de reflujo gastroesofágico, 24.56% de enfermedad rinosinusal, 33.33% de intubación orotraqueal y 35.09% de alguna enfermedad intercurrente.
- 6.- En el diagnóstico final se encontró: 11.41% sanos, 42.06% con disfonía funcional y 46.53% con disfonía orgánica.
- 7.- Los diagnósticos finales más comunes fueron: disfonía funcional (18.42%), nódulo vocal (15.79%), sano (11.41%), parálisis de cuerda vocal (10.53%), pólipo vocal (7.89%) y cáncer de laringe (7.89%).
- 8.- El 53.51% tenía más de seis meses de evolución con disfonía.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Ballenger John Jacob, M.S., M.D.; *Enfermedades de la nariz, garganta, oído, cabeza y cuello. Versión española.* Salvat Editores S.A., 1988: 499.
- 2.- Bustos Sánchez Inés. *Reeducación de problemas de la voz.* 4ta. edición. España: Ciencias de la educación preescolar y especial, 1991: 49-61.
- 3.- Dimville Claire. *Los trastornos de la voz y su reeducación.* Barcelona: Masson, 1981: 47.
- 4.- González Jorge N. *Formación y alteraciones de la laringe.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1990: 41-54.
- 5.- Kikinisassat O. *Microaringoscopia y microcirugía endolaringea. Técnica y atlas de imágenes típicas.* Barcelona: Editorial Científico Médica, 1978: 4-67.
- 6.- Koufman James A. M.D., F.A.C.S.; Isaacson Glenn, M.D., F.A.A.N. *Espectro de la disfunción vocal.* *Clinicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica* 1991, 5: 979-983.
- 7.- Setaloff Robert T. M.D., D.M.A. *Valoración de la disfonía.* *Clinicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica* 1992; 25: IV: 887-899.