

# **LOGOPEDIA Y FONIATRIA**

## **DISFONÍAS CRÓNICAS**

### **EXPERTOS DE VALIDACIÓN EXTERNA (Autores)**

**Dr. Luís Álvarez Lami**

Especialista de II Grado en Logopedia y Foniatría. Profesor Auxiliar

**Dra. Ana Cecilia Bermúdez Mendoza**

Especialista de I Grado en Logopedia y Foniatría. Asistente

**Lic. Roxana Álvarez Rivera**

Licenciada en Logopedia. Asistente

### **EXPERTOS DE VALIDACIÓN EXTERNA**

**Dra. Lázara Fernández Collazo**

Especialista de II Grado en Logopedia y Foniatría. Profesora Consultante. Hospital Pedro Borrás Astorga. La Habana. Cuba.

**Dra. Marcia López Betancourt**

Especialista de II Grado en Logopedia y Foniatría. Profesora Auxiliar. Hospital Pedro Borrás Astorga. La Habana. Cuba.

**Dra. Adis Ferrer Sarmiento**

Especialista de II Grado en Logopedia y Foniatría. Profesora Auxiliar. Hospital Calixto García. La Habana, Cuba.

**Servicio de Logopedia y Foniatría**

[logfon@hha.sld.cu](mailto:logfon@hha.sld.cu)

Teléfono 876-1959

Actualizado: enero 2012

## **DEFINICIÓN**

Se llama disfonía a la modificación anormal del timbre de la voz como consecuencia de una alteración de la estructura o de la función de la laringe y que generalmente trae aparejada cambios en la intensidad vocal y en la coordinación fono respiratoria

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

### **Criterio clínico**

#### ***Síntomas***

- Se establece el diagnóstico de disfonía crónica a todo paciente afecto del timbre o la intensidad de la voz por más de 30 días, además de algunos síntomas subjetivos que a menudo la acompañan, como dolor, carraspera, ardor faríngeo, sensación de cuerpo extraño y flemas.

### **Examen clínico**

- Se constata en el examen del paciente, signos de hiperfunción como la tensión en el cuello durante la fonación, la ingurgitación de vasos del cuello, la existencia o no de adenopatías o el aumento de volumen de la región anterior del cuello. A ello acompaña la falta de intensidad vocal, el timbre parético o espástico, (Ruiz, 2010) según el tipo de disfonía, modificaciones o no en la intensidad, las alteraciones del tono (tendencia al grave), o a la diplofonía, la exhaustión respiratoria, la hiperfunción respiratoria, la resonancia, la entonación u otros signos de incoordinación fono-respiratoria.

### **Criterio endoscópico**

- En el examen laringoscópico se constatarán las alteraciones orgánicas o funcionales del órgano laríngeo, ya sean nódulos, pólipos, quistes, engrosamientos, edema, úlceras de contacto, leucoplasia u otros signos de adicción, incluyendo por supuesto el cáncer.
- Se consignarán los cambios de coloración de las cuerdas vocales y las alteraciones de su motilidad.
- Se observarán las características de la epiglotis, el vestíbulo laríngeo, de la base de la lengua, de las bandas ventriculares, de la fosita glosa epiglótica y de los senos piriformes.

## Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se establecerá, por el examen laringoscópico, entre las causas que generan disfonías orgánicas y las funcionales:

### **Con las disfonías orgánicas**

- **Nódulo vocal**, pequeño engrosamiento organizado, benigno que crece generalmente en el tercio medio o anterior del borde libre de ambas cuerdas vocales como consecuencia del abuso de la voz. Los nódulos laríngeos predominan en mujeres en la segunda década de la vida y con mayor prevalencia en los profesionales de la voz. (Schwartz SR, 2009).
- **Pólipos vocales**, que siguen en frecuencia, son excrecencias benignas, mayores que los nódulos, unilaterales generalmente, que también están relacionados con el abuso vocal o con irritantes externos como el tabaco, o internos como el reflujo, (Barreiras, M.P, 2010), y en ocasiones con ciertas virosis.
- **Otros tumores benignos** frecuentes son los papilomas, quistes y granulomas. Estos últimos pueden ser inespecíficos, como el granuloma posquirúrgico, el consecutivo a irritantes gástricos y el de la úlcera de contacto; o específicos, como el granuloma tuberculoso, el de la gota y el micótico, por poner algunos ejemplo.
- **Los tumores malignos** son también causa frecuente de disfonías crónicas orgánicas (Fernández, B.M, 2009), sobre todo en el hombre fumador y bebedor crónico (Arias, O. R, 2011). La pseudo mixomatosis laríngea, que es una inflamación crónica del espacio de *Reinke* (laringitis del fumador), es un paso previo hacia el cáncer laríngeo.
- **Otras causas serían:** las laringitis hipertróficas y atróficas, la artritis cricoaritenoides, la luxación del aritenoides, la tuberculosis y la amiloidosis laríngea, (Herrera, T, 2009; Portela, 2011), y las de etiología congénita (surco cordal, membranas ínter cordales, laringomalacia, hipoplasia laríngea, hematoma sub. glótico etc. (García , 1996).

Hay ciertas causas extra laríngeas que suelen provocar disfonías. Nos referimos a enfermedades del mediastino, del vértice del pulmón, del cuello y del cráneo, que afectan la inervación de las cuerdas vocales y dan las llamadas

parálisis laríngeas, ya sea por afectación del vago o más específicamente por afectación del nervio recurrente.

- **Enfermedades neuromusculares** como el Parkinson, la esclerosis lateral amiotrófica, la miastenia grave y otras miopatías, afectan también el timbre y la intensidad de la voz.
- **Algunas entidades sistémicas** como las coagulopatías, las collagenopatías, la diabetes mellitus, el hiper e hipotiroidismo pueden tener también repercusiones laríngeas y dar disfonía crónica.
- El **reflujo gastro esofágico** es otra condición frecuente que causa disfonía orgánica (Sanz, L. L. 2011). Aunque en general no existen datos específicos que lo identifique, en la exploración se sugiere como signos indirectos: irritación mantenida en el vestíbulo laríngeo, en la región Inter aritenoidea o en las propias cuerdas vocales, (Hopkins, 2008). Otro tanto ocurre con la irritación mantenida de los estados alérgicos.
- En caso de monocorditis persistente debe pensarse en un traumatismo laríngeo, en una fragilidad vascular u otras hemopatías, en una micosis profunda, en una tuberculosis laríngea, en un cáncer incipiente o en irritantes internos o externos y debe actuarse en consecuencia.
- La ínter consulta con Otorrinolaringología solicitando una biopsia laríngea estará dentro de las obligaciones del especialista.

### **Con las disfonías funcionales**

- En las disfonías funcionales por el contrario, no hay alteración de la estructura de las cuerdas vocales ni de la innervación, sin embargo, estas funcionan mal debido a un mal uso o abuso de la voz (Claudia, 2008), *lo que afecta también el tono la intensidad, el timbre y otros atributos de la voz* (García, 2010).
- ✓ Pueden ser paréticas o hipocinéticas y espásticas o hipercinéticas.
- ✓ En las primeras la sintomatología fundamental suele ser un timbre aireado e hipofonía debido a que las cuerdas vocales hipotónicas no llegan a unirse en la línea media durante la fonación por lo que se escapa demasiado aire durante el habla. La intensidad vocal es pobre y el tiempo de fonación se acorta.

- ✓ En las disfonías hipercinéticas o hiperquinéticas ocurre lo contrario. Las cuerdas vocales se cierran fuertemente durante la fonación, lo que da una voz dura, tensa, espástica. En la voz de bandas se agrega un tono muy grave y entonación monótona.
- ✓ Las disfonías funcionales pueden ser también de origen psíquico y por trastornos auditivos. Los hipoacúsicos, los tartaleadores y los fisurados palatinos son fuertes aspirantes a padecer la afección.

## CLASIFICACIÓN

### ***Según tiempo de evolución***

- **Agudas:** Cuando su evolución es de menos de 21 días, aunque algunos tienden a extenderlas hasta 30 días
- **Crónicas:** En los casos mayores de 30 días

### ***Según alteración presente***

- **Orgánicas:** Se afecta estructuralmente el órgano laríngeo por alteraciones propias de él o por repercusión de la afectación de estructuras y órganos vecinos, a veces, alejados de la laringe.
- **Funcionales:** no hay afectación anatómica laríngea pero si un funcionamiento inadecuado del mecanismo fonatorio, respiratorio o resonancial. (*blogmedicina.com.2008*). La barrera entre ambas es a menudo incierta.

La disfonía es más frecuente en adultos de mediana edad y en mujeres de 21 a 40 años. En la edad infantil, entre 6 % y 9 % de los niños presentan alteraciones de la voz, en su mayoría en relación con el abuso o mal uso de la misma. (Pedersen, 2007).

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS O CONFIRMATORIAS, O AMBAS

Se incluirán en el protocolo sólo los pacientes que tengan disfonías crónicas severas.

- Se hará historia clínica de la especialidad (planilla modelo) en la que será una práctica obligatoria consignar: edad, sexo, profesión u oficio, tiempo de evolución, hábitos tóxicos (cuantía y tiempo).
- Antecedentes patológicos personales de alergia, infecciones respiratorias altas, gastritis, esofagitis, úlcera gástrica, hernia hiatal, hipoacusia, trastornos del tiroides, trastornos psiquiátricos, diabetes,

hipertensión arterial, traumatismos del cuello o del cráneo, intubación y otras que puedan estar en relación o predisponer al cuadro actual.

Será obligatorio realizar los siguientes procedimientos:

- Tiempo de fonación y se tomará como anormal si es menor de 10 segundos.
- Se medirá el índice S/Z.
- Se hará test de GRBAS
- Laringoscopia indirecta. Si no concluyente se hará entonces fibroscopía.
- Estroboscopia (Gamboa J. et al. 2006)
- Análisis acústico
- Exudado nasal y faríngeo

En dependencia del caso y de la etiología sospechada se podrán indicar los siguientes exámenes que serán los específicos para la causa sospechada.

- Espudo buscando bacilo ácido alcohol resistente (BAAR)
- Radiografía de senos perinasales
- Radiografía de tórax
- Radiografía de esófago (esófagograma)
- Tomografía axial computarizada de laringe, de mediastino, de tallo cerebral
- Ultrasonido de cuello
- Ganmagrafía de tiroides
- Biopsia por aspiración (BAAF)
- Hemograma
- Serología
- Eritrosedimentación
- Glicemia
- Coagulograma
- Título de antistreptolisina (TASO)
- Audiometría
- Pruebas funcionales respiratorias
- Mantoux (Fernández, B.M, 2009)

## RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

- En caso de tratarse de una afección quirúrgica como cáncer laríngeo, pólipos medianos, nódulos de aspecto duro o de tamaño mediano, quistes, papilomas granulomas, o pseudo mixomatosis, se enviará al paciente a Otorrinolaringología con la orientación de que regrese a la consulta foniátrica una vez realizado el tratamiento quirúrgico.
- Si se sospecha etiología neurológica se ínter consulta con Neurología con independencia de los complementarios de rigor.
- En dependencia de las características del caso y de los estudios que se le realicen al paciente, podrá ser ínter consultado también con Alergología, Gastroenterología, Endocrinología, Psiquiatría o Psicología u otra especialidad que sugiera su cuadro clínico.

### Tratamiento medicamentoso

Las disfonías orgánicas no quirúrgicas con signos de hipertrofia cordal localizada o generalizada, las inflamaciones inespecíficas y el edema de Reinke, los nódulos, pólipos incipientes, granulomas inespecíficos, pseudo mixomatosis y edemas: se tratarán con:

- Reposo absoluto de voz: El reposo de voz deberá extenderse hasta tanto los síntomas inflamatorios no hayan desaparecido. Una vez desaparecido el elemento orgánico, se trata la disfonía como funcional.
- Antiinflamatorios
  - ✓ **Esteroides** (si no hay contraindicaciones: hipertensión arterial, gastritis, úlcera gastroduodenal, diabetes, glaucoma, psicosis, micosis sistémicas, osteoporosis)

- **Prednisona** (Tab 20 mg). **Dosis:** 40 a 60 mg diarios después de comidas, en dosis repartidas; se disminuye en lapsos de 3 a 5 días en 10 mg.

Si hubiera que continuar con tratamiento esteroideo, se puede utilizar:

- **Dexametasona** (Tab 0,75 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 6 horas durante una semana, con una pauta reductora lenta de: 0,75 mg cada 8 h durante una semana, luego cada 12 h durante una semana y finalmente una al día otra semana



- ✓ **Naturales:** Se pueden agregar la sábila, el propóleo o el romerillo. No son recomendables los esteroides inhalados por los efectos adversos orofaríngeos que se han reportado (Gary S, 2007).
- ✓ **No esteroideos** (menos efectivos). Puede utilizarse durante 4 a 6 semanas:
  - **Ibuprofeno** (Tab 400 mg). **Dosis:** 3-4 tabletas al día )1,2-1,6 g/día)
  - **Naproxeno** (Tab 500 mg): **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas
  - **Diclofenaco** (Tab 50 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas o
  - **Piroxican** (Tab 10 mg): **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas

### Tratamiento de otras causas de disfonías

#### **Disfonía por úlcera de contacto**

- Se indicará reposo absoluto de voz por 30 días.
- Relajantes musculares (opcional):
  - **Meprobamato** (Tab 400 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas o
  - **Mefenesina** (Tab 500 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 6 horas o
  - **Metocarbamol** (Tab 750 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas.
- **Duralgina** (Tab 300 mg). **Dosis:** 2 tabletas cada 8 horas si dolor
- Antiácidos
  - Anti H2: **Ranitidina** (Tabl 150 mg). **Dosis:** 2 tabletas/día, alejadas de las comidas
  - Alusil en cucharadas o tabletas, **Dosis:** 3 veces al día alejadas de las comidas.
- Régimen higieno-dietético:
  - ✓ Dormir con la cabeza y el tronco en posición alta
  - ✓ No ingerir comidas calientes ni picantes, ácidos,
  - ✓ No café, alcohol y no fumar
- Excepcionalmente: emplear antiinflamatorios cuando el componente inflamatorio peri lesional o el tejido granulomatoso central sea muy grande.
- Antibióticos: solo si se sospecha sobre infección bacteriana. Tratamiento empírico con un anti Gram (+) o emplear el que sugiera el antibiograma.

#### **Disfonías irritativas y vasomotoras**

- Indicar reposo de voz durante un período entre 15 y 21 días según el caso.
- Se indicarán los medicamentos siguientes, solos o combinados, en dependencia del grado de ectasia vascular de las cuerdas vocales, de su coloración y de la evolución:
  - ✓ Antihistamínicos:
    - **Benadrilina** (Tab 25 mg) o **Meclizine** (Tab 25 mg) o **Declorfeniramina** (Tab 2 mg): **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas.
    - **Loratadina** (Tab 10 mg). **Dosis:** 1 tableta al día
  - ✓ **Vitamina A** (Tab 5000 UI). **Dosis:** 1 tableta en desayuno y comida.
  - ✓ **Rutascorbin:** **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas.
  - ✓ **Venatón:** **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas o 30 gotas cada 8 horas.
  - ✓ **Dobecilato de calcio** (Tab 250 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas.
  - ✓ **Daflón** (Tab 500 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas.
  - ✓ **Vitamina C** (Tab 500 mg). **Dosis:** 1 tableta 3 veces al día.
  - ✓ **Vitamina E**, (Tab 100 mg). **Dosis:** 1 tableta 3 veces al día.
- Se indicarán inhalaciones de vapor de agua 3 veces al día
- Se podrá utilizar también medicina natural y tradicional (sábila, romerillo, miel, etc.).

### ***Disfonías por reflujo gastro esofágico***

- Si sospecha:
  - ✓ Inhibidores de la bomba de protones (Hopkins, 2008):
    - **Omeprasol** (Cáp 20 mg). **Dosis:** 1 capsula cada 12 h alejadas de las comidas, por uno o dos meses en dependencia de la evolución.  
Continuar con: 1 capsula antes de acostarse en la noche o sustituir por:
    - **Ranitidina** (Tabl 150 mg). **Dosis:** 1 tableta antes de acostarse.

✓ **Domperidona** (Tab 1 mg). **Dosis:** 1 tableta 30 minutos antes de las comidas, o

– **Metoclopramida** (Tab 10 mg). **Dosis:** 1 tableta 30 minutos antes de las comidas.

- Observar el régimen dietético propio del reflujo gastro esofágico y las gastritis, incluyendo el abandono de hábitos tóxicos como el cigarro, el café y las bebidas alcohólicas.
- Si la sintomatología es de moderada a severa debe **remitir** el caso a gastroenterología.

Una vez eliminado o minimizado el componente orgánico, tratar la disfonía como funcional. Para ello existen diferentes técnicas que explicamos a continuación.

#### **Tratamiento higieno dietético**

1. Hablar poco y con intensidad baja
2. No utilizar tonos de voz inadecuado
3. No imitar voces
4. No hablar en ambiente ruidoso
5. Evitar carraspear, toser,
6. Evitar factores irritantes y hábitos tóxicos ya señalados

#### **Tratamiento rehabilitador**

*La terapia de las disfonías funcionales* se basa en ejercicios o técnicas funcionales (Pedersen, 2007), que tienen efectos facilitadores sobre la aproximación de las cuerdas vocales, la disminución o aumento de su masa o de su tensión y la coordinación fono respiratoria. Tienen por ende, efectos en la intensidad de la voz, el tono, el timbre, la resonancia y la entonación. Algunas pueden aplicarse a la mayor parte de los problemas mientras que otras son más específicas y otras pueden combinarse entre sí. La regla básica de aplicación es usar aquél enfoque que funcione mejor con cada paciente en particular, (Boone, 1990).

Si la sintomatología es de **disfonía hipocinética** se indicará:

1. Retroalimentación
2. Siquinesia físico vocal
3. Siquinesia vocal
4. Conteo numérico con apoyo abdominal

5. Palabras con apoyo abdominal
6. Frases y oraciones con apoyo abdominal
7. Ejercicios de *staccatto*
8. Ejercicios respiratorios
9. Técnicas para subir el tono
10. Sonidos competitivos (ensordecimiento)

Ejercicios que pueden utilizarse según el juicio de cada especialista:

1. Técnica de apertura bucal
2. Entrenamiento de la audición
3. Técnicas de sobre articulación
4. Técnica de ensordecimiento
5. Técnica tusígena
6. Musitación

De forma asociada se podrá utilizar también:

- **Vitamina B1** (Tab 50 mg). **Dosis:** 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida
- **Estricnina** (1 mg). **Dosis:** 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida.

***Si la sintomatología es de disfonía hiperquinética*** (Ruiz, 2010), se *indicarán:*

1. Retroalimentación
2. Relajación total
3. Relajación diferenciada (cuello, boca, laringe)
4. Técnica de bostezo-suspiro
5. Siquinesia máximo vocal
6. Masticación sonora natural, seguida luego de de sonidos, palabras, frases y oraciones
7. Masticación sonora verbal
8. Técnicas de contraste
9. Técnica espiratoria de la disfonía
10. Análisis de jerarquía
11. Práctica negativa
12. Técnicas de apertura bucal

Pueden utilizarse los siguientes ejercicios a juicio del especialista:

1. Conversación mediante canto
2. Fonación de susurro
3. Entrenamiento de la audición
4. Disminución del tono
5. Musitación

*Estas técnicas podrán estar apoyadas por programas informáticos que existen.*

Se podrá indicar también algún relajante muscular o algún ansiolítico.

- **Meprobamato** (Tab 400 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas.
- **Clordiazepóxido** (Tab 10 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas.

### **Seguimiento**

Los pacientes se seguirán por consulta con periodicidad mensual con excepción de alguno que por su particularidad sea necesario ver con más frecuencia. Acudirán al departamento técnico todos los días si está ingresado, y una vez por semana si son externos, para realizar los ejercicios indicados con el Licenciado. Las sesiones serán de 20 a 30 minutos, y las diferentes técnicas podrán realizarse entre 4 y 8 semanas. Se orientará al paciente a que los realice en el hogar todos los días varias veces al día.

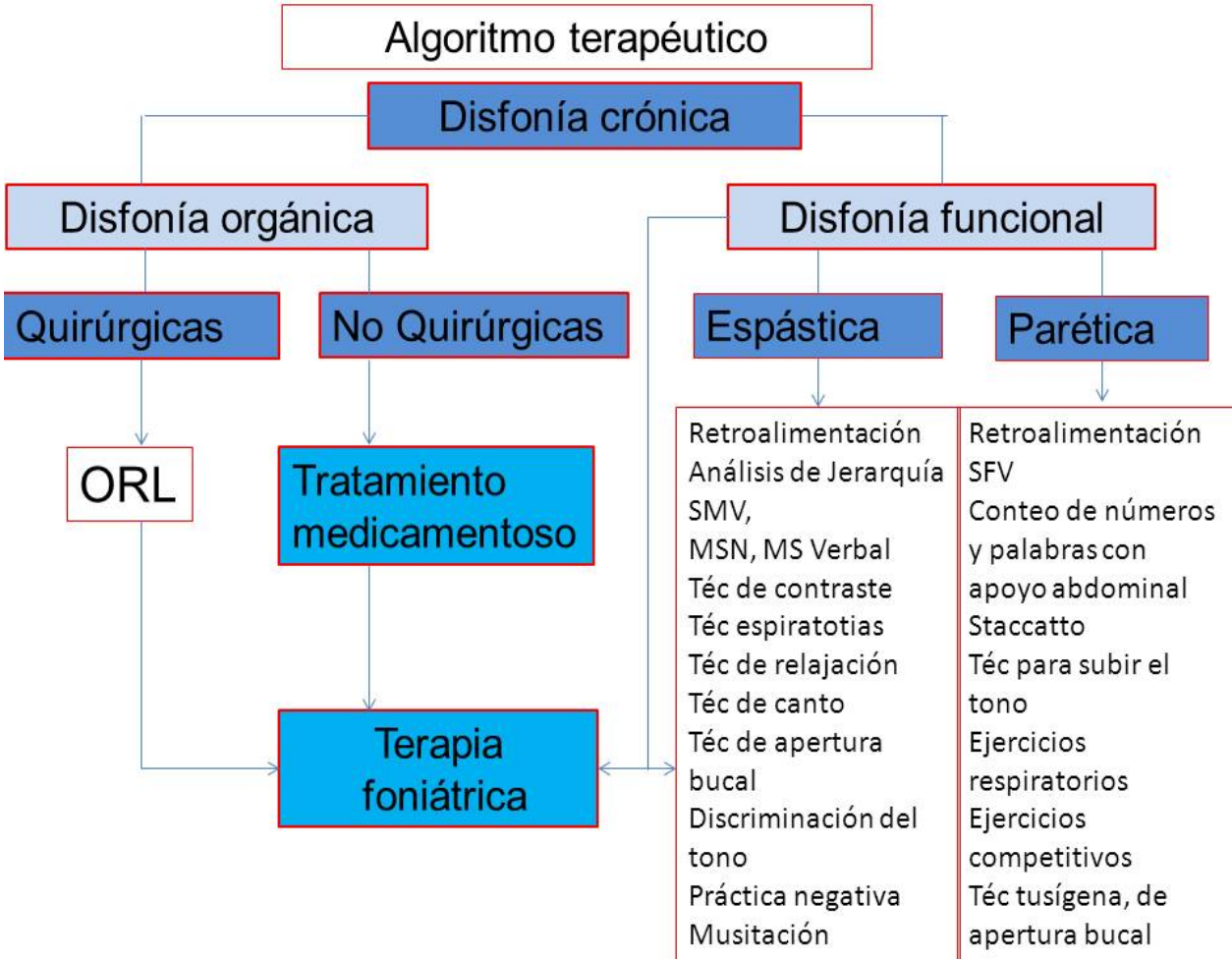
## EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

<b>Indicadores de Estructura</b>		<b>Estándar</b>
Recursos humanos	% personal disponible (Logopeda y personal auxiliar con entrenamiento específico en el contenido del protocolo)	>90 %
Recursos materiales	% Aseguramiento del instrumental y equipos médicos según PA	95 %
	% Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95 %
	% Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95 %
Organiza- tivos	% Disponibilidad diseño organizativo para aplicar el PA	95 %
	% Planilla Recogida Datos del PA/atendidos	100 %
	% ingreso de planillas a la Base de Datos	100 %
<b>Indicadores de Proceso</b>		<b>Estándar</b>
% pacientes con disfonía crónica que reciben las recomendaciones terapéuticas a partir de la consulta # 4		> 90 %
% pacientes con concurrencia al departamento técnico		> 80 %
% pacientes c/análisis realizados según lo recomienda el PA		> 90 %
<b>Indicadores de Resultados</b>		<b>Estándar</b>
(A) % pacientes con diagnóstico confirmatorio a partir de consulta # 4		> 90 %
(B) % pacientes c/mejoría ostensible de parámetros vocales por apreciación clínica y opinión del paciente en los primeros 3 meses		> 90 %
(C) % pacientes con disfonía crónica que se manifiestan satisfechos de resultados obtenidos		> 90 %
(D) % pacientes con disfonía crónica con mejoría ostensible del componente orgánico laríngeo ( ) desaparición o disminución de tamaño de la lesión ( ) del componente inflamatorio ( ) mejoría de la coloración y ( ) otros en los primeros 3 meses		> 90 %

Realmente y siguiendo a la mayoría de los autores (Monserat, 2001) (Outsaline,J.H 2007), no hay parámetros totalmente estandarizados en los trastornos de la voz para medir el grado o cuantía de los mismos y el grado de resolución, y los que se utilizan tienen cierto componente de subjetivismo. Según las exhaustivas revisiones (Cochrane, 2007), no se encontraron estudios que evaluaran esta medida de resultados.

Nosotros utilizamos el parámetro de mejoría vocal (B), analizando la mejoría del timbre, la intensidad, la diplofonía y la calidad global, y lo hacemos objetivo a través del test de GRBAS. En nuestro medio es muy difícil medir la eficacia del tratamiento logofoniatrico con métodos objetivos (análisis acústico,

fonetogramas, estroboscopia, etc.), por lo que debemos estimar como parámetro importante el porcentaje de satisfacción del paciente con respecto a la atención que ha recibido y a la mejoría que ha experimentado, con el índice de satisfacción, obtenido mediante encuestas (C). Otras mediciones objetivas de mejoría (D), es la constatación mediante laringoscopias evolutivas, del estado orgánico y funcional de la laringe de nuestros pacientes en el curso del tratamiento medicamentoso o con ejercicios funcionales.



## BIBLIOGRAFÍA

- Arias, O. R., Hernández S. H (.2011): Disfonía o Ronquera (trabajo de revisión). Disponible en: <http://articulos.sld.cu/otorrino/>
- Barreiras, M. et al (2010): Guías clínicas-disfonías. Guías clínicas 2010; 10 (16).disponible en: [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
- Blarcos, A. (1999): Multi-speech program. Rev. Logopedia, Foniatría y Audiología. Vol.XIX. Nº 2,  
------(2008): Alteraciones de la voz.Blogsmedicina.com
- Boone, R. (1990): La voz y el tratamiento de sus alteraciones. Rev. Médica panamericana. B. Aires, 113-166 p p
- Claudia,R.(2008):Situaciones de uso y mal uso vocal: <http://www.prosalud.net> en logopedia. Net 31pp
- Cobeta, I. (2000) Medicación en las disfonías. Rev. Logopedia-mail. Nº 24, online.
- Fernandez,B.M et al.(2009): Disfonía. Fisterra.com, Guías Clínicas; 9(12)
- Gamboa J. et al. (2006): Valoración estroboscópica de laringitis crónicas. Acta otorrinolaringol esp. 57; 266-269 pp
- García R. J (2010): Disfonías funcionales. Disponible en: <http://www.otorrinoweb.com>
- García R., Tapia. (1996): Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz: Edit. Günsi. S. A. Sociedad española de ORL y patología Cérvico-facial.
- Gary, S.rachelefsky et al (2007): Impacto de los corticoesteroides inhalados en la inducción de eventos adversos orofaríngeos (meta análisis).Ann Allergy Astma Inmulol, 98:225-238.pp
- Herrera, T.S (2009): Amiloidosis laríngea.Rev.de la Soc.aragonesa de otorrinolaringología. Vol.12, n 2.
- Hopkins C, Yousaf U, Pedersen M. (2008): Tratamiento del reflujo ácido para la ronquera (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford
- Monserat, B. (2001): Eficacia del tratamiento foniátrico en patología vocal. Rev. Española de Foniatría, Vol. II, 15-24 pp.
- Ortega,A(2002): Utilidades de la estroboscopia digital en el diagnóstico de la Disfonía. Rev. Otorrinolaringol cir cab-cuello. 32: 299-302.pp



- Outsaline, J.H. et al. (2007): Intervenciones para el Tratamiento de la disfonía funcional en adultos. la biblioteca Cochrane plus. No.4.
- Pedersen M, McGlashan J. (2007): intervenciones quirúrgicas versus no quirúrgicas para los nódulos de las cuerdas vocales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número4. Oxford.
- Portela, R. et al. (2011): Disfonías crónicas con lesiones cutáneas cervicales. cad aten primaria, volumen 18 .disponible en: <http://www.agamfec.com>
- Ruiz G. R. (2010): Voz de bandas. Otorrinoweb.com
- Sanz, L. L. Et al (2011): Protocolo diagnóstico de la disfonía. Medicine.2011; 10:6206-9. Disponible en: <http://www.medicineonline.es/medicine/ctlServlet>
- Schwartz SR, Cohen SM, et al. (2009): Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). Otolaryngol Head Neck Surg. 141(3) Suppl 2):S1-S31.