

# **LOGOPEDIA Y FONIATRIA**

# **PARÁLISIS RECURRENCIAL**

## **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. Raiza Gata Pérez**

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

La parálisis recurrente es el cese o la disminución de la motilidad de una o ambas cuerdas vocales debido a la interrupción de la inervación del nervio recurrente sobre una o ambas cuerdas vocales, por una enfermedad local o por la afectación del nervio en su largo recorrido, en el que tiene íntima relación con una serie de estructuras del mediastino, los pulmones, la glándula tiroidea, el esófago, la tráquea y el paquete vasculo nervioso del cuello. Por otra parte, los recurrentes son ramas de los nervios vagos, que salen de la unión bulbo protuberancial y que a su vez reciben inervación de la corteza a través de los haces córtico-bulbares, cosa que implica otras múltiples y complicadas relaciones con estructuras anatómicas del cerebro que si se afectan pueden ocasionar también parálisis del vago, y por ende, de la cuerda vocal correspondiente.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El **síntoma** fundamental de esta parálisis es la **disfonía**, aunque la **disnea** y la **disfagia** van a estar en mayor o menor grado presentes en dependencia de la posición en que quede la cuerda vocal paralizada o de si el problema es unilateral o bilateral:

- Cuando es **bilateral**
  - ✓ Si las cuerdas vocales quedan en posición de **aducción** constituye una urgencia médica y el paciente necesitará una traqueotomía. (Tortosa, S, 2006), para después hacer cordectomía posterior u otra técnica que permita el paso aéreo a través de la glotis. (Landa, M, 2011).
  - ✓ Si por el contrario, cuando es **bilateral** y las cuerdas vocales quedan en posición de **abducción** el paciente no tendrá disnea pero sí una falta total de voz, imposibilidad para toser, peligro de bronco aspiración y disminución de la capacidad para esfuerzos físicos.
- La mayoría de los pacientes con el diagnóstico de la entidad que nos ocupa, tienen una **parálisis unilateral**:
  - ✓ Si la patología causal está **por debajo** de la emergencia del nervio laríngeo superior (recurrente puro), la cuerda vocal paralizada quedará muy cercana a la línea media, por lo que la disfonía no será muy marcada.

- ✓ Si la patología causante es **más alta** en el cuello y toma también el laríngeo superior, la posición de la cuerda vocal paralizada será intermedia o a veces en abducción, lo que dará una gran disfonía.
- Se pensará en la entidad ante todo paciente con disfonías, acompañada o no de falta de aire y disfagia, que tenga o no antecedentes de trauma laríngeo externo o interno, cirugía de cuello, (Ríos, 2010; Lucenas, 2007; Selh, R, Schwartz, 2009; Castro, 2011), alteraciones de esófago, de pulmón, de mediastino, de la región cervical, alteraciones neurológicas, intoxicaciones químicas o cuadros virales anteriores.
- Se tendrá en cuenta que en muchas ocasiones no existen antecedentes patológicos personales y que el síntoma de parálisis vocal es quizá el primero en manifestarse en una enfermedad de los sistemas u órganos mencionados y que particularmente en la cirugía de tiroides, es a veces más frecuente una disfunción recurrencial transitoria que una parálisis recurrencial definitiva (Gómez-Palacios, 2011).

### **Examen físico**

- El diagnóstico se hará fundamentalmente por la imagen laringoscópica. Se constatará la inmovilidad o la disminución de la motilidad de una o ambas cuerdas vocales y la posición en que han quedado paralizadas.

Las parálisis recurrenciales pueden estar:

- Asociadas a enfermedades generales como la poliomielitis, la esclerosis múltiple, el síndrome de Guillain Barré, la esclerosis lateral amiotrófica, la diabetes, las collagenopatías, la tuberculosis, la sífilis, el virus de herpes simple y herpes zoster y los accidentes vasculares cerebrales.
- Pueden coincidir con la parálisis de otros pares craneales (parálisis combinadas), en cuyo caso ocasionan también trastornos de la articulación de la palabra (disartrias).

### **Diagnóstico diferencial**

Se hará con enfermedades que ocasionan disfonías, disfagias y disnea:

- Disfonía funcional crónica, incluyendo la disfonía psíquica
- Distonía laríngea o espasmodia, sobre todo abductora
- Alteraciones congénitas laríngeas
- Artritis cricoaritenoides

- Carcinoma *in situ* de laringe
- Miastenia grave
- Polineuropatías
- Cardiopatías
- Pneumopatías
- Alteraciones motrices u orgánicas de esófago
- Enfermedades del tiroides

## CLASIFICACIÓN

### Por la localización anatómica:

- Centrales: (localizadas en el SNC). Constituyen 10 % de las parálisis.
- Periféricas: (localizadas en los nervios periféricos). Constituyen 90 % de los casos. Las periféricas a su vez se dividen en:
  - ✓ Traumáticas
  - ✓ Quirúrgicas
  - ✓ Compresivas (de esófago, de tiroides, cardiovasculares, pulmonares, mediastínicas)
  - ✓ Infecciosas
  - ✓ Tóxicas
  - ✓ Inflamatorias

### Por la posición en que quedan paralizadas:

- Medias
- Paramedias
- Intermedias
- En Abducción

*Pueden ser unilaterales o bilaterales*

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS O CONFIRMATORIAS, O AMBAS

Se hará la historia clínica de la especialidad (planilla de protocolo) consignando los datos propios de una disfonía crónica. Se insistirá en el interrogatorio sobre antecedentes quirúrgicos, traumatismos, disnea, disfagia, debilidad muscular y otros síntomas neurológicos.

- Se hará test de **GRBAS**
- Se constatará el tiempo de fonación. Se tomará como anormal si es < 10 seg.

- Se medirá el índice **S/Z**
- Laringoscopia indirecta; si no es concluyente se hará fibroscopía
- Estroboscopia
- Análisis acústico

Ante toda parálisis recurrencial será obligatorio indicar:

- Exudado nasal y faríngeo
- Radiografía de tórax
- Ultrasonido de cuello

Si estos exámenes son negativos, se harán los estudios específicos según el índice de sospecha de la patología de base del paciente (interrogatorio, cuadro clínico). Los posibles exámenes son los siguientes:

- Hemograma
- Eritrosedimentación
- Glicemia
- Radiografías de columna cervical y cráneo
- Tomografía axial computarizada de laringe, cráneo y tallo cerebral
- Potenciales evocados de tallo
- Esófago grama
- Otros exámenes en dependencia del caso.

Interconsultar con la especialidad correspondiente si alguno de estos complementarios son positivos. Si el paciente viene con el diagnóstico de la patología de base (que puede hacerse a veces con el propio interrogatorio), no será necesario este estudio. Se tendrá en cuenta la opinión del neurólogo y del especialista en otorrinolaringología para el diagnóstico etiológico y la conducta clínica y quirúrgica si fuera necesario.

### **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

- La terapia foniátrica es en todos los casos, el método de elección para el tratamiento rehabilitatorio.
- Con la sección total del laríngeo inferior y superior, y en algunos casos de tipo oncológico se utilizan métodos quirúrgicos como la tiroplastia con silicona. (Yangali, 2008), (Christian, 2008).

- En otros casos se utilizará la inyección intracordal de colágeno o grasa autóloga para mediatizar la cuerda vocal. En estos últimos casos la reabsorción grasa que ocurre con el tiempo empobrece los resultados.

### **Tratamiento medicamentoso**

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

### **Tratamiento higieno dietético**

- No abusar de la voz.
- Eliminar hábitos tóxicos como alcoholismo, y hábito de fumar.
- Evitar otros irritantes.

### **Tratamiento rehabilitador**

Se comenzará siempre con ejercicios estimulativos:

- Técnica de empuje (SFV).
- Emisión de (P) sin empuje.
- Emisión de P-larga.
- Conteo, palabras y frases con apoyo abdominal.
- *Staccatto*.
- Técnica tusígena.
- Oraciones con aumento sucesivo de palabras.
- Técnicas entonacionales.
- Técnica para elevar el tono.
- Ejercicios respiratorios.

La realización de estas técnicas puede ser apoyada por diferentes programas informáticos que existen, (Martínez, L. 2007).

### **Seguimiento**

El paciente será visto por consulta externa con periodicidad quincenal en los primeros dos meses si el diagnóstico etiológico no está hecho y después con periodicidad mensual.

Acudirá al departamento técnico todos los días si está ingresado y una vez por semana si es externo, donde hará los ejercicios con el Licenciado en sesiones de 20 a 30 minutos. Las diferentes técnicas podrán durar entre 4 y 8 semanas o más. Se le orientará la realización de los mismos en el hogar.

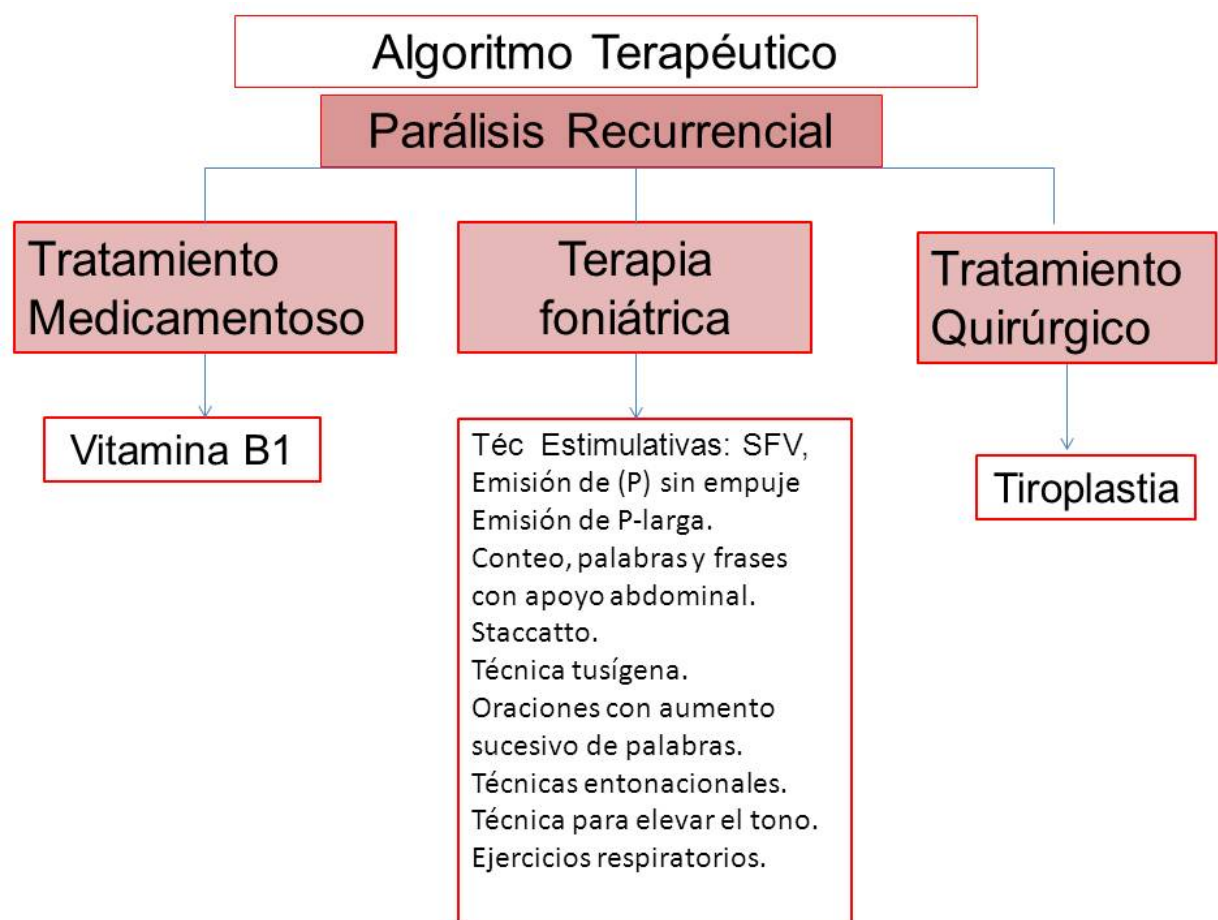
## EVALUACIÓN DE RESULTADOS

| <b>Indicadores de Estructura</b>   |  | <b>Estándar</b> |
|--|--|-----------------|
| Recursos humanos   | % personal disponible (Logopeda y personal auxiliar con entrenamiento en el contenido del PA para su aplicación) | > 90 %          |
| Recursos materiales  | % Aseguramiento instrumental y equipos médicos s/PA  | > 95 %          |
|  | % Disponer de los medicamentos expuestos en el PA  | > 95 %          |
|  | % Disponer de recursos para aplicación de investigaciones  | > 95 %          |
| Organizativos  | % Disponibilidad, diseño organizativo para aplicar el PA   | > 95 %          |
|  | % Planilla Recogida Datos del PA/pacientes atendido  | 100 %           |
|  | % Planillas ingresadas en la Base de Datos   | 100 %           |
| <b>Indicadores de Proceso</b>  |  | <b>Estándar</b> |
| % pacientes con parálisis recurrencial que reciben las recomendaciones terapéuticas a partir de la consulta # 4                                    |  | >90 %           |
| % pacientes c/parálisis recurrencial con concurrencia al departamento técnico  |  | >80 %           |
| % pacientes con parálisis recurrencial con análisis realizados según lo recomienda el PA   |  | >90 %           |
| <b>Indicadores de Resultados</b>   |  | <b>Estándar</b> |
| (A) % pacientes con diagnóstico confirmatorio etiológico a partir de la consulta # 4   |  | >90 %           |
| (B) % pacientes con mejoría ostensible de algún parámetro vocal por apreciación clínica y laringoscópica y opinión del paciente después de 6 meses |  | >90 %           |
| (C) % pacientes con parálisis recurrencial en posición intermedia que se manifiestan satisfechos de resultados obtenidos                           |  | >80 %           |

En cuanto a resultados se medirá fundamentalmente la mejoría de parámetros clínicos (B) (intensidad, timbre, diplofonía, mediante el test de GRBAS, el tiempo de fonación y otros cambios respiratorios en los primeros 6 meses. Se señalarán cambios evolutivos también en cuanto a pausas inapropiadas durante el habla, hiperfunción respiratoria y exhaustación. Se precisarán los cambios en la imagen laringoscópica que acompañen a esa mejoría.



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 la opinión del paciente con respecto a la atención que ha recibido y a la mejoría que ha experimentado, luego, el índice de satisfacción(C), basado en la consideración del paciente sobre su incapacidad vocal y sobre los cambios en los parámetros de su voz será un indicador a evaluar.



## BIBLIOGRAFÍA

- Castro J. Et al (2011): Carcinoma medular de tiroides. Estudio multicéntrico. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. vol.48, N supl. Disponible en: <http://www.raem.org.ar/>
- Christian O. (2008): Experiencia clínica en el manejo de parálisis cordales en posición abierta. Rev.hosp.Clin.Univ.Chile; 19:97-104 pp.
- Daño al nervio laríngeo (2006):Vol. II 75—90, Disponible en: [http://medlineplus.gov/ spanish](http://medlineplus.gov/spanish).
- Garaspe, J.M. (2001): Eficacia del tratamiento foniátrico en patología vocal. Grado de discapacidad vocal: Rev. Española de Foniatría, Vol. II 75-90 pp.
- Gomez-Palacios,A.et al(2011): Morbilidad postoperatoria en cirugía tiroidea. Revista española de investigaciones quirúrgicas ISSN 1139-8264, Vol. 14, Nº. 3. 147-152 pp.
- Landa M. et al (2011): Corpectomía posterior. Nuestra experiencia. Acta otorrinolaringol Esp.63:26-30.vol.63 N1.
- Lucenas, J. R. (2007): paresias o parálisis de las cuerdas vocales después de tiroidectomía. Rev.electrónica de Biomedicina. <http://biomed.uninet.edu,1:15> pp.
- Martínez.L.J.et al, (2007): Las nuevas tecnologías de la informática aplicadas a la rehabilitación logopédica. Disponible en: <http://espaciologopedico.com>
- Ríos, A. et al, (2010): Bocio intratorácico tóxico. Perfil clínico y morbilidad quirúrgica en una unidad de cirugía endocrina. Endocrinol Nutr.doi:10.1016/j.endonu. 02.012.
- Selh, R,Schwartz et al(2009):Clinical practice guideline:Hoareness.Otolaryngology-head and neck surgery. VOL 141, S1-S31.
- Tortosa, S. (2006): Parálisis bilateral de cuerdas vocales. Disponible en: <http://hospitalalassia.com/docenciainv/tiparaliscuerdas.htm>.
- Yangali R, Moreno, K, (2008): Parálisis vocal permanente. Corrección quirúrgica con tiroplastia tipo1. An Fac Med. 69 (1):52-5. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe>

