

Título: PARÁLISIS RECURRENCIAL

Autores:

Dr. Luis Alvarez Lami.

Especialista de 2º Grado en Logopedia y Foniatría. Profesor Auxiliar.

Dra. Ana Cecilia Bermúdez Mendoza.

Especialista de 1er. Grado en Logopedia y Foniatría. Profesora Asistente.

Lic. María Esther Muños Hermida. Licenciada en Logopedia. Profesora Asistente.

Lic. Roxana Alvarez Rivera. Licenciada en Logopedia. Profesora Asistente.

Servicio de Logopedia y Foniatría

Email: logfon@hha.sld.cu

Introducción

La parálisis recurrencial 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.

Objetivos

- Actualizar la temática de la parálisis Recurrential a especialistas y residentes.
- Sistematizar el estudio diagnóstico y el tratamiento de la parálisis recurrential.
- Facilitar las investigaciones sobre el tema.

Desarrollo

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 y las cuerdas vocales quedan en posición de aducción constituye una urgencia médica y el paciente necesitará una traqueotomía, para después hacer corpectomía posterior u otra técnica que permita el paso aéreo a través de la glotis.

Si, por el contrario, 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 (recurrencial 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. Si el tiempo de evolución del cuadro ha sido suficiente, puede observarse atrofia muscular por denervación de la cuerda afectada, que se hace más delgada, corta, con el borde libre atrófico y cóncavo. La cuerda vocal en posición más baja. Puede existir vibración asimétrica, de mayor amplitud, cosa que mejora el pronóstico. En cambio, si la mucosa no vibra, sino que se mueve como vela al viento por el flujo aéreo fonatoria, el pronóstico es peor.

El impacto de la variación de la cualidad de la voz deriva en pérdidas de vida social y profesional. El individuo se torna introvertido super reactivo ante el estrés, a veces agresivo e impulsivo. El grado de neurotismo está asociado a depresión o ansiedad, cosa que también ocurre en disfonías nodulares o de otro tipo, lo que contribuya a empeorar los síntomas. El diagnóstico se hará fundamentalmente por la imagen laringoscópica. Se pensará en la entidad ante todo paciente con disfonías, acompañada o no de falta de aire o disfagia, que tenga o no antecedentes de trauma laríngeo externo o interno, cirugía de cuello, 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. Se constatará en la laringoscopia 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 Poliomieltis, la Esclerosis Múltiple, el Síndrome de Guillain Barré, la Esclerosis Lateral Amiotrófica, la Diabetes, las Colagenopatías, la Tuberculosis, la Sífilis, el virus de Herpes Simple y Herpes Zoster y los accidentes vasculares cerebrales. Casos raros se describen como en el Síndrome de Ramsay-Hunt, que además de parálisis facial y pérdida auditiva por Herpes ótico, hay afectación del Pneumogàstico con parálisis recurrencial. La probabilidad de recuperación depende en gran parte de la etiología, existiendo buen pronóstico en la parálisis recurrencial idiopática. Puede 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:

1. Disfonía Funcional Crónica, incluyendo la disfonía psíquica.
2. Distonía laríngea o Espasmofonía, sobre todo abductora.
3. Alteraciones congénitas laríngeas.
4. Artritis Cricoaritenoides.
5. Carcinoma in situ de laringe.
6. Miastenia grave.

7. Cardiopatías.
8. Pneumopatías.
9. Alteraciones motrices u orgánicas de esófago.
10. Enfermedades del tiroides.
11. Polineuropatías.
12. Enfermedades de la columna cervical.

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:

1. Traumáticas
2. Quirúrgicas
3. Compresivas (de esófago, de tiroides, cardiovasculares, pulmonares, mediastínicas)
4. Infecciosas
5. Tóxicas
6. Inflamatorias

Por la posición en que quedan paralizadas:

1. Medias
2. Paramedias
3. Intermedias

4. En Abducción

Pueden ser unilaterales o bilaterales

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS Y O CONFIRMATORIAS

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. Las indicaciones precisas de los estudios de imagen en laringe son los casos de parálisis cordal que no son secundarios a procedimientos quirúrgicos, en los que se necesita descartar un proceso neoplásico que afecte el trayecto de los nervios laríngeos recurrentes o cuando se desea evaluar la extensión en casos de cáncer laríngeo. También es útil en los casos en que se necesita valorar la integridad o permeabilidad de la vía aérea en la tráquea. Los estudios de imagen también son útiles en casos de neoplasias que afecten la laringe u órganos aledaños y en casos de traumatismos que dañen la vía aérea.

1. Se hará test de **GRBAS**
2. Se constatará el tiempo de fonación. Se tomará como anormal si es < 10 seg.
3. Se medirá el índice **S/Z**
4. Laringoscopia indirecta; si no es concluyente se hará fibroscopía
5. Estroboscopia
6. Análisis acústico

Ante toda parálisis recurrencial será obligatorio indicar:

1. Exudado nasal y faríngeo
2. Radiografía de tórax
3. Ultrasonido de cuello
4. Radiografía de esófago

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:

1. Hemograma completo
2. Eritrosedimentación
3. Glicemia
4. Radiografías de columna cervical y cráneo
5. Tomografía axial computarizada de laringe, cráneo y tallo cerebral
6. Potenciales evocados de tallo
7. Esófago grama
8. Serología
9. Mantoux
10. Esputo BAAR

Otros exámenes en dependencia del caso entre los que puede incluirse la electromiografía. En un estudio de parálisis laríngea, encontró que la electromiografía tuvo un valor predictivo en un 88% de los casos ya que da información acerca del

estado de los nervios y músculos laríngeos, completando la evaluación diagnóstica, fundamentalmente en los trastornos del movimiento laríngeo. Es también un modo de diferenciar la parálisis con la fijación Artenoidea por artropatía. Según Muñoz, I. C. puede ser empleada en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los trastornos del movimiento incluyendo las distonías laríngeas, Parálisis de cuerdas vocales y alteraciones neurológicas. A través de ella podemos saber si el daño es completo y no hay posibilidad de recuperación, a fin de ofrecer al paciente una técnica definitiva para mejorar su voz.

Se ínter consultará con la especialidad correspondiente si algunos 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. Cuando la causa de parálisis es la sección total del laríngeo inferior y superior, y en algunos casos de tipo oncológico se utilizan métodos quirúrgicos como la tiroplastia con silicona, pero tiene más actualidad la inyección intracordal de colágeno o grasa autóloga para mediatizar la cuerda material carente de inconvenientes y con muchas ventajas, siendo actualmente considerado el material biológico ideal por su gran disponibilidad, excelente biodegradación, mínima reacción inmunitaria y excelente compatibilidad. Conocemos que la reabsorción que se produce al poco tiempo, con

necesidad de re infiltración empobrece los resultados, al menos como una solución definitiva. De todas formas, en nuestro medio no hay experiencia en esta técnica.

Tratamiento medicamentoso

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

En algún caso de parálisis uni o bilateral en abducción podría utilizarse la vía intramuscular de vitamina B1, B6 B12 dos veces por semana, aunque no existe evidencias de que la vitaminoterapia sea curativa, sino como método coadyuvante.

Tratamiento Higiene Dietético

1. No abusar de la voz.
2. Eliminar hábitos tóxicos como alcoholismo y hábito de fumar.
3. Evitar otros irritante

Tratamiento Rehabilitador

Se comenzará siempre con ejercicios estimulativos:

1. Técnica de empuje (SFV).
2. Emisión de (P) sin empuje.
3. Emisión de P-larga.
4. Conteo, palabras y frases con apoyo abdominal.
5. Staccato.
6. Técnica tusígena.
7. Oraciones con aumento sucesivo de palabras.
8. Técnicas entonacionales.

9. Técnica para elevar el tono.

10. Ejercicios respiratorios.

La realización de estas técnicas puede ser apoyada por diferentes programas informáticos que existen.

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.

Indicadores

Indicadores de estructura		Estándar
Recursos humanos	% de Logopeda y personal auxiliar con entrenamiento específico.	>90%
Recursos materiales	% de aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA.	>95%
	% de disponibilidad de los medicamentos expuestos en el PA	>95%

	% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones.	>95%
Recursos	% de disponibilidad del diseño organizativo para aplicar el PA.	>95%
Organizativos	% de planillas para la recogida de datos del PA.	100%
	% de base de datos electrónica.	100%

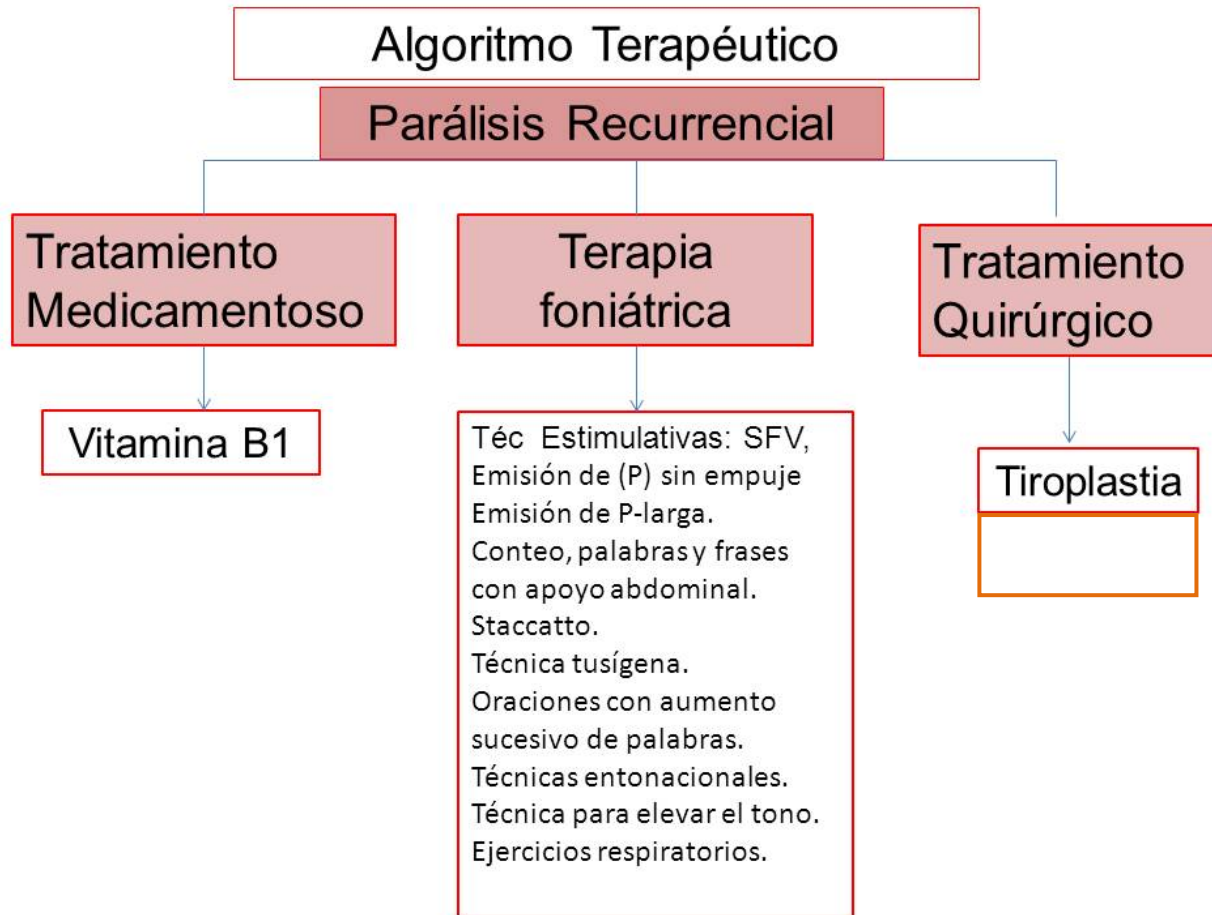
Indicadores de procesos	Estándar
% de pacientes con parálisis recurrencial que reciben las recomendaciones terapéuticas a partir de la consulta # 4.	>90%
% de pacientes con parálisis recurrencial con concurrencia al departamento técnico.	>80%
% de pacientes con parálisis recurrencial con análisis realizados según lo recomienda el PA.	>90%

Indicadores de Resultados	Estándar
% de pacientes con diagnóstico etiológico confirmado a partir de la consulta # 4.	>90%
% de pacientes que lograron mejoría ostensible de algún parámetro vocal por apreciación clínica y laringoscópica.	>90%
% de pacientes que obtuvieron mejoría subjetiva de algún síntoma por opinión del paciente después de 6 meses.	>80%
% de pacientes con parálisis recurrencial en posición intermedia que se manifestaron satisfechos con los resultados obtenidos.	>60%

En cuanto a resultados se medirá fundamentalmente la mejoría de parámetros clínicos: 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, 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

Bothe, C, López, M. et al. (2014). Etiología y tratamiento de la parálisis laríngea: estudio retrospectivo de 108 pacientes. - Acta Otorrinolaringológica. Elsevier. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com>

Biurrun O.U (2012): Enfermedades del aparato fonador.

<http://ardilladigital.com/documentos/educacion>

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.

Figueirêdo de Almeida, A.et al. (2015). Characteristics of Voice and personality in vocal fold immobility. CoDAS; 27 (2):178-85.

Garaspe, J.M. (2001). Eficacia del tratamiento foniátrico en patología vocal. Grado de discapacidad vocal. Rev. Española de Foniatría, Vol. II 75-90 pp.

García-Lopez, I. et al. (2012). Electromiografía laríngea en el diagnóstico y tratamiento de la afección de la voz. Acta Otorrinolaringol Esp.2012; 63(6):458-464.
<http://www.elsevier.es/>

Gómez - 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.

Gomez – Torres, A., Vallejo, A. M. et al. (2013). Síndrome de Ramsay-Hunt causante de parálisis laríngea Acta Otorrinolaringológica. Elsevier. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com>

Landa, M. et al. (2011). Cordectomía posterior. Nuestra experiencia. Acta otorrinolaringol Esp.63: 26-30.vol.63 N1

Martínez, L.J.et al. (2007). Las nuevas tecnologías de la informática aplicadas a la rehabilitación logopédica. Disponible en: <http://espaciologopedico.com>

Mentasti, M.R. (2013). Disfonía por parálisis recurrencial traumática.
<http://redi.ufasta.edu.ar>

Muñoz, I. C. (2015). Técnica y aplicaciones de la electromiografía laríngea en los trastornos de la voz. Nuestra experiencia. Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja ISSN 2171-9381. abr. 6 (11): 85-93.

Riancho-Colongues, A. G. et al. (2014). Cirugía endolaríngea Fibroscópica (CELF). Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja oct. 5 (24): 195-206.

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.

Saavedra-Mendoza, A. (2014). Guía de práctica clínica de disfonía basada en evidencia. Anales de Otorrinolaringología Mexicana. Volumen 59, Núm. 3, junio-agosto.

Santiñá, J. B. (2015). Un caso de parálisis de las cuerdas vocales (parálisis de los dilatadores) en una enferma tuberculosa tratada por la sanocrisina- Ars Medica, <http://revistes.iec.cat>

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>

Vilardosa, L. E. (2015). Contribución al estudio de la parálisis recurrencial de origen aneurismático- Ars Medica, <http://revistes.iec.cat>

