

# Clínica

## CLINICA

-

Forma de inicio.

Por lo general el inicio de los trastornos es progresivo e insidioso. De 41 casos, sólo en 4 el comienzo fue brusco (Le Huche 2003).

El paciente presenta al principio crisis aisladas que afectan a algunas sílabas. Durante algunos segundos parece que su voz &ldquo;se estrangula en la garganta&rdquo;, con sensación de astringencia. Sin embargo, estas crisis son durante mucho tiempo apenas perceptible para el interlocutor, aunque muy molestas e inquietantes para el paciente debido a su carácter imprevisible y desconcertante.

Poco a poco, por etapas, las crisis se hacen más frecuentes y audibles. En ocasiones la voz presenta bruscos tránsitos a falsete.

Al mismo tiempo, la tensión del paciente se hace cada vez más evidente, y éste transmite la impresión de estar sometido a un control permanente.

La voz conversacional es a veces completamente normal, y sólo la voz proyectada, en especial la de llamada, parece a ratos vacilar, oprimirse o ahogarse en un contexto de crispación desmañada.

Muy a menudo estos trastornos aparecen cuando el paciente comienza a hablar tras un prolongado silencio.

Más raramente, la disfonía sucede a una afonía por inhibición focal.

El aspecto más o menos congestivo de los repliegues vocales, consecutivo al esfuerzo vocal, da pie con frecuencia a la prescripción de un tratamiento antiinflamatorio o antiinfeccioso, que es por completo ineficaz. Se recomienda a veces una cura de silencio vocal cuyo efecto suele ser agravante: al finalizar la cura (10 días, a veces más) el paciente comprueba con bastante frecuencia que sus dificultades como mínimo se han duplicado.

Por otra parte, a veces el interrogatorio detecta la existencia de un período de importantes dificultades por el que acaba de pasar el paciente, de causa familiar (luto) o profesional. La disfonía suele aparecer cuando el paciente comienza a superar su problema.

- Signos subjetivos.

Una vez que aparece el trastorno, el paciente suele experimentar sensaciones de opresión respiratoria y falta de soplo.

Otras veces refiere sensaciones de astricción y bloqueo en el cuello, y con menos frecuencia, contracturas abdominales y dolor al deglutir y articular.

En lo que respecta a la voz, lo que produce más desazón es su carácter imprevisible. La voz normal se bloquea a veces y otras exige un esfuerzo intenso. En algunos momentos, a pesar de éste, el paciente tiene la impresión de que no va a llegar a finalizar la frase que ha iniciado.

Por lo común, el paciente subraya que su voz es mejor por la mañana y cuando está tranquilo, alterándose con la fatiga y el nerviosismo; sin embargo, en muchos casos comprueba que su voz mejora a medida que va hablando.

Dada la intensidad del esfuerzo que debe realizar para emitir sonidos, algunos pacientes hablan de "estreñimiento verbal". Otros comentan que mientras ríen su voz se normaliza por completo: es el signo de la risa (descrito por Garde en 1964). La ingesta de alcohol y la sorpresa producen a menudo el mismo resultado.

- Signos objetivos.

Debemos destacar que no siempre es oportuno insistir en la evidencia de signos fónicos objetivos. En especial es conveniente acortar las pruebas de lectura, de voz de llamada y de voz cantada una vez aparecidos los primeros espasmos: el comportamiento de esfuerzo intenso realizado por el paciente puede ser traumático y agravar su problema. Asimismo, hay que evitar enfrentarle con excesiva brusquedad con la amplitud del deterioro de su función vocal.

- Signos fónicos y alteraciones del comportamiento de la fonación.

En este proceso los espasmos respiratorios y vocales son los que verdaderamente caracterizan la emisión vocal, facilitando el diagnóstico simplemente al oír la voz.

En su forma típica los espasmos respiratorios son el resultado de una intensa tensión respiratoria que implica los músculos respiratorios (diafragma, intercostales, músculos cervicales) y espiratorios (torácicos y abdominales), y que provoca una emisión vocal entrecortada, vibrante, con una especie de sacudidas que causan irregularidades en la intensidad de la voz. A veces un temblor regular se superpone a esta irregularidad del débito. La voz se presenta globalmente tensa, contenida e irregular, además, está agravada y es poco intensa y a veces nasal.

En algunos casos se observan emisiones vocales invertidas, produciéndose a ratos la voz en la inspiración (voz invertida).

En otros casos, los espasmos, los espasmos espiratorios desencadenan la desodorización completa de algunas sílabas, algunas palabras o, incluso, algunos finales de frase. En ocasiones también puede observarse una evolución a una afonía parcial o completa.

Cuando los espasmos respiratorios son dominantes, se habla clásicamente de disfonia espasmódica en abducción, con la salvedad de que en este caso se trata de una distonía de los músculos cricoaritenoides posteriores. Es muy posible que en este caso pudiésemos observar un trazado de hiperinervación patológica en los músculos que clásicamente son considerados como los únicos abductores de los repliegues vocales, no sin señalar que su disposición anatómica y sus inserciones explican mal por qué el borde libre de los repliegues vocales se mantienen rectilíneo (teoría de Ganz) durante la apertura activa de la glotis. Pero en todo caso, en las disfonías espasmódicas, denominadas en abducción, lo más esencial de la distonía afecta ciertamente más a la musculatura respiratoria que a la musculatura laríngea. Esto explicasin duda que, como desarrollamos más adelante, la infiltración de toxina botulínica de los músculos supuestamente responsables sea menos eficaz en esta forma clínica.

En cuanto a los espasmos vocales, son el resultado de un cierre laríngeo que, al oponerse a la emisión vocal, provoca un intenso impulso espiratorio.

Estos condicionamientos conducen en ocasiones a la producción de una voz muy irregular, caracterizada por momentos de oclusión en los que durante breves segundos la voz disminuye de intensidad, al tiempo que se eleva la tonalidad y el timbre se amortigua o se guturaliza. Estos momentos de oclusión están entrecortados por bruscos aflojamientos en los que la intensidad vocal aumenta repentinamente, con un timbre a menudo gargajeante. En suma, se tiene la impresión de que &ldquo;la voz no va a salir a pesar del esfuerzo&rdquo; y de que &ldquo;unavez que sale, inmediatamente la tapa la oclusión&rdquo;.

En otros casos la voz no presenta esta característica de gran irregularidad, pero produce la impresión de un traqueteo oprimido, con agravación de la tonalidad y adición del fry, timbre peculiar producido por la vibración aislada del borde libre del repliegue vocal. A veces incluso, la voz, oprimida y espasmódica, presenta de manera constante o a ratos un carácter casi cuchicheante.

Como sucede en los espasmos respiratorios, a los espasmos vocales se sobreañade en ocasiones un temblor regular. También puede observarse una tendencia a la nasalidad o, por el contrario, un timbre áspero o chillón.

Los espasmos vocales y/o respiratorios suelen acompañarse de un comportamiento de esfuerzo más o menos importante, con pérdida de la verticalidad, protracción del mentón y crispación facial y cervical que afecta sobre todo a la musculatura extrínseca de la laringe, a menudo con tensión muy acusada del suelo de la boca.

Como sucede con el tartamudeo, una persona que no presente dificultades vocales puede imitar con relativa facilidad la disfonia espasmódica.

#### - Voz conversacional

En primer lugar, hay que subrayar que a veces la voz conversacional puede parecerle completamente normal a un oyente no enterado, a pesar de la importante dificultad que experimenta el paciente. Un oído más experimentado notará sin embargo, la existencia de ciertas irregularidades en la intensidad de determinadas vocales, algunos aflojamientos del soplo o una característica actitud de control del habla.

Con mayor frecuencia, en la voz conversacional se aprecian espasmos respiratorios y vocales de variable intensidad, asociados o no, intermitentes o constantes, dependiendo de la importancia del trastorno.

Según los casos, se observa un débito entrecortado, un tono quejumbroso, un timbre gargajeante o nasalizado, saltos de registro, momentos de vocalización invertida, un temblor sobreañadido e incluso repeticiones de sílabas que sugieren la asociación de un tartamudeo.

A veces se aprecian crisis de espasmos que interrumpen por completo la vocalización durante algunos segundos, a pesar de lo cual el paciente continúa articulando, si bien momentáneamente su habla es ineficaz.

En situaciones extremas, la vocalización puede ser sustituida por ruidos oclusivos laríngeos (chasquidos) como los que producen algunos laringectomizados, pero incluso cuando la alteración del comportamiento vocal no es tan acusada, el interlocutor rara vez deja de percibir algo penoso, inquietante, dramático, incompresible.

Se suele apreciar que el trastorno varía de un momento a otro y que se agrava cuando el paciente presta atención a su voz o está emocionado.

Por el contrario, al reírse, el trastorno desaparece por completo: es el signo de la risa de Garde. La explicación es bastante sencilla: según Spencer, la risa corresponde a una descarga de energía que reduce repentinamente la &ldquo;tensión interior&rdquo;. Asimismo, la alteración desaparece después de bostezar, lo que se explica de la misma manera. También puede desaparecer totalmente, aunque de forma provisional, cuando el paciente produce una voz inhabitual, por ejemplo, una voz canturreante, una voz de falsete o una voz más potente.

Respecto a la voz cuchicheada, suele ser normal.

- Lectura.

Por lo general, la lectura, sobre todo la proyectada, agrava de manera considerable las dificultades de la emisión vocal. En esta ocasión a veces se observa un bloqueo completo de la voz. Sin embargo, en otros casos, la lectura facilita la emisión vocal.

- Voz de llamada.

Habitualmente la llamada es imposible con voz de pecho: los diversos intentos culminan en un bloqueo absoluto. Por el contrario, el &ldquo;yu-ju&rdquo; femenino con voz &ldquo;de cabeza&rdquo; se efectúa a veces a la perfección.

Debemos recordar que la alteración de llamada constituye en ocasiones el primer signo del trastorno. No obstante, paradójicamente esta voz de llamada puede estar relativamente conservada pese a que esté muy alterada la voz conversacional.

- Voz cantada.

La voz cantada es a menudo imposible o está muy desorganizada.

En los demás casos puede estar completamente conservada o alterada en parte, unas veces en los agudos y otras en los graves.

Debido a la existencia de un temblor subyacente, suele ser imposible el afinamiento tonal.

En ocasiones el comportamiento de esfuerzo es considerable.