

Diagnóstico

DIAGNOSTICO

Existen multitud de pruebas diagnósticas aplicables a la disfonía espasmódica, pero parece que todos los autores que han trabajado con el tema estarían de acuerdo al decir que la clínica y la experiencia van a ser las más concluyentes, así como la respuesta al tratamiento con toxina botulínica.

- Exploración laringoscópica.

Por lo común, se observa que los repliegues vocales son completamente normales, aunque a veces presentan un aspecto congestivo que traduce la irritación laríngea debida al esfuerzo.

A menudo existe una aproximación de los repliegues vestibulares, que pueden espasmodizarse violentamente durante la exploración y ocultar los repliegues vocales.

Con frecuencia, en ausencia de fonación, los repliegues vocales presentan un movimiento rápido de abducción-aducción, descrito a veces como baile de los aritenoides; este movimiento se intensifica generalmente justo antes del intento de fonación.

En algunos casos, la exploración faríngea objetiva un clono aislado de un haz muscular de la pared faríngea, de un pilar amigdalino o de la base de la lengua.

- Videolaringoestroboscopia.

La estroboscopia constituye el método más valioso de exploración laríngea cuando queremos analizar la disfonía; en realidad, es el elemento más importante de los laboratorios de voz. Si solamente pudiésemos disponer de un equipo de exploración para analizar la voz, éste debería ser el estroboscopio. En la disfonía espasmódica en numerosas ocasiones y debido a los espasmos vocales la luz estroboscópica no puede saltar haciendo la exploración imposible. Cuando se puede realizar se observan los espasmos con gran tensión en ambas cuerdas siendo la onda mucosa de características normales.

- Exploración Neurológica.

Habitualmente no descubre signo patológico alguno, aunque a veces se aprecian dificultades en lo que se refiere a las praxias bucofaciales (impericia motora).

- Valoración psicoacústica

La forma de calificar las características vocales es muy imprecisa y puede ser muy compleja, derivada, justamente, de esa imprecisión. Para simplificar y unificar criterios el Comité Japonés para las Pruebas de la Función Fonatoria propuso modificar ligeramente y adoptar la clasificación de Isshiki que ya llevaba años siendo usada. Esta valoración psicoacústica se conoce con el nombre del acrónimo GRABS, que corresponde, en inglés, a las siguientes palabras: G-Grade (grado), R-Rough (rasposa), A-Astenic (asténica), B-Breathy (Aérea), S-Strain (constreñida). Cada uno de los apartados se valora en una escala de 4 puntos (O = normal, 1 = ligero, 2 = moderado, 3 = extremo). Siendo la A y la S las que más se alteran en la disfonia espasmódica.

- Análisis acústico.

Las medidas del análisis acústico reflejan el estado de la función vocal. La desviación estándar de la frecuencia fundamental o jitter (medido en ms) y la modulación de la amplitud o shimmer son perceptiblemente más altas en los pacientes con disfonia espasmódica.

La presión subglótica suele estar por encima de lo normal en pacientes con la forma en aducción.

- Exploración Electrologográfica.

La exploración electrologográfica consiste en el registro simultáneo del glotograma (electroglotografía de Fabre) y el fonograma (trazado oscilográfico del habla del paciente).

La exploración electrologográfica descubre la existencia de alteraciones más o menos acentuadas, incluso cuando el trastorno es poco perceptible auditivamente.

Estas alteraciones están constituidas de modo fundamental por variaciones de amplitud y frecuencia.

Las variaciones de amplitud se registran en el fonograma en forma de bruscos cambios durante la emisión de vocales e incluso de consonantes, estas variaciones son a veces muy breves (‘instantáneas’) y no afectan más que a escasas ondas o a una sola. A veces aparecen ondulaciones que traducen un temblor, que se expresa por una irregularidad de la ‘curva envolvente’ del trazado.

En ocasiones se aprecia una variación regular de la amplitud que produce una característica imagen en ‘platos apilados’, que pueden interpretarse como una serie de espasmos incompletos. En un grado más avanzado puede observarse la existencia de espacios en blanco entre las sílabas de una palabra (espasmo completo), e incluso a

veces una vocal aparece fragmentada en numerosas secuencias separadas por silencios.

Las alteraciones del glotograma no siempre corren parejas con las del fonograma, lo que demuestra que la perturbación no es a veces de origen glótico, sino que procede de la musculatura extrínseca.

Respecto a las variaciones de las frecuencias, aparecen bien al comienzo de una vocal o de una palabra en forma de acceso de frecuencia aguda, correspondiente a una especie de explosión de arranque, bien por el brusco paso a una frecuencia muy elevada, bien por el desplazamiento a la octava inferior (frecuencia mitad), como en la muda de la voz.

Es posible evaluar en porcentajes el total de las alteraciones existentes en una muestra determinada del habla, lo que facilita el seguimiento evolutivo de la disfonia espasmódica.

- Análisis electromiográfico.

Nos muestra picos crecientes y altos niveles de activación de los ms. Tiroaritenoides y cricotiroideo en la forma en aducción. Mientras que en la abducción se demuestran altos niveles de activación a nivel del ms. Cricoaritenoides posterior y Tiroaritenoides.

- Pruebas de imagen.

TAC y RMN son utilizadas cuando la disfonia espasmódica va asociada a otros síntomas neurológicos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En la literatura foniátrica extranjera, especialmente la americana, se advierte de la posibilidad de confundir la disfonia espasmódica con la disfonia hipertónica (más a menudo denominada hipercinética), resultante de un simple comportamiento de esfuerzo, exista o no aproximación de los repliegues vestibulares. En realidad, la confusión sólo es factible si nos atendemos a un análisis estrictamente acústico y superficial de la voz emitida: en efecto, el timbre vocal puede alterarse en ambos procesos de manera bastante parecida.

Todas las dudas desaparecen si por encima de la alteración del timbre vocal se evalúa el comportamiento fonatorio del paciente y la tensa relación que mantiene con su propia voz, que evidentemente no controla.

La persona que presenta una simple disfonia hipertónica ejerce un esfuerzo a veces importante, pero no tiene

preocupación alguna respecto al desenlace del resultado vocal. En la disfonia espasmódica, el paciente se siente a merced de un suplemento de dificultad imprevisible que en cualquier momento puede hacerle insoportable su voz.

En los casos de disfonia espasmódica menos evidentes basta con escuchar al paciente menos de 1 minuto para detectar el discreto debilitamiento, la pequeña irregularidad reveladora de esta tan característica incertidumbre perpetua que experimenta el paciente respecto a su voz.

En cuanto a las alteraciones vocales más avanzadas, se observa que, al contrario de lo que sucede en la disfonia espasmódica, la risa (signo de Garde) tiende más bien a agravar la alteración del timbre en la disfonia hipertónica.

A decir verdad, pese a que existen varias formas de disfonia espasmódica, es suficiente con haber oído a tres o cuatro pacientes distintos para no confundirla ya con ninguna otra.

En los síndromes cerebelosos la irregularidad de la voz presenta un carácter mucho más explosivo y masivo, asociado con un enlentecimiento del débito.

Respecto a la voz de los parkinsonianos, se caracteriza por la monotonía, la aceleración del débito (festinación) y la existencia de pelilalias. Aunque la voz espasmódica puede presentar temblor, paradójicamente se comprueba que la parkinsoniana no lo presenta.

De todas formas, la exploración electrologográfica facilita siempre el diagnóstico de certeza, gracias a la especificidad de los trazos que obtiene.