

DISFONÍA. MANEJO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

Dra. M^a Encarnación Fernández Ruiz: MIR de 2º año de especialidad de ORL.

Dr. Javier Becerra Pérez: Facultativo adjunto área de urgencias.

Dr. Rafael Ruiz-Rico Ruiz-Morón: Facultativo especialista de área de ORL.

Dirección de contacto:

Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Colonia Santa. Inés s/n

29010 Málaga.

Telf. 952-649400. Extensión: 2232 (ORL) y 2396 (urgencias).

INDICE.

- I. INTRODUCCIÓN.
- II. DEFINICIÓN.
- III. DISFONÍA AGUDA. CUADRO CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
 - III.1 Laringitis agudas.
 - III.2. Traumatismos laríngeos.
- IV. DISFONÍA CRÓNICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ACTITUD TERAPEÚTICA.
- V. CONCLUSIONES.

I. INTRODUCCIÓN.

La disfonía es un signo clínico, motivo de consulta muy habitual, que tan sólo nos va a indicar de manera inespecífica una alteración en la función fonatoria de la laringe. Por estos motivos, en el diagnóstico final de la causa de la disfonía son de vital importancia la realización de una historia clínica minuciosa, y la presencia de otros signos y síntomas acompañantes, que nos podrán orientar acerca de la gravedad del proceso y la necesidad de actuaciones urgentes.

En cuanto al ámbito de asistencia de las patologías causantes de disfonía, en su gran mayoría, no son cuadros que requieran asistencia urgente, excepto aquellas que se acompañen de disnea aguda alta. Los trastornos laríngeos que presenten disfonía deben ser diagnosticados o tratados por los médicos de asistencia primaria, en especial los agudos sin signos de obstrucción aérea. Las disfonías crónicas o asociadas a otros signos del área otorrinolaringológica que nos hacen sospechar malignidad, son subsidiarias de valoración y tratamiento por el especialista.

II. DEFINICIÓN.

La disfonía es un cambio en el tono de la voz, percibido por el paciente y su entorno, que se produce por una mala vibración de una o ambas cuerdas vocales. Este trastorno indica patología laríngea, y no debe confundirse con otras alteraciones de la voz que se producen por una modulación inadecuada de la misma en el área orofaríngea, como puede ser la rinolalia abierta o cerrada, la faringolalia o déficit fonatorio derivado por enfermedades que afectan a la capacidad pulmonar.

La función fonatoria laríngea se produce por el cierre de la glotis por el músculo interaritenoso, ayudado por otros músculos laríngeos como los cricoides, que desplazan los cartílagos aritenoides hacia arriba y adentro durante la espiración, tensando las cuerdas vocales. Así pues, la voz se produce durante la espiración gracias a la vibración de las cuerdas vocales, pero el sonido que sale de la glotis no es nuestra voz, ya que ésta es el producto de la resonancia de éste sonido emitido por la glotis después de pasar por las cavidades de resonancia supraglóticas, faríngeas y nasales.

Los tipos de voces disfónicas que puede apreciar el explorador son las siguientes, según la clasificación clásica:

1. *Voz apagada*: cierre glótico ineficaz.
2. *Voz sofocada*: buena vibración glótica, pero mala resonancia debido a una tumoración que ocupa el vestíbulo laríngeo.
3. *Voz ronca*: en cualquier afección glótica de forma inespecífica.
4. *Voz leñosa*: voz con timbre áspero, que se atribuye al cáncer glótico.
5. *Voz bitonal*: debida a una vibración anómala de las cuerdas causada por una parálisis recurrencial o la presencia de una tumoración glótica que se interponga de forma inconstante en el cierre vocal.
6. *Voz eunucoide*: voz anormalmente aguda en hombre adulto.
7. *Voz quebrada*: se atribuye en el anciano a una falta de tono del músculo interaritenoides.
8. *Fatiga vocal*: aparece por la noche en los profesionales de la voz.
9. *Voz a sacudidas*: no tiene su origen en un trastorno laríngeo, sino en alteraciones neurológicas, como síndromes bulbares, pseudobulbares o parkinsonismos.
10. *Voz áfona*: ausencia completa de voz. Puede tener su origen en una causa orgánica, pero en la práctica clínica es muy frecuente la afonía psicógena, donde la voz se convierte en un susurro.

III. DISFONÍA AGUDA. CUADROS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Se detallan a continuación los cuadros clínicos que de forma más frecuente causan disfonía aguda en nuestro medio, centrándonos, de manera muy esquemática, en los aspectos clave de su diagnóstico y tratamiento.

En la práctica clínica diaria, las patologías que más habitualmente debutarán con disfonía aguda son, en primer lugar, las inflamaciones agudas de la laringe. Otros cuadros son las disfonías psicógenas. Además son causa de atención médica de urgencias los traumatismos laríngeos, que causan, desde una simple disfonía aguda, hasta un compromiso más o menos grave de la vía aérea que requerirá asistencia urgente.

III.1. Laringitis agudas.

De forma clásica, las laringitis agudas se clasifican en laringitis específicas e inespecíficas.

Las laringitis agudas específicas, se denominan así porque presentan lesiones con un aspecto macroscópico típico que las hace fácilmente reconocibles por el clínico a la exploración. Son cuadros muy poco frecuentes hoy en día en nuestro medio, consistiendo en afectación glótica por lesiones de aspecto granulomatoso y necrótico, que requieren estudio biopsico, microbiológico y serológico, pues su diagnóstico etiológico requiere la diferenciación entre patologías tan infrecuentes para nosotros como la tuberculosis laríngea o la difteria, por lo que no nos extenderemos más en la explicación, tan sólo llamar la atención sobre la posible presencia en estas patologías de obstrucción aguda de la vía respiratoria alta que requiera traqueotomía de urgencia, así como la necesidad de ingreso hospitalario urgente para estudio que nos permita llegar a un diagnóstico certero para iniciar una terapéutica específica.

Tenemos por otra parte las laringitis agudas inespecíficas, que podemos diferenciar en difusas y circunscritas.

Las laringitis agudas inespecíficas difusas, son las que veremos en nuestro medio de forma habitual, representando la gran mayoría de las consultas por disfonía aguda tanto en los servicios de urgencia como en atención primaria. El motivo de consulta, además de la disfonía, suele ser un cuadro catarral inespecífico, con febrícula, odinofagia, sensación de sequedad en la garganta y tos seca persistente. A la exploración cervical, no aparecen adenopatías significativas o bien podemos tener alguna adenopatía yugulodigástrica inespecífica inflamatoria. A la exploración laríngea, indirecta con espejillo o con endoscopio, tendremos una mucosa laríngea uniformemente enrojecida y congestiva, con aspecto reseco, pero con normalidad de la anatomía supraglótica y glótica; la movilidad de las cuerdas vocales esta conservada, si bien podemos observar cierta dificultad para el cierre completo debido a la inflamación de la mucosa. El proceso suele durar unos días, pero puede alargarse debido a la sobreinfección bacteriana, como se detalla a continuación al comentar la etiología, entonces la tos que inicialmente era seca, se hace productiva, con expectoración mucopurulenta. Debemos reseñar igualmente, que las laringitis agudas inespecíficas aparecen muy frecuentemente en el contexto de un catarro de vías respiratorias altas, apareciendo primero en forma de coriza, y descendiendo luego hacia orofaringe y laringe. El cuadro tiene buen pronóstico en general, si bien se pueden presentar complicaciones en las fases finales de la enfermedad, tales como bronquitis, bronquiolitis o neumonías que en individuos con

patología pulmonar de base o edades extremas pueden ser de gravedad. Los agentes microbiológicos más frecuentes son virus, dentro de estos destacamos Rinovirus, Virus influenza y parainfluenza, y adenovirus. En caso de sobreinfección bacteriana, suele ser por *Haemophilus influenzae*, *Neisseria catarrhalis* y neumococo. En cuanto al tratamiento, en caso de cuadro puramente viral, es sintomático, recomendándose reposo en cama, no realizar abusos fonatorios, analgésicos-antipiréticos, antitusígenos y mucolíticos. En caso de sospecha de sobreinfección bacteriana o en sujetos con facilidad para la aparición de complicaciones por ser fumadores, EPOC conocidos o edades avanzadas, se añade además tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulámico, ampicilina o un macrólido a las dosis habituales.

Llamamos laringitis agudas inespecíficas circunscritas, a los cuadros de inflamación laríngea, habitualmente por infección, que se circunscriben a una parte de la anatomía supraglótica o glótica. Son cuadros más frecuentes en la población infantil, la importancia de los cuales radica en la facilidad para producir obstrucción aguda de la vía aérea que debe ser resuelta de forma urgente. Tenemos los siguientes cuadros clínicos: epiglotitis, laringitis subglótica-laringotraqueitis y laringitis estridulosa.

La epiglotitis consiste en una inflamación de la epiglotis y todo el vestíbulo laríngeo, es decir, la supraglotis, con lo cual en realidad sería una “supraglotitis”. Es una patología típica de la edad infantil, entre los 2 y 5 años, pero no por ello debe despreciarse su posible diagnóstico en adultos, incluso en edades avanzadas. El motivo de consulta es la odinofagia con disfagia y la disnea respiratoria alta, si bien el cuadro se inicia desde pocas horas antes con sintomatología catarral inespecífica. Durante la exploración, nos llamará la atención la faringolalia o voz gangosa, “voz de patata caliente” por ocupación supraglótica y sobretodo en los niños la sialorrea por no poder tragar su propia saliva. Igualmente, se aprecia estridor laríngeo más o menos llamativo. Ante este conjunto de síntomas y signos no debemos olvidar el diagnóstico de epiglotitis aguda, pues su evolución sin tratamiento adecuado es rapidísima, pudiendo causar en el transcurso de unas pocas horas la obstrucción absoluta laríngea con el consiguiente peligro de asfixia para el paciente. En cuanto a la exploración orofaringolaríngea, no debe hacerse sin la seguridad de poder realizar una traqueotomía de extrema urgencia, pues el simple intento de deprimir la lengua por su porción más posterior puede empujar a la epiglotis edematosa hacia abajo obstruyendo la glotis de forma aguda e irreversible debido a la inflamación. Si no existe una disnea establecida, podemos plantear la intubación profiláctica para así evitar la traqueotomía, pero siempre que no exista un estridor que nos indique signo de obstrucción que podría dificultar esta intubación llevándonos

finalmente a la realización de una traqueotomía y habiendo perdido unos minutos de forma innecesaria y peligrosa. Una vez resuelto el problema respiratorio, se realiza tratamiento endovenoso con corticoides a dosis altas y antibióticos que cubran aerobios y anaerobios de la flora orofaríngea; es conveniente asociar aerosolterapia con mucolíticos y oxigenoterapia. En casos incipientes en los que sea la exploración más que la sintomatología la que nos revele la inflamación del área supraglótica, también se procederá al ingreso hospitalario para vigilar su evolución, siendo de especial importancia en su tratamiento la terapia corticoidea. Esta patología, pese a lo grave de su debut, cuando se resuelven los problemas de obstrucción respiratoria, tiene una excelente respuesta al tratamiento, con resolución del proceso en pocos días y muy buen pronóstico. En cuanto a los agentes microbiológicos causantes, en niños es ya clásica su asociación con *Haemophilus influenzae*.

Continuando con las laringitis agudas inespecíficas circunscritas, comentamos a continuación la laringitis aguda subglótica y la laringotraqueitis, aunque, como ya veremos, estas dos entidades no producirán disfonía aguda, presentando de forma característica dificultad respiratoria alta con estridor pero con fonación conservada. La laringitis subglótica se desarrolla de forma exclusiva en la edad infantil, ya que para que aparezca se precisa que exista la especial estructura tisular de la mucosa laríngea que presentan los niños, la cual presenta un corion submucoso muy grueso con abundantes glándulas mucosecretoras el cual favorece, en caso de inflamación y edema, la rápida obstrucción de la luz aérea. El cuadro clínico se inicia como un cuadro catarral de vías aéreas altas, aunque también puede aparecer en el contexto de cualquier fiebre eruptiva infantil de origen vírico. En la evolución, va a presentar una dificultad respiratoria alta, con trabajo inspiratorio, estridor, pero sin disfonía, debido a la ausencia de afectación de la glotis por el edema y la inflamación. A la exploración laríngea, la imagen típica es la de un rodete de mucosa edematosa inmediatamente inferior a las cuerdas vocales que compromete extraordinariamente la luz aérea. El tratamiento es, en primer lugar, asegurar la correcta ventilación mediante una traqueotomía urgente, y una vez estabilizado el paciente, antibioterapia y corticoterapia endovenosa, acompañada como en la epiglotitis de aerosolterapia con mucolíticos y oxigenoterapia. La laringotraqueitis puede aparecer como cuadro de debut o bien como complicación de la laringitis subglótica, y supone el edema de toda la mucosa del árbol respiratorio inferior a la glotis, pudiendo incluir entonces subglotis, tráquea e incluso bronquios pulmonares. Es un cuadro muy grave, y es lo que clásicamente se conocía como “Crup verdadero”. El cuadro de obstrucción respiratoria es mucho más llamativo, y además del estridor, presentará grados variables de broncoespasmo, por lo que la traqueotomía de urgencias será insuficiente para solucionar la dificultad

respiratoria, debiendo instaurarse la oxigenoterapia intensiva. La etiología de estos cuadros, en el caso de la laringitis subglótica, puede desencadenarse tras infección vírica de cualquier tipo, pues la conformación histológica subglótica en el niño, como ya se ha comentado, la hace especialmente sensible a mínimas inflamaciones; en cuanto a las bacterias, *Haemophilus influenza* será el más frecuente. Las laringotraqueitis agudas se asociaran más a menudo a infecciones por estreptococos.

El último tipo de laringitis aguda inespecíficas circunscritas que vamos a comentar, es la laringitis aguda estridulosa o “Pseudo-crup”. Aparece típicamente en niños con adenoides hipertróficas, y las crisis aparecen de forma repetida, de noche, sin llegar a causar insuficiencia respiratoria objetiva. Consistiría en una forma de laringitis espasmódica no estenosante, con pronóstico benigno, y que se trata con antiespasmódicos y corticoides, sin necesidad de intervención sobre la vía aérea para asegurar la correcta ventilación.

III.2. Traumatismos laríngeos:

Los traumatismos laríngeos son una patología a tratar en el área de urgencias en la que nuestro objetivo es detectar la posible obstrucción de la vía aérea a este nivel, aunque sean incluidos en este capítulo como causantes de disfonía aguda. Una variedad especial de los mismos son los traumatismos funcionales, producidos por abusos fonatorios, y en los cuales la disfonía aguda será el único síntoma, y las lesiones por inhalación de irritantes.

En cuanto a los traumatismos laríngeos orgánicos propiamente dichos los vamos a clasificar en externos e internos, según la penetración del agente lesional sea desde el exterior o siguiendo el curso de la vía aérea respectivamente. Dentro de los traumatismos externos, diferenciamos entre cerrados y abiertos, según si se conserva indemne el plano cutáneo cervical que envuelve la laringe. Los traumatismos externos cerrados laríngeos son relativamente poco frecuentes, pues la laringe es un órgano bien protegido de forma natural. Lo más común es que se produzcan en accidentes de tráfico, accidentes deportivos o laborales mediante la interposición de un cable, e intentos de suicidio con ahorcamiento o de asesinato con estrangulamiento. Las lesiones son muy variadas, desde el simple hematoma o la rotura laríngea con desgarros musculares y fractura más o menos aparatosa de su armazón cartilaginosa. El tipo más frecuente de lesión traumática laríngea cerrada es la luxación de cartílago aritenoides. En los intentos de suicidio con ahorcamiento, es típico el arrancamiento laríngeo, con separación casi completa de la tráquea.

Así pues, la variedad de síntomas será muy amplia en función de las lesiones, desde una simple disfonía aguda hasta obstrucción completa de vía aérea alta por destrucción laríngea

con asfixia, acompañada por grados variables de enfisema subcutáneo cervical e incluso enfisema mediastínico. En cuanto a los traumatismos laríngeos externos abiertos, son en su gran mayoría causados por herida por arma blanca o de fuego.

En cualquier caso, la conducta a seguir ante cualquier traumatismo laríngeo en el área de urgencias es la siguiente: en primer lugar, ante cualquier sospecha de obstrucción de la vía aérea, si tenemos estridor, enfisema subcutáneo cervical importante o cianosis, practicar una traqueotomía de extrema urgencia. No se debe intentar la intubación, pues podemos empeorar las lesiones ya existentes. A la vez que se asegura la vía aérea, es también de vital importancia la inmovilización cervical para no empeorar las posibles lesiones de las vértebras cervicales que pueden acompañar al cuadro. A continuación se debe realizar un reconocimiento de la anatomía laríngea por el especialista, si es preciso en quirófano, para reconstruir lo más tempranamente posible las lesiones del esqueleto laríngeo para así evitar secuelas posteriores. También debemos realizar una placa de tórax para descartar la presencia de enfisema mediastínico acompañante.

En caso de que el traumatismo externo laríngeo sea cerrado y leve, provocando tan sólo disfonía aguda y molestias laríngeas, se aconseja al paciente reposo relativo y evitar excesos fonatorios, pautando corticoides por vía oral y antibióticos de amplio espectro de forma profiláctica frente a la posible infección de pequeños hematomas laríngeos residuales. Se debe aconsejar observación domiciliaria y acudir de nuevo a su servicio de urgencias en caso de aparición de síntomas de obstrucción de la vía aérea.

Con relación a los traumatismos funcionales agudos laríngeos producidos por abuso vocal, el síntoma principal será la disfonía aguda o la afonía. El contexto típico de aparición de los mismos son las situaciones de grandes esfuerzos vocales que se producen en un ambiente de tensión emocional. A la exploración laríngea, encontramos unas cuerdas vocales enrojecidas de forma difusa, siendo el hallazgo más típico, aunque poco frecuente, la presencia de un hematoma asociado.

El tratamiento exigirá reposo vocal absoluto durante unos días, además de corticoides inhalados o sistémicos dependiendo de la evolución y antibioterapia si existe hematoma asociado. Los síntomas que van a aparecer tras la inhalación de una sustancia irritante, son disfonía aguda, tos irritativa, lagrimeo, dolor faringolaríngeo con sensación de quemadura y grados variables de disnea, que puede ser una sensación sin objetivarse obstrucción de la vía aérea, hasta disnea aguda con estridor y cianosis que requiera traqueotomía de urgencia. A la endoscopia laríngea, se observa inflamación y edema de toda la mucosa laríngea, pudiendo abarcar estructuras glóticas, en grado variable.

El tratamiento de las formas leves que no requieren actuación urgente sobre la vía aérea se realiza con recomendación de reposo vocal relativo, corticoides vía oral, mucolíticos y humidificación del ambiente.

IV. DISFONÍA CRÓNICA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ACTITUD TERAPÉUTICA.

Los cuadros causantes de la disfonía crónica son tan amplios que nos obligaría a realizar aquí una descripción completa de toda la patología laríngea, tema más propio de un tratado de otorrinolaringología que de un manual práctico de asistencia en el área de urgencia y de atención primaria, por lo que en este capítulo nos centraremos en los síntomas y signos que asociados a la disfonía crónica, nos deben poner sobre aviso de que nos hallamos ante una patología laríngea potencialmente maligna, y por lo tanto potencialmente letal para la vida del paciente, para así diferenciarla de otras patologías banales que también precisan de atención especializada, pero cuya demora en la asistencia no comporta riesgo vital.

Ante una consulta por disfonía crónica, nos puede orientar hacia la alta probabilidad de cáncer de laringe la presencia de cualquiera de los datos que se detallan a continuación en la historia clínica o en la exploración. Es casi la regla que el paciente sea un varón de alrededor de 55-60 años, fumador importante desde la juventud, y habitualmente también bebedor importante. Las neoplasias supraglóticas van a debutar con disfonía en los estadios más avanzados, pues la afectación glótica es más tardía, siendo los primeros síntomas los relacionados con parestesias en la garganta, cosquilleo o sensación de acorchamiento, sensación de cuerpo extraño, tos irritativa, y ya de forma más tardía odinofagia con dolor ótico ipsilateral; por último aparece la disfagia y la disfonía con cierto grado de faringolalia.

En los cánceres originados de forma primaria en las cuerdas vocales, la disfonía crónica es el síntoma de debut, aunque la disnea aguda alta por obstrucción laríngea puede aparecer en algunos casos antes que la disfonía. Acompañando a estos síntomas más específicos de afectación supraglótica o glótica, pueden aparecer otros como hemoptisis durante los accesos de tos, y cuadros constitucionales generales sugestivos de enfermedad neoplásica.

En la exploración cervical aparecen adenopatías de tamaño variable y carácter metastásico, duras, indoloras, adheridas muy frecuentemente a planos profundos, que suelen aparecer en primer lugar en vecindad regional con el tumor, para luego abarcar otras áreas

linfáticas cervicales ipsi y contralaterales. En algunas ocasiones en que el tumor esté en estadios muy iniciales las adenopatías pueden faltar, y en otros casos ser la única manifestación de la enfermedad neoplásica, caso de “primario desconocido”, ante el cual se debe realizar una exhaustiva exploración de todas las áreas ORL laríngeas y extralaríngeas. Otro dato clásico de la exploración cervical indicativo de infiltración maligna del esqueleto laríngeo, es la abolición del craqueo laríngeo, que es el crujido característico que se palpa en la región cervical anterior al movilizar el esqueleto laríngeo, pero este es un dato muy inespecífico. Ante la presencia de alguno de estos datos en la historia o en la exploración de un paciente con disfonía crónica, se debe remitir a la consulta del especialista ORL de forma preferente, donde se realizará una evaluación topográfica exhaustiva de sus lesiones mediante técnicas endoscópicas y radiológicas, y así establecer el tratamiento más adecuado, que puede ser o no quirúrgico en función del estadio de evolución de las lesiones neoplásicas. Por último, volver a hacer hincapié ante la posibilidad de asfixia por obstrucción glótica en el contexto de la enfermedad cancerosa laríngea, posibilidad que debe ser considerada por si hiciera falta practicar una traqueotomía de urgencia antes de proseguir con el estudio etiológico y de extensión de la patología.

Las otras causas cuyo motivo de consulta es la disfonía crónica, las podemos clasificar a grandes trazos en no tumorales y tumorales, entendiendo en este caso las tumorales como las derivadas de procesos benignos.

Las causas no tumorales de disfonía crónica están representadas por el conjunto de las laringitis crónicas en todas sus variedades, que pueden ir desde laringitis catarrales subagudas, laringitis atróficas, laringitis hipertróficas y laringitis funcionales por mala fonación o abusos fonatorios, entre las que cabría también englobar la afonía histérica. La única forma de laringitis crónica susceptible de malignización es la laringitis hipertrófica. El tratamiento de todas ellas incluye el abandono de hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol, el reposo vocal moderado, e incluso la reeducación logopédica, y el uso ocasional de antiinflamatorios y mucolíticos en caso de reagudización, excepto en las formas de laringitis hipertrófica causada por reflujo gastroesofágico, en la cual se pautarán protectores de la mucosa gástrica e inhibidores de la formación de HCl gástrico.

En las formas de afonía histérica muy persistentes será preciso la evaluación psiquiátrica.

En cuanto a la disfonía crónica por patología laríngea tumoral no neoplásica, nombraremos en primer lugar las formaciones llamadas pseudotumorales de la glotis, pues en el origen de las mismas se encuentra un proceso inflamatorio crónico originado por una

trastorno funcional laríngeo. Las formas pseudotumorales que pueden aparecer en la glotis son los nódulos laríngeos, los pólipos laríngeos y el edema de Reinke. Todas ellas requieren un tratamiento combinado microquirúrgico y logopédico para su curación, si bien en el pólipo laríngeo el factor funcional no es tan acusado, solucionándose habitualmente sólo con microcirugía.

Otro tipo de tumoraciones laríngeas que no asientan exclusivamente en la glotis son los quistes de retención, y los laringoceles o piolaringoceles. La sintomatología de estas es fundamentalmente la obstrucción más o menos grave de la vía aérea o la ausencia total de sintomatología, dependiendo esto del tamaño, por lo que al no ser causante de disfonía no nos extenderemos más en la explicación.

En cuanto a las neoplasias benignas laríngeas, causantes tanto de disfonía crónica como de posible obstrucción de la vía aérea, destacaremos que son muy poco frecuentes, excepción hecha de la papilomatosis laríngea. La papilomatosis laríngea la podemos ver en dos formas: difusa y circunscrita. La forma difusa es un cuadro que aparece en la edad infantil por infección local por un ADN virus de la familia papova. El niño debuta con una disfonía crónica que poco a poco se convierte en una obstrucción laríngea que precisa traqueotomía reglada para asegurar la ventilación. Es una enfermedad benigna en el sentido histológico porque estos papilomas no tienen potencial de malignidad, pero que limita considerablemente el desarrollo social del niño, pues suele aparecer alrededor de los 2 a 4 años, incluso hay casos congénitos, permaneciendo hasta la edad post-puberal, momento en que en la mayoría de los casos tiende desaparecer. En la mayoría de los casos, a pesar de la desaparición de la enfermedad, estos jóvenes deben permanecer con sus traqueotomías permeables pues las lesiones residuales de la enfermedad papilomatosa dejan estenosis laríngeas, o bien el normal desarrollo y crecimiento de las estructuras laríngeas se ha visto impedido por los papilomas. El tratamiento actual de la papilomatosis laríngea difusa, combina técnicas microquirúrgicas tradicionales o con láser con tratamientos farmacológicos con interferón, consiguiendo así remisiones más duraderas y decanulaciones más o menos temporales.

La papilomatosis laríngea circunscrita es típico de la edad adulta y puede evolucionar hacia una neoplasia maligna. Puede asentar en cualquier localización laríngea, pero lo hace sobretodo en las cuerdas vocales, por lo que su síntoma al debut es la disfonía crónica. Su origen es controvertido y no se ha demostrado su etiología viral. En su crecimiento, puede llegar a obstruir la glotis causando diversos grados de disnea alta con estridor que puede requerir la traqueotomía urgente. El tratamiento del papiloma laríngeo único es siempre la exéresis quirúrgica.

El resto de neoplasias benignas laríngeas como condromas, lipomas, etc. son excepcionales.

V. CONCLUSIONES.

En conclusión sobre todo lo expuesto, debemos destacar de nuevo que para el médico de asistencia primaria o de urgencia, la disfonía como síntoma y motivo de consulta debe ser evaluada dentro de un conjunto de síntomas y signos acompañantes que nos indicarán la posible importancia de la misma en función de la patología que nos hagan sospechar, o en función de la urgencia vital que nos marque la presencia de estos síntomas, pues no se debe olvidar que la laringe humana, además de la función fonatoria que desarrolla, es un punto anatómico estratégico en la vía aérea en cuanto a sus particularidades anatómicas que la hacen fácilmente obstruible por multitud de patologías, muchas de las cuales tienen como debut y primer aviso la disfonía. Así pues, es primordial aprender a diferenciar entre las patologías banales causantes de disfonía y las que, a más o menos corto plazo pueden tener un alto riesgo de mortalidad para el paciente.