

Trastornos de la voz en el paciente alérgico



Montserrat Bonet Agustí

INTRODUCCIÓN

La tos y la disnea, dos de los síntomas más frecuentes de la alergia respiratoria, se encuentran en muchos de los cuadros representativos de trastornos vocales¹. En la edad infantil la laringitis espástica se relaciona con alergia. Esa tos irritativa nocturna (perruna) cursa con disnea inspiratoria, disfonía y estridor (respiración ruidosa y disfónica). Es el llamado falso crup. Se trata de laringitis agudas en las que en una edad temprana con tallas de laringe pequeñas (cuerdas vocales de 7 mm), un pequeño edema de 1 mm, bilateral, ya implica disnea. También resultan muy frecuentes los cuadros de disfonías persistentes en niños con antecedentes familiares de alergia. En ellos predominan los edemas de tipo fusiforme, también llamados cuerdas vocales en grano de avena o cuerdas «butifarra» o los nódulos infantiles. Estas laringitis crónicas infantiles suelen presentarse en niños con actividades sociales ruidosas (excursiones, deportes colectivos) junto a una personalidad tensional y gritona que conllevan sobreesfuerzo vocal durante el habla y favorecen el mantenimiento de pequeñas lesiones y la persistencia de disfonía².

En la literatura médica, los trastornos de la voz en un paciente alérgico a menudo se rela-

cionan con la toma de medicación corticoidea inhalada³⁻⁵. La laringostroboscopia permite distinguir entre si existe una miopatía o sólo se trata de una laringitis causada por un edema de cuerdas vocales que también puede afectar a las vías respiratorias inferiores. El moco en forma de perlas que puede observarse sobre las cuerdas vocales así lo sugiere⁶.

La mayoría de pacientes que consultan por fatiga vocal, disfonía o sensación de cuerpo extraño en la garganta son profesionales de la voz. Los maestros y profesores constituyen el 50 % de los pacientes atendidos en una consulta de foniatría. Trabajan en ambientes ruidosos (colegios) y polvorientos (patios, gimnasios, clases con pizarras de tiza) y además viven con estrés su profesión. Muchos desconocen que su laringitis tenga relación con un problema alérgico⁷. Maestros, profesores, cantantes, actores, comerciantes, abogados o políticos usan y abusan de la voz y en consecuencia tienen más riesgo de padecer patología laríngea. Muchos profesionales de la voz iniciaron sus problemas vocales en la edad infantil y puede que su origen fuera ya alérgico. Los cantantes y actores tienen más probabilidades de desarrollar alergias respiratorias, debido al lugar donde trabajan, al tipo de trabajo que realizan y a la personalidad que desarrollan⁸. Los teatros son recintos cerrados, mal ventilados, llenos de polvo, que rara

vez se limpian a fondo. Ensayan entre cortinajes, alfombras o moquetas, viven entre vestuarios de plumas, pieles, lanas poco usadas, menos lavadas y cargadas de polvo: un ambiente propicio a contener alérgenos. Usan gran cantidad de productos cosméticos y maquillajes y, encima, inhalan tóxicos. Para la mayoría de pacientes los trastornos vocales producidos por alergia son un inconveniente menor, pero al profesional de la voz le pueden impedir ejercitar su profesión ya que afectan seriamente la calidad de su voz. Este tipo de alergia oculta, que no da la cara de forma evidente pero que subyace en muchos pacientes, es de la que vamos a tratar aquí⁹.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA LARINGITIS

La mucosa respiratoria que tapiza la nariz, la caja timpánica, la faringe, la laringe, la tráquea o los bronquios se verá afectada por mecanismos patógenos comunes¹⁰. La alergia respiratoria puede acontecer en un paciente con predominio de síntomas asmáticos o riniticos, y a veces hasta con ambas manifestaciones clínicas¹¹. La laringe se encuentra en la encrucijada aereodigestiva y padece los efectos de la mucosa respiratoria y de la mucosa digestiva. El moco nasal, si no es muy abundante, sigue el camino posterior, empujado por los cilios de la mucosa hacia la faringe y tapiza la rinofaringe mientras cae por la pared posterior de la orofaringe e irrita la glotis posterior, hasta que es deglutido (fig. 1). El 84 % de los pacientes afectados de laringitis alérgica refieren claramente picor del paladar blando y sensación de cuerpo extraño faríngeo que les obliga a carraspear y limpiar la garganta. El moco bronquial aparece desde la subglotis y, para ser expulsado, debe pasar por la laringe. La voz suele estar de ligera a moderadamente disfónica, algo ruda y muy sopladada, y a veces aparecen quiebrros durante el habla. En el 45 % de los casos existen sínto-



FIGURA 1. Moco pegado en la pared posterior de un niño de 7 años alérgico a los ácaros del polvo, con amígdalas hipertróficas. (Foto: Dra. M. Bonet.)

mas de rinitis y en el 40 % problemas de disnea y broncoconstricción. La aparición de síntomas alérgicos sucede de forma estacional en una cuarta parte de los casos y en el resto de forma perenne (se denomina resfriado continuo). Muchos pacientes desconocen que padecen alergia, pero al ser preguntados de nuevo sobre síntomas como tos inducida por ejercicio, lagrimeo, estornudos, urticaria o picor nasal responden afirmativamente^{1,7,11}.

DIAGNÓSTICO DE LARINGITIS ALÉRGICA

Ante una disfonía se realiza en primer lugar una exploración otorrinolaringológica (ORL) completa. En el caso de sospecharse una laringitis alérgica: a) la otoscopia suele revelar en un 80 % de los casos unos tímpanos azulados, mates, con restos de timpanoesclerosis secundarios a moco frecuente en la caja timpánica, de probable origen nasal; b) la faringoscopia muestra moco que cae por detrás en la pared posterior de la faringe con un paladar enrojecido e inflamado en la zona de los pilares amigdalares anteriores (fig. 1); c) la rinoscopia revela rinitis en la mitad de los casos de nuestra muestra (N = 120), con palidez de la mucosa, rinorrea líquida y pólipos nasales en un 12 % de los casos estudiados; d) se com-

pleta con una videolaringoestroboscopia digital donde se graba además de la voz del paciente la visión dinámica de la laringe, su coloración, la ondulación y simetría de vibración durante la fonación y permite observar el edema de cuerdas vocales, los nódulos vocales incipientes o los pólipos y edemas en los casos más avanzados (figs. 2 y 3), y e) finalmente se realiza la prueba acústica de la voz con la grabación digital del habla espontánea, de las vocales /a, i/, la duración de la fonación y se miden parámetros de intensidad, tono y timbre durante la lectura de un texto estándar y el canto de una canción tradicional. En el laboratorio de voz, con el programa Multi-Dimensional Voice Program (MDVP) de la empresa Kay Elemetrics, se analizan las perturbaciones de amplitud, de frecuencia y del timbre de la mejor vocal /a/ de tres obtenidas. Así se constata el grado de afectación subjetivo de la voz con medidas objetivas. En las mujeres estudiadas se observa un significativo descenso de la frecuencia fundamental (Fo) media hablada, hecho que puede relacionarse con el engrosamiento de las cuerdas vocales debido al edema. A más grosor, mayor lentitud de vibración y menor frecuencia fundamental (lo que significa mayor agravamiento de la voz: voz más masculina) (tabla 1). Ni las medidas de perturbación de la amplitud (*shimmer*) ni las de perturbación de la frecuencia (*jitter*) fueron significativas. En todos los casos se piden pruebas específicas de alergia (RAST, prick test y/o pruebas cutáneas). Cuando el paciente presenta disnea, tos persistente o sibilancias se piden pruebas complementarias espirométricas. En el 65 % de los pacientes las pruebas de alergia resultaron positivas. Los alérgenos más implicados son los ácaros del polvo, la piel del gato y el polen de las gramíneas, del ciprés y del plátano. En la primera consulta el 38 % de los pacientes diagnosticados de laringitis alérgica respondieron que desconocían si eran alérgicos. Hecho que corrobora las tesis de aler-



FIGURA 2. Moco en forma de perlas sobre cuerdas vocales de un cantante varón de 28 años de edad con disfonía por alergia al gato, que mejoró con antihistamínicos. (Foto: Dra. M. Bonet.)



FIGURA 3. Edema fusiforme bilateral de cuerdas vocales, cuerdas «butifarra», típicas de laringitis crónica de causa alérgica en una maestra de 29 años de edad, no fumadora. Tenía antecedentes familiares de alergia y antecedentes patológicos de disfonías ocasionales desde la infancia. La ondulación de la mucosa cordal fue simétrica, regular y la amplitud de vibración estaba aumentada. Mejoró con antihistamínicos y rehabilitación vocal. (Foto: Dra. M. Bonet.)

gias ocultas en este tipo de pacientes, y su descubrimiento se realiza al encontrar edema difuso de cuerdas vocales. El 62,5 % de los pacientes lo presentaba (tabla 2). Coincidiendo con Jackson (1994), el edema de cuerdas vocales puede ser el sello de una laringitis alérgica⁷⁹. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con el reflujo gastroesofágico, que suele cur-

TABLA 1. Frecuencia fundamental (Fo) media de las mujeres con laringitis alérgica por grupos de edad, junto al valor normal de referencia medio. En todas las edades destaca la agravación de la voz en las mujeres

Fo mujeres años	Laringitis alérgica media en Hz	Normal media en Hz
5-9	253	265*
10-14	252	231*
15-19	226	228*
20-29	219	227**
30-39	218	214**
40-49	207	214**
50-59	178	214**
60-69	198	209**

* Según Bonet, 1994¹⁴, ** Según Kelley, 1977¹⁵.

sar con enrojecimiento e hipertrofia de la glotis posterior y puede simular asma.

TRATAMIENTO

En un principio, el tratamiento para estos pacientes con trastornos de voz y sospecha de laringitis alérgica combina el tratamiento médico y el tratamiento rehabilitador foniatrico¹¹. Con el fin de evitar el mal uso de la voz, sobre todo en periodos en que la laringe se encuentra inflamada, se insiste en las medidas de higiene vocal: a) evitar conductas per-

judiciales para la voz (no fumar, evitar los alérgenos, evitar comidas ácidas e irritantes, no carraspear, no gritar ni forzar la voz) y b) favorecer las conductas beneficiosas para la voz (hidratación frecuente —siempre que no exista alergia a los ácaros o a los mohos—, alimentación sana y variada, relajación y técnica vocal adecuada). El tratamiento médico se inicia con antihistamínicos (AH). No se usan AH que produzcan efectos anticolinérgicos debido a la sequedad de la mucosa que molesta a los pacientes con trastornos vocales⁷. Si existe la evidencia de prueba alérgica positiva a un tipo de alérgeno se insiste en su control ambiental, y si los síntomas son importantes y molestos, se insiste en la visita al alergólogo por si considera necesario ampliar la batería de tests y la posibilidad de inmunoterapia. En algunos casos, cuando la inflamación sea perenne y no desaparezca con las medidas de higiene o los antihistamínicos, se insta a usar corticosteroides inhalados por vía nasal si existen síntomas de rinitis alérgica (budesonida 100 µg/12 h) o por vía bronquial (200 µg/12 h) si existe inflamación en la mucosa cordal o bronquial, durante al menos 2 meses. En los casos que exista disnea y compromiso aéreo bronquial y en los profesionales de la voz, de forma puntual, pueden usarse corticosteroides por vía general (oral en

TABLA 2. Frecuencia de los síntomas e imagen laríngea en 120 pacientes diagnosticados de laringitis alérgica (N = 120/983, F = 68, M = 52, edad 5-70 años) en consulta foniatrica en el periodo 2001-2005

Síntoma	N.º	Porcentaje (%)	Visión laríngea	N.º	Porcentaje (%)
Disfonía	115	95,8	Edema fusiforme	75	62,5*
Sensación de cuerpo extraño faríngeo	101	84	Nódulo vocal	23	27,6
Picor en el paladar	98	81	Moco perlado	14	16,8
Rinorrea acuosa	43	35,8	Quiste mucoso	3	3,6
Salvas de estornudos	54	45	Pólipo vocal	4	4,8
Insuficiencia ventilatoria nasal	39	32,5	Epiglotitis	1	1,2
Disnea	41	34			

*Muy significativo. F: femenino; M: masculino; N: número.

dosis decrecientes, durante 9 días, de prednisona o metilprednisolona desde 30 mg iniciales, o bien inyectables si se trata de disnea aguda o si se trata de actores o cantantes ante un espectáculo inminente).

DISCUSIÓN

En casos de alergia respiratoria (ya sea rinitis o asma) que cursen con disfonía, según nuestra opinión, deberían realizarse revisiones laringoestroboscópicas periódicas para investigar y descubrir cuáles padecen laringitis alérgica y distinguirlos de aquellos casos en los que la disfonía esté causada por miopatía secundaria a corticoides inhalados. En los 42 casos estudiados que necesitaron tratamiento con corticoides inhalados sólo tres pertenecían al grupo que pudo ser considerado como miopatía. Fueron tratados con corticoterapia por vía general, el resto de casos padecían laringitis alérgica y se beneficiaron con la medicación por vía local, desapareciendo la disfonía al mejorar la inflamación de las cuerdas vocales y de las mucosas respiratorias afectadas. Sólo dos casos fueron especialmente graves, con pólipos nasales y vocales y/o sinusitis recurrente. En uno de ellos se extirparon los pólipos con microcirugía de laringe y el otro cedió con corticoterapia por vía oral.

La mitad de los pacientes afectados de laringitis alérgica eran niños. La medicación se ajustó a su peso y respondieron favorablemente a los antihistamínicos en más de dos tercios de los casos, el resto precisó corticoterapia inhalatoria. Todos los pacientes realizaron ejercicios de rehabilitación foniátrica destinados a disminuir el sobreesfuerzo vocal provocado por la inflamación cordal prolongada. En el caso de los niños se programan 2-3 sesiones de mantenimiento trimestrales para reforzar la técnica vocal aprendida, recordar las medidas de higiene vocal y respiratoria y ajustar la medicación.

Los médicos foniatras reclamamos a los especialistas en alergia un pronto diagnóstico del alérgeno causal y así poder insistir en las medidas de higiene más adecuadas al caso y, a su vez, iniciar un tratamiento lo más precoz posible. Si no el paciente se cansa, a menudo se automedica y esto puede explicar el elevado número de pruebas de alergia negativas. O el propio médico foniatra inicia un tratamiento empírico, que retarda el diagnóstico.

En el caso de actores y cantantes¹² debe insistirse mucho en no caer en la automedicación, ya que el «chute» de cortisona (según el argot actoral) tiene efectos secundarios no deseados, que deben conocer y no magnificar. La vigilancia del cumplimiento y de los efectos secundarios del tratamiento médico¹³ puede llevarse a cabo fácilmente, gracias a que el tratamiento rehabilitador se realiza mediante visitas sucesivas a razón de 2 veces a la semana durante al menos 4 o 5 semanas, durante las cuales puede insistirse mucho en dicho cumplimiento. Además, los cantantes y actores se consideran pacientes con altas demandas de flujo aéreo y pueden padecer, como los atletas, asma inducida por el ejercicio. A menudo se benefician de tratamientos puntuales con broncodilatadores.

La paradoja de usar un tratamiento médico para mejorar la disfonía que puede dar como efecto secundario problemas vocales, puede obviarse, en algunos casos, si se inhalan los corticosteroides con espaciadores, sobre todo en niños y en profesionales de la voz. Y si aún así persiste el síntoma debe hacerse el diagnóstico diferencial con reflujo gastroesofágico. Muchos de los estudios sobre la correlación entre patología vocal y efectos secundarios de los corticosteroides inhalados no tienen en cuenta si existe laringitis alérgica concomitante y se desconoce si el paciente ya presentaba problemas vocales previos al tratamiento con corticoides. Justamente los pro-

fesionales de la voz son los que más manifiestan dichos síntomas y más se benefician de este tratamiento⁶. Después de un estudio prospectivo aleatorizado de Pedersen¹³, tanto las medidas de higiene vocal como el tratamiento médico y la rehabilitación foniátrica mejoran la voz del paciente, aunque sólo uno sea el tratamiento propuesto. En las llamadas disfonías funcionales (no orgánicas) es donde más debe buscarse el diagnóstico oculto de alergia respiratoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bucca C, Rolla G, Brussino L, De Rose V, Bugiani M. Are asma-like symptoms due to bronchial or extra-thoracic airway dysfunction? *Lancet* 1995 sep 23;346 (8978):786-7.
2. Sah RK, Woodnorth GH, Glynn A, Nuss RC. Pediatric vocal nodules: correlation with perceptual voice analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005;69(7):903-9.
3. Mirza N, Kasper Schwartz S, Antin-Ozerkis D. Laryngeal findings in users of combinations corticosteroid and bronchodilator therapy. *Laryngoscope* 2004 sep;114(9):1566-9.
4. Toogood JH. Complications of topical steroid therapy of asthma. *Am Rev Respir Dis* 1990;141:89-96.
5. Hvizdos KM, Jarvis B. Budesonide inhalation suspension: a review of its use in infants, children and adults with inflammatory respiratory disorders. *Drugs* 2000 nov;60(5):1141-78.
6. Bonet-Agustí M, Casan-Clara P. ¿Disfonía por corticoides, verdad o mito? *Arch Bronconeumol* 1995;31(8):415-7.
7. Dzul A, Jackson-Menaldi MC. Alergia y voz. En: Menaldi J. *La voz patológica*. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 2002.
8. Molina N. La influencia de la alergia en la voz actoral. (www.asalga.ar)
9. Jackson-Menaldi CA, Dzul AI, Holland RW. Allergies and vocal fold edema: a preliminary report. *J Voice* 1999;13(1):113-22.
10. Ballenger JJ. *Enfermedades de la nariz, garganta y oído*. Barcelona: Jims;1971.
11. Bonet M. Patología nasosinusal, asma y alteraciones de la voz. *Revista de Rinología*; 2003.
12. Ihre E, Zetterstrom O, Hammarberg B. Voice problems as side effects of inhaled corticosteroids in asthma patients. A prevalence study. *J Voice* 2004;18(3):402-14.
13. Pedersen M, Beranova A, Moller S. Dysphonia: medical treatment and a medical voice hygiene advice approach. A prospective randomised pilot study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004;261(6):312-5.
14. Bonet M, Casan P. Evaluations of dysphonia in a children's choir. *Folia Phoniatr Logop* 1994;46:27-34.
15. Kelley, 1977 en: Aronson A. *Clinical Voice Disorders*. New York: Thieme Inc.; 1985. p. 51.