

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS
Facultad de Ciencias Humanas
Cátedra: Voz Normal y Patológica



FUNDAMENTOS PRÁCTICOS DE PATOLOGÍAS VOCALES

(Funciones con alteraciones del organo emisor)

Documento de Estudio: (Pasantía voz normal y patológica)

Prof. responsable: **Lic. Ana Rosa Scivetti**

Elaborado por: **Flga. Beatriz Hernández**

Año 1997

INTRODUCCION

El presente documento de estudio, está basado en una recopilación bibliográfica de patologías vocales, con alteración del organo emisor.

Siendo su objetivo, la presentación de material que permita facilitar y comprender los conocimientos sobre los trastornos de la voz, dando una descripción general de cada uno de ellos, etiología, síntomas, datos laringoscópicos, técnicas médico-quirúrgicas y procedimientos terapéuticos.

A fin de facilitar al docente como así también a los alumnos de la cátedra, analizar más fácilmente y poder comparar, las diferentes patologías, en sus características y en sus estrategias de tratamiento.

Dicho documento consta a su vez de la presentación de un cuadro comparativo de cada patología y con la opinión que cada autor, tiene con respecto a cada una de ellas.

La presentación de la temática de manera comparativa, adoptada en este trabajo, ha tenido como finalidad permitirle al lector la posibilidad de adherir a la postura teórica que considere conveniente según su criterio.

Al finalizar la lectura, cada uno habrá podido arribar a una conclusión personal en cuanto a la posición teórica que intentará adoptar.

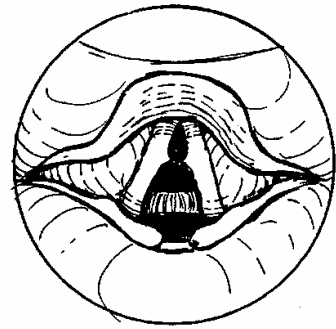
NÓDULO VOCAL

R.J. Prater
R.W. Swift

Definición

Considera este autor que los Nódulos Vocales (nódulos de cantantes y vocingleros) son una forma localizada de laringitis crónica.

Son engrosamientos benignos del epitelio en la unión del tercio anterior y dos tercios posteriores de los verdaderos pliegues vocales.



Frecuencia

Esta varía con la edad y el sexo.

En niños los nódulos vocales son más frecuentes en los muchachos jóvenes y activos. En los adultos sin embargo se detectan en forma predominante en mujeres particularmente en las que cantan a menudo.

Etiología

Los nódulos vocales son el resultado de la reacción del tejido del pliegue vocal al traumatismo y estres físico crónico de abuso o mal uso vocal.

Factores que causan laringitis crónica, contribuyen también al desarrollo de los nódulos vocales.

Muchos autores opinan que el uso inapropiado de un nivel demasiado alto o demasiado bajo habitual de tono produce una tensión laringea excesiva, contribuyendo al desarrollo de los nódulos.

Síntomas

La calidad de la voz del paciente es áspera y con soplo, con una tendencia a un tono grave. La calidad de la voz en pacientes afectados de nódulos vocales, es mejor en las primeras horas de la mañana y al transcurrir el día empeora. Una tos no productiva es también corriente.

Son pacientes generalmente muy habladores socialmente agresivos y tensos, y usan con frecuencia una voz muy fuerte. Tienen a menudo una profesión donde utilizan como herramienta de trabajo la voz.

Datos laringoscópicos.

Los nódulos vocales se presentan como engrosamiento, bilaterales y simétricos, del epitelio en los bordes de los pliegues vocales en la unión del tercio anterior y de los tercios posteriores.

- Los nódulos vocales varían en apariencia según su estado de madurez.
- Nódulos de formación reciente: blandos, rojizos, vasculares y edematosos.
- Nódulos más maduros: duros, blancos, espesados y fibróticos.

Tratamiento medicoquirúrgico

En nódulos vocales inmaduros y no fibrosos: la rehabilitación vocal es preferible a la extirpación quirúrgica, como primer método de tratamiento.

En nódulos vocales maduros y fibrosos: No responden a las técnicas de terapia de voz. El método de tratamiento es la extirpación quirúrgica.

Los nódulos vocales causados por el abuso vocal, residivan después del tratamiento, si las conductas vocales abusivas no se eliminan.

La buena higiene vocal previene la recidiva de nódulos vocales.

Terapia Vocal

El programa debe incluir los siguientes procedimientos.

1- Un programa de reposo vocal: Es opcional, a no ser que se haya realizado la denudación, quirúrgica de los pliegues, caso donde el reposo vocal es indispensable.

2- En caso de no llevar a cabo el programa de reposo, se aconseja reducir el uso de la voz, para obtener una regresión rápida de los nódulos vocales.

3- Empezar un programa de higiene vocal.

4- Deben ser eliminadas las conductas vocales abusivas, que mantienen los nódulos vocales.

TERAPIA DE VOZ

Debe dirigirse a las siguientes metas:

a. Eliminación del ataque glótico duro.

b. Apoyo respiratorio ampliado, permitiendo una producción de voz lo más eficaz posible.

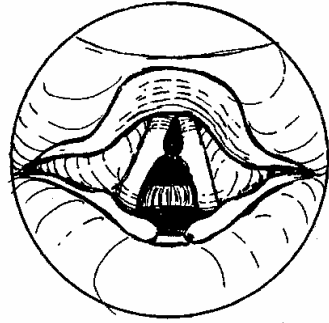
c. Reducción de la intensidad de voz.

NÓDULO VOCAL

Inés Sánchez Bustos

Definición:

Afección localizada en la unión del tercio anterior con el tercio medio de la cuerda vocal, suele ser una constante invariable el trabajo incorrecto de la misma en el transcurso de la fonación.



Etiología:

- No se debe totalmente a una deficiencia a nivel laringeo sino que pueden contribuir a ello alteraciones tales como una infección de vecindad, alteraciones vasculares o nerviosas o alguna difusión endocrina especialmente de raíz gónadas.

- Causas externas: Como cambios de temperatura, humedad, ambiente, bebidas frías etc.

- Causas endocrinas: Generalmente se da en personas de sexo femenino. Trastornos endocrinos más frecuentes son los de tipo ovárico (dismenorrea, disovarismo, climaterios) tiroideo (hipo o hipertiroidismo) y suprarrenal.

Otras causas:

- Procesos infecciosos de vecindad: rinosinusitis, faringitis, amigdalitis, laringitis etc.

- Factores emocionales como nerviosismo, desequilibrio emocional, neurosis vocal etc.

- Síntomas de disfunción hepática, intolerancia a ciertos alimentos y concomitantemente manifestaciones alérgicas.

- Trastornos cardiovasculares.

Sintomatología:

- Cenestopatías, posteriormente disfonías o alteraciones de la voz.

- Entre las primeras, sensación de cuerpo extraño al tragar, dolor agudo, sensación de constricción laringea.

También suele suceder que después de un fuerte catarro precedieron la aparición e instalación de los nódulos.

Suele confirmarse en segundo término, la ronquera que se asienta en forma permanente después de varios meses de evolución.

Características:

- Los nódulos pueden presentarse en forma uni o bilateral. Generalmente en la unión del tercio medio con el tercio anterior de la cuerda vocal.

- Nódulos atípicos: no se ubican en la zona mencionada, siendo estos menos frecuentes.

- Nódulos bilaterales: Pueden ser simétricos como asimétricos desde el punto de vista de su colocación.

- El punto habitual de formación del nódulo es explicado por Goerther, afirma que el tercio anterior cuya inserción anterior es el ángulo entrante del cartílago tiroideos es una región poco

inervada y vascularizada, siendo por lo tanto terreno hábil y propicio para que se instalen procesos vasculares y nerviosos.

Proceso de Evolución del Nódulo.

1. Estado Prenodular: Se manifiesta a modo de engrosamiento de la cuerda en el punto clásico. Puede desaparecer al cabo de un tiempo o pasar al estado siguiente.
2. Esbozo nodular: se presenta generalmente en beso, es decir simétricos y bilaterales aunque también pueden ser unilaterales.
3. Etapa final: Afianzamiento del nódulo o nódulo propiamente dicho.

Tratamiento:

Dependerá de los aspectos etiológicos que la hayan causado.

- Quirúrgico: Se recurrirá en aquellos casos en que ni la dosis de medicamentos, ni el reposo vocal de varios días antes de comenzar la reeducación hayan logrado cambios satisfactorios en la voz del paciente.
- Farmacológico: La administración de fármacos apropiados para la reducción del nódulo se deberá recurrir en todos los casos de disfonías nodular para lograr la más pronta recuperación.

Etapas de Tratamiento:

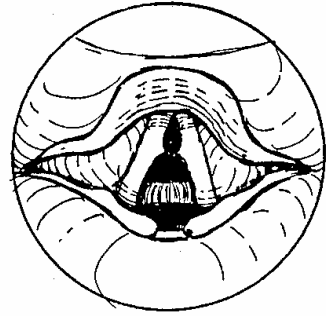
1. Se comenzara con relajación, eligiendo la que nos parece más adecuada.
En caso de disfonía nodular con hipertensión general o localizada en los músculos extralaringeos no se practicará Dalcroze.
En caso contrario si se observa una hipotonía cordal (hiatus) además de los nódulos, Dalcroze, esta metodología será la más oportuna. Aunque se sugiere su empleo una vez que haya desaparecido el Nódulo vocal.
Se le recomienda al paciente que en esta etapa utilice la voz a bajas intensidades, Dalcroze.
2. Condicionamiento Respiratorio: Se hará hasta conseguir la automatización del mecanismo costo-diafragmático.
3. Impostación vocal: Tratar de lograr un ataque fisiológicamente correcto.

NÓDULO VOCAL

Dr. Jorge González

Definición:

El nódulo de cuerda vocal es una formación benigna que presenta un aspecto de espina rosa o de meseta, de tamaño pequeño, que asienta sobre el borde cordal en la unión del tercio anterior con el sector medio de la cuerda vocal. Este proceso puede ser uni o bilateral.



Etiopatogenia

El origen del nódulo, está dado por una alteración situada a cualquier altura de la fisiología fonatoria.

El autor considera que es más certero hablar de síndrome nodular que de nódulo.

Histopatología

Algunos autores opinan que se trata de una epiteliopatía en la que existe una metaplasia cuantitativa, que es un aumento en el número de capas celulares del epitelio pavimentoso estratificado del borde cordal o sea un proceso hiperqueratósico.

Otros lo consideran una mesenquimopatía en la que habría una proliferación de tejido conjuntivo.

Para el autor es una conjunción de ambos procesos.

Clínica

Según Türk en (1866), el nódulo cordal se presenta predominantemente en mujeres adultas. También se da en la infancia generalmente alrededor de los 6-7 años, siendo más frecuente en varones; también se da en la juventud y en el adulto, teniendo como límite aproximado de aparición alrededor de los 35-40 años.

La presentación es preferentemente bilateral, aunque se han registrado casos aislados de ubicación monocordal.

Hay autores que opinan que cuando se ve un nódulo unilateral, se debe sospechar que es de origen endocrino.

Debemos tener cuidado cuando un paciente comienza con trastornos de fonación alrededor de los 40 años y cuando al observarle la laringe observamos un nódulo unilateral es más que obligatorio realizarle una biopsia, pues lo que estamos viendo puede ser una imagen seudonodular que está representando una neoplasia cordal.

Síntomas

El paciente presenta, aparte de aquellos síntomas que responden al desequilibrio de los distintos niveles fonatorios, una disfonía importante, la voz es grave, con pérdida de vibrato y a veces puede haber diplofonía.

Examen laringoscópico

Se observa la afección de aspecto y tamaño ya mencionados, se asienta sobre el borde cordal en la unión del tercio anterior con el tercio medio. Zona desde el punto de vista embriológico, la más pobre en irrigación e inervación, debido a que es allí donde se lleva a cabo la unión entre el esfínter primitivo y la definitiva formación cordal.

El proceso nodular va acompañado siempre de un estado de hipotonización cordal.

Tratamiento

Este autor plantea 2 etapas terapéuticas.

- 1) Normalizar la estructura laringea, es decir, hacer desaparecer el proceso.
- 2) Establecer una correcta sinergia fonatoria.
Para lograr el objetivo terapéutico se trabaja en base a los siguientes ítems.

- 1) **Farmacológico**
- 2) **Dietético**
- 3) **Higiénico**
- 4) **Ortofonico.**

1) **Farmacológico:** La laringe es un órgano neuromuscular que posee un equilibrio de membrana; la que al sufrir agresiones constantes, debido al incorrecto mecanismo fonatorio se altera el potencial diferencial de membrana que normalmente es de 70m V, resultando por un lado un triple desequilibrio, electrolítico, volémico y ácido-básico, y por otro la objetivación externa de este desequilibrio que es el nódulo.

Para restituir ese desequilibrio electrolítico indicamos: gluconato de K+, 15 cm³ 3 veces por día por vía bucal.

Tratamiento

Para restituir la volemia indicamos, diuréticos saluréticos del tipo de la dihidroflumetiazida 25-50 mg/día.

Para lograr el equilibrio ácido-básico indicamos cloruro de amonio 8g/día, también agregamos alfaquimiotripsina 2 1/2 cm³ intramuscular c/12 hs., que actúa como fibrinolítico y antiinflamatorio y secundariamente como regulador de las alteraciones metabólicas; aumentando la irrigación sanguínea y la fagocitosis y disminuyendo la volemia.

2) **Dietético:** Se indica una dieta asódica, prohibiendo el pan, el arroz y la sal. Sugerimos una alimentación rica en papas, remolacha, frutas (banana) carne, preferentemente vacuna y tomate por ser alimentos ricos en potasio y fósforo.

3) **Higiénico:** Prohibición del cigarrillo, café, mate, bebidas heladas, bebidas blancas ya que se consideran elementos irritativos de la laringe.
Sugerimos la ingestión de vino natural y de té bien caliente.
Solicitamos silencio total durante 7 días y luego prescribimos 7 días de voz susurrada.

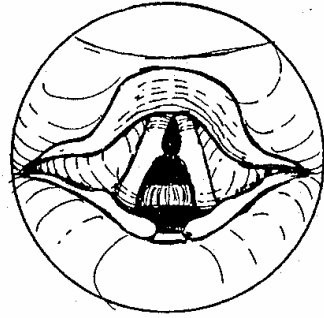
4) **Ortofonico:**

NÓDULO VOCAL

Dr. Jorge Perelló
Prof. Dr. J.A. Salvá Miguel

Definición

El nódulo vocal es una formación pequeña, blanca, que se localiza en el borde libre de uno o ambos repliegues vocales, entre su tercio anterior y los 2 tercios posteriores.



Frecuencia:

Castex; (1897) Son más frecuentes en personas habladoras que en los cantantes.

Tanto Castex como Garde (1960), Pommez (1953) aportan los siguientes hallazgos teniendo en cuenta la edad.

- 45 nódulos entre 20 y 25 años
- 56 nódulos entre 25 y 30 años
- 54 nódulos entre 30 y 35 años
- 37 nódulos entre 35 y 40 años
- 43 4 mayores de 40 años pero no menopausica.

Quiros (1960) encuentra la mayor presentación entre los 25 y 32 años.

Según Casteran, Arauz y Polak (1958) en la Estadística de la Sanidad Escolar argentina entre 705 niños disfonicos, 55 presentaban nódulos.

Perelló de 14.679 enfermos vistos (1978) en una consulta de foniatría, hubo 1322 nódulos vocales.

Sexo

Castex (1900), St. Clair Thompson y Negus (1948), Pommez (1953), Perelló, Santis (1959), Casternan, Arauz y Polak (1958).

Todos estos autores coinciden que los nódulos se presentan con mayor frecuencia en la mujer y en el niño que en el sexo masculino.

Etiología

Las causas productoras del nódulo vocal, son múltiples, a continuación las enunciaremos:

- a) Fonación defectuosa
- b) Inflamación
- c) Ritmo del recurrente
- d) Alergia
- e) Endocrino
- f) Causa vascular
- g) Metabolismo
- h) Psíquico
- i) Rotura muscular
- j) Disfunción velofaríngea.

a) Fonación defectuosa: Existen variadas opiniones de diferentes autores respecto a esta causas productora de nódulo vocal, mencionaremos algunas de ellas:

Según Knight (1895) cree que el origen de los nódulos son el surmenaje vocal, los ejercicios de canto muy prolongados o un mal método de enseñanza.

Para Tarmeaud (1935) el nódulo es siempre y únicamente la consecuencia de un

funcionamiento defectuoso de los músculos vocales.

Este funcionamiento defectuoso de los músculos vocales puede ser debido por trastornos motores, por trastornos reaccionales o por ambos a la vez.

Los trastornos motrices pueden ser:

1º. Constitucionales. Por falta de relación entre aparato respiratorio y la laringe (Moore y Bouyer 1907).

2º. Por entonación anormal o mala clasificación de voz: en general, en los hombres se hace hacia el agudo y en las mujeres hacia el grave.

Los trastornos reaccionales: constituyen la consecuencia del malmenaje" son producidos por un desacuerdo entre el resonador farinobucal y el vibrador laringeo, lo cual produce una dificultad en la ondulación.

Pueden surgir:

1º Por trastorno constitucional, faringe grande y laringe pequeña, velo corto que ensancha la cavidad faringea.

2º Origen inflamatorio: las rinofaringitis agudas o crónicas, obstrucciones nasales y la hipertrofia amigdalara.

3º Técnica vocal defectuosa.

a) Posición laringe alta coincide con constricción de la laringe.

b) Mala clasificación vocal.

c) Mala acomodación de las cavidades de resonancia, debido a causas congénitas o a contracciones intempestivas de los músculos de las cavidades, lo cual produce una alteración en los músculos vocales en su tonicidad o movilidad.

d) Cuando los pasajes no son bien ejecutados produce rigidez, de las paredes de la caja de resonancia y amortiguación del sonido.

Según ST. Clair Thompson y Negus (1948) también coincide que la base de la enfermedad esta constituida por el esfuerzo muscular.

Gutzmann (1954) opina "El nódulo es una enfermedad claramente orgánica, pero es el resultado de un trastorno de la función" etc.

b) Inflamación:

Según Wagnier (1899), Milligan y Langmaid, la etiología inflamatoria es definida.

CH. Kackson: Cree que su etiología es el abuso vocal y la laringitis crónica.

Quirós (1960) dice, que las infecciones de vecindad pueden verse, con frecuencia concomitantemente con los nódulos.

c) Ritmo del recurrente:

Para los cultivadores de la teoría neurocranáxica de la fonación, los nódulos son causados por un trastorno en la fisiología ritmogena del recurrente.

d) Alergia:

Según Yannoulis (1953) los nódulos son de etiología alérgica.

Calderón afirma su origen patérgico.

Para Garde, es consecuencia de una manifestación vasomotora debida a la liberación de histamina en el pliegue vocal

e) Endocrino:

Para Wicart (1953), el nódulo vocal es la manifestación de una hiperfoliculinemia y halla en sus enfermos un aumento de los fenolesteroides urinarios y del colesterol sanguíneo.

Pommez, observa que el nódulo vocal se presenta con mayor frecuencia en sujetos de

insuficiencia ovárica.

Quiros (1960) le atribuye mucha importancia a las disfunciones ováricas como causante del Nódulo vocal.

Según Alajmo y Tomasetti (1961) estos autores invocan el hipertiroidismo como causa predisponente. etc.

f) Causa Vascolar:

Consideran algunos autores que la miopragia vascular interviene en la producción de nódulos vocales. Son sujetos que con facilidad se le hacen petequias y hematomas al más pequeño golpe.

g) Metabolismo

De Santis (1959) observa que sujetos que presentan nódulo vocal, después de comer se les manifiesta, náuseas, plenitud posprandial, astringencia astenia, somnolencia, estos estados pueden ser atribuidos a una posible insuficiencia hepática.

Takata - Ara, Hanger y Mac Lagan estos autores coinciden con De Santis.

Mientras que Garde (1960) opina que la histamina y la colinesterasa son favorecedoras de la aparición de nódulos vocales.

h) Psíquico

Según Quiros (1960) encuentra trastornos emocionales en pacientes afectados por nódulo vocal.

Heaver (1958) Cree que los nódulos vocales expresan una sobrecarga de hostilidad e impulsos agresivos.

i) Rotura Muscular:

Husson (1961) cree que una de las fibras del músculo vocal que se encuentra insertada en el como elástico, en una contracción violenta puede ser arrancada, produciéndose en el mesenquima una exudación con una exudación que proviene de los tejidos intersticiales o de los capilares rotos.

Explica este autor porque se produce siempre en el tercio anterior:

Desde el punto de vista embriológico el tercio anterior de los músculos vocales es una organización añadida y como tal inervada y vascularizada pobre y escasamente. Siendo el tercio anterior la parte débil del repliegue vocal, y especialmente el punto de unión entre esta parte débil y de las partes fuertes.

Según Paludetti y Stirpe (1964) creen difícil que esta rotura de las fibras musculares se produzca simultáneamente en los 2 músculos vocales, por lo cual no explica a la instauración lenta del nódulo, ni la disfonía lenta y progresiva, ni la formación del nódulo espinoso.

j) Disfunción Velofaríngea

Mc. Williams y colaboradores (1969-1973) opinan que los trastornos en el cierre correcto del esfínter velofaríngeo, obligan a una actividad anormal de los músculos laringeos lo que produce el nódulo.

Mesenquimopatía

Perelló opina que si los dos tercios anteriores del repliegue vocal penden flácidos con cavidad superior, es lógico que el moco se acumule allí, solo durante el reposo, pues durante la fonación será el punto de mayor recorrido del vientre de vibración, y el moco será expulsado. El moco se desliza por el movimiento de los cilios, pero no por la gravedad.

Anatomía Patológica

El nódulo es más bien una lesión primitivamente mesenquimal, debida a una mala circulación local.

Primeramente se produce una hiperemia con muchos vasos de gran calibre, estasis endotelial, fragmentación y liberación de células. Donde el epitelio presenta proliferaciones y la capa media degeneraciones.

En una segunda etapa, la sangre extravasada forma focos de necrosis hemorrágica. Edema generalizado. Reabsorción de focos por elementos celulares conjuntivos.

Así se formará un tejido joven reticular, esponjoso que luego se proveerá de neocapilares de tipo embrionario y terminará con una organización fibrosa irreversible.

Formas Clínicas

Tarneau (1935) distingue 5 formas diferentes de nódulo.

- a) El nódulo espinoso dentiforme (es el primero en presentarse)
- b) Nudosidad: Es de implantación sesil.
- c) Kissing nodules: nódulos que existen en ambos repliegues vocales y contactan a la fonación.
- d) La inflexión atrofica bilateral de los musculos vocales.
- e) Forma poliposa:

Segura, Pommez, Gutzman, Bartle, Perello y otros como Segre han visto transformar un nódulo en pólipo.

Poyet (1895) por el contrario opina que no cree que los nódulos se puedan transformar en pólipos.

Síntomas

- La emisión de la voz es gutural. La laringe está elevada, la faringe contraída, las venas del cuello turgentes y el relieve del músculo estenocleidomastoideo marcado.
- La respiración es corta, superficial, con sensación de ahogo.
- El mantenimiento del sonido no dura más que algunos segundos.
- Generalmente cuando el paciente habla realiza inspiraciones bucales insuficientes, lo cual lo lleva a interrumpir las frases para tomar nuevo aliento.
- El tono de voz es siempre muy grave.

Datos laringoscópicos.

El nódulo tiene un aspecto de un pequeño tumor que hace prominencia sobre el borde del repliegue vocal. Se asienta en la unión del tercio anterior con el tercio medio del borde libre del mismo.

En general el nódulo es pequeño y parece una espina.

Cuando es muy antiguo es más sesil. El color es gris, blanco o rosáceo.

Puede ser unilateral, pero en general es bilateral.

Frecuentemente se observa en el repliegue vocal y en el nódulo recubierto por una mucosa blanca.

a) Tratamiento Médico

Muchos autores, están de acuerdo en prescribir silencio durante una semana.

Pommez (1953) recomienda medicamentos favorecedores de la actividad rítmica cortical por ej. prostigmina, dihidroergotamina, ácido glutámico, ácido fosfórico, anfetaminas, vitaminas del grupo B, la vitamina A, etc. En caso de enrojecimiento de las mucosas vocales se recomienda como excelentes las pulverizaciones fenicadas.

Garde (1960) cree útil los tranquilizantes para prevenir la ansiedad vocal.

Kurita (1956) utilizó inyecciones de plasma placentario obteniendo rápidos y positivos resultados.

b) Tratamiento Quirúrgico

Encontramos distintas opiniones al respecto.

Knight (1895) recomienda la extirpación.

Delavan recomienda evitar todo lo posible la operación.

Poyet (1895) recomienda la extirpación "amplia" Yannoulis (1953) indica solo la extirpación quirúrgica en los nódulos crónicos.

Todo enfermo operado debe realizar un curso de reeducación de la voz con un fonoterapeuta experimentado. Si no lo hace, probablemente volverá a surgir otro nódulo.

c) Tratamiento Foniátrico

Algunos cantantes han manifestado que corrigiendo su técnica vocal defectuosa han curado su nódulo vocal.

- Se empezará con ejercitación respiratoria adecuada y coordinada con la fonación.
- Posición de la laringe correcta, ni elevada ni descendida lo cual corregirá el esfuerzo, y tensión normal de los músculos vocales.
- Durante las 1ras. semanas, no emitir tonos agudos.
- Los primeros ejercicios fónicos se harán bajo control estroboscópico constante.

En casos que se observa una hipercinesia vocal, el paciente realizará ejercicios de relajación.

En casos de hipotonía, se vigilará sobre todo el tipo respiratorio, enseñando a practicar la respiración diafragmática.

Se realizarán ejercicios de voz sobre vocales /a/ - /o/ - /u/ que piden grandes movimientos respiratorios. Se evitará vocalizar /e/o/o/ pues elevan la laringe y contraen la faringe.

Garde (1960) sugiere:

- Reposo absoluto durante 5 a 10 días (para perder la "Memoria Muscular").
- Luego hacer lectura salmodiada durante 10 minutos cada día, sobre la primera nota aguda que emite en régimen bifásico. Al mismo tiempo se estimula auditivamente a una intensidad débil e igual tono que la nota sobre la que lee.
- Más adelante pasará a la lectura modulada sobre una zona de frecuencias muy cercana a la nota salmodiada.
- Cuando la lectura se haga sobre el régimen bifásico se empezará con ejercicios de respiración abdominal diafragmática que es fundamental.
- Para evitar el ataque duro se harán ejercicios de bostezo.
- Luego empezar la fonación con vocales susurradas y luego ir sonorizándolas.

Pronóstico

Se requiere perseverancia y voluntad. En general al cabo de 1 mes el nódulo comienza a desaparecer. La curación puede necesitar mucho más tiempo. Pronóstico bueno.

NODULO	DEFINICION	ETIOLOGIA	SINTOMAS	EX. LARINGOSCOPICO
Prater y Swift	Engrosamientos benignos del epitelio en la unión del 1/3 ante. y 2/3 post. de los verdaderos pliegues vocales.	<ul style="list-style-type: none"> • Incorrecta mecánica fonatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voz áspera con soplo. • Tendencia a tono grave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se presentan como engrosamientos bilaterales y simétricos del epitelio. • De acuerdo al estado de madurez. <ul style="list-style-type: none"> a) N. de formación reciente b) N. más maduros.
Inés S. Bustos	Idem que Prater y Swift	<ul style="list-style-type: none"> • Causas externas por ej: el cambios de temp. bebidas frías etc. • Causas endocrinas • procesos infecciosos de vecindad • Factores emocionales • Síntomas de difusión hepática • Trast. cardiovasculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Cenesopatías • Disfonias o alt. de voz. • Sens. de Cuerpo extraño, dolor agudo. • Constricción laríngea. • Ronquera 	
González	Idem a los autores anteriores y agrega que proceso puede ser uni o bilateral.	<ul style="list-style-type: none"> • Alt. situada a cualquier altura de la fisiología fonatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agrega a lo dicho anteriormente • Pérdida de vibrato • Diplofonía 	<ul style="list-style-type: none"> • Afección de aspecto y tamaño característicos • Se asienta sobre el borde codal en la unión del tercio anterior con el tercio posterior.
Perelló	Idem a los autores anteriores	<ul style="list-style-type: none"> • Fonación defectuosa • Inflamación • Ritmo recurrente • Alergia • Rotura muscular • Disfunción velofaríngea 	<ul style="list-style-type: none"> • Voz gutural • Resp. corta superf. con sensación de ahogo. • Tono grave • Voz velada • Fatiga cansancio • Voz bitonal 	<p>Perelló: Aspecto de pequeño tumor, sobre el borde del repliegue vocal. Ubicación idem a los otros autores. Color gris; blanco o rosáceo. Frecuentemente el nódulo está recubierto por una mucosa blanca.</p>

NODULOS VOCALES

NODULO VOCAL	TRATAMIENTO
Prater y Swift	<p><u>Nódulos vocales inmaduros y no fibrosos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación vocal <p><u>Nódulos vocales maduros y fibrosos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exirpacion quirúrgica <p><u>Nódulos causados por abuso vocal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Residivan después del tratamiento.
Inés S. Bustos	<p>Dependerá de la etiología del nódulo</p> <p><u>Tratamiento quirúrgico:</u> En casos en que la dosis de medicamentos, ni reposo vocal, hayan tenido resultados satisfactorios.</p> <p><u>T. Farmacológico:</u> Se sugiere en casos de disfonías nodular.</p>
González	<p>Plantea 2 etapas terapéuticas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Normalizar la estructura laríngea 2) Establecer una correcta sinergia fonatoria. <p>Para lograr este objetivo se trabajan los siguientes items:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Farmacológico 2) Dietético 3) Higiénico 4) Ortofónico
Perelló	Opinión de distintos autores

CONCLUSION

La voz es un tesoro, hay que conservarlo. La voz, el habla y el lenguaje son **funciones** esenciales para permitir la comunicación y la integración social.

Es importante que el paciente tenga una información más o menos detallada, **sobre** el funcionamiento del aparato vocal, el mecanismo de los trastornos y como así **también** el desarrollo de la reeducación en el marco del tratamiento que se le propone.

Un correcto acto fonatorio da como resultado, la emisión de una voz normal.

Diversas causas son capaces de alterar la normalidad del acto fónico y provocar la producción de una voz anormal.

Para que el acto fónico se dé normalmente debe actuar sinérgicamente un conjunto de órganos que configuran un sistema, o sea el sistema de Fonación.

Por lo tanto debemos conocer y manejar el sistema fonatorio, tanto en su estructura anatómica como fisiológica.

La alteración de cualquier nivel del Sistema fonatorio, va a provocar una alteración en "LA VOZ".

La toma de conciencia en profesionales de la voz y en toda persona que sea de su interés cuidar un gran tesoro como lo es la voz, es de gran relevancia seguir un programa graduado y continuo, correctamente elaborado y adaptado a las diferentes edades y necesidades, logrando de esta forma una concientización de higiene vocal.

BIBLIOGRAFIA

- **GONZALEZ, Jorge N.:**

Fonación y Alteraciones de la Laringe. 1981.

Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires.

- **Dr. PERELLÓ, Jorge. Prof. Dr. J.A. SALVÁ, Miguel:**

Alteraciones de la Voz.

Segunda Edición Ampliada. Editorial Científico Médica. Barcelona

- **PRATER R.J.; SWIFT R.W.**

Manual de la Terapéutica de la Voz.

Salvat Editores S.A. 1987.

- **SANCHEZ BUSTOS, Inés**

Reeducación de Problemas de la Voz.

CEPE S.A. Madrid.