

Laringitis Ulcerativa Prolongada: reporte de caso clínico

Prolonged Ulcerative Laryngitis: clinical case report

Laringite Ulcerosa Prolongada: relato de caso clínico

Lic. María Celeste Pogliani ⁽¹⁾; Dr. Adam Rubin, MD ⁽²⁾; Juliana Codino, PhD, MS, CCC-SLP ⁽³⁾

Resumen

La laringitis es un proceso inflamatorio de la mucosa de la laringe. A comienzos de este siglo Spiegel et al. (2000) describieron una nueva entidad: laringitis ulcerativa prolongada. Se describe a continuación un caso de laringitis ulcerativa prolongada tratado con un antimicótico y con un inhibidor de la bomba de protones, en conjunción con terapia vocal. Luego de completar el tratamiento indicado y siguiendo pautas de reposo vocal relativo, se observaron mejoras en las medidas objetivas de la voz doce semanas luego de ser diagnosticado.

Palabras Clave: laringitis ulcerativa; disfonía; terapia vocal

Abstract

Laryngitis is an inflammatory condition of the larynx. At the beginning of this century Spiegel et al. (2000) described a new entity: prolonged ulcerative laryngitis. A case of prolonged ulcerative laryngitis treated with an antifungal and with a proton-pump inhibitor, in conjunction with vocal therapy, is described. After completing the treatment and carrying out the relative voice rest, improvements were observed in voice objective measures twelve weeks after being diagnosed.

Keywords: prolonged ulcerative laryngitis; dysphonia; voice therapy

Resumo:

A laringite é um processo inflamatório da mucosa

da laringe. No início deste século, Spiegel et al. (2000) descreveram uma nova entidade: laringite ulcerosa prolongada. Se descreve a continuação um caso de laringite ulcerosa prolongada tratada com um antifúngico e com um inibidor da bomba de prótons, junto com a terapia vocal. Após completar o tratamento indicado e seguir padrões relativos de repouso vocal, foram observadas melhorias nas medidas objetivas da voz doze semanas após o diagnóstico.

Palavras-chave: laringite ulcerosa; disfonía; terapêutica; fonoaudiologia.

Introducción

La laringitis es un proceso inflamatorio que compromete la capa mucosa de la laringe, y puede ser agudo o crónico ⁽¹⁾. Las causas de la inflamación son variadas y multifactoriales incluyendo: virales, bacterianas, traumáticas, alérgicas, por reflujo gastroesofágico (RGE) y/o por contacto con sustancias perjudiciales ⁽²⁾.

En el año 2000, Spiegel et al. ⁽³⁾ describieron una nueva entidad que denominaron laringitis ulcerativa prolongada. Estos pacientes realizan tratamiento con corticoides, antibióticos, inhibidor de la bomba de protones (IBP) y terapia vocal. Asimismo, un período de reposo vocal relativo es recomendable para reducir el estrés de impacto en los pliegues vocales. El reposo vocal relativo significa que la voz debe ser utilizada cuando es absolutamente necesario y es beneficioso en diversas patologías vocales ⁽⁴⁾. Estos pacientes deben tener un seguimiento otorrinolaringológico estricto hasta que reviertan la

⁽¹⁾ Jefa de Residentes de Fonoaudiología, Sección Fonoaudiología, División Otorrinolaringología, Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano C.A.B.A., Argentina.

⁽²⁾ Lakeshore Ear, Nose & Throat Center. ⁽³⁾ Lakeshore Ear, Nose & Throat Center. Professional Voice Center, St. Clair Shores, Michigan, USA.

Mail de Contacto: mcelestepogliani@gmail.com

Fecha de envío: 20 de Mayo de 2020 – Fecha de aceptación: 25 de Septiembre de 2020

ulceración. Por otro lado, en aquellos casos en los cuales el diagnóstico es incierto o cuando la evolución es lenta o no favorable se indica la biopsia. En esos casos, la biopsia debe garantizar la preservación del ligamento vocal y la lámina propia superficial de aspecto normal. Rakel et al. ⁽⁵⁾ afirmaron que las ulceraciones se resuelven eventualmente dentro de los doce meses, aunque pueden persistir hasta dos o tres años. Hsiao ⁽⁶⁾ en cambio, sostiene que el tiempo de resolución de los síntomas hasta la recuperación completa de las úlceras, varía de 4 a 20 semanas, con un promedio de 9,4 semanas. Se suman al abordaje médico, pautas de higiene vocal y técnicas vocales para revertir y prevenir la hiperfunción durante las sesiones de terapia vocal con un especialista. Los ejercicios de tracto vocal semiocluido suelen indicarse dado que favorecen la optimización de la interacción entre la fuente (pliegues vocales) y el filtro (tracto vocal), que permite una fonación más eficiente y económica ⁽⁷⁾. Asimismo, la movilización de los tejidos mediante ejercicios de terapia de voz resonante mejora el perfil inflamatorio de los pliegues vocales en comparación a otras indicaciones, tales como el reposo vocal y el habla espontánea ⁽⁸⁾.

A diferencia del reposo vocal, el habla espontánea produce un mayor aumento del perfil inflamatorio de los pliegues vocales ⁽⁸⁾.

El propósito de este trabajo es exponer un caso clínico de laringitis ulcerativa prolongada leve que fue abordado con tratamiento medicamentoso, reposo vocal relativo y terapia vocal directa.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 78 años que fue derivado por un médico otorrinolaringólogo general a Lakeshore Professional Voice Center, St. Clair Shores Michigan, EE.UU por presentar en la fibrolaringoscopia una hemorragia cordal y atrofia bilateral.

Como antecedentes de relevancia el paciente presentó:

- Diabetes.
- Ex-tabaquismo.
- RGE actualmente no medicado.
- Hipoacusia bilateral, equipado con audífonos.
- Episodio de bronquiolitis en el 2018 (posterior al cual presentó cambios en la voz).

En la videoestroboscopia flexible laríngea inicial con el médico laringólogo (KayPentax Laryngeal Strobe 9400) se observó: atrofia de pliegues vocales, inflamación bilateral y lesión ulcerativa sutil en el pliegue vocal izquierdo con áreas de tejido blanco posiblemente compatibles con infección micótica; amplitud y capacidad vibratoria moderadamente disminuida en el pliegue vocal derecho y severamente disminuida en el izquierdo; y cierre glótico incompleto (*Figura 1a*).



Figura 1. a Primera evaluación laringoscópica

Se le indicó antimicóticos por una semana e IBP 20 mg dos veces por día.

Luego de la videoestroboscopia el paciente asistió a una entrevista con la fonoaudióloga especializada en voz, en la cual se realizó la anamnesis inicial y la evaluación perceptual con la escala GIRBAS (*grade, instability, roughness, breathiness, astenia, strain*) ⁽⁹⁾. En la Tabla 1 se observa la comparación de los parámetros de la escala, previo y posterior al tratamiento médico y fonoaudiológico.

En ese mismo encuentro, se le brindó una práctica para hacer diariamente, entre cuatro y seis veces por día con ejercicios de tracto vocal semiocluido con y sin producción vocal, utilizando un sorbete (de aproximadamente 22 cm de largo y 1 cm de diámetro) en el agua. Como medidas de terapia indirecta se sugirieron: hidratación sistémica, reposo vocal relativo y medidas de control del RGE.

Luego de siete días, el paciente regresó al control laringológico y se observaron escasos cambios a nivel de la videoestroboscopia laríngea. Se sugirió continuar con el antimicótico (siete días adicionales) y con el IBP (*Figura 1b*).



Figura 1. b Segunda evaluación laringoscópica

Vocal Sostenida												
	Evaluación inicial	Evaluación final	Valor masculino	Desvío Estándar								
CPP	4.552 dB	9.502 dB	13.03 dB	1.68 dB								
CPP Desvío Estándar	0.873 dB	0.523 dB	0.63 dB	0.24 dB								
L/H Spectral Ratio	18.633 dB	26.501 dB	38.12 dB	6.01 dB								
L/H Spectral Ratio Desvío Estándar	0.813 dB	1.175 dB	1.31 dB	0.57 dB								
Habla Conectada												
	Evaluación inicial	Evaluación final	Valor masculino	Desvío Estándar								
CPP	3.38 dB	4.375 dB	6.7 dB	0.82 dB								
CPP Desvío Estándar	2.691 dB	3.503 dB	3.82 dB	0.39 dB								
L/H Spectral Ratio	23.114 dB	25.398 dB	30 dB	2.61 dB								
L/H Spectral Ratio Desvío Estándar	10.187 dB	10.397 dB	11.54 dB	1.49 dB								
Vocal Sostenida y Habla Conectada												
Evaluación perceptual GIRBAS	Evaluación Inicial					Evaluación Final						
	G	I	R	B	A	S	G	I	R	B	A	S
	2	0	1	2	0	0	2	0	1	1	0	0

Tabla 1: Comparación del análisis acústico y perceptual previo y posterior al tratamiento.

CPP: Cepstral Peak Prominence. L/H Ratio: Low/High Ratio. GIRBAS: grade, instability, roughness, breathiness, asthenia, strain

Posteriormente, comenzó tratamiento vocal, con una duración de cuatro sesiones. A lo largo de estas sesiones se le instruyó:

- Mayor cantidad de ejercicios de tracto vocal semiocluído con sorbete sumergido en el agua que incluyeron variaciones de la frecuencia fundamental en forma de glissandos ascendentes y descendentes. Se siguió la siguiente jerarquía en relación con la resistencia utilizada ⁽⁷⁾:

- Alta resistencia (pequeño diámetro).
- Menor resistencia (mayor diámetro).
- Sonidos fricativos sonoros.
- Vibración de labios o lengua.
- Consonantes nasales.
- Sonidos vocálicos.
- Ejercicios de “voz resonante” ⁽⁸⁾, utilizando el concepto de “voz fácil y sin esfuerzo”.
- En primer lugar, con sonidos nasales aislados en el tono cómodo del paciente. Luego se añadió a ese facilitador diferentes vocales. Por último, el uso de esa “voz fácil” en palabras y frases.

Se realizaron medidas objetivas de la voz tanto al comienzo como al final del tratamiento (12 semanas posteriores al diagnóstico inicial dado que el paciente estuvo fuera del estado de Michigan durante 8 semanas) mediante el sistema *Computerized Speech Lab 4500 (CSL™)*.

Según la clasificación del National Voice Center for Voice and Speech (NCVS) ⁽¹⁰⁾, la señal se caracterizó por ser tipo II. En estas voces las valoraciones visuales son más útiles y las medidas de perturbación no son confiables por sí mismas.

En el espectrograma de banda angosta inicial se observó: armónicos ligeramente definidos hasta los 300 Hz, armónicos de 500 a 1500 Hz reemplazados por ruido y no se evidenció presencia de armónicos

ni de ruido entre 1500 y 5000 Hz. (Figura 2a)

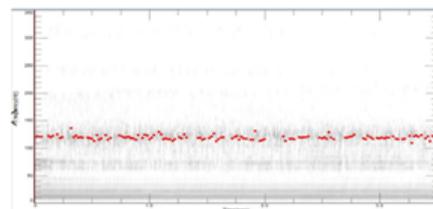


Figura 2. a Espectrograma previo al tratamiento fonoaudiológico

Por otro lado, en el espectrograma que se obtuvo en la última sesión se observó: definición de armónicos hasta los 900 Hz, armónicos entre 900 y 1500 Hz parcialmente definidos debido al ruido interarmónico y presencia de ruido hasta 5000 Hz en el espectrograma, con ausencia de armónicos. (Figura 2b)

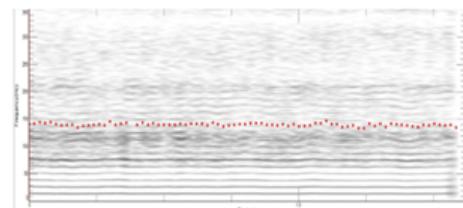


Figura 2. b Espectrograma posterior al tratamiento fonoaudiológico

Los valores de la media de la frecuencia fundamental en la /a/ sostenida y en el habla conectada no presentaron cambios significativos.

El Multi-Dimensional Voice Program (MDVP), es un sistema que mediante un gráfico radial permite valorar distintos índices acústicos relacionados con las medidas de perturbación a corto plazo: la frecuencia fundamental, la amplitud, el ruido, el temblor, los subarmónicos y la irregularidad. En la Figura 3 se observa el MDVP previo (rojo) y posterior (azul) al tratamiento. Se evidenciaron mejoras significativas en los índices acústicos relacionados con la amplitud y mejoras leves en los parámetros vinculados con el ruido.

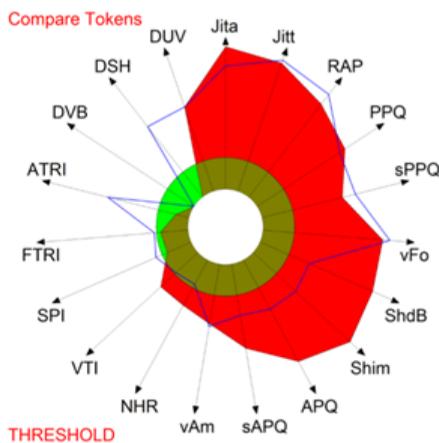


Figura 3. *Multidimensional Voice Program (MDVP)* previo (rojo) y posterior (azul) al tratamiento fonoaudiológico

No se observaron cambios significativos en los índices acústicos relacionados con la frecuencia fundamental.

Con el advenimiento de medidas objetivas de análisis vocal más robustas, que permiten el análisis de muestras de habla conectada en señales menos periódicas, se decidió incluir en la evaluación del paciente *Cepstral Peak Prominence (CPP)* y *Low/High Ratio (L/H Ratio)*. *Cepstral Peak Prominence* es una medida confiable y robusta que cuantifica la señal vocal independientemente de las variables externas como pueden ser la estimación de la frecuencia fundamental⁽¹¹⁾; mientras que *Low/High Ratio* es un parámetro que muestra la relación de la energía espectral de baja y alta frecuencia, utilizando como punto de corte los 4000 Hz⁽¹²⁾.

En la Tabla 1 se observan las medidas pre y post tratamiento vocal y médico.

Tanto en la lectura de discurso conectado como en la vocal /a/ sostenida, el paciente obtuvo mejoras en los valores cuantitativos de CPP y L/H Ratio, indicando incremento en la periodicidad de la señal luego del tratamiento.

En la última videoestroboscopia se observó: una disminución de la inflamación en ambos pliegues vocales; ausencia de ulceración en pliegue vocal izquierdo; persistencia del cierre glótico incompleto; una mejoría en la amplitud y capacidad vibratoria del pliegue vocal izquierdo (Figura 1c).



Figura 1. c Tercera evaluación laringoscópica

Discusión

Young et al.⁽¹³⁾ afirmaron que pacientes femeninos, de mediana edad y con antecedentes de infecciones o eventos inflamatorios, son más propensos a presentar laringitis ulcerativa. En el caso presentado, el paciente es de sexo masculino, de tercera edad y con antecedentes inmediatos de bronquiolitis previos a consulta con el médico otorrinolaringólogo.

Con respecto a la localización de la lesión, Simpson⁽¹⁴⁾ et al. incluyeron la presencia de ulceraciones en forma bilateral como criterio diagnóstico para la laringitis ulcerativa, a diferencia de Hsiao⁽⁶⁾ y Young et al.⁽¹³⁾, que demostraron lesiones unilaterales, al igual que el paciente en el caso aquí presentado.

Simpson⁽¹⁴⁾, afirmaron que la mayoría de los pacientes con laringitis ulcerativa realizan tratamiento con IBP y antimicóticos. En el caso presentado se indicaron los antimicóticos dada la presencia de áreas de coloración blanquecina en los pliegues vocales y los IBP como manejo de rutina del reflujo laringofaríngeo.

Young et al.⁽¹³⁾ utilizaron tanto el reposo vocal absoluto como relativo para los pacientes que presentaron laringitis ulcerativa con una duración de 7 a 30 días, a diferencia de Rakel et al.⁽⁵⁾ que sugirieron principalmente el reposo vocal relativo sin especificar el tiempo de duración.

Hsiao⁽⁶⁾ afirmó que el tiempo de duración de la enfermedad varía de 4 a 20 semanas. Se observaron mejoras tanto en los síntomas del paciente como en la videoestroboscopia laríngea 18 semanas posteriores al inicio del cuadro. Hallazgo que coincide con el de Hsiao⁽⁶⁾ que establece un intervalo de 4 a 20 semanas.

Si bien el tratamiento laringológico y fonoaudiológico específico comenzó alrededor de la semana 12 posterior al inicio de los síntomas, los autores desconocen si este tiempo se hubiese acortado en el caso de iniciar el tratamiento con anterioridad, o si la resolución hubiese sido más lenta en caso de haber aplazado el inicio del tratamiento aquí descrito.

Es importante resaltar la importancia del abordaje integral del paciente, no sólo con tratamiento otorrinolaringológico sino también con reposo vocal relativo y terapia de la voz directa, ya que se puede lograr una mayor economía vocal (mayor poder acústico, con menor carga sobre la mecánica laríngea). Los ejercicios vocales específicos basados en la evidencia contribuyen reducir la inflamación de los tejidos laríngeos, y en este caso a revertir las sutiles

ulceraciones prolongadas.

Los autores no manifiestan conflictos de interés

Bibliografía

1. Diamante V. *Otorrinolaringología afecciones y conexas*. Editorial AKADIA; 2004.
2. Dworkin JP. *Laryngitis: Types, Causes, and Treatments*. *Otolaryngol Clin N Am*. 2008; 41: 419–436.
3. Spiegel J, Sataloff R, Hawkshaw M. *Prolonged Ulcerative Laryngitis*. *Ear Nose Throat Journal* 2000; 79:342.
4. Rubin A, Sataloff R, Cline S, Skeffington J, Lyons KM. *Voice Rest. Treatment of Voice Disorders Second Edition*. Plural Publishig INC. 2017.
5. Rakel B, Spiegel J, Sataloff R. *Prolonged Ulcerative Laryngitis*. *Journal of Voice* 2002; 16, No. 3 433–438.
6. Hsiao TY. *Prolonged ulcerative laryngitis: a new entity*. *Journal of Voice* 2011; 25: 230–235.
7. Titze I. *Voice Training and Therapy with a Semi-Occluded Vocal Tract: Rationale and Scientific Underpinnings*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2006; 49: 448–459.
8. Verdolini K, Li N., Branski R, Rosen C, Grillo E, Steinhauer K, Hebda P. *Vocal exercise may attenuate acute vocal fold inflammation*. *Journal of Voice*. November 2012; 26(6): 814.e1–814.e13.
9. Hirano M. *Clinical Examination of the voice*. New York: U.S.A. Springer Verlag. 1981.
10. Titze I. *Workshop on acoustic voice analysis: Summary statement*. *National Center for Voice and Speech* 1995. pp 26
11. Heman-Ackah YD, Heuer RJ, Michael DD, Ostrowski R, Horman M, Baroody MM et al. *Cepstral peak prominence: a more reliable measure of dysphonia*. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2003 Apr;112(4):324–33.
12. KayPENTAX. *Analysis of Dysphonia in Speech and Voice Model 5109: Software Instruction Manual*. Vol Issue A. Montvale, NJ: KayPENTAX; 2011.
13. Young VN, Gartner-Schmidt JL, Enver N, Rothenberger SD, Rosen CA. *Characteristics and Voice Outcomes of Ulcerative Laryngitis*. *J Voice*. 2020 Jan;34(1):105–111.
14. Simpson CB, Sulica L, Postma GN, Rosen CA, Amin MR, Merati AL et al. *Idiopathic ulcerative laryngitis*. *Laryngoscope*. 2011 May;121(5):1023–6.