

DISFUNCIÓN DE CUERDAS VOCALES: NO TODO LO QUE SILBA ES ASMA

F. J. Muñoz Gutiérrez, A. M. Muñoz Morales.

Hospital Universitario de Valme. Consulta de Asma del Área Sanitaria Alcalá-Dos Hermanas. Sevilla.

RESUMEN

La disfunción de cuerdas vocales es un cuadro que puede simular un asma y que consiste en un movimiento anómalo de cierre de las cuerdas vocales durante la inspiración. Si no se reconoce puede dar lugar a tratamientos inadecuados, intubaciones e incluso traqueostomías. Cursa con disnea intensa y estridor, la curva flujo/volumen muestra un aplanamiento de la fase inspiratoria y el diagnóstico se basa en observar un cierre de cuerdas vocales en la inspiración por laringoscopia indirecta. Con ayuda psicológica, técnicas de relajación y conocimiento real del problema puede solucionarse esta afección. En éste artículo se presenta dos casos que sufrieron tratamientos inadecuados y en uno intubación.

INTRODUCCIÓN

La disfunción de cuerdas vocales (DCV) se caracteriza por un cierre paradójico de las mismas en inspira-

VOCAL CHORD MALFUNCTION: NOT ALL THAT WHEEZES IS ASTHMA

SUMMARY

Vocal chord malfunction has symptoms that can simulate asthma and consists in an abnormal closing movement of the vocal chords during inhalation. If not recognized, it can result in inadequate treatments, chest tubes or even tracheotomies. Symptoms are intense dyspnea and strider, the flow/volume curve shows a leveling out in the inhalation phase and the diagnostic is based on observation of the vocal chords closing during inhalation and indirect laryngoscope. With psychological help, relaxation techniques and real recognition of the problem this affection can be cured. This article presents two cases of inappropriate treatment and one of intubation.

ción, manifestando los pacientes episodios de sibilancias, disnea y estridor. Con frecuencia estos episodios tan agudos se confunden con cuadros de asma bronquial mal controlada y sufren los enfermos tratamientos

Correspondencia:

Dirección Hospital:
Carretera de Cádiz s/n. Sevilla

Dirección autores:
Francisco Javier Muñoz Gutiérrez
Avicena 9, sexto 1. Sevilla 41009

intensos con corticosteroides, intubaciones e incluso traqueostomías ante la sospecha de obstrucción de las vías respiratorias altas¹⁻³. La DCV ha sido descrita en la literatura como "Crup histérico", Munchausen's estridor, Obstrucción funcional de la vía aérea superior, Asma ficticio o Disfunción de cuerdas vocales presentándose con clínica de asma². Puede originarse el cuadro de forma espontánea o tras el ejercicio físico, confundiendo en ocasiones con un asma de esfuerzo⁴⁻⁸.

Presentamos dos casos de esta entidad que se suele diagnosticar poco aunque se describe en el 40% de los casos remitidos a un hospital de tercer nivel, para valoración de asma refractario al tratamiento¹.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

CASO 1

R.B.A. de 19 años, estudiante, no fumadora. Varios primos diagnosticados de polinosis y asma. Intolerancia a los AINES, penicilina-clavulánico y claritromicina. Desde los 15 años cuadros por temporadas de atasco nasal, rinorrea serosa y tos irritativa. En los dos últimos años varias consultas al servicio de urgencias por cuadros de dificultad respiratoria sin sibilantes. Exploración física normal, salvo obesidad. Estudios complementarios con hemograma y bioquímica normal. IgE total con 497 u., prick positivo para ácaros del polvo doméstico. Radiografías de tórax y senos paranasales normales. Estudio funcional respiratorio normal. Test de provocación bronquial con metacolina negativo. Realiza tratamiento de base con 800 mcg de budesonida, 24 mcg de formoterol y 10 mg de montelukast junto a inmunoterapia para ácaros, persistiendo las crisis de disnea e interconsultas a urgencia. Consulta con un nuevo episodio de urgencias el 18/1/2001 con intensa disnea y estridor. Se le ausculta estridor inspiratorio sin sibilantes. No presenta cianosis y la pulsioximetría muestra una saturación del 98%. Lo aparatoso del cuadro y que con el tratamiento de urgencias no se resuelve el episodio, se intuba y se envía a la UCI. A las 24 horas se extuba y vuelven a reaparecer los síntomas conectándose nuevamente a ventilación mecánica durante 48 horas y posteriormente fue dada de alta con el diagnóstico de asma grave.

Quince días más tarde presenta un episodio similar enviándose de nuevo a UCI y dada de alta a las 24 horas sin intubar. A raíz de este segundo episodio se envía para valoración a la consulta monográfica de asma, donde se sospecha por la clínica de la paciente una disfunción de cuerdas vocales y se confirma por laringoscopia indirecta. Desde entonces la paciente se encuentra en tratamiento psiquiátrico.

CASO 2

M.A.M. de 13 años, estudiante, no fumadora. Un tío y un hermano con asma bronquial. Desde los 9 años cuadros repetidos de prurito nasal, obstrucción, rinorrea y epístaxis. La exploración clínica es normal. Estudios complementarios con hemograma y bioquímica normal. IgE 63 u., prick test negativo. Estudio funcional respiratorio normal. Test de provocación bronquial con metacolina positivo con dosis de 42 u. de MTC. Realiza tratamiento con salbutamol a demanda.

El 4/5/01 acude a urgencias por crisis de disnea aguda y dada de alta bajo tratamiento con 1200 mcg de budesonida, 30 mg. de deflazacort, 10 mg. de montelukast y 2 inhalaciones cada seis horas de salbutamol. A pesar del tratamiento la disnea intensa persiste, ingresando el 7/5/01 en planta de pediatría. Durante su estancia no mejora, aumentándose las dosis de corticosteroides a 120 mg. de metilprednisolona y 0.8 ml de salbutamol en aerosol cada 4 horas. La exploración funcional respiratoria es normal. Se le da de alta el 17/5/01 con la misma clínica y reingresando un día después con disnea intensa y estridor. Durante éste segundo ingreso se le practica TAC de tórax y broncofibroscopia que resultan normales. La paciente es remitida a la consulta monográfica de asma, donde se le aprecia una foliculitis y Cushing yatrógeno. Presenta un estridor sin sibilantes. Con la sospecha de una disfunción de cuerdas vocales se le realiza una laringoscopia indirecta que confirma el diagnóstico, enviándose a la paciente a la consulta de psiquiatría.

DISCUSIÓN

La DCV se describe en la literatura en paciente del sexo femenino, entre 20 y 40 años, aunque también en edades pediátricas²⁻³, con un alto nivel de educación y a menudo empleadas en servicios sanitarios. Con frecuencia presentan sobrepeso como en nuestros dos casos. La enfermedad puede coexistir con asma como en el 56% de los casos de Newman y cols. El primero de nuestros casos presentaba una IgE elevada y un prick test positivo para ácaros aunque los estudios funcionales respiratorios fueron siempre normales así como un test de provocación con metacolina. En el segundo caso sí presentaba un test de provocación con metacolina positivo con dosis de 40 u. de MTC.

Los síntomas pueden presentarse de forma espontánea o bien tras un esfuerzo, lo que se puede confundir con un asma de esfuerzo⁴⁻⁸. La clínica es de un cuadro de sibilantes sugestivo de asma refractario al tratamiento a pesar de dosis altas de esteroides y broncodilatadores o un estridor que nos hace pensar en una obstrucción de vías

respiratorias superiores, como en nuestros dos casos. Los pacientes suelen realizar repetidas consultas a departamentos de urgencias, ingresos hospitalarios o sufren intubaciones o traqueostomías¹. Los enfermos se quejan de opresión de garganta, cambio de la voz, tos seca, disnea aguda, estridor laríngeo y tiraje torácico^{2, 10-11}. En la historia podemos recoger que los síntomas desaparecen durante el sueño o tras sedación del paciente. En nuestro segundo caso la broncofibroscopia bajo sedación no permitió apreciar ninguna anomalía. El diagnóstico de esta entidad es la visualización por laringoscopia indirecta durante los episodios de crisis del cierre de las cuerdas vocales en sus dos tercios anteriores y la permanencia de una hendidura posterior de tipo romboidal¹¹⁻¹³. La laringoscopia puede ser normal cuando el paciente está asintomático, pudiendo provocarse el cierre con la realización de inspiraciones profundas, jadeo o fonación¹². También con la realización de un test de esfuerzo o la provocación con una prueba de metacolina en ocasiones se consigue desarrollar el cuadro.

La curva flujo volumen, durante los episodios de actividad, muestra un aplanamiento de la fase inspiratoria como corresponde a una obstrucción extratorácica variable. Durante las fases asintomáticas en los pacientes con DCV sin asma, las pruebas funcionales respiratorias son normales, sin ninguna respuesta a los broncodilatadores. Sin embargo, un aplanamiento de alrededor del 25% puede apreciarse en pacientes asintomáticos². En los pacientes asmáticos asintomáticos se puede encontrar a menudo un incremento del volumen residual indicativo de atrapamiento aéreo por el cierre de las pequeñas vías aéreas. La existencia de una espirometría y unos volúmenes normales nos puede hacer sospechar la existencia de una DCV. Durante los ataques el gradiente alveolo-arterial de oxígeno es normal, al contrario de lo que ocurre en los ataques asmáticos donde se encuentra en el 90% de casos aumentado.

En nuestros casos los estudios funcionales fuera de los ataques eran completamente normales, no pudiéndose conseguir durante los episodios agudos una correcta realización de una curva flujo-volumen. El diagnóstico sin embargo, no ofrecía dudas a la vista de los resultados de la laringoscopia indirecta.

Varias alteraciones psiquiátricas están descritas en estos pacientes, incluyendo la depresión, los trastornos de personalidad^{14, 15-16} o traumatismos emocionales como los abusos sexuales durante la infancia¹⁷. En este trabajo retrospectivo de 47 mujeres estudiadas con el diagnóstico de DCV, en un 36% se refería dicho antecedente, sin embargo la prevalencia del abuso sexual en la infancia en la población general se presentaba en un rango entre 6% y el 62%, por lo tanto no es una característica definitoria en la DCV. En otros trabajos^{3, 15} se compara los trastornos psicopatológicos de los pacientes con DCV y

los pacientes con asma severa, no encontrándose diferencias entre ambos grupos. Cuando se compara a pacientes con DCV, asma con DCV y asma sólo, se encuentra depresiones y somatizaciones en idéntica proporción en los tres grupos.

El tratamiento comienza por una explicación adecuada a los pacientes de su trastorno, a veces con ayuda del video de la laringoscopia donde se demuestra el movimiento paradójico de las cuerdas². La ayuda psiquiátrica, los ejercicios de fonatría, las técnicas de relajación y la respiración abdominal favorecen la desaparición de las crisis. En los episodios agudos el jadeo ha logrado en algún caso yugular el cuadro, o bien la respiración con una mezcla con un 70% de helio y el 30% de oxígeno¹⁸. Nuestros dos casos se encuentran en tratamiento con técnica de relajación y apoyo psicológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Newman KB, Mason UG, Shmaling KB. Clinical features of vocal cord dysfunction. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152:1382-1386
2. Newman KB, Dubester SN. Vocal cord dysfunction: masquerader of asthma. *Semin Respir Crit Care Med* 1994; 15:161-167.
3. Christopher KL, Wood RP, Eckert C, Blager FB, Raney RA, Sonhrada JF. Vocal cord dysfunction presenting as asthma. *N Engl J Med* 1983; 308: 1566-1570.
4. Morris MJ, Deal LE, Bean DR, Grbach VX, and Morgan JA. Vocal cord dysfunction in patient with exertional dyspnea. *Chest* 1999; 116:1676-1682.
5. Kayani S, Shannon DC. Vocal cord dysfunction associated with exercise in adolescent girls. *Chest* 1998; 113:540-541.
6. McFadden ER Jr, Zawadski DK. Vocal cord dysfunction masquerading as exercise-induced asthma: A physiologic cause for "choking" during athletic activities. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153:942-947.
7. Landwehr LP, Wood RP, Blager FB, Milgrom H. Vocal cord dysfunction mimicking exercise-induced bronchospasm in adolescents. *Pediatrics* 1996; 98:971-974.
8. Torrego Fernández A, Santos Pérez S, Brea Folco J, Barbera Mir JA, Picado Vallés C. Disfunción de cuerdas vocales simulando asma inducida por el ejercicio. *Arch Bronconeumol* 2000; 36:533-535.
9. Kattan M, Zvi Ben-Zvi. Stridor caused by vocal cord malfunction associated with emotional factors. *Clin Pediatr* 1985; 24:158-160.

10. O'Connell MA, Sklarew PR, Goodman DL. Spectrum of presentation of paradoxical vocal cord motion in ambulatory patients. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1995; 74:341-344.
11. Corren J, Newman KB. Vocal cord dysfunction mimicking bronchial asthma. *Postgrad Med* 1992; 92:153-156.
12. Goldman J, Muers M. Vocal cord dysfunction and wheezing. *Thorax* 1991; 46:401-404.
13. Martin RJ, Blager FB, Gay ML, Wood RP. Paradoxical vocal cord motion in presumed asthmatics. *Semin Respir Med* 1987; 8:332-337.
14. Kellman RM, Leopold DA. Paradoxical Vocal cord motion: an important cause of stridor. *Laryngoscope* 1982; 92:58-60.
15. Ramirez J, Leon I, Rivera LM. Episodic laryngeal dyskinesia: clinical and psychiatric characterization. *Chest* 1986; 90(5):716-21.
16. Geist R, Tallett SE. Diagnosis and management of psychogenic stridor caused by a conversion disorder. *Pediatric* 1990; 86:315-317.
17. Freedman MR, Rosenberg SJ, Schamaling KB. Childhood sexual abuse in patients with paradoxical vocal cord dysfunction. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179:295-298.
18. Pitchenik AE. Functional laryngeal obstruction relieved by panting. *Chest* 1991; 100:1465-1467.