

Análisis de los patrones acústicos e intervención logopédica mediante técnicas de tracto vocal semiocluído en la distrofia muscular óculofaríngea: a propósito de un caso

Tatiana Romero-Arias^{1,2}, Cristina Hernández-Kauffman³, Moisés Betancort-Montesinos⁴, M^a Teresa Torres-Larrosa⁵

¹Dpto. Psicología Cognitiva, Social y Organizacional. Universidad de La Laguna. Tenerife. Islas Canarias. España

²Instituto Universitario de Neurociencia (IUNE). Universidad de La Laguna. Tenerife. Islas Canarias. España

³Servicio de Logopedia. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC). Tenerife. Islas Canarias. España

⁴Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Universidad de La Laguna. Tenerife. Islas Canarias. España

⁵Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC). Tenerife. Islas Canarias. España



INTRODUCCIÓN

La distrofia muscular óculofaríngea (DMOF) es una miopatía hereditaria de transmisión autosómica dominante de manifestación tardía (entre la quinta y la sexta década de vida), con signos clínicos de debilidad de los músculos proximales de las extremidades, ptosis de los párpados y disfagia orofaríngea [1,2,3]. La DMOF se caracteriza por disfagia en diferentes niveles y en consecuencia es probable que estos pacientes presenten episodio de broncoaspiración, regurgitación oral y/o reflujo nasal, crisis de asfixia, neumonía y asma bronquial [2]. El perfil clínico podría estar acompañado de disfonía [2], disartria [4] y pérdida de peso [2]. Las alteraciones de la voz, la articulación y la deglución caracterizan el perfil de la disartrofonía, lo que perjudica negativamente en la calidad de la vida de estos pacientes [5]. El digestivo y el nutricionista se encargan del tratamiento para la disfagia, pero **¿qué pasa con el tratamiento de la voz?**

CASO CLÍNICO

Se presenta un caso clínico de una mujer de 70 años diagnosticada de DMOF que después de seguir el tratamiento para la disfagia es remitida a los servicios de otorrinolaringología y logopedia con el fin de mejorar la calidad de su voz. La paciente es la tercera persona de su familia en padecer esta enfermedad. La paciente es exfumadora social desde hace 25 años. Durante la noche presenta un ronquido leve sin otros síntomas de SAHS o hipoventilación. Duerme con cierta inclinación. La paciente tiene sensación de goteo nasal posterior con expulsión de secreciones blanquecinas ocasionalmente verdosas. Disnea en cuestas. En el examen de nasofibroscoopia, la paciente presenta cuerdas vocales de aspecto y motilidad normal. Al hacerle tragar agua, después de la deglución queda algo de agua acumulada en los senos periformes. Presenta una voz nasal con escapes de aire y carece de coordinación fonorrespiratoria por lo que su intensidad es muy baja.

MÉTODO

1. OBJETIVOS

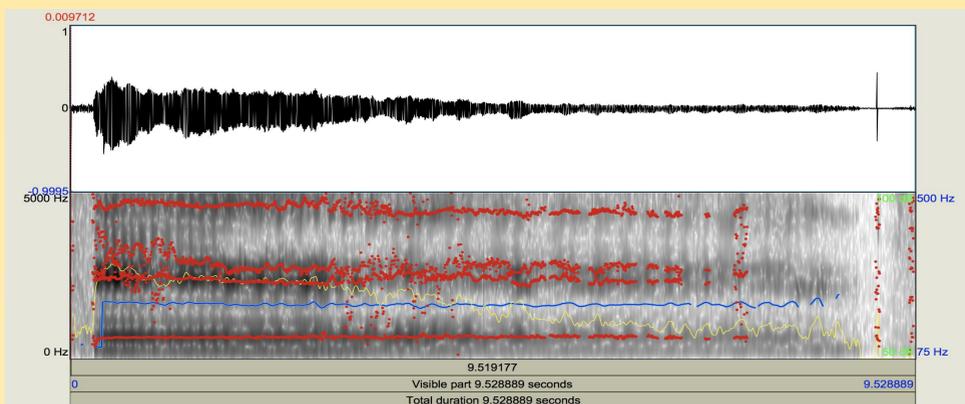
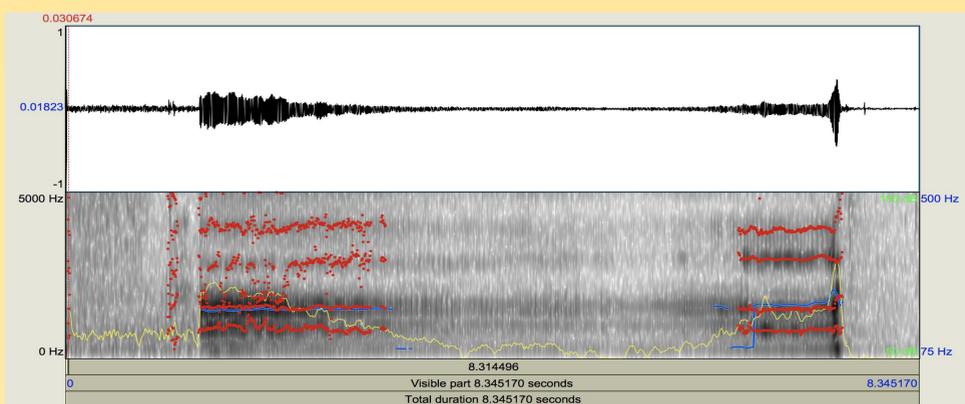
- Rehabilitar la disartrofonía.
- Eliminar en la medida de lo posible la voz nasal.
- Instaurar las pautas de higiene vocal y romper el círculo del sobreesfuerzo vocal.
- Reducir el F0 y F1 utilizando la técnica de TVSO Lax vox.

2. INSTRUMENTOS

- Nasofibroscopio
- Software Praat
- Scape-Scope
- Lax vox. Tubo de silicona de 35 cm de largo. Diámetro externo de 12 mm. Interno de 8 mm. Botella con 4- 5 cm de agua.

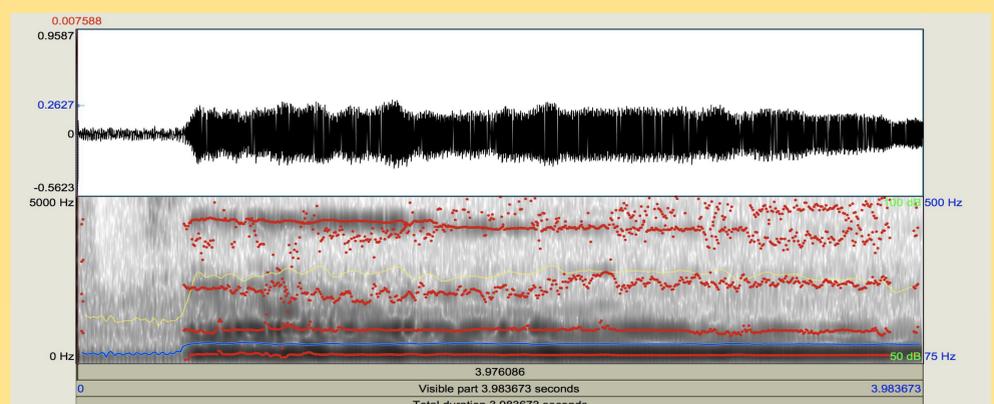
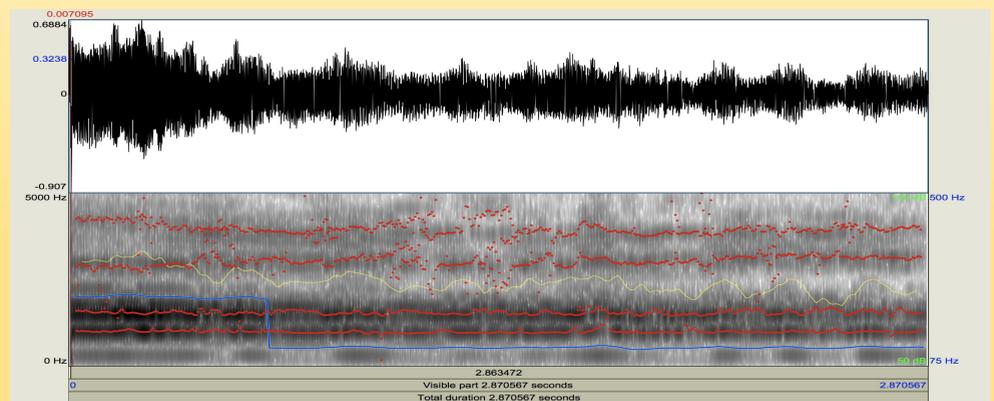
RESULTADOS

Pre- intervención logopédica

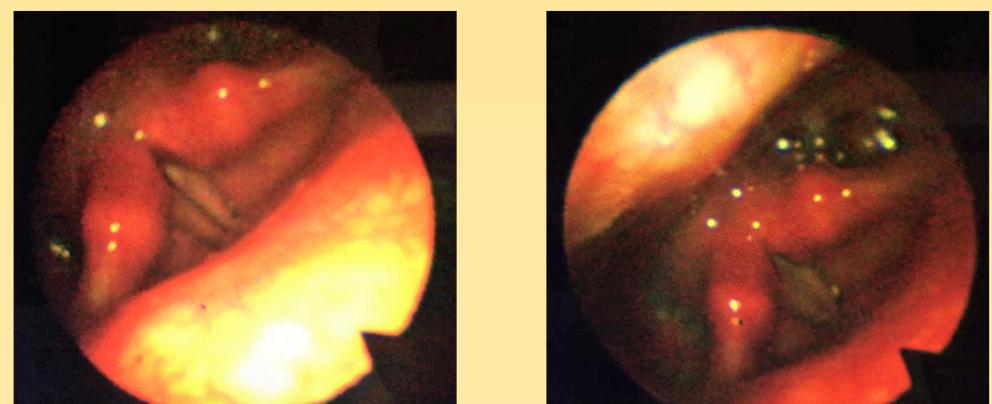
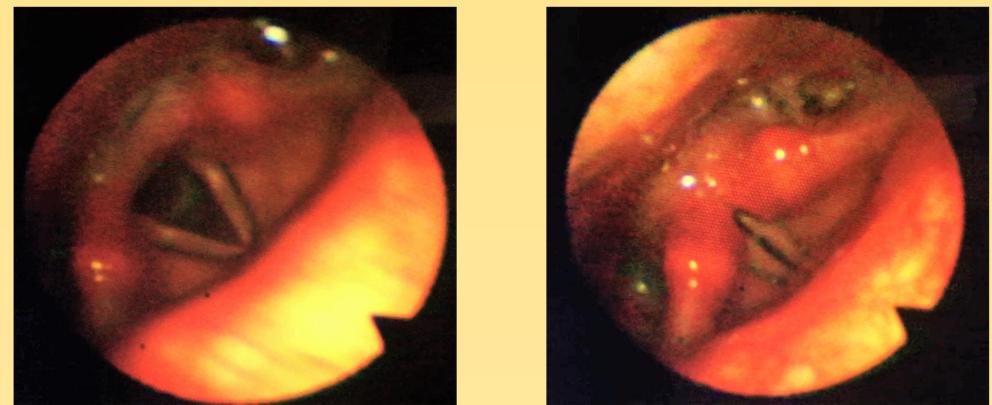


F0 839,7 Hz	F1 932,94 Hz	F2 1833,73 Hz	F3 2904,57 Hz	F4 4394,72 Hz
F0 727,9 Hz	F1 230,76 Hz	F2 848,82 Hz	F3 1574,95 Hz	F4 3233,56 Hz

Post - intervención logopédica



Imágenes de nasofibroscoopia



CONCLUSIONES

- ✓ En las tablas podemos apreciar cómo todos los formantes disminuyen sus Hz. Estos resultados son convergentes con los obtenidos por con los de Story, Laukkanen y Titze en el año 2000; y con los resultados de Sampaio, Oliveria y Behlau en 2008. Estos autores encuentran un descenso inmediato de los formantes utilizando la fonación con tubos en la rehabilitación de la voz de sus pacientes; consiguiendo así rehabilitar las patologías y mejorar la calidad de la voz de sus pacientes.
- ✓ Encontramos diferencias favorables en la intensidad de fonación. En el registro de voz previo a la intervención, la paciente tenía una intensidad de 62,46 dB; mientras que en el registro de voz posterior a la intervención su intensidad fue de 75,79 dB. Estos resultados son favorables ya que la paciente presentaba una mala coordinación fonorrespiratoria y había escape de aire nasal, por lo que su intensidad era muy baja.
- ✓ A nivel fisiológico, en la nasofibroscoopia encontramos que las cuerdas continúan teniendo una motilidad normal y que el aparato fonador se encuentra en buen estado.
- ✓ Con estos resultados podemos concluir que el uso de la técnica Lax vox para la rehabilitación de los pacientes con distrofia muscular óculo-faríngea es beneficiosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tremolizzo L, Galbusera A, Tagliabue E, Fermi S, Bruttini M, Lamperti C, et al. An apparently sporadic case of oculo-pharyngeal muscular dystrophy: the first Italian report. *Neurol Sci*. 2007; 28:339-41.
2. Medici M, Pizzarossa C, Skuk D, Yorio D, Emmanuelli G, Mesa R. Oculopharyngeal muscular dystrophy in Uruguay. *Neuromuscular Disorders*. 1997; 7(Suppl.1):50-2.
3. Liaño AD, Fernández R, Yáñez C, Artieda C, González G, Artajona A et al. Distro a muscular oculo-faríngea. Tratamiento quirúrgico. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2009;61(4):360-5.
4. Morales SG, Méndez LA, Rivero AR, Sánchez VML. Distro a muscular progresiva. *Rev Hosp Jua Mex* 2002;69(1): 30-7.
5. Barata FL, Miguel LS, Silva SAC, Carrara-de Angelis E. Caracterização da fonoarticulação e sua relação com a disfagia em pacientes com disartrofonia em um hospital oncológico. *Distúrb Comum*. 2009;21(1):79-91.