

Disfonía

Fecha de la última revisión: **29/12/2015**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son sus causas?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
5. [Algoritmo de manejo](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

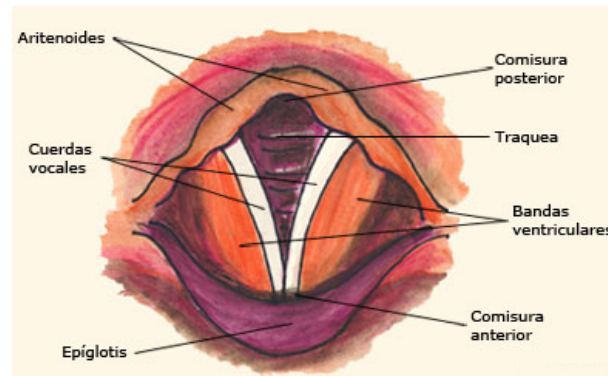
¿De qué hablamos?

La disfonía es un síntoma que se manifiesta como una alteración de la voz que perturba la comunicación. Puede afectar al timbre habitual de la voz, esfuerzo al emitir un sonido, dificultades para mantener la voz, cansancio al hablar o falta de volumen (Mau T, 2010).

Puede estar relacionada con cualquiera de los sistemas que intervienen en la producción de la voz: laringe, aparato respiratorio, faringe, fosas nasales y cavidad oral. En general hace referencia a los trastornos que afectan a la laringe y en concreto a las cuerdas vocales (CV).

Es más frecuente en mayores de 60 años, en los que hasta el 50% pueden presentar una presbifonía, y en los niños que en el 23% puede deberse a la presencia de nódulos. Los nódulos también predominan en mujeres en la segunda década de la vida y tienen mayor prevalencia en los profesionales de la voz. Entre el 20% y el 80% de los docentes presentan a lo largo de su vida trastornos de la voz (Chang JJ, 2012; Kendall K, 2007; Trani M, 2007).

Los factores de riesgo para padecer disfonía en los profesionales de la voz son: ruido de fondo, mala acústica del ambiente, distancia amplia al hablar, calidad deficiente del aire (sequedad, polvillo), malos hábitos posturales en el trabajo y carga vocal (tiempo e intensidad) por hablar y cantar (Schneider SL, 2007).



Recuerdo anatómico de la laringe

¿Cuáles son sus causas?

Puede ser consecuencia de un trastorno funcional, de uno orgánico o de una combinación de ambos y cada uno de ellos a su vez puede asociar múltiples causas que originan la disfonía.

Disfonía funcional. Se define como una alteración en la voz por una descoordinación entre la respiración, la laringe o los resonadores. Afecta generalmente a personas que precisan utilizar mucho la voz durante sus ocupaciones laborales (profesores, cantantes o vendedores) (Mau T, 2010). Algunos autores también la han relacionado con el uso frecuente de fluticasona inhalada para el tratamiento del asma en mujeres mayores de 65 años (Ishizuka T, 2007) y otros, por la presencia de tuberculosis laríngea en pacientes asmáticos tratados con corticoides inhalados (Wang PH, 2007). La edad superior a 65 años puede orientar a una presbifonía (Kendall K, 2007).

El trastorno de conversión y el movimiento paradójico de las cuerdas vocales (MPCV) son problemas funcionales poco frecuentes. El curso clínico de la primera suele ser en brotes y a menudo coincide con infecciones respiratorias. El MPCV suele presentarse en adolescentes tras ejercicio físico y puede confundirse con un asma refractario al tratamiento (Mau T, 2010).

Laringitis aguda. Es la causa más frecuente de disfonía. Está asociada a infecciones respiratorias agudas y es autolimitada (ver guía: [Laringitis aguda](#)).

Laringitis crónica. Generalmente se relaciona con uno o varios irritantes: tabaco, ambientes laborales contaminados, infecciones respiratorias repetidas, tos prolongada, uso de medicación inhalada, etc. También puede deberse a reflujo faringo-laríngeo, que produce laringitis posterior y en ocasiones granulomas de contacto (úlceras de Jackson). Casi la mitad de los pacientes con alteraciones laríngeas y de la voz asocian reflujo faringo-laríngeo y la mayoría sin los clásicos síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (Moser SE, 2014).

Lesiones benignas de las cuerdas vocales:

- El edema de Reinke, por la presencia de material mucoide en el espacio virtual situado entre la capa epitelial y el ligamento vocal como resultado de una irritación crónica e inflamación; es más frecuente en mujeres y se relaciona con el abuso de voz y de tabaco (Colton R, 2006).



Edema de Reinke bilateral en mujer fumadora

Se aprecia el aspecto globuloso de ambas cuerdas vocales en fase fonatoria y espiratoria.
Se debe explorar en inspiración forzada para ver como las cuerdas se aplanan.

- Los nódulos vocales suelen ser el resultado del “abuso de la voz”, de factores psicológicos y son bilaterales. Otras causas: infecciones, alergias y reflujo (Pedersen M, 2007).
- Los pólipos se relacionan con irritación crónica de las cuerdas vocales por tabaco o abuso de la voz o reflujo y suelen ser unilaterales.



Pólipo sésil de la cuerda vocal izquierda (CVI)

Lesión vegetante en el tercio medio de la CVI de superficie lisa y amplio pedículo, se puede observar como se ha iniciado su disección para proceder a extirparla.

Lesiones congénitas de las cuerdas vocales:

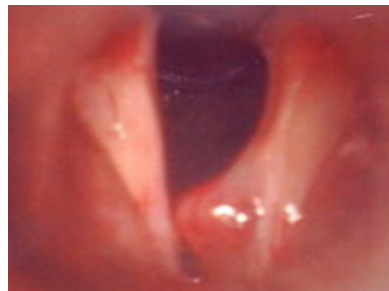
- Vergeture o arruga epitelial.



Vergeture o arruga epitelial

Se aprecia una arruga epitelial o “vergeture” en el centro de ambas cuerdas vocales, para su visualización se requiere luz estroboscópica.

- Sulcus verdadero por ausencia longitudinal de mucosa en el borde libre de la cuerda vocal. Se relaciona con el drenaje espontáneo de un quiste de la CV.
- Puente mucoso: se correlaciona con quistes congénitos abiertos en los que permanece una tira de mucosa epitelial pero con defecto de tejido en profundidad.
- Quiste intracordal congénito.



Quiste de cuerda vocal

Lesión redondeada y de superficie lisa en el tercio anterior de la cuerda vocal izquierda que se encuentra en el espesor de la misma y presenta una coloración ambarina debido a su contenido mucoso.

Disfunciones neurológicas. Diferentes problemas neurológicos pueden producir disfonía por disfunción o parálisis unilateral o bilateral de las cuerdas vocales: enfermedades malignas, iatrogenia quirúrgica, trauma, esclerosis múltiple, parálisis pseudobulbar, enfermedad de Parkinson, etc.

Enfermedades sistémicas. Amiloidosis laríngea, enfermedades autoinmunes con afectación articular (artritis reumatoide, LES, enfermedad de Sjögren) y el hipotiroidismo entre otras, pueden causar disfonía por diferentes mecanismos.

Lesiones malignas. El cáncer de laringe se relaciona con el consumo de tabaco y alcohol, afecta más a varones y el más frecuente es de tipo epidermoide. A veces va precedido de leucoplasias o lesiones sobreelevadas de superficie irregular en la mucosa de las cuerdas.



Carcinoma de cuerda vocal derecha
Se aprecia una lesión rugosa e infiltrante sobre la CVD.
Destaca el tamaño aumentado, asociando áreas leucoplásicas y eritroplásicas.

¿Cómo se diagnostica?

Historia clínica. Es importante incluir los antecedentes personales, la edad de inicio, tiempo de evolución, si es recurrente o persistente, si asocia mejoría con el descanso o empeoramiento con el abuso vocal, si existe alguna enfermedad asociada, cirugía o traumatismos previos, hábitos tóxicos (tabaco y alcohol) y la profesión del paciente. La asociación con disfagia obliga a descartar la presencia de un tumor faringolaríngeo y si asocia disnea, además del tumor laríngeo podría deberse a un edema de Reinke grave. Es útil poder cuantificar la disfonía mediante el uso de pruebas validadas al español del voice handicap index (VHI), está disponible con 30 preguntas o en versión reducida de 10 ([consultar documento](#)). Además, es útil para conocer el impacto en la calidad de vida aunque no cambia el pronóstico (Chang JJ, 2012; Sulica L, 2011; Núñez-Batalla F, 2007).

Exploración física (Colton R, 2006; Chang JJ, 2012):

Se realizará una exploración completa del área ORL:

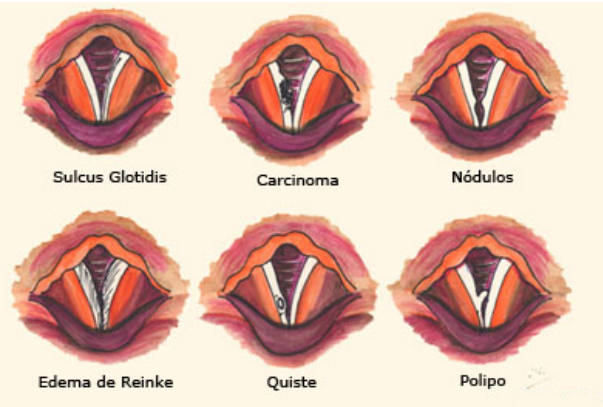
- La palpación del cuello permite valorar la presencia de masas, adenopatías o de un bocio que podría explicar una parálisis de CV por afectación del nervio recurrente (Sulica L, 2011; Mau T, 2010).
- Exploración de la laringe. Para ello existen distintos métodos disponibles:
 - Laringoscopia indirecta mediante el uso de un espejillo laríngeo. Su principal desventaja consiste en un 50% de intolerancia a la prueba (Chang JJ, 2012).
 - Laringoscopia directa. Se puede realizar con endoscopio rígido (hasta un 20% de intolerancia) o, con el flexible que es mejor tolerado. Ambas pueden complementarse con luz estroboscópica. Aunque la endoscopia flexible ha demostrado la mejor relación coste-beneficio, la endoscopia rígida con estroboscopia aporta más información en los casos no diagnosticados con otras pruebas (Chang JJ, 2012). En ambos casos, la exploración se inicia con la laringe en reposo, diciéndole al paciente que respire por la nariz, o si se usa el endoscopio rígido que respire por la boca con jadeos rápidos y continuados. En esos momentos se debe observar la hipofaringe y la laringe en su conjunto. Posteriormente le diremos al paciente que pronuncie la letra “i” o la “e” durante unos segundos, lo que permitirá la valoración de la glotis durante la fonación. Habrá que observar la correcta movilidad de las CV y su aspecto. Estará indicado asociar la estroboscopia en pacientes con disfonía funcional de más de un mes de duración que no hayan respondido al menos a 10 sesiones de logopedia, o si es recurrente, pero sin hallazgos en la endoscopia flexible. En ausencia de hallazgos evidentes en la endoscopia flexible o rígida, casi la mitad de los diagnósticos se pueden modificar tras la estroboscopia (Schwartz SR, 2009). Permite mejorar el rendimiento diagnóstico en patologías relacionadas con alteraciones mucosas que afectan a la vibración de las CV y que no cursan con efecto de masa como: vergeture, sulcus vocalis, puente mucoso y quiste intracordal (Sulica L, 2011; Chang JJ, 2012).
- Microlaringoscopia directa bajo anestesia general. En un 9% de los pacientes con disfonía solo esta prueba permite un diagnóstico definitivo, por lo que se considera el gold estándar (Dailey SH, 2007).
- La electromiografía puede ser útil en el diagnóstico diferencial entre parálisis nerviosa o por lesión de la articulación cricoaritenoidea (Chang JJ, 2012).

Pruebas complementarias (Sulica L, 2011; Colton R, 2006). Se realizarán en función de los hallazgos en la exploración física y pueden ser útiles las siguientes:

Tabla 1. Pruebas complementarias.	
Hallazgos físicos	Pruebas complementarias
Edema de Reinke.	Hormonas tiroideas.
Parálisis de cuerdas vocales.	Serología de Borrellia, Epstein Barr, Citomegalovirus. Tomografía computarizada (TC) cervical y de mediastino superior. Electromiografía de las CVs.
Puberfonía.	Hormonas sexuales.
Monocorditis o granuloma de contacto.	Mantoux.
Distonía laríngea.	Electromiografía de las CVs.

Parálisis laríngeas asociadas a otros pares craneales.	TC de base de cráneo, cuello y tórax. Tumores laríngeos: TC cervical.
Reflujo faringolaríngeo.	pHmetría de 24 horas o tratar de forma empírica con inhibidores de la bomba de protones (IBP) antes de solicitar la prueba (Moser SE, 2014).
Presencia de tumor.	TAC o RNM del cuello para el estudio de extensión local y regional (Chang JI, 2012).

Tabla 2. Cuadro resumen sobre el diagnóstico de disfonía		
Lesión CV	Clínica	Exploración
Quiste epidérmico	Años de evolución. Voz grave que se fatiga.	Laringoscopia: lesiones redondeadas y limitadas al interior de la CV.
Sulcus glotidis	Desde la juventud. No responde a la rehabilitación.	Laringoscopia: imagen lineal paralela al borde de las CV. Realizar estroboscopia.
Puente mucoso	Igual a sulcus.	Intraoperatoria, para confirmar el puente.
Granulomas postintubación	Carraspeo frecuente y disnea si son de gran tamaño.	Laringoscopia: visualización de masas en comisura posterior de la CV.
Nódulos vocales	Ocasional, mejora con reposo y empeora con esfuerzo vocal.	Laringoscopia: prominencias blanquecinas en tercio medio de ambas CVs.
Papilomatosis laríngea	Puede iniciarse en niños aunque también puede manifestarse en la edad adulta, es progresiva y asocia disnea.	Laringoscopia: lesiones únicas o múltiples de aspecto vegetante como uvas en glotis y/o vestíbulo laríngeo.
Presbifonía	Edad avanzada. Pérdida de volumen y se fatiga con facilidad.	Laringoscopia: concavidad del borde libre de las CV, ausencia de cierre vocal.
Edema de Reinke	Edad media, más frecuente en mujeres fumadoras con voz de tonalidad grave.	Laringoscopia indirecta: tumefacción sésil y gelatinosa de las CV.
Tumor laríngeo	Más de tres semanas de evolución en paciente fumador y consumidor habitual de alcohol.	Laringoscopia: lesión ulcerada, infiltrante o vegetante en cualquier lugar de la laringe. Estroboscopia, permite sospechar carcinoma infiltrante.
Distonía laríngea (Disfonía espasmódica)	Adductora: dificultad para emitir la palabra y precisa esfuerzo para emitir sonidos. Abductora: incapacidad para retener el aire mientras habla.	Fibrolaringoscopia: movimientos anormales de las CVs mientras mantiene una conversación normal. Electromiografía de las CVs.



Lesiones de las cuerdas vocales

¿Cuál es su tratamiento?

El objetivo consiste en la recuperación de una voz que sea funcional para la comunicación en general (Pedersen M, 2012). Los programas preventivos en poblaciones de riesgo no han demostrado eficacia (Ruotsalainen JH, 2007).

El tratamiento dependerá de la etiología y las medidas terapéuticas se pueden dividir en: terapia de la voz, tratamiento médico y quirúrgico o la combinación de varias.

1. **Terapia de la voz.** Indicada para los trastornos causados por el mal uso vocal. Se divide en:

- Técnicas de terapia indirecta o medidas higiénicas: higiene vocal (**normas de higiene vocal**), entrenamiento auditivo, eliminación del mal uso o abuso de la voz, así como evitar agentes irritantes.
- Técnicas de terapia directa o fisiológica: relajación laríngea, respiración abdominal/diafragmática, coordinación de la respiración y la fonación, control del tono y volumen. Tiene probada utilidad en nódulos vocales (Pedersen M, 2012). No existen estudios que apoyen su eficacia en otras lesiones de las cuerdas vocales (pólipos, quistes) ni en la insuficiencia glótica (Schwartz SR, 2009).

La combinación de la terapia directa e indirecta debe ser considerada el método de intervención más importante para la disfonía (Ruotsalainen JH, 2007).

La terapia vocal es eficaz en todas las etapas de la vida. Sin embargo, en niños muy pequeños no se debe recomendar. La utilidad de las técnicas de terapia directa se basan en estudios de calidad (Thomas LB, 2007; Pedersen M, 2012; Moser ME, 2014). En concreto, en la disfonía asociada a la enfermedad de Parkinson, en el MPCV y como adyuvante en la distonía laríngea tratada con toxina botulínica (Schwartz SR, 2009).

2. Tratamiento médico. Se basa en el reposo de voz, analgésicos, suplementos hormonales cuando estén indicados, medidas de humidificación y el empleo de **inhibidores de la bomba de protones** (IBP) de forma empírica que se llevará a cabo sólo cuando se sospeche reflujo laringofaríngeo o laringitis crónica confirmada mediante laringoscopia (Schwartz SR, 2009). Hasta el momento no se ha podido demostrar el beneficio del uso de los IBP en el tratamiento empírico de la disfonía en ausencia de hallazgos de reflujo en la exploración o de síntomas de reflujo (Hopkins C, 2008; Moser SE, 2014).

Se desaconseja el uso de esteroides y antibióticos sistémicos de forma empírica. En concreto la dexametasona profiláctica durante la intubación orotraqueal ha mostrado eficacia en prevenir la odinofagia pero no así disfonía postoperatoria a las 24 horas de la extubación (Zhao X, 2015). Los esteroides sistémicos están indicados en el crup con laringitis asociada en edad pediátrica y en algunos casos de laringitis en cantantes profesionales. Los antibióticos sólo se usarán en laringitis tuberculosa, pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y epidemias en la comunidad atribuidas a la tos ferina. Los antibióticos no deben prescribirse de forma empírica, ya que no mejorarán los resultados. En laringitis aguda se debe realizar el control de los síntomas con tratamiento médico (Schwartz SR, 2009; Reveiz L, 2013).

En la distonía laríngea se puede emplear la toxina botulínica (Watts CC, 2004; Chang JJ, 2012). La disfonía de causa psiquiátrica y psicógena se tratará igual que la enfermedad de base.

3. Tratamiento quirúrgico. Se basa en la realización de una microcirugía laríngea bajo anestesia general o mediante la realización de una cirugía endoscópica laríngea funcional con sedación y anestesia local. La elección del tratamiento se realizará en función de la lesión identificada como causa de la disfonía:

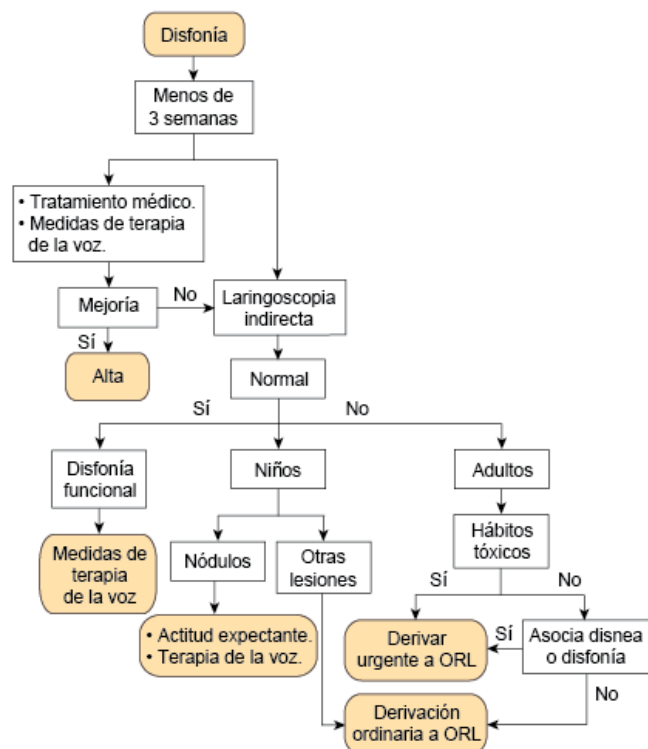
- Nódulos vocales: de inicio terapia vocal directa, dejando la cirugía sólo para casos excepcionales. Se da más importancia a las intervenciones médicas/farmacológicas, como el tratamiento de los factores exacerbantes: infecciones, alergia y reflujo gastroesofágico. No existen estudios que apoyen el tratamiento quirúrgico frente al foniátrico (Pedersen M, 2012). En varones jóvenes se resuelven espontáneamente con la muda de la voz al llegar a la pubertad.
- Pólipo cuerda vocal, edema de Reinke y granuloma de contacto: inicialmente terapia vocal y control de factores exacerbantes. El tratamiento quirúrgico se reservará para los que no mejoren y será seguido de terapia vocal (Ruotsalainen JH, 2007; Moser SE, 2014).
- Lesiones congénitas (quiste, sulcus, puente mucoso, vergeture): tratamiento quirúrgico si no mejora tras tratamiento conservador con terapia vocal (Schwartz SR, 2009).
- Papilomatosis laríngea: exéresis mediante el uso de láser o microdebridadores que no garantizan la curación pero mejoran la respiración y la voz (Gallagher TQ, 2008). Los antivirales no han demostrado eficacia y solo se deben emplear en combinación con la cirugía (Chadha NK, 2012).
- Disfonía espasmódica: toxina botulínica, el efecto beneficioso es temporal durante seis meses (Watts CC, 2004; Schwartz SR, 2009).
- Parálisis de cuerdas vocales y cierre glótico insuficiente: inyección de sustancias como colágeno, ácido hialurónico, grasa o hidroxiapatita líquida dentro de la cuerda vocal afectada para conseguir la medialización de la cuerda vocal que también se puede conseguir mediante cirugía abierta, aunque en estudios observacionales no se han demostrado mejores resultados con ésta última (Remacle M, 2007; Schwartz SR, 2009).
- Cáncer de laringe: dependerá de la localización y el estadio tumoral (ver guía: **Cáncer de laringe**).
- Presbifonía: hasta un 30% de los ancianos presentan incompetencia glótica, la terapia vocal puede mejorar el cuadro y si no mejora, valorar la necesidad de inyección intracordal de sustancias (Kendall K, 2007; Schwartz SR, 2009).

Tabla 3. Cuadro resumen sobre el tratamiento de la disfonía.		
Terapia vocal	Tratamiento médico	Cirugía
Disfonía funcional (siempre buscar otras causas: quiste intracordal, sulcus, vergeture, puente mucoso).	Laringitis aguda.	Granuloma postintubación.
Disfonía puberum.	Enfermedad por reflujo gastroesofágico.	Lesiones congénitas.
Presbifonía.	Hematoma CV.	Presbifonía.
Pólipo CV.	Granuloma postintubación.	Parálisis de CV.
Edema de Reinke.	Disfonía espasmódica.	Tumor maligno CV.
Parálisis de CV.		Papilomatosis laríngea.
Nódulos vocales.		Pólipo CV.
		Edema de Reinke.

Se debe valorar la derivación al segundo nivel asistencial en los siguientes casos (Mau T, 2010):

- En adultos con disfonía de más de tres semanas de duración que no cede con tratamiento habitual.
- Cuando se presenten con disnea y/o disfagia con carácter urgente.
- En niños, cuando la laringoscopia no identifique claramente la presencia de nódulos vocales.

Algoritmo de manejo



Algoritmo diagnóstico de la disfonía

Bibliografía

- Chadha NK, James A. Adjuvant antiviral therapy for recurrent respiratory papillomatosis. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD005053. PubMed **PMID: 23235619. Texto completo**
- Chang JI, Bevans SE, Schwartz SR. Otolaryngology clinic of North America: evidence-based practice: management of hoarseness/dysphonia. Otolaryngol Clin North Am. 2012;45(5):1109-26. PubMed **PMID: 22980688**
- Colton R, Casper J, Leonard R. Understanding Voice Problems. A Physiological Perspective for Diagnosis and Treatment. 3rd ed. Baltimore Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- Dailey SH, Spanou K, Zeitels SM. The evaluation of benign glottic lesions: rigid telescopic stroboscopy versus suspension microlaryngoscopy. J Voice. 2007;21(1):112-8. PubMed **PMID: 16442777**
- Gallagher TQ, Derkay CS. Recurrent respiratory papillomatosis: update 2008. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2008;16(6):536-42. PubMed **PMID: 19005325**
- Hopkins C, Yousaf U, Pedersen M. Acid reflux treatment for hoarseness. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD005054. PubMed **PMID: 16437513. Texto completo**
- Ishizuka T, Hisada T, Aoki H, Yanagitani N, Kaira K, Utsugi M, et al. Gender and age risks for hoarseness and dysphonia with use of a dry powder fluticasone propionate inhaler in asthma. Allergy Asthma Proc. 2007;28(5):550-6. PubMed **PMID: 18034974**
- Kendall K. Presbyphonia: a review. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;15(3):137-40. PubMed **PMID: 17483679**
- Mau T. Diagnostic evaluation and management of hoarseness. Med Clin North Am. 2010;94(5):945-60. PubMed **PMID: 20736105**
- Moser SE. Laryngeal problems. Prim Care. 2014;41(1):99-107. PubMed **PMID: 24439884**
- Núñez-Batalla F, Corte-Santos P, Señaris-González B, Llorente-Pendás JL, Górriz-Gil C, Suárez-Nieto C. Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI-30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58(9):386-92. PubMed **PMID: 17999902. Texto completo**
- Pedersen M, McGlashan J. Surgical versus non-surgical interventions for vocal cord nodules. Cochrane Database Syst Rev. 2012;6:CD001934. PubMed **PMID: 22696326**
- Remacle M, Lawson G. Results with collagen injection into the vocal folds for medialization. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;15(3):148-52. PubMed **PMID: 17483681**
- Reveiz L, Cardona AF. Antibiotics for acute laryngitis in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;5:CD004783. PubMed **PMID: 26002823**
- Ruotsalainen JH, Sellman J, Lehto L, Jauhiainen M, Verbeek JH. Interventions for treating functional dysphonia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD006373. PubMed **PMID: 17636842**
- Schneider SL, Sataloff RT. Voice therapy for the professional voice. Otolaryngol Clin North Am. 2007;40(5):1133-49, ix. PubMed **PMID: 17765699**
- Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, Rosenfeld RM, Deutsch ES, Gillespie MB, et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;141(3 Suppl 2):S1-S31. PubMed **PMID: 19729111. Texto completo**
- Sulica L. Hoarseness. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;137(6):616-9. PubMed **PMID: 21690515**
- Thomas LB, Stemple JC. Voice therapy: Does science support the art? Communicative Disorders Review. 2007;1:49-77.
- Trani M, Ghidini A, Bergamini G, Presutti L. Voice therapy in pediatric functional dysphonia: a prospective study. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2007;71(3):379-84. PubMed **PMID: 17137639**
- Wang PH, Wang HC, Cheng PW, Cheng SL, Tsai CC. Hoarseness in asthmatic patients: the side effect of inhaled steroid or not? J Asthma. 2007;44(10):823-6. PubMed **PMID: 18097857**
- Watts CC, Whurr R, Nye C. Botulinum toxin injections for the treatment of spasmodic dysphonia. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD004327. PubMed **PMID: 15266530**
- Zhao X, Cao X, Li Q. Dexamethasone for the prevention of postoperative sore throat: a systematic review and meta-analysis. J Clin Anesth. 2015;27(1):45-50. PubMed **PMID: 25468585. Texto completo**

Más en la red

- Behlau M, Zambon F, Madazio G. Managing dysphonia in occupational voice users. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;22(3):188-94. PubMed **PMID: 24670489**

- Chang JI, Bevans SE, Schwartz SR. Otolaryngology clinic of North America: evidence-based practice: management of hoarseness/dysphonia. Otolaryngol Clin North Am. 2012;45(5):1109-26. PubMed [PMID: 22980688](#)
- Ruiz R, Jeswani S, Andrews K, Rafii B, Paul BC, Branski RC, et al. Hoarseness and laryngopharyngeal reflux: a survey of primary care physician practice patterns. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;140(3):192-6. PubMed [PMID: 24481258](#). [Texto completo](#)

Autores

- Juan Carlos Amor Dorado Médico Especialista en Otorrinolaringología (1)
- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Hospital Can Misses. Ibiza, Illes Balears. España.
(2) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.



Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |