

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-45



**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 04**

**Hoja:** 1 de 9

# MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS DE PÓLIPOS CORDALES

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de División de Foniatría	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje
Firma			

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-45
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 2 de 9</b>

## 1. Propósito

Establecer un criterio uniforme para realizar el diagnóstico y el tratamiento actualizados de pacientes portadores de pólipos cordales que se atienden en el servicio de Foniatría.

## 2. Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal médico de la División de Foniatría integrante de la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de lenguaje.

## 3. Responsabilidades

### Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

### Jefe de Servicio:



- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

### Medico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión y actualización

## 4. Políticas de operación y normas.

Revisión y actualización será cada dos años o antes si fuera necesario.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-45
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 3 de 9</b>

## NOMBRE DE PADECIMIENTO

### 5. Definición

#### 5.1 Definición del padecimiento

Las lesiones benignas de las cuerdas vocales relacionadas a fonotrauma se clasifican clínicamente en pólipos, nódulos, edema de Reinke y quistes <sup>(1)</sup>.

Los pólipos son una patología frecuente en los hombres. Como es unilateral y ricamente vascularizada, puede confundirse con neoplasias vasculares. Su etiología no es muy clara, pero se observa en personas que abusan de su voz, en pacientes con medicación anticoagulante, hipotiroidismo o pueden ser de origen inflamatorio, alérgico, inmunológico. Kleinsasser refiere un 80 a 90% de incidencia de pólipos en personas fumadoras <sup>(2)</sup>. Arruda ha encontrado que en pacientes con este tipo de patología existe un elevado índice de reflujo gastroesofágico <sup>(3)</sup>.

Se caracteriza por la existencia de exudado fibrinoso organizado en montículos o en red rodeados por neovascularización <sup>(4)</sup>.

### 6. Diagnóstico

#### 6.1 Cuadro Clínico

Son pacientes con disminución de su rango tonal (tono bajo) y ronquera crónica. En el caso de pólipos pedunculados, se observan disturbios vocales intermitentes; la voz se rompe bruscamente porque el pólipo cae entre las cuerdas vocales. Algunos presentan diplofonía, y en menos casos, disnea.



En los análisis acústicos se observa aumento de la frecuencia fundamental perturbada (jitter) o de la amplitud (shimmer), según la ubicación del pólipo. El rango y la dinámica de la extensión son reducidos. Hay incremento del ruido espectral <sup>(2)</sup>.

Cho en un análisis multivariado mostró que el lado de la cuerda en que se encuentra el pólipo, el color de la cuerda vocal y la historia de abuso vocal, asociadas a la disfonía por tensión muscular que son factores que se deben tener en cuenta porque influyen en la calidad de la voz. <sup>(5)</sup>.

#### 6.2 Laboratorio y Gabinete

Dependiendo del paciente, se deben solicitar desde una placa de tórax y pruebas de funcionamiento respiratorio para valorar el estado anatómico y funcional, hasta una tomografía axial computarizada de cuello para descartar alguna patología maligna, posteriormente en los casos que ameriten cirugía, se debe recurrir al estudio histopatológico de la pieza postquirúrgica para el diagnóstico definitivo.

En caso de reflujo gastroesofágico, se podrá solicitar una pH metría y manometría en caso que el paciente no responda a tratamiento antirreflujo.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-45
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 4 de 9</b>

### 6.3 Estudios Especiales

La técnica más ampliamente utilizada era la nasofibroscopía (100%), seguida por la laringoscopia indirecta (72%). En oposición a estas, las menos utilizadas resultaron ser la psicoacústica (17%) y la medición aerodinámica (7%). Asimismo, los porcentajes de utilización de estas técnicas en los controles post-quirúrgicos son similares, ya que la nasofibroscopía es empleada en el 100% de los sujetos del estudio, además de presentarse nuevamente bajos porcentajes para las mediciones aerodinámicas (7%) y psicoacústicas (14%)<sup>(6)</sup>.

Los patrones visuales de la fonovibrografía y los datos cuantitativos revelan cambios notables en los patrones de vibración de las cuerdas vocales después de la cirugía y continúan mejorando de 1 a 3 meses<sup>(8)</sup>.



Análisis acústico de la voz. Este análisis de la perturbación se realiza comúnmente usando el programa Multi-Dimensional Voice Program (MDVP) y CSpeech. La alteración de medidas tales como el jitter, shimmer, y ruido-señal (SNR) se han aplicado como métodos no invasivos para evaluar estas lesiones<sup>(9,10)</sup>. El análisis de la voz es un método objetivo utilizado para determinar el grado de afección de la voz, así como para valorar la evolución de la voz, siendo utilizado principalmente para profesionales de la voz, aunque su utilidad se extiende para todo proceso patológico que afecte las características vocales.

### 6.4 Clasificación en su caso

Hay dos tipos de pólipos: 1) pólipos sésiles o de base ancha, que pueden abarcar extensiones variadas de los pliegues vocales y 2) pólipos pedunculados, en los cuales la masa está sujeta al pliegue vocal por un apéndice en forma de pedúnculo (Figura no. 1)<sup>(6)</sup>.



Figura no. 1 Pólipo sésil en cuerda vocal derecha

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-45
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 5 de 9</b>

## 7. Tratamiento

### 7.1 Médico

Se debe realizar terapia vocal preoperatoria y postoperatoria. Nakagawa opina que hasta un 9.7% de los pólipos cordales pueden resolverse sin cirugía. Se puede considerar un tratamiento conservador con terapia foniátrica y tratamiento farmacológico en pacientes seleccionados con pólipos pequeños y recientes <sup>(11)</sup>.

#### 7.1.1 Medicamentos

Dependiendo de las características y tamaño del pólipo, se deberán manejar enzimas proteolíticas, analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, esteroides, inhibidores de la bomba de protones, procinéticos, mucolíticos, antihistamínicos, etc. La inyección percutánea de esteroide puede ser una modalidad de tratamiento en este tipo de lesiones <sup>(12)</sup>.

#### 7.1.2 Rehabilitación

Se deberán trabajar los siguientes aspectos:

Higiene vocal, reducir el uso vocal, eliminar el cierre glótico brusco, aumentar el apoyo respiratorio y disminuir la intensidad de la voz <sup>(2)</sup> mediante terapia foniátrica que incluya ejercicios de respiración, relajación, biorretroestimulación visual, propioceptiva y auditiva, entre otras. Yoon See Lee y Cols en el año 2016, encontraron que la terapia vocal es más efectiva para pólipos pequeños, particularmente de tipo sésil y en pacientes femeninos <sup>(13)</sup>.

### 7.2 Quirúrgico

Se indica microcirugía laríngea con microtijera, micropinza o láser de CO2. En todos los casos se debe respetar la lámina propia <sup>(2)</sup>.

Los pólipos cordales son mejor removidos con las técnicas tradicionales, sin embargo, el CO2 ayuda a una mejor escisión en pólipos voluminosos <sup>(14)</sup>.



Petrovic encontró que las características acústicas y perceptuales de la voz en pacientes con pólipos cordales mejoraban significativamente después de la fonocirugía y el tratamiento vocal <sup>(15)</sup>.

#### 7.2.1 Manejo Preoperatorio

Manejo estricto de factores que pudiesen influir directamente en el momento de la cirugía tales como infección de vías aéreas superiores, reflujo gastroesofágico, alergias, mal uso y abuso vocal, etc.

#### 7.2.2 Manejo Post operatorio

Después de la cirugía, reposo vocal absoluto al menos por 72 horas, dependiendo de cómo se haya llevado a cabo la cirugía, posteriormente reposo vocal relativo y medidas

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-45
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja:</b> 6 de 9

de higiene vocal lo que impedirá la recidiva del pólipos y eliminará cualquier ronquera o soplo <sup>(5)</sup>.

### 7.2.3 Seguimiento

Control foniatrico periódico para valorar evolución se realizará cada mes posterior a la cirugía y después cada 3 meses hasta lograr que el paciente se encuentre eufónico.

## 8. Evaluación del resultado

### 8.1 Cuantitativo

Análisis de la voz, valorando shimmer, jitter y frecuencia fundamental.

Stepp sugiere que las medidas de la frecuencia fundamental durante el comienzo y el final de la emisión vocal puede ser un estudio simple y no invasivo en la hiperfunción vocal <sup>(16)</sup>, lo cual nos ayuda a valorar la evolución de nuestro paciente.

### 8.2 Cualitativo

Valoración del tono, el timbre y la intensidad vocal, así como la mecánica fonorrespiratoria.

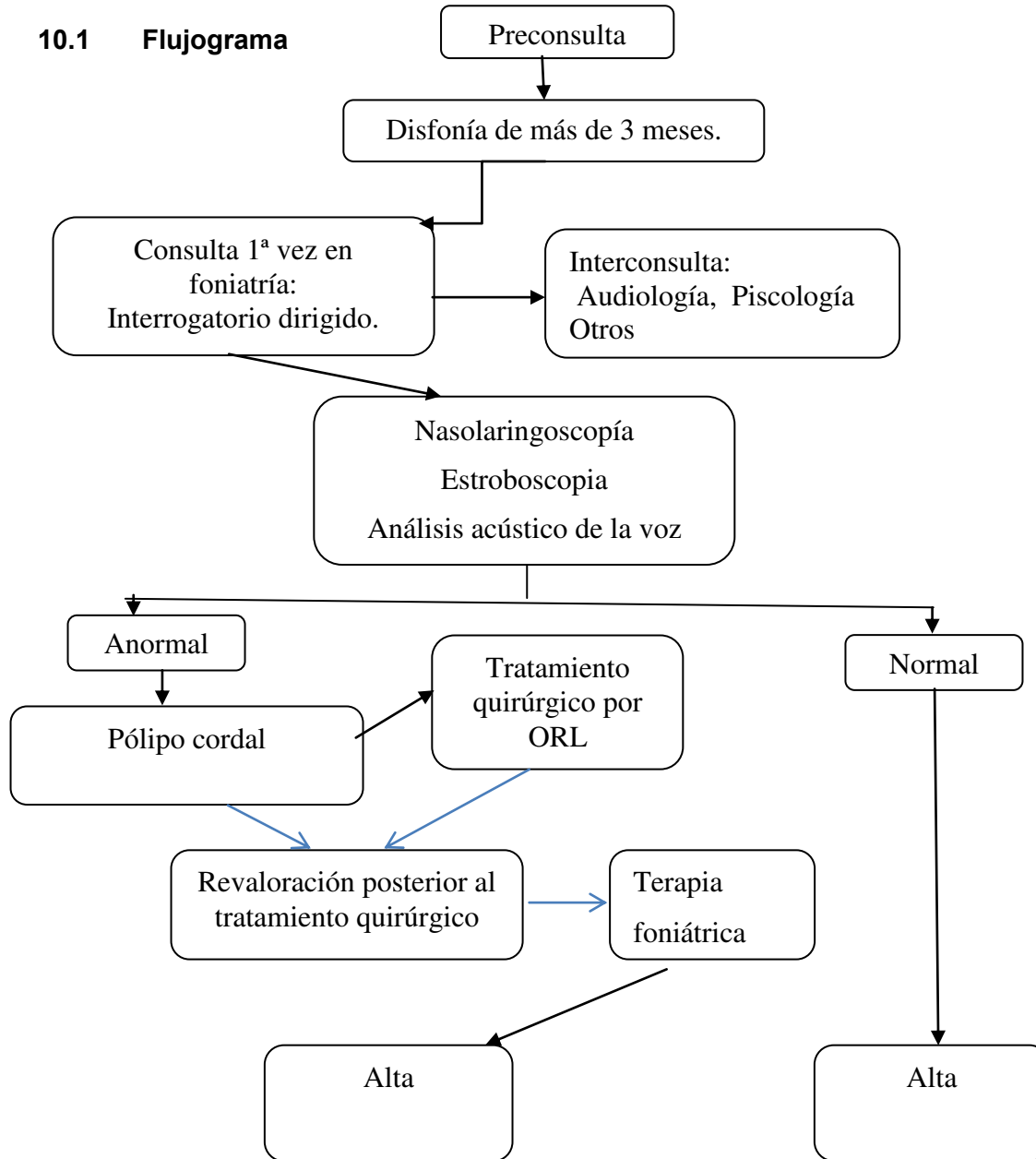
## 9. Criterios de alta



Cuando se logre la eufonía y la mecánica fonorrespiratoria sea óptima para las necesidades vocales del paciente, lográndose reincorporar a sus actividades personales, sociales y laborales.

## 10. Anexos



**10.1 Flujograma**





	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-45
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 8 de 9</b>

## 11. Referencias bibliograficas y Guías clínicas específicas

1. Cipriani NA, Martin DE, Corey JP, Portugal L, Caballero N, Lester R, Anthony B, Taxy JB. The clinicopathologic spectrum of benign mass lesions of the vocal fold due to vocal abuse. *Int J Surg Pathol*- 2011 Oct; 19 (5): 583-7, Epub 2011 Jun 16.
2. La voz patológica. Jackson- Menaldi. Ed. Médica Panamericana. 2002, Madrid, España. pp. 34-35, 250-251.
3. Arruda Henry MA, Martins RH, Lerco MM, Carvalho LR, Lamónica-García VC. *Arq. Gastroenterol.* 2011 Apr-Jun; 48 (2): 98-103.
4. Coulombeau, Pérouse R, Chalabreysse L, Faure MA. The “intracordal polyp”: a clinical alternative to recognize? *Rev. Laryngol Otol Rhinol.* 2006; 127 (5): 349-52.
5. Manual de terapéutica de la voz. Prater, Rex; Swift, Roger. Ed. Masson-Little, Brown. 1995. pp. 97-99
6. Nercelles, L., Fernández, D., Retamales, L. and Vergara, F. (2012). Sistematización en el proceso de evaluación y terapia del pólipo de cuerda vocal. Encuesta a médicos Otorrinolaringólogos Chilenos. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, [online] 11(0). Available at: <http://www.revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/download/24517/25891> [Accessed 8 Aug. 2017].
7. Kuduk M, Dölinger M, McWhorter AJ, Svec JG, Lohscheller J. Vocal fold vibratory behavior changes following surgical treatment of polyps investigated with high-speed videoendoscopy and fonovibrography. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2012 Jun; 121 86): 355-63.
8. Jiang J, Zhang Y, MacCallum J, Sprecher A, Zhou L. Objective Acoustic Analysis of Pathological Voices from Patients with Vocal Nodules and Polyps. *Folia Phoniatr Logop* 2009;61:342–349
9. Roy I, Holt K, Redmond S, Muntz H. Behavioral Characteristics of Children with vocal fold nodules. *Journal of Voice* 2007;21(2):157-168
10. Nakagawa H, Miyamoto M, Kusuyama T, Mori Y, Fukuda H. Resolution of vocal fold polyps with conservative treatment. *J Voice.* 1012 May; 26(3):e 107-10. Epub 2011 Nov 13.
11. Woo JH, Kim DY, Kim JW, Oh EA, Lee SW. Efficacy of percutaneous vocal fold injections benign laryngeal lesions: Prospective multicenter study. *Acta Otolaryngol.* 2011 Dec: 131 (12): 1326-32.
12. Lee YS, Lee DH, Jeong GE, Kim JW, Roh JL, Choi SH, Kim SY, Nam SY. Treatment efficacy of voice therapy for vocal fold polyps and factors predictive of its efficacy. *J Voice.* 2017 Jan;31(1):120.e9-120.e13. doi: 10.1016/j.jvoice.2016.02.014. Epub 2016 Mar 23.
13. Motta G, Villari G, Mota G Jr, Ripa G, Salerno G. The CO2 laser in the laryngeal microsurgery. *Acta Otolaryngol Suppl.* 1986: 433;1-30.



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-45
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja:</b> 9 de 9

14. Petrovic-Lazic M, Jovanovic N, Kulic M, Babac S, Jurisic V. Acoustic and Perceptual Characteristics of the Voice in Patients With Vocal Polyps After Surgery and Voice Therapy. Journal Of Voice: Official Journal Of The Voice Foundation [J Voice] 2014 Oct 7. Date of Electronic Publication: 2014 Oct 7.
15. Stepp CE, Hillman RE, Heaton JT. The impact of vocal hyperfunction on relative fundamental frequency during voicing offset and onset. J Speech Lang Hear Res. 2010 Oct; 53 (5): 1220-6. Epub 2010 Jul 19.

## 12. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
02	Revisión y Actualización del contenido, actualización de la Imagen Institucional	JUN 15
03	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
04	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20