

Disfonia espasmódica de adução, tremor vocal e disfonia de tensão muscular: é possível fazer o diagnóstico diferencial?

Talvez não haja época mais propícia para falarmos sobre as disfonias que em tempos de Copa do Mundo, quando os consultórios dos otorrinolaringologistas enchem-se de pacientes afônicos e disfônicos com laringite por abuso vocal. O diagnóstico destes casos não impõe grandes dificuldades, bastando para tal uma boa anamnese e exame físico.

Nesse editorial, iremos focar um assunto bem mais desafiador na laringologia: o diagnóstico diferencial da disfonia espasmódica de adução, que inclui tremor vocal e disfonia de tensão muscular. Apesar das diferentes etiologias, os sintomas vocais podem ser muito semelhantes nestes casos e o diagnóstico acaba sendo um tanto quanto subjetivo, dependendo muito da experiência pessoal do examinador.

A disfonia espasmódica de adução é um distúrbio vocal caracterizado por espasmos dos músculos laríngenos durante a fonação, produzindo voz quebrada, tensa, forçada e estrangulada^{1,2}. Essa doença, classificada como distonia focal de origem central, de etiologia ainda desconhecida, persiste como uma das disfonias mais difíceis de serem tratadas³. Seus sintomas decorrem da contração intermitente e involuntária dos músculos tireoaritenóideos durante a fonação, o que resulta em pregas vocais tensas, pressionadas uma contra a outra, e no aumento da resistência glótica^{1,4}. Inicia-se tipicamente em pacientes a partir da terceira década de vida, sendo mais freqüente em mulheres. A qualidade vocal geralmente piora em situações de estresse e melhora com uso de sedativos como álcool e benzodiazepínicos⁵. Pode causar um impacto negativo na qualidade de vida do paciente e levar ao isolamento social⁶.

O tremor vocal caracteriza-se pelo movimento rítmico da laringe, que produz alterações rítmicas de pitch e loudness durante a fonação. Estes movimentos laríngenos são muitas vezes acompanhados de tremor da cabeça e de extremidades⁷. O tremor pode estar presente apenas durante a fonação ou aparecer no repouso. Apesar de ser identificável durante a fala encadeada em alguns indivíduos, é mais facilmente reconhecido durante a emissão de vogal sustentada. Casos graves de tremor vocal podem cursar com interrupções fonatórias similares àquelas da disfonia espasmódica de adução⁸.

A disfonia de tensão é associada à tensão muscular excessiva, tanto da musculatura intrínseca como extrínseca da laringe, com hiperadução das pregas verdadeiras e/ou falsas e mesmo constrição esfíncterica da laringe. Este padrão hiperfuncional geralmente persiste em situações fonatórias diversas^{7,8}.

A diferenciação entre estas três entidades nem sempre é fácil para o otorrinolaringologista uma vez que seu principal recurso diagnóstico, o exame laringoscópico, não evidencia alterações estruturais características em nenhum dos casos. Para dificultar ainda mais o diagnóstico, ocasionalmente, pode haver associação destas afecções. Um paciente com disfonia espasmódica, por exemplo, pode apresentar um quadro de tremor vocal ou disfonia de tensão muscular associados⁸.

Como não há achados morfológicos evidentes ao

exame, muitos pacientes acabam não sendo diagnosticados corretamente e são eventualmente considerados portadores de distúrbios conversivos ou psiquiátricos por médicos e familiares. Tratados como tal, muitas vezes evoluem por anos sem melhora do quadro. As repercussões psicológicas resultantes deste cenário podem ser catastróficas para o convívio social do paciente.

Mesmo para laringologistas experientes, acostumados com estas afecções, o diagnóstico pode ser difícil. O diagnóstico incorreto pode conduzir a um tratamento mal sucedido. Indicar injeção de toxina botulínica, tratamento preconizado para disfonia espasmódica, para um paciente com disfonia de tensão muscular, por exemplo, pode resultar em um quadro grave de incompetência glótica, com voz extremamente rouca e aspiração a alimentos e saliva⁸.

Frente à dificuldade diagnóstica destas afecções, diversos investigadores têm estudado métodos que avaliem estes pacientes de modo mais objetivo. É neste contexto que o exemplar deste mês traz o artigo original "Distonia laríngea de adução: proposta e avaliação de protocolo de nasofibrolaringoscopia". Ainda necessitamos de outros estudos que forneçam bases sólidas que nos permitam realizar o diagnóstico diferencial das disfonias espasmódicas com eficácia, mas todo estudo com este intuito, sem dúvida, é muito bem vindo.

Rui Imamura *

Domingos H. Tsuji**

* Médico assistente doutor da Div. Clínica ORL Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Professor Livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aronson AE. Organic voice disorders: neurologic disease. In: Clinical voice disorders. 2.ed. New York, Thieme Inc.,1985, pp 76-125.
2. Blitzer A, Lovelace RE, Brin MF, Fahn S, Fink ME. Electromyographic findings in focal laryngeal dystonia (spastic dysphonia). Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.1985, 94: 591-4.
3. Isshiki N, Tsuji DH, Yamamoto Y, Iizuka Y. Midline lateralization thyroplasty for adductor spasmotic dysphonia. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol 2000; 109:187-93.
4. Nash EA, Ludlow CL. Laryngeal muscle activity during speech breaks in adductor spasmotic dysphonia. Laryngoscope, 1996;106:484-9.
5. Sulica L. Contemporary management of spasmotic dysphonia. Curr Opin Otolaryngol. Head Neck Surg 12:543-8.
6. Chan SW, Baxter M, Oates J, Yorston A. Long-Term results of Type II Thyroplasty for Adductor Spasmotic Dysphonia. Laryngoscope 2004,14:1604-8.
7. Aronson AE, Brown JR, Litin EM, Pearson JS. Spastic dysphonia. II. Comparison with essential (voice) tremor and other neurologic and psychogenic dysphonias. J Speech Hear Disord. 1968 Aug;33(3):219-31.
8. Barkmeier JM, Case JL. Differential diagnosis of adductor-type spasmotic dysphonia, vocal tremor, and muscle tension dysphonia. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2000 Jun;8(3):174-9.