

LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS

Cuidado Anestésico de los profesionales de la voz. Revisión 2015

Artículo Original: Ryan K. Meacham, Joshua Schindler. Anesthesia Care for the Professional Singer. Review Article. *Pages 347-356.* ([web](#)) ([First page PDF](#))

Zugasti Echarte O.

Complejo Hospitalario de Navarra

Resumen

Los cantantes acuden a la consulta de Anestesia con gran ansiedad, preocupados por los posibles efectos de la cirugía y anestesia sobre su voz. Se debería entregarles un consentimiento informado completo donde se documente todos los riesgos y las expectativas realistas de recuperación. Durante la cirugía se debería usar el tubo endotraqueal lo más pequeño posible y minimizar al máximo el movimiento del mismo durante la anestesia y la extubación. Se debería coordinar un plan de recuperación de la voz entre el otorrino y un logopeda.

Introducción

Los cantantes acuden a la consulta de Anestesia con gran ansiedad, preocupados por los posibles efectos de la cirugía y anestesia sobre su voz. Se debería entregarles un consentimiento informado completo donde se documente todos los riesgos y las expectativas realistas de recuperación. Durante la cirugía se debería usar el tubo endotraqueal lo más pequeño posible y minimizar al máximo el movimiento del mismo durante la anestesia y la extubación. Se debería coordinar un plan de recuperación de la voz entre el otorrino y un logopeda.

Preoperatorio

- El paciente debe tener expectativas realistas acerca de los efectos de la anestesia general y de la intubación sobre la voz. Tras una intubación endotraqueal, el paciente debe asumir la posible aparición de

dolor de garganta, ronquera o voz rasposa, disminución del rango vocal, quebramiento vocal, globo faríngeo y mayor necesidad de aclaramiento de la voz.

- Se recomienda la inclusión de una descripción adecuada de estas molestias en el consentimiento informado del cantante profesional.
- Es importante dejar reflejado que el cantante ha sido advertido del posible daño vocal que puede condicionar su capacidad de cantar incluso de forma permanente.
- Lo ideal es que el artista no tenga compromisos para actuar en el momento de la cirugía.

Manejo Anestésico

- Tras una intubación de corta duración pueden aparecer: ronquera, tensión vocal, sensación de escape de aire y debilidad en la voz. Estos

efectos habitualmente se han resuelto completamente tras 72 horas aunque existe riesgo de una afectación duradera de la voz.

- Figura 1.- La cantante Storm Large en una actuación 3 días después de haberse sometido a una cirugía en una pierna bajo Anestesia General.
- Los cambios en las características vibratorias de las cuerdas vocales por alteraciones traumáticas en la superficie de la mucosa pueden producir variaciones acústicas.
- La sequedad y el edema de los pliegues vocales y la viscosidad aumentada de las secreciones pueden afectar a la capacidad vibratoria de las cuerdas vocales.
- Los agentes anestésicos pueden afectar a la unión neuromuscular en la musculatura laríngea y a la función pulmonar en el postoperatorio.
- Una de las cuestiones más importantes para el anesestesiólogo será determinar el dispositivo más adecuado para el manejo de la vía aérea.
- En casos seleccionados se puede considerar realizar la cirugía únicamente bajo anestesia locorregional.



Laringoscopio óptico Airtraq con adaptador para utilizar la cámara del teléfono móvil como visor

Tubo endotraqueal

- Es importante evitar los movimientos del tubo endotraqueal, por lo que habrá que asegurar la fijación del mismo y evitar en lo posible los movimientos de la cabeza durante la cirugía.
- Existe controversia sobre cuál es la mejor vía (orotraqueal o nasotraqueal) para realizar la intubación traqueal y minimizar el trauma laríngeo.
- La [vía nasotraqueal](#) parece disminuir la movilidad del tubo endotraqueal y la posibilidad de producir daño.
- Una [regla de oro](#) en el manejo anestésico del cantante profesional es **no desviarse de la práctica diaria** de la anestesia. Si no se tiene experiencia con la intubación nasotraqueal, no será prudente intentarlo en el profesional de la voz.
- Valorar el uso de videolaringoscopios, que proporcionan una visión directa de la glotis durante la laringoscopia.
- En una encuesta a otorrinolaringólogos experimentados una mayoría (76%) prefería un tubo endotraqueal más pequeño para cantantes (6.0 para mujeres y 6.0 ó 7.0 para hombres) por vía oral (46%) frente a la vía nasal (36%).
- Los autores de este artículo recomiendan un **tubo del 5.0 ó 5.5** cuando sea posible.
- Una extubación en un plano anestésico profundo, seguida por una ventilación con mascarilla evita que el paciente tosa o luche contra el tubo.

- Si el tubo se deja colocado durante el despertar, es útil soltarlo del sistema de fijación, de manera que se permita el movimiento arriba y abajo cuando el paciente trague.

Mascarilla laríngea (LMA)

- La LMA debe ser tenida en cuenta en el manejo anestésico del cantante profesional para evitar la instrumentación de las cuerdas vocales o la subglotis.
- La retirada de la LMA con el manguito inflado o una tracción o rotación excesivas del dispositivo pueden provocar una rotación en la laringe que puede producir una dislocación aritenoidea.
- Se ha atribuido al uso de LMA la aparición de [daños en nervios craneales](#) derivados de una neuroapraxia por hiperpresión. Se ha culpado a un aumento de presión en el manguito de la LMA causado por difusión de óxido nitroso.
- Las altas presiones de sellado en el manguito de la LMA sobre la glotis superior pueden causar edema y alteraciones del tracto supraglótico vocal.
- La LMA puede producir sequedad en las cuerdas vocales por el flujo constante de gases anestésicos. Esto puede conducir a un aumento de la adhesión de las cuerdas vocales durante la fonación y a la posterior aparición de disfonía.

Fármacos

- La relajación muscular debe formar parte del manejo anestésico del cantante profesional. Una relajación muscular profunda provoca una

menor movilidad del tubo a través de la laringe.

- El uso de anticolinérgicos puede tener consecuencias no deseadas en la voz. La disminución de las secreciones puede provocar una menor lubricación de las cuerdas vocales.
- Los corticoides probablemente deban ser administrados preoperatoriamente a todos los profesionales de la voz no diabéticos, ya que disminuyen el edema de las cuerdas vocales. La evidencia es escasa sobre esta recomendación.
- Se recomienda realizar profilaxis del reflujo gastroesofágico.

Otros factores

- La duración de la anestesia y el número de intentos de intubación influyen en el número de quejas sobre la voz en el postoperatorio.
- La presión y el volumen del balón de neumotaponamiento están relacionadas con molestias relativas a la voz tras la extubación. Evitar el empleo de óxido nitroso por su posible difusión al balón de neumotaponamiento.
- La presión del balón debería mantenerse en 20 ó 25 cmH₂O, o a la presión más baja que permita una adecuada ventilación.

Aspectos Quirúrgicos

- Tras una amigdalectomía el tracto vocal supraglótico se ve reconfigurado anatómicamente, aumentando el tamaño de la cámara de resonancia, lo que altera la voz.
- Hacen falta de 3 a 6 meses tras una amigdalectomía para que

una voz profesional vuelva a sus características basales.

- Cualquier tipo de cirugía a lo largo del trayecto de las fibras del nervio laríngeo recurrente puede ocasionar una parálisis de cuerda vocal.
- En la cirugía del tiroides existe riesgo de lesión tanto del nervio laríngeo recurrente como del nervio laríngeo superior. Además la disección de los planos musculares puede producir cicatrices extralaríngeas que provoquen una desestabilización del esqueleto laríngeo.
- La cirugía torácica y abdominal puede interferir con la función respiratoria. Los cantantes deben ser advertidos de la conveniencia de no cantar hasta que haya remitido el dolor postoperatorio



Foniatra. Tomado de elperiodico.com (<http://goo.gl/OZmBue>)

Postoperatorio

- Es recomendable un seguimiento estrecho tras la cirugía en el profesional de la voz. Se recomienda que el anestesiólogo realice una visita postoperatoria para documentar el estado de la voz.
- La consulta con el otorrinolaringólogo, especialmente si es especialista en voz, se debe recomendar tras una anestesia general o una cirugía en la que la ronquera

persiste más de unos pocos días en el postoperatorio.

- Los hematomas de las cuerdas vocales tras una intubación traumática pueden necesitar reposo vocal.
- Las pequeñas abrasiones de la mucosa que recubre las cuerdas vocales se pueden beneficiar de la humidificación del ambiente.
- Las parálisis de cuerda vocal o parálisis tras una neuroapraxia temporal postintubación o daño quirúrgico deben llevar un seguimiento. Pueden necesitar una laringoplastia con un relleno inyectable mientras se espera a la recuperación de la función nerviosa.
- En el caso extremo de una subluxación de la unión cricoaritenoides se debe realizar un examen bajo anestesia.
- La mayoría de los casos de disfonía postquirúrgica requieren la evaluación y el tratamiento por parte de un logopeda.
- Puede ser beneficiosa la terapia con inhibidores de la bomba de protones durante una semana en el postoperatorio.
- Los agentes mucolíticos ayudan a hacer más fluidas las secreciones y pueden aliviar la tos y la necesidad de aclarar la garganta.
- Los corticoides no se deben administrar en el postoperatorio de manera rutinaria, pero se deben tener en cuenta para ayudar a la recuperación de un edema prolongado de cuerdas vocales o laringitis aguda, sobre todo en el profesional de la voz con una actuación inminente.
- Se deben evitar los anticoagulantes y antiagregantes en el perioperatorio en la medida de lo posible ya que pueden

predisponer a una hemorragia de las cuerdas vocales.

- Si la cirugía es menor y la intubación no ha sido traumática para la laringe, el cantante puede volver a actuar una semana después de la cirugía.
- Si la cirugía es sobre el cuello, tórax o abdomen o si existen dudas sobre el estado de la laringe, pueden ser necesarios varios meses de descanso antes de volver a actuar y se recomienda la consulta con un

otorrinolaringólogo para planificar el regreso.

Correspondencia al autor

Orreaga Zugasti Echarte
orreaga.zugasti.echarte@cfnavarra.es
FEA Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario de Navarra

[Publicado en AnestesiaR el 15 de marzo de 2016](#)