

Enfermedades vocales frecuentes

El Dr. Ignacio Cobeta –otorrinolaringólogo consultor del Teatro Real de Madrid–, comenta en este artículo algunas de las patologías vocales más frecuentes que aquejan a los cantantes líricos, una guía sobre el cuidado del aparato fonador y de las cuerdas vocales, instrumento de trabajo del cantante.



Si a un cantante se le pide que haga un *glissando* con la boca cerrada intentando decir una vocal a poco volumen y el sonido fluye sin interrupciones ni bloqueos, es muy probable que la voz esté perfecta dentro de sus posibilidades.

Esta sencilla prueba revela normalidad del borde libre de las cuerdas, que es la parte más sensible a los esfuerzos vocales y la que primero se lesiona. Esta prueba la conocen la mayoría de los cantantes, que al empezar el día la realizan para saber si van a tener *que preocuparse o no*. Hay que recordar que fisiológicamente las cuerdas vibran el número de veces por segundo que corresponde a la nota emitida y que en un *glissando* –pasar por todas las notas de forma continua, generalmente ascendente– las cuerdas se elongan apareciendo toda la superficie de contacto entre ellas con un espacio crítico para la vibración, que se bloqueará a la menor imperfección; esta situación se hace más evidente a poco volumen ya que el mínimo bloqueo de vibración (rozamiento) no puede vencerse por una presión alta. Esta prueba tiene el mismo origen que los emocionantes *filados*. El hecho de realizarse con la boca cerrada elimina la ayuda del tracto de resonancia, midiendo estrictamente la regularidad vocal.

Dentro de las diversas formas de canto, el lírico es el que exige una mayor perfección del aparato vocal, mientras que en otros géneros, como el flamenco, ciertas imperfecciones vocales se convierten en recursos expresivos. El hecho de que en el canto lírico apenas haya margen para la imperfección hace que el cuidado deba ser extremo. Para detectar mínimas lesiones es necesario conocer el mecanismo del canto y saber interpretar en términos médicos las dificultades vocales que expresan los cantantes. Como sistema de exploración, la forma más efectiva de ver las cuerdas vocales funcionando es el *estroboscopio*, que permite ver, mediante destellos de luz, la vibración vocal a todas las frecuencias. El hecho de que el cantante pueda ver en un monitor sus propias cuerdas vocales funcionando hace que el plan terapéutico, en caso de existir patología, se asuma como una necesidad compartida; cuando no hay patología, la visión de las cuerdas normales brinda una tranquilidad que permite cen-

trarse exclusivamente en las dificultades técnicas de la obra a afrontar.

La voz es muy sensible a diversas circunstancias tanto físicas como anímicas, y cuando se le exige un alto rendimiento, las carencias se muestran pronto: la voz, sea cual sea el estilo de canto, siempre tiene un límite. Conocer esos límites y mantenerse dentro de ellos es una tarea que debería ser compartida por el cantante, por el profesor de canto –en el caso de los intérpretes más jóvenes– y por el entorno profesional. El cantante debe ser inteligente no sólo para aprender y perfeccionarse, sino también para gestionar adecuadamente sus recursos vocales dentro de sus límites, que implica no cantar más allá de sus posibilidades, tanto en los papeles que elija como en el esfuerzo que le suponga cumplir sus compromisos.

Dentro del terreno de las patologías, el cantante puede sufrir lesiones vocales como si fuera un paciente general (infecciones, alergias, enfermedades *sistémicas* o de otros órganos con repercusión en la voz) o como profesional de la voz derivadas de su propio uso (abuso o mal uso vocal). Las primeras las pueden padecer todos los cantantes, y aunque suelen ser inoportunas –como los procesos catarrales en vísperas de una función–, son menos importantes a medio plazo. Las segundas son más preocupantes porque implican un inadecuado enfoque profesional y las suelen padecer los más jóvenes: en este sentido son paradigmáticas las lesiones de los cantantes de *musicals*.

Antes de describir las lesiones más frecuentes en cantantes, hay que insistir en la conveniencia de que aquéllos que inician una etapa pedagógica vocal se hagan una exploración que determine su normalidad anatómica y funcional; hay estudiantes de canto que tras varios años de estudio, y cuando se les ha pedido mayor exigencia, no han podido responder por padecer una mínima lesión congénita. En este sentido es interesante que un cantante sepa cómo es su laringe normal.

Patología

¿Cuál es la incidencia de la patología vocal en los cantantes? En un artículo publicado en 1999 por Debra Phyland (*Journal of Voice*, 13-4: 602-611) se demuestra que el

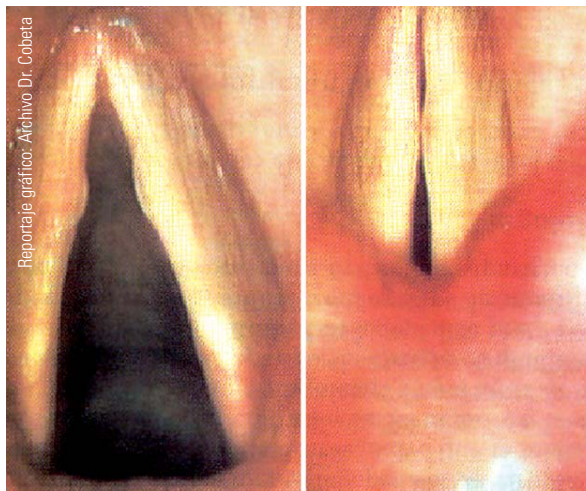


Figura 1: Nódulos vocales. A la izquierda, inflamación simétrica del tercio anterior de las cuerdas. A la derecha, defecto de cierre por el choque de los nódulos

51 por cien de los cantantes líricos y el 79 por ciento de los cantantes de *musical* han tenido alguna patología vocal en el último año. Entre quienes no se dedican al canto la incidencia es tres veces menor. Según la experiencia de quien firma estas líneas, dentro de los cantantes líricos hay que diferenciar varios grupos: estudiantes de canto, cantantes que están empezando su carrera, profesionales y estrellas de primer circuito. Para los estudiantes la persona más importante es el maestro, puesto que cuando un profesor detecta alguna anomalía vocal se ha encontrado patología en el 92 por cien de los casos. Los estudiantes de canto y aquellos cantantes que están iniciando una carrera muy exitosa y aceptan más compromisos de lo que su voz puede soportar son los grupos que más patología presentan. Rara vez un cantante profesional establecido o uno del primer circuito (de élite) sufre patología por abuso o mal uso vocal; suelen sufrir las propias de pacientes generales, como infecciones o alergias.

Consultas frecuentes

El motivo más frecuente de consulta en los cantantes es la **incapacidad para alcanzar las notas más agudas** de su extensión vocal. Este síntoma puede corresponder a diversas patologías, pero en sus estadios iniciales se debe a una mínima inflamación, generalmente traumática, debido a un uso inadecuado de la voz (sobrecarga vocal). Si el cantante repara en ello y hace una simple modificación (disminución) de su actividad vocal se puede resolver el problema: los cantantes inteligentes y bien aconsejados dan adecuada importancia a estos avisos. Si a pesar de este primer síntoma el paciente sigue cantando y poniendo una mayor presión de aire (aumentando la presión subglótica), la voz saldrá inicialmente como antes, ya que la lesión en esta fase es de consistencia más gelatinosa que fibrosa, con lo que se adaptará al esfuerzo. Para defenderse de este *rozamiento*, la laringe aumenta la secreción mucosa y el cantante notará la necesidad de aclararse la voz más frecuentemente (carraspeo, *aclaramiento* vocal). En esta fase lo que se encuentra es una irregularidad del borde libre de la cuerda vocal. Con tratamiento médico, cambiando el plan de trabajo vocal y con rehabilitación logopédica se resuelve el problema.



Figura 2: La cuerda derecha muestra un pólipo laríngeo de aspecto vascular; la izquierda una inflamación reactiva

También se consulta por la **percepción de aire en la voz**; quien mejor nota esto, sin duda, es el profesor de canto. La *voz aérea* por excelencia es la *voz cuchicheada*, en la cual no hay vibración vocal, y la segunda es la

parálisis de una cuerda vocal, pero éste no es el caso. Por *voz aérea* en el canto se entiende el *defecto de cierre glótico*, generalmente pequeño, poco perceptible y que le quita rotundidad a la voz. La primera causa de la voz aérea es el defecto de cierre posterior que, o bien puede ser un hallazgo sin importancia si se descubre en una exploración rutinaria, o puede presentarse como un primer síntoma de fatiga vocal (el cierre posterior lo lleva a cabo un pequeño músculo único). En casos severos el defecto de cierre puede darse a lo largo de la glotis por un proceso de inflamación traumática, con lo que en la fase de cierre *choca* una cuerda con otra en esa zona, quedando el resto sin cerrar, que es por donde se escapa el aire que no produce vibración y *ensucia* el sonido. La máxima expresión de este síntoma en las voces de uso artístico son los *nódulos vocales* (figura 1), tan temidos por todos los cantantes. En todo caso, unos nódulos bien rehabilitados, y en su caso intervenidos mediante *fonomicrocirugía*, pueden desaparecer completamente: la clave está en mantenerse dentro de los límites vocales ya citados.

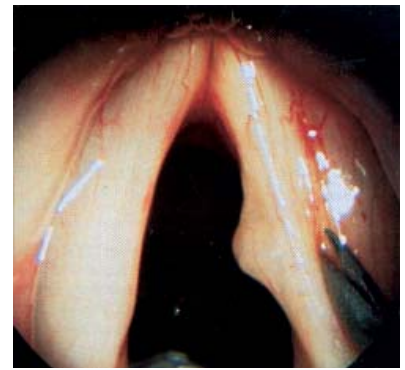


Figura 3: Quiste intracordal

El tercer síntoma de consulta frecuente es a causa de un **timbre vocal más oscuro**. El motivo de este síntoma puede deberse a un edema de las cuerdas vocales que puede estar propiciado por el tabaco o por el reflujo faríngeo-laríngeo. Sobre este tipo de reflujo de la vía aérea superior todavía los médicos tenemos mucho que aprender, pero no cabe duda de que en los últimos años ha aumentado el conocimiento sobre este mecanismo patológico; básicamente consiste en la salida de contenido gástrico hacia el esófago (sin dar necesariamente síntomas a ese nivel) y alcanzar la laringe, que no está preparada para recibir la agresión de esa intensa acidez, por lo que puede aparecer una inflamación difusa de la laringe y especialmente de la comisura posterior de la laringe y de las cuerdas.

La **ronquera** es el síntoma de la **disfonía** por excelencia y se debe a la falta de vibración de las cuerdas vocales. La causa principal es la laringitis catarral aguda, que todos conocemos y hemos padecido. Pero la ronquera mantenida, no infecciosa, en relación con el canto es un síntoma importante que exige siempre una exploración laríngea. Dentro de la voz artística la ronquera mantenida suele deberse a una lesión importante de las cuerdas, bien nódulos fibrosos consistentes, bien un pólipo del suficiente tamaño (Figura 2) y localización que bloquee continuamente la vibración vocal, o bien un quiste intracordal (Figura 3) que impide la vibración de una cuerda. Por lo general todas estas situaciones necesitan de *fonomicrocirugía*. * Dr. Ignacio COBETA