

ESTUDO DE CASO: DISFONIA PSICOGÊNICA

Case Report: Psychogenic Dysphonia

Marcela Bergamini ⁽¹⁾, Marina Englert ⁽¹⁾, Lívia Lima Ribeiro ⁽¹⁾, Renata Azevedo ⁽¹⁾

RESUMO

Disfonia funcional psicogênica possui relação com aspectos psicológicos. O tipo de voz, a articulação e a fluência são sensíveis às oscilações psicológicas. Uma voz em ajuste de falsete paralítico, caracterizada como uma voz de *pitch* extremamente agudo pode ser encontrada em casos de disfonias psicogênicas. Em qualquer quadro psicogênico é essencial um diagnóstico diferencial, a fim de viabilizar um tratamento fonoaudiológico e médico adequados e efetivos. O prognóstico de uma alteração psicogênica geralmente é bom. O quadro de disfonia psicogênica é mais comum no sexo feminino. O objetivo desse estudo é apresentar a evolução terapêutica de um indivíduo com disfonia psicogênica. A.J.O., 45 anos, sexo masculino, compareceu ao Ambulatório de Avaliação e Terapia de Voz encaminhado por médico otorrinolaringologista. Trouxe a queixa vocal “pela manhã a voz está perfeita, conforme o dia passa, a voz fica fina”. Realizou avaliação fonoaudiológica em 18 de abril de 2013, com laudo médico de “mobilidade reduzida de prega vocal esquerda”. Tratamento com técnica de sons disparadores, com modificação direta nos sintomas e evolução rápida. Demonstrou-se satisfeito com sua qualidade vocal. Em casos de suspeita de disfonias psicogênicas de conversão, devem-se descartar alterações orgânicas, sendo essencial uma avaliação fonoaudiológica que auxilie no diagnóstico diferencial e provas terapêuticas que incentivem o paciente.

DESCRIPTORIOS: Voz; Avaliação em Saúde; Reabilitação; Evolução Clínica

■ INTRODUÇÃO

Disfonia psicogênica é classificada como uma disfonia funcional pelo fato de não apresentar alterações estruturais de pregas vocais^{1,2}. O tipo de voz, a articulação e a fluência da fala são sensíveis às oscilações psicológicas³, portanto fatores estressantes podem estar relacionados às alterações vocais.

Uma voz em ajuste de falsete paralítico, caracterizada como uma voz de *pitch* extremamente agudo pode ser encontrada em casos de disfonias psicogênicas, podendo, facilmente no exame de imagem, ser diagnosticada como uma paralisia ou paresia de prega vocal⁴.

O diagnóstico da disfonia psicogênica é dado a partir da ausência de alterações orgânicas no exame laringológico combinados com algum grau de alterações vocais em que ações não relacionadas à fonação, como tosse e pigarro, permanecem

normais. Entretanto, o diagnóstico não descarta tensões musculares que podem contribuir para o grau da disfonia^{5,6}.

Em qualquer quadro psicogênico é essencial um diagnóstico diferencial, a fim de viabilizar um tratamento fonoaudiológico e médico adequados e mais efetivos para cada paciente, além de ser fundamental a exclusão de qualquer base orgânica no quadro apresentado. Para melhor detalhamento do caso é necessária uma avaliação completa e uma anamnese detalhada com o uso de protocolos e provas terapêuticas sensíveis. Deve-se considerar também na anamnese, a história psicológica e sua relação com o problema de fala⁷⁻⁹.

A literatura refere que o prognóstico de uma alteração psicogênica geralmente é bom, e o paciente apresenta um ótimo resultado em poucas sessões de fonoterapia^{7,9,10}.

A disfonia psicogênica é mais comum no sexo feminino do que no sexo masculino^{5-7,9} numa proporção de 8 mulheres para 1 homem.

O objetivo desse estudo é apresentar a evolução terapêutica de um caso com laudo médico de diminuição de mobilidade de prega vocal, tratado

⁽¹⁾ Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesses: inexistente

inicialmente como alteração orgânica que, posteriormente, apresentou história condizente com disfonia funcional psicogênica, com rápida evolução terapêutica, retornando ao padrão de voz habitual em duas sessões de fonoterapia.

■ APRESENTAÇÃO DO CASO

Trata-se de um estudo de caso aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, sob protocolo 304.661/2013.

O paciente participante assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, autorizando a coleta dos dados e posterior utilização dos mesmos, preservando o anonimato.

A.J.O., 45 anos, sexo masculino, analista de créditos, desempregado à época da entrevista (18/04/2013), casado, residindo em São Paulo.

Compareceu ao Ambulatório de Avaliação e Terapia de Voz do Departamento de Fonoaudiologia da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), encaminhado por médico Otorrinolaringologista (ORL) da mesma instituição, com laudo (28/03/2013) de *“prega vocal esquerda (PVE) com mobilidade reduzida, predominantemente em região mediana, prega vocal direita (PVD) normal. Compensação supraglótica, coaptação glótica boa. Alterna voz em falsete com voz normal no exame”* e queixa vocal (18/04/2013): *“pela manhã a voz está perfeita, conforme o dia passa, a voz fica fina”*.

Foi utilizado o laudo médico já apresentado e outros dois laudos mais antigos de exames realizados em outras clínicas trazidos pelo paciente, além de uma anamnese, avaliação do comportamento vocal e laudo fonoaudiológico. A voz do paciente foi gravada em áudio e vídeo em dois momentos (primeira e terceira sessão) para registro de evolução.

Surpreendentemente o paciente apresentou dois laudos médicos que corroboram a natureza orgânica do quadro, embora fosse evidente a presença de incoerência com a avaliação fonoaudiológica.

O laudo mais antigo, de um serviço particular, é de uma Nasofibrolaringoscopia Flexível (02/01/2013) com os seguintes achados: *“Laringe - epiglote sem alterações; aritenoides com coloração, superfície e mobilidade preservadas; bandas ventriculares sem alterações; pregas vocais com coloração e superfície preservada; paralisia de PVE em posição paramediana, com discreto arqueamento em repouso; fenda fusiforme anteroposterior à fonação; presença de edema e hiperemia de aritenoides”*.

O segundo laudo de uma Eletroneuromiografia (27/02/2013), também de serviço particular, constata uma *“neuropatia do nervo laringeo recorrente à*

esquerda, com sinais de denervação em atividade e sem sinais de reinervação de longa evolução”.

O paciente referiu início da disfonia em 15/11/2012, enquanto trabalhava, relacionou a alteração vocal súbita com um serviço de manutenção no ar condicionado que estava sendo realizado na sua sala. Refere ter tossido um pouco e ter ficado com *“voz fina”*. Procurou atendimento de imediato. Com o novo ajuste vocal de *pitch* agudo e sonoridade intermitente, ele em seguida perdeu o emprego, pois dependia da voz para trabalhar. Falava ao telefone grande parte do dia, contou que com o novo ajuste vocal perdeu credibilidade com seus clientes e com o chefe. Recebeu diagnóstico de paralisia de prega vocal esquerda, não fez terapia fonoaudiológica e por questões pessoais parou o acompanhamento com médico ORL. Durante esse período A.J.O. procurou fontes leigas, como exercícios na *internet*, e realizou exercícios com a finalidade de melhorar sua qualidade vocal; porém, não obteve êxito. Por indicação iniciou acompanhamento com médico ORL na UNIFESP, recebeu o laudo anteriormente citado de *prega vocal esquerda (PVE) com mobilidade reduzida, predominantemente em região mediana, prega vocal direita (PVD) normal*, sendo, então, encaminhado para o serviço de fonoaudiologia.

À avaliação do comportamento vocal observou-se qualidade vocal levemente soprosa, moderadamente instável e tensa severa com ressonância laringofaríngea, *pitch* agudo e *loudness* adequado para sexo e idade. Apresentou ataque vocal soproso intermitente, articulação precisa e pronúncia inteligível, incoordenação pneumofonoarticulatória, velocidade de fala adequada e referiu dor à fonação. Apresentou tempos máximos fonatórios abaixo do esperado para sexo e idade: /a/: 14,9 seg; /i/: 14,6 seg; /u/: 16,9 seg; /s/: 14,4 seg; /z/: 18,5 seg; com relação s/z de 0,77, sugerindo hiperconstrição glótica. Além disso, foi percebido que o paciente mantinha sonoridade normal em ações não relacionadas diretamente à fonação, como pigarro e tosse.

Como procedimentos, optou-se por uma terapia com modificação direta dos sintomas.

O estudo não sofreu tratamento estatístico, por se tratar de um estudo de caso. Assim sendo, os dados foram analisados descritivamente.

■ RESULTADOS

Após anamnese detalhada, avaliação e provas terapêuticas direcionadas, concluiu-se o diagnóstico fonoaudiológico como disfonia psicogênica. O paciente foi então tratado a partir de técnica de sons disparadores, com modificação direta nos sintomas.

Utilizaram-se as técnicas de sons nasais associados a estalo de língua e manipulação laringea com emissão em *fry*. O paciente apresentou redução do *pitch*, porém associou maior tensão na realização dos exercícios inicialmente, além de referir incômodo. Em casa o paciente relatou realizar esses exercícios todos os dias, três vezes ao dia. Na sessão subsequente de fonoterapia, o paciente apresentou qualidade vocal com *pitch* e *loudness* adequados para sexo e idade, redução da tensão severa e ausência de *pitch* agudo. Acrescentou-se o exercício de mastigação selvagem associada à emissão de vogais. Na terceira e última sessão de fonoterapia, A.J.O. apresentou estabilização na fala automática de todos os parâmetros vocais ajustados em fonoterapia, demonstrando estar satisfeito com sua qualidade vocal, contando que seu filho notou mudança em sua voz, o que o deixou emocionado, referiu ter retomado a voz que ama. Paciente sentiu-se confiante para retomar um curso que havia parado por vergonha da voz, além de ter certeza que seria mais fácil conseguir um novo emprego.

■ DISCUSSÃO

O caso em questão trata de um indivíduo com disфония psicogênica de forma clínica definida, por apresentar início brusco, perda de voz repentina, indicação da data exata do início da alteração vocal¹ e sonoridade laringea normal não relacionadas à fonação, como tosse e pigarro.

Ressalta-se na literatura que pacientes com disфония psicogênica podem apresentar ao exame laringológico pouca adução das pregas vocais⁶, além de elas estarem alongadas, o que configura o *pitch* agudo e a sopro-sidade observados durante a fonação do paciente¹.

A intervenção direcionada aos sintomas proporcionou um resultado vocal imediato^{11,12}, além de evitar fixação do sintoma⁶. O paciente ficou motivado ao perceber mudança no padrão vocal e aderiu às orientações dadas. Vale ressaltar que ele demorou para buscar tratamento adequado e eficaz, o que é comum em indivíduos com disфония funcional^{6,13}. Sendo assim, era essencial uma evolução evidente para aderência no processo terapêutico.

A partir da evolução rápida e satisfatória, foi possível observar que os exercícios propostos foram eficazes para o caso em questão, além de confirmar o que é bastante encontrado na literatura sobre a rápida evolução do paciente quando diagnosticado corretamente^{1,6,7,9}.

Ao receber o laudo da eletroneuromiografia, um exame objetivo da atividade neuromuscular¹⁴, iniciou-se uma busca literária que corroborasse

a hipótese inicial ou justificasse o conflito entre achados dos exames objetivos (laringoscopia e eletroneuromiografia) e a avaliação do comportamento vocal, não menos importantes ou descartáveis. Inicialmente tentou-se correlacionar a paralisia de pregas vocais com etiologia bacteriana, pois o primeiro profissional da saúde havia dito que o paciente desenvolvera a paralisia de PVE devido a uma bactéria que estava no ar condicionado (*sic* paciente), porém não foram encontrados em literatura artigos que corroborassem essa hipótese. Achados da literatura descrevem que a paralisia laringea pode ser temporária^{11,14,15}. Em um desses estudos¹¹, foi relatado um caso de paralisia de prega vocal associado à disфония psicogênica, em que o tratamento da paralisia foi priorizado, para que depois os aspectos psicológicos da voz fossem trabalhados com êxito no tratamento. Hipotetizou-se que o paciente possa ter apresentado um quadro de paralisia na prega vocal esquerda, com etiologia não definida, e desenvolvido um ajuste de compensação, o qual, após retorno da mobilidade da PVE, foi mantido sem alteração orgânica que o justificasse, configurando, dessa forma, uma paralisia funcional psicogênica que possuiu um prognóstico rápido e satisfatório.

A disфония psicogênica é resultado de estresse psicossocial crônico ou agudo⁶. Pela anamnese de A.J.O., seu evento não se enquadra em um episódio agudo, uma vez que, no dia de início da disфония, não houve referência a algum estresse específico. Sendo assim, pode-se supor que a disфония do paciente em questão foi devida a eventos crônicos, acumulados ao longo do tempo. Ele relatava um estresse constante no trabalho, contou no dia da anamnese, que chegou a ser ameaçado, com arma de fogo, quando atendia os clientes pessoalmente, por esse motivo a empresa o reposicionou, mas mesmo por telefone chegou a ser ameaçado. Isso nos leva a supor que a alteração vocal foi decorrente do seu convívio no ambiente de trabalho em longo prazo. Vale ressaltar que, quando o paciente iniciou tratamento neste serviço, ele não estava mais no mesmo local de trabalho onde os sintomas começaram, o que também pode ter contribuído para sua rápida evolução em terapia.

Outra hipótese é que devido ao pouco tempo no serviço da instituição, em decorrência da rápida evolução, não houve intimidade suficiente para se tratar de assuntos que necessitam de mais confiança e segurança para serem compartilhados⁵.

Vale ressaltar que, se tivesse sido considerado apenas o laudo médico, os exercícios propostos seriam específicos para paralisia, com objetivo de otimizar a coaptação glótica, e não os já descritos (sons nasais associados a estalo de

língua, manipulação laringea com emissão em *fry*, mastigação selvagem associada a emissão de vogais) que trabalharam diretamente nos sintomas vocais permitindo a reversão do quadro vocal. O paciente passou por mais de um profissional e realizou procedimentos distintos. Não foi possível acompanhar a evolução do caso em parceria com o médico ORL, nem discutir com o primeiro profissional que o atendeu e concluiu o diagnóstico como hipótese etiológica “bacteriana” (*sic* paciente), por serem profissionais de outras instituições e de difícil acesso. Este dado foi obtido por meio da anamnese com o paciente, e não em discussão com o médico, o que pode ser um viés, já que não foi possível definir a etiologia da paralisia de prega vocal e se, de fato, ela existiu.

Esse estudo de caso mostra, entre outras coisas, a importância de se valorizar a queixa, história e relatos do paciente, além dos exames de outros profissionais, sem menosprezar quaisquer achados,

nem deixar a baixa prevalência, como nos casos de disfonia psicogênica no sexo masculino, influenciar negativamente o diagnóstico e, conseqüentemente, o prognóstico do caso. É importante considerar, essencialmente, a avaliação fonoaudiológica para conduzir a terapia da maneira que beneficie ainda mais o paciente.

■ CONCLUSÃO

Em casos de suspeita de disfonias psicogênicas de conversão, devem-se descartar alterações orgânicas, introduzir exercícios que mostrem habilidade fonatória e buscar resultados com poucas sessões. Não é incomum a presença de diagnóstico médico que sugira presença de causas orgânicas de base, sendo essencial uma avaliação fonoaudiológica que auxilie no diagnóstico diferencial e provas terapêuticas que incentivem o paciente.

ABSTRACT

Psychogenic functional dysphonia is related to psychological aspects. The type of voice, the articulation and the fluency are sensitive to psychological changes. Voice adjusted with falsetto, is a voice with an extremely high pitch and can be observed in cases of psychogenic dysphonia. A differential diagnosis for psychogenic dysphonia is essential to perform an adequate and effective treatment. Prognostic of a psychogenic dysphonia is generally good. It commonly affects women. The aim of this study is to present the therapy evolution of an individual with psychogenic dysphonia. AJO, 45 years, male, attended to the ambulatory of Voice Evaluation and Therapy as an otorhinolaryngologist indication. His complaint was “my voice is perfect in the morning but it gets acute through the day”. At April 18, 2013 he received the medical diagnosis of “reduced mobility of left vocal fold”. Treatment based on trigger sound techniques, with direct modification of the symptoms, quickly evolved and had great satisfaction from the patient. When there is a psychogenic dysphonia suspicion, organic changes must be discarded. It is essential to have an evaluation that helps to differentiate diagnosis and therapeutic techniques which encourage the patient.

KEYWORDS: Voice; Health Evaluation; Rehabilitation; Clinical Evolution

■ REFERÊNCIAS

1. Behlau M, Azevedo R, Pontes P, Brasil O. Disfonias funcionais. In: Behlau M, editor. Voz o Livro do especialista, vol I. Revinter;2008. p.270-81.
2. Deary V, Miller T. Reconsidering the role of psychosocial factors in functional dysphonia. *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery*. 2011;19:150-4.
3. Duffy JR. *Motor Speech Disorders - Substrates, Differential Diagnosis and Management*. Second Edition. Elsevier Mosby; 2005.
4. Roman-Niehes, G. Modificações vocais decorrentes da técnica fonoterapêutica de sons hiperagudos [Dissertação]. Santa Maria (RS) - Universidade Federal de Santa Maria; 2008.
5. Baker J. Psychogenic voice disorders and traumatic stress experience: A discussion paper with two case reports. *J Voice*. 2003;17(3):308-18.

6. Reiter R, Rommel D, Brosch S. Long term outcome of psychogenic voice disorders. *Auris Nasus Larynx*. 2013;40:470-5.
7. Andersson K, Schalén L. Etiology and Treatment of Psychogenic Voice Disorder: Results of a Follow-up Study of Thirty Patients. *J Voice*. 1998;12(1):96-106.
8. Kotby MN, Baraka M, El Sady SR, Ghanem M, Shoeib R. Psychogenic stress as a possible etiological factor in non-organic dysphonia. *International Congress Series*. Cairo, Egito. 2003;1240:251-6.
9. Andrade FBF, Azevedo R. Similaridades dos sinais e sintomas apresentados nas disfonias funcionais psicogênicas e nas disfonias com suspeita de simulação: diagnóstico diferencial. *Dist. Comunicação*. 2006;18(1):63-73.
10. Aronson AE. Importance of the Psychosocial Interview in the Diagnosis and Treatment of 'Functional' Voice Disorders. *J Voice*. 1990;4(4):287-9.
11. Hartman DE, Daily WW, Morin KN. A case of superior laryngeal nerve paresis and psychogenic dysphonia. *J Speech Hear Disord*; 1989;54:526-9.
12. Behlau M, Madazio G, Feijó D, Azevedo R, Gielow I, Rehder MI. Aperfeiçoamento Vocal e Tratamento Fonoaudiológico. In: Behlau M, editor. *Voz o Livro do especialista*, vol II. Revinter; 2006. p.413.
13. Roy N, Bless DM. Toward a theory of the dispositional bases of functional dysphonia and vocal nodules: exploring the role of personality and emotional adjustment. In: Kent RD, Ball MJ. *Voice quality measurement*. San Diego: Singular; 2000. p. 461-80.
14. De Biase N, Pontes P, Nóbrega JAM, De Biase S. Paralisia do músculo cricoaritenóideo lateral: relato de caso como contribuição ao estudo da anatomia funcional da laringe. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2003;69(1):121-6.
15. Rechtenwald, S. *Paralisias Laríngeas: Etiologia [monografia]*. São Paulo (SP): CEFAC - Especialização em Voz; 1998.

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620151414>

Recebido em: 20/01/2014

Aceito em: 23/06/2014

Endereço para correspondência:

Marcela Bergamini

Rua Professor Adelbar de Castro, 54, ap. 42,

Pq. São Lucas

São Paulo – SP – Brasil

CEP: 03237-080

E-mail: marcela.bergamini18@gmail.com