

# Respuesta al tratamiento en pacientes con enfermedad por reflujo Faringo-Laríngeo. Puerto Padre, Cuba

## Response to treatment in patients with reflux disease laryngeal pharynx. Puerto Padre, Cuba

Manuel Medina Suárez\*, y Lilian Rosa Medina Santisteban†  
Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Babahoyo, Ecuador.

Fecha de recepción: 7 de junio de 2015 — Fecha de aceptación: 27 de septiembre de 2015

**Resumen**—Se realizó un estudio longitudinal de intervención en sesenta y cinco pacientes adultos diagnosticados de Enfermedad por Reflujo Faringo-Laríngeo atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital “Guillermo Domínguez López” de la ciudad de Puerto Padre, Cuba, entre abril del dos mil ocho y febrero del dos mil once para evaluar la respuesta clínica terapéutica de los mismos al tratamiento. Se analizaron las variables: edad, sexo, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, síntomas referidos, hallazgos al examen físico y endoscópico, y respuesta al tratamiento a los tres y seis meses de seguimiento. La Enfermedad por Reflujo Faringo-Laríngeo, se presentó con mayor incidencia en el sexo femenino y en personas mayores de treinta y ocho años, y fue frecuente encontrar entre sus hábitos tóxicos el café y el tabaquismo, así como antecedentes de obesidad y enfermedad ulcerosa digestiva. El síntoma más común fue la sensación de cuerpo extraño faríngeo; y los signos más hallados fueron eritema de la pared posterior faríngea y eritema e hiperemia de la comisura posterior. En más de la mitad de los casos predominó una etapa I endoscópica. Se demostró que el tratamiento debe extenderse por seis meses o más para lograr la regresión de los síntomas y signos en un número significativo de pacientes.

**Palabras Clave**—Reflujo faringolaríngeo, Reflujo gastroesofágico, Eritema laríngeo.

**Abstract**—Five adult patients diagnosed reflux disease pharyngo-laryngeal treated at the Department of Otolaryngology, “Guillermo Domínguez López” Hospital of the city of Puerto Padre, Cuba longitudinal intervention study was performed in sixty between April two thousand eight February two thousand XI for evaluating the therapeutic clinical response to treatment thereof. Age, sex, toxic habits, personal medical history, reported symptoms, physical findings and endoscopic examination, and response to treatment to the three and six-month followup: the variables were analyzed. Reflux disease pharyngolaryngeal, was presented with the highest incidence in women and in people over thirty-eight, and was commonly found toxic habits coffee and smoking, and history of obesity and digestive ulcer disease. The most common symptom was pharyngeal foreign body sensation; and most were found signs of erythema and the posterior pharyngeal wall erythema and hyperemia of the posterior commissure. In more than half the cases I prevailed endoscopic stage. It demonstrated that treatment should be extended for six months or more to achieve regression of signs and symptoms in a significant number of patients.

**Keywords**—Pharyngolaryngeal reflux, GERD, Laryngeal erythema.

### INTRODUCCIÓN

El Reflujo Faringo-Laríngeo (RFL) es un fenómeno fisiopatológico causante de un síndrome o enfermedad que se presenta con múltiples manifestaciones clínicas, como laringitis, disfonía, fatiga vocal, globus, carraspeo excesivo, tos crónica y disfagia leve. Dichos síntomas son causados por un flujo gástrico, que en forma retrógrada alcanza la laringofaringe (Axford, 2001). Este hecho tiene como punto de partida al Reflujo Gastroesofágico (RGE), el cual se define como el ascenso hacia el esófago de contenido estomacal, en ausencia de náuseas o vómitos (Belafsky, 2002). El primero en describir la existencia del RFL fue James Koufman en el año 1988, dada la necesidad de definir una entidad patológica, la cual se pensaba estaba relacionada con la Enfermedad por Reflujo Gastro-Esofágico (ERGE) (Braghetto, 2003; Brunetto, 1998; Septién, 2005). El RFL se presenta en hasta el 10 % de

los pacientes que acuden a la consulta de ORL. Además, se ha observado que en más del 50 % de los pacientes con disfonía, existen signos de la existencia de una enfermedad por reflujo subyacente (Braghetto, 2003).

En un metanálisis en el cual se incluyeron estudios en los que se utilizó una sonda de medición de pH, se encontró que entre el 10 % y el 60 % (30 % en promedio) de los pacientes presentaban algún grado de reflujo (Cirincione C., 2007). La etiología de la ERGE se debe a múltiples factores. Dentro de estos se incluyen: una disfunción del esfínter esofágico, el tiempo de exposición al material refluído y el nivel de sensibilidad del tejido. Se ha demostrado una mayor sensibilidad del epitelio laríngeo que del esofágico, al reflujo de contenido gástrico. Solo bastan tres episodios semanales de RFL con pH inferior a 4, para que se produzca daño, a diferencia del reflujo limitado al esófago, que requiere del orden de 50 episodios por semana para producir algún grado de daño en ese órgano (Brunetto, 1998).

Como parte de la clínica es importante recalcar el significado que tiene la existencia de disfonía (DeVault, 1999);

\*Doctor en Medicina, Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología.

†Doctora en Medicina, Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología.

su presencia es un antecedente importante, aun por sobre el antecedente mismo de laringitis. La razón de tal hecho es que este síntoma, además de ser poco específico, puede obedecer a múltiples causas, que van desde procesos autolimitados hasta el trauma vocal. El estudio endoscópico digestivo ha sido clásicamente utilizado para el diagnóstico de la ERGE, y constituye la técnica de elección para evaluar la presencia de esofagitis; pero su sensibilidad para el diagnóstico es baja, ya que es negativo en más del 50% de los enfermos. La pH-metría ambulatoria de 24 horas es la exploración que permite cuantificar la exposición de ácido en el esófago, analizar su capacidad de aclaramiento, además de dar información cualitativa al poder conocer la asociación de los episodios de reflujo con los síntomas, pero la manometría esofágica ha sido considerada como una exploración imprescindible en la evaluación pre quirúrgica de la cirugía anti-reflujo (Ferreras, 2006; Ford, 2005). Hoy día se reconoce que el estudio pH métrico de doble canal es la prueba más sensible para el diagnóstico de RFL (Groome, 2007).

Los objetivos que persigue el tratamiento de la enfermedad por RFL son: el alivio de los síntomas y la curación de las lesiones, la prevención de las recidivas y de las complicaciones, y la mejoría en la calidad de vida de los enfermos. Los fármacos actualmente utilizados en el tratamiento anti-reflujo se encuadran en cuatro grupos farmacológicos: los inhibidores de la bomba de protones, los antagonistas del receptor H<sub>2</sub>, los pro cinéticos y los citoprotectores de la mucosa. Los inhibidores de la bomba de protones siguen siendo los fármacos más eficaces, tanto en el tratamiento inicial como a largo plazo y ofrecen el mejor perfil de costo-eficacia.

El tratamiento debe ser ininterrumpido y prolongarse más allá de 12 semanas para lograr la regresión de la sintomatología, ya que la laringe es más susceptible a lesionarse por reflujo que el esófago, pues carece de los mecanismos de defensa epitelial intrínseco y extrínseco. Algunos autores avalan el tratamiento empírico de prueba con altas dosis de inhibidores de la bomba de protones durante tres meses, como paso diagnóstico inicial de la laringitis por RFL. La valoración de la respuesta terapéutica debe hacerse sobre la base de la mejoría sintomática, los cambios laríngeos y las modificaciones pH métricas (Guyton, 2001; Hidalgo Marrero, 2009).

En ocasiones las manifestaciones del RFL son más resistentes al tratamiento médico y pueden requerir tratamiento quirúrgico. La cirugía está recomendada cuando el tratamiento clínico falla, en enfermos en los cuales se ha demostrado un alto volumen de material ácido refluído y una incompetencia del esfínter esofágico inferior. El procedimiento que con mayor frecuencia se utiliza es la funduplicatura de Nissen, ya sea completa o parcial, prefiriéndose la vía laparoscópica para llevarla a cabo (Marrero, 2007).

A pesar de lo reciente de la descripción de este tema, y de un volumen importante de estudios realizados a nivel internacional, en Cuba no se han encontrado publicaciones sobre este particular; esto motivó a evaluar la respuesta clínica terapéutica de los pacientes adultos con afecciones laringo-faríngeas que al interrogatorio expresaron síntomas de ERGE,

teniendo en cuenta su caracterización epidemiológica, clínica y endoscópica, así como la respuesta que los mismos dieron al tratamiento.

## DESARROLLO

### *Materiales y Métodos*

**Tipo de Estudio.** Se realizó un estudio longitudinal inter-ventivo en pacientes adultos diagnosticados de ERFL en la consulta de ORL del Hospital “Guillermo Domínguez López”, municipio Puerto Padre, provincia Las Tunas, Cuba, en el período comprendido entre abril de 2008 y febrero de 2011, con el objetivo de evaluar la respuesta clínica terapéutica de los mismos.

**Universo y Muestra.** El universo estuvo constituido por todos los pacientes adultos (mayores de 17 años) diagnosticados de ERFL en la consulta de ORL del Hospital “Guillermo Domínguez López”. El diagnóstico se realizó sobre la base de los siguientes criterios:

- En pacientes con signos esofagoscópicos de ERGE, según clasificación de Savary-Miller:  
La presencia de cualquier síntoma laringo-faríngeo, en asociación con cualquier signo en el examen físico de estos órganos.
- En pacientes con esofagoscopia normal:  
La presencia de uno o más de los síntomas laringo-faríngeos típicos de la enfermedad, en asociación con uno o más de sus signos típicos.

Se consideraron como síntomas típicos de la ERFL:

1. Sensación de cuerpo extraño (globus faríngeo)
2. Disfonía
3. Tos persistente
4. Dolor de garganta
5. Disfagia

Se consideraron como signos típicos de la ERFL:

1. Eritema de la pared posterior faríngea
2. Eritema e hiperemia de la comisura posterior
3. Granulaciones en la pared posterior faríngea

La muestra quedó conformada por 65pacientes, luego de aplicar los criterios siguientes:

- **Criterio de Exclusión:** Pacientes que rehusaron participar en la investigación.
- **Criterio de salida de la investigación:** Pacientes que incumplieron el tratamiento o dejaron de asistir a las consultas de seguimiento.

### **Métodos.**

**Métodos Teóricos.** Permitieron revelar las relaciones esenciales del objeto de investigación y la comprensión de los hechos para la fundamentación teórica del problema objeto de investigación. Los utilizados en el proceso investigativo fueron:

- **Análisis y síntesis:** Se utilizaron durante todo el proceso para el análisis de los elementos a tener en cuenta tanto en la fundamentación teórica de la investigación como en los resultados y discusión.

- Inducción-deducción: Se utilizó para llegar a generalidades y conclusiones después del análisis y del procesamiento de la información recogida en cada uno de los aspectos de esta investigación, donde existiera material empírico recopilado; al igual, cuando se analizaron generalidades para llegar a particularidades en específico.
- Histórico y lógico: Estos métodos se utilizaron para determinar la esencia del problema, mediante el análisis de la historia del mismo; es decir, llegar a las regularidades y al estado actual de las manifestaciones clínicas de la ERGE, referidos en esta investigación.

**Métodos Empíricos.** Planilla de trabajo: Se utilizó para conocer los aspectos generales relacionados con los datos generales del paciente, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, y manifestaciones en la esfera ORL, así como en la endoscopia digestiva alta.

#### **Técnicas y Procedimientos.**

- Recolección de la información: En la consulta de ORL del Hospital General Docente “Guillermo Domínguez López” del municipio Puerto Padre, se recogieron los casos diagnosticados de ERFL, previo consentimiento informado (anexo 1), se les llenó a los pacientes un modelo de historia clínica adaptado al estudio (anexo 2) y se recogieron las siguientes variables estadísticas: edad, sexo, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, síntomas y signos de la esfera ORL, examen endoscópico (panendoscopia fibróptica), y evolución a los tres y seis meses de instaurado el tratamiento.
- Procesamiento de la información: Se confeccionó una base de datos computadorizada con el programa Microsoft Excel de Windows.

**Técnica de análisis de la información:** Se utilizaron los procedimientos de la Estadística Descriptiva para la determinación de frecuencias y tabulación de los resultados.

VII.- Elementos éticos: Los mismos fueron respetados de acuerdo con la reglamentación establecida por el Ministerio de Salud pública de la República de Cuba.

**Metódica.** Para darle salida a las variables objeto de estudio fue necesario operacionalizarlas de la siguiente forma:

- Edad
  - De 18 a 27 años.
  - De 28 a 37 años.
  - De 38 a 47 años.
  - De 48 a 57 años.
  - De 58 a 67 años.
  - De 68 años y más.
- Sexo
  - Masculino (M)
  - Femenino (F)
- Hábitos tóxicos
  - Café
  - Tabaco
  - Alcohol
  - Drogas
- Antecedentes patológicos personales
  - Obesidad

- Enfermedad ulcerosa digestiva.
- Ingestión de antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- Síntomas referidos por los pacientes (antes del tratamiento)
  - Carraspeo.
  - Tos persistente.
  - Dolor de garganta.
  - Sensación de asfixia.
  - Pirosis.
  - Dolor en el pecho.
  - Indigestión.
  - Regurgitación (pituita).
  - Disfonía.
  - Disfagia leve.
  - Globus faríngeo.
  - Sinusopatías recurrentes.
  - Acufenos o tinnitus.
  - Otagias.
  - Sensación de oído bloqueado.
- Signos de ERGE
  - Al examen ORL:
  - Faringolaringoscopia:
  - Eritema de la pared posterior faríngea.
  - Granulaciones de la pared posterior faríngea.
  - Edema o hipertrofia de las tonsilas linguales.
  - Eritema o hiperemia de la comisura posterior.
  - Eritema o hiperemia de cuerdas vocales.
  - Hipertrofia y granuloma de la comisura posterior.
  - Edema subglótico.
  - Obliteración ventricular.
- Otoscopia
  - Tímpano opaco y deprimido
- Por panendoscopia digestiva
 

Descripción del examen endoscópico según criterios de Savary-Miller modificados:

  - Grado I: Eritema, edema, erosiones no confluentes por encima de la unión escamocolumnar.
  - Grado II: Erosiones longitudinales confluentes no circunferenciales.
  - Grado III: Erosiones longitudinales confluentes y circunferenciales que sangran con facilidad.
  - Grado IV: Ulceración, estenosis o acortamiento.
  - Grado V: Esófago de Barret.
- Intervención médica
  - Tratamiento medicamentoso para ERGE según protocolo:
  - Inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol cápsula 20mg). Dosis: 1 cápsula/diaria por 6 meses.
  - Procinéticos (Domperidona 10 mg o Metoclopramida 10 mg) Dosis: 1 tableta 1/2 hora antes de almuerzo y comida.
  - Antagonistas-H2 (Ranitidina tableta 150 mg) Dosis: 1 tableta cada 12 horas por 8 semanas.
- Cambio de modo de vida y hábitos higiénico-dietéticos
  - Elevar la cabecera de la cama de 1015cm.

- No usar ropas ceñidas al cuerpo.
- Evitar el uso de medicamentos ulcerogénicos.
- No acostarse luego de las principales comidas.
- Evitar comidas copiosas o con exceso de
  - Condimentos.
  - Salsas.
  - Grasas.
  - Picante.
  - Enlatados.
  - Embutidos.
  - Cítricos.
  - Chocolate.
- Evolución de los síntomas durante el tratamiento
  - A los 3 meses
  - A los 6 meses
- Evolución de los signos durante el tratamiento
  - A los 3 meses
  - A los 6 meses

**Criterios de respuesta:**

- Favorable: Mejoría de los síntomas y signos
- No favorable: Mantenimiento de los síntomas y signos.

**RESULTADOS**

Como puede apreciarse en la tabla 1, predominaron los pacientes con edades entre 48 y 57 años de edad en ambos sexos con 18 (27.7%) en el sexo femenino y 8 (12.3%) en el sexo masculino, seguidos de los que se encuentran entre 38 y 47 años con 10 (15.4%) en el sexo femenino y 7(10.8%) en el sexo masculino. La mayor cantidad de pacientes diagnosticados pertenecen a sexo femenino con 42 lo que representa el 64.6% de la muestra.

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según edad y sexo.

Grupos de edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
18 a 27	2	3.1	1	1.5	3	4.6
28 a 37	3	4.6	2	3.1	5	7.7
38 a 47	10	15.4	7	10.8	17	26.2
48 a 57	18	27.7	8	12.3	26	40
58 a 67	6	9.2	4	6.2	10	15.4
68 y más	3	4.6	1	1.5	4	6.2
TOTAL	42	64.6	23	35.4	65	100

**Fuente:** Historias clínicas de los pacientes.

En otros estudios se reporta una mayor incidencia de la enfermedad por RFL en mujeres que en hombres, atribuibles a cierta tendencia en estas a la hipotonía del EEI, por aumento de la presión intrabdominal por obesidad y el consumo de ciertos fármacos como estrógenos, progesterona y antidepresivos tricíclicos (Septién, 2005).

Quesada (2000), del servicio de ORL del hospital universitario Vall D’Hebrón en Barcelona, encontraron que, de 30 enfermos estudiados por sensación de bulto faríngeo, en los que se demostró por pH-metría de doble sensor la presencia

de RFL, 23 fueron mujeres y 7 varones, con una edad media de 51 años (Koufman, 1991).

Braghetto (2003), en su estudio en enfermos con síntomas faringolaríngeos y daño laríngeo demostrado por fibrolaringoscopia, de una muestra de 50 pacientes se reportó presencia de ERGE en 21 hombres y 29 mujeres, con edades comprendidas entre 26 y 54 años (Koufman, 2002).

Es a partir de la cuarta y quinta décadas de la vida que inciden con mayor frecuencia los factores predisponentes a la enfermedad. Se señala, además, que el RFL es más frecuente durante los primeros años de la vida; en particular, en el período de lactante, debido a una mayor predisposición a esta enfermedad en esta época de la vida, porque aun cuando el EEI está bien desarrollado, incluso en los prematuros, las relajaciones transitorias del tono permiten el reflujo (Koufman, 2002).

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes según hábitos tóxicos.

Grupo de edades (años)	Hábitos tóxicos							
	Alcohol		Drogas		Café		Tabaquismo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18 a 27	-	-	-	-	2	3.1	3	4.6
28 a 37	3	4.6	-	-	4	6.1	3	4.6
38 a 47	3	4.6	-	-	15	23.1	12	18.5
48 a 57	5	7.7	-	-	20	30.8	18	27.7
58 a 67	-	-	-	-	10	15.4	8	12.3
68 y más	-	-	-	-	4	6.1	3	4.6
Total	11	17	-	-	55	84.6	47	72.3

**Fuente:** Historias clínicas de los pacientes.

En cuanto a los hábitos tóxicos, como puede observarse en la tabla 2, la mayor concentración de pacientes la tenemos en las edades comprendidas entre 48 y 57 años con 43, para un 66.2% seguidas por lo que se encuentran entre 38 y 47 años con 30, para un 46.2%.

Los hábitos que predominaron fueron la ingestión de café con 55 pacientes para un 84.6% de los cuales el 53.8% se corresponde con los grupos de edades antes señalados y el tabaquismo con 47 para un 72.3% representado por el 46.2% en las edades comprendidas entre 38 y 57 años. El alcoholismo solo se manifestó en el 17.0% de la muestra, es decir, en 11 pacientes.

En general, los hábitos alimentarios no causan reflujo, pero sí lo acentúan. El alimento en el estómago causa aumento de la presión gástrica, estimula la relajación del esfínter y eleva el riesgo de ascenso del ácido en especial en comidas abundantes. Las comidas y bebidas que deberían ser excluidas del consumo diario son el café, chocolate, menta, grasas, condimentos, y especialmente el alcohol; aunque consumir estos productos en forma ocasional no altera significativamente el curso de la enfermedad. Los sujetos estreñidos tienen mayor riesgo de reflujo, ya que el estreñimiento aumenta la presión dentro del estómago (Hidalgo Marrero, 2009; Karkos, 2007; Koufman, 1991).

En los antecedentes patológicos personales, como puede observarse en la tabla 3, la mayor manifestación está representada por las úlceras digestivas con 29 pacientes que representan el 44.6% de la muestra seguido de la obesidad con

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes según antecedentes patológicos personales.

Grupo de edades (años)	Antecedentes patológicos personales					
	Obesidad	%	AINE	%	Úlceras digestivas	%
18 a 27	-	-	-	-	1	1.5
28 a 37	1	1.5	-	-	2	3.1
38 a 47	6	9.2	2	3.1	8	12.3
48 a 57	5	7.8	3	4.6	12	18.5
58 a 67	3	4.6	2	3.1	4	6.1
68 y más	1	1.5	-	-	2	3.1
Total	16	24.6	7	10.8	29	44.6

Fuente: Historias clínicas de los pacientes.

16 pacientes para un 24.6 %. Estos antecedentes resultaron ser más evidentes en los grupos de edades de 38 a 57 años.

El uso de AINE solo se manifestó como antecedente patológico en 7 pacientes, lo que representa el 10.8 % de la muestra.

Es frecuente encontrar en la literatura previa a la década de 1970, el término hernia hiatal como sinónimo de ERGE.

En realidad, solo una minoría de los pacientes con ERGE presentan hernia hiatal; ésta debe considerarse como una condición asociada, más que como un requisito obligado para la producción de ERGE, lo que coincide con los estudios realizados por Paterson (1997); Naik (1984).

Debido a las serias anomalías de la motilidad esofágica, que persisten luego de la corrección quirúrgica de la atresia del esófago con fístula hacia la tráquea, es relativamente frecuente encontrar RGE en estos casos. Estos pacientes presentan una definitiva tendencia a complicarse con bronquitis recurrentes, e incluso con neumonías, a causa del daño provocado por el ácido gástrico que pasa al aparato respiratorio a través de la fístula traqueoesofágica.

En relación con ciertas enfermedades que provocan alteraciones en la regulación neuromuscular, o en la anatomía muscular del esófago, es posible encontrar RGE, que puede alcanzar grados significativos. Ejemplos de estas afecciones son la parálisis cerebral y otras consecuencias neurológicas de daño congénito, las miopatías y la escoliosis severa, particularmente, cuando en su tratamiento se recurre al uso de corsés.

La acidez gástrica y el RGE se pueden producir o empeorar por el embarazo y por diversos medicamentos. Tales fármacos abarcan: anticolinérgicos (por ejemplo, para el mareo), betabloqueadores para la hipertensión arterial o la cardiopatía, broncodilatadores para el asma, bloqueadores de los canales del calcio para la hipertensión arterial, fármacos dopaminérgicos para el Mal de Parkinson, progestágenos para el sangrado menstrual anormal o el control natal, sedantes para el insomnio o la ansiedad, antidepresivos tricíclicos.

Al analizar los síntomas referidos, tabla 4, aparecen en orden decreciente: sensación de cuerpo extraño (globus faríngeo) (92.3 %, 60 pacientes), carraspeo faríngeo (76.9 %, 50 pacientes), disfonía (69.2 %, 42 pacientes), tos persistente (64.6 %, 42 pacientes), dolor de garganta (54 %, 35 pacientes) y disfagia (46 %, 30 pacientes).

En un estudio publicado en 2003 por Braghetto y colaboradores, basado en 50 pacientes con signos de RFL,

**Tabla 4.** Distribución de los síntomas referidos.

Síntomas	No.	%
Sensación de cuerpo extraño (globus faríngeo)	60	92.3
Carraspeo faríngeo	50	76.9
Disfonía	45	69.2
Tos persistente o crónica	42	64.6
Dolor de garganta o faríngeo	35	54.0
Disfagia	30	46.0
Disnea	15	23.1
Pirosis	10	15.4
Sinusopatías recurrentes	5	7.7
Indigestiones	3	4.6
Acufenos	2	3.1
Sensación de oído ocupado	1	1.5
Otalgia	-	-
Dolor torácico retroesternal	-	-

Fuente: Historias clínicas de los pacientes.

los síntomas incluyeron disfonía (60 %), tos crónica (20 %), faringodinia (20 %), globus faríngeo (14 %), carraspera, fatiga vocal, quiebres tonales, disminución del registro tonal, microaspiración laríngea, y crisis asfícticas nocturnas. El daño faríngeo confirmado incluyó al menos uno de estos trastornos: engrosamiento o paquidermitis de la comisura posterior, úlcera laríngea o granuloma, eritema aritenoides o interaritenoides, pseudo sulcus vocalis (Koufman, 2002).

En el trabajo de Ferreras (2006), se encontró como síntoma más común el dolor de garganta con 25 casos (12 %), seguido de disfagia con 18 casos (8,82 %), y disfonía con 15 (7,4 %).

Una encuesta internacional de la Asociación Broncoesofágica Americana, citada por Nazar (2008), reveló que los síntomas de RFL más frecuentemente encontrados eran: carraspera (98 %), tos crónica (97 %), globus faríngeo (95 %) y disfonía (95 %), similares a los resultados obtenidos en nuestro estudio. En algunos trabajos, la ERGE constituye el factor etiológico del síntoma de globus faríngeo en el 20 % hasta el 60 % de los pacientes (Inzunza, 2001; Naik, 1984).

La sensación de globo faríngeo, descrita por los enfermos como la presencia de un cuerpo extraño a nivel de la faringe, es uno de los motivos más frecuentes de consulta en ORL. Aunque su etiología no está bien definida, se han intentado determinar diferentes teorías que justifiquen la presencia de este síntoma, tales como una personalidad psicológicamente alterada (histérica), alteraciones de la motilidad esofágica, disfunciones del músculo cricofaríngeo y el RFL. En trabajo publicado por Quesada (2000), 22 de 30 enfermos con sensación de globo faríngeo, se demostró la presencia de RFL en 8 (26,7 %). Los mecanismos por los cuales el RFL puede provocar la sensación de globo faríngeo incluyen el proceso inflamatorio de la faringe, la hipertrofia de la base de la lengua y la hipertonía del EES.

Se considera que el contenido ácido del esófago cuando sobrepasa el EES y es mantenido, irrita la mucosa laríngea causándole daño y se manifiesta clínicamente por laringitis posterior, granulomas y ulceraciones, que son los responsables de los cambios de voz. Incluso se invoca al RFL como factor de riesgo del cáncer laríngeo en individuos no fumadores ni bebedores.

La tos crónica (fundamentalmente nocturna) es una de las manifestaciones más frecuentes del RFL y, en ausencia de

enfermedades pulmonares o cardíacas, o de tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, es un indicador de sospecha de esta enfermedad. Es por ello que se sugiere la evaluación por Neumología y ORL de todo paciente con sospecha de tos por RGE.

El dolor faríngeo crónico en ocasiones es subestimado por el especialista en ORL a pesar de ser un motivo de consulta frecuente y reiterado, y se le atribuye al tabaquismo o etilismo crónico, a las faringitis de causa alérgica o a hábitos alimentarios inadecuados; sin embargo, en muchos casos no se piensa en su asociación frecuente con el RFL. En trabajo investigativo de Brunetto (1998), se evidenció la presencia de RGE en 10 de los 50 pacientes en estudio con faringodinia.

La disfagia en la ERGE puede deberse a una alteración de la motilidad esofágica (hipoperistaltismo esofágico que dificulta la progresión del bolo alimenticio) o la existencia de una lesión orgánica, bien sea una esofagitis o una estenosis péptica. En el primer caso, el enfermo suele presentar una disfagia paradójica (para líquidos exclusivamente o simultáneamente para sólidos y líquidos) mientras que cuando hay lesiones esofágicas, la disfagia es progresiva, inicialmente para sólidos y posteriormente para líquidos. En algunos enfermos la disfagia puede vincularse con la presencia del anillo de Schatzki, cuyo origen se ha relacionado con la presencia de reflujo. En el 46 % de los pacientes con disfagia, esta se asoció con la sensación de globo faríngeo y en el 54 % con dolor faríngeo. En la presente serie solo se reportaron 15 pacientes con disnea (23,1 %). En otros reportes revisados, como el de Jindal (1994), la disnea tampoco constituyó un síntoma común de RGE, y se asoció fundamentalmente con la presencia de estenosis subglótica sin causa precisada, sobre todo en niños (Postma GM, 2002).

En la presente investigación no se encontró otalgia ni ningún otro síntoma otológico, quizás por su mayor frecuencia en edades pediátricas, debida a las condiciones anatómicas propias del oído medio del niño.

Las manifestaciones respiratorias más frecuentemente relacionadas con RFL y RGE, según Cirincione C. (2007), son: apneas (eventos de aparente amenaza para la vida), laringitis, estridor, infecciones recurrentes de la vía aérea superior, sinusitis, otitis media recidivante o secretora, tos crónica, bronquitis crónica, asma, neumonía recidivante y displasia broncopulmonar Quesada (2000).

**Tabla 5.** Distribución de signos encontrados en el examen físico de ORL.

Signos	No.	%
Eritema de la pared posterior faríngea	55	84.6
Eritema e hiperemia comisura posterior	45	69.2
Granulaciones de la pared posterior faríngea	30	46.1
Eritema e hiperemia de cuerdas vocales	15	23.1
Edema e hipertrofia de las tonsilas linguales	5	7.7
Edema subglótico	-	-
Obliteración ventricular	-	-

**Fuente:** Historias clínicas de los pacientes.

Con respecto a los principales signos encontrados en el examen físico de ORL, según tabla 5, se pudieron observar como fundamentales: el eritema de la pared posterior faríngea en 55 pacientes (84.6 %), el eritema e hiperemia de la comisura posterior en 45 pacientes (69.2 %), y granulaciones de la pared

posterior faríngea en 30 pacientes (46.1 %). DeVault (2005), en un estudio de 50 enfermos con RGE, en un período de tres años, encontraron como signos más comunes el eritema del espacio interaritenoidal y el edema leve o moderado del aritenoides (en 40 enfermos). Propusieron una clasificación del daño laríngeo en tres grados según el hallazgo endoscópico. Septién (2005), en su estudio de 36 enfermos para identificar las características clínicas de las manifestaciones en ORL del RGE, y de valorar la respuesta al tratamiento prolongado con omeprazol, encontraron que más de la mitad de los casos (66,7 %) presentaron laringitis posterior.

Los hallazgos laringoscópicos y broncoscópicos se correlacionaron con la presencia de reflujo, y las manifestaciones más frecuentes halladas fueron el agrandamiento de la amígdala lingual, el edema subglótico, así como el edema de aritenoides y de cuerdas vocales. Otra manifestación de daño en la vía aerodigestiva superior hallada fue la presencia de signos de faringitis crónica (10 enfermos, 14,9 %). Si bien es cierto, que esta puede ser atribuida a otras causas, en todos los pacientes estudiados se descartaron por el interrogatorio; además, en todos los casos se encontró que había sido un síntoma multitratado. Creemos que se debe ser muy cauteloso a la hora de evaluar estos hallazgos clínicos, para no sobrediagnosticar la enfermedad, y que la historia del paciente juega un papel insustituible para orientarnos hacia el diagnóstico.

En la presente serie se encontró hiperemia de las cuerdas vocales en el 23,1 % de los casos, y edema e hipertrofia de las tonsilas linguales en el 7.7 %. No encontramos enfermos con úlceras laríngeas, estenosis subglótica ni otitis media serosa; aunque esta última se describe con más frecuencia en infantes, donde el reflujo ácido y de pepsina desde la nasofaringe es posible debido al ángulo de la trompa en los niños. Esto causa inflamación tubaria y disfunción.

**Tabla 6.** Distribución de los pacientes según el examen endoscópico esofágico. (Clasificación de Savary-Miller modificada).

Examen endoscópico	No.	%
Grado I	26	40
Grado II	8	12.3
Grado III	5	7.7
Grado IV	-	-
Grado V	2	3.1
Total	41	63.1

**Fuente:** Historias clínicas de los pacientes.

Como puede observarse en la tabla 6, 41 pacientes, que representan el 63.1 % de la muestra, presentaron alteraciones en la endoscopia; de ellos, la mayoría coincidieron con un grado I (26 pacientes para un 40 %), seguidos por los grados II y III con 8 (12.3 %) y 5 (7.7 %), respectivamente. Solo dos pacientes alcanzaron la categoría de grado V para un 3.1 %.

La observación directa de la mucosa esofágica permite distinguir con facilidad los grados mayores de lesión (úlceras, hemorragias), pero es subjetiva y poco expresiva en la valoración de los grados menores (friabilidad, deslustramiento, eritema), siendo habitual la tendencia del endoscopista a sobredimensionar los hallazgos visuales.

Por otra parte, una endoscopia competentemente realizada puede evidenciar la presencia de hernia hiatal, de prolapso

retrógrado de la mucosa, de esofagitis o gastritis, calasia o acalasia.

En todos los casos en que se lleve a cabo una endoscopia se requiere la toma de biopsia (no disponible para el presente estudio). La esofagitis se clasifica en grados según criterios endoscópicos e histológicos.

Entre las múltiples clasificaciones propuestas para evaluar la gravedad de las lesiones endoscópicas, quizá la más aceptada sea la de Savary-Miller modificada, citada por Septién (2005); Marrero (2007).

Los grados histológicos de esofagitis se basan en el estadio de inflamación y en el aumento de grosor de la línea basal del epitelio.

Indudablemente, la endoscopia presenta varias ventajas: es una exploración muy específica para el diagnóstico, especialmente de los cuadros graves; excluye otros estados patológicos con gran fiabilidad; permite la toma de biopsias directas; objetiva la presencia de complicaciones, e incluso tiene valor pronóstico y como guía terapéutica.

Sin embargo, no está exenta de inconvenientes: 30-50 % de los pacientes con ERGE tienen una mucosa endoscópicamente normal; es una exploración incómoda e invasiva para el paciente, y puede obviar algunas estenosis. En el presente estudio, 24 pacientes mostraron una mucosa endoscópicamente normal (36,9 %).

Estos resultados son similares a los obtenidos por Chadwick and Hallam (1997); Roca Goderich (2002); Naik (1984); Falk (2007); Hillemeier (1996); Vavricka (2007).

**Tabla 7.** Distribución de los pacientes según respuesta al tratamiento.

Tiempo de evaluación	Respuesta al tratamiento			
	Favorable		No favorable	
	No.	%	No.	%
Tres meses	28	43.1	37	56.9
Seis meses	57	87.7	8	12.3

**Fuente:** Historias clínicas de los pacientes.

Todos los pacientes fueron medicados y a todos se les dio seguimiento para evaluar su respuesta a la terapéutica a los tres y seis meses, respectivamente. En la tabla 7, resulta evidente que el tratamiento, a los tres meses, solo resultó favorable en 28 pacientes lo que representa el 43.1 % de la muestra. Estas cifras se elevaron a 57 pacientes a los seis meses para un 87.7 %.

El tratamiento del reflujo gastroesofágico requiere medidas conservadoras como control clínico estricto, posición adecuada y alimentación fraccionada. En cuanto al tratamiento farmacológico, aunque tradicionalmente se abordaba el tratamiento para el RGE con una estrategia ascendente (step up) (procinéticos- anti-H2- inhibidores de la bomba de protones), hoy día se conoce que la terapia sola con inhibidores de la bomba de protones es, a corto y largo plazo, el tratamiento más eficaz, según investigaciones realizadas por DeVault (2005); Mahon (2006).

En el presente estudio, casi la mitad de los casos controló los síntomas y signos de reflujo a los tres meses de haber iniciado el tratamiento, pero se demostró que este tiempo no es suficiente para lograr en todos los casos una respuesta favorable, y que debe extenderse a seis meses como mínimo,

concordando con los resultados obtenidos por Postma GM (2002); Ylitalo (2001).

En el estudio realizado por Nazar (2008), se propuso evaluar la respuesta al tratamiento prolongado con omeprazol (4 meses), y se evidenció una mejoría significativa de las lesiones laríngeas como sucedió en el estudio que aquí se presenta.

Estas investigaciones plantean que el tratamiento con omeprazol debe prolongarse por seis meses o más para lograr la curación. Esto explicaría el porqué del 12,3 % de los enfermos tratados en el presente estudio, no tuvieron una respuesta favorable al sexto mes.

### CONCLUSIONES

La proporción de pacientes con ERFL predominó en el grupo femenino y en mayores de treinta y ocho años. Los hábitos tóxicos asociados con mayor frecuencia a esta enfermedad fueron la ingestión de café y el tabaquismo, en edades por encima de treinta y ocho años. Se encontraron, como antecedentes patológicos personales más frecuentes, la enfermedad ulceropéptica y la obesidad. Las manifestaciones clínicas de la ERFL encontradas con mayor frecuencia fueron: Síntoma más común: sensación de cuerpo extraño faríngeo. Signos más hallados: eritema de la pared posterior faríngea y eritema e hiperemia de la comisura posterior. En el examen endoscópico predominó una etapa I en más de la mitad de los casos, aunque un gran número de pacientes presentó una mucosa endoscópicamente normal. El tratamiento debe extenderse por seis meses o más para lograr la regresión de los síntomas y signos de la ERFL.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Axford, Sophie E y Sharp, N. y. D. P. W. y. R. P. E. y. P. M. y. P. J. P. y. K. J. A. (2001). Cell biology of laryngeal epithelial defenses in health and disease: preliminary studies. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 110(12):1099–1108.

Belafsky, Peter C y Postma, G. N. y. K. J. A. (2002). Validity and reliability of the reflux symptom index (rsi). *Journal of Voice*, 16(2):274–277.

Braghetto, M y Brunetto, M. y. M. O. y. C. J. y. H. D. y. o. (2003). Enfermedad por reflujo gastroesofágico como causa de daño laríngeo. *Rev. otorrinolaringol. cir. cabeza cuello*, 63(3):173–180.

Brunetto, M y Oyarzún, S. y. N. M. y. M. V. y. d. I. L. M. y. A. S. y. M. U. y. P. P. y. C. J. y. o. (1998). Reflujo faringolaríngeo: una patología con identidad propia. *Rev. otorrinolaringol. cir. cabeza cuello*, 58(3):129–33.

Chadwick, LM y Kurinczuk, J. and Hallam, LA y Brennan, B. y. F. D. (1997). Clinical and endoscopic predictors of histological oesophagitis in infants. *Journal of paediatrics and child health*, 33(5):388–393.

Cirincione C., Sica C., C. N. D. M. (2007). Pediatría práctica. *Arch Argent Pediatr*, 105(3):253–9.

DeVault, Kenneth R y Castell, D. O. (2005). Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *The American journal of gastroenterology*, 100(1):190–200.

- DeVault, Kenneth R y Castell, D. O. y. P. P. C. o. t. A. C. o. G. y. o. (1999). Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *The American journal of gastroenterology*, 94(6):1434–1442.
- Falk, G. W. (2007). Laryngopharyngeal reflux: Beauty is in the eye of the beholder. *Gastroenterology*, 133(4):1379–1381.
- Ferreras, Freddy y Reynoso, G. y. M. M. y. R. Á. I. y. M. I. y. G. A. D. (2006). Incidencia de enfermedad laringofaríngea crónica asociada a reflujo gastroesofágico en el hospital dr. salvador b. gautier. *Rev Med Dom*, 65:161–164.
- Ford, C. N. (2005). Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. *Jama*, 294(12):1534–1540.
- Groome, Maximillian y Cotton, J. P. y. B. M. y. M. S. y. J. D. A. y. D. J. F. (2007). Prevalence of laryngopharyngeal reflux in a population with gastroesophageal reflux. *The Laryngoscope*, 117(8):1424–1428.
- Guyton, Arthur Clifton y Hall, J. E. (2001). Tratado de fisiología médica. c, 82:894.
- Hidalgo Marrero, Y. Trinchet Soler, R. y. M. A. L. (2009). Reflujo gastroesofágico. bases para las guías generales. *HPPD. Holguín*, pages 1–3.
- Hillemeier, A. C. (1996). Reflujo gastroesofágico. métodos diagnósticos y terapéuticos. *Clin Ped NA (ed. esp.)*, 1:189–202.
- Inzunza, Fernando y Brunetto Mier, B. y. B. M. I. y. O. L. y. o. (2001). Reflujo laringo gastroesofágico. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile*, 12(3):192–196.
- Jindal, Jay R y Milbrath, M. M. y. H. W. J. y. S. R. y. T. R. J. (1994). Gastroesophageal reflux disease as a likely cause of “idiopathic” subglottic stenosis. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 103(3):186–191.
- Karkos, Petros D y Yates, P. D. y. C. P. N. y. W. J. A. (2007). Is laryngopharyngeal reflux related to functional dysphonia? *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 116(1):24–29.
- Koufman, J. A. (1991). The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (gerd): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour ph monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *The Laryngoscope*, 101(4 Pt 2 Suppl 53):1–78.
- Koufman, J. A. (2002). Introduction: Laryngopharyngeal reflux 2002: A new paradigm of airway disease. *Ear, Nose & Throat Journal*, 81(9):2.
- Mahon, David y Rhodes, M. (2006). Gastro-oesophageal reflux disease: Surgery is an alternative. *BMJ: British Medical Journal*, 332(7535):236.
- Marrero, Yanet Hidalgo y Soler, R. T. y. A. L. A. M. (2007). Reflujo gastroesofágico. *Medisur*, 3(5):109–118.
- Naik, DR y Moore, D. (1984). Ultrasound diagnosis of gastro-oesophageal reflux. *Archives of disease in childhood*, 59(4):366–367.
- Nazar, Rodolfo y Fullá, J. y. V. P. y. A. M. y. N. A. (2008). Reflujo faringolaríngeo: Revisión bibliográfica. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 68(2):193–198.
- Paterson, W. (1997). Extraesophageal complications of gastroesophageal reflux disease. *Canadian journal of gastroenterology= Journal canadien de gastroenterologie*, 11:45B–50B.
- Postma GM, McGuiert WF Jr, C. S. (2002). Role of reflux. *Ossoff RH, Netterville JL, Shapshay SM, Woodson G.*, pages 499–511.
- Quesada, Juan L y Lorente, J. y. Q. P. (2000). Partial epiglottectomy as a possible treatment for globus pharyngeus? *European archives of oto-rhino-laryngology*, 257(7):386–388.
- Roca Goderich, R y Smith Smith, V. y. P. P. E. y. L. G. J. y. S. R. B. y. L. S. N. y. o. (2002). Recuento anatomofisiológico del sistema circulatorio. *Temas de Medicina Interna [Internet]. 4ta ed. La Habana: ECIMED*, pages 239–529.
- Septián, JJ Ortiz y Cabello, M. I. E. y. G. P. C. (2005). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Medicina general*, (70):27–30.
- Vavricka, Stephan R y Storck, C. A. y. W. S. M. y. T. R. y. W. N. y. R. V. y. F. H. y. M. B. y. F. M. (2007). Limited diagnostic value of laryngopharyngeal lesions in patients with gastroesophageal reflux during routine upper gastrointestinal endoscopy. *The American journal of gastroenterology*, 102(4):716–722.
- Ylitalo, Riitta y Lindestad, P.-Å. y. R. S. (2001). Symptoms, laryngeal findings, and 24-hour ph monitoring in patients with suspected gastroesophago-pharyngeal reflux. *The Laryngoscope*, 111(10):1735–1741.