

REFLUJO FARINGOLARÍNCEO: UNA PATOLOGÍA CON IDENTIDAD PROPIA

PHARYNGOLARYNGEAL REFLUX: A PATHOLOGY WITH A DISTINCTIVE IDENTITY

*Dra. Beatriz Brunetto M., *Dr. René Oyarzún S., **Dra. Pilar Neira M., ***Dra. María de la Luz Medrano V.

Colaboradores: ****Sr. Samuel Avila, ****Sr. Manuel Miranda U., ****Sr. Juan Carlos Paineplán P.

RESUMEN

Se presenta un grupo compuesto por 70 pacientes portadores de síntomas atribuibles a reflujo faringolaríngeo y 20 pacientes controles.

Se describen y proponen 3 estadios clínicos nasofibroscópicos de la enfermedad y se correlacionan con los síntomas digestivos, broncopulmonares y faringolaríngeos en los pacientes y controles.

En los 70 pacientes se analizan los resultados del tratamiento médico propuesto, siendo bueno en el 88,4% de los casos y regular en 11,6%.

Palabras claves: Reflujo.

SUMMARY

A 70 patient group carrying symptoms attributable to pharyngolaryngeal reflux, and a 20 patients control group, is presented.

Three clinical rhinoscopic stages of the disease are described and proposed and are correlated with the digestive, bronchopulmonary, and pharyngolaryngeal symptoms, in both the patient and control group.

The results in the 70 patients that receive the medical treatment proposed, are analyzed. They are successful in 88.4% of the cases, and indifferent in 11.6% of them.

Key word: Reflux.

*Médico Servicio Otorrino Hospital Clínico de la Universidad de Chile, **Becado Servicio Otorrino Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ***Médico-cirujano egresado Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ****Fonoaudiólogo Servicio Otorrino Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ****Técnico estadístico Dirección, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico (RGE) es una patología que ha cobrado gran incidencia en la consulta médica diaria. Como otorrinos, nos hemos visto enfrentados a un número importante de pacientes que refieren variada sintomatología, como caraspera persistente, disfonía fluctuante, crisis asfícticas nocturnas, sensación de constricción de la faringe, secreciones faríngeas frecuentes, y en quienes se ha descartado patología infecciosa de las cavidades paranasales, alergias y patología respiratoria baja, quedando muchas veces catalogados como patología funcional o psicopatológica.

En este grupo de pacientes, en el examen físico ORL y en la nasofibroscopia, se comenzaron a observar hallazgos comunes, como por ejemplo: inflamación faríngea con hiperplasia de los folículos linfáticos de la pared posterior, a veces secretantes, enrojecimiento, edema de la cara interna de los aritenoides, de distintos grados, engrosamiento de la comisura posterior, que puede llegar a paquidermia y a veces presencia de úlceras y/o granulomas vocales.^(1,2,3,4,5,7,8,9,10,11)

Autores como Koufman, Margulies, De la Hunty, Olson, Wilson, Feder Ward y Cherry han correlacionado los síntomas y los hallazgos del examen físico, con el RGE. Sin embargo, es Koufman el que acuña el término de reflujo faringolaríngeo (RFL) para referirse a esta patología.

OBJETIVOS

1. Mostrar la incidencia de RFL en pacientes atendidos en el policlínico de voz.
2. Proponer una clasificación nasofibrosfópica de los hallazgos del examen físico.
3. Correlacionar la sintomatología clínica con los hallazgos nasofibrosfópicos.
4. Comprobar eficacia del tratamiento médico en el reflujo faringolaríngeo.

SUJETOS Y MÉTODOS

La muestra está compuesta por 70 pacientes, atendidos en el policlínico de voz del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, entre Enero de 1993 y Agosto de 1997, que consultaron por sintomatología, exa-

men físico y laboratorio atribuible a RGE.

Se evaluó a 20 sujetos sanos, como grupo control, sin antecedentes de RGE o patología vocal, con edades entre 23 y 56 años.

Todos los pacientes y controles fueron sometidos a la siguiente metodología de estudio:

1. Ficha para pacientes disfónicos y protocolo para RFL.
2. Examen físico ORL.
3. Nasofibroscopia.
4. Evaluación fonoaudiológica.
5. Exámenes específicos.

El estudio realizado en esta muestra de pacientes incluye: endoscopia digestiva, cintigrama esofágico, Ph-metría de 24 horas, manometría esofágica, bilitec, radiografía de esófago, estómago y duodeno e interconsulta a gastroenterología.^(2,3,5,9) En nuestros pacientes sólo se pudo obtener este estudio en 51 casos (73%), el resto por motivos económicos no pudo efectuar el estudio solicitado. Sin embargo, en este grupo el tratamiento de prueba con inhibidores de la bomba de protones, asociado al uso de agentes prokinéticos del tipo de la cisaprida, más medidas médicas antirreflujo, mostró regresión de la sintomatología y mejoría de la signología fibrosfópica, lo que sugería la existencia de RGE.

Posteriormente se procede a la tabulación de datos y estudio estadístico.

Según los hallazgos, en el examen fibrosfópico, describimos tres estadios de la patología antes descrita:

Estadio I edema y/o eritema de la cara interna de los aritenoides leve a moderado. Enrojecimiento faríngeo. Eritema comisura posterior.

Estadio II edema y/o eritema de cara interna de aritenoides de grado severo. Úlcera o granuloma de apófisis vocales. Engrosamiento comisura posterior. Paquidermia comisura posterior.

Estadio III paquidermia comisura posterior con ulceraciones, estenosis subglóticas, fijaciones de articulación cricoaritenoides uni o bilateral, cáncer de comisura posterior en no fumadores.

En nuestros 70 pacientes, 41 (58,6%) correspondieron a Estadio I, 28 (40%) a Estadio II y 1 (1,4%) a Estadio III.

RESULTADOS

Se estudiaron 70 pacientes entre 7 y 78 años, con un franco predominio entre 35 y 55 años, donde se concentra más del 50% de la muestra.

En cuanto al sexo, 20% corresponde a sexo masculino y 80% a mujeres.

A su vez se estudió un grupo de 20 pacientes, definidos como control, entre 25 y 56 años con predominio en menores de 35 años. El 55% correspondió a sexo femenino y el 45% a sexo masculino.

La sintomatología fue dividida en síntomas digestivos, broncopulmonares y faringolaríngeos, aplicándose a pacientes y controles.

Dentro de los síntomas digestivos se consideraron: acidez, regurgitación, pirosis y disfagia. Predominando la acidez en el 61% de los pacientes y la regurgitación y la disfagia en el 29%. Cabe hacer notar que puede coexistir más de un síntoma por paciente. En el grupo control también predominó la acidez, pero sólo en un 15% de los consultados. Al aplicar la evaluación estadística de comparación de proporciones al grupo de pacientes y a los controles, resultó estadísticamente significativo para los síntomas acidez y disfagia en los pacientes. (Tabla N°1)

En los síntomas broncopulmonares se consideró: tos, secreciones, asma y neumonías recurrentes. Predominando la tos en un 47% de los casos y las secreciones mucosas faringotraqueales en el 46%. En el grupo control se encontró tos en el 5% y secreciones en el 10% de los casos. Aplicándole la evaluación estadística, resultó significativo sólo el síntoma de tos en el grupo de los pacientes. (Tabla N°2)

En los síntomas faringolaríngeos se consideró: disfonía, carraspera, faringodinia y sensación de cuerpo extraño faríngeo. Predomina la disfonía en el 74% de los pacientes, seguido por la carraspera en el 60% y la faringodinia en el 51%. En el grupo control se encontró sólo carraspera en el 30%. El análisis estadístico de comparación de proporciones entre el grupo de pacientes y controles, mostró significancia estadística para los síntomas disfonía, carraspera y faringodinia en el grupo de los pacien-

tes. (Tabla N° 3)

En el grupo de pacientes, al correlacionar la sintomatología digestiva y faringolaríngea con los estadios fibroscópicos propuestos, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los síntomas estudiados. (Tablas N° 4 y 5)

Al correlacionar los síntomas broncopulmonares, resultó significativo desde el punto de vista estadístico el síntoma secreciones, que es mayor en el estadio fibroscópico II (Tabla N° 6).

En el grupo control, en sólo un paciente se encontró eritema leve de cara interna de aritenoides, sugeriendo de estadio fibroscópico I, sin sintomatología digestiva o extradigestiva.

De los 70 pacientes analizados, 43, es decir el 61% de la muestra, fueron tratados por el equipo de la Unidad de Voz, realizándose un seguimiento en 27 casos hasta los 6 meses y en 16 casos por más de un año.

El tratamiento realizado fue: ⁽¹⁾⁻⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾

1. Medidas antirreflujo (hoja de indicaciones)
2. Inhibidores de bomba de protones (Omeprazol - Lanzoprazol)
3. Cisaprida
4. Famotidina (por motivos económicos y posttratamiento con Omeprazol).

La elección del tratamiento propuesto dependió de: estadio fibroscópico, sintomatología clínica y posibilidades económicas de cada paciente. La indicación de medidas generales de manejo médico antirreflujo se entregó a los 70 pacientes.

La evolución fue catalogada como buena cuando se logró remisión completa de síntomas y signos fibroscópicos, regular cuando se logró mejoría parcial de síntomas y signos, y mala cuando no hubo cambios.

De los 43 casos de pacientes que fueron tratados por el equipo, se obtuvo buena evolución en el 88,4% de los pacientes (38 casos) y regular en el 11,6% (5 casos).

Tabla N°1

Síntomas digestivos	RFL 70 pacientes	20 controles
acidez	43 (61%)	3 (15,1%)
regurgitación	20 (29%)	0
pirosis	9 (13%)	0
disfagia	20 (29%)	0

Tabla N°2

Síntomas broncopulmonares	RFL 70 pacientes	20 controles
tos	33 (47%)	1 (5%)
secreciones	32 (46%)	2 (10%)
sibilancias	2 (29%)	0
neumonías	1 (1,4%)	0

Tabla N°3

Síntomas faringolaríngeos	RFL 70 pacientes	20 controles
disfonía	52 (74%)	0
carraaspera	42 (60%)	6 (30%)
faringodinia	36 (51%)	0
sensación cuerpo extraño	3 (4,3%)	0

Tabla N°4

Síntomas digestivos v/s estadio fibroscópico	ESTADIO I	ESTADIO II
acidez	25 (60%)	19 (68%)
regurgitación	9 (22%)	11 (39%)
pirosis	6 (14%)	4 (14%)
disfagia	10 (24%)	10 (36%)

Tabla N°5

Síntomas faringolaríngeos v/s estadio fibroscópico	ESTADIO I	ESTADIO II
disfonía	32 (80%)	22 (78,6%)
carraaspera	25 (61%)	19 (68%)
faringodinia	18 (45%)	18 (64%)
sensación c.e.	2 (5%)	1 (3,6%)

Tabla N°6

Síntomas broncopulmonares v/s estadio fibroscópico	ESTADIO I	ESTADIO II
tos	18 (44%)	15 (53,6%)
secreciones	15 (36,5%)	17 (61%)
sibilancias	3 (7,2%)	1 (3,6%)
neumonías	1 (2,4%)	0

CONCLUSIONES

A la luz de estos resultados destaca que:

1. Existe correlación entre la sintomatología clínica relatada por los pacientes y los hallazgos fibroscópicos faringolaríngeos, constituyendo la entidad de reflujo faringolaríngeo.

2. En los hallazgos fibroscópicos se diferencia claramente signología faringolaríngea de diferente grado, que orienta a mayor o menor gravedad de la enfermedad.

3. En el grupo control sólo se encontró un caso de eritema leve de cara interna de aritenoides, no asociado a sintomatología clínica, siendo estadísticamente significativo al compararlo con los hallazgos del grupo de pacientes.

4. Lo anterior permite afirmar que los hallazgos fibroscópicos faringolaríngeos antes descritos, corresponderían a reflujo faringolaríngeo, pues no se encuentran estadios II o III en población normal y sólo se encuentra un 5% de estadio I en el grupo control.

5. El tratamiento con medidas antireflujo, inhibidores de la bomba de protones y agentes prokinéticos resultó altamente efectivo en nuestros pacientes.

6. De los 43 pacientes sometidos a tratamiento por el equipo, 38 (88,4%) lograron normalización del examen fibroscópico y remisión total de la sintomatología. En 5 pacientes (11,6%) se logró mejoría parcial, persistiendo eritema de la cara interna de los aritenoides (Estadio I), pero con disminución franca de la sintomatología.

COMENTARIO

El reflujo gastroesofágico incluye una variada gama de sintomatología clínica que abarca diferentes sistemas, como el digestivo, respiratorio bajo y faringolaríngeo. Durante mucho tiempo, los pacientes que consultaban por sintomatología faringolaríngea fueron catalogados como funcionales y muchas interconsultas cursadas a los gastroenterólogos fueron respondidas como "síntomas no atribuibles a reflujo". Sin embargo, un estudio más acucioso, con una correlación de la signología faringolaríngea fibroscópica, nos permite proponer esta entidad de reflujo faringolaríngeo como la causante de esas molestias. La explicación fisiopatológica de estos hallazgos estaría dada por una disminución de la presión del esfínter cricofaríngeo, asociada a un reflujo fluctuante de características ácidas o alcalinas, que puede ser diurno o nocturno, e incluso en posición supina, lo que provocaría los daños antes descritos en la mucosa faringolaríngea, que es muy susceptible a la agresión química del ácido o alcali refluido.

En nuestra experiencia hemos visto en los últimos años, que del total de consultas efectuadas por patología vocal, el 32% corresponde a reflujo faringolaríngeo, ya sea como única entidad o siendo factor coadyuvante de otras patologías vocales.

BIBLIOGRAFIA

1. Bough ID Jr, Sataloff RT; Castell DO; Hills JR; Gideon RM; Spiegel JR. Gastroesophageal reflux laryngitis resistant to omeprazole therapy. *J Voice*; Jun 1995, 9 (2): 205-11.
2. Conley SF; Werlin SL; Beste DJ. Proximal pH-metry for diagnosis of upper airway complications of gastroesophageal reflux. *J Otolaryngol*; Oct 1995, 24 (5): 295-8.
3. Cote DN; Miller RH. The association of gastroesophageal reflux and otolaryngologic disorders. *Compr Ther*; 1995, 21 (2): 80-4.
4. Hanson DG; Kamel PL; Kahrilas PJ. Outcomes of antireflux therapy for the treatment of chronic laryngitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*; Jul 1995, 104 (7): 550-5.
5. Kaufman James A. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal (pharyngolaryngeal) reflux disease. *Instructional courses*; 1995, 8: 57-67.
6. Leite LP; Johnston BT; Castell DO. Omeprazole for the treatment of posterior laryngitis. *Am J Med*; Dec 1995, 99 (6): 694-5.
7. Ludviksdottir D; Bjornsson E; Janson G; Boman G. Habitual coughing and its associations with asthma, anxiety, and gastroesophageal reflux. *Chest*; May 1996, 109 (2): 1262-8.
8. Nels R Olsen. Laryngopharyngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *The otolaryngologic clinics of North America*; Oct 1991, 1201-14.
9. Waki FY; Madgy DN; Belenky WM; Gower VC. The incidence of gastroesophageal reflux in recurrent croup. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; Jul 1995, 32 (3):223-32.
10. Waring JP; Lacayo L; Hunter J; Katz E; Sitwak B. Chronic cough and hoarseness in patients with severe gastroesophageal reflux disease. *Diagnosis and response to therapy*. *Dig Dis Sci*; May 1995, 40 (5):1093-7.
11. Weiner GM; Batch AJ; Radford K. Dysphonia as an atypical presentation of gastroesophageal reflux. *J Laryngol Otol*; Dec 1995, 109 (12): 1195-6.