

Reflujo laringofaríngeo

Ricardo Alberto Montes Ríos,¹ Diana Asela García Ruiz²

Resumen

La palabra reflujo deriva del vocablo latino *re* “regresar” y *fluere* “fluir”. El reflujo laringofaríngeo se refiere al retorno del contenido del estómago hacia la laringofaringe. Se cree que es causado por reflujo del contenido gástrico. Si bien el reflujo laringofaríngeo y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) comparten características fisiopatológicas, se consideran padecimientos distintos con síntomas y necesidades de tratamiento propios. En este artículo se sintetizan 26 referencias bibliográficas obtenidas principalmente de Ovid Technologies y el portal de Revistas Médicas Mexicanas.

Abstract

The word reflux derived from the Latin word *re* “back” and *fluere* “flow”. Laryngo-pharyngeal reflux (LPR) refers to the return of stomach contents into the laryngopharynx. Its origin is believed to be caused by reflux of gastric contents. While laryngopharyngeal reflux and gastroesophageal reflux disease (GERD) share similarities in their pathophysiology are considered separate entities, with specific symptoms and treatment needs. This article summarizes 26 references obtained primarily through Ovid Technologies and the portal of Revistas Médicas Mexicanas.

Palabras clave:

reflujo laringofaríngeo, enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Key words:

laryngopharyngeal reflux, gastroesophageal reflux disease.

Método de selección de fuentes

Para realizar este artículo se buscaron artículos nacionales e internacionales de reflujo laringofaríngeo mediante Ovid Technologies, ingresando por el portal EDUMED, que pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social; así como en la base de datos de la revista *Anales de Otorrinolaringología* del portal Revistas Médicas Mexicanas de la editorial Nieto Edi-

tores. Se obtuvieron 26 referencias bibliográficas de las que se extrajeron datos para las diferentes secciones del artículo.

Introducción

El origen etimológico de la palabra reflujo es el vocablo latino *re*, que significa “regresar”, y *fluere*, que quiere decir “fluir”. El reflujo laringofaríngeo se refiere al retorno del

¹ Médico otorrinolaringólogo adscrito a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria 198-241, IMSS.

² Médico cirujano, egresada de la FES Zaragoza, UNAM.

Correspondencia: Dr. Ricardo Alberto Montes Ríos. Av. Instituto Politécnico Nacional 2203, edificio 19B, departamento 4, colonia Lindavista, CP 07360, México, DF. Correo electrónico: ricardoamontes@gmail.com

Recibido: abril, 2013.

Aceptado: junio, 2013.

Este artículo debe citarse como: Montes-Ríos RA, García-Ruiz DA. Reflujo laringofaríngeo. *An Orl Mex* 2013;58:170-174.

contenido gástrico hacia la laringofaringe, mientras que el término reflujo gastroesofágico describe el retorno del contenido gástrico hacia el esófago. La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un término clínico que se usa para designar al reflujo gastroesofágico excesivo que causa daño tisular.

La nomenclatura adoptada por la Academia Americana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello es la de reflujo laringofaríngeo como un padecimiento con síntomas, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento específicos.

El reflujo laringofaríngeo es un síndrome vinculado con diversos síntomas que incluyen: laringitis, disfonía y tos crónica. Se cree que es causado por reflujo del contenido gástrico, y que es una enfermedad superior del reflujo gastroesofágico. Si bien ambas comparten el punto de partida, se consideran distintas, ya que sus síntomas y necesidades de tratamiento son también diferentes.

Según Koufman y colaboradores (2002), el reflujo laringofaríngeo es una condición gastrointestinal y otorrinolaringológica relacionada pero distinta de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, en la que las manifestaciones en cabeza y cuello varían considerablemente.

Las primeras asociaciones entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y las alteraciones laríngeas datan de 1903, cuando Coffin, y posteriormente Cherry y colaboradores (1968), reportaron tres pacientes con úlceras laríngeas por contacto y reflujo gastroesofágico corroborado por imagen. En 1987 se comprobó, a través de la medición del pH faríngeo y esofágico, la existencia de ácido en la faringe de pacientes con diagnóstico clínico de reflujo faringolaríngeo.

Epidemiología

La prevalencia de los síntomas relacionados con el reflujo laringofaríngeo es de 15 a 20%, y se estima que más de 15% de las consultas de otorrinolaringología se deben a dichas manifestaciones, con ligero predominio del género femenino (53 a 60%) y promedio de edad de 50 ± 9.55 años.

En un estudio de 704 pacientes realizado en 2010 en un hospital de concentración de la Ciudad de México, se observó una prevalencia de 29.4% en pacientes de 21 a 35 años, 69.6% eran mujeres. Además, se comprobó una correlación entre mayor edad y el incremento de la incidencia de reflujo laringofaríngeo.

Etiopatogenia

Aunque el reflujo laringofaríngeo es de origen multifactorial, se incluyen como causas: disfunción del esfínter esofágico inferior o superior, tiempo de exposición de material refluído y la sensibilidad del tejido.

Los cuatro pilares que constituyen la barrera antirreflujo son: el esfínter esofágico superior, el inferior, el aclaramiento esofágico y la resistencia epitelial. Se ha postulado que los mecanismos que ocasionan las manifestaciones extraesofágicas del reflujo son diversas: el daño directo de la mucosa, el efecto indirecto en el aclaramiento mucociliar y la respuesta vagal resultado del daño esofágico distal.

El esfínter esofágico superior es la última barrera antirreflujo. Deveney, Brenner y Cohen encontraron en los pacientes con lesiones inflamatorias de laringe presiones del esfínter esofágico en cierto grado menores a lo normal.

El esfínter esofágico inferior es el mecanismo antirreflujo fundamental; para prevenir el reflujo gastroesofágico, debe mantener una presión mayor que la presión gástrica. La relajación transitoria de este esfínter es el mecanismo crítico que induce el reflujo gastroesofágico.

Debido a que cierto grado de reflujo es normal, existen mecanismos para aclarar y neutralizar el contenido cuando sobrepasa el esófago. En esta barrera antirreflujo se incluyen las ondas peristálticas esofágicas, la gravedad, las secreciones glandulares y agentes amortiguadores contenidos en la saliva.

Cuando las barreras antirreflujo fallan, la severidad del daño tisular se determina por los factores de resistencia epitelial. Hay mecanismos protectores epiteliales, preepiteliales e intracelulares. El moco es el mecanismo preepitelial que por sus fases y su alto contenido de bicarbonato resiste la penetración de moléculas grandes, como la pepsina; además, hay una capa acuosa alcalina que también actúa como amortiguador. En las células, la membrana y las uniones intracelulares son resistentes en cierto grado al ácido y a la pepsina.

Hanson y Jiang postularon que la glotis posterior es especialmente susceptible a los efectos del reflujo; su teoría se basa en que el bateo ciliar es hacia la glotis posterior, lo que resulta en mayor contacto y, por tanto, más daño.

Signos y síntomas

Tauber (2002) señaló que las manifestaciones de reflujo extraesofágico se deben principalmente a dos situaciones: 1) el reflujo hacia el esófago proximal de los contenidos gástricos que tienen contacto directo, con la subsecuente lesión de la faringe o de la superficie de la mucosa faríngea; 2) la evidencia de que no únicamente la cercanía anatómica de la laringe a la hipofaringe y el esófago proximal genera lesión, sino también este reflujo ácido en el esófago distal estimula vagalmente, ocasionando reflejos, como broncoespasmo y congestión nasal.

Los síntomas de reflujo laringofaríngeo (aclaramiento excesivo de faringe, rinorrea posterior, fatiga vocal, tos, disfonía y globo faríngeo) no son específicos y pueden tener

su origen en infecciones, abuso vocal, alergia, tabaquismo y la inhalación o ingestión de irritantes, como el alcohol.

Moreno, en un estudio de 34 pacientes en el que validó el índice de síntomas de reflujo, reportó la sensación de moco en la garganta como el síntoma más común, seguido de sensación de cuerpo extraño en la garganta, disfonía, aclaramiento frecuente de faringe y pirosis; mientras que los menos mencionados fueron disnea, tos posprandial y disfagia. En un estudio con menor población (17 pacientes), Celis señaló como síntomas de mayor frecuencia: descarga posterior nasal, exceso de moco faríngeo o ambos (50%), síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (38%) y abultamiento o sensación de cuerpo extraño en la faringe (30%). Sólo en un estudio revisado, elaborado por Álvarez-Romero con una población de 61 pacientes, los síntomas más comunes registrados fueron: disfonía (49.1%), tos (47.5%), aclaramiento faríngeo (37.7%), faringodinia (26.2%), odinofagia y disfagia (22.9%), alteraciones gastroenterológicas (19.6%), sensación de cuerpo extraño en la faringe (14.7%), prurito faríngeo (6.5%), otalgia (4.9%) y plenitud ótica (1.6%).

En relación con los signos del reflujo laringofaríngeo se entra en un terreno escabroso debido a su mayor inespecificidad y a la subjetividad de que está provisto por depender del observador.

La mayor parte de los hallazgos laríngeos en pacientes con laringitis crónica concomitante con enfermedad por reflujo gastroesofágico se localizan en la laringe posterior. La laringitis posterior se manifiesta por edema y eritema de la comisura posterior y de los aritenoides.

En general, no hay signos laríngeos específicos: la laringitis posterior y los granulomas, la pseudocisura y la obliteración ventricular se han relacionado de forma importante con el reflujo laringofaríngeo.

Los signos endoscópicos encontrados por Celis fueron: eritema laríngeo (97.4%), edema e hipertrofia de la comisura posterior (ambos con 94.8%) y los menos comunes fueron: granuloma y moco espeso en la faringe. En este estudio no hubo diferencia estadística significativa entre los hallazgos de pacientes sintomáticos y no sintomáticos, aunque el edema laríngeo difuso fue mayor en los primeros, con intervalo de moderado a severo (61.5%).

Diagnóstico

El diagnóstico de reflujo laringofaríngeo aumentó de 1990 a 2001. El número anual de consultas por este padecimiento se ha incrementado en 306%, particularmente en otorrinolaringología.

No existe una prueba definitiva para el diagnóstico de la enfermedad, por lo que la historia clínica, la exploración física y el apoyo de estudios de gabinete deben dar la pauta.

Hay tres formas para confirmar el diagnóstico: a) disminución de síntomas al tratamiento empírico, b) observación endoscópica de lesiones en la mucosa y c) demostración de los acontecimientos del reflujo por los estudios de varios canales de la impedancia y de la pHmetría.

Es práctica común iniciar la supresión ácida a altas dosis y evaluar la respuesta a tres o cuatro meses del inicio. El índice falso-negativo es de 38%.

Belasky y su grupo²³ desarrollaron el índice de síntomas de reflujo, que es un cuestionario autoadministrado que brinda un intervalo de confianza de 95% de que el resultado es anormal si se obtiene una puntuación igual o mayor a 13; este mismo índice se validó en la población mexicana (Moreno) con confiabilidad de Cronbach de 0.867. En este índice se califica de 0 a 5 cada uno de nueve síntomas experimentados durante el último mes, con puntaje de 0 a la clasificación de asintomático y de 45 para la máxima calificación. Los síntomas que valora, según la traducción hecha por Moreno,⁶ son: 1) ronquera o problema de voz, 2) aclaramiento de garganta, 3) exceso de moco en la garganta, 4) dificultad para tragar alimento, 5) tos posprandial o al acostarse, 6) dificultad para respirar, 7) tos muy molesta, 8) sensación de tener algo pegajoso o un cuerpo extraño en la garganta y 9) agruras, dolor en el tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta.

De la misma forma, Belafsky y colaboradores desarrollaron una escala de hallazgos endoscópicos, que se basa en ocho ítems con una escala de 0 a 26 puntos, donde un puntaje de 7 o más indica con 95% de certeza tener enfermedad extraesofágica por reflujo. Los ítems incluidos en esta escala son: pseudocisura, obliteración ventricular, eritema o hiperemia, edema de cuerda vocal, edema laríngeo difuso, hipertrofia de la comisura posterior, granuloma y moco espeso endolaríngeo.

Sin embargo, en la actualidad la pHmetría ambulatoria de 24 horas con doble balón simultáneo (esofágico y faríngeo) es el patrón de referencia en el diagnóstico del reflujo laringofaríngeo. Pero ésta dista mucho de ser una prueba ideal, ya que el reporte de sensibilidad es de 50 a 80%; asimismo, las modificaciones en la dieta pueden dar resultados falsos negativos. La pHmetría no reconoce el reflujo alcalino, de origen duodenal, igualmente cáustico. Por tal motivo, la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello refiere que el diagnóstico de reflujo laringofaríngeo debe realizarse con base en los síntomas y signos.

La sensibilidad y la especificidad de la pHmetría ambulatoria son de 88 a 95% y de 79 a 100%, respectivamente; mientras que la sensibilidad y la especificidad de la pHmetría para el diagnóstico de reflujo laringofaríngeo se desconocen.

Tratamiento

Las medidas conductuales inducen disminución de los síntomas de, incluso, 50%. Entre ellas están: evitar comidas o bebidas tres horas antes de acostarse, no consumir productos como tabaco, alcohol, cafeína, chocolate, picante y comidas grasosas o con especias, y seguir medidas antirreflujo, como elevar la cabecera de la cama y bajar de peso.

En relación con la terapia farmacológica, los bloqueadores H2 son el tratamiento de primera línea en pacientes con síntomas mínimos. La administración de estos fármacos a dosis habituales, en conjunto con los cambios conductuales, ha producido 54% de mejoría en los pacientes después de seis semanas, pero 92% de ellos percibirá una recurrencia de los síntomas. No se ha visto que dosis altas tengan un efecto distinto comparado con dosis habituales.

Algunos autores consideran que los inhibidores de la bomba de protones son el pilar fundamental en el tratamiento del reflujo laringofaríngeo. Postma, Johnson y Koufman recomiendan su administración en sujetos con síntomas importantes en dos dosis diarias, junto con cambios conductuales; aunque no están exentos de controversia en relación con su eficacia, debido a que un número significativo de pacientes con laringitis posterior y tratamiento con inhibidores de la bomba de protones muestran resistencia, como lo revela el estudio elaborado por Zubiaur y Thomas, en donde 82% no experimentó disminución de sus síntomas.

Por último, intervenciones como la funduplicatura de Nissen se recomiendan cuando el tratamiento médico falla.⁵ Con este procedimiento, incluso 73% de los pacientes con inflamación crónica persistente experimenta alivio de los síntomas y cambios endoscópicos.

Bibliografía

- Koufman JA, et al. Laryngopharyngeal reflux: Position statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127:32-35.
- Groome M, Cotton JP, et al. Prevalence of laryngopharyngeal reflux in a population with gastroesophageal reflux. *Laryngoscope* 2007;117:1424-1428.
- Ulualp SO, Rodriguez S, Holmes-Wright CN. Flexible laryngoscopy-guided pharyngeal pH monitoring in infants. *Laryngoscope* 2007;117:577-580.
- Nazar SR, Fullá OJ, et al. Reflujo faringolaríngeo: Revisión bibliográfica. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2008;68:193-198.
- Moreno RAS. Validación inicial del índice de síntomas de reflujo para su uso clínico. *An Orl Mex* 2009;54:96-101.
- Cherry J, Siegel CO, et al. Pharyngeal localization of symptoms of gastroesophageal reflux. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1970;84:1048-1054.
- Wiener GJ, Koufman JA, et al. The pharyngo-esophageal dual ambulatory pH probe for evaluation of atypical manifestations of gastroesophageal reflux. *Gastroenterology* 1987;92:1694.
- Lee KJ, et al. Otorrinolaringología. Cirugía de cabeza y cuello. 7ª ed. México: McGraw-Hill; 2004:889-890.
- Hsu CW, Fang TJ, Li HY, Chiang MJ. Is posterior laryngitis a reliable sign of laryngopharyngeal reflux? *Rev Mosby* 2003;129:224.
- Montes-Ríos RA, Cárdenas-Padron R. Incidencia de las manifestaciones otorrinolaringológicas del reflujo gastroesofágico en personas jóvenes de México. *Rev Esp Méd Quir* 2011;16:152-156.
- Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24 pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope* 1991;101:S1.
- Ulualp SO, Toohill RJ. Laryngopharyngeal reflux: state of the art diagnosis and treatment. *Otolaryngol Clin North Am* 2000;4:785.
- Cummings CH, Frederickson JM, Harker LA, et al. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 3ª ed. St. Louis: Mosby, 1999;2411-2426.
- Hanson DG, Jiang JJ. Diagnosis and management of chronic laryngitis associated with reflux. *Am J Med* 2000;108:112.
- Bailey BJ, Johnson JT, Kohut RI, Pillsbury HC, et al. *Head and Neck Surgery-Otolaryngology*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott, 1993;756-761.
- Tauber S. Association of laryngopharyngeal symptoms with gastroesophageal reflux disease. *Laryngoscope* 2002;112:879-886.
- Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. *JAMA* 2005;294:1534-1540.
- Celis-Aguilar EM. Hallazgos endoscópicos asociados con el reflujo faringolaríngeo en voluntarios asintomáticos y pacientes sintomáticos. Estudio comparativo. *An Orl Mex* 2011;56:26-36.
- Álvarez-Romero RD. Manifestaciones otorrinolaringológicas del reflujo laringofaríngeo. *An Orl Mex* 2007;52:12-16.
- Cohen S. Is it really laryngopharyngeal reflux? *Laryngoscope* 2008;118:363-366.
- Harrell S, Evans B, Goudy S, Winstead W, Lentsch E, et al. Design and implementation of an ambulatory pH monitoring protocol in patients with suspected laryngopharyngeal reflux. *Laryngoscope* 2005;115:89-92.
- Belafsky PC, Postma GN, et al. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice* 2002;16:274-277.

23. Contencin P, Adjoua P, Viala P, Erminy M, Narcy P. La pH-metrie couplee, cesophagienne et orohypopharyngee de longue dans les formes ORL de reflux gastrocesophagien de lenfant. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1992;109:129-133.
24. Koufman JA, Belafsky PC, Bach KK. Prevalence of esophagitis in patients with pH-documented laryngopharyngeal reflux. *Laryngoscope* 2002;112:1606-1609.
25. Zubiaur-Gomar FM, Thomas JP. Sobrediagnóstico de reflujo laringofaríngeo como causa de disfonía y otros trastornos de la voz. *An Orl Mex* 2010;55:52-58.