

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen **16**
Volume

Número **2**
Number




Abril-Junio **2003**
April-June

Artículo:




La laringitis crónica por abuso de voz en pacientes profesionales de la voz, se encuentra asociada con reflujo gastroesofágico no aparente.

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

La laringitis crónica por abuso de voz en pacientes profesionales de la voz, se encuentra asociada con reflujo gastroesofágico no aparente

Eduardo Bracamontes Martínez*
Rigoberto Astorga del Toro*
María del Carmen Jiménez Martínez†

Palabras clave: Laringitis crónica, abuso de voz, reflujo gastroesofágico.
Key words: Chronic laryngitis, voice abuse, gastroesophageal reflux.

RESUMEN

Introducción: El reflujo gastroesofágico puede generar alteraciones otorrinolaringológicas como laringitis crónica; el manejo de estos pacientes es con terapia antirreflujo. El abuso de voz también puede ocasionar lesiones laríngeas, el tratamiento de elección es con terapia foniátrica. En el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional "Valentín Gómez Farías", Zapopan, Jalisco, México, se ha observado que los pacientes con uso y abuso de voz que no responden al tratamiento foniátrico, mejoran aparentemente con terapia anti-reflujo. El objetivo de este estudio fue evaluar la

eficacia de este tratamiento en los profesionales de la voz que acudieron a nuestra consulta con laringitis crónica y disfonía por abuso de la voz, que no tienen manifestaciones clínicas o endoscópicas de reflujo gastroesofágico.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 30 pacientes profesionales de la voz con laringitis crónica y disfonía por abuso de voz sin manifestaciones clínicas y sin datos endoscópicos aparentes de enfermedad por reflujo. Se hicieron dos grupos de estudio, el Grupo 1 recibió terapia foniátrica y modificaciones higiénico-dietéticas, el Grupo 2 recibió además de la terapia de voz, tratamiento farmacológico con ranitidina y cisaprida en dosis convencionales. La evolución de los pacientes al tratamiento se realizó, al inicio del estudio, a las 4 y 8 semanas. En ambos grupos se determinó la presencia de disfonía (leve, moderada y grave), laringitis (leve, moderada y grave), faringodinea, sensación de cuerpo extraño y tos a lo largo del tratamiento.

Resultados: Al inicio del estudio en el Grupo 1, el 100% de los pacientes presentaba disfonía (46.7% moderada, 53.3% grave); 100% laringitis (33.3% moderada, 66.6% grave); 80% faringodinea; 53.3% sensación de cuerpo extraño y 40% tos. En el Grupo 2, el 100% de los pacientes presentaba disfonía, (40% moderada, 60% grave); 100% laringitis (33.3% moderada, 66.6% grave); 66.6% faringodinea;

* Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Regional "Valentín Gómez Farías", ISSSTE, Zapopan, Jalisco.

† Departamento de Bioquímica, INER.

Correspondencia:

Eduardo Bracamontes Martínez. Departamento de Bioquímica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Calzada de Tlalpan 4502, colonia Sección XVI. México, DF, 14080. Fax 52(5)665 46 23
E-mail: brame280873@aol.com

Trabajo recibido: 27-V-2003; Aceptado: 25-VI-2003

66.6% sensación de cuerpo extraño y 26.6% tos. Al final del estudio, en el Grupo 1, 100% de los pacientes presentaba disfonía, (40% moderada, 60% grave); 100% laringitis, (26.6% moderada, 73.3% grave); 80% faringodinea; 60% sensación de cuerpo extraño y 33.3% tos. En el Grupo 2, 100% presentaron disfonía (26.6% leve, 46.6% moderada y 26.6% grave); 100% laringitis, (33.3% leve, 53.3% moderada y 13.3% grave); 40% faringodinea; 46.6% sensación de cuerpo extraño y 13.3% tos.

Discusión y conclusiones: Los resultados encontrados en este estudio sugieren que los pacientes profesionales de la voz con laringitis crónica, disfonía, faringodinea y que no responden a la terapia foniatría convencional, mejoran sus síntomas con ranitidina y cisaprida. Por lo que en la laringitis por abuso de voz, el reflujo gastroesofágico no debe de ser descartado aunque no existan datos clínicos que sugieran enfermedad por reflujo.

ABSTRACT

Introduction: Gastroesophageal reflux can generate otolaryngological alterations such as chronic laryngitis. The management for these patients is with antireflux medication. Voice abuse can also be responsible for laryngeal lesions and the choice treatment is phoniatic therapy. At the Otorhinolaryngology department of the Hospital "Valentín Gómez Farías" ISSSTE Zapopan, Jalisco, Mexico. We observed that patients with voice abuse who do not respond with phoniatic therapy, improve with antireflux therapy. The aim of this study was to evaluate antireflux treatment in patients with clinical manifestations of chronic laryngitis and dysphonia caused by voice abuse without clinical or endoscopic manifestations of gastroesophageal reflux.

Patients and methods: We studied 30 professional voice patients with chronic laryngitis and dysphonia caused by voice abuse without clinic or endoscopic manifestations of reflux. Patients were divided in two study groups: Group 1 were treated with phoniatic therapy and modifications in their diet and hygienic habits; Group 2 received, besides voice therapy, pharmacological treatment with ranitidine and cisapride at conventional doses. Clinical evolution was evaluated at the beginning of the study and 4 and 8 weeks after. In both groups we determined the presence of dysphonia (mild, moderate, severe), laryngitis (mild, moderate, severe), pharyngodynia, foreign body sensation, and cough during treatment.

Results: At the beginning of the study, 100% of the patients in Group 1 had dysphonia (46.7% moderate, 53.3% severe); 100% laryngitis (33.3% moderate, 66.6% severe); 80% pharyngodynia; 53.3% foreign body sensation and 40% cough. In Group 2, 100% of the patients had dysphonia (40% mod-

erate, 60% severe); 100% laryngitis (33.3% moderate, 66.6% severe); 66.6% pharyngodynia; 66.6% foreign body sensation; 26.6% cough. At the end of the study, 100% of the patients in Group 1 had dysphonia (40% moderate, 60% severe); 100% laryngitis (26.6% moderate, 73.3% severe); 80% pharyngodynia; 60% foreign body sensation and 33.3% cough. In Group 2, 100% of the patients had dysphonia (26.6% mild, 46.6% moderate, 26.6% severe); 100% laryngitis (33.3% mild, 53.3% moderate, 13.3% severe); 40% pharyngodynia; 46.6% foreign body sensation and 13.3% cough.

Discussion and conclusion: Results of this study show that professional voice patients with chronic laryngitis, dysphonia and pharyngodynia who do not respond with conventional phoniatic therapy, improve with ranitidine and cisapride. Taken together, present results suggest that chronic laryngitis could be associated to non-apparent gastroesophageal reflux in patients with voice abuse.

INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico ha sido uno de los factores que agreden al epitelio laríngeo más estudiado. Las manifestaciones clásicas de reflujo gastroesofágico son pirosis y regurgitación, cuando el contenido gástrico sobrepasa el esfínter esofágico superior, se genera laringitis por reflujo^{1,2}. La fisiopatología es consecuencia del reflujo gastroesofágico, cuando el contenido ácido del estómago alcanza estructuras tan altas como la faringe y la laringe, en estas estructuras los mecanismos de defensa son limitados lo que genera lesiones faringolaríngeas.

El porcentaje de individuos con reflujo gastroesofágico y alteraciones otorrinolaringológicas oscila entre el 20 al 43%^{3,4}, generalmente las manifestaciones clínicas son disfonía crónica, fatiga de la voz, sensación de cuerpo extraño faringolaríngeo, aumento en la secreción de moco faríngeo, tos crónica, rinorrea posterior, ardor faríngeo y disfagia³; las complicaciones por este daño crónico pueden ser úlceras laríngeas, granulomas, laringoespasma, nódulos laríngeos, edema de Reinke, estenosis subglótica, estenosis laringotraqueal, sinusitis crónica, neoplasias, entre otras¹. Existen otras situaciones que pueden generar inflamación crónica de la laringe, como es el caso del abuso de voz, que ocurre con frecuencia en los profesionales de la voz (maestros, cantantes). El daño persistente del epitelio laríngeo puede ocasionar cambios en su estructura y alteraciones en la función de las cuerdas vocales^{5,6}.

El abordaje terapéutico en pacientes con alteraciones otorrinolaringológicas asociadas al reflujo gastroesofágico, es la modificación en su estilo de vida como elevación de la cabecera de la cama, disminución en la ingesta de grasas, disminución en el consumo de nicotina o etanol y acostarse tres horas después de haber ingerido alimentos⁷. La terapéutica farmacológica consiste en el uso de antiácidos, supresores de la acidez gástrica y procinéticos⁸. En el caso

de los pacientes que acuden a la consulta con alteraciones en la emisión de voz por abuso de la misma y sin datos de reflujo gastroesofágico, se les maneja exclusivamente con terapia foniatría y medidas higiénico-dietéticas⁹. En nuestro servicio, hemos observado empíricamente que algunos de los pacientes que no responden al tratamiento foniatría, mejoran con terapia supresora de la acidez gástrica.

Objetivo: Evaluar la eficacia del tratamiento antirreflujo en los profesionales de la voz que acudieron a nuestra consulta con laringitis crónica y disfonía por abuso de la voz y, que no manifestaron clínica o endoscópicamente datos de reflujo.

PACIENTES Y MÉTODOS

En este estudio participaron profesionales de la voz con laringitis crónica y disfonía, sin datos de reflujo gastroesofágico, que acudieron a la consulta del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional "Dr. Valentín Gómez Farías" del ISSSTE de Zapopan, Jalisco, de junio a diciembre de 2002. Los datos de enfermedad por reflujo gastroesofágico se obtuvieron por historia clínica y por endoscopia. No se incluyó en este estudio a ningún paciente que tuviera manifestaciones clínicas de reflujo gastroesofágico, ni tampoco se incluyó a los pacientes que durante el estudio endoscópico observaran lesiones sugestivas o aparentes de daño en la mucosa por reflujo, aunque no tuvieran manifestaciones clínicas de reflujo. No se incluyeron pacientes con tratamiento antirreflujo previo, con alteraciones anatómicas en laringe, con antecedente de cirugía laríngea previa, con antecedente de intubación orotraqueal, estudio endoscópico que mostrara alteraciones anatómicas en esófago o estómago, con enfermedades que afectaran laringe como neoplasias o infecciones, con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y obesidad.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos, el grupo control (Grupo 1), recibió el tratamiento convencional: terapia foniatría y medidas higiénico-dietéticas. El grupo problema (Grupo 2), recibió terapia foniatría, medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico con antagonistas de receptores H₂ (ranitidina) y procinéticos (cisaprida). En los dos grupos, las manifestaciones clínicas fueron evaluadas al inicio del estudio y la respuesta al tratamiento fue evaluada a las cuatro y ocho semanas. En ambos grupos se determinó la presencia de laringitis crónica y disfonía. La laringitis fue evaluada con nasofaringolaringoscopia, clasificándose en leve, moderada y grave. *Leve*, cuando se encontró hiperemia generalizada, con predominio en laringe y comisura posterior sin presencia de edema. *Moderada*, cuando había hiperemia en comisura anterior y posterior, en las bandas ventriculares y edema a nivel de cartílagos aritenoides. *Grave*, cuando se encontró hiperemia generalizada, hemorragia submucosa y edema en cuerdas vocales, bandas ventriculares y epiglotis. La disfonía se determinó con la presencia de alteración en la emisión de la voz por cambios estructurales

o funcionales de la laringe, clasificándose en leve, moderada y grave. *Leve*, cuando al articular palabras había disminución de intensidad, o durante el sonido producido se arrastraban tonos agudos y se conservaba tono y timbre. *Moderada*, cuando al articular palabras no se realizó adecuadamente, con alteración en tonos agudos y disminución en timbre e intensidad. *Grave*, cuando se encontraron alteraciones en la emisión de tonos graves y agudos, timbre e intensidad¹⁰.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el programa de estadística SigmaStat 2.03, utilizando la U-Mann Whitney para comparación entre dos grupos, tomando como diferencia estadísticamente significativa una $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes profesionales de la voz (maestros) con datos de laringitis crónica y disfonía, que no tuvieron alteraciones endoscópicas de reflujo gastroesofágico y que tampoco tuvieron datos clínicos del mismo. El Grupo 1 estuvo constituido por 15 individuos (8 mujeres y 7 hombres), la media para todos los individuos del Grupo 1 fue de 40.2 ± 7.7 años (Tabla I). El Grupo 2 estuvo constituido por 15 individuos (9 mujeres y 6 hombres), la media de la edad para todos los individuos del Grupo 2 fue de 41.8 ± 7.2 años (Tabla II). Las manifestaciones clínicas en el Grupo 1 fueron 100% de los pacientes con disfonía, la cual fue en el 46.7% de los casos moderada y 53.3% grave; el 100% de los pacientes presentó laringitis, la que fue en un 33.3% moderada y 66.6% grave; 80% con faringodinea; 53.3% sensación de cuerpo extraño y 40% con tos. En el Grupo 2, el 100% de los pacientes presentaba disfonía, la cual fue en el 40% de los casos moderada y en el 60% grave; todos los pacientes tenían laringitis, la cual fue 33.3% moderada y 66.6% grave; 66.6% manifestaban faringodinea; 66.6% sensación de cuerpo extraño y 26.6% tos. A las cuatro semanas de iniciado el tratamiento las manifestaciones clínicas encontradas fueron en el Grupo 1, 100% de los pacientes con disfonía, la cual fue en el 40% moderada y 60% grave; 100% presentaba laringitis, la que fue en el 33.3% de los casos moderada y 66.6% grave; 73.3% faringodinea; 53.3% sensación de cuerpo extraño y 40% tos. En el Grupo 2 se encontró que el 100% de los pacientes presentaba disfonía, 46.6% moderada y 53.3% grave; 100% tenía laringitis, la que fue en el 33.3% moderada y 66.6% grave; 53.3% faringodinea; 53.3% sensación de cuerpo extraño y 26.6% tos. A las ocho semanas de tratamiento las manifestaciones clínicas fueron las siguientes: en el Grupo 1 se encontró que el 100% de los pacientes presentaba disfonía, 40% moderada y 60% grave; el 100% continuaba con laringitis, 26.6% moderada y 73.3% grave; 80% faringodinea; 60% sensación de cuerpo extraño y 33.3% tos. Mientras que en el grupo tratado con terapia foniatría y terapia farmacológica, se encontró que aunque el 100% de los pacientes presentaba disfonía, ésta fue en

Tabla I. Distribución de pacientes por edades en el Grupo 1.

| Mujeres N=8 | | | | Hombres N= 7 | | | |
|--|------------|------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| 20-30 años | 31-40 años | 41-50 años | 51-60 años | 20-30 años | 31-40 años | 41-50 años | 51-60 años |
| 2 | 2 | 4 | 0 | 0 | 3 | 3 | 1 |
| Edad= 39.2 ± 8.3 años | | | | Edad= 41.2 ± 7.4 | | | |
| Edad promedio en mujeres y hombres= 40.2 ± 7.7 | | | | | | | |
| N= 15 | | | | | | | |

Media ± desviación estándar

Tabla II. Distribución de pacientes por edades en el Grupo 2.

| Mujeres N=9 | | | | Hombres N= 6 | | | |
|---|------------|------------|------------|-----------------------|------------|------------|------------|
| 20-30 años | 31-40 años | 41-50 años | 51-60 años | 20-30 años | 31-40 años | 41-50 años | 51-60 años |
| 0 | 5 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 |
| Edad= 42.2 ± 6.7 años | | | | Edad= 41.3 ± 8.5 años | | | |
| Edad promedio en mujeres y hombres= 41.8 ± 7.2 años | | | | | | | |
| N= 15 | | | | | | | |

Media ± desviación estándar

un 26.6% de los casos leve, 46.6% moderada y 26.6% grave; de la misma manera se encontró que aunque todos los pacientes continuaron con laringitis, en el 33.3% de los casos fue leve, 53.3% moderada y 13.3% grave; 40% presentó faringodinea; 46.6% sensación de cuerpo extraño y 13.3% tos (Tablas III y IV).

El análisis estadístico se realizó asignándose valores arbitrarios a cada una de las variables estudiadas¹¹, como se muestra en la Tabla V. Una vez hecho esto, se observó que la evolución clínica entre los dos grupos de estudio fue similar entre sensación de cuerpo extraño y tos, sin diferencias estadísticamente significativas. En el caso de la faringodinea a las ocho semanas de tratamiento, aunque no hubo una diferencia significativa entre ambos grupos ($p=0.06$), el número de pacientes que manifestaron dolor faríngeo disminuyó en el grupo tratado farmacológicamente. También observamos que los pacientes con disfonía tratados con terapia foniatría y farmacológica mejoraron significativamente a las ocho semanas de tratamiento ($p<0.01$) y que esta mejoría también fue significativa al compararse con el Grupo 1 ($p<0.01$). De la misma manera, los pacientes del Grupo 2, tuvieron una mejoría significativa en relación con el tipo de laringitis que presentaron al inicio del estudio y la que se encontró a las ocho semanas de tratamiento ($p<0.003$), modificándose de moderada y grave al inicio del estudio, a leve, mode-

rada y sólo en algunos casos no hubo cambios durante el período de tiempo evaluado (Tabla IV). Al comparar estos resultados con el grupo que recibió tratamiento foniatrico exclusivamente, observamos una mejoría significativa ($p<0.001$) a las ocho semanas, únicamente en el grupo tratado además con terapia farmacológica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existen muchos estudios donde se ha comprobado que el reflujo gastroesofágico ocasiona múltiples alteraciones otorrinolaringológicas como disfonía crónica, fatiga de la voz, sensación de cuerpo extraño, tos crónica, ardor faríngeo, disfagia, entre otras^{3,4}; sin embargo, hay ocasiones en que a nuestra consulta otorrinolaringológica acuden pacientes con alteraciones en la emisión de voz por probable abuso de la misma y sin datos de reflujo gastroesofágico. Esos pacientes son manejados con terapia foniatría y medidas higiénico-dietéticas exclusivamente⁹, debido a que en ellos no está indicada la terapia antirreflujo. Cuando se vuelve a evaluar, en citas posteriores, a estos individuos no encontramos una mejoría sustancial, a estos pacientes en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Regional "Dr. Valentín Gómez Farías" del ISSSTE de Zapopan, Jalisco, se les ha tratado empíricamente con terapia antirreflujo y se había observado que mejoraban, por lo que se decidió evaluar la eficacia de este tratamiento.

Tabla III. Manifestaciones clínicas de ambos grupos durante el tiempo de este estudio.

| Datos clínicos | Disfonía | | | Laringitis | | | Sensación de cuerpo extraño | | | Tos | | | Faringodinea | | |
|----------------|----------|-----|-----|------------|-----|-----|-----------------------------|------|------|---------|------|------|--------------|------|----|
| | 0 | 4 | 8 | 0 | 4 | 8 | 0 | 4 | 8 | 0 | 4 | 8 | 0 | 4 | 8 |
| | sem sem | | | sem sem | | | sem sem | | | sem sem | | | sem sem | | |
| Grupo 1 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 53.3 | 53.3 | 60 | 40 | 40 | 33.3 | 80 | 73.3 | 80 |
| Grupo 2 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 66.6 | 53.3 | 46.6 | 26.6 | 26.6 | 13.3 | 66.6 | 53.3 | 40 |

Abreviaturas: 0 = Inicio del estudio; 4 sem= 4 semanas; 8 sem= 8 semanas
Los datos presentados en esta tabla se encuentran expresados en porcentajes.

Tabla IV. Evolución clínica de la disfonía y la laringitis en ambos grupos a lo largo del estudio.

| Datos clínicos | Disfonía | | | | | | Laringitis | | | | | | | |
|----------------|----------|------|-------|------|-------|------|------------|------|-------|------|-------|------|------|------|
| | 0 | | 4 sem | | 8 sem | | 0 | | 4 sem | | 8 sem | | | |
| | M | G | M | G | M | G | M | G | M | G | M | G | | |
| Grupo 1 | 46.7 | 53.3 | 40 | 60 | 40 | 60 | 33.3 | 66.6 | 33.3 | 66.6 | 26.6 | 73.3 | | |
| Grupo 2 | M | G | M | G | L | M | G | M | G | M | G | L | M | G |
| | 40 | 60 | 46.6 | 53.3 | 26.6 | 46.6 | 26.6 | 33.3 | 66.6 | 33.3 | 66.6 | 33.3 | 53.3 | 13.3 |

Abreviaturas: 0 = Inicio del estudio; 4 sem= 4 semanas; 8 sem= 8 semanas
L= leve, M= moderada, G= Grave.

Los datos presentados en esta tabla se encuentran expresados en porcentajes.

Tabla V. Contingencia para el análisis estadístico de las manifestaciones clínicas analizadas en este estudio.

| Dato clínico encontrado | Valor asignado | | |
|-----------------------------|----------------|---------------|------------|
| | Ausencia | Presencia | |
| Faringodinea | 0 | 2 | |
| Sensación de cuerpo extraño | 0 | 2 | |
| Tos | 0 | 2 | |
| Laringitis | Leve 2 | Moderada 4 | Grave 6 |
| Disfonía | 2 | 4 | 6 |

Para descartar enfermedad por reflujo se elaboró una historia clínica y se realizó exploración endoscópica, aunque el estándar de oro para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico es la monitorización faringoesofágica del pH durante 24h¹², la medición del pH es un procedimiento que no se realiza comúnmente en todas las unidades médicas, como es el caso de nuestra sede hospitalaria; por lo que se decidió utilizar como alternativa los hallazgos en-

doscópicos, aunque hay estudios controversiales al respecto, Belanfsky y colaboradores sugieren una correlación aceptable contrastada con la medición de pH en pacientes con reflujo¹³.

Al hacer el abordaje terapéutico nos enfrentamos a otro problema, al no haber manifestaciones aparentes de reflujo nos preguntamos entonces qué fármaco sería el indicado. Así que se decidió utilizar la misma terapia antirreflujo que se utiliza en pacientes con alteraciones otolaringológicas asociadas a reflujo. La terapéutica farmacológica en estos casos consiste en el uso de antiácidos, supresores de la acidez gástrica y procinéticos⁸. Sabemos que la supresión ácida consiste en la administración de antagonistas de los receptores H2 y de inhibidores de la bomba de protones. Los agentes farmacológicos que bloquean a los receptores H2 más utilizados son la cimetidina, ranitidina y famotidina, entre otros^{8,14}. Aunque no existen diferencias importantes en la biodisponibilidad entre ranitidina y famotidina a nivel plasmático, ambas son superiores en sus efectos antagonistas sobre receptores H2 que la cimetidina. En este trabajo, se utilizó ranitidina porque es un medicamento que se encuentra dentro del cuadro básico que manejan las instituciones del sector salud y que es bien tolerado por la mayoría de los pacientes; los inhibidores de la bomba de protones como el omeprazol también forman parte de la terapia para el reflujo laringofa-

ríngo, sin embargo fueron descartados para ser utilizados como tratamiento ya que se encuentran indicados en casos refractarios al tratamiento con antagonistas H2, como en úlcera péptica, síndrome de Zollinger-Ellison o sangrado gastrointestinal¹⁵ y hay que recordar que todas estas condiciones fueron tomadas en cuenta para no incluir a pacientes con estas características en nuestro estudio, por lo que no había ninguna indicación para dar este tipo de fármacos. Los agentes procinéticos como la metoclopramida y cisaprida aumentan el tono del esfínter esofágico inferior y favorecen el vaciamiento gástrico. Se utilizó cisaprida, porque carece de efectos antidopaminérgicos, mientras que la metoclopramida tiene acción central por lo que los efectos adversos como extrapiramidismo son frecuentes en pacientes sensibles¹⁶.

En los resultados observamos que el tratamiento con terapia foniatría no modifica la evolución clínica de pacientes con abuso de voz, contrario a lo sugerido por la literatura^{9,17}, tal vez porque además de la terapia se sugiere a los pacientes que cambien su actividad laboral y esto en la mayoría de los casos es prácticamente imposible. Aunque a estos pacientes también se les sugirió modificar sus medidas higiénico dietéticas^{7,9} para demostrar de que en ausencia de reflujo estas medidas serían suficientes para obtener una mejoría clínica, nosotros no encontramos ningún cambio positivo en la sintomatología. En este sentido, únicamente el grupo de pacientes con terapia farmacológica agregada a la terapia foniatría convencional mostró una mejoría significativa en cuanto a la gravedad en la presentación de la disfonía y la laringitis, en ambos casos se modificó de grave a moderada y de moderada a leve. Otro dato interesante de este estudio fue que el número de pacientes con faringodinea disminuyó, aunque no de forma estadísticamente significativa, lo anterior pudiera explicarse por el daño que continúa generándose por el abuso de voz debido a la actividad laboral de nuestros pacientes o, a que el tiempo de tratamiento para eliminar este síntoma tal vez sea más largo de ocho semanas, que se siguió en este trabajo.

Por último, se sabe que en algunos pacientes no se presentan manifestaciones clínicas características de enfermedad por reflujo, pero sí pueden tener complicaciones como laringitis¹⁸, tal vez este pudiera ser el caso de nuestros pacientes en donde la enfermedad por reflujo no pudo ser descartada al cien por ciento en vista de que no se contó con la medición de pH de 24h, no obstante queda abierta la pregunta de si el abuso de voz condicionó la susceptibilidad al daño por reflujo, incluyendo la posibilidad de daño por reflujo fisiológico, o si en los pacientes ya había un daño previo por reflujo y el abuso de voz favoreció la aparición de la laringitis, generando un círculo de daño en la mucosa. Los datos encontrados en este estudio indican que los pacientes profesionales de la voz, que acudieron a nuestra consulta por laringitis crónica, disfonía y faringodinea, presumiblemente por abuso de voz mejoraron con terapia farmacológica de ranitidina y cisaprida a do-

sis convencionales, lo que sugiere que la laringitis crónica por abuso de voz se encuentra asociada a reflujo gastroesofágico no aparente en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Koufman JA. *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*. Laryngoscope 1991;101(53 Suppl):1S-64S.
2. El-Serag HB, Sonnenberg A. *Comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans*. Gastroenterology 1997;113:755-760.
3. Gaynor EB. *Laryngeal complications of GERD*. J Clin Gastroenterol 2000;30(3 Suppl):31S-34S.
4. Koufman JA. *Laryngopharyngeal reflux is different from classic gastroesophageal reflux disease*. Ear Nose Throat J 2002;81(9 Suppl 2):7S-9S.
5. Preciado JA, Garcia Tapia R, Infante JC. *Prevalence of voice disorders among educational professionals. Factors contributing to their appearance or their persistence*. Acta Otorrinolaringol Esp 1998;49:137-142.
6. Mattiske JA, Oates JM, Greenwood KM. *Vocal problems among teachers: a review of prevalence, causes, prevention, and treatment*. J Voice 1998;12:489-499.
7. DeVault KR. *Overview of therapy for the extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease*. Am J Gastroenterol 2000;95(8 Suppl):39S-44S.
8. Katz PO. *Gastroesophageal reflux disease: New treatments*. Rev Gastroenterol Disord 2002;2:66-74.
9. Lee KJ. *Essential otolaryngology*. Head & Neck Surgery. 7a ed. USA: McGrawHill, 1999.
10. Rosen CA, Anderson D, Murry T. *Evaluating hoarseness: keeping your patient's voice healthy*. Am Fam Physician 1998;57:2775-2782.
11. Dawson-Saunders B, Trapp R. *Exploración y análisis de datos*. En: *Bioestadística médica*. 2a ed. México: Manual Moderno, 1998:25-47.
12. Sarani B, Gleiber M, Evans SR. *Esophageal pH monitoring, indications, and methods*. J Clin Gastroenterol 2002;34:200-206.
13. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. *The validity and reliability of the reflux finding score (RFS)*. Laryngoscope 2001;111:1313-1317.
14. Arora AS, Castell DO. *Medical therapy for gastroesophageal reflux disease*. Mayo Clin Proc 2001;76:102-106.
15. Adams MH, Ostrosky JD, Kirkwood CF. *Therapeutic evaluation of omeprazole*. Clin Pharm 1988;7:725-745.
16. McCallum RW, Prakash C, Campoli-Richards DM, Goa KL. *Cisapride. A preliminary review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic use as a prokinetic agent in gastrointestinal motility disorders*. Drugs 1988;36:652-681.
17. Mattiske JA, Oates JM, Greenwood KM. *Vocal problems among teachers: a review of prevalence, causes, prevention, and treatment*. J Voice 1998;12:489-499.
18. Graham DY, Smith JL, Patterson DJ. *Why do apparently healthy people use antacid tablets?* Am J Gastroenterol 1983;78:257-260.