

Manifestaciones respiratorias y otorrinolaringológicas del reflujo gastroesofágico

Prof. Adj. Dr. Rogelio Charlone Granucci

Otorrinolaringólogo. Profesor Adjunto de Otorrinolaringología.
Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay



Resumen: *Diversas manifestaciones en la esfera respiratoria alta y del área otorrinolaringológica se relacionan con el reflujo gastroesofágico.*

*La enfermedad por reflujo gastroesofágico puede tener manifestaciones tanto esofágicas como extraesofágicas, y dentro de esta última la **laringitis por reflujo** es la más habitual, y la tos crónica un síntoma frecuente.*

La acción tóxica del ácido, de la pepsina y de otras sustancias como las sales biliares sobre la superficie del epitelio provocan lesiones faringéas, endolaringéas y cicatrices patológicas traqueales.

Dado que el otorrinolaringólogo puede ser el primer médico en ver a estos pacientes, que en muchos casos debutan con sintomatología faringolaríngea como primera manifestación clínica, la correcta anamnesis y examen físico, junto a un adecuado nivel de sospecha, contribuyen al diagnóstico oportuno.

Palabras clave: reflujo gastroesofágico, laringitis, laringitis por reflujo, tos crónica.

Abstract: *Various manifestations in the upper respiratory area and the ENT area, are related to the RGE.*

Gastroesophageal reflux disease (GERD) may have both extraesophageal and esophageal manifestations, and within the latter reflux laryngitis is the most common, chronic cough being a frequent symptom.

The toxic action of acid, pepsin and other substances like bile salts on the surface epithelium cause pharyngeal and endolaryngeal lesions, and also tracheal pathological scars.

Since the otolaryngologist may be the first physician to see these patients, who often present with pharyngolaryngeal symptoms as the first clinical manifestation, correct history and physical examination, together with an appropriate level of suspicion, contribute to timely diagnosis.

Key words: gastroesophageal reflux, laryngitis, reflux laryngitis, chronic cough

Introducción

En los últimos años ha aumentado el interés y el conocimiento por la patología otorrinolaringológica relacionada con el reflujo gastroesofágico (RGE). Incluso muchos pacientes con RGE son atendidos por primera vez en la consulta de ORL, por su sintomatología faringolaríngea o reflujo faringo laríngeo (RFL).

Cada día se conocen y se relacionan más con el RGE procesos otorrinolaringológicos cuya etiopatogenia hasta hace poco era desconocida, lo que implica la importancia que el RGE ha tomado dentro de la otorrinolaringología.

E-mail: charlone@gmail.com

Reflujo Gastroesofágico

El RGE se define como la presencia de contenido gástrico en el esófago, sin estar asociado al vómito.

El sedentarismo, el sobrepeso, la mala alimentación y el estilo de vida estresante actual, influyen en una mayor incidencia de alteraciones digestivas y por lo tanto en la aparición del RGE.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede tener manifestaciones tanto esofágicas como extraesofágicas, y dentro de esta última y en lo que respecta a nuestra especialidad la **laringitis por reflujo** es la más habitual, acompañada de disfonía y tos crónica como síntomas frecuentes. (Ver Figura 1)

Etiopatogenia

La etiopatogenia de las manifestaciones otorrinolaringológicas provocadas por el ácido gástrico está vinculada a la lesión química producida por:

- el contacto directo del material regurgitado y
- la microaspiración del reflujo esofagofaríngeo, que provoca una lesión directa.

Estos fenómenos exponen al epitelio respiratorio y faríngeo a sustancias potencialmente dañinas.

Las lesiones faríngeas, endolaringeas y cicatrices patológicas traqueales, estarían vinculadas a la acción tóxica del ácido, de la pepsina y de otras sustancias como las sales biliares sobre la superficie del epitelio.

El ácido del esófago distal estimula los reflejos vagales desencadenados por la estimulación de los quimiorreceptores localizados en el esófago inferior o los quimiorreceptores localizados en la laringe, provocando **tos, espasmo laríngeo y un carraspeo crónico**, principales síntomas que manifiestan los pacientes en el momento de la consulta.

Expresión clínica

El otorrinolaringólogo puede ser el primer médico en ver a estos pacientes, dado que debutan con sintomatología faringolaríngea como primera manifestación clínica del RGE, debido a la estrecha relación anatómica de la laringe, hipofaringe y el esófago cervical.

También debemos saber que estos pacientes pueden no referir ningún síntoma clásico de enfermedad por RGE.

Se estima que entre un 20 y un 43% de pacientes en que sospechamos manifestaciones otorrinolaringológicas por RGE, tienen síntomas clásicos de reflujo gastroesofágico (*pirosis y regurgitación*).

Anamnesis

La **anamnesis** es de suma importancia en el momento de la consulta.

En aquellos pacientes que consultan por **tos crónica o rinitis posterior**, siempre hay que tener presente también la patología alérgica que muchas veces se manifiesta con iguales síntomas.

Debemos interrogar sobre factores agravantes de la enfermedad del RGE como tabaquismo, alcohol, dieta, ocupación y medicamentos.

Los síntomas más importantes por RGE a nivel faringolaríngeo están presentes a nivel laríngeo y el síntoma principal es la **disfonía**, presente en más del 90% de los pacientes.

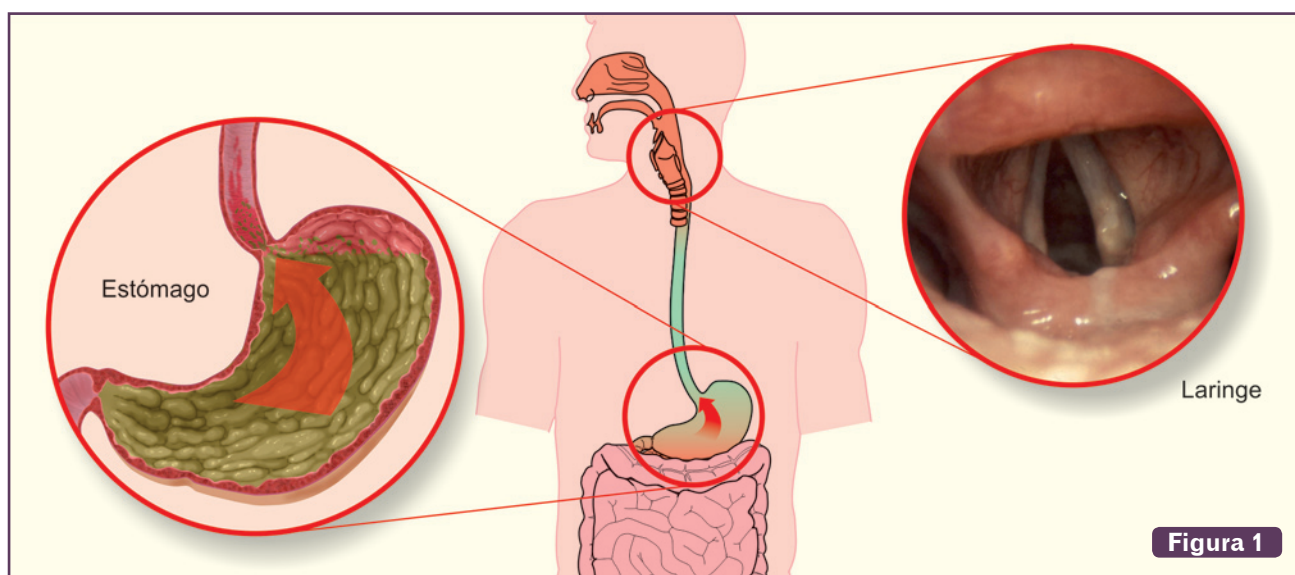
A nivel faríngeo, la sintomatología es más inespecífica, los pacientes relatan **tos crónica seca** en el 50% de los casos, carraspeo con **sensación de cuerpo extraño** a nivel de la faringe, **disfagia y odinofagia**. Estos hechos ocasionan una faringe eritematosa al momento del examen físico, que muchas veces pasa inadvertida para el paciente y en otras le causa dolor.

En función de ello, debemos hacer el diagnóstico diferencial de faringoamigdalitis víricas, dado todo el enrojecimiento de la orofaringe.

La sensación subjetiva de cuerpo extraño en la garganta, que muchas veces se acompaña con sensación de opresión torácica y tendencia al ahogo es lo que en un primer momento se llamo "globo hístico" y es lo que ahora conocemos como **globo faríngeo**. Es frecuente entre las comidas y suele desaparecer al tiempo de ingerir alimentos. No se sabe bien cuál es la causa, se piensa en una combinación de hechos anatómicos como hipertrofia de amígdalas linguales, epiglotis lobuladas y convexas, situaciones de stress, grados variables de ansiedad y algunos hechos físicos como espasmo esofágico o reflujo ácido. Un gran número de trabajos describen buenos resultados tratando a estos pacientes con antiácidos.

A nivel **laríngeo** la **disfonía intermitente** y de aparición matutina es el síntoma más frecuente.

La **laringitis posterior** se refiere a la inflamación de esta zona anatómica, que comprende a los cartílagos aritenoi-



des con sus procesos vocales, la porción más posterior de las cuerdas vocales y el tejido epitelial y conectivo que conforma la comisura posterior.

Si bien la afectación de esta localización laríngea es una constante, existen otras zonas de la laringe y faringe que de manera conjunta pueden verse afectadas. Por estos motivos la *Academia Americana de Otorrinolaringología* ha introducido hace algunos años el término de **Reflujo Faringo-Laríngeo** (RFL) para definir con mayor precisión el "síndrome" vinculado a esta problemática.

Examen Físico

Al momento de la consulta y luego de una buena anamnesis como mencionamos anteriormente nos dirigimos al **exámen físico** donde realizamos una exploración videolaringoscópica valorando el espectro lesional de las manifestaciones laríngeas asociadas al RGE.

Los hallazgos van desde el *eritema posterior*, *hipertrofia de la mucosa interaritenoides*, hasta las *úlceras de contacto y granulomas laríngeos*.

Al realizar el diagnóstico de reflujo laringo-faríngeo, es aconsejable para los pacientes instaurar ciertas modificaciones en el estilo de vida tanto en la alimentación, como el evitar acostarse inmediatamente luego de las comidas, no fumar, evitar el stress y la ansiedad y realizar una consulta con el gastroenterólogo para continuar la valoración y comenzar con un tratamiento médico.

Conclusiones

El RGE es una entidad que cada día se observa con más frecuencia en la consulta y que se debe enfocarse de una manera multidisciplinaria para poder realizar un correcto diagnóstico y una buena terapéutica.

La mejora de la calidad de vida ayudará al paciente a sobrellevar esta patología y disminuir las consecuencias que pueda tener sobre los órganos de la cabeza y el cuello.

Recibido: 04/05/15
Aprobado: 29/05/15

Bibliografía consultada

1. Farup C, Keinman L, Sloan S et al. The impact of nocturnal symptoms associated with gastroesophageal reflux disease on health – related quality of life. Arch Intern Med. 2001; 161 (1): 45-5.
2. Gaynor EB. Otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux. Am J Gastroenterol 1991; 86: 801-808.
3. Koufman J. Laryngopharyngeal reflux is different from classic gastroesophageal reflux disease. Ear Nose Throat Journal 2002, Vol. 81; Suppl 2: 7-9
4. Casado Morente et al. Manifestaciones en cabeza y cuello del reflujo gastroesofágico. Acta Otorrinolaring. Esp. 1998; Vol. 49, 3: 216 – 202