

⁽¹⁾Reflujo Laringo-Gastroesofágico

⁽²⁾Fernando Inzunza, ⁽²⁾Beatriz Brunetto, ⁽³⁾Italo Braghetto,

⁽²⁾Christián Olavarría

Resumen

El Reflujo Gastroesofágico (RGE) constituye una enfermedad prevalente, que puede presentar complicaciones esofágicas y extraesofágicas.

El reconocimiento de las diversas manifestaciones de esta afección es importante para facilitar el diagnóstico, tratamiento y disminuir al máximo su progresión a dichas complicaciones.

Cuando el RGE tiene manifestaciones otorrinolaringológicas se denomina Reflujo Faringolaríngeo (RFL) el cual está asociado a una gran variedad de manifestaciones clínicas.

Se presenta el caso de un paciente con un reflujo faringolaríngeo severo manifestado como una laringitis crónica hiperplásica.

Además, se realiza una revisión del síndrome de reflujo faringolaríngeo, su fisiopatología, clínica, diagnóstico, tratamiento y la relación establecida entre cáncer laríngeo y reflujo.

Summary

Pharyngolaryngeal Gastroesophageal Reflux

Gastroesophageal Reflux (GER) constitutes a prevalent disease that can be associated with esophageal and extraesophageal complications. The recognition of the diverse manifestations of this disease is important in order to facilitate the diagnosis and treatment and to decrease to the maximum the progression of those complications.

When GER has otolaryngeal manifestations it is called Pharyngolaryngeal Reflux which is associated with a great variety of clinical manifestations. We presented the case of a patient with severe pharyngolaryngeal reflux manifested as chronic hyperplastic laryngitis.

Furthermore, a revision of pharyngolaryngeal reflux syndrome is analysed: its clinical physiopathology, diagnosis, treatment and established relationship between laryngeal cancer and reflux.

Introducción

El Reflujo Faríngeo Laríngeo (RFL) es un término introducido en 1988 por James Kaufman ⁽¹⁾, para definir una entidad patológica que relaciona trastornos laríngeos y de la esfera otorrinolaringológica con el Reflujo Gastroesofágico (RGE).

El RGE se define como la entrada de contenido gástrico al esófago no asociado a vómitos o náuseas. El término RFL implica que el reflujo traspasa la barrera del esfínter esofágico superior (EES) llegando con-

⁽¹⁾Trabajo presentado en la reunión de la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología, Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello Octubre 2000.

⁽²⁾Médico del Servicio de ORL Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

⁽³⁾Médico del Departamento de Cirugía Hospital Clínico de la U. de Chile.

tenido ácido o alcalino a la mucosa faringolaríngea. La interacción funcional entre estructuras tales como faringe, laringe, pulmón y esófago han sido relacionadas con la patogénesis del RFL.

En los últimos 12 años las investigaciones sobre el tema han arrojado interesantes resultados que contribuyen a explicar muchos cuadros patológicos de etiología no determinada en el pasado, tales como la laringitis posterior, las úlceras de apófisis vocales, granulomas laríngeos, entre otros.

Caso clínico

Mujer de 37 años, secretaria, derivada desde Antofagasta a la Unidad de Voz del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en Julio del 2000, por un cuadro de 9 meses de evolución caracterizado por disfonía progresiva, faringodinia, disfagia ocasional, carraspera, secreción mucosa, pirosis y regurgitación leve. La paciente tenía el diagnóstico previo de Reflujo Gastroesofágico (RGE) y esofagitis erosiva, habiendo sido tratada por 6 meses con Omeprazol 40 mg/día y Cisaprida 20 mg/día, sin resultado favorable. Además había sido sometida a una Laringoscopia Directa con biopsia, de cuyo resultado no se disponía. La sintomatología afectaba a la paciente en su actividad laboral y familiar de manera importante.

Durante el examen se encontró una obesidad mórbida (peso 125 Kg, talla 1,69 m). Su **examen fonológico** reveló una disfonía severa, extensión tonal reducida, intensidad débil, coordinación fonorespiratoria muy alterada y tensión laríngea aumentada. El resto del examen físico otorrinolaringológico era normal.

Su **examen nasofibroscópico** mostraba unas cuerdas vocales de tamaño intermedio con buena movilidad y secreción mucosa espesa. En la comisura posterior se observó una tumoración hasta el tercio medio del espacio supraglótico, de más o menos 3 cm. de diámetro, de aspecto fibroso y superficie irregular (figura 1).

Con los datos obtenidos se plantearon las siguientes hipótesis diagnósticas: cáncer de comisura posterior, granuloma de comisura posterior, TBC laríngea, laringitis posterior por reflujo.

Se le realizó un Endoscopia Digestiva Alta que mostró una esofagitis erosiva y gastritis crónica inespecífica. La manometría esofágica mostró un esfínter esofágico inferior (EEI) incompetente y ondas peristálticas hipotónicas. La pHmetría de 24 horas mostró un RGE ácido presente de 13,3% (valor normal < 3,4%). Se realizó una Laringoscopia Directa y Biopsia que mostró una Laringitis Crónica Activa con hiperqueratosis, no observándose elementos de carácter maligno (Figura 2).

La lesión es compatible con una complicación extraesofágica del RGE, por lo que se decide una corrección quirúrgica de su patología de base, dado que no había tenido una respuesta favorable después de 6 meses de tratamiento médico, efectuándose una Gastrectomía Subtotal más vagotomía troncal y Gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. Luego de esto la paciente quedó con Omeprazol 60mg/día y medidas antireflujo.

La paciente se controló a las 2 semanas, presentando una mejoría clínica evidente y una disminución del tamaño de la lesión. El control a los 2 meses mostró una voz que volvió a parámetros normales y la lesión que se redujo a un tercio de su tamaño inicial.

Discusión

Fisiopatología del reflujo faringolaríngeo

Los factores fisiopatológicos involucrados en la génesis de esta patología son:

1) ***Alteración de la función de los esfínteres esofágicos.*** Se ha encontrado en pacientes con RFL que presentan una regular función del EEI y una pobre función del EES, lo cual provoca que aún escasos episodios del reflujo pasen hasta laringe y faringe. La relajación transitoria del EEI ha sido sugerida como el más importante mecanismo fisiopatológico, tanto en

pacientes con RGE como en aquellos con RFL. Stein y cols ⁽²⁾ encontraron que defectos mecánicos en EEI estaban presentes en 65% de pacientes con esofagitis, 89% de pacientes con estenosis esofágica, y en 93% de pacientes con esófago de Barrett.

2) Diafragma crural: es otro importante componente de la barrera antireflujo. Si el segmento esofágico inferior ha sido desplazado sobre el diafragma, se pierde el efecto protector de la contracción del diafragma como sucede en la hernia hiatal. Sin embargo el rol de la hernia hiatal es controversial dado que muchos pacientes con esta patología tienen una mucosa esofágica sin cambios y son asintomáticos.

3) Motilidad esofágica alterada: encontrándose trastornos tales como esófago en cascanueces, ondas esofágicas hipotónicas. Estos trastornos provocan un retardo del clearance esofágico, aumentando el tiempo de exposición ácido-alcalina en esófago, haciendo más posible la ocurrencia de episodios de RFL.

3) Sensibilidad del epitelio faringo-laríngeo: a la acción ácido-alcalina del reflujo, por lo que bastan escasas gotas de reflujo para provocar un daño importante, a diferencia del epitelio esofágico, dada por su arquitectura (epitelio pseudoestratificado queratinizado) como por los tampones fisiológicos esofágicos (saliva, mucus, aumento irrigación). El control adecuado del reflujo y la optimización de la presión del EEI son la clave de la prevención del daño recurrente de la mucosa y las subsecuentes complicaciones de RGE.

Cuadro clínico

Estos pacientes presentan en sólo un 20-40%, síntomas típicos de RGE tales como acidez, regurgitación y pirosis y estos son de carácter crónico e intermitente.

Los síntomas que se presentan en estos pacientes y ordenados por orden de frecuencia es la disfonía crónica e intermitente (92%), carraspera (50%), tos crónica (44%), globus faríngeo (33%), acidez (31%), regurgitación (27%), disfagia (27%) otros menos fre-

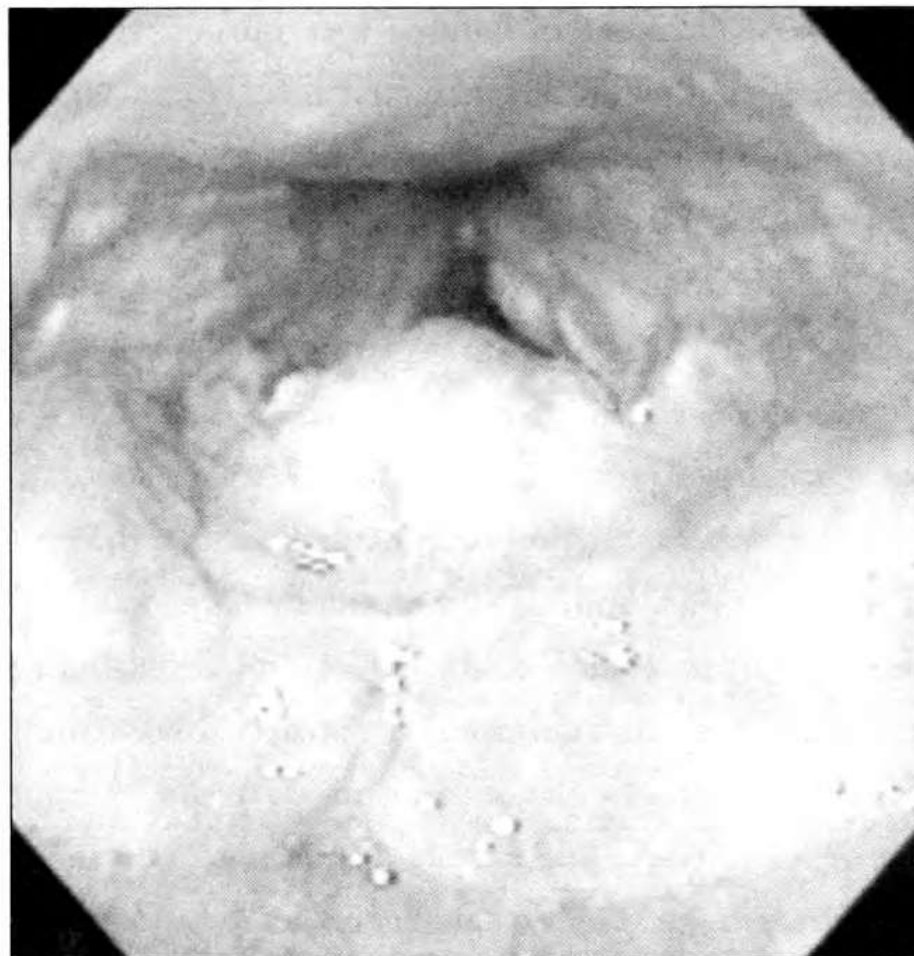


Figura 1: Laringitis hiperplásica de comisura posterior.

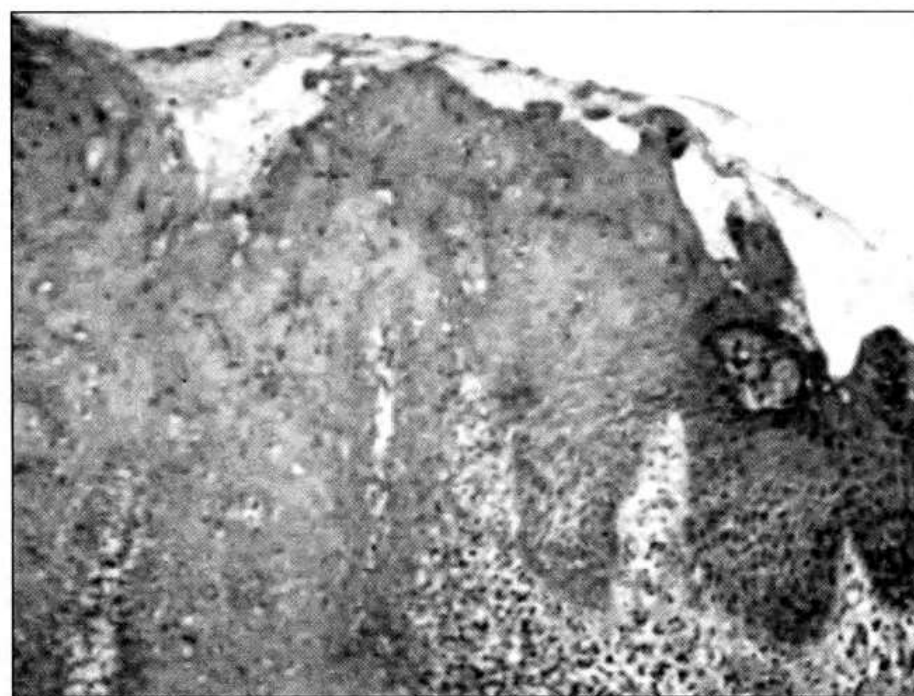


Figura 2: Laringitis crónica activa con hiperqueratosis.

cuentes como fatiga vocal, quiebres vocales, laringoespasma.

Diagnóstico

Se busca determinar la presencia de RFL y también de RGE, esto se realiza a través de:

1) Historia clínica cuidadosa: Donde aparte de los síntomas descritos, se destacan factores predisponentes como: factores dietéticos (comidas ricas en grasas), obesidad, tabaco, alcohol, medicamentos.

2) Examen ORL: Habitualmente es normal en estos pacientes, pudiendo encontrarse edema, Eritema, engrosamiento comisura posterior en la visión de laringoscopia indirecta.

En la evaluación de la voz, se ha encontrado disfonía de intensidad variable, tono medio hablado desplazado al grave, extensión tonal reducida y una tensión laríngea aumentada.

3) Nasofibroscopia: Proporciona una imagen dinámica de la laringe, aunque su definición es regular. Permite clasificar en los distintos estadios de laringitis por reflujo, se encuentra en su mayoría un edema y eritema de aritenoides y comisura posterior, aunque puede encontrarse una laringe de apariencia normal.

4) Telelaringoscopia/Videoestroboscopia: Proporciona una excelente imagen de laringe, con gran definición y asociándole la estroboscopia permite apreciar las alteraciones del pattern vibratorio de estos pacientes.

5) pHmetría 24 horas con doble sensor: Se considera actualmente el examen de mejor rendimiento en el diagnóstico de esta patología⁽³⁾, teniendo una sensibilidad de 90%. Se coloca un sensor 2 cm por encima del EES y el segundo sensor 5 cm por encima del EEI. El más importante parámetro a considerar en este examen es el porcentaje de tiempo que el pH estuvo bajo 4, siendo el valor normal hasta 3,4%. Es recomendable solicitar este examen en conjunto con la manometría esofágica, para ubicar los sensores de la pHmetría en posición correcta.

6) Laringoscopia directa: No es de regla utilizarla pero se realiza cuando se necesita tomar muestra para biopsia de una lesión tumoral o sospechosa.

Para el estudio del RGE propiamente tal se pide

1) Manometría Esofágica: Examen útil, especialmente porque permite ubicar con precisión los electrodos de la pHmetría. Además permite detectar trastornos de la motilidad esofágica como los mencionados.

2) Endoscopia Digestiva: Su utilidad sería discutible ya que existe una baja incidencia de esofagitis en pacientes con RFL(15-20%). Sin embargo su realiza-

ción es de rutina para descartar otra patología orgánica, tal como úlcera esofágica, esófago de Barrett, adenocarcinoma.

3) Esofagograma con Bario: Se ha ido dejando de lado por el escaso porcentaje de anormalidad en pacientes con RFL (11%).

Trastornos laríngeos asociados a RFL

Ordenados de menor a mayor severidad, estos pacientes pueden presentar laringitis posterior, úlcera de apófisis vocales, granuloma de comisura posterior, nódulos vocales, edema de Reinke, laringitis hiperplásica, leucoplaquia recurrente, laringoespasma, estenosis subglótica, fijación aritenoides uni o bilateral, carcinoma glótico en no fumadores. La clasificación de mayor o menor severidad no se hace sólo por las lesiones, sino que también se considera las necesidades vocales y la ocupación de los pacientes, por ejemplo una laringitis posterior es un síntoma menor en un paciente que usa su voz en forma habitual, en cambio es un síntoma mayor en un profesional de la voz como un cantante lírico.⁽⁴⁾

Existen otras complicaciones asociadas a RGE que no están en el área otorrinolaringológica entre las que se cuentan asma bronquial, tos crónica, esofagitis erosiva, esófago de Barrett, adenocarcinoma esofágico.

RFL y cáncer laríngeo

El rol carcinogénico del RGE en esófago bajo, está bien documentado en la literatura médica. Sin embargo, la relación causal entre el RFL y el cáncer del tracto aerodigestivo superior ha sido más difícil de establecer.

Dentro de los hechos destacados que se han encontrado podemos mencionar que RFL está presente en el 80% de los pacientes con cáncer laríngeo, no fumadores⁽⁵⁾. Se ha visto una desaparición de lesiones premalignas laríngeas con tratamiento antireflujo⁽⁶⁾. Sólo un estudio multicéntrico, prospectivo, usando pHmetría 24 horas con doble sensor podría establecer esta relación concluyentemente. Sin embargo se

sugiere la utilización de pHmetría y de omeprazol en todos los pacientes con cáncer laríngeo con o sin otros factores de riesgo.

Tratamiento médico actual

- **Modificación estilo de vida:** Tales como supresión de tabaco, café, té, chocolate, alcohol, dieta baja en grasas, no comer o beber 3 horas antes de acostarse, disminución de peso, elevar cabeza de la cama.

- **Bloqueadores de bomba de protones:** Se considera actualmente el único medicamento efectivo en el RFL (99% efectividad), se recomiendan por un tiempo de 3 meses monitorizando la respuesta clínica y laringoscópica.

- **Procinéticos, antiácidos, antiH1:** son utilizados sólo como tratamiento coadyuvante⁽⁷⁾

- **Tratamiento quirúrgico:** Destinado a resolver la patología de base es decir el RGE, se recomienda para aquellos pacientes con fracaso tratamiento médico luego de por lo menos 6 meses con inhibidores de la bomba de protones, casos severos, obesos, recidivas. La cirugía es similar a la realizada con las indicaciones clásicas por complicaciones esofágicas

Tratamiento conservador: Funduplicatura (Recidiva 30%).

Tratamiento agresivo: Gastrectomía subtotal + vagotomía troncal+ gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux.

Referencias

1. Kaufman JA.
The otolaryngologic manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease. Instructional Courses 1995; 8: 57-67.
2. Crystal LC, Horwitz, B.
Complications of gastro-esophageal reflux disease. Postgraduate medicine 1996; 95-113.
3. Conley SF, Warlin SL, Beste DJ.
Proximal Ph-metria for diagnosis of upper airway complications of gastroesophageal reflux. J Otolaryngol 1995; 8: 295-8.
4. Olson NR.
Laryngopharyngeal manifestations of gastroesophageal reflux disease. The otolaryngologic clinics of North America 1991; 24: 1201-11.
5. Ward PH, Henson DG:
Reflux as an etiological factor of carcinoma of the laryngopharynx. Laryngoscope 1998: 1195-9.
6. Morrison MD.
Is chronic gastroesophageal reflux a causative factor in glottic carcinoma? Otolaryngologic Head Neck Surg 1999: 370-3.
7. Ulualp SO, Toohill RJ.
Laryngopharyngeal Reflux. State of the Art Diagnosis and Treatment. The otolaryngologic clinics of North America 2000: 33; 785-99.