



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

Trabajo Final

**“La relación entre el reflujo gastroesofágico y su
repercusión en vías aéreas superior desde una
perspectiva otorrinolaringológica”**

Alumno: Rebecchi Fiorella

Tutor: Dra. Gasparetti Mariela

Rosario, 2022

Agradecimientos

En este importante momento de mi vida quiero agradecer aquellas personas que me acompañaron durante todos estos años en este hermoso y desafiante camino.

En primer lugar, a mis padres, Claudia y Abelardo por su apoyo y amor incondicional. También agradezco a Claudia y Eduardo que de distintas formas siempre me apoyaron y dieron sus mejores sugerencias en las distintas etapas de la carrera. A mis amigas y compañeras, con quien compartí a la par este recorrido, Micaela, Evelin, Casandra y Candela por su compañerismo generosidad y amistad. A Silvia, esa querida amiga de la familia, que siempre estuvo para contenerme a la distancia, regalándome todo su cariño y sus oraciones.

A mi tutora la Dra. Gasparetti Mariela, quien desde el primer instante no dudo en aceptar ser mi tutora a pesar de todos los compromisos profesionales y responsabilidades en su vida privada, siempre servicial y empática ante cada duda, sin importar el día y la hora, aun en sus días de descanso, por su colaboración desinteresada, por su enorme generosidad al compartirme sus conocimientos y toda la información que necesité para desarrollar este trabajo.

No quiero olvidarme de mis mascotas Tony, Lulu y Kitty, los que en realidad más que mascotas son mi familia, que durante la pandemia estudiaron conmigo y me regalaron su mejor energía para estar alegre, despierta y con buena predisposición al estudio, aun en esos momentos tan desconcertantes para todos.

Y finalmente como soy una persona de Fe, agradecer a Dios, a la Virgen y a los Santos en quienes confío por haberme dado luz, claridad, serenidad, disciplina, valor y una inquebrantable fuerza de voluntad para seguir adelante aún ante mis mayores temores y pruebas.

Resumen

Introducción El reflujo faringolaríngeo (RFL) es el reflujo de contenido estomacal que asciende más allá del esófago, causando en vías aéreas superior diversos síntomas a este nivel.

Objetivo Identificar la frecuencia de casos de RFL entre sujetos que concurren a la consulta otorrinolaringológica con motivos de: tos seca, carraspeo, disfonía, globus faríngeo, secreciones en hipofaringe, disfagia, sensación de escurrimiento posterior, saliva amarga, odinofagia por ardor y espasmos laríngeos.

Material y método Se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal, retrospectivo. Se recolectaron datos de pacientes que consultaron entre 1 de enero de 2019 a 1 de enero de 2020 en el Centro médico Cruz Azul, Grupo GNO, Rosario, Argentina.

Los criterios de inclusión fueron, pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años con sospecha de RFL como causa de los síntomas de consulta. Pacientes a los que se les realizó Videolaringoscopia directa para estudio.

Los criterios de exclusión fueron pacientes con síntomas en vía aérea superior a los que no se le realizó Videolaringoscopia directa.

Resultados De 100 casos, 37% concluyeron en diagnóstico de RFL según criterios RFS (Reflux Finding Score). Los síntomas más frecuentes fueron; la disfonía, seguido de tos seca. Los hallazgos más frecuentes encontrados en la videolaringoscopia fueron; eritema, seguido del edema de cuerdas vocales. Y hallazgos en la videolaringoscopia que no estaban asociados para con la presencia de RFL fueron; hipotonía de las cuerdas vocales, hipertonía, nódulos, e hiatus.

Conclusión El RFL se presentó en más de 3 de cada 10 pacientes que consultaron por síntomas en vías aéreas superiores, siendo el más frecuente la disfonía. El signo que más se relacionó con dicha entidad fue el eritema y edema de cuerdas vocales.

Palabras clave: Reflujo Faringolaríngeo- Laringoscopia- Signos y síntomas

Índice

1. Agradecimientos	2
2. Resumen	3
3. Introducción	5
4. Marco teórico	7
4.1 Estómago	7
4.2 Esófago	8
4.3 Laringe	8
4.4 Cuerdas vocales	9
4.5 La voz	9
4.6 Faringe	10
4.7 Reflujo faringolaríngeo (RFL) y reflujo gastroesofágico (RGE)	10
4.8 Síntomas de la laringitis crónica causada por RFL	12
4.9 Índice diagnóstico del RFL	14
4.10 Diagnóstico	15
5. Objetivos	19
6. Material y métodos	20
7. Análisis estadístico	23
8. Consideraciones éticas	23
9. Resultado	24
10. Discusión	29
11. Conclusión	32
12. Referencias bibliográficas	33
13. Anexos	37

Listado de Abreviaturas:

RGE: reflujo gastroesofágico

RFL: reflujo faringolaríngeo

RFS (Reflux Finding Score), Score de Belafsky y cols.

Introducción

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el contenido del estómago que de manera retrograda asciende hacia el esófago. Se caracteriza clínicamente por manifestarse con pirosis, regurgitación, dolor retroesternal, náuseas, entre otros, pero cuando este flujo asciende más allá del esófago, genera manifestaciones extradigestivas, causando el reflujo faringolaríngeo (RFL) que es el pasaje retrógrado de ese contenido gástrico (ácido, bilis y enzimas como la pepsina) a vía aérea superior generando síntomas a este nivel (Araujo et al., 2015). Un estudio realizado por Koufman (como se citó en Araujo et al., 2015) manifestó que la población estudiada con RFL no presentaba la sintomatología tradicional de RGE.

Dentro de las manifestaciones clínicas del RFL se encuentran: disfonía (71%), tos seca (51%), carraspeo (42%), globus faríngeo (47%) y secreciones en hipofaringe. También se puede presentar con disfagia (35%), sensación de escurrimiento posterior, saliva amarga, odinofagia por ardor y espasmos laríngeos. En ciertos casos la tos puede llegar a ser crónica, e incluso puede volverse incapacitante, logrando despertar al paciente durante la noche (Jiménez et al., 2011).

Algunos estudios demostraron que el 10% de los pacientes que consultan al otorrinolaringólogo presentan síntomas relacionados con RGE; y se estima que la prevalencia del RFL es de 10%-30% de la población occidental (Groome, 2007 citado en Olavarría & Cortez, 2015).

Debido a la localización anatómica de la laringe y su proximidad al sistema digestivo hacen que sea un órgano con alto riesgo de exposición al contenido proveniente del esófago, además de que este órgano no cuenta con los mismos factores de defensa que el esófago, es por esto que se piensa que cualquier tipo de reflujo que llegue hasta la laringe generaría clínica en el paciente.

Se debe tener en cuenta que sus síntomas son inespecíficos y pueden ser causados también por infecciones, abuso de la voz, alergia, tabaquismo, inhalación de irritantes ambientales y abuso de alcohol (Remes Troche et al., 2010). Es por esto que hay que evitar hacer sobrediagnóstico de esta entidad sin haber realizado una buena historia clínica, examen físico y estudios complementarios para el correcto diagnóstico. No obstante, la falta de

reconocimiento de esta entidad produce sintomatología prolongada y retardo en la curación o alivio de los síntomas.

El reflujo gastroesofágico es una patología que en la práctica diaria se la suele relacionar más a síntomas gastrointestinales y es diagnosticada y tratada por gastroenterólogos, sin embargo, con menor frecuencia se la relaciona a afectaciones de la vía aérea superior.

El fin de esta investigación es abrir el horizonte de esta patología y considerar la relevancia que tiene también desde un punto de vista otorrinolaringológico. Es por esto que la pregunta de investigación es, ¿Cuántas de las consultas otorrinolaringológicas en adultos mayores de 18 años del Instituto médico Cruz Azul que presentan sintomatología en vías superiores de tos seca, disfonía, carraspeo, globus faríngeo, secreciones en hipofaringe, disfagia, sensación de escurrimiento posterior, saliva amarga, odinofagia por ardor y espasmos laríngeos son atribuibles a RFL?

Marco teórico

Estómago

El estómago es una dilatación que se comunica con el esófago a través del cardias, y con el duodeno a través del píloro. Consta de las siguientes partes; cardias, fondo gástrico, cuerpo gástrico, porción pilórica.

La principal función del estómago involucra la digestión tanto mecánica como química de la comida ingerida como así también juega un papel importante en controlar la secreción y motilidad del tracto digestivo, liberando varias hormonas.

En el estómago se encuentran diferentes tipos de células que participan en la secreción del jugo gástrico. El jugo gástrico contiene ácido clorhídrico y pepsina, responsables de la digestión gástrica del bolo alimenticio. La mucosa del estómago posee dos glándulas tubulares importantes: glándulas gástricas o también llamadas glándulas oxínticas, éstas están en fondo y cuerpo y se encargan de secretar ácido clorhídrico, pepsinógeno, factor intrínseco y moco; constituye el 80% de las glándulas del estómago y están las glándulas pilóricas que se encuentran en el antro, se encargan de secretar moco, las hormonas gastrina y somatostatina y ésta forma el 20% de las glándulas del estómago.

Las glándulas gástricas tienen células parietales, células pépticas (principales), células mucosas, y células enterocromafines. Las células parietales son las encargadas de secretar ácido clorhídrico y factor intrínseco, las células pépticas son las encargadas de secretar pepsinógeno, las células mucosas secretan moco y las células enterocromafines secretan histamina.

Las glándulas pilóricas tienen células G, liberadoras de gastrina, células D liberadoras de somatostatina y también tiene células mucosas secretora de moco (Brunser et al., 2013).

Esófago

El esófago es un conducto musculo membranoso que transporta los alimentos desde la hipofaringe hasta el cardias gástrico. Cumple dos funciones principales la de llevar el bolo alimenticio desde faringe hacia estómago y evitar el reflujo. Presenta un peristaltismo esofágico que es lo permite el movimiento y descenso del bolo alimenticio. Consta de tres partes: cervical (5 cm), torácica (16 cm) y abdominal (3 cm). Está constituido por una mucosa plegada, una submucosa laxa con abundantes glándulas, y una muscular potente, circular y longitudinal, recubierta por una fina adventicia. Contiene dos esfínteres:

“El esfínter superior, es una zona de alta presión endoluminal (35-200 mmHg) y el esfínter inferior, está constituido por fibras musculares lisas y también es una zona de alta presión endoluminal (15-30 mmHg superior a la presión intragástrica)” (Prades & Asanau, 2011 p.1).

Laringe

La laringe, es una estructura móvil, se encuentra situada en la porción anterior del cuello y mide aproximadamente 5 cm de longitud. Se relaciona con los cuerpos vertebrales C3-C6. Forma parte de la vía aérea, actuando normalmente como una válvula que impide el paso de los elementos deglutidos y cuerpos extraños hacia el tracto respiratorio inferior, además, permite el mecanismo de la fonación.

El esqueleto laríngeo está formado por seis cartílagos: Epiglotis, tiroides, aritenoides, corniculados, cuneiformes y cricoides.

Topográficamente la laringe se divide en tres regiones: Supraglotis, Glotis y Subglotis.

Las funciones de la laringe son: función protectora, deglutoria, respiratoria, y fonatoria.

- a) Función protectora, deglutoria: el cierre laríngeo se produce de manera refleja por estímulos de contactos químicos o térmicos y se realiza a nivel de los tres pliegues laríngeos.
- b) Función respiratoria: la glotis se abre una fracción de segundos antes que el descenso del diafragma, esto es regulado por el centro respiratorio, que activa los músculos dilatadores de la glotis (cricoaritenoideo posterior). El espacio glótico se ensancha durante la inspiración y se estrecha durante la espiración
- c) Función fonatoria: la emisión de sonidos está condicionada al movimiento de las cuerdas vocales. Gracias a los movimientos de los cartílagos de la laringe

se permite variar el grado de apertura entre las cuerdas y una depresión o una elevación de la estructura laríngea. Esto junto a la disposición de los otros elementos de la cavidad oral (labios, lengua y boca) permite determinar los diferentes sonidos que emitimos (Diamante, 2004).

Cuerdas vocales

La cuerda vocal es una estructura de múltiples capas a) epitelial b) tres capas conectivas c) muscular.

Función de las cuerdas vocales (Cossio et al., 1982):

- a) Función protectora: protege la vía aérea de cualquier elemento que no sea aire, evitando el paso de elementos extraños, ante la entrada de elementos se produce el reflejo de la tos.
- b) Función respiratoria: completa el paso de aire desde la vía aérea superior a la inferior.
- c) Función digestiva
- d) Función fonatoria

La voz

Definición de Voz: “Sonido producido al pasar el aire por la laringe, vías respiratorias superiores y estructuras orales de los vertebrados, especialmente humanos” (Dox et al, en Diccionario Medico, 2013).

Durante la respiración, las cuerdas vocales permanecen separadas. En el momento en que este por iniciarse una emisión, se juntan e impiden el paso de la corriente de aire. Esta interrupción de la corriente de flujo de aire provoca un aumento de la presión subglótica generada por el diafragma, músculos abdominales, y el tórax. Cuando esta presión subglótica supera la presión que mantiene juntas a las cuerdas vocales, la mucosa de los bordes libres se separa y se produce la primera fase del ciclo (fase de apertura).

Por gradiente de presiones ese flujo de aire atraviesa la glotis, disminuye la presión a través de esta y genera una fuerza de succión (efecto Bernoulli). Esta presión negativa intraluminal atrae a la mucosa del borde libre hacia la línea media y produce la segunda fase del ciclo vocal (fase de cierre) a este efecto contribuyen también las propiedades mecánicas de las cuerdas vocales, su elasticidad (Diamante, 2004).

Faringe

Es un órgano tubular, irregular, extendido desde la base del cráneo hasta el esófago. Su pared posterior se apoya en los cuerpos vertebrales cervicales y la anterior se comunica con su porción superior o rinofaríngea con el orificio posterior de las fosas nasales o coanas. En su porción media u orofaringe se comunica con la boca de la que la separan el velo del paladar, la úvula, y los pilares que delimitan la celda amigdalina. En su porción inferior o hipofaringe, la pared anterior se comunica con la laringe, separándolas el opérculo epiglótico durante la deglución.

Está formado por músculos; los constrictores que facilitan el pasaje del bolo alimenticio y los elevadores (faringostafilino y estafilofaríngeo) que elevan la faringe y la laringe durante la deglución y después del descenso inspiratorio. Además, la misma contiene formaciones linfáticas que constituyen el anillo de Waldeyer: en el techo de la orofaringe se encuentra la amígdala faríngea, en las paredes laterales los folículos que rodean la desembocadura de la trompa de Eustaquio, en la orofaringe se hallan las amígdalas situadas entre los pilares del velo y las amígdalas linguales en la base de la lengua.

La función de la faringe está vinculada con la respiración, cumpliendo una misión calefactora, también se relaciona con la deglución, de manera involuntaria, contribuyendo a la progresión automática del bolo, finalmente interviene en la fonación, por construir una cámara donde se modifican los sonidos emitidos por la laringe. (Diamante, 2004).

RGE, Y RFL

La diferencia clínica entre RGE y RFL; es que el primero suele presentarse en el 83% de los casos con pirosis, y regurgitación en cambio en el RFL el paciente frecuentemente presenta tos, globus, aclaramiento y disfonías. Si bien ambas patologías comparten el mismo punto de partida, son consideradas entidades distintas, cuyos síntomas y necesidad de tratamiento son diferentes.

Lo que se refluye en ese reflujo gástrico está formado por; líquido, gas y contenido mixto. No solo se regurgita ácido clorhídrico, también ácido biliar, pepsina, proteasas, moco, bicarbonato, alimentos y bebidas. La pepsina es el principal protagonista, ésta se activa mediante el ácido clorhídrico. Es la que genera daño en faringe y laringe.

Cabe aclarar que existe RGE fisiológico que es posprandial precoz, con discretas regurgitaciones sonoras y de mal olor tras una comida copiosa en la edad adulta, que raramente ocurren durante el sueño, mientras que el RGE patológico está asociado con síntomas que frecuentemente presentan episodios nocturnos debidos al decúbito (Araujo et al., 2015).

Ambas entidades, tanto el RGE y el RFL se deben a factores multifactoriales. Dentro de estos se incluyen: una disfunción del esfínter esofágico, el tiempo de exposición al material refluído y el nivel de sensibilidad del tejido. Se ha demostrado una mayor sensibilidad del epitelio laríngeo, que el epitelio esofágico al reflujo de contenido gástrico, ya que con tres episodios de RFL, con pH inferior a 4 a la semana, es suficiente para que se produzca daño en vía área superior, a diferencia del RGE que requiere de 50 episodios semanales para producir algún grado de daño en esófago (Nazar et al., 2008). Existen cuatro barreras fisiológicas que protegen el esófago, del daño provocado por el reflujo. Estas son:

- Esfínter esofágico inferior: Es esencial para prevenir el paso del alimento en sentido ascendente, dependiente de cambios de presión. Se relaja en respuesta a la distensión gástrica para el paso de alimento y se contrae por estímulos fisiológicos.
- La mucosa esofágica y las ondas motoras del esófago (clearance esofágico): Las ondas secundarias del esófago son las encargadas del aclaramiento, además la saliva que contiene HCO₃(bicarbonato) y neutraliza el ácido.
- Anhidrasa carbónica, su acción es la de desnaturalizar el ácido mediante la hidratación de dióxido de carbono, desviando la reacción hacia la producción de bicarbonato, protegiendo de esta forma a la mucosa.
- Esfínter esofágico superior: Músculo cricofaríngeo se encuentra en estado de contracción tónica y su relajación está mediada por un estímulo vagal. Evita la aerofagia durante la deglución y es la barrera superior del reflujo.

La faringe y la laringe carecen de peristaltismo como el esófago por lo que el ácido, la pepsina y/o el contenido refluído pueden permanecer en esta durante largos períodos, el epitelio laríngeo es delgado y no está preparado para el daño producido por los mismos.

Por otro lado, el tejido laríngeo está protegido de la acción del ácido, a través de la regulación del pH local, mediante la acción de anhidrasa carbónica ubicada en la laringe posterior, pero a diferencia del esófago, la laringe posee poca cantidad de anhidrasa carbónica y ésta es limitada (Alarcón &Otero, 2020).

En la laringe, la presencia de un pH de 5,5 ya es suficiente para que se estimule inflamación. Por esto el paciente puede tener síntomas laríngeos y no esofágicos. Cuando alguna de estas barreras falla, el epitelio respiratorio de la laringe posterior pierde su función natural, la cual es barrer el mucus desde el árbol traqueobronquial, provocando acumulación de éste. Esta situación produce sensación de descarga posterior y provoca carraspeo laríngeo. Por otro lado, el material refluído provoca tos y laringoespasma debido a que la sensibilidad de los terminales nerviosos de la laringe se regula a través de la inflamación local. La combinación de todos estos factores es capaz de producir edema, úlceras por contacto y granulomas, los cuales son responsables de otros síntomas relacionados al RFL como la voz ronca, el globus faríngeo y la odinofagia (Alarcón &Otero, 2020).

Pinedo & Cordero (2018) en un estudio constituido por 94 pacientes, se evidencio que la sintomatología de RFL predomina en las edades de 50 a 59 años (29,8%) y en el sexo femenino (64,9%), además se demostró que el 49,0% de los pacientes tuvieron un tiempo de enfermedad menor a un año, lo que muestra la temprana aparición de síntomas en esta patología, debido a la sensibilidad del tejido faringolaríngeo, cuyo epitelio no está preparado para el daño producido por él reflujo.

El RFL da como resultado una condición clínica llamada; laringitis crónica, que es la inflamación de la caja de voz (laringe) causada por la irritación propia del RFL por un tiempo prolongado (Jiménez et al., 2011).

Síntomas de la laringitis crónica causada por RFL

-Tos crónica: La tos es el resultado final de un reflejo mediado por el nervio vago y es una parte de su función vegetativa. Cada vez hay más evidencia en considerar como etiología de los trastornos sensoriales del nervio vago a la tos laríngea crónica. Esta tos

tiene su origen por un trastorno de la rama del nervio vago que inerva la laringe y el tracto aerodigestivo entero donde distintas ramas aferentes provenientes de laringe y esófago constituyen el arco reflejo de la tos por coexistencia de RFL.

Los receptores sensoriales que pueden estimular el cierre de las cuerdas vocales y provocar la tos, como parte del reflejo del cierre glótico, no solo se encuentran en la laringe, sino también en la tráquea y en las vías respiratorias superiores, los cuales responden a estímulos irritantes. Por eso los pacientes pueden notar una sensación de dificultad respiratoria adicional (Pacheco et al., 2013).

Actualmente el RFL es considerado la tercera causa de tos crónica, después del asma y los problemas sinusales; afectando a un promedio de 20% de pacientes. Es una tos seca, relacionada con inflamación crónica de la mucosa traqueal y con esfuerzo (Araujo et al., 2015).

Una encuesta Yorkshire evidenció que los pacientes con tos crónica poseían una fuerte asociación con patología gastrointestinal. El mayor grado de asociación fue observado con la regurgitación sugiriendo que el reflujo no ácido es un factor etiológico importante en la tos crónica (Ford et al., 2006).

Everett 2006, en un estudio demostró que la tos que acompaña la fonación, la incorporación desde el decúbito y la asociada al período de las comidas o con ciertos alimentos, y también el carraspeo, la disfonía, la disfagia y la sensación de cuerpo extraño en garganta, constituyen síntomas característicos de la tos por reflujo.

-Globus faríngeo: Es una percepción inespecífica por encima del esternón como una bola. Al consumir sólidos el dolor mejora, pero al tomar líquidos o saliva hay síntomas. Predomina en mujeres (Marcolongo et al., 2021).

-Disfonía: Koufman, 2000 (como se citó en Araujo et al., 2015) en un estudio acerca del reflujo y trastornos de la voz encontró que hasta el 55% de los pacientes con ronquera presentaban RFL. La disfonía está relacionada con la duración del ácido en la superficie mucosa. Las cuerdas vocales tienen mecanismos de defensa que hacen que disminuya el impacto de las sustancias locales a nivel de la cuerda vocal; la anhidrasa carbónica (limitada cantidad)- mucina; La anhidrasa carbónica se encuentra entre medio de la capa epitelial y mucosa, pero cuando la anhidrasa falla, el moco se termina retirando y se favorece la ulceración y las moléculas de pepsina se meten y estimula lesiones en las

cuerdas vocales. Esto además favorece a un estado de inflamación y alteración de la viscosidad y movilidad de las cuerdas vocales.

El contacto con las sustancias acidas, altera el volumen del líquido del espacio de reiki y eso estimula un estado hiperfuncional porque la capa de la cuerda vocal se vuelve mucho menos elástica para poder generar vibraciones. El hecho de tener menor distensibilidad de las cuerdas vocales debido al musculo hiperfuncional hace que el paciente tenga que hacer mucho más esfuerzo subglótico para generar voz (Alarcón & Otero, 2020).

-Carraspera: picor o la necesidad de aclarar la garganta. Es un síntoma frecuentemente relacionado a la tos crónica por la presencia prolongada de RFL (Alarcón & Otero, 2020).

-Manifestaciones en oído: Es una manifestación muy frecuente en niños. La contaminación nasofaríngea por reflujo o por inflamación mantenida cerca de la entrada a trompa de Eustaquio, promueven la disfunción tubárica, produciéndose después una otitis seromucosa. Siendo la otitis media supurada (OTM) es la causa más frecuente de sordera en niños en los países desarrollados (Araujo et al., 2015).

Índices diagnósticos de Reflujo Extraesofágico

Se ha creado un Índice para cuantificar la severidad de los síntomas. Belafsky ,Postman and Koufman han desarrollado y validado el RSI (Reflux Symptom Index) que se basa en los síntomas del paciente (Tabla 1). Esta tiene una escala de 0 a 5 puntos, siendo 0 sin síntoma y 5 una molestia muy severa. Mayor a 13 puntos se considera anormal (Araujo et al., 2015).

Tabla 1

RSI (Reflux Symptom Index)

¿En el mes anterior, Como le han afectado los siguientes problemas?

1. Ronquera (disfonía) o un problema con su voz	0	1	2	3	4	5
2. Carraspera (aclaramiento de garganta)	0	1	2	3	4	5
3. Exceso de moco en garganta o goteo postnatal	0	1	2	3	4	5
4. Dificultad al deglutir comida, líquidos o píldoras	0	1	2	3	4	5
5. Tos, expulsión después de comer o recostarse	0	1	2	3	4	5
6. Dificultades para respirar o episodios de asfixia	0	1	2	3	4	5
7. Problemas o molestias de tos	0	1	2	3	4	5
8. Sensación de alguna adherencia o bola en su garganta	0	1	2	3	4	5
9. Pirosis, dolor torácico, indigestión o acides regresando desde estómago	0	1	2	3	4	5

0= No problemas; 5= Problemas severos.

El rango de calificación del RSI va desde 0 a 45, de acuerdo a los autores >13 en la puntuación debería considerarse como anormal.

(Fuente: Belafsky ,Postman and Koufman, en Araujo et al., 2015)

Diagnostico

Video Laringoendoscopia directa

La base del diagnóstico de esta patología es una combinación de síntomas crónicos o intermitentes que se correlacionan con hallazgos visibles. Se debe hacer una historia clínica completa y un examen físico otorrinolaringológico para identificar esta enfermedad. En el examen físico se deben tener en cuenta cambios en la mucosa oral, hiperemia de la pared faríngea posterior, lengua saburral, cambios en amígdalas linguales y los cambios laríngeos identificables con la laringoscopia (Nazar et al., 2008).

Actualmente el algoritmo diagnóstico que se usa para estos pacientes consiste en identificar los síntomas sugestivos de reflujo gastroesofágico con manifestaciones extradigestivas en laringe y faringe y realizar una laringoscopia, para determinar si existen cambios estructurales identificables en la laringe o en los tejidos vecinos (Jiménez et al., 2011).

Se debe tener en cuenta, idealmente, suspender el tratamiento farmacológico de inhibidores de la bomba de protones durante dos a cuatro semanas, antes de realizar la Videolaringoendoscopia para que esta sea más fidedigna (Katz Philip et al., 2022).

Hallazgos en video laringoscopia

En general no se describen signos específicos laríngeos, sin embargo, sí existen ciertos hallazgos capaces de sugerir la presencia de RFL, Belafsky y cols en el año 2001, elaboraron una escala RFS (Reflux Finding Score) de ocho apartados fundamentados en la Videolaringoscopia y concluyo que existe 95% de certeza de que los pacientes con resultado de 7 o más tendrán RFL.

Dicha escala evalúa 8 ítems clínicos, con el fin de objetivar la severidad de los hallazgos laringoscopios (tabla 2) Dichos ítems son evaluados del 0 al 4 e incluyen la presencia de: edema subglótico, obliteración ventricular, eritema e hiperemia, edema de la cuerda vocal, edema laríngeo difuso, hipertrofia de la comisura posterior y la presencia de granulomas.

Esta escala es útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los pacientes. La controversia es que los síntomas y los hallazgos endoscópicos carecen especificidad para el diagnóstico de este padecimiento, y que factores irritantes como el tabaquismo, alergias, inhalantes tóxicos, pueden ocasionar los mismos signos y síntomas (Celis, 2011).

Tabla 2

RFS (Reflux Finding Score) - Hallazgos laringoscopios

Edema Subglótico	2 = presente 0 = ausente
Obliteración ventricular	2 = parcial 4 = completa
Eritema/ Hiperemia	2 = solo aritenoides 4 = difusa
Edema de cuerdas vocales	1 = ligero 2 = moderada 3 = severa 4 = polipoide
Edema laríngeo difuso	1 = ligero 2 = moderado 3 = severo 4 = obstructivo
Hipertrofia de comisura posterior	1 = ligero 2 = moderado 3 = severa 4 = obstruyendo
Granuloma/granulación	2 = presente 0 = ausente
Moco endotraqueal espeso-turbio	2 = presente 0 = ausente

El Rango del RFS es similar al del RSI, siendo como se explico antes una medida semiobjetiva.

(Fuente: Belafsky y cols, en Araujo et al., 2015)

Otros métodos diagnósticos

Aunque la visualización directa de la laringe es la prueba más utilizada para determinar la existencia de laringitis por reflujo, su utilidad diagnóstica es incierta, es por eso que se agrega otro método diagnóstico, que es la ph-metria 24hs, debe tenerse en cuenta que no es el "Gold standard" ya que por sí sola no detecta todos los eventos de RGE, particularmente cuando el material de reflujo contiene poco ácido o carece de él. Sin embargo, se ha determinado su utilidad en la evaluación de la respuesta al tratamiento de estos pacientes (Pacheco et al., 2011).

Se ha observado en pacientes con RFL, una incapacidad para mantener un pH neutro en esta zona, basado en una mayor exposición a un pH <4 y una menor exposición a un pH ≥ 7 , en comparación con los pacientes sanos. Es por esto que se sugiere que la sensibilidad para detectar el reflujo anormal y su relación causal con los síntomas faringolaríngeo se incrementa al considerar tanto el mayor porcentaje de tiempo en que se registra un pH <4, como el menor porcentaje de tiempo con pH ≥ 7 . Se cree que la pérdida de un medio alcalino en el esófago cervical es un indicador de la disminución de su capacidad para proteger los tejidos de daños, en contraste con el tiempo de pH <4, que se considera como causante de los cambios patológicos asociados con la sintomatología de RFL (Olavarría & Cortez, 2015).

Sin embargo, por otro lado, Jimenes, et al (2011) manifiesta que debido tanto a la baja especificidad de la laringoscopia, como la baja sensibilidad de la pHmetria de 24hs, es necesario realizar el diagnostico con la prueba terapéutica. Las recomendaciones actuales indican realizar una prueba terapéutica en pacientes con sospecha clínica de RFL y hallazgos positivos en la laringoscopia, excepto en los pacientes con sangrado gastrointestinal, anemia, dolor abdominal y pérdida de peso cuyas causas no hayan sido completamente estudiadas dado que se puede estar frente a un paciente con patologías complejas como neoplasias.

Objetivos

Objetivo general

Identificar la frecuencia de casos de RFL entre sujetos que concurren a la consulta otorrinolaringológica con motivos de: tos seca, carraspeo, globus faríngeo, disfonía, secreciones en hipofaringe, disfagia, sensación de escurrimiento posterior, saliva amarga, odinofagia por ardor y espasmos laríngeos.

Objetivo específico:

- Describir los signos observados en la videolaringoscopia directa de los pacientes con RFL según el score, RFS.

- Describir los signos observados en la videolaringoscopia directa de los pacientes que consultan por sintomatología en vías aéreas superiores, en los cuales los signos observados, según el score RFS no son criterio de diagnóstico de RFL.

Material y métodos

Diseño

Se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal, retrospectivo, que incluyó historias clínicas consecutivas de pacientes evaluados entre el 1 de enero de 2019 y el 1 de enero de 2020.

Ámbito

Se recolectaron datos de pacientes que consultaron en el Centro privado Médico Cruz Azul, Grupo GNO, ubicado en la calle Santa Fe 1831, Rosario, Argentina, el mismo es un consultorio médico de alta complejidad con pacientes propios.

Población y Selección de Muestra

La población estuvo formada por pacientes mayores de 18 años de sexo femenino y masculino, y la muestra estuvo compuesta por pacientes cuyo motivo de consulta fue la siguiente sintomatología: tos seca, carraspeo, globus faríngeo, disfonía, secreciones en hipofaringe, disfagia, sensación de escurrimiento posterior, saliva amarga, odinofagia por ardor y espasmos laríngeos.

Criterio de inclusión

- Pacientes de sexo masculino y femenino, mayores de 18 años con sospecha de RFL como causa de los síntomas de consulta.
- Pacientes a los que se les realizó Videolaringoscopia directa para estudio.

Criterio de exclusión

Pacientes con síntomas en vía área superior sin haberle realizado Videolaringoscopia directa.

Muestreo y tamaño muestral

Muestreo de tipo no probabilístico discriminativo.

Instrumentos o procedimientos

Se realizó mediante historias clínicas (fuente secundaria) de dichos pacientes que consultaron al centro médico antes mencionado en dicho período de tiempo.

El procesamiento de la recolección de datos se efectuó mediante historias clínicas, las cuales se analizaron de manera manual cada una, y se obtuvieron los siguientes datos: sexo, edad, motivo de consulta relacionada a este cuadro clínico (características de la sintomatología en vías superiores que lo motivo a consultar, tal como: disfonía, carraspera, prurito, tos seca, ardor, odinofagia, globus faríngeo, secreciones en hipofaringe, disfagia, sensación de escurrimiento posterior, saliva amarga, espasmos laríngeos), si además presento síntomas de RGE tal como: pirosis, regurgitación, dolor retroesternal, estado nauseoso, eructos, duración de los síntomas hasta la fecha que consulta, hallazgos y diagnóstico en Videolaringoscopia directa según el score de RFS.

Definiciones

RGE: Se consideró como RGE a la sintomatología característica del mismo tal como: pirosis, regurgitación, dolor retroesternal, estado nauseoso, eructos, siendo el diagnóstico certero de la misma área específica del gastroenterólogo.

En este trabajo se consideraron los síntomas del RGE como disparadores para sospechar que, si el paciente presenta dicha sintomatología específica, sumado a síntomas en vías aéreas superiores, se podría pensar en que RGE este generando RFL y este último si poder ser diagnosticado en el área otorrinolaringológica.

RFL: El diagnóstico certero del mismo se hizo por Videolaringoscopia donde se comprobó mediante los hallazgos característicos del mismo que según el score de Belafsky y cols, RFS (Reflux Finding Score) son: edema subglótico, obliteración ventricular, eritema o hiperemia, edema de cuerdas vocales, edema laríngeo difuso, hipertrofia de comisura posterior, granulomas, moco endotraqueal espeso-turbio.

Variables cuantitativas

- Edad: variable cuantitativa tipo discreta. Operacionalización: en años

- Duración de los síntomas hasta la fecha de la consulta: variable cuantitativa de tipo discreta. Operacionalización: número de semanas

Variables cualitativas:

-Sexo: variable nominal de tipo dicotómica. Operacionalización: Femenino
Masculino

- Síntomas característicos de RGE: variable nominal de tipo politómica. Operacionalización: pirosis, regurgitación, dolor retroesternal, estado nauseoso, eructos.

- Síntomas del paciente: variable nominal de tipo politómica. Operacionalización: disfonía, carraspera, prurito, tos seca, ardor, odinofagia, globus faríngeo, secreciones en hipofaringe, disfagia, sensación de escurrimiento posterior, saliva amarga, espasmos laríngeos.

-Patrones de alteraciones en Videolaringoendoscopia directa: variable nominal de tipo politómica. Operacionalización: edema subglótico, obliteración ventricular, eritema o hiperemia, edema de cuerdas vocales, edema laríngeo difuso, hipertrofia de comisura posterior, granuloma, moco endotraqueal espeso-turbio.

- Patrones de alteración en videolaringoendoscopia directa de signos no compatibles al diagnóstico de RFL: variable nominal de tipo politómica. Operacionalización: descripción de signos encontrados no compatibles para diagnóstico de RFL.

Análisis estadísticos

Los datos fueron recuperados de historias clínicas donde la información obtenida fue volcada a una tabla en Microsoft Excel. El análisis de datos se realizó en dicho programa. Las variables numéricas fueron descritas en medianas y su rango, máximos y mínimo (RMM). Las variables categóricas fueron descritas en proporciones.

Consideraciones éticas

En lo referente a las consideraciones éticas, se trabajó con historias clínicas asegurando siempre la confidencialidad, anonimato y el resguardo de los datos obtenidos de acuerdo a la ley Nacional N°25326 de Habeas Data, y la Declaración de Helsinki omitiendo cualquier dato que pudiese identificar a los individuos. Además, este trabajo consta con la autorización de la Universidad Abierta Interamericana y se posee autorización del centro grupo GNO para acceder a las historias clínicas (ver anexo 1 y 2).

Resultados

Se analizaron 100 casos, de los cuales 37 presentaron RFL, con una mediana de edad de 40.5 años (71-19), el 51% de los casos fueron de sexo femenino. La mediana de duración de los síntomas fue de 10 semanas (24-5) (**tabla 3**)

Tabla 3

Descripción de la edad, sexo y duración de los signos y síntomas según ausencia o presencia de RFL

	Total (N=100)	NO RFL (N=63)	RFL (N=37)
Edad (años), mediana (RMM)	40.5(71-19)	44(70-22)	36 (71-19)
Jóvenes adultos (18 - 39 años)	48	27	21
Adultos (40 - 64 años)	46	32	14
Adultos mayores (≥ 65 años)	6	4	2
Sexo, n (%)			
Femenino	51 (51.0 %)	32 (50.8 %)	19 (51.4%)
Masculino	49 (49.0 %)	31 (49.2%)	18 (48.6%)
Duración de los síntomas (semanas), mediana (RMM)	10 (24-5)	10 (24-5)	10 (18-18)

RFL: reflujo faringolaríngeo

El síntoma más frecuente de la consulta fue la disfonía (87%), seguido de tos seca (67%), prurito (51%), carraspera (48%) y ardor (41%), así mismo los síntomas menos frecuentes en la consulta fueron odinofagia (7%) y espasmos laríngeos (9%) (**tabla 4**)

Tabla 4

Frecuencias y porcentaje de síntomas presentados en la consulta

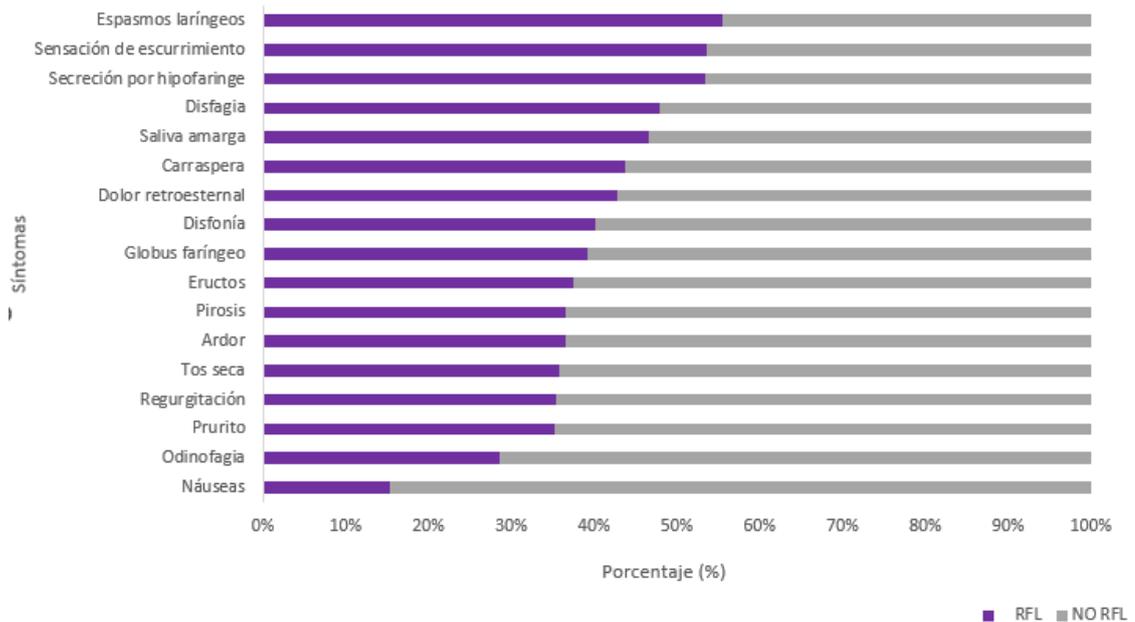
Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Disfonía	87	87%
Carraspera	48	48%
Prurito	51	51%
Tos seca	67	67%
Ardor	41	41%
Odinofagia	7	7%
Globus faríngeo	23	23%
Secreción por hipofaringe	15	15%
Disfagia	25	25%

Sensación de escurrimiento	28	28%
Saliva amarga	15	15%
Espasmos laríngeos	9	9%
Pirosis	41	41%
Regurgitación	31	31%
Dolor retroesternal	21	21%
Náuseas	13	13%
Eructos	16	16%

De los motivos de consulta con síntomas de carraspera, disfonía, ardor, tos seca y prurito, el 44%, 40%, 37%, 36%, 35% respectivamente presentó RFL como causal a dichos síntomas (**gráfico 1**)

Gráfico 1

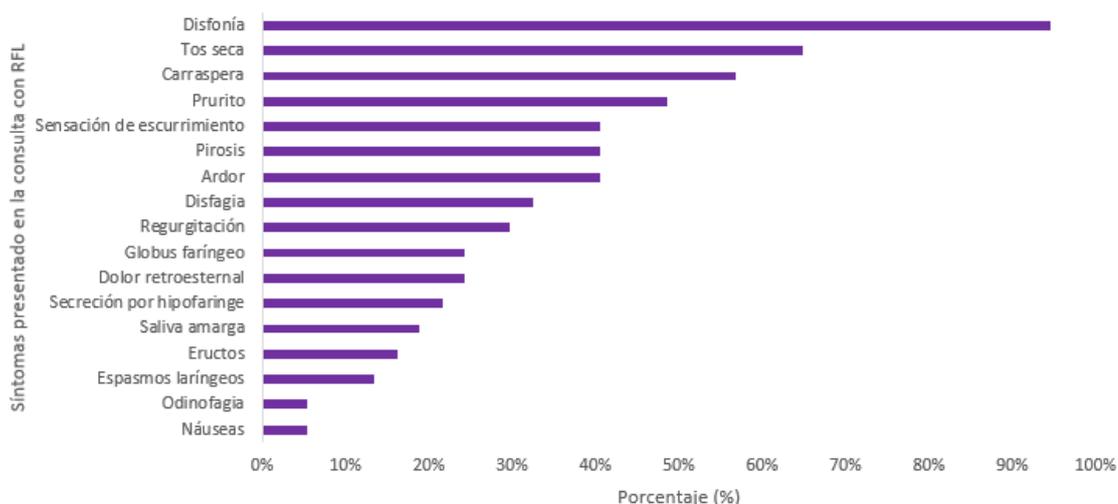
Porcentaje de síntomas como motivo de consulta que presentaron RFL



Con respecto a los pacientes con diagnóstico de RFL (N=37) los síntomas más frecuentes fueron: disfonía (94,6%), tos seca (64,9%), carraspera (56,8%), prurito (48,6%) y ardor (40,5%). Y los menos frecuentes fueron odinofagia (5%) y náuseas (5%). Por otro lado, los síntomas gastroesofágicos relacionados a RFL fueron, dolor retroesternal (43%), pirosis (37%), regurgitación (35%) (**gráfico 2**)

Gráfico 2

Porcentaje de síntomas con diagnóstico de RFL



Los signos hallados en la videolaringoendoscopia respecto a los criterios de RFL según el score RFS (Reflux Finding Score) de Belafsky y cols, siendo diagnóstico un puntaje \geq a 7 el más frecuente fue el eritema, presente en el 100% de los casos, como así también el edema de cuerdas vocales en el 100% y el edema laríngeo difuso en el 91,8%. La presencia de moco endotraqueal y granuloma fue poco frecuente, 26% y 17% respectivamente (**tabla 5**).

Tabla 5

Proporciones de Hallazgos presentes en la videolarinoscopía para el total de casos y para los casos con diagnóstico RFL

	Presente Total N=100	Presente Con RFL N=37
Edema subglótico	1%	2,7%
Obliteración ventricular	-	-
Eritema	99%	100%
Edema de cuerdas vocales	80%	100%
Edema laríngeo difuso	75%	91,8%
Hipertrofia comisura posterior	-	-
Granuloma	17%	32,4%
Moco endotraqueal	26%	43,2%

RFL: reflujo faringolaríngeo

Asimismo, el eritema más frecuente fue de manera difuso (81%), y el edema de cuerdas vocales en su parte el más frecuente fue de tipo moderado (51,4%) y dentro del edema laríngeo difuso el más frecuente fue también con (45,9%) el moderado.

Respecto a los criterios RFS, el edema subglótico, la obliteración ventricular y la hipertrofia de la comisura posterior no se asociaron para con la presencia de RFL (**tabla 6**)

Tabla 6

Hallazgos a la videolaringoscopia compatibles con reflujo laringofaríngeo (RFL) según los criterios de Belafsky y cols

	Total (N=100)	NO RFL (N=63)	RFL (N=37)
Edema subglótico, n (%)			
Ausente	99 (99.0 %)	63 (100%)	36 (97.3%)
Presente	1 (1.0%)	-	1 (2.7%)
Obliteración ventricular, n (%)			
Ausente	100 (100%)	63 (100%)	37 (100%)
Parcial	-	-	-
Completa	-	-	-
Eritema, n (%)			
Ausente	1 (1.0%)	1 (1.6%)	-
Solo aritenoides	41 (41.0%)	34 (54.0%)	7 (18.9%)
Difusa	58 (58.0%)	28 (44.4%)	30 (81.1%)
Edema de cuerdas vocales, n (%)			
Ausente	20 (20.0%)	20 (31.7%)	-
Ligero	46 (46.0%)	34 (54.0%)	12 (32.4%)
Moderado	27 (27.0%)	8 (12.7%)	19 (51.4%)
Severo	7 (7.0%)	1 (1.6%)	6 (16.2%)
Polipoide	-	-	-
Total			
Edema laríngeo difuso, n (%)			
Ausente	25 (25.0%)	22 (34.9%)	3 (8.1%)
Ligero	52 (52.0%)	36 (57.1%)	16 (43.2%)
Moderado	22 (22.0%)	5 (7.9%)	17 (45.9%)
Severo	1 (1.0%)	-	1 (2.7%)

Obstructivo	-	-	-
Hipertrofia comisura posterior, n (%)			
Ausente	100 (100%)	63 (100%)	37 (100%)
Ligero	-	-	-
Moderado	-	-	-
Severo	-	-	-
Obstructivo	-	-	-
Granuloma, n (%)			
Ausente	83 (83.0%)	58 (92.1%)	25 (67.6%)
Presente	17 (17.0%)	5 (7.9%)	12 (32.4%)
Moco endotraqueal, n (%)			
Ausente	74 (74.0%)	53 (84.1%)	19 (51.4%)
Presente	26 (26.0%)	10 (15.9%)	16 (43.2%)

RFL: reflujo faringolaringeo

Por otro lado, se observaron signos generales en la videolaringoendoscopia que no forman parte del score RFS para diagnóstico de RFL, dentro de estos hallazgos se encontraron; hipotonía de las cuerdas vocales en el 7%, hipertonía en el 5%, nódulos en el 14% e hiatus en el 7% (**tabla 7**)

Tabla 7

Hallazgos no compatibles con RFL según score RFS en videolaringoendoscopia

	Total (N=100)	NO RFL (N=63)	RFL (N=37)
Hipotonía, n (%)	7 (7.0%)	7 (11.1%)	-
Hipertonía, n (%)	5 (5.0%)	5 (7.9%)	-
Nódulo, n (%)	14 (14.0%)	14 (22.2%)	-
Hiatus, n (%)	7 (7.0%)	7 (11.1%)	-

Discusión

Los resultados encontrados en este trabajo en relación al número de pacientes que presentaron RFL del total de las consultas 100, fue del 37%. Este resultado es similar al presentado por Pérez Cue Arelys et al., 2022, donde también el diagnóstico fue realizado según los criterios RFS, el cual evidenció que de 118 pacientes que acudieron a consulta refiriendo síntomas en vía área superior sugestivos de RFL, el 45,8% fueron diagnosticados con esta patología; asimismo en otro estudio Pinedo & Cordero (2018), donde se analizaron 94 pacientes, se confirmaron que 86% de los pacientes presentaban RFL. Esto nos deja ver a través de la comparativa realizada por distintos autores y en distintos lugares Cuba y Perú respectivamente, que es una patología frecuente en la consulta diaria del otorrinolaringólogo y debe ser sospechada como causal de diversos síntomas en vías aéreas superiores.

Por consiguiente, se encuentra una similitud de los resultados encontrados en relación con la edad, a los publicados por Pérez Cue Arelys et al., 2022 donde la edad promedio de pacientes que se concluyó diagnóstico de RFL fue de 55,7 años, con predominio del sexo femenino, asimismo en la investigación de Pinedo & Cordero (2018), donde la población de estudio fueron 94 personas, el intervalo de edades fue entre 50- 59 años, siendo mayoría también el sexo femenino. En nuestro estudio, también se puede observar coincidencia en cuanto a los resultados obtenidos ya que la mediana de edad fue 40.5 años, siendo el 51% de los casos también predominante el mismo sexo que en los estudios antes mencionados.

Además, se demostró que el 49% de los pacientes tuvieron un tiempo de enfermedad menor a un año, así también en nuestra investigación la cantidad de semanas fue similar a la observada en los trabajos comparativos, ya que la mediana de duración de los síntomas presumibles de RFL fue de 10 semanas. Podemos de esta forma ver la íntima relación entre los síntomas en vías aéreas superior, tal como la presencia de disfonía por varias semanas que hace que el paciente consulte al otorrinolaringólogo, y es por ese motivo que al realizar la videolaringoscopia se encuentra como causal al RFL.

Queda demostrado que la temprana aparición de síntomas en esta patología, es debido a la alta sensibilidad del tejido faringolaríngeo, cuyo epitelio no está preparado para el daño producido por el reflujo.

Los síntomas asociados a RFL, los más frecuentes fueron: Disfonía (94,6%), tos seca (64,9%), carraspera (56,8%), prurito (48,6%) y ardor (40,5%).

En comparación con otras investigaciones, en una población de 61 pacientes, coincide parcialmente ya que los síntomas más usualmente registrados fueron: disfonía (49,1 %) y tos (47,5 %), pero en contraposición el prurito faríngeo fue de tan solo (6,5%) de la población total, Qadeer MA et al., 2005 (como se citó en Pérez Cue Arelys et al., 2022). Por otro lado, un estudio cubano, Pérez., 2022, manifestó que la tos (21,2 %), fue el síntoma predominante y luego la disfonía (18,6 %).

Así pues, otros autores (Celis, 2011) en relación a los síntomas los más frecuentes fueron descarga posterior nasal, exceso de moco faríngeo (50%), síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (38%) y abultamiento o sensación de cuerpo extraño en la faringe (30%), así mismo el autor Pinedo & Cordero (2018), manifestó que todos los casos presentaron síntomas de disfonía (100%), tos (100%) y carraspera (100%).

De todo lo antes mencionado se puede observar que en los diversos estudios el síntoma predominante es la disfonía, que por su parte también se vio en la mayoría de nuestros pacientes y fue el motivo de consulta del 87%, siendo luego el síntoma más frecuente relacionado al RFL con un 94,6%. Esto no solo coincide con otros autores, sino que además nos estaría demostrando la importancia diagnóstica de RFL como punto de partida del síntoma disfonía.

Otro aspecto interesante a remarcar es la frecuencia de tos seca crónica y prurito ya que la primera es un síntoma usualmente relacionado al mismo, por la presencia prolongada de reflujo en vía aérea alta.

Cabe destacar la importancia de que los pacientes con RFL también tienen síntomas de RGE de manera concomitante. Si nos remitimos a nuestra investigación los mismos fueron dolor retroesternal (43%), pirosis (37%), regurgitación (35%) por lo tanto, se debe tener en cuenta ya que muchas veces el paciente con estos síntomas concurre al gastroenterólogo y no al otorrinolaringólogo demorando su diagnóstico.

En relación a los signos encontrados en la videolaringoscopia, Pinedo & Cordero (2018), encontraron con mayor frecuencia eritema de aritenoides (97,9%) y edema de cuerdas vocales (87,2%), esto presenta una íntima similitud con nuestro trabajo ya que el más recurrente también fue el eritema, y el edema de cuerdas vocales, ambos presentes en el 100% de los casos, siguiéndole el edema laríngeo difuso en el 91,8%. Por otra parte, (Pérez., 2022), menciona que los signos hallados fueron, eritema (32,2 %), seguido de

granuloma (17 %) y la hipertrofia de la comisura posterior (15,3 %); de esta manera se encuentra una controversia parcial con nuestro trabajo ya que, el granuloma también estuvo presente en un bajo porcentaje de pacientes con el 32,4%, pero la principal diferencia se evidencia en la hipertrofia de la comisura posterior que no se relacionó con la presencia de RFL en nuestros pacientes.

Ahora bien, una similitud con (Pérez., 2022), fue la presencia de moco endotraqueal, la cual fue poco frecuente (26%), siendo en nuestro trabajo 43,2%.

Coincidiendo con lo antes mencionado se puede observar una fuerte relación entre el eritema de la mucosa laríngea y el RFL. La inflamación de las cuerdas vocales hace que el ventrículo laríngeo se visualice escasamente (obliterado). El edema y el eritema de la cara posterior de la laringe son el sitio clásico de la laringitis por reflujo.

Otro autor, Becker et al, 2015 (como se citó en Pérez Cue Arelys et al., 2022) señaló que en general, no hay signos laríngeos específicos. Y que la laringitis posterior, los granulomas, la pseudocisura y la obliteración ventricular se han relacionado de forma importante con el RFL. En contraposición en nuestro estudio, como se mencionó anteriormente se evidenció, que el edema subglótico, la obliteración ventricular y la hipertrofia de la comisura posterior no se asociaron con la presencia de RFL.

Doulami et al., 2018 (como se citó en Pérez Cue Arelys et al., 2022) menciona que los hallazgos endoscópicos pueden ser engañosos ya que se han demostrado que los hallazgos laríngeos típicos del reflujo son comunes en controles sanos, con una prevalencia de 64 a 93%, en nuestra experiencia no coincidimos con lo dicho por este autor ya que en nuestro trabajo queda evidenciado que la evaluación videolaringoendoscopia es la que nos lleva al diagnóstico diferencial entre laringitis por reflujo y aquella generada por nódulos, hipertonía, hipotonía, y hiatus.

Haciendo mención a los hallazgos encontrados en la videolaringoendoscopia, y que no corresponden a RFL se puede decir que, los nódulos son un pseudotumor de laringe que suelen ser frecuentes en individuos que hacen uso de una mala técnica vocal, el ejemplo más claro son los docentes. Por otro lado, la hipotonía, es frecuente en ancianos, en pacientes muy adelgazados y en aquellos pacientes que hacen un uso de las falsas cuerdas vocales dejando hipotónicas las cuerdas vocales verdaderas. Por último, la hipertonía es todo lo contrario, es la mayor tensión de las cuerdas vocales, de tal manera que al esfuerzo vocal queda de manifiesto.

Con respecto al hiatus es un escape de aire por una inadecuada aproximación de las cuerdas vocales y tanto con cuerdas vocales hipertónicas como con cuerdas hipotónicas puede estar presente, como causa de disfonía.

Se concluye que el RFL es una enfermedad común de encontrar en la práctica diaria del otorrinolaringólogo, con una amplia sintomatología.

El diagnóstico del mismo suele no ser tenido en cuenta cuando se consulta por disfonía, carraspera, tos seca, siendo esto importante de modificar ya que la sintomatología prolongada y en consecuencia un atraso en la curación o alivio de los síntomas podría llevar a grandes repercusiones, que incluso alteren la vida cotidiana del paciente.

Es importante evaluar al paciente de manera completa con una correcta historia clínica, interrogatorio de síntomas, examen físico y concluirlo con videolaringoscopia para determinar el diagnóstico. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que muchos pacientes presentan síntomas sugestivos de RFL, pero al hacer la videolaringoscopia se hallan signos no compatibles con dicha entidad.

Limitaciones

Se trató de un estudio unicéntrico realizado en una población específica, en un periodo temporal específico, asimismo la recolección de datos fue de tipo retrospectivo.

Conclusión

Entre los pacientes incluidos, un amplio porcentaje presentó como causal a las mismas RFL. Los síntomas más frecuentes relacionados al RFL fueron disfonía, tos seca, carraspera, prurito y ardor.

Los signos videolaringoscópicos relacionados a RFL fueron principalmente eritema de cuerdas vocales y edema y los hallazgos encontrados no relacionados a RFL fueron hipotonía, hiatus, nódulos e hipertonia de cuerdas vocales.

Referencias bibliográficas

Alarcón, V. y Otero, W. (2020). Laringitis por reflujo visión del otorrinolaringólogo y del gastroenterólogo (video) <https://www.youtube.com/watch?v=hRCmz1hrKZA>

Araujo, P., Oviedo, C M. y Gómez, M Z J M. (2015). *Patología otorrinolaringológica en relación al reflujo gastroesofágico*. Seorl

<https://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/092%20-%20PATOLOG%3%8DA%20OTORRINOLARINGOL%3%93GICA%20EN%20RELACI%3%93N%20CON%20EL%20REFLUJO%20GASTROESOF%3%81GICO.pdf>

Brunser, O., Cruchet, S. y Gotteland, M. (2013). *Fisiología Gastrointestinal y Nutrición*. Nestlé Chile S.A. http://www.dinta.cl/wp-content/uploads/2018/11/libro_fisiologia_gastrointestinal.pdf

Celis Aguilar, E M. (2011). Hallazgos endoscópicos asociados con el reflujo faringolaríngeo en voluntarios asintomáticos y pacientes sintomáticos. Estudio comparativo. *AN ORL MEX*, 56 (1), 26-36 <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2011/aom111e.pdf>

Cossio, P. (1982). Cabeza y cuello. En *Medicina Interna* (161-164). Editorial Medicina sexta edición.

Diamante, V. (2004). Laringe, Faringe. En *Otorrinolaringología y Afecciones Conexas* (412-469 y 370-406)- El ateneo.

Dox., Melloni. y Eisner.M. (2013). Voz. En *Diccionario Medico*. (pp.1038)

Everett, C F. y Morice, A H. (2006). Clinical history in gastroesophageal cough. *Respiratory Medicine*, 101, 345-348.[https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(06\)00245-9/fulltext](https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(06)00245-9/fulltext)

Ford, AC., Forman, D., Moayyedi, P. y Morice, A H. (2006). Cough in the community: a cross sectional survey and the relationship to gastrointestinal symptoms. *Thorax* ,61, 975–979. <https://doi.org/10.1136/thx.2006.060087>

Jiménez, F L H., Mantilla, T N. y Ospina Díaz, J. (2011). Laringitis por reflujo: La perspectiva del otorrinolaringólogo. *Revista colombiana de Gastroenterología*,26(3), 198-206 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337731603006>

Katz, P O., Kerry, B D., Schnoll-Sussman, F H., Greer, K B., Yadlapati, R. y Spechler, SJ. (2022). ACG Clinical Guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *The American Journal of Gastroenterology*,117(1) 27-56 https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2022/01000/ACG_Clinical_Guideline_for_the_Diagnosis_and.14.aspx

- Marcolongo, M., Etchevers, J., De Paula, J.A. y Varela, E. (2021). Globus Faríngeo. *IntraMed*.
<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93300>
- Nazar, R., Juan, F., Varas, M.A. y Naser, A. (2008). Reflujo faringolaríngeo: Revisión bibliográfica.
Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, 68(2), 193-198
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162008000200012>
- Olavarría, C. y Cortez, P. (2015). Reflujo faringolaríngeo: Revisión de los nuevos métodos diagnósticos. *Revista Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 75 (1), 61-66
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162015000100010>
- Pacheco, A.G., Simon, P., Hartb, A.H. y Moriceb. (2011). La relación entre el reflujo gastroesofágico y las enfermedades de la vía aérea: el paradigma del reflujo a vía aérea.
Archivos de bronconeumología, 47(4), 195-203 <https://www.archbronconeumol.org/es-la-relacion-entre-el-reflujo-articulo-S0300289611000548>
- Pacheco, A., Cobeta, I. y Wagner, C. (2013). Tos crónica refractaria. Nuevas perspectivas en diagnóstico y tratamiento. *Archivos de Bronconeumología*, 49(4), 151-159
<https://www.archbronconeumol.org/es-tos-cronica-refractaria-nuevas-perspectivas-articulo-S0300289612002803>

Pérez Cue, G. Tamargo Barbeito, T. Quesada Peña, S. Rivero Pérez, D. (2022). Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con reflujo faringolaríngeo.

Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, 6(2),35 <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/354/492>

Pinedo, C F. y Cordero, T L. (2018). Correlación entre la sintomatología y los hallazgos laringoscópicos en pacientes con cuadro clínico de reflujo faringolaríngeo en un hospital nacional de tercer nivel. *Acta Médica Peruana*, 35(4), 223-228 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000400006

Prades, J M. y Asanau, A. (2011). Anatomía y fisiología del esófago. *EMC Otorrinolaringología*,40(4) 1-15 [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(11\)71174-2](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(11)71174-2)

Remes Troche, J M. y Azamar Jacome, A A. (2010). Laringitis por reflujo: ¿Mito o realidad? *Gen*, 64(2), 124-131 www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim106g.pdf

Anexos

Anexo 1- Autorización de la tutora a entrega anteproyecto

Rosario, 12 de MAYO 2022.

Quien suscribe la nota, **Prof. Dra. Gasparetti Mariela** en carácter de tutor de la Universidad Abierta Interamericana, por medio de la presente autorizo la entrega del Anteproyecto; parte del trabajo de investigación de la practica final obligatoria de la carrera de Medicina de la alumna y autor **Rebecchi, Fiorella** habiendo supervisado el plan correspondiente de investigación.

Sin otro particular, los saludo cordialmente.

Dra. MARIELA GASPARETTI
OTORRINOLARINGOLOGÍA
MAT. N° 12335
F.C.E. 4/1/082

Dra. Gasparetti Mariela

Rosario, 12 de MAYO 2022.

Anexo 2- Autorización a acceder a historias clínicas grupo GNO Instituto Cruz Azul

Dr.

Gasparetti Mariela

Otorrinolaringólogo de Instituto Cruz Azul de la ciudad de Rosario, Santa Fe.

Yo, Fiorella Rebecchi; me dirijo a usted por medio de la presente; con motivo de encontrarme realizando las practicas finales obligatorias de la carrera de medicina en Universidad Abierta Interamericana; con el fin de solicitar la correspondiente autorización para utilizar los datos contenidos en historias clínicas atendidos en el Instituto Cruz Azul del servicio de otorrinolaringología con el fin de realizar la tesis de mi trabajo final.

La obtención de datos será supervisada por la Dr. Gasparetti Mariela quien está a cargo de la tutoría de mi trabajo final.

Hago mención que el trabajo en cuestión es requisito esencial de la Universidad Abierta Interamericana para culminar con mis estudios y obtener título de médico.

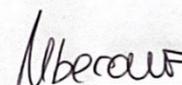
Agradezco su colaboración que permitirá la culminación de mis estudios de pregrado.

Saludos cordiales

Atentamente


Dra. MARIELA GASPARETTI
OTORRINOLARINGÓLOGA
MAT. N° 12335
R.E. N° 12335

Dr. Gasparetti Mariela


Rebecchi Fiorella

Anexo 3- Autorización entrega trabajo final por la tutora

Rosario, 27 de octubre 2022

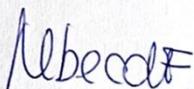
Señor director de la carrera de medicina Universidad Abierta Interamericana

Dr Jorge Guillermo Kilstein

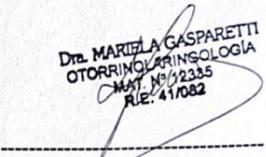
S/d

Quien suscribe, **Dra. Gasparetti Mariela**, en condición de tutora del trabajo final de la alumna **Rebecchi Fiorella**, DNI 40774463, de la carrera de Medicina, hace constar a Ud. Por medio de la presente, que he leído en su totalidad el trabajo final titulado **“La relación entre el reflujo gastroesofágico y su repercusión en vías aéreas superior desde una perspectiva otorrinolaringológica”** aceptando el mismo y autorizando la entrega de dicho trabajo final. Así mismo le informo a Ud. Que me comprometo a asistir en el momento en el cual se lleve a cabo la defensa del respectivo trabajo.

Sin otro particular, lo saludo muy atentamente



Rebecchi Fiorella



Dra. MARIELA GASPARETTI
OTORRINOLARINGOLOGÍA
MAT. N° 12335
R.E. 417082

Dra. Gasparetti Mariela