

Evaluación y manejo del reflujo laringo-faríngeo

Ford ND et al. JAMA 2005; 294:1534-40.

Objetivo

Brindar un abordaje práctico para la evaluación y el manejo del reflujo laringofaríngeo (RLF)

Fuentes de Datos

Base de datos de revisiones sistemáticas de Pubmed y Cochrane, revistas especializadas y listas de referencias secundarias.

Selección de Estudios

Las palabras utilizadas para la búsqueda bibliográfica fueron: laryngopharyngeal reflux, laryngopharyngeal reflux fundoplication, laryngopharyngeal reflux, PPI treatment, and gastroesophageal reflux AND laryngitis.

Extracción de Datos

No referida.

Resultados Principales

El reflujo del contenido gástrico es una de las causas más frecuentes de patología laríngea. Pequeñas cantidades de reflujo, que ocurren en posición erecta y durante el día, causan daño en los tejidos laríngeos y producen síntomas. A diferencia del reflujo gastroesofágico clásico, el RLF no suele asociarse a esofagitis, pirosis o síntomas de regurgitación. No existe un síntoma característico o hallazgo patognomónico, pero se debe sospechar en pacientes con síntomas laríngeos crónicos. En ellos se pueden aplicar dos índices diagnósticos: uno clínico, el Índice de Síntomas de Reflujo¹ (ISR); y otro laringoscópico, la Puntuación de Hallazgos de Reflujo² (PHR). Ver tabla 1.

Existen tres maneras de diagnosticar el RLF: 1) la buena respuesta a las medidas higiénico dietéticas y al tratamiento empírico en pacientes con ISR positivo, 2) la observación endoscópica de alteraciones de la mucosa laríngea o RFS sugestivo, 3) la demostración de episodios de reflujo por impedancia, monitoreo del pH o esofagograma con trago de bario. La impedancia intraluminal multicanal ambulatoria mejora la precisión diagnóstica e identifica al reflujo líquido y gaseoso, así como los eventos de reflujo no ácido que son realmente significativos en la confirmación de RLF. Muchos pacientes responden a los cambios higiénico-dietéticos y al tratamiento médico, aunque para lograr la desaparición de los síntomas y la reestructuración de los tejidos laríngeos, la mayoría requiere un tratamiento más agresivo y prolongado que el del reflujo gastroesofágico clásico. Las intervenciones quirúrgicas como la fundoplicatura laparoscópica son útiles en casos seleccionados refractarios al tratamiento.

Conclusiones

El reflujo laringofaríngeo se debe sospechar cuando los antecedentes y los hallazgos laringoscópicos son sugestivos. La falla en un tratamiento realizado durante tres meses con dosis adecuadas de inhibidores de la bomba de protones y cambios en los hábitos higiénico dietéticos, indican la necesidad de realizar estudios confirmatorios. Los más útiles son la impedancia intraluminal multicanal y el monitoreo de pH.

Fuente de financiamiento: no referida



Tabla 1

Índice de síntomas de reflujo (ISR)	Hallazgos en la rinofibrolaringoscopia (PHR)
El paciente debe dar a cada síntoma una puntuación de 0 a 5, considerándose anormal una suma mayor a 13.	Más de siete puntos implica una probabilidad de 95% de padecer reflujo faríngeo laríngeo.
<ul style="list-style-type: none"> •Disfonía. •Carraspeo. •Exceso de moco faríngeo o goteo retrorinal. •Dificultad para la deglución. •Tos después de comer o al acostarse. •Dificultad respiratoria. •Sensación de cuerpo extraño faríngeo. •Ardor o dolor retroesternal o indigestión. •Tos molesta. 	<ul style="list-style-type: none"> •Pseudosulcus (edema infraglotico) (0: ausente/2: presente) •Obliteración ventricular (2: parcial/4: completo) •Eritema e hiperemia (2: solo aritenoides/4: difuso) •Edema de las cuerdas vocales (1:leve/2: moderado/3: severo/4:polipoideo) •Edema laríngeo difuso (1:leve/2: moderado/3: severo/4: obstructivo) •Hipertrofia de la comisura posterior (1:leve/2: moderado/3: severo/4: obstructivo) •Granuloma (0: ausente/2: presente) •Moco espeso endolaríngeo (0: ausente/2: presente)

Comentario

El ISR¹ es un instrumento validado para documentar la existencia y el grado de RLF antes y después del tratamiento; mientras que la puntuación de PHR² fue desarrollada para documentar los signos laringoscópicos más frecuentes en pacientes con RLF (Ver tabla 1). El tratamiento antirreflujo posee dos objetivos simultáneos: 1) detener y mejorar el proceso inflamatorio laríngeo inhibiendo la secreción ácida gástrica; 2) reconstituir las barreras antirreflujo normales en el organismo³. Para el tratamiento del RLF moderado y severo, la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello recomienda el uso de inhibidores de la bomba de protones a dosis

máxima dos veces por día durante un mínimo de seis meses; la primera dosis antes del desayuno y la segunda, por la tarde antes de la cena⁴.

Conclusiones de la comentadora

Se estima que 50% de los pacientes con sintomatología laríngea o patología vocal presenta RFL. El médico debe estar alerta para identificar aquellos pasibles de ser evaluados con el cuestionario de síntomas de reflujo, con el objetivo de seleccionar los candidatos a ser sometidos a una fibrolaringoscopia y/o comenzar el tratamiento adecuado.

* ver glosario

Gabriela M. Pérez Raffo [Médica Especialista en Otorrinolaringología. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Pérez Raffo G. Evaluación y manejo del Reflujo Laringofaríngeo. Evid. Actual. Práct. Ambul. 9(3);74. May-Jun. 2006. Comentario de Ford ND. **Evaluation and management of Laryngopharyngeal Reflux.** JAMA. 2005; 294:1534-40. PMID: 16189367.

Referencias

1. Belafsky PC et al. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). 2002 Jun;16(2):274-7.
2. Belafsky PC et al. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). Laryngoscope. 2001 Aug;111(8):1313-7
3. Postman GN et al. Treatment of laryngopharyngeal reflux. Ear Nose Throat J. 2002 Sep;81 (9 Suppl 2):24-6.
4. Koufman JA et al. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Otolaryngol Head Neck Surg. 2002 Jul;127(1):32-5.