

13
2ej' 11236



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado**

**HOSPITAL GENERAL ' DR. MANUEL GEA GONZALEZ''
S. S.**

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

**REPERCUSIONES LARINGEAS EN
PACIENTES CON ESOFAGITIS**

**TESIS DE POSTGRADO
Para obtener el Título de la
ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA
p r e s e n t a**

DR. JOSE LUIS MEDINA GODINEZ



FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES:

Neelun

DR. JORGE CORVERA BERNARDELLI
PROFESOR TITULAR DEL CURSO.

Alfredo Chi Chan

DR. ALFREDO CHI CHAN
ASESOR

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

SUBDIRECCION
DE INVESTIGACION

[Signature]
DRA. DOLORES SAAVEDRA ONTIVEROS
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACION.

HOSPITAL GENERAL
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

[Signature]
DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA.

[Signature]
DR. JOSE R. ARRETA GOMEZ
JEFE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

INDICE:

ANTECEDENTES	5
MATERIAL Y METODO	10
RESULTADOS	11
DISCUSION	13
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFIA	15
TABLAS	17

ANTECEDENTES:

EL INTERES EN VISUALIZAR ESTRUCTURAS INTERNAS DEL CUERPO HUMANO COMO LA LARINGE, SE REMONTA A LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XIX, CUANDO BOZZINI, BABINGTON, LISTON, GARCIA Y OTROS INTENTARON VER LA LARINGE CON UN ESPEJO, VALIENDOSE DE LA LUZ SOLAR O DE LA LUZ ARTIFICIAL CON UNA VELA (1). FUE SOLO CON LOS TRABAJOS Y ENSEÑANZAS DE CZERMAK, TURCK Y MCKENZIE QUE LA LARINGOSCOPIA INDIRECTA SE CONVIRTIÓ EN UN PROCEDIMIENTO PRACTICO PARA INSPECCIONAR LOS ELEMENTOS ANATOMICOS Y LA FUNCION DE LA LARINGE Y DESPUES SE PUDIERON REALIZAR OPERACIONES SENCILLAS CON EL ESPEJO. CON ESTOS ADELANTOS NACE LA LARINGOLOGIA COMO UNA ESPECIALIDAD MEDICA APARTE (1).

LA SEGUNDA FASE DEL ADELANTO DE LA LARINGOLOGIA COMENZO CON KIPSTEIN (1985) Y KILLIAN, QUIENES DESARROLLARON INSTRUMENTOS PARA VISUALIZAR LA LARINGE DIRECTAMENTE CON ILUMINACION EXTERNA (1).

JACKSON Y BRUNINGS MONTARON LUFAS EN SUS LARINGOSCOPIOS PARA VER LESIONES LARINGEAS YA EN LA DECADA DE 1920. HINSELMANN ADOPTO EN 1925 LA MAGNIFICACION PARA VER LAS ALTERACIONES PATOLOGICAS INCIPIENTES DEL CUELLO UTERINO, PROCEDIMIENTO QUE SE LLAMA COLPOSCOPIA Y REGISTRARLAS MEDIANTE COLPOFOTOGRAFIA. EN 1953, ALBRECHT ADOPTO ESTA MISMA TECNICA FOTOGRAFICA PARA REGISTRAR LAS ALTERACIONES DE LA MUCOSA ORAL Y DE LAS CUERDAS VOCALES VISUALIZADAS MEDIANTE LA LARINGOSCOPIA INDIRECTA.

EN 1962 SE DESARROLLO UN NUEVO LARINGOSCOPIO PARA VISION MAGNIFICADA BINOCULAR CON ILUMINACION DE FIBRA OPTICA (1).

EN 1928 JACKSON Y JACKSON FUERON LOS PRIMEROS EN DESCRIBIR EL GRANULOMA DE CONTACTO EN LA LARINGE, EN PACIENTES CON TOS NOCTURNA Y SENSACION DE ESTRANGULAMIENTO Y ATRIBUYERON ESTOS PROBLEMAS A ASPIRACION CRONICA DE LAS SECRECIONES ORALES (2). COMO DATO IMPORTANTE SE DEBE MENCIONAR QUE VON LENDEN Y MOORE EN 1958 EN SUS TRABAJOS DE FISIOLOGIA LARINGEA, PUBLICARON QUE DURANTE EL ACLARAMIENTO REPETITIVO DE LA GARGANTA, SE PRODUCE APROXIMACION VIOLENTA DE LOS ARITENOIDES (3).

EL MERITO DEL DESCUBRIMIENTO DE LA ASOCIACION DEL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO CON PATOLOGIA LARINGEA ES PARA CHERRY Y DELAHUNTY. CHERRY EN 1968 POSTULA COMO FACTOR ETIOLOGICO DE LAS ULCERAS Y GRANULOMAS LARINGEOS, AL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO Y POSTERIORMENTE JUNTO CON DELAHUNTY REALIZAN UN ESTUDIO EN PERROS A LOS CUALES LES PRODUCEN ULCERACIONES DE LA MUCOSA LARINGEA APLICANDO DIRECTAMENTE SECRECIONES GASTRICAS (4). POSTERIORMENTE EN 1970 DELAHUNTY Y ARDRAN ATRIBUYEN LA CAUSA DEL GLOBUS HISTERICUS AL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO; POSTULADO QUE FUE CONFIRMADO POSTERIORMENTE EN 1977 POR CHODOSH (5).

HALLEWELL Y DOLE EN 1970 DAN TRATAMIENTO ANTIREFLUJO A 22 PACIENTES CON HERNIA HIATAL Y REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO QUE PRESENTABAN SINTOMAS TALES COMO

SENSACION FARINGO-LARINGEA DE CUERPO EXTRAÑO, DISFONIA, DOLOR DE CUELLO, OTALGIA Y TOS INTRATABLE, DESAPARECIENDO LA SINTOMATOLOGIA (6).

DELAHUNTY EN 1972 HACE PUBLICA LA ASOCIACION ENTRE REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO Y QUERATOSIS DEL TERCIO POSTERIOR DE LA LARINGE. WARD Y BERCI EN 1982 POSTULAN QUE EL EDEMA ARITENOIDEO Y EL ERITEMA PUEDEN PROGRESAR A UNA ULCERA Y GRANULOMA (3).

EL ESOFAGO ACTUA PREDOMINANTEMENTE COMO UN TUBO CONECTOR PARA TRASPORTAR EL ALIMENTO DE LA BOCA AL ESTOMAGO (7). EXISTE UN CONTROL COMPLEJO DEL SISTEMA NERVIOSO SOBRE LA DEGLUCION, DONDE ACTUAN ESTRUCTURAS NERVIOSAS COMO LOS PARES CRANEALES V, IX Y X, ESTRUCTURAS ENCEFALICAS Y AREAS DE LA CORTEZA CEREBRAL PARA INTEGRAR LA INFORMACION Y ACTIVAR EL CENTRO DE LA DEGLUCION PARA FORMAR LA RESPUESTA MOTORA A TRAVES DEL NUCLEO MOTOR Y FINALMENTE DE LOS PARES CRANEALES V, VII, X Y XII. (8).

EN EL HOMBRE EL TERCIO SUPERIOR DEL ESOFAGO ESTA RODEADO DE MUSCULO ESQUELETICO; Y LOS DOS TERCIOS INFERIORES LO ESTAN DE MUSCULO LISO. EN REPOSO LA APERTURA QUE COMUNICA LA HIPOFARINGE CON EL ESOFAGO ESTA CERRADA. CUANDO LOS MUSCULOS DE ESTA REGION SE HALLAN RELAJADOS, LAS TENSIONES ELASTICAS PASIVAS DE LAS PAREDES CIERRAN EL ESFINTER HIPOFARINGEO. AL INICIAR LA DEGLUCION SE ABRE EL ESFINTER POR LA CONTRACCION DE LOS MUSCULOS, Y UNA VEZ QUE EL BOLO ALIMENTICIO ESTA EN EL ESOFAGO, SE RELAJAN LOS MUSCULOS Y SE VUELVE AL ESTADO ORIGINAL DE REPOSO. EN ESTE MOMENTO SE INICIA UNA ONDA DE CONTRACCION EN LAS PAREDES ESOFAGICAS QUE SE PROPAGA HASTA EL ESTOMAGO PARA TRANSPORTAR EL BOLO. MIENTRAS NO EXISTA LA DEGLUCION, EL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR SE ENCUENTRA TONICAMENTE CONTRAIDO. EN EL ESOFAGO INTRATORACICO SE MANTIENE UNA PRESION SUBATMOSFERICA DE -5 A -10 mmHg. SI SE ELEVA LA PRESION DE LA CAVIDAD ABDOMINAL, LAS PRESIONES TANTO DEL CONTENIDO DEL ESTOMAGO COMO DE ESTE SEGMENTO DEL ESOFAGO, SE ELEVAN CONJUNTAMENTE Y NO OCURRE CAMBIO ALGUNO EN EL GRADIENTE DE PRESION QUE HAY ENTRE LOS DOS (9). LAS PRESIONES DEL ESFINTER SUPERIOR Y DEL INFERIOR DEL ESOFAGO SON RADIALMENTE ASIMETRICAS. EN EL ESFINTER SUPERIOR, LAS PRESIONES NORMALES EN SENTIDO ANTEROPOSTERIOR (120 mmHg), SON MUCHO MAYORES QUE LAS PRESIONES EN SENTIDO LATERAL (50 mmHg). EN EL ESFINTER INFERIOR, LAS PRESIONES EN EL LADO IZQUIERDO (40 mmHg), SON DOS VECES SUPERIORES A LAS DEL LADO DERECHO. LOS VALORES NORMALES DE LAS PRESIONES DE LOS ESFINTERES VARIAN AMPLIAMENTE DE UN LABORATORIO A OTRO. (10).

EN LO REFERENTE A LAS ENFERMEDADES ESOFAGICAS EL 90% LO OCUPA EL REFLUJO EN VARIOS GRADOS DE IMPORTANCIA. UN 10% DE LA POBLACION SE ENCUENTRA AFECTADA, AUNQUE EXISTEN SERIES QUE HABLAN HASTA DE UN 25%. DE LOS PACIENTES CON REFLUJO EL 80% TIENEN PROBLEMA DE DISFAGIA Y

DE MENOS LA MITAD DE ELLOS ES DE ORIGEN CRICOFARINGEO. UN NUMERO SIGNIFICANTE DE PACIENTES PRESENTAN SINTOMAS RESPIRATORIOS Y UN PEQUEÑO PERO SIGNIFICANTE NUMERO, DESARROLLAN CANCER DE ESOFAGO (8).

EL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO SUCEDE CUANDO DISMINUYE LA PRESION DE REPOSO DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR POR DEBAJO DE UN NIVEL CRITICO. LA PRESION DE REPOSO ADECUADA DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, ES LA BARRERA PRIMARIA QUE PROTEGE AL ESOFAGO. LA DISMINUCION DE LA PRESION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR EN REPOSO, PUEDE ESTAR ASOCIADA O NO A UN TRASTORNO DE ENFERMEDAD EVIDENTE. EN MUCHOS PACIENTES CON REFLUJO, APARENTEMENTE LA ANATOMIA ES NORMAL Y NO EXISTE ENFERMEDAD ORGANICA.

SI BIEN EL REFLUJO PUEDE ESTAR ASOCIADO CON HERNIA DESLIZANTE, EL HECHO FISIOPATOLOGICO ESENCIAL ES LA INCOMPETENCIA DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR. NO LA ALTERACION ANATOMICA (9).

LA ESOFAGITIS REPRESENTA UNA MANIFESTACION DE LA DESUSADA SENSIBILIDAD DE LA MUCOSA DEL ESOFAGO A DIVERSOS AGENTES, EN PARTICULAR ACIDOS Y ALCALIS FUERTES, QUE PUEDEN SER ENDOGENOS O EXOGENOS. LA CAUSA MAS COMUN DE ESOFAGITIS ES EL REFLUJO DEL JUGO GASTRICO ACIDO HACIA EL INTERIOR DEL ESOFAGO (11).

LA LARINGE ES UNA ESTRUCTURA SITUADA EN EL CUELLO Y ESTA CONSTITUIDA POR ELEMENTOS OSEOS, CARTILAGINOSOS, MUSCULARES Y MEMBRANOSOS. LA PORCION OSEA SE ENCUENTRA CONSTITUIDA POR EL HUESO HIOIDES. LA PORCION CARTILAGINOSA POR LOS CARTILAGOS TIROIDES, CRICOIDES, EPIGLOTIS, ARITENOIDES, CUNEIFORMES Y CORNICULADOS. LA PORCION MUSCULAR SE DIVIDE EN MUSCULOS EXTRINSECOS, ACCESORIOS E INTRINSECOS. LA PORCION MEMBRANOSA POR LA MEMBRANA CUADRANGULAR Y LA MEMBRANA TRIANGULAR (CONO ELASTICO).

LAS FUNCIONES BASICAS DE LA LARINGE SON LA RESPIRACION, LA FONACION Y LA PROTECCION DE LAS VIAS AEREAS (12). EN AÑOS RECIENTES HA AUMENTADO EL INTERES POR EL PAPEL QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO EN ALGUNOS SINTOMAS Y ENFERMEDADES MAL COMPRENDIDOS. PARA EL OTORRINOLARINGOLOGO Y CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO LAS ZONAS AFECTADAS INCLUYEN LA LARINGE (ESPECIALMENTE LA PARTE POSTERIOR), TRASTORNOS DE LA DEGLUCION Y ALGUNOS TRASTORNOS PULMONARES (13). LA DIVERSIDAD DE SINTOMAS LARINGEOS A VECES CREA VERDADERA CONFUSION; INCLUYEN, TOS, CRISIS DE AHOGO, ACLARAMIENTO DE LA GARGANTA, SORDERA VAGA, ETC. DIVERSOS AUTORES HAN SUGERIDO QUE ESTOS SINTOMAS SUELEN DEPENDER DEL REFLUJO DEL CONTENIDO ACIDO DEL ESTOMAGO (5,9,10). UNA VIEJA TEORIA CULPA DE ESTOS SINTOMAS A LA DESCARGA RETRONASAL, DESCRITA POR JACKSON Y WARD(13,14), COMO CAUSA DE ACLARAMIENTO DE LA GARGANTA, EL CUAL ES EL SINTOMA COMUN EN PERSONAS CON LAS DENOMINADAS ULCERAS DE CONTACTO, HAY DATOS CIRCUNSTANCIALES QUE SE VAN ACUMULANDO E INDICAN QUE LA TEORIA DE LA DESCARGA RETRONASAL DEBE ABANDONARSE EN FAVOR DE OTRA MAS PLAUSIBLE, LA DEL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO.

AL EXAMINAR PACIENTES CON LOS SINTOMAS SEÑALADOS, NO ES RARO DESCUBRIR ERITEMA EN LA REGION DE LOS ARITENOIDES, Y AUN INFLAMACION DEL TERCIO POSTERIOR DE LAS CUERDAS VOCALES VERDADERAS. EL TRASTORNO SE DENOMINA LARINGITIS POSTERIOR O ACIDA. EL TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS POSTERIOR CON UN PROGRAMA DIRIGIDO A COMBATIR EL REFLUJO, HA MEJORADO LA SITUACION EN ALGUNOS CASOS (15, 16).

CHERRY Y MARGULIES SEÑALARON QUE LAS ULCERAS DE CONTACTO SON REBELDES AL TRATAMIENTO ESTANDAR, Y CONSIDERAN QUE LO QUE LLAMARON ABUSO O EMPLEO INADECUADO DE LAS CUERDAS VOCALES, ERA EL PRICIPAL FACTOR CAUSAL, PERO INDICARON QUE LA REHABILITACION Y LA SUPRESION DE GRANULACIONES EN LA LARINGE RARAMENTE PROPORCIONA GRAN BENEFICIO. EL TRATAMIENTO ANTIREFLUJO SE TORNA EN UNA IMPORTANTE MEJORIA DE LA SINTOMATOLOGIA Y LLEVA A UNA CURACION DE LA ULCERA (13, 15).

ULTIMAMENTE SE HA DADO MINIMA IMPORTANCIA AL PAPEL DE LA CIRUGIA EN LA ULCERA DE CONTACTO AL OBSERVAR SUS FRACASOS, Y ESTOS DEPENDEN DE LA CREACION DE UNA GRAN SUPERFICIE DENUDADA EXPUESTA AL ACIDO GASTRICO DEL REFLUJO. LA CIRUGIA DEBE RETRASARSE EN FAVOR DE UN ENSAYO DE TERAPEUTICA ANTIACIDA. EN CASOS EN LOS CUALES NO SE LOGRA LA CURACION, DEBE EFECTUARSE UNA PEQUENA BIOPSIA PARA EXCLUIR UN CARCINOMA (13).

FEDER Y MITCHELL (17), PROBARON QUE LOS GRANULOMAS DE LAS APOFISIS VOCALES DE LOS ARITENOIDES EN REALIDAD PUEDEN SER DE TRES TIPOS: HIPERFUNCIONALES, POR ABUSO DE LA VOZ Y POR ACLARAMIENTO EXCESIVO DE LA GARGANTA; HIPERACIDOS, POR REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO, Y POR INTUBACION. LA CIRUGIA SE ENCUENTRA CONTRAINDICADA A MENOS QUE EXISTA OBSTRUCCION DE LA VIA AEREA; SE INSISTE EN LA TERAPEUTICA DE LA VOZ Y EN UN INTENSO REGIMEN ANTIACIDO EN TODOS LOS CASOS, SEAN CUALES SEAN LOS SINTOMAS. ESTA COMPROBADO, QUE EL TRATAMIENTO DEBE EFECTUARSE UN AÑO O MAS (13, 18).

EL REFLUJO ACIDO DEL ESTOMAGO ES UN FACTOR DESENCADENANTE DEL CARCINOMA DE LARINGE Y DE ESOFAGO. EN CUANTO AL GRANULOMA POST-INTUBACION SE HAN ENCONTRADO CASOS EN LOS QUE EXISTE UN FACTOR IRRITANTE ADICIONAL PARA EL FRACASO DE LA CURACION, Y EN DICHS PACIENTES ESTE FACTOR ES CON SEGURIDAD EL REFLUJO ACIDO. TAMBIEN SE HAN REPORTADO CASOS DE ARTRITIS INFLAMATORIA DE LAS ARTICULACIONES CRICOARITENOIDEAS. EXISTEN PUES BASTANTES DATOS QUE INDICAN QUE EL ACIDO QUE REFLUYE DEL ESTOMAGO EJERCE UNA ACCION CLINICAMENTE DEFINIDA SOBRE LA LARINGE. PROBABLEMENTE, ES CAUSA DE ALGUNAS LARINGITIS, DEL ACLARAMIENTO CONTINUO DE LA VOZ, DE CRISIS DE AHOGO, DE TOS Y DISFONIA. TAMBIEN PARECE MUY PROBABLE QUE LA ULCERA DE CONTACTO EN LA LARINGE ES EN REALIDAD UNA ULCERA PEPTICA. ES POSIBLE SUPONER QUE EL REFLUJO DEL CONTENIDO GASTRICO HACIA LA LARINGE, TENGA EFECTOS MUCHO MAS IMPORTANTES COMO LA IRRITACION CRONICA QUE PUEDA CAUSAR CARCINOMA. (13).

EN EL CASO DE LA SENSACION DE GLOBO, LA DISFAGIA BUCOFARINGEA Y DEL DIVERTICULO DE ZENKER, ESTAMOS ANTE PROCESOS MAL COMPRENDIDOS, QUE PUEDEN TENER

CAUSAS MULTIPLES ENTRE LAS CUALES SE ADMITE QUE EL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO DESEMPEÑA UN IMPORTANTE PAPEL (13).

WILSON Y COLS. (19), REFIEREN QUE EL TABAQUISMO JUEGA UN PAPEL MAS IMPORTANTE EN ESTE TIPO DE LESIONES LARINGEAS, MAS QUE EL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO Y CONSIDERAN QUE EL PAPEL DE ESTE ULTIMO ES SOBRESTIMADO, YA QUE EN UN ESTUDIO REALIZADO EN 97 PACIENTES ENCONTRARON QUE SOLO 17 TUVIERON LARINGITIS POSTERIOR Y REFLUJO, 14 TUVIERON REFLUJO SIN LARINGITIS Y 24 TUVIERON LARINGITIS SIN REFLUJO. EN SUS CONCLUSIONES MENCIONAN COMO FACTOR ETIOLÓGICO PRINCIPAL AL TABAQUISMO.

TOMANDO EN CUENTA LO QUE SE HA MENCIONADO ES NECESARIO CUESTIONARSE ¿CON QUE FRECUENCIA Y CUALES SON LAS LESIONES LARINGEAS QUE SE PRESENTAN EN LOS PACIENTES CON ESOFAGITIS?

EXISTEN EN LA LITERATURA UN GRAN NUMERO DE PUBLICACIONES ACERCA DEL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO Y PROBLEMAS ASOCIADOS, INCLUYENDO PATOLOGIA LARINGEA MUY VARIADA, DESDE LA DISFONIA OCASIONAL CON MOLESTIAS VAGAS, CON ERITEMA Y EDEMA DE ALGUNAS ESTRUCTURAS LARINGEAS HASTA EL CARCINOMA LARINGEO. ASI MISMO EXISTEN PUBLICACIONES QUE CONSIDERAN EXAGERADAS ESTAS ASOCIACIONES.

EN LA POBLACION GENERAL, EL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO ES COMUN Y EN ALGUNAS PERSONAS ES INOFENSIVO. UNA MANERA OBJETIVA DE CUANTIFICAR EL REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO ES POR MEDIO DE MEDICIONES DEL pH, DESGRACIADAMENTE EN NUESTRO MEDIO POCOS SON LOS CENTROS HOSPITALARIOS QUE REALIZAN ESTE ESTUDIO. LA PRESENCIA DE ESOFAGITIS ES OTRO INDICADOR IMPORTANTE DE REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO QUE ESTA PRODUCIENDO LESION.

EL ESTUDIO NASOLARINGOSCOPICO ES PRACTICAMENTE SENCILLO Y NO IMPLICA GRANDES MOLESTIAS NI PARA EL PACIENTE NI PARA EL MEDICO. EN EL DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DE NUESTRO HOSPITAL CONTAMOS CON EL EQUIPO NECESARIO PARA LLEVARLO ACABO Y ASI DIAGNOSTICAR LESIONES LARINGEAS BAJO VISION DIRECTA EN FORMA RAPIDA Y PRECISA, AUN AQUELLAS EN ETAPAS INCIPIENTES, ADEMAS QUE NO IMPLICA NINGUN PROBLEMA DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONOMICO.

LOS OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO SON ESTABLECER LA FRECUENCIA Y TIPOS DE LESIONES LARINGEAS EN PACIENTES CON ESOFAGITIS, MEDIANTE EL USO DE LARINGOSCOPIA INDIRECTA Y NASOLARINGOSCOPIA, Y BUSCAR UNA RELACION ENTRE EL GRADO DE ESOFAGITIS Y LESION LARINGEA.

ESTE ESTUDIO ES DESCRIPTIVO, ANALITICO, OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO Y TRANSVERSAL.

MATERIAL Y METODO:

NUESTRO UNIVERSO DE ESTUDIO CONSISTIO EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ", EN UN PERIODO DE SEIS MESES.

SE INCLUYERON PACIENTES MAYORES DE 25 AÑOS DE CUALQUIER SEXO CON DIAGNOSTICO CLINICO Y ENDOSCOPICO DE ESOFAGITIS. TODOS ELLOS ACEPTARON COOPERAR DE MANERA VOLUNTARIA EN EL ESTUDIO.

SE EXCLUYERON PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS DE EDAD Y PACIENTES QUE PRESENTABAN ALGUNA PATOLOGIA DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES O INFERIORES.

SE ELIMINARON A LOS PACIENTES QUE CON DIAGNOSTICO CLINICO DE ESOFAGITIS, NO SE LES COMPROBO POR MEDIO DE ENDOSCOPIA.

EL GRADO DE LA ESOFAGITIS SE CLASIFICO EN CUATRO GRADOS I, II, III Y IV QUE CORRESPONDEN RESPECTIVAMENTE A: ERITEMA, EROSION, ULCERAS SUPERFICIALES Y ULCERAS AMPLIAS Y/O PROFUNDAS.

PARA EL DIAGNOSTICO LARINGEO SE UTILIZO LARINGOSCOPIA INDIRECTA Y NASOLARINGOSCOPIA QUE FUERON REALIZADAS POR DOS OBSERVADORES QUE EN TODOS LOS CASOS FUERON LOS MISMOS. PARA LA NASOLARINGOSCOPIA SE UTILIZO UN NASOFARINGOSCOPIO MARCA PENTAX, MODELO FNL-105 Y FUENTE DE LUZ CONVENCIONAL PENTAX. SE REALIZO RINOSCOPIA DE RUTINA, INTRODUCIENDO EN LA NARIZ ANESTESICO TOPICO Y VASOCONSTRICTOR (XILOCAINA SIMPLE Y XILOMETAZOLINA). EN LA OROFARINGE LA ANESTESIA SE APLICO EN FORMA DE SPRAY UTILIZANDO TAMBIEN XILOCAINA SIMPLE.

SE RECOLECTARON LOS SIGUIENTES

DATOS DE CADA PACIENTE:

- 1) NOMBRE, EDAD, SEXO Y OCUPACION.
- 2) TABAQUISMO, FRECUENCIA Y TIEMPO DE ADICCION.
- 3) ALCOHOLISMO, FRECUENCIA Y TIEMPO DE ADICCION.
- 4) TOS CRONICA.
- 5) DISFONIA PERSISTENTE.
- 6) NECESIDAD DE ACLARAR LA ZONA FARINGO-LARINGEA.
- 7) DISFAGIA INFERIOR O SUPERIOR.
- 8) SENSACION URENTE FARINGO-LARINGEA.
- 9) SENSACION DE GLOBO FARINGO-LARINGEO.
- 10) PIROSIS.
- 11) SENSACION URENTE EN TORAX.

EN EL EXAMEN SE OBSERVARON CUIDADOSAMENTE CADA UNA DE LAS ESTRUCTURAS LARINGEAS EN BUSCA DE ANOMALIAS.

RESULTADOS:

SE ESTUDIARON 20 PACIENTES, 13 DEL SEXO FEMENINO Y 7 DEL SEXO MASCULINO. LAS EDADES FLUCTUARON ENTRE 29 Y 82 AÑOS CON UNA MEDIANA DE 55 AÑOS. TODOS LOS PACIENTES TUVIERON ESOFAGITIS COMPROBADA POR ESOFAGOSCOPIA, LA CUAL FUE CLASIFICADA DE LA MANERA YA DESCRITA. LA FRECUENCIA Y GRADO DE ESOFAGITIS FUE LA SIGUIENTE:

7 PACIENTES (35%)	GRADO I.
7 PACIENTES (35%)	GRADO II.
5 PACIENTES (25%)	GRADO III.
1 PACIENTE (5%)	GRADO IV.

LA UNICA LESION LARINGEA ENCONTRADA FUE ERITEMA. POR LO TANTO LOS HALLAZGOS LARINGEOS SE CLASIFICARON EN GRADOS DEL 0 AL III DE LA SIGUIENTE MANERA:

GRADO 0: AUSENCIA DE ERITEMA.
 GRADO I: ERITEMA LIMITADO A ARITENOIDES.
 GRADO II: ERITEMA DE ARITENOIDES Y TERCIO POSTERIOR DE LAS CUERDAS VOCALES.
 GRADO III: ERITEMA DE ARITENOIDES Y DE TODA LA EXTENSION DE LAS CUERDAS VOCALES.

DE LOS 20 PACIENTES, 12 (60%) TUVIERON LESION LARINGEA Y 8 (40%) NO TUVIERON LESION LARINGEA. EL GRADO Y FRECUENCIA DE LESION LARINGEA EN RELACION AL GRADO DE ESOFAGITIS SE OBSERVA EN LA TABLA 1. SE REALIZO UNA PRUEBA EXACTA DE FISHER ENTRE LA LESION LARINGEA Y GRADO DE ESOFAGITIS NO ENCONTRANDO SIGNIFICANCIA ESTADISTICA CON UNA $p > 0.05$.

EN EL ESTUDIO SE ENCONTRO QUE LOS PACIENTES CON ESOFAGITIS PRESENTABAN UNA GRAN VARIEDAD DE SINTOMATOLOGIA CLINICA, TALES COMO: PIROSIS, SENSACION URENTE DE TORAX Y DE ZONA FARINGO-LARINGEA, ACLARAMIENTO FARINGOLARINGEO, SENSACION DE GLOBO, DISFAGIA SUPERIOR E INFERIOR, DISFONIA Y TOS. UNA VEZ REALIZADA LA NASOLARINGOSCOPIA SE CORRELACIONO ALTERACIONES LARINGEAS Y FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGIA CLINICA (VER TABLA 2). SE REALIZO UNA PRUEBA DE CHI-CUADRADA ENTRE LA FRECUENCIA DE SINTOMATOLOGIA CLINICA Y LA PRESENTACION O NO DE LESIONES ANATOMICAS LARINGEAS, NO ENCONTRANDO DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA CON UNA $p > 0.05$.

ASI MISMO SE CORRELACIONO EL DIAGNOSTICO DE LESION LARINGEA POR MEDIO DE LARINGOSCOPIA INDIRECTA Y NASOLARINGOSCOPIA (VER TABLA 3). SE REALIZO UNA PRUEBA DE CHI-CUADRADA ENTRE ESTOS DATOS NO ENCONTRANDO SIGNIFICANCIA ESTADISTICA CON UNA $p > 0.05$. SE RESUMIERON LOS DATOS DE PACIENTES CON Y SIN ERITEMA DIAGNOSTICADOS CON

LARINGOSCOPIA INDIRECTA Y NASOLARINGOSCOPIA (VER TABLA 4).
SE ANALIZARON ESTOS DATOS MEDIANTE UNA PRUEBA EXACTA DE
FISHER SIN ENCONTRAR SIGNIFICANCIA ESTADISTICA CON $p > 0.05$.

DISCUSION:

EN NUESTRO ESTUDIO ENCONTRAMOS QUE EL 60% DE LOS PACIENTES PRESENTARON LESION LARINGEA Y EL 40% NO LA PRESENTARON. ESTE RESULTADO DIFIERE DE LOS RESULTADOS DE OTROS ESTUDIOS, COMO EL DE WILSON Y COLS. (19), EN EL QUE EN UNA SERIE DE 97 PACIENTES, SOLO EL 17.5% TIENE ASOCIACION ENTRE REFLUJO GASTROESOFAGICO Y LARINGITIS; EN EL 14% DE SUS CASOS ENCONTRARON REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO, SIN LARINGITIS. EN NUESTRO ESTUDIO NOS REFERIMOS A LA ESOFAGITIS, YA QUE UN PACIENTE CON ESOFAGITIS SIEMPRE TENDRA REFLUJO ESOFAGICO IMPORTANTE. SABEMOS QUE EL METODO DIAGNOSTICO IDONEO PARA EL REFLUJO GASTROESOFAGICO SON LAS MEDICIONES DEL PH, PERO EN NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO NO CONTAMOS CON LA INFRAESTRUCTURA NECESARIA PARA LLEVARLO ALCABO. POR LO QUE ESTUDIAMOS PACIENTES CON ESOFAGITIS YA QUE COMO MENCIONA SPENCER (11), LA CAUSA MAS FRECUENTE DE ESOFAGITIS, ES EL REFLUJO.

LA UNICA LESION LARINGEA ENCONTRADA EN NUESTRO ESTUDIO, FUE ERITEMA; ESTO CONCUERDA CON EL ESTUDIO REALIZADO POR WARD Y COLS. (3) AUNQUE ELLOS TAMBIEN ENCONTRARON ULCERAS Y GRANULOMAS LARINGEOS, PERO CONCLUYERON QUE LOS MISMOS SON DEBIDOS A ACLARAMIENTO CRONICO DE LA ZONA FARINGO-LARINGEA, MEDIANTE LA CUAL SE PRODUCE UNA APROXIMACION SUBITA Y TRAUMATICA DE LOS ARITENOIDES. EN NUESTRA SERIE, EL 65% DE NUESTROS PACIENTES TENIAN NECESIDAD DE ACLARAR LA ZONA FARINGO-LARINGEA. DE ELLOS EL 61% TENIAN LESION LARINGEA Y EL 39% NO TENIAN NINGUN TIPO DE LESION. ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE EL TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ESOFAGITIS ES UN FACTOR IMPORTANTE PARA LA APARICION DE DETERMINADAS LESIONES LARINGEAS. EN NUESTRO ESTUDIO ESTA VARIABLE NO FUE CONTROLADA, POR LO TANTO EL ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACION ENTRE EL TIPO DE LESION LARINGEA Y EL TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ESOFAGITIS PUEDE SER OBJETO DE OTRO ESTUDIO.

OTROS AUTORES COMO WILSON (19), EN SUS TRABAJOS CONCLUYEN QUE EL TABACO JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN LA SINTOMATOLOGIA Y HALLAZGOS LARINGEOS, PERO ESTO NO SE PUDDO CORROBORAR EN NUESTRO ESTUDIO YA QUE SOLO DOS PACIENTES TENIAN HABITO TABAQUICO.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE LA DIFERENCIA DIAGNOSTICA ENTRE LA LARINGOSCOPIA INDIRECTA Y LA NASOLARINGOSCOPIA ES UN DATO VARIABLE YA QUE DEPENDE DE LA EXPERIENCIA DEL OBSERVADOR EN LA REALIZACION DE CUALQUIERA DE ESTOS DOS METODOS. CONSIDERAMOS QUE LA NASOLARINGOSCOPIA ES EL METODO DE ELECCION, YA QUE ES UN PROCEDIMIENTO MUCHO MAS OBJETIVO Y FACIL PARA LA VISUALIZACION DE LA LARINGE, PERO ESTO IMPLICA EL TENER EL EQUIPO ADECUADO.

CONCLUSIONES:

1.- LA UNICA LESION LARINGEA ENCONTRADA EN NUESTRO ESTUDIO FUE "ERITEMA" EN GRADO DIVERSO, Y SE ENCONTRO EN EL 60% DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

2.- ES MUCHO MAS SENCILLO Y OBJETIVO REALIZAR NASOLARINGOSCOPIA PARA EL DIAGNOSTICO DE LESIONES LARINGEAS QUE LARINGOSCOPIA INDIRECTA; PERO CUALQUIERA DE LOS DOS METODOS SON ADECUADOS PARA EL DIAGNOSTICO LARINGEO.

3.- NO ENCONTRAMOS UNA RELACION DIRECTA ENTRE EL GRADO DE ESOFAGITIS Y LAS LESIONES LARINGEAS; ESTO TAL VEZ DEBIDO A QUE NO SE TOMO EN CUENTA EL TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ESOFAGITIS.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1) YAKO G, ENDOSCOPIA LARINGEA Y MICROLARINGOSCOPIA PAPARELLA SHUMRICK, OTORRINOLARINGOLOGIA, TOMO 3, 1982 ED. PANAMERICANA, 2389-2394.
- 2) OSSAKOW S, ELTA G AND COTURI T. ESOPHAGEAL REFLUX AND DYSMOTILITY AS THE BASIS FOR PERSISTENT CERVICAL SYMPTOMS. ANN OTOL RHINOL LARYNGOL 1987; 96: 387-392.
- 3) WARD P, BERCI G, OBSERVATIONS ON THE PATOGENESIS OF CHRONIC NON ESPECIFIC PHARYNGITIS AND LARYNGITIS. LARYNGOSCOPE 1982; 92: 1377-1382.
- 4) CHERRY J, MARGULIES S. CONTACT ULCER OF THE LARYNX. LARYNGOSCOPE 1968;73:1937-1940.
- 5) CHODOSH P.L. GASTRO-ESOPHAGO-PHARYNGEAL REFLUX. LARYNGOSCOPE 1977. 87:1418-1427.
- 6) HALLEWELL J AND COLE T: ISOLATED HEAD AND NECK SYMPTOMS DUE TO HIATUS HERNIA. ARCH. OTOLARYNGOL. 1970;92:499-501.
- 7) BJORN I, UDDMAN R. PHYSIOLOGY OF THE ESOPHAGUS; CUMMINGS CH, FREDRICKSON J AND HARKER L. OTOLARYNGOLOGY-HEAD AND NECK SURGERY. TOMO 3. 1986 ED. MOSBY., 2249-2256.
- 8) PELEMANS W, VANTRAPPEN G. DESOPHAGEAL DISEASE IN THE ELDERLY. CLINICS IN GASTROENTEROLOGY. 1985;14:635-656.
- 9) VANDER, SHERMAN, LUCIANO. DIGESTION Y ABSORCION DEL ALIMENTO. FISIOLOGIA HUMANA. 1978 ED. MC GRAW HILL.
- 10) WELCH R. METODOS DE EXPLORACION Y DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGICAS. STEIN J, CLINE M AND DALY W. MEDICINA INTERNA TOMO 1 1984. ED. SALVAT. 42-46.
- 11) SPENCER W, ELLIS H. ESOFAGO Y HERNIAS DIAFRAGMATICAS; SCHWARTZ, SHIRES AND SPENCER. PATOLOGIA QUIRURGICA. TOMO 2. 1986 ED. PRENSA MEDICA MEXICANA. 1167-1232.
- 12) GRANNEY D. ANATOMY OF THE LARINX; CUMMINGS CH, FREDRICKSON J AND HARKER L. OTOLARYNGOLOGY HEAD AND NECK SURGERY. TOMO 3 ED. MOSBY 1729-1739.
- 13) OLSON N; THE PROBLEM OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX. OTOLARYNGOLOGIC CLINICS OF NORTH AMERICA. 1986;19:119-133.
- 14) WARD PH, ZWITMAN D AND HANSON D. CONTACT ULCER AND GRANULOMAS OF THE LARYNX: NEW INSIGHTS INTO THEIR ETIOLOGY AS A BASIS FOR MORE RATIONAL TREATMENT. OTOLARYNGOL.

HEAD AND NECK SURG. 1980;88, 262-269.

- 15) BAIN W, HARRINGTON J. HEAD AND NECK MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX. LARYNGOSCOPE. 1983;93:175-179.
- 16) CHERRY J, SIEGAL C AND MARGULIES S. PHARYNGEAL LOCALIZATION OF SYMPTOMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX. ANN. OTOL. RHYNDL LARYNGOL. 1970;79:912-915.
- 17) FEDER R, AND MITCHELL M. HYPERFUNCTIONAL, HYPERACID AND INTUBATION GRANULOMAS. ARCH. OTOLARYNGOL. 1984;110:582-584.
- 18) GOLDBERG M, NOYEK A. AND PRITZKER K. LARYNGEAL GRANULOMA SECONDARY TO GASTROESOPHAGEAL REFLUX. J. OTOLARYNGOLOGY 1978;7:198-202.
- 19) WILSON J, WHITE A AND VON HAACKE N. GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND POSTERIOR LARYNGITIS. ANN OTOL RHYNDL AND LARYNGOL. 1989;98:405-410.

TABLAS:

TABLA NO. 1.

CORRELACION DEL GRADO DE LESION LARINGEA CON EL
GRADO DE ESOFAGITIS.

No. DE PACIENTES	GRADO DE ESOFAGITIS	GRADO DE LESION LARINGEA			
		G 0	G I	G II	G III
7 (35%)	I	5 (71%)	2 (29%)	-	-
7 (35%)	II	3 (43%)	1 (14%)	3 (43%)	-
5 (25%)	III	-	-	3 (60%)	2 (40%)
1 (5%)	IV	-	-	-	1 (100%)
FISHER P=.00238		P> 0.05			

TABLA NO. 2

RELACION ENTRE HALLAZGOS LARINGEOS Y SINTOMAS

SINTOMAS	LESION LARINGEA	LARINGE NORMAL
PIROSI	12 (63.1%)	7 (36.8%)
SENSACION URENTE DE TORAX	11 (61.1%)	7 (38.8%)
SENSACION URENTE FARINGO-LARINGEA	11 (64.7%)	6 (35.2%)
ACLARAMIENTO	8 (57.1%)	5 (35.7%)
GLOBO	7 (53.6%)	4 (36.4%)
DISFAGIA SUPERIOR	7 (70%)	3 (30%)
DISFONIA	7 (70%)	3 (30%)
DISFAGIA INFERIOR	2 (50%)	2 (50%)
TOS	1 (33.3%)	2 (66.7%)
CHI-CUADRADA	P=.5911	P>0.05

TABLA NO. 3

CONCORDANCIA ENTRE LARINGOSCOPIA INDIRECTA Y
NASOLARINGOSCOPIA.

GRADOS DE LESION LARINGEA	LARINGOSCOPIA INDIRECTA	NASOLARINGOSCOPIA
GDO. 0	9	8
GDO. I	6	3
GDO. II	2	6
GDO. III	3	3
CHI-CUADRADA	P=.3826	P>0.05

TABLA NO. 4

CONCORDANCIA ENTRE LARINGOSCOPIA INDIRECTA Y
NASOLARINGOSCOPIA.

HALLAZGOS LARINGEOS	LARINGOSCOPIA INDIRECTA	NASOLARINGOSCOPIA
SIN ERITEMA	9	8
CON ERITEMA	11	12
FISHER	P=.5	P>0.05