

11236  
25



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL**

**“ GAUDENCIO GONZALEZ GARZA ”  
CENTRO MEDICO NACIONAL “ LA RAZA ”**

**SINTOMAS Y LESIONES LARINGEAS EN  
PACIENTES CON REFLUJO  
GASTROESOFAGICO EN EL SERVICIO DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA Y  
ENDOSCOPIA**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA**

**P R E S E N T A**

**DRA. NORMA ANGELICA QUINTANA RUIZ**

**A S E S O R :  
DR. RUBEN MORENO PADILLA**



**IMSS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D. F. SEPTIEMBRE 2003**

1



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

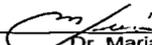
**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

HOSPITAL DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA  
C.M.N. LA RAZA



Dr. José Luis Matamoros Tapia  
Jefe División de Enseñanza e Investigación Médica  
Hospital General "Gaudencio González Garza"  
Centro Médico Nacional "La Raza"

SECRETARÍA DE SALUD



Dr. Mariano Hernández Goribar  
Jefe Departamento Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello  
Hospital General "Gaudencio González Garza"  
Centro Médico Nacional "La Raza"



Dr. Rubén Moreno Padilla  
Investigador Principal  
Médico Adscrito Departamento de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello  
Hospital General "Gaudencio González Garza"  
Centro Médico Nacional "La Raza"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo titulado:

NOMBRE: Quintana Ruiz Norma Angélica

FECHA: 02- octubre - 2003

FIRMA: 

---

**Dra. Reyna Méndez del Monte**  
Investigador Asociado  
Médico Adscrito Departamento de Endoscopia  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico Nacional "La Raza"



---

**Dra. Claudia Patricia Rangel Alvarado**  
Investigador Asociado  
Médico Adscrito Departamento de Radiodiagnóstico e Imagen  
Hospital General "Gaudencio González Garza"  
Centro Médico Nacional "La Raza"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mis colaboradores por su apoyo profesional y entusiasmo para la realización de este trabajo.**

**A mis padres que gracias a su apoyo moral y a sus valores hicieron de mí una mujer profesionista.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INDICE

Resumen	6
Introducción	7
Objetivos	11
Tipo y diseño del Estudio	14
Material y Métodos	15
Resultados	17
Discusión	22
Conclusiones	24
Bibliografía	25
Anexos (Gráficas)	27

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

### SÍNTOMAS Y LESIONES LARINGEAS EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y ENDOSCOPIA

#### OBJETIVOS:

Identificar frecuencia de los síntomas y lesiones laringeas en pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) del servicio de otorrinolaringología y endoscopia. Correlacionar los síntomas laringeos con las lesiones laringeas en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

#### DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio clínico, prospectivo, descriptivo, observacional, transversal.

#### MATERIAL Y METODOS:

En el Departamento de Otorrinolaringología y Endoscopia del Hospital General Centro Médico "La Raza". Durante el periodo de septiembre 2002 a febrero 2003. Se estudiaron pacientes con diagnóstico de ERGE, dicho diagnóstico obtenido posterior a realización de estudios de acuerdo a protocolo del servicio de gastroenterología; a todos los pacientes se les realizó cuestionario de síntomas laringeos por el investigador en forma directa y estudio endoscópico para el registro de lesiones laringeas y esofágicas en formato estándar.

#### RESULTADOS:

Se incluyen en el estudio 66 pacientes, 31 de ellos del servicio de Otorrinolaringología y 35 del servicio de Endoscopia quienes cumplan con criterios de inclusión. De las lesiones laringeas el daño en el área interarritenoidea fue la más frecuente con 59% de presentación, seguido de edema difuso con 48.5% y la hiperemia difusa se encontró en el 47%. En 54% de los pacientes se presentó más de una lesión. La esofagitis crónica se encontró en el 70% de los pacientes y la acantosis glucogénica en el 64%, con alteraciones de motilidad el 3%. Las frecuencias de lesiones al obtenerse por servicio se manifestaron ser mayores en el grupo de endoscopia tanto en las lesiones laringeas como en las lesiones esofágicas al compararse con el grupo de otorrinolaringología. Los estudios realizados como parte del protocolo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (esofagograma, gammagrama ó ph metría) reportaron presencia de reflujo en el 40% (27) del servicio de otorrinolaringología y en 43% (15) del servicio de endoscopia, el resto no presentó evento de reflujo patológico en el estudio realizado.

#### CONCLUSIONES:

Se pueden encontrar una o más lesiones laringeas en pacientes en ERGE las cuales deben ser identificadas.

Es importante enfatizar a los pacientes la asociación de los síntomas atípicos con su enfermedad por reflujo gastroesofágica a pesar de presentarse en forma ocasional. Los síntomas laringeos pueden ser predictivos de la ERGE.

**PALABRAS CLAVE:** Reflujo gastroesofágico, síntomas laringeos, laringitis

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ocupa el 90% de las enfermedades esofágica y muchas de las manifestaciones propias de la ERGE son expresadas en el tracto aerodigestivo (1).

El reflujo gastroesofágico es un evento fisiológico que se presenta en forma habitual durante el periodo posprandial y es asintomático, sin embargo cuando es persistente y se presenta en horarios anormales no relacionados con el posprandio, durante el sueño o el decúbito dorsal, el reflujo se hace sintomático y por sus consecuencias sobre mucosas y frecuencia de presentación afectan la calidad de vida convirtiéndose en una enfermedad (2).

Las entidades clínicas del reflujo gastroesofágico pueden dividirse en esofágicas y extraesofágicas. En las esofágicas podemos encontrar esofagitis erosiva, úlceras esofágicas, estenosis péptica, esófago de Barret, adenocarcinoma esofágico, divertículo de Zenker asociadas a los síntomas como pirosis, disfagia, odinofagia, náuseas, vómito, dolor epigástrico, sensación temprana de saciedad, hemorragia y sialorrea. Las entidades extraesofágicas pueden involucrar faringe, laringe, oídos, nariz, senos paranasales y pulmón en forma de asma del adulto, tos crónica, laringitis ácida, granulomas en cuerdas vocales, paquidermia de cuerdas vocales, laringospasmo, granulomas postintubación, neumonía recurrente, otitis media, rinosinusitis crónica, episodios de apnea, artritis de la articulación cricoaritenoides, estenosis subglótica, carcinoma de laringe asociadas a los síntomas respiratorios de tos, sensación de globus, aspiración, sensación de sequedad de garganta, espasmo nocturno, disfonía, estridor, aclaración faríngea, otalgia, plenitud aural,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

rinorrea, obstrucción nasal etc. El reflujo gastroesofágico puede ser asociado a otros síntomas no relacionados a la vía respiratoria como por ejemplo la erosión dental de tipo benigna que desmineraliza el esmalte superficial y el dolor torácico no cardíaco considerado un síntoma poco frecuente (1.3).

Otra forma de clasificar a las manifestaciones de la ERGE es en típicas y atípicas, las típicas son aquellas que caracterizan a la ERGE y las atípicas son el grupo de síntomas que pueden confundirse con entidades diferentes y a menudo llevar a un diagnóstico y tratamiento inapropiado. De acuerdo al Dr. Suazo en México, el riesgo de desarrollar manifestaciones atípicas es 1.7 veces mayor en pacientes con esofagitis erosiva que en pacientes sin lesión esofágica (4).

Es probable que el reflujo gastroesofágico pueda causar síntomas extraesofágicos por medio de dos mecanismos, por micro aspiración recurrente intermitente del contenido gástrico y por que el ácido en el esófago distal estimula un reflejo vagal provocando tos crónica y aclaración laringea las cuales eventualmente dan lesiones faringead (5).

Una vez que el reflujo gastroesofágico inicia manifestaciones en la vía respiratoria los síntomas que presentan los pacientes con ERGE de acuerdo a su frecuencia son disfonía en 71%, tos en 51%, globus faringeo en 47%, garraspeo en 42%; en algunos de estos pacientes la ERGE puede ocurrir sin los síntomas considerados típicos y en ellos es difícil confirmar el diagnóstico (6.7).

En la actualidad, se cree que la ERGE es un factor etiológico importante que contribuye en muchas enfermedades laringofaríngeas (8). En estudios en animales la instalación de pequeñas cantidades de ácido en la tráquea o en las cuerdas vocales

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pueden producir cambios tisulares marcados tales como úlceras y cambios en la resistencia de las vías aéreas (7). Se ha demostrado que la instalación de ácido clorhídrico (HCl) junto con pepsina en el lumen de la laringe disminuye la respuesta de terminaciones nerviosas aferentes superficiales cuya estimulación produce actividad del músculo cricoaritenoides posterior y otros abductores, por lo que el daño en la mucosa laringea reduce el reflejo protector de la vía aérea superior (9). También se sabe que HCl con pepsina en la laringe o en el esófago de conejos causan daño tisular más extensivo que el HCl solo(10). La perfusión de ácido en el esófago distal aumenta la resistencia de las vías aéreas en todos los individuos, pero los cambios son más marcados en los pacientes con asma y pirosis. Hasta el 25% de los pacientes con ERGE refieren síntomas solo en cabeza y cuello (6).

Se ha descrito que en la exploración de la laringe de un paciente con laringitis por reflujo gastroesofágico pueden revelarse las características de laringitis posterior que demuestra aritenoides con hiperemia ó edema interaritenoides, laringitis con edema difuso, edema en el espacio de Reinke, solo hiperemia difusa, solo hiperemia en cuerdas vocales, mucosa granular ó friable y granuloma en el proceso vocal (1). En estudios endoscópicos las lesiones encontradas en la laringe de acuerdo a su frecuencia son edema en un 89%, hiperemia en el 87%, granuloma 19%, y úlceras en 2% (11,12).

Cuando las lesiones solo se localizan a nivel del esófago como en la esofagitis secundaria por reflujo de contenido gástrico siempre se involucra la unión mucosa escamocolumnar teniendo menos distinción de la misma con la progresión de hiperemia, edema ó erosión. El reflujo esofágico es diagnosticado endoscópicamente por la presencia de friabilidad, erosión con exudado ó úlceras francas . Las erosiones pueden ser lineales u ovals alrededor de las paredes esofágicas y rodeadas por epitelio

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

escamoso, sin embargo la simple hiperemia no es criterio fiable para el diagnóstico. Una clasificación sencilla de esofagitis erosiva de acuerdo a Savary Miller (2), se divide en grado I ante erosiones aisladas redondas o lineales, grado II erosiones confluentes que involucran la circunferencia luminal total y grado III donde se encuentran las lesiones previas además de úlceras profundas o estenosis. Las estructuras lesionadas en esófago relacionadas al reflujo son en su porción distal a menos de 1cm de longitud de la unión escamocolumnar a menos que existan factores adicionales que contribuyan a generar lesiones que puedan llegar hasta las porciones proximales o nasofaringe, recordando que estas estructuras proximales del esófago normalmente reducen el grado de reflujo, pero al presentar lesiones crónicas en la submucosa se pueden desarrollar anomalías como bandas fibrosas o pseudodivertículos. En la mayoría de los pacientes, cuando la endoscopia es normal los síntomas persisten como medios importantes para el diagnóstico (12,13).

El esofagograma con bario es otro estudio diagnóstico para ERGE, esta muestra reflujo hasta en un 73% de los pacientes asintomáticos y al realizar la maniobra de Valsalva o la prueba del agua aumenta la sensibilidad de la prueba (14).

Siendo la ERGE una entidad clínica común en la población general, es importante tener en cuenta que el tratamiento médico con uso de inhibidores de la bomba de protones y procinéticos tiene éxito en la mayoría de los pacientes sintomáticos (de 70 a 90%) con una terapia de tres a seis meses y se espera una remisión de los síntomas de otorrinolaringología en forma lenta, el resto de los pacientes en quien falla esta terapia requiere tratamiento quirúrgico (15,16,17,18).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En los pacientes con laringitis posterior con cambios significativos en la mucosa de moderada a severa y disfonía, es conveniente tener un control endoscópico a los dos o tres meses por el riesgo de carcinoma y en los pacientes con laringe de apariencia normal con buena respuesta a tratamiento antirreflujo no requieren endoscopia posterior (13).

Se siguen reportando diversas frecuencias sobre los signos y síntomas presentes en pacientes con ERGE, considerándose predictivos los síntomas laringofaríngeos para esta enfermedad. En especial las lesiones laringeas se asocian con hernia hiatal e infección por *helicobacter pylori*. Las lesiones descritas de laringitis posterior se han encontrado en el 100% de los pacientes con ERGE el edema e hiperemia difuso en el 30%, además de relacionarse hiperemia y edema difuso severo en pacientes con hernia hiatal grado III. En los últimos estudios se ha detectado ERGE en el 43% de los pacientes con cambios en mucosa laringea y 26% en los pacientes con síntomas laringeos (11).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## JUSTIFICACIÓN

En los pacientes del servicio de otorrinolaringología que manifiestan síntomas laringeos de diferente intensidad secundario a ERGE con o sin lesiones laringeas no se confirma la enfermedad de reflujo gastroesofágico iniciando en la mayoría de los casos empíricamente el tratamiento de una enfermedad gastrointestinal; además, el servicio de endoscopia a los pacientes a quienes se les diagnostica enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) de acuerdo a lo observado durante mi rotación por dicho servicio se subestiman las manifestaciones y las lesiones laringeas por lo tanto, en los pacientes de otorrinolaringología con síntomas y lesiones laringeas probablemente secundarias a ERGE no se conoce la frecuencia de ERGE y en los pacientes de endoscopia con diagnóstico de ERGE no se conoce la frecuencia de los síntomas y lesiones laringeas.

El conocer estas frecuencias nos permitirá en un futuro que los médicos tratantes de ambos servicios conozcan de manera más precisa la posibilidad del diagnóstico de ERGE así como las lesiones en laringe y se enfatice su interés para realizar un diagnóstico preciso y dar un tratamiento adecuado para controlar y mejorar los síntomas laringeos y evitar la progresión de las lesiones secundarias a reflujo gastroesofágico

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS

Identificar frecuencia de los síntomas y lesiones laringeas en pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) del servicio de otorrinolaringología y endoscopia.

Identificar la frecuencia del diagnóstico de ERGE en pacientes de Otorrinolaringología con síntomas y lesiones laringeas probables a ERGE.

Correlacionar los síntomas laringeos con las lesiones laringeas en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Correlacionar los síntomas y lesiones laringeas en pacientes del servicio de otorrinolaringología con el servicio de endoscopia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TIPO DE DISEÑO Y ESTUDIO

Se realizó tipo de estudio transversal, prospectivo, descriptivo y observacional.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y METODOS

**UNIVERSO DE TRABAJO.** Se realizó un estudio transversal, prospectivo, observacional, analítico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el servicio de Otorrinolaringología y Endoscopia del Hospital Centro Médico Nacional "La Raza", durante el periodo comprendido de septiembre del 2002 a febrero del 2003. Se estudiarán 75 pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, cumpliendo criterios de inclusión y aceptación de participación con firma de consentimiento informado, de los cuales sólo se incluyeron 66 de quien se obtuvo información completa. La edad fue de 17 a 82 años de edad con un promedio de 50 años y con una desviación estándar de 14.42, el 76% (50) mujeres y 24% (16) hombres. A todos los pacientes se les realizó cuestionario de síntomas laringeos, uno de los tres estudios paramédicos (esofagograma con maniobra de Valsalva, gamagrama con búsqueda de reflujo gastroesofágico ó ph metría de 24 horas para el diagnóstico de enfermedad y endoscopia con técnica habitual con equipo video panendoscopio marca Pentax serie EG2930 ó EG2900, endoscopio flexible de 4cm en canal de trabajo y un metro de longitud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## METODOLOGIA

Pacientes del servicio de endoscopia con diagnóstico de ERGE referidos a endoscopia por la consulta externa de gastroenterología con diagnóstico de reflujo gastroesofágico se les realizó cuestionario previamente validado (18) para pacientes con ERGE y modificado por interés de nuestro estudio considerando solo los síntomas respiratorios (ANEXO 1). El cuestionario fué realizado por el mismo investigador siempre, aplicando las preguntas en forma directa al paciente quien seleccionó una sola respuesta, en un tiempo no mayor a 10 minutos, el mismo día a la realización de estudio endoscópico. La ejecución del estudio endoscópico se llevó a cabo por el mismo investigador asociado endoscopista con técnica habitual, donde se valoró en primer lugar las lesiones laringeas, continuando estudio endoscópico esófago-gastro-duodenal y se registrarón lesiones laringeas y esofágicas en formato estandar (ANEXO 2).

Pacientes del servicio de otorrinolaringología con síntomas y lesiones laringeas secundarias a ERGE que acudieron al servicio a consulta externa en quien se encuentra al interrogatorio directo síntomas laringeos y síntomas relacionados con reflujo gastroesofágico, se evaluó la mucosa en nariz, cavidad oral ó presencia de problemas obstructivos con realización de laringoscopia indirecta en búsqueda de lesiones sugerentes de reflujo gastroesofágico. En caso de datos positivos clínicos de reflujo gastroesofágico se entregó documento de interconsulta dirigido a endoscopista investigador previa realización de mismo cuestionario (ANEXO 1) realizado por el mismo investigador siempre, aplicando las preguntas en forma directa al paciente quien seleccionó una sola respuesta, en un tiempo no mayor a 10 minutos, el mismo día a la realización de estudio endoscópico. La ejecución del estudio endoscópico se llevó a cabo por el mismo investigador asociado endoscopista con técnica habitual, donde se valoró en primer lugar las lesiones laringeas, continuando estudio endoscópico esófago-gastro-duodenal y se registrarón lesiones laringeas y esofágicas en formato estandar (ANEXO 2).

Por último, se realizó a todos los pacientes uno de los tres estudios paraclínicos (esofagograma, gamagrama ó ph metría de 24hrs) como parte del protocolo de un paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

En el Departamento de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello así como en el Departamento de Endoscopia del Hospital Centro Médico "La Raza". Durante el periodo de septiembre del 2002 a febrero del 2003 se valoraron a 96 pacientes de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

La población de estudio incluyó 66 pacientes, 50 mujeres (76%) y 16 hombres (24%) con edad media de 50 años (D.E.14). De ellos, 31 pacientes (47.5%) correspondieron al servicio de Otorrinolaringología y 35 (52.5%) al servicio de Endoscopia. Se excluyeron 9 pacientes que no contaron con la disponibilidad para ingresar al estudio por falta de tiempo.

### *Lesiones laringeas*

De las lesiones laringeas el daño en el área interaritenodea fue la más frecuente al presentarse con 59% (39), seguido de edema difuso con 48.5% (32) y la hiperemia difusa se encontró en el 47% (31) de todos los pacientes, es decir, que un 54% de los pacientes presentaron más de una de las lesiones. En 2 pacientes (3%) se diagnosticó parálisis de una cuerda vocal compensada siendo pacientes del servicio de endoscopia. En 9.1% de los pacientes (6) se diagnosticó lesión polipoidea en cuerda vocal las cuales se manejaron quirúrgicamente. Un paciente mostró lesión amarillenta sobre toda la mucosa laringea compatible a reflujo biliar manifestando síntomas laringeos ligeros. En nuestra búsqueda no se encontró ningún caso de granuloma.

TABLA I. Frecuencia de lesiones laringeas en el total de los pacientes.

LESIONES LARINGEAS	N	%
Lesión interaritenodea	39	59
Edema difuso	32	48
Hiperemia difusa	31	47
Granuloma	0	0
Pólipo laringeo	6	9
Parálisis de cuerda vocal	2	3
Bilis	1	1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### *Lesiones esofágicas*

La esofagitis crónica se encontró en el 70% (46) de los pacientes. La acantosis glucogénica se encontró en 64% (42) de los pacientes. Es decir, que el 34% (22) de los pacientes presentó ambas lesiones esofágicas y que todos los pacientes presentaron signos esofágicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico. El antecedente de diabetes mellitus en 2 pacientes (3%) se encontró en pacientes con alteraciones de la motilidad esofágica; el resto de la población (97%) no contaba con alteraciones de motilidad esofágica.

TABLA II. Frecuencia de lesiones esofágicas en el total de los pacientes.

LESIONES ESOFAGICAS	N	%
Esofagitis crónica	46	70
Acantosis glucogénica	42	63
Alteraciones de motilidad	2	3

### *Estudios paraclínicos*

A todos los pacientes se les realizó uno de los tres estudios indicados como parte del protocolo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico. En los cuales solo el 41% (27) se reportó con presencia de reflujo patológico. De estos el esofagograma con bario se realizó en el 86% (57) de los pacientes, el gamagrama en el 7% (5) de los pacientes y solo el 6% (4) se monitorizó el ph en 24hrs.

TABLA III. Reporte y tipos de estudios paraclínicos.

REPORTE DE ESTUDIO	N	%
Presencia de reflujo	41	27
Sin presencia de reflujo	39	59

TIPO DE ESTUDIO	N	%
Esofagograma	57	86
Gamagrama	5	7
Ph metria	6	4

### *Tiempo de evolución*

El tiempo de evolución de la enfermedad por reflujo gastroesofágico se manifestó tanto con síntomas como por lesiones laringeas en menos de 5 años en el 48% (38) de los casos y posterior a 5 años en 42% (28) de los pacientes.

TABLA IV. Tiempo de evolución.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	N	%
Menos de un año a 5 años	38	57
Más de 5 años	28	42

### *Síntomas laringeos*

De cada uno de los síntomas se obtuvo la frecuencia de presentación considerando finalmente los siguientes tres escalas: nunca, ocasional y diario. Es importante aclarar que las frecuencias del valor ocasional son la suma de las respuestas de varias veces a la semana, una vez a la semana, una vez al mes y menos de una vez al mes, debido a que los pacientes no distinguían estas diferencias durante el interrogatorio.

En el caso de la disfonía el 41% (27) la presentaron en forma diaria, 17% (11) una vez a la semana y el resto 36% (24) en forma ocasional. Para sialorrea el mayor porcentaje 41% (27) no la presentan nunca, el 20% (13) la presentan en forma diaria. La aclaración de voz tuvo homogeneidad en su presentación. El síntoma de globus manifestó su mayor frecuencia diaria con 27% (18) el resto sin diferencias. El reflejo de tos no lo relacionan los pacientes como propio de su enfermedad en 34% (23). La presentación de laringospasmo es poco frecuente ya que solo 3% (2) lo presentan en forma diaria comparando las frecuencias de nunca y menos de una vez al mes sumando 72% (48).

TABLA V. Síntomas laringeos

PRESENTACION	DISFONIA	SIALORREA	ACLARACION
	%	A	DE VOZ
Nunca	23	41	24
Ocasional	36	39	55
Diario	41	20	21

PRESENTACION	GLOBUS		TOS		LARINGOSPASMO	
	%	%	%	%	%	%
Nunca	21	35	33	33	33	33
Ocasional	52	51	64	64	64	64
Diario	27	14	3	3	3	3

#### *Frecuencias de lesiones por servicio*

Las frecuencias de lesiones al obtenerse por servicio se manifestaron ser mayores en el grupo de endoscopia tanto en las lesiones laringeas como en las lesiones esofágicas al compararlas con el grupo de otorrinolaringología.

TABLA VI. Frecuencia de lesiones por servicio.

SERVICIO	Lesión interarritenoidea	Edema difuso	Hiperemia difusa
Otorrinolaringología	37*	37	43
Endoscopia	63	57	51

SERVICIO	Esofagitis	Acantosis glucogenica
Otorrinolaringología	70*	53
Endoscopia	71	74

\*porcentaje(%)

#### *Frecuencias de síntomas por servicio*

La disfonía la manifestaron los pacientes de otorrinolaringología en forma diaria el 53% (16) y el 32% (11) de endoscopia, siendo la más frecuente de ambos grupos. El globus predominó más en el grupo de otorrinolaringología en forma diaria con 40% (12) y solo el 17% (6) en pacientes de endoscopia. El reflejo de la tos tuvo una presentación dispersa en su forma de presentación en pacientes de otorrinolaringología y poco frecuente en el grupo de endoscopia. El síntoma de sialorrea fue dispersa su presentación en pacientes de gastroenterología y poco frecuente en pacientes de otorrinolaringología. La aclaración de voz se presenta dispersa en su frecuencia en el servicio de otorrinolaringología y poco frecuente en pacientes de endoscopia. El laringoespasmo lo encontramos poco frecuente en ambos grupos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA VII.

PRESENTACION	Disfonia		Globus		Tos		Sialorrea		Aclaración de voz		Laringospasmo	
	ORL	Endos	ORL	Endos	ORL	Endos	ORL	Endos	ORL	Endos	ORL	Endos
Nunca	13*	28	10	31	27	43	37	46	16	31	23	43
Ocasional	34	41	50	52	50	51	53	25	58	52	74	54
Diario	53	31	40	17	23	6	10	29	26	17	3	3

\*porcentaje (%)

*Estudios paraclínicos*

Los estudios realizados como parte del protocolo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (esofagograma, gamagrama ó ph metria) reportaron presencia de reflujo en el 40% (27) del servicio de otorrinolaringología y en 43% (15) del servicio de endoscopia, el resto no presento evento de reflujo patológico en el estudio realizado.

TABLA VIII. Frecuencias de reportes en estudios.

SERVICIO	Con presencia de reflujo	Sin presencia de reflujo	TOTAL
Endoscopia	15*	20	35
Otorrinolaringología	27	19	31
	27	39	66

\*número de pacientes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es considerada común en la población en general sobre todo en ciudades tan grandes como la nuestra, la cual es diagnosticada tanto por el gastroenterólogo como por el otorrinolaringólogo, los pacientes acuden a ellos cuando sus molestias interfieren con su vida cotidiana. Aún en la actualidad el diagnóstico es difícil y no hay que confundirla con el reflujo gastroesofágico fisiológico. La ERGE en el adulto puede presentar síntomas digestivos aparentes y manifestarse con presencia de procesos respiratorios repetitivos, esto sigue originando polémica en cuanto a su frecuencia por diferentes autores. Nosotros consideramos de interés la región laringea ser un motivo de consulta frecuente en nuestro servicio.

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio sobre las lesiones laringeas por la ERGE se presentaron en el 100% de los casos encontrando más de una lesión en el 54% de los paciente, parece excesivo sin embargo al manejar frecuencias de cada una de ellas en forma aislada encontramos porcentajes de 59% en lesión interaritenoides, 48% en edema difuso y 47% en hiperemia difusa, lo que nos hace pensar que lo reportado por Koufman (6) con edema 89%, hiperemia 87% y lo encontrado por Tauber (11) con hiperemia y edema 69% e interaritenoides 85%, difieren por la forma de clasificar dichas lesiones y la búsqueda aislada de las mismas. En nuestro estudio no encontramos granuloma laringeo.

La disfonía es el síntoma predominante y más constante hasta el 41% lo presenta en forma diaria de un total de 78% que la presentan en forma ocasional, una frecuencia menor a lo reportado por Toohill (31) de 92%, pero nuestros datos siguen siendo elevados. La sensación de globus tuvo una dispersión en la forma de presentación con presencia en el 100% de los pacientes casi similar al estudio de Locke (18) con 95% de presentación. El reflejo de tos lo presenta nuestra población en un 65% aceptando de Koufman (6) un reporte del 52%. El síntoma laringoespasma lo encontramos en forma diaria en un 3% coincidiendo a la literatura con varios autores (8,11,29), en forma ocasional lo refirieron los pacientes en el 52% y nunca presentaron en 33%, probablemente por no relacionarse con su ERGE cuando no lo tienen diariamente.

La variación de alteración de motilidad esofágica en nuestros datos del 6% es mayor por lo encontrado por Koufman (6) de 12%, con el mismo tipo de población consideramos que el tamaño de la muestra puede justificarlo.

La parálisis de cuerda vocal en los dos pacientes encontrados del grupo de endoscopia son casos aislados presentes así como la laringitis biliar.

En nuestra población no se presentó lesión maligna.

Se observa en los resultados por tipo de servicio que las lesiones tanto laringeas como esofágicas son más frecuentes en los pacientes de endoscopia, lo que se interpreta es que la ERGE es progresiva y los síntomas laringeos son manifestaciones iniciales y los síntomas esofágicos y gástricos son tardíos, además con una visión general de los síntomas laringeos de ambos grupos, en el grupo de pacientes del servicio de otorrinolaringología son más predominantes, lo cual es un mayor apoyo a las conclusiones encontradas por Tauber (11) al considerar los síntomas laringeos como predictivos en la ERGE. Por lo que se deberán realizar estudios más específicos para este objetivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CONCLUSIONES

- En el total de los pacientes del servicio de otorrinolaringología se diagnostico la enfermedad de reflujo gastroesofagico al confirmar las lesiones laringeas características y presencia de lesiones esofágicas compatibles a ERGE.
- El total de los pacientes del servicio de endoscopia presento alguna de las lesiones laringeas.
- Se pueden encontrar una o más lesiones laringeas en pacientes con ERGE las cuales deben ser identificadas.
- Es importante enfatizar que los síntomas atípicos a pesar de presentarse en forma ocasional también pueden corresponder con una ERGE.
- Los síntomas laringeos pueden ser predictores de la ERGE.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFIA

1. Bailey B. Esophageal Disorders. Head and Neck Surgery Otolaryngology 1993; 690-710.
2. Bernal S, Suarez Morán E. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Asoc Mex Gastro 2001;1:1-23.
3. Lazarchik D, Filler S. Dental erosion; predominant oral lesion in gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2000; 95: S33-S38.
4. Suazo J, Facha M, Valdivinos M. Estudio de casos y controles de manifestaciones atípicas en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Invest Clin 1998;50:317-22.
5. Ormseth E, Wong R. Reflux laryngitis:pathophysiology, diagnosis and management. Am J Gastroenterol 1999;94(10):2812-17.
6. Koufman J. The Otolaryngologic Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD): A clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24 hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. Laryngoscope 1991;101:1-64.
7. Klinkenberg-Knol E. Otolaryngologic manifestations of gastro-oesophageal reflux disease. Scand J Gastroenterol 1998;33( suppl 225):24-8.
8. Maceri D, Zim S. Laryngospasm: an atypical manifestation of severe gastroesophageal reflux disease. Laryngoscope 2001; 111:1976-79.
9. Wong R and cols. ENT Manifestations of gastroesophageal reflux. Am J Gastroenterol 2000;95:S15-22.
10. Burdiles P. Enfermedad por reflujo gastroesofágico: Nuevos conceptos en fisiopatología y tratamiento. Rev Gastroenterol Mex 1994;59:102-113.
11. Tauber S, Gross M, Issing W. Association of laryngopharyngeal symptoms with gastroesophageal reflux disease. Laryngoscope 2002;112:879-86.
12. Frase A, Morton R, Gillibrand J. Presumed laryngo-pharyngeal reflux: investigate or treat? J Laryngology Otol 2000;114:441-447.
13. Richter J. Extracophageal presentations of gastroesophageal reflux disease:an Overview. Am J Gastroenterol 2000;95(8):1-5.
14. Bustos García de Castro A, Sanz Continente MJ. Tórax-Grandes síntomas y signos: dolor torácico, hemoptisis, tos, broncorrea. En: Alvarez-Pedrosa C, Casanova Gomez R, ed. Pedrosa: Diagnostico por imagen tratado de radiología clínica. 2ª Ed. Madrid: Mc Graw Hill; 1997. 475-514.
15. Sant'Abrio F, Sant'Abrio G and Chungk F. Effects of HCl-pepsin laryngeal instillations on upper airway patency-maintaining mechanisms. Am Physiol Soc 1998: 1299-1304.
16. De Vault. Overview of Therapy for the extracophageal manifestations of gastroenterology. Am J Gastroenterol 2000;95(8 Suppl):S39-44.
17. Latif A, Sharara A, Younes A and Fuleihan N. Effect of aggressive therapy on laryngeal symptoms and voice characteristics in patients with gastroesophageal reflux. Acta Otolaryngol 2001;121:868-872.
18. Locke R, Tilley N. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted country, Minnesota. Gastroenterol 1997;112:1448-56.

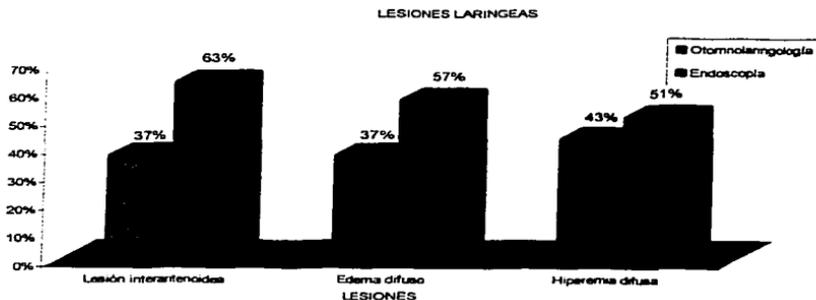
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

19. Wong R and cols. ENT Manifestations of gastroesophageal reflux. Am J Gastroenterol 2000;95:S15-22.
20. Shaheen N, Ransohoff D. Gastroesophageal Reflux, Barrett Esophagus and Esophageal Cancer: Scientific Review. JAMA 2002;287:1972-81.
21. Sivak M, Worth B. Hiatal hernia and peptic diseases of the esophagus. Gastroenterol 1987;401-412.
22. Felman M, Slesinger M. Disfagia, odinofagia, pirosis y otros síntomas esofágicos. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas 2000;7:106-117.
23. Fuentes C, Rodríguez H. Frecuencia de reflujo gastroesofágico silencioso en niños con enfermedad recurrente de vías respiratorias inferiores. Bol Méd Hospital Infantil Méx 1998; 55(5):251-56.
24. Shapiro J. Oropharyngeal dysphagia: pathophysiology, clinical assessment and management. Rev Gastroenterol Mex 1994; 59(4):91-95.
25. Irwin R, Richter J. Gastroesophageal reflux and chronic cough. Ame J Gastroenterol 2000; 95:S9-S14.
26. Carmona R, Valdovinos M. La hernia hiatal en pacientes asmáticos: prevalencia y su asociación con reflujo gastroesofágico. Rev Invest Clín 1999; 51:215-20.
27. Wo J, Grist W. Empiric Trial of High-Dose Omeprazole in patients with posterior laryngitis: a prospective study. Am J Gastroenterol 1997; 92:2160-65.
28. Katzka D, Rustgi A. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y esófago de Barrett. Gastroenterol 1999; 116: 1121-47.
29. Koufman J, Aviv J. Laryngopharyngeal reflux: Position statement of the Committee on Speech, Voicem and swallowing disorders of the american academy of otolaryngology-head and neck surgery. Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 127(1):32-35.
30. Cátedra de Biotecnología, Biodiversidad & Derecho. Declaración de Helsinki. Available from: URL: <http://www.biotech.bioetica.org/norma6.htm> [13 screns].
31. Toohill R, Kuhn J. Role of refluxed acid in the pathogenesis of laryngeal disorders. Am J Med 1997; 103:100-6S.

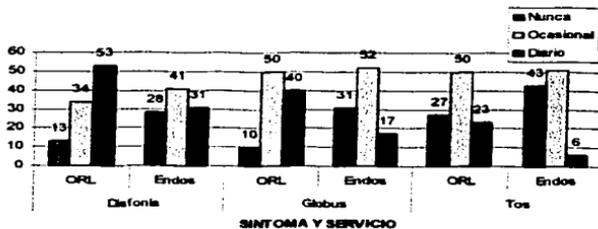
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## APENDICE

GRAFICA 1. Frecuencia de lesiones laringeas.

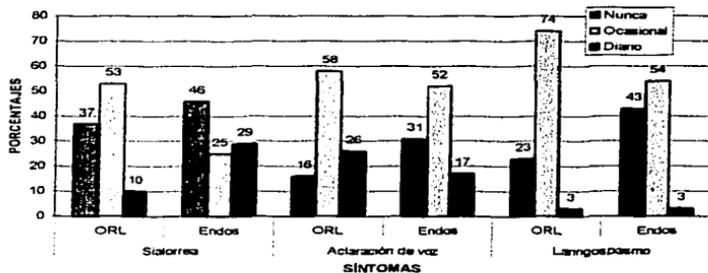


GRAFICA 2. Porcentajes de síntomas laringeos por servicio.



TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 3. Porcentaje de síntomas laringeos por servicio.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANEXOS**

**ANEXO 1.**

**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS**

**CUESTIONARIO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo tiene con sus síntomas digestivos:  
\_\_ de 1 a 5 años \_\_ más de 5 años

De acuerdo a la frecuencia de sus síntomas señale la respuesta con la siguiente letra:

- a.- Diario  
b.- Varias veces a la semana  
c.- Una vez por semana  
d.- Una vez al mes  
e.- Menos de una vez al mes  
f.- Una vez el año pasado

- 1.- Disfonía\_\_\_\_  
2.- Globus laringeo\_\_\_\_  
3.- Aclaración de voz\_\_\_\_  
4.- Tos\_\_\_\_  
5.- Laringoespasma\_\_\_\_  
6.- Sialorrea\_\_\_\_

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ANEXO 2.**

**HALLAZGOS:**

**LARINGOSCOPIA DIRECTA**

- 1.- Aritenoides y mucosa interaritenoides hiperemica si\_\_\_\_ no\_\_\_\_  
2.- Edema difuso de mucosa laringea si\_\_\_\_ no\_\_\_\_  
3.- Mucosa eritema\_\_\_\_ granular\_\_\_\_ friable\_\_\_\_ blanquecina\_\_\_\_  
4.- Granuloma laringeo si\_\_\_\_ no\_\_\_\_  
5.- Otras lesiones: \_\_\_\_\_

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## LESIONES LARINGEAS



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN