

# Reflujo extraesofágico en Otorrinolarigología: A propósito de un caso

Extraesophageal reflux in ENT: A case report.

## RESUMEN

Uno de los motivos de consulta que más ha aumentado en Otorrinolaringología es el conjunto de cuadros clínicos causados por el reflujo gastroesofágico. Cuando el contenido del estómago sobrepasa el esfínter esofágico superior, las manifestaciones clínicas extraesofágicas pueden ser múltiples. Una de las lesiones que pueden aparecer en el área ORL, como consecuencia de la irritación crónica producida por este reflujo, es el granuloma laríngeo. A continuación presentamos una revisión de las últimas actualizaciones sobre el reflujo extraesofágico y las distintas opciones de tratamiento, a propósito de un caso.

## PALABRAS CLAVE:

Reflujo gastroesofágico, reflujo atípico, granuloma laríngeo.

## SUMMARY

One of the increasing causes of ENT medical consultations is that related to gastroesophageal reflux. By surpassing the upper esophageal sphincter, this reflux may cause diverse extraesophageal clinical manifestations. One of the lesions that can occur as a consequence of this chronic irritation, within the ENT area, is the laryngeal granuloma. A literature review covering the latest update on extraesophageal reflux and the different options of treatment has been carried out, as a result of a case study.

## KEY WORDS:

Gastroesophageal reflux, atypical reflux, laryngeal granuloma.

## Introducción

La prevalencia de la Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha aumentado en las últimas décadas y, con ella, las distintas manifestaciones extradigestivas que se le atribuyen, sin haber sido demostrada su causalidad directa hasta el momento. Entre estas manifestaciones clínicas se encuentran las otorrinolaringológicas. Una de las estructuras del área ORL más afectadas por este reflujo extraesofágico es la laringe, en concreto, las cuerdas vocales en las que se puede llegar a producir desde un ligero eritema hasta un granuloma. Los granulomas laríngeos son proliferaciones benignas que se desarrollan en la parte cartilaginosa de la cuerda en respuesta a un traumatismo crónico, como puede ser el reflujo. Una vez descartadas otras posibles causas, el tratamiento se basa fundamentalmente en fármacos antirreflujo durante varios meses, misma pauta con la que se tratan el resto de síntomas atípicos producidos por reflujo extraesofágico.

## Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente de 66 años que acude a nuestra consulta por disfonía de 3 meses de evolución. Como antecedentes personales de interés presenta hipertensión, hipotiroidismo, dislipemia, e insuficiencia renal crónica. No tiene antecedentes quirúrgicos, no ha

fumado nunca, no tiene afición por el canto y su trabajo no le exige esfuerzo vocal. La disfonía es continua y no se acompaña de disfagia, disnea ni de síntomas típicos de reflujo gastroesofágico, esto es, regurgitación y/o pirosis.

A la exploración por fibrolaringoscopia se observa una correcta movilidad de cuerdas pero presenta una lesión lobulada en apófisis vocal izquierda. Dada la localización y las características de la lesión se hace el diagnóstico de granuloma laríngeo y se instaura tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) cada 12 horas, y reposo vocal.

A los dos meses, no sólo no se produce reducción del granuloma inicial sino que se observa otro contralateral de menor tamaño, asociando además leves molestias. La paciente afirma no estar tomando correctamente el tratamiento prescrito. Se pauta de nuevo tratamiento correcto y se decide asociar tratamiento foniatrico, comenzando las sesiones inmediatamente después de la visita, una vez por semana, con un total de diez sesiones. Tras otros dos meses la paciente refiere mejoría subjetiva y, objetivamente, por fibrolaringoscopia, se observa desaparición del granuloma derecho con importante reducción del izquierdo. Durante los tres meses siguientes, se redujo la dosis de IBP a la mitad obteniendo mejoría completa y desaparición del granuloma.



Imagen 1: Granuloma en el momento del diagnóstico.



Imagen 2: Granuloma contralateral añadido.

Tabla II

Puntuación de los hallazgos por reflujo [Reflux Finding Score (RFS)]

Hallazgo fibrolaringoscópico	Puntuación
Edema subglótico (pseudosulcus)	Ausente: 0 Presente: 2
Obliteración ventricular	Parcial: 2 Completo: 4
Eritema/Hiperemia	Solo aritenoides: 2 Completo: 4
Edema de cuerdas vocales	Leve: 1 Moderado: 2 Grave: 3 Obstrutivo: 4
Edema difuso laríngeo	Leve: 1 Moderado: 2 Grave: 3 Obstrutivo: 4
Hipertrofia de la comisura posterior	Medio: 1 Moderado: 2 Grave: 3 Obstrutivo: 4
Granuloma	Ausente: 0 Presente: 2
Moco endolaríngeo	Ausente: 0 Presente: 2
<b>TOTAL: 0-26 puntos</b>	

Tabla I

Índice de síntomas del reflujo [Reflux Symptom Index (RSI)]

Puntuación	0 = sin problemas	5 = problemas graves	Total: 0-45 puntos
1	Ronquera o un problema con su voz.		
2	Aclaramiento de garganta.		
3	Exceso de moco laríngeo o goteo postnasal.		
4	Dificultad para tragar sólidos, líquidos o comprimidos.		
5	Tos después de la comida o tras estar tumbado.		
6	Dificultad respiratoria o sensación de bloqueo laríngeo.		
7	Tos molesta.		
8	Sensación de cuerpo extraño en la faringe.		
9	Ardor retroesternal, dolor torácico, indigestión o sensación de reflujo ácido.		

## Discusión

La Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha quedado definida como una condición que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones. Dichos síntomas se han clasificado en típicos (pirosis y/o regurgitación) y atípicos. Las manifestaciones clínicas atípicas o extraesofágicas incluyen síntomas otorrinolaringológicos, además de pulmonares y de la cavidad oral. Dentro de estos, los síndromes extraesofágicos por reflujo establecidos son la laringitis, la tos, el asma y la erosión dental. Otros propuestos son la faringitis, sinusitis, otitis media recurrente y fibrosis pulmonar idiopática. Las hipótesis sobre los mecanismos por los que el reflujo gastroesofágico puede causar laringitis son, fundamentalmente, dos. La mejor estudiada es la que considera que el contenido gástrico entra en contacto con la laringe en forma de microaspiraciones. La segunda, con menos evidencia, habla de cómo el ácido refluído provoca reflejos vagales a nivel del esófago distal favoreciendo tos y carraspeo, que inducen laringitis<sup>1,2</sup>. Sea cual sea el mecanismo por el que se produce esta irritación laríngea, se habla de que la prevalencia de reflujo gastroesofágico patológico puede situarse hasta en un 10% de los pacientes con procesos otorrinolaringológicos, a pesar de que menos de la mitad de estos pacientes refieren síntomas típicos.

No hay datos estadísticos definitivos sobre la relación causa-efecto entre el reflujo y los síntomas atípicos puesto que aún no disponemos de métodos de estudio totalmente fiables capaces de detectar pequeñas cantidades de reflujo supraesofágico. De hecho, la esofagoscopia resulta normal en el 60-70% de estos pacientes y la Ph-metría deja de ser prueba gold-standard para el reflujo atípico<sup>1</sup>. Existe la posibilidad de utilizar índices, como son el "Reflux Symptoms Index" (Tabla I) y el "Reflux Finding Score" (Tabla II) establecidos por Belafsky y cols. para cuantificar de alguna manera los síntomas y los hallazgos endoscópicos<sup>3</sup>. El granuloma laríngeo es uno de esos posibles hallazgos. Se trata de un proceso inflamatorio crónico inespecífico, sin tendencia a la malignización, que aparece como consecuencia de un trauma crónico a nivel de la mucosa de la apófisis vocal del cartílago aritenoides. Como posibles causas, aparte del reflujo gastroesofágico, se encuentran una intubación traumática o prolongada y un cierre glótico forzado, como compensación de un fallo en el mismo. Son lesiones más frecuentes en varones salvo cuando se han producido tras intubación<sup>7</sup>, situación en la que, además de ser bilaterales, las mujeres tienen mayor predisposición dada su anatomía laríngea.

El tratamiento de todos estos síndromes atípicos, incluyendo el granuloma, es médico<sup>8</sup>, sin olvidar las medidas higiénico-dietéticas habituales recomendadas para la ERGE, como son: evitar el sobrepeso, el ejercicio intenso, el tabaco y comidas copiosas o demasiado grasas sobre todo en la cena; realizar 30 minutos de ejercicio ligero al día y dormir con la cabecera de la cama algo elevada<sup>1,4,5</sup>. De acuerdo a la última actualización de la "Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con ERGE" y a la "Conferencia española multidisciplinar de consenso de las manifestaciones extraesofágicas de la ERGE", se aconseja que el tratamiento farmacológico sea un IBP a dosis dobles, es decir, cada 12 horas, durante al menos 8 semanas<sup>1,4,5</sup>. Respecto al granuloma podemos decir que, en función de la historia clínica del paciente y de sus

antecedentes, los fármacos antirreflujo pueden asociarse a reposo vocal, llegando a la rehabilitación foniatría si fuera preciso o, incluso, a la inyección de toxina botulínica sobre el músculo tiroaritenoides ipsilateral, evitando así el contacto entre ambos aritenoides. También existe la opción de la exéresis quirúrgica para los casos refractarios, sospechosos de malignidad, con compromiso de la vía aérea o por necesidades del paciente<sup>6</sup>. Actualmente, el uso de la toxina, sola o asociada a la exéresis quirúrgica del granuloma para ayudar al reposo vocal postoperatorio, está en auge.

## Conclusiones

Las manifestaciones atípicas o extraesofágicas provocadas por el reflujo gastroesofágico incluyen patología otorrinolaringológica y suponen un porcentaje elevado de nuestras consultas. El granuloma laríngeo es una de las lesiones que pueden aparecer como consecuencia de esta irritación crónica. Actualmente, se aconseja tratar los síntomas atípicos de la ERGE con dosis doble de IBP durante un mínimo de 8 semanas.

## Bibliografía

1. Marzo M et al. Manejo del paciente con ERGE. Guía de práctica clínica. Actualización 2008. Gastroenterol Hepatol 2009; 32(6):431-464.
2. Saritas Yuksel E, Vaezi MF Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: cough, asthma, laryngitis, chest pain. Swiss Med Wkly. 2012;142:w13544.
3. Reflujo extraesofágico. En: Suárez C et al. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Vol 3. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2008. p. 2703-2719.
4. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Gastroenterology 2008;135:1383-1391.
5. Rodríguez-Téllez M et al. Conclusiones de la primera conferencia de consenso española multidisciplinaria sobre manifestaciones extraesofágicas de la enfermedad por reflujo Med Clin (Barc). 2006;126(11):431-6
6. Lemos EM et al. Vocal process granuloma: clinical characterization, treatment and evolution. Rev Bras Otorrinolaringol 2005; 71(4):494-498.
7. Yilmazer C et al. Bilateral Giant Posterior Laryngeal Granulomas with Dyspnea: A Rare Complication of Endotracheal Intubation. Anesth Anal 2005;101:1880-94.
8. Benaixa JP et al. Tratamiento del granuloma laríngeo con medicación antireflujo extraesofágico. Acta Otorrinolaringol Esp 2003; 54:501-505.

## Correspondencia

Dra. Gloria Tejero-Garcés Galve  
Servicio ORL del Hospital de Alcañiz.  
C/ Doctor Repollés, 2  
44600 Alcañiz (Teruel)  
E-mail: dra\_tejero\_garces@hotmail.com