

Parálisis recurrencial y reflujo laringofaríngeo. Presentación de caso

Recurrent paralysis and laryngopharyngeal reflux. Presentation of a case

AUTORES

Dr. Javier Alfonso Rodríguez (1)

E-mail: javieralfonso.mtz@infomed.sld.cu

Dr. Dimas Morales Carbot (2)

Dra. Carmen Lidia Peña Casal (1)

Dr. Orestes Casañola Rivero (1)

(1) Especialista de I grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas.

(2) Especialista de II grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas.

RESUMEN

El presente trabajo describe el caso de un paciente masculino, de 45 años, asmático, que comienza con cuadros de asfixia a repetición. Por tal motivo, visitó en varias ocasiones al médico de la familia, y al no mejorar, acude a la consulta de otorrinolaringología, donde se detecta parálisis recurrencial. Se ingresa y se practica traqueostomía. Se comienza a investigar las posibles causas etiológicas. Durante la investigación se detecta que el paciente presenta reflujo gastroesofágico. Se pone tratamiento médico para el reflujo, mejorando la parálisis. Posteriormente, se practica tratamiento quirúrgico para la enfermedad por reflujo gastroesofágico

DeCS

ASFIXIA/etiología

BRONCOCONSTRICCIÓN/etiología

TRAQUEOSTOMÍA/métodos

ENFERMEDADES OTORRINOLARINGOLÓGICAS/etiología

REGURGITACIÓN GÁSTRICA/complicaciones

REGURGITACIÓN GÁSTRICA/diagnóstico

REGURGITACIÓN GÁSTRICA/quimioterapia

HUMANOS

ADULTO

MASCULINO

INFORMES DE CASOS

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un conjunto de síntomas y complicaciones causados por el paso del contenido gástrico al esófago. La esofagitis, la regurgitación ácida y la pirosis son manifestaciones típicas de la ERGE. Sin embargo, esta enfermedad también puede ocasionar alteraciones atípicas orales, laringotraqueales y pulmonares. El reflujo del contenido gástrico es una de las causas más frecuentes de patología laríngea. Pequeñas cantidades de jugo gástrico pasan durante todo el día a la laringe, causando daño en los tejidos. (1,2) El reflujo hacia laringe y tráquea puede ocasionar laringitis, ulceraciones por contacto y cáncer laríngeo y de faringe. También puede asociarse con estenosis subglótica, laringospasmo, disfonía, faringitis, asma, neumonía y enfermedades dentales, entre otras manifestaciones menos comunes.

El mecanismo por el cual el reflujo es causa de enfermedad en las vías aéreas no se comprende por completo. El contacto directo del contenido gástrico con la mucosa respiratoria y digestiva alta puede ocasionar lesión, pero también es posible que el ácido estimule reflejos vagales que desencadenan broncoconstricción.

Al hacer la historia clínica, no suele pensarse en el reflujo faringolaríngeo como causa de la disfonía, porque no van asociados los síntomas laríngeos (disfonía, carraspeo, tos seca, fatiga vocal, etc.) con los síntomas típicos del reflujo esofágico (pirosis, dolor retroesternal, etc.). La disfonía se puede acompañar de tos crónica y crisis de laringospasmo por la presencia de secreciones mucosas a nivel glótico. Los hallazgos anatomopatológicos van desde el edema, hiperplasia o queratosis hasta las lesiones displásicas. (4,5)



Existen varias formas de diagnosticar el reflujo faringo-laríngeo (RLF): 1) la buena respuesta a las medidas higiénico dietéticas y al tratamiento empírico en pacientes con reflujo positivo, 2) la observación endoscópica de alteraciones de la mucosa laríngea o reflujo 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 funduplicatura laparoscópica son útiles en casos seleccionados refractarios al tratamiento. El tratamiento antirreflujo posee dos objetivos simultáneos: 1) detener

y mejorar el proceso inflamatorio laríngeo inhibiendo la secreción ácida gástrica; y 2) reconstituir las barreras antirreflujo normales en el organismo. (6)

Para el tratamiento del RLF moderado y severo se recomienda el uso de inhibidores de la bomba de protones 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 cena.

Presentación del caso

Paciente masculino, blanco, de 45 años de edad, con antecedente de ser asmático, el cual refiere que está presentando las crisis más frecuentemente. Comienza con cuadro tusígeno intenso e imposibilidad para la expulsión de secreciones bronquiales entre 15 y 20 días antes de ser visto por el otorrino, lo que le provocaba cuadros de asfixia, generando gran ansiedad: personal y familiar. Además, presentaba cambios en el timbre de la voz. Dada la evolución tórpida acude a la consulta de guardia, en la que al examinarlo se constata:

Rinoscopia anterior: sin alteraciones anatómicas.

Orofaringe: sin alteraciones anatómicas.

Cuello: sin alteraciones anatómicas.

Laringoscopia indirecta.

Hipofaringe: sin alteraciones anatómicas. A nivel de la laringe se observa hipotonía de ambas cuerdas, con escaso movimiento de abducción (espacio glótico reducido un 80 %).

Teniendo en cuenta lo detectado, se decide realizar traqueostomía de urgencia, e ingresar el paciente para su mejor seguimiento e investigación. (7)

Ya ingresado, se le realizan numerosas investigaciones e interconsultas con las diferentes especialidades, para descartar causa etiológica en las vías aéreas, sistema nervioso, así como en las vías digestivas. En esta última, es donde se detecta la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). También se le realizó tomografía axial y la esofagometría.

Descartadas las posibles causas neurológicas, se comienza tratamiento médico para el reflujo laringofaríngeo, mejorando la movilidad de las cuerdas, no así la ERGE.

osteriormente, es llevado al salón de operaciones, donde se le realiza funduplicatura laparoscópica. Después de este último tratamiento ha evolucionado correctamente, con mejoría de las crisis de asma. (8,9)

Al analizar este caso se arriba a la siguiente conclusión: el reflujo faringolaríngeo es una enfermedad en la que se piensa poco, siendo más frecuente de lo que se diagnostica, y es causa etiológica de enfermedades otorrinolaringológicas. (10)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simpson CB, Fleming DJ. Anamnesis médica y vocal en la valoración de disfonía. *Otolaryngology Clin North Am.* 2006; 33(4):667-76.
2. Pedersen M, McGlashan J. Intervenciones quirúrgicas versus no quirúrgicas para los nódulos de las cuerdas vocales. *Cochrane Library Plus.* 2004; (2).
3. Johanson JF. Epidemiology of esophageal and supraesophageal injuries. *Am J Med.* 2005; 108(4A):99S-103S.
4. Hanson DG, Jiang JJ. Diagnosis and management of chronic laryngitis associated with reflux. *Am J Med.* 2003; 108(4A):112S-19S.
5. Eckley CA, Costa HO. Estudo da concentração salivar do fator de crescimento epidérmico em indivíduos com laringite crônica por refluxo laringofaríngeo. *Rev Bras ORL.* 2003; 69(5):590-7.
6. Gavazzoni FB, De Ataíde AL, Herrero Junior F ED. Esofagite por refluxo e laringite por refluxo: estágios clínicos diferentes da mesma doença. *Rev Bras ORL.* 2007; 68(1):86-90.

7. García-Compéan D, Gonzalez GG, Mar DA, Trevino RM, Bosques F, Maldonado H. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in patients with extraesophageal symptoms referred from otolaryngology, allergy, and cardiology practices: a prospective study. *Dig Dis.* 2006; (18):178-82.
8. Kulig M. Quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease. *Digestive Disease Week.* 2004;S1278:A-253.
9. Marcinkiewicz M. The Potential Role of the Esophageal Pre-Epithelial Barrier Components in the Maintenance of Integrity of the Esophageal Mucosa in Patients with Endoscopically Negative Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol.* 2007;95(7):1652-60.
10. Moraes-Filho JP. Brazilian consensus on gastroesophageal reflux disease: proposals for assessment, classification, and management. *Am J Gastroenterol.* 2005;97(2):241-8.

SUMMARY

The current work describes the case of a male, 45-years-old, asthmatic patient, who begins with a picture of repeated asphyxia. For that reason, he visited several times the family physician, and when there was no improving, he assisted the otolaryngologic consultation, where a recurrent paralysis was detected. He entered the ospital and a tracheotomy was made. The possible etiologic causes were investigated. During the investigation it was detected that the patient had a gastroesophageal reflux. The reflux was treated, and the paralysis improved. Then, a surgical treatment was practiced against the disease for gastroesophageal reflux.

MeSH

ASPHYXIA/etiology
BRONCHOCONSTRICTION/etiology
TRACHEOSTOMY/methods
OTORHINOLARYNGOLOGIC DISEASES/etiology
REGURGITATION, GASTRIC/complications
REGURGITATION, GASTRIC/diagnosis
REGURGITATION, GASTRIC/drug therapy
HUMANS
ADULT
CASE REPORT
MALE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Alfonso Rodríguez J, Morales Carbot D, Peña Casal CL, Casañola Rivero O. Parálisis recurrencial y reflujo laringofaríngeo. Presentación de caso. *Rev Méd Electrón.* [Seriada en línea] 2010;32(4). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol4%202010/tema13.htm>. [consulta: fecha de acceso]