



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

***“Factores causales que se presentan en el reflujo laringo-faríngeo
evaluados por endoscopia laríngea en pacientes de 35-55 años de la
Unidad Técnica de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado
Carbo, en el periodo 2016-2017”***

AUTOR (ES):

Acosta Rubio, Jorge Luis

Ostaiza Morán, Kevin Rene

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MÉDICO

TUTOR:

Dra. Benites Estupiñán Elizabeth

CO-TUTOR:

Dr. Ayón Genkoung Andrés

Guayaquil, Ecuador

02 de mayo de 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Kevin Rene Ostaiza Moran y Jorge Luis Acosta Rubio**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dra. Benites Estupiñán Elizabeth Maria

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, al 2 del mes de mayo del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Acosta Rubio Jorge Luis**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores causales que se presentan en el reflujo laringo-faríngeo evaluados por endoscopia laríngea en pacientes de 35-55 años de la Unidad Técnica de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo 2016-2017** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías.

Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido

Guayaquil, al 2 del mes de mayo del año 2019

EL AUTOR:

f. _____

Acosta Rubio Jorge Luis



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

Yo, Ostaiza Morán Kevin Rene

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores causales que se presentan en el reflujo laringo-faríngeo evaluados por endoscopia laríngea en pacientes de 35-55 años de la Unidad Técnica de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo 2016-2017** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías.

Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido

Guayaquil, al 2 del mes de mayo del año 2019

EL AUTOR:

f. _____

Ostaiza Morán Kevin Rene

REPORTE URKUND



Documento [TESIS URKUND ACOSTA - OSTAIZA.docx](#) (D50855235)

Presentado 2019-04-19 21:38 (-05:00)

Presentado por jorge.acostar14@gmail.com

Recibido elizabeth.benites.ucsg@analysis.arkund.com

0% de estas 13 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra tutora, Doctora Elizabeth Benites Estupiñán, quien con paciencia y dedicación nos guio durante todo este proceso. Gracias a la Unidad Técnica de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en especial al Dr. Wilmer Zambrano; Jefe del Área, por permitir realizar nuestro estudio, y aclararnos cualquier duda.

Eternamente agradecidos con todas las personas que de manera amigable y agradable permitieron que este trabajo fuera posible.

Jorge y Kevin.

DEDICATORIA

A Dios, que me mantuvo y me mantiene fuerte durante los momentos más difíciles en mi carrera, que siempre me guía y permite que disfrute de mi vocación. A mis padres, GLADYS JUDITH RUBIO RUBIO Y JORGE LUIS ACOSTA MANDICH que sin el apoyo incondicional que me han brindado nada de esto fuera posible; especialmente a mi madre que siempre me apoya y me acompaña en mis momentos de logros y de derrotas, alentándome y aconsejándome que sea mejor; te amo infinitamente y este logro no es solo mío, es nuestro.

Jorge Luis Acosta Rubio.

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres, RENE MANUEL OSTAIZA ALVARADO Y JENNY ESMERALDA MORAN GAMARRA que todo lo que he logrado y puedo llegar a lograr se lo debo a ellos. Con su apoyo incansable, perseverante e incondicional siempre puedo contar con ellos hasta cuando menos lo piense demostrándome su amor y brindándome sus fuerzas para seguir adelante. Nunca permitiéndome rendirme siempre logrando que saque lo mejor de mí.

Kevin Rene Ostaiza Morán.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Diego Vásquez
DELEGADO DEL TRIBUNAL

f. _____

Dr. Jorge Eliecer De Vera Alvarado
DELEGADO DEL TRIBUNAL

f. _____

Dr. Daniel Feliz Naveda
DELEGADO DEL TRIBUNAL

INDICE

RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 Problemas a investigar.....	3
1.2 Justificación	4
1.3 Aplicabilidad y utilidad de los resultados del estudio:	4
1.4 Objetivos	5
1.4.1 Objetivos Generales	5
1.4.2 Objetivos Específicos.....	5
MARCO TEORICO.....	6
2.1 CAPITULO I. ANTECEDENTES, DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y	
SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DEL REFLUJO LARINGOFARINGEO (RFL).....	6
2.1.1 Antecedentes del reflujo laringofaríngeo.....	6
2.1.2 Definición.....	7
2.1.3 Epidemiología.....	7
2.1.3 Manifestaciones clínicas	8
2.1.4 Signos en la exploración laringoscópica:.....	10

2.2 CAPITULO II. FISIOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL REFLUJO LARINGOFARINGEO.....	11
2.2.1 Fisiopatología	11
2.2.2 Diagnóstico	16
2.2.3 Tratamiento	19
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
4.RESULTADOS	25
5. DISCUSIÓN.....	32
6.CONCLUSIÓN	35
7. RECOMENDACIONES	36
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	22
Tabla 2. Descripción estadística de la población.	25
Tabla 3. Rango del Diagnóstico de IMC de los pacientes.....	27
Tabla 4. Correlación entre Disfonía y Pólipos de cuerdas vocales de los pacientes.....	30
Tabla 5. Hallazgos clínicos entre género de la población del estudio.....	31
Tabla 6. Comparación entre consumo de cafeína con odinofagia.....	31

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Correlación entre géneros para determinar prevalencia del RLF.....	26
Gráfico 2. Rango de edad de los pacientes.....	27
Gráfico 3. Hallazgos anatómicos de la población de estudio.....	28
Gráfico 4. Hallazgos clínicos de la población de estudio.	28
Gráfico 5. Complicaciones gástricas de la población de estudio.....	29
Gráfico 6. Correlación entre Disfonía y Pólipos de cuerdas.....	30
Gráfico 7. Comparación entre consumo de cafeína con odinofagia.....	32

RESUMEN

Introducción: El reflujo laringofaríngeo es una enfermedad ocasionada por el paso de contenido gástrico hacia la laringofaringe, desarrollando manifestaciones clínicas que originan el incremento de pacientes en la especialidad de otorrinolaringología.

Objetivo: Determinar factores causales que se presentan en el reflujo laringofaríngeo evaluados por endoscopia laríngea en paciente de 35-55 años de la Unidad Técnica de ORL en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), 2016-2017.

Materiales y métodos: El estudio tiene un diseño metodológico no experimental, transversal y descriptivo con alcance correlacional. Se estudió a un total de 53 pacientes, sometidos a endoscopia laríngea por la Unidad Técnica de ORL del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión (32 mujeres y 21 hombres), se recolectaron datos de historias clínicas, reportes de endoscopias laríngeas.

Resultados: la población de estudio estuvo compuesta por pacientes género femenino 60,4% (32), mientras el género masculino fue de 39,6% (21) de mayor prevalencia entre edades 51 a 55 años. índice de masa corporal del 50.9% de los pacientes presentaban en rango normopeso. Al realizarse la laringoscopia 40 pacientes (75.5%) presentaron edema en aritenoides y disfonía. Se encontró diferencia significativa entre género y la manifestación de globus faríngeo (p-valor <0.05).

Conclusiones: Los factores causales que se determinaron con mayor prevalencia fue el edema aritenoides en mujeres siendo el síntoma más común de presentación el globus faríngeo y la disfonía; dichas sintomatologías no se encuentran relacionadas al consumo de cafeína.

Palabras claves: Reflujo laringofaríngeo, reflujo gastroesofágico, disfonía.

ABSTRACT

Background: The laryngopharyngeal reflux is a disease caused by the passage of gastric contents into the laryngopharynx, the statements that originate the imperative of patients in the specialty of otorhinolaryngology.

Objective: To determine causal factors that occur in laryngopharyngeal reflux evaluated by laryngeal endoscopy in a 35-55-year-old patient from the ENT Technical Unit at the Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), 2016-2017.

Methodology: The study has a non-experimental, transversal and descriptive methodological design with a correlational scope. A total of 53 patients undergoing laryngeal endoscopy were studied by the ENT Technical Unit of the Teodoro Maldonado Carbo Hospital, of which they met the inclusion criteria (32 women and 21 men), data from clinical histories, reports were collected of laryngeal endoscopies.

Results: the study population was composed of female patients 60.4% (32), while the male gender was 39.6% (21) of greater prevalence between ages 51 to 55 years. Body mass index of 50.9% of patients presented in normal weight range. At the time of laryngoscopy, 40 patients (75.5%) presented arytenoid edema and dysphonia. A significant difference was found between gender and the manifestation of pharyngeal globus (p-value <0.05).

Conclusions: The causal factors that were determined with the highest prevalence were arytenoid edema in women being the most common symptom of globus pharyngeal presentation and dysphonia; said symptomatology are not related to caffeine consumption.

Keys words

Laryngopharyngeal reflux, gastroesophageal reflux, dysphonia.

INTRODUCCIÓN

El reflujo laringofaríngeo es un síndrome caracterizado por manifestaciones clínicas laríngeas como la disfonía, fatiga vocal, globus faríngeo, carraspeo excesivo, tos crónica y disfagia toda esto es provocado por el contenido de origen gástrico que regresa en sentido retrogrado. Los agentes nocivos que se encuentran en la cámara gástrica como la pepsina, bilis e incluso enzimas pancreáticas; todo este paso pueden llegar a producir patologías de las vías respiratorias superiores e incluso ocasionar otras patologías otorrinolaringológicas como otitis media y laringitis, rinosinusitis entre otros (1-2).

El reflujo laringofaríngeo (RLF) es considerado como una manifestación adicional al reflujo gastro-esofágico (RGE) debido a que su afección proviene por el mismo mecanismo fisiopatológico similar que alteran las estructuras de laringe e hipofaringe (3). El RGE y el RLF se consideran parte del espectro de una misma enfermedad con etiología multifactorial, pero que difieren en sus síntomas, manifestaciones clínicas y respuesta al tratamiento (4). El interés por RFL ha crecido sustancialmente en las últimas dos décadas. A pesar de la gran cantidad de estudios existentes al respecto, aún persiste la controversia en cuanto a la precisión diagnóstica de la enfermedad, su fisiopatología y la eficacia de tratamiento (3).

En cuanto a su etimología reflujo que proviene del vocablo “re” que significa regresar, y flujo que proviene de corriente o de un lado hacia el otro. Teniendo esto en cuenta

podemos definir al reflujo laringofaríngeo como el movimiento fisiopatológico de contenidos en sentido retrogrado proveniente de cavidad gástrica, provocando a su paso daños al epitelio, junto con signos y síntomas característicos de esta patología.

Es importante determinar la causa e incluso las factores que aumenten el riesgo de desencadenar (5- 7).

Esta patología otorrinolaringológica fue descrita por primera vez por Kouffman en 1988, a partir de ese momento la importancia de estudios han surgido para comprender un poco mejor esta condición. Kouffman estableció que se encontraba relacionada con el reflujo gastro-esofágico (2). Para poder diagnosticar esta enfermedad es importante el interrogatorio en una historia clínica, ya que ocurre en el 10% de las consultas otorrinolaringológicas; y además en la mitad de los pacientes existen alguna enfermedad por reflujo asociada. Por eso es importante poder establecer los grupos, incluso los factores desencadenantes que predispongan a esta enfermedad como el peso, talla del paciente y los hábitos que posea cada persona para poder lograr la prevención que es lo más importante (5).

1.1 Problemas a investigar

En la actualidad se han encontrado un incremento en el número de pacientes con reflujo laríngeo-faríngeo con clínica sugestiva de enfermedad por reflujo gastro-esofágico que, al momento de realizarse un estudio exhaustivo con pruebas de

imágenes como la endoscopia laríngea, no se observa alguna patología gastroenterológica asociada que pueda estar ocasionando esta enfermedad; sin embargo, se observan hallazgos clínicos de irritación laríngea. Es importante determinar las características de esta población para poder establecer los factores que desencadenen esta patología y reducir su morbilidad ya que en ocasiones no se puede determinar la causa o sus desencadenantes de la enfermedad para su adecuado tratamiento (6).

1.2 Justificación

En este estudio se determinarán los factores causales asociados al desarrollo de reflujo laringofaríngeo para poder realizar un adecuado control, tratamiento y prevención de esta patología. Al identificar los factores causales nos permitirá realizar una intervención adecuada, disminuyendo la aparición de nuevos casos, debido a que actualmente existen incremento de pacientes con esta patología en las consultas otorrinolaringológicas.

1.3 Aplicabilidad y utilidad de los resultados del estudio:

Se podrán establecer medidas de prevención sobre los factores causales del reflujo laringo-faríngeo y así disminuir su incidencia, también se puede realizar un tratamiento mucho más eficaz una vez que se conocen los mecanismos que desencadenan la

aparición de esta enfermedad y finalmente facilitará un mejor control de la sintomatología y disminuir su morbilidad si se controla los factores asociados.

1.4 Objetivos

Los Objetivos de nuestra investigación que nos planteamos fueron los siguientes.

1.4.1 Objetivos Generales

Determinar los factores causales que se presentan en el reflujo laringofaríngeo evaluados por endoscopia laríngea en pacientes de 35-55 años de la Unidad Técnica de ORL en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016-2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir la población de estudio con reflujo laringofaríngeo ingresada en la Unidad Técnica de ORL del HTMC en el periodo 2016-2017
- Identificar los factores causales en pacientes con reflujo laringofaríngeo.
- Relacionar hallazgos clínicos con hallazgos anatómicos por endoscopia laríngea y hábitos en pacientes con reflujo laringofaríngeo.

MARCO TEORICO

2.1 CAPITULO I. ANTECEDENTES, DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA DEL REFLUJO LARINGOFARINGEO (RFL)

2.1.1 Antecedentes del reflujo laringofaríngeo

Esta enfermedad ha sido gradualmente reconocida por el otorrinolaringólogo en los últimos años. Las infecciones del tracto respiratorio superior causadas por reflujo laringofaríngeo a menudo se diagnostican erróneamente o de forma insuficiente, debido a que sus síntomas y signos clínicos generalmente no son específicos. El reflujo laringofaríngeo puede ocasionar disfonía sin clínica evidente de reflujo gastroesofágico (7). El diagnóstico correcto de reflujo faringo laríngeo es la clave para dar a los pacientes el tratamiento adecuado (9,2). El reflujo laringofaríngeo tiene una alta morbilidad en alrededor de 31% de la población general cuya sintomatología clínica usual es la disfonía, globus faríngeo, disfagia leve, tos crónica, aclaramiento de garganta sin expectoración, goteo nasal posterior, tos postprandial, dificultad respiratoria y dolor precordial urente (10,11).

Existen dos tipos de mecanismo por lo que se puede provocar la génesis de esta patología, la primera en la que existe un daño directo al epitelio, el cual recubre la laringe que provoca sintomatología similar al de reflujo gastroesofágico; y el segundo,

el mecanismo indirecto que implica la irritación de otras estructuras como el esófago por reflujo sin llegar a los tejidos laríngeos. Para que se lesione la laringe no se necesitan grandes cantidades de reflujo ácido o que el reflujo sea continuo, especialmente si existen otros cofactores irritantes como el tabaquismo, el consumo crónico de alcohol, el abuso de la voz o escurrimiento nasal posterior, esta irritación evoca reflejos laríngeos, que luego causan un cambio mediado vagamente (tos crónica, síntomas parecidos al asma a través de la bronco-constricción. El reflujo laringofaríngeo deben sospecharse en todos los casos de tos de causa indeterminada(6,8,9).

2.1.2 Definición

El reflujo laringo faríngeo es una patología causada por el daño al epitelio de laringe, incluido la orofaringe, que es ocasionado por el flujo retrógrado de contenido gástrico como enzimas pancreáticas, ácido clorhídrico, bilis, pepsina entre otros; que pueden llegar a producir sintomatología como la disfonía, tos crónica, globo faríngeo, disfagia y aclaramiento de garganta sin expectoración(6,10).

2.1.3 Epidemiología

La prevalencia del reflujo laringofaríngeo en la población mundial es del 31%, de la población general y al menos la mitad de los pacientes que poseen laringitis presentan

RLF concomitante (2,4). Existe limitación de información acerca de esta enfermedad al momento de determinar su prevalencia, el reflujo laríngeo faríngeo se encuentra presente en un 86% de los pacientes, y en un 30% presente en aquellos aparentemente sanos que pueden cursar con la presencia de reflujo silente e incluso existir agentes nocivos como el alcohol y el humo de tabaco; además es muy probable que mantengan una dieta que predispone al desarrollo de RLF (5,10,13).

Dentro de esta población se destacan las mujeres de alrededor de 50 años con un 53 a 60 %, de los cuales comprenden la mayoría de pacientes que acuden a consulta de especialidades otorrinolaringológicas. Se ha establecido que, conforme aumenta la edad el riesgo para desarrollar esta patología también lo hace, debido a varios factores asociados con un predominio en mujeres (7,11,13).

Kouffman ha determinado que los pacientes que acuden a consulta de ORL en un 10% presentan ERGE, existe una fuerte asociación debido a que no existe alguna prueba Gold standard para poder determinar el RFL. Entre las herramientas que se emplean como ayuda diagnóstica tenemos la pHmetria y la fibrolaringoscopia, pero se abordarán estos temas más adelante (16,17).

2.1.3 Manifestaciones clínicas

Tauber (2002) señaló que las manifestaciones de reflujo extraesofágico se deben principalmente a dos situaciones: la primera manifestación es el reflujo de los

contenidos gástricos que tienen contacto directo hacia el esófago proximal, con la subsecuente lesión de la faringe o de la superficie de la mucosa faríngea; la segunda es la evidencia de que la cercanía anatómica de la laringe a la hipofaringe y el esófago proximal no es lo único que genera lesión, sino también este reflujo ácido en el esófago distal estimula vagamente, ocasionando reflejos, como broncoespasmo y congestión nasal (11,14).

Los síntomas de reflujo laringofaríngeo (aclaramiento excesivo de faringe, rinorrea posterior, fatiga vocal, tos, disfonía y globo faríngeo) no son específicos y pueden tener su origen en infecciones, abuso vocal, alergia, tabaquismo y la inhalación o ingestión de irritantes, como el alcohol (11,12).

La mayor parte de los hallazgos en pacientes con laringitis crónica concomitante con enfermedad por reflujo gastroesofágico se localizan en la laringe posterior. La laringitis posterior se manifiesta por edema con eritema de la comisura posterior y de las aritenoides. En general, no hay signos laríngeos específicos: la laringitis posterior y los granulomas, la pseudocisura y la obliteración ventricular se han relacionado de forma importante con el reflujo laringofaríngeo (4,11,12).

Los signos encontrados en la endoscopia como procedimiento diagnóstico son: eritema laríngeo (97.4%), edema e hipertrofia de la comisura posterior (ambos con 94.8%). Mientras que los menos comunes fueron: granuloma y moco espeso en la faringe. La única diferencia significativa entre los hallazgos de pacientes sintomáticos

y no sintomáticos por este procedimiento quirúrgico, es el edema laríngeo difuso fue mayor en los primeros, con intervalo de moderado a severo (61.5%).

Como síntomas extra digestivos, tenemos que dentro de los pacientes que presentan reflujo laringofaríngeo la presencia de pirosis. Además de las pirosis podemos encontrar síntomas del área de ORL, como la laringitis crónica dentro de esta enfermedad presenta la disfonía, la tos crónica, globo faríngeo que es la sensación de cuerpo extraño en la faringe, disfagia, odinofagia, producción excesiva compensatoria de moco en garganta, aclaramiento de garganta aumentado, goteo nasal posterior, congestión nasal, halitosis, incluso la sinusitis crónica y el desarrollo de otitis media.(11,12). Se ha asociado al dolor persistente de garganta (odinofagia) y la laringitis crónica con ERGE en un 60% de pacientes, y al globo faríngeo en un 50% (11-14).

2.1.4 Signos en la exploración laringoscópica:

Las lesiones que más se han visto implicadas con el reflujo son: Edema, eritema y engrosamiento de la mucosa de los cartílagos aritenoides, la región interaritenoides y frecuentemente tercio posterior de las cuerdas vocales verdaderas (paquidermia). Recientemente este ha sido considerado como un signo clínico típico de reflujo laríngeo. También se ha relacionado: Úlceras de contacto, granulomas, nódulos vocales (11,12).

2.2 CAPITULO II. FISIOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL REFLUJO LARINGOFARINGEO.

2.2.1 Fisiopatología

Para poder abordar acerca de la fisiopatología es importante tener en claro la anatomía del aparato digestivo para poder entender de donde proviene las distintas barreras anti reflujo que proporcionaran protección al tubo digestivo. Empezamos por la faringe comúnmente conocido como la garganta que es conformada por tejido muscular aproximadamente mide unos 13 cm tiene forma cilíndrica formando una especie de embudo donde pasaran el aire y el contenido alimentario través su principal función será la respiración, este unirá las vías aéreas superiores con la tráquea por medio de la laringe y conectar con la boca del esófago mediante el esfínter esofágico superior además va a impedir que el alimento se vaya por las vías respiratorias mediante el cierre de la epiglotis (13).

La laringe está constituida por una estructura cartilaginosa unido por tejidos ligamentarios y fibrosos además de músculos ellos se encargarán de la fonación, respiración y protección de la vía aérea. Existe un movimiento particular de la laringe que asciende en dos momentos primero ante la espiración y segundo en la deglución que su ascenso ayuda al cierre de la vía aérea y que desciende en la inspiración y mucho más al succionar o bostezar (13).

El esófago es un órgano constituido por tejido muscular de aproximadamente unos 20 cm se dirige desde la faringe al estómago. El bolo alimenticio será dirigido a través de la faringe al estómago gracias a las ondas peristálticas primaria. Está formada por 4 partes la mucosa formada por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado y glándulas cardiales y esofágicas, este epitelio se encuentra en constante renovación además de esto se encuentra recubierto de moco. Las capas musculares que promoverán el movimiento del bolo alimenticio, el esfínter esofágico superior (EES) este separa la faringe del esófago a través del musculo cricofaríngeo que se adhiere en el cartílago cricoides está conformado por un musculo voluntario que inicia la deglución y se encuentra inervado por el nervio vago. Por último el esfínter esofágico inferior (EEI) esta actúa más bien como una válvula anti reflujo ya que no es un esfínter anatómico más bien fisiológico que actúa bajo las influencias de presiones (13).

Esta enfermedad a pesar de no encontrarse bien establecidos sus mecanismos de acción fisiopatológico debido a que su etiopatogenia que es de origen multifactorial. Existen distintas causas que pueden predisponer a la aparición del RLF (11). Estos pueden ocurrir a través de dos mecanismos por interacción directa o indirecta. El primero por la reacción nociva frente agentes cáusticos provenientes del estómago como son los ácidos biliares y la pepsina se encuentra en un medio ácido ($\text{pH} < 2$) y que está se inactiva con $\text{pH} > 6,5$, siendo el pH promedio normal en la laringofaríngeo de 6,8 las disminuciones de este lesionaran el epitelio laríngeo (13).

La reacción indirecta por afección a las estructuras aledañas al esófago mediante reflujo pero que no llega directamente a la laringe lo activa una reacción vagal provocando los síntomas como tos crónica síntomas simulando al asma (14).

Independientemente de la vía es importante tener en cuenta la importancia de la disfunción del esfínter esofágico superior e inferior ya que estos conforman parte de la barrera anti reflujo junto con el aclaramiento esofágico y la resistencia epitelial, las fallas de cualquiera de estas barreras determinaran la cantidad del bolo de material refluído. La última barrera de protección es la del esfínter esofágico superior por lo que presiones bajas pueden provocar que el material refluído pase a la laringe, El esfínter esofágico inferiores la relajación transitoria del mismo puede provocar que exista el reflujo gastro-esofágico. el tiempo de exposición a los materiales cáusticos pueden aumentar el daño al tejido (1,3,5,11).

Los distintos mecanismos que podemos encontrar que puedan ocasionar fallos en la barrea anti reflujo son la hipotonía del esfínter esofágico inferior. Dentro del esófago existen mecanismo dado por el esfínter esofágico inferior que actúa mediante los cambios en las presiones evitando así el paso de alimento hacia la vía ascendentes mediante a la constricción en condiciones fisiológicas y la relajación por la distensión gástrica una vez el paso de la comida (1).

La presencia de episodios de relajación transitoria del esfínter esofágico inferior también provocara alteración en la barrera anti reflujo por lo que conlleva a descensos bruscos mayores a 10 segundos de la presión del esfínter y estos no se encontraran relacionados con la deglución o factores asociados como el uso de fármacos o la dieta que tenga el paciente e incluso con el consumo de tabaco alcohol. El material refluido también puede ser provocado por alteración el vaciamiento esofágico que está en relación a la cantidad del flujo salival y la motricidad normal intrínseca del esófago o incluso en retraso en el vaciamiento gástrico (1).

El tejido laríngeo tiene como función la protección de las vías respiratorias inferiores por lo que cuenta con un epitelio neural sensible que evitara que el material refluido llega a las cuerdas vocales mediante la provocación de la tos haciendo que el bolo de reflujo no progrese y se regrese al estómago. y no progrese pero cuando este mecanismo falla pueden llegar hasta las cuerdas vocales y erosionar el epitelio Esto puede ocurrir cuando existe alteración sensorial en el esófago que es común en pacientes que pueden presentar disfagia y además edema de la pared posterior de la faringe (6).

Otro mecanismo que se encuentra relacionado con el desarrollo de esta patología es la presencia de la alteración química mediante acido incluso en pacientes que no presenten ninguna anomalía en la deglución o incluso fallo en la competencia de los esfínteres esofágicos. Existen otras barreras protectoras que provienen de las células

epiteliales, pre epiteliales e intracelulares mediante la producción de moco que contiene bicarbonato que actuara como amortiguador frente a los agentes cáusticos (1,11). Sin embargo, existen células serosas y glándulas seromucinosas en la laringe que también poseen la bomba H/K ATPasa que se encuentra alterada manteniendo una actividad mucho mayor provocando cambio en el Ph el epitelio provocando alteraciones en el equilibrio acido base de los pacientes con RFL (1,5).

Alteraciones anatómicas pueden incidir en el desarrollo de reflujo laringofaríngeo dentro de los que destacan es la presencia de hernia hiatal que se encuentra relacionado con la presencia de un esfínter esofágico inferior hipotónico que provocará una dificultad en el aclaramiento esofágico provocando un reflujo por el contenido retenido en la hernia entonces cuando ocurra la relajación del esfínter habrá una especie de re reflujo. Presencia de un esófago intra-abdominal también provocara incompetencia del esfínter esofágico inferior debido a que este se encontrara expuesto a todas las presiones de la cavidad abdominal provocando reflujo (1).

Dentro de las enfermedades congénitas que no son tan frecuentes pero que también debe ser abordada y considerada es la predisposición genética mediante la expresión del locus GERD1 en el cromosoma 13q14 en pacientes con ERGE severo que presentaran esta enfermedad a muy temprana de edad que empeoraran mediante los hábitos y dietas del paciente (1).

Alteraciones anatómicas congénitas es la presencia de parches mucosos gástricos heterópicos que consisten la presencia de epitelio gástrico en el esófago superior provocando secreciones acidas donde alterando el pH de la mucosa, provocando sintomatología similar al RLF (6).

Existen asociantes que aún no se encuentran totalmente esclarecidas en pacientes que pueden llegar a presentar neuropatías de los nervios laríngeos superior y recurrentes provocando una laringe irritable sin que exista un aumento del reflujo como tal.(6)

2.2.2 Diagnóstico

El diagnóstico de reflujo laringofaríngeo aumentó de 1990 a 2001. El número anual de consultas por este padecimiento se ha incrementado en 30.6%, particularmente en otorrino- laringología (9,15,16).

No existe una prueba definitiva para el diagnóstico de la enfermedad, por lo que la historia clínica, la exploración física y el apoyo de estudios de gabinete deben dar la pauta. Hay tres formas para confirmar el diagnóstico: disminución de síntomas al tratamiento empírico, observación endoscópica de lesiones en la mucosa y demostración de los acontecimientos del reflujo por los estudios de varios canales de la impedancia y de la pHmetría.(9,16).

Es práctica común iniciar la supresión ácida a altas dosis y evaluar la respuesta a tres o cuatro meses del inicio. El índice falso-negativo es de 38%. Belasky, *et al.* desarrollaron el índice de síntomas de reflujo, que es un cuestionario autoadministrado que brinda un intervalo de confianza de 95% de que el resultado es anormal si se obtiene una puntuación igual o mayor a 13; este mismo índice se validó en la población mexicana (Moreno) con confiabilidad de Cronbach de 0.867. En este índice se califica de 0 a 5 cada uno de nueve síntomas experimentados durante el último mes, con puntaje de 0 a la clasificación de asintomático y de 45 para la máxima calificación (6,9,16).

Los síntomas que valora, según la traducción hecha por Moreno son:

1. Ronquera o problema de voz.
2. Aclaramiento de garganta.
3. Exceso de moco en la garganta.
4. Dificultad para tragar alimento.
5. Tos postprandial o al acostarse.
6. Dificultad para respirar.
7. Tos muy molesta.
8. Sensación de tener algo pegajoso o un cuerpo extraño en la garganta y agruras, dolor en el tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta. (17)

De la misma forma, elaboraron una escala de hallazgos endoscópicos, que se basa en ocho ítems con una escala de 0 a 26 puntos, donde un puntaje de 7 o más indica con 95% de certeza tener enfermedad extraesofágica por reflujo. Los ítems incluidos en esta escala son: pseudocisura, obliteración ventricular, eritema o hiperemia, edema de cuerda vocal, edema laríngeo difuso, hipertrofia de la comisura posterior, granuloma y moco espeso endolaríngeo (6,9,15).

Sin embargo, en la actualidad la pHmetría ambulatoria de 24 horas con doble balón simultáneo (esofágico y faríngeo) es el patrón de referencia en el diagnóstico del reflujo laringofaríngeo. Pero está dista mucho de ser una prueba ideal, ya que el reporte de sensibilidad es de 50 a 80%; asimismo, las modificaciones en la dieta pueden dar resultados falsos negativos. La pHmetría no reconoce el reflujo alcalino, de origen duodenal, igualmente cáustico. Por tal motivo, la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello refiere que el diagnóstico de reflujo laringofaríngeo debe realizarse con base en los síntomas y signos (6,9,15).

La sensibilidad y la especificidad de la pHmetría ambulatoria son de 88 a 95% y de 79 a 100%, respectivamente; mientras que la sensibilidad y la especificidad de la pHmetría para el diagnóstico de reflujo laringofaríngeo se desconocen (12).

2.2.3 Tratamiento

El tratamiento abarca tanto el enfoque nutricional, como farmacológico. El nutricional comprende cambiar los hábitos alimentarios entre ellas están: evitar comidas o bebidas tres horas antes de acostarse, no consumir productos como tabaco, alcohol, cafeína, chocolate, picante y comidas grasosas o con especias, y seguir medidas antirreflujo, como elevar la cabecera de la cama y bajar de peso.

En relación con la terapia farmacológica, los bloqueadores H2 son el tratamiento de primera línea en pacientes con síntomas mínimos. La administración de estos fármacos a dosis habituales, en conjunto con los cambios conductuales, ha producido 54% de mejoría en los pacientes después de seis semanas, pero 92% de ellos percibirá una recurrencia de los síntomas. No se ha visto que dosis altas tengan un efecto distinto comparado con dosis habituales (1,6,18).

Algunos autores consideran que los inhibidores de la bomba de protones son el pilar fundamental en el tratamiento del reflujo laringofaríngeo. Recomiendan su administración en sujetos con síntomas importantes en dos dosis diarias, junto con cambios conductuales; aunque no están exentos de controversia en relación con su eficacia, debido a que un número significativo de pacientes con laringitis posterior y tratamiento con inhibidores de la bomba de protones muestran resistencia, como lo revela el estudio elaborado por Zubiaur y Thomas, en donde 82% no experimentó disminución de sus síntomas.

Por último, intervenciones como la funduplicatura de Nissen se recomiendan cuando el tratamiento médico falla (5). Con este procedimiento, incluso 73% de los pacientes con inflamación crónica persistente experimenta alivio de los síntomas y cambios endoscópicos. (1,6,18)

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Metodología de la investigación

El estudio tiene un diseño metodológico no experimental, transversal y descriptivo con alcance correlacional. En el cual se estudiaron pacientes diagnosticados con reflujo laringofaríngeo mediante endoscopia laríngea del Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) durante el periodo de enero de 2016 a diciembre de 2017 Previa aprobación por el departamento de investigación del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, así como por la comisión de investigación científica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, se estudió un total de 1065pacientes, de los cuales 53 cumplieron los criterios de inclusión, con el fin de determinar son los factores causales que inciden en el reflujo faringo-laríngeo evaluados por endoscopia laríngea en personas de edad entre 35-55 años.

3.2 Procedimiento

La información fue recolectada a través de una tabla de recolección de datos de pacientes que hayan tenido hallazgos clínicos sugestivos de reflujo faringo-laríngeo cuyo origen no sea de compromiso gástrico que cumplan con los criterios de inclusión.

3.3 Criterios de selección

3.3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes de la Unidad Técnica de ORL del HTMC, 2016-2017.
- Pacientes en el rango de 35-55 años.
- Pacientes que presente sintomatología gástrica.
- Pacientes que se han realizado endoscopia laríngea.

3.3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes de la Unidad Técnica de ORL del HTMC que no estén en el periodo asignado.
- Pacientes menores a 35 y mayores a 55 años.
- Pacientes que presente no sintomatología gástrica.
- Pacientes que no se han realizado endoscopia laríngea.

3.4 INSTRUMENTO

Se realizará una tabla de recolección de datos de pacientes de la dependencia de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2016 y 2017 según la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10 K21.9, en los cuales se haya realizado una endoscopia laríngea. Se realizó la revisión de las historias clínicas para la recolección de datos de pacientes que presenten el diagnóstico de reflujo laringofaríngeo, los datos fueron recolectados en una hoja de datos usando el programa Microsoft Excel Professional 2018. Los datos fueron procesados mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 22 y poder realizar la correlación entre las variables de estudio.

3.5 Operacionalización de las variables

Para la recolección de datos de la investigación se emplearon las siguientes variables organizadas en la siguiente tabla:

Tabla 1. Operacionalización de las variables

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	Nivel de medición
GRUPOS DE EDAD	35 a 40 años	Cualitativa	Historias clínicas
	41 a 45 años	Ordinal	
	46 a 50 años	Politémica	
	51 a 55 años		

	>55 años		
IMC	Bajo peso Normopeso Sobrepeso Obesidad Tipo I Obesidad Tipo II	Cualitativa Ordinal Politómica	Historias clínicas
HALLAZGOS CLÍNICOS	Odinofagia Disfagia Disfonía Globus faríngeo Tos crónica	Cualitativa Nominal Politómica	Historias clínicas
COMPLICACIONES GÁSTRICAS	ERGE Gastritis Duodenitis Esófago de Barret Dispepsia	Cualitativa Nominal Politómica	Historias clínicas
HÁBITOS	Tabaquismo Alcoholismo Consumo de cafeína	Cualitativa Nominal Politómica	Historias clínicas
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	Hipertensión Diabetes Mellitus Enfermedades Tiroideas	Cualitativa Nominal Politómica	Historias clínicas
HALLAZGOS ANATÓMICOS	Faringe granulomatosa Edema en aritenoides	Cualitativa Nominal	Historias clínicas

POR ENDOSCOPIA LARÍNGEA	Edema en epiglotis Pólipos en cuerdas vocales	Politómica	
------------------------------------	---	------------	--

3.6 Análisis estadístico

Para la realización del análisis estadístico, se recolecto información de los pacientes a través de número de historias clínicas de la Unidad Técnica de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2016 y 2017 con el diagnóstico según la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10 K21.9. Estos datos fueron recopilados en hojas de cálculo mediante el programa de Microsoft Excel professional 2018. Una vez culminada la recopilación de los datos se procedió a realizar el análisis de los datos a través del programa IBM SPSS Statistics versión 22 para el análisis de las variables de estudio.

Se utilizó la estadística descriptiva con las medidas de tendencia central como la media y la desviación central, luego se procedió al análisis de las variables a través de la frecuencia para poder determinar la prevalencia de las ellas en la población, se compararon las variables cualitativas por medio de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para ver la relación que existe entre ellas.

4.RESULTADOS

La descripción estadística de la población tuvo un promedio de edad de 46.92 ± 5.94 años, una media de peso 68.93 ± 16.05 con una talla de 1.64 ± 0.063 , en cuanto a los valores de IMC es de 25.46 ± 5.66 . (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción estadística de la población.

Descripción estadística de la población					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad (años)	53	35	55	46.92	5.935
Peso (kg)	53	39.00	122.30	68.9291	16.05592
Talla (m)	53	1.50	1.78	1.6436	.06343
IMC (kg/t2)	53	17.01	45.47	25.4666	5.66605
N válido (por lista)	53				

Tabla 2. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2019

Con respecto al género de nuestra población de estudio se puede observar que en el RLF existe una mayor prevalencia de esta enfermedad en el género femenino con el 60,38% (32) seguido del género masculino con 39,62% (21) (Grafico 1).

Gráfico 1. Correlación entre géneros para determinar prevalencia del RLF.

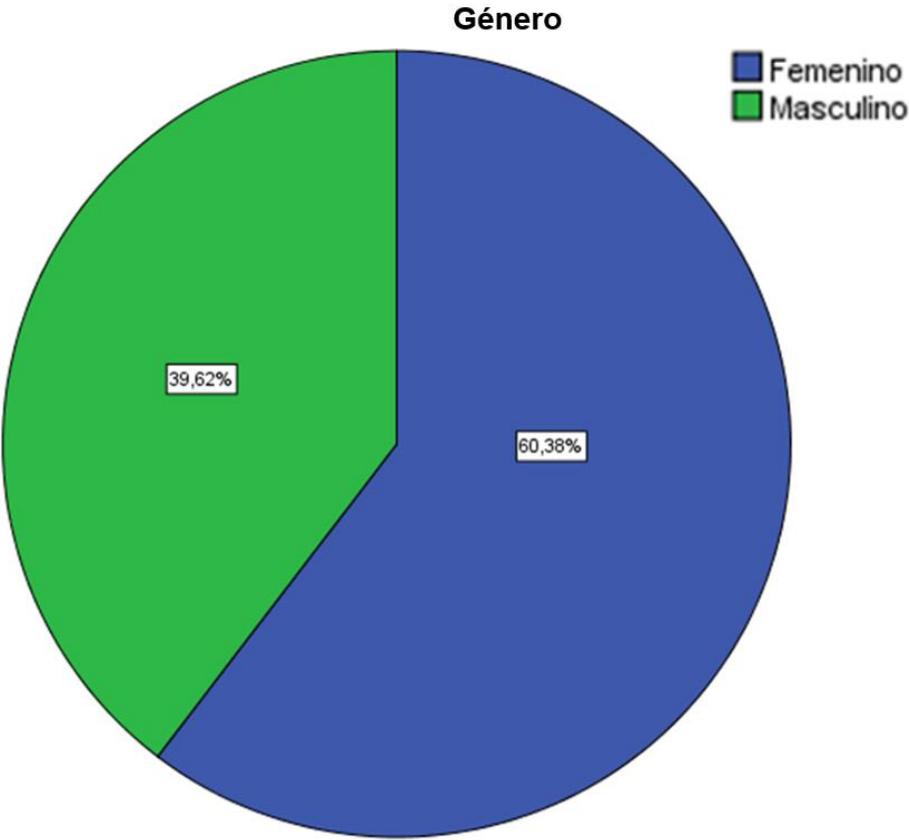
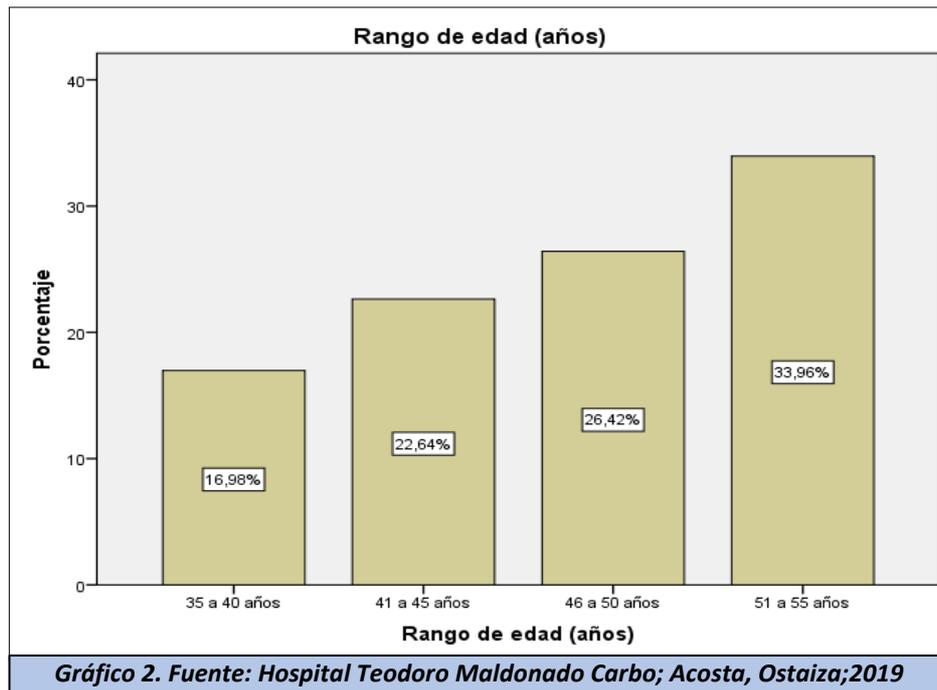


Gráfico 1. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza;2019

La población de estudio estuvo conformada por 53 pacientes atendido en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la Unidad Técnica de Otorrinolaringología en el periodo 2016-2017. En el año 2016 se reportó un ingreso mayor de pacientes 52,8% (28) y en el año 2017 47,2% (25). La mayoría pertenecieron al género femenino 60,4% (32), mientras el género masculino fue de 39,6% (21). El intervalo de edad con mayor frecuencia fue de 51 a 55 años con un 33,96% (18), seguido por 46 a 50 años con 26,42% (14) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Rango de edad de los pacientes.



Con respecto al índice de masa corporal de los pacientes que fueron ingresados al hospital, se mostró que el 50,9% (27) está en un normopeso y el 49,1% (26) presenta una malnutrición, en los que se engloba bajo peso, sobrepeso y obesidad (Tabla 3).

Tabla 3. Rango del Diagnóstico de IMC de los pacientes.

Diagnóstico de IMC	Casos	Porcentaje
Bajo Peso	4	7,5
Normopeso	27	50,9
Sobrepeso	15	28,3
Obesidad tipo I	4	7,5
Obesidad tipo III	3	5,7
Total	53	100,0

Tabla 3. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2019

Nuestra población presento, diferentes hallazgos anatomopatológicos entre los signos que más sobresalen son los siguientes: Edema de aritenoides (75.5%), Faringe

granulomatosa (49.1%), Edema Epiglotis (20.8%), Pólipos en cuerdas vocales (15.1%) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Hallazgos anatómicos de la población de estudio.

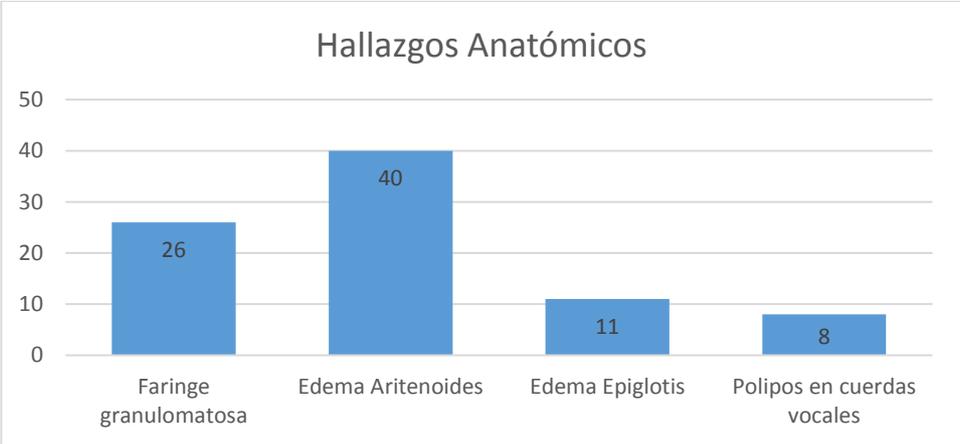


Gráfico 3. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2019

Con respecto a los hallazgos clínicos de la población, entre los síntomas se presenta con mayor porcentaje la disfonía con un 54,7% (29); Globus faríngeo presento 43,3% (23), odinofagia el 30,20% (16), disfagia 18,90% (10) y tos crónica 9,4% (5) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Hallazgos clínicos de la población de estudio.

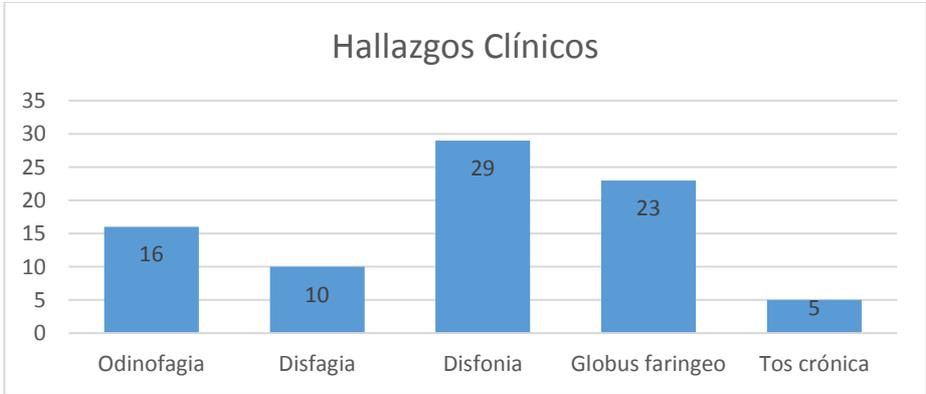


Gráfico 4. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2019

De acuerdo con la presentación clínica de la enfermedad, se reportaron diferentes complicaciones gástricas. La más predominante fue ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) afectando al 98,1% (52) de la población, seguida por gastritis con 37,7% (20) y dispepsia 20,8% (11) (Gráfico 5).

Gráfico 5. Complicaciones gástricas de la población de estudio.

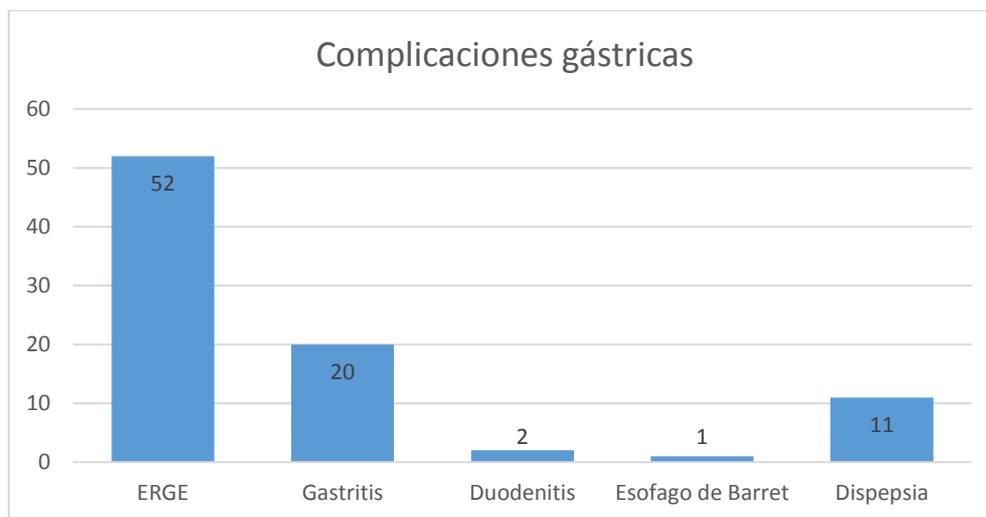


Gráfico 5. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2019

Se realizó la comparación mediante chi-cuadrado de Pearson entre las variables de los hallazgos clínicos y las complicaciones gástricas. Al comparar disfonía con la presencia de pólipos en cuerdas vocales, la prueba chi-cuadrado de Pearson dio como resultado 4,087^a (p-valor 0.047) evidenciando que existe diferencia significativa. El 13.2% (7) que si tuvieron disfonía tienen mayor prevalencia al encontrar pólipos en cuerdas vocales. En cambio, en los pacientes que tienen pólipos en cuerdas vocales, pero no disfonía estuvo presente en el 1.9% (1) en la población (Tabla 4 – Gráfico 6).

Tabla 4. Correlación entre Disfonía y Pólipos de cuerdas vocales de los pacientes.

			Pólipos en Cuerdas Vocales		Total
			Si	No	
Disfonía	Si	Recuento	7	22	29
		% del total	13,2%	41,5%	54,7%
	No	Recuento	1	23	24
		% del total	1,9%	43,4%	45,3%
Total		Recuento	8	45	53
		% del total	15,1%	84,9%	100,0%

Chi-cuadrado: 4,087^a (p-valor 0.047)

Tabla 4. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2019

Gráfico 6. Correlación entre Disfonía y Pólipos de cuerdas.

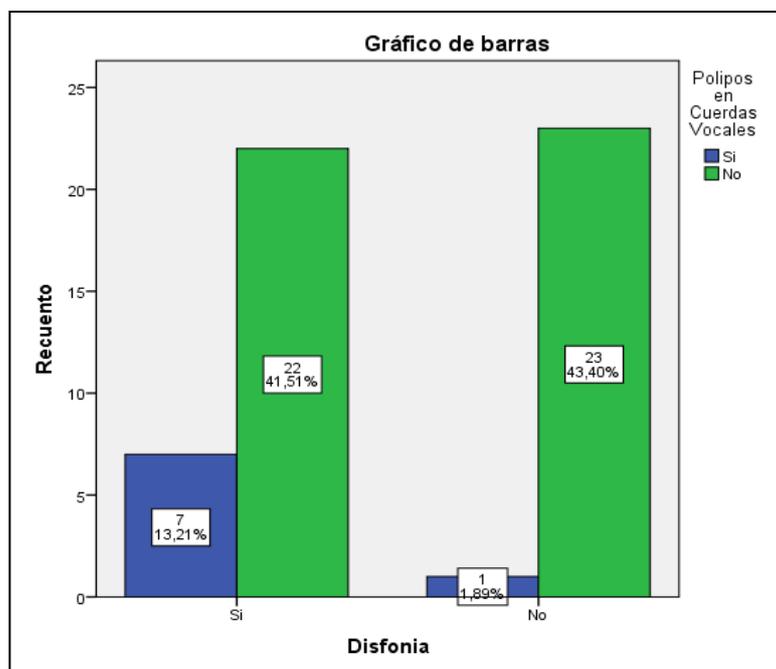


Gráfico 6. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2019

También se relacionó las variables de género, edad, hábitos y enfermedades crónicas no transmisibles comparando con los hallazgos clínicos y complicaciones gástricas.

Al comparar los grupos por género y la presencia de globus faríngeo, se obtuvo un p-valor < 0,05 mostrando que existe diferencia significativa entre las variables. La

población femenina tuvo una prevalencia del 34% (18), mientras que en el género masculino estuvo presente en el 9,4% (5) (Tabla 5).

Tabla 5. Hallazgos clínicos entre género de la población del estudio.

			Globus Faringeo		Total
			Si	No	
Género	Femenino	Recuento	18	14	32
		% del total	34.0%	26.4%	60.4%
	Masculino	Recuento	5	16	21
		% del total	9.4%	30.2%	39.6%
Total		Recuento	23	30	53
		% del total	43.4%	56.6%	100.0%
Chi-cuadrado: 5, 432 ^a (p-valor 0.019)					

Tabla 5. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2016-2017

Al realizar la comparación entre el consumo de cafeína con la presencia de odinofagia se mostró que existe relación entre ellas (chi-cuadrado: 4,795 ^a (p-valor 0.026)). El 28.3% (15) de los que si consumen cafeína tienen mayor prevalencia al dar positivo en la presencia de este hábito. Posteriormente los que no consumen cafeína, solo se presentó en el 1.9% (1) de la población (Tabla 6 - Gráfico 7).

Tabla 6. Comparación entre consumo de cafeína con odinofagia.

			Odinofagia		Total
			Si	No	
Consumo de Cafeína	Si	Recuento	15	24	39
		% del total	28,3%	45,3%	73,6%
	No	Recuento	1	13	14
		% del total	1,9%	24,5%	26,4%
Total		Recuento	16	37	53

	% del total	30,2%	69,8%	100,0%
Chi-cuadrado: 4, 795 ^a (p-valor 0.026)				

Tabla 6. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2019

Gráfico 7. Comparación entre consumo de cafeína con odinofagia.

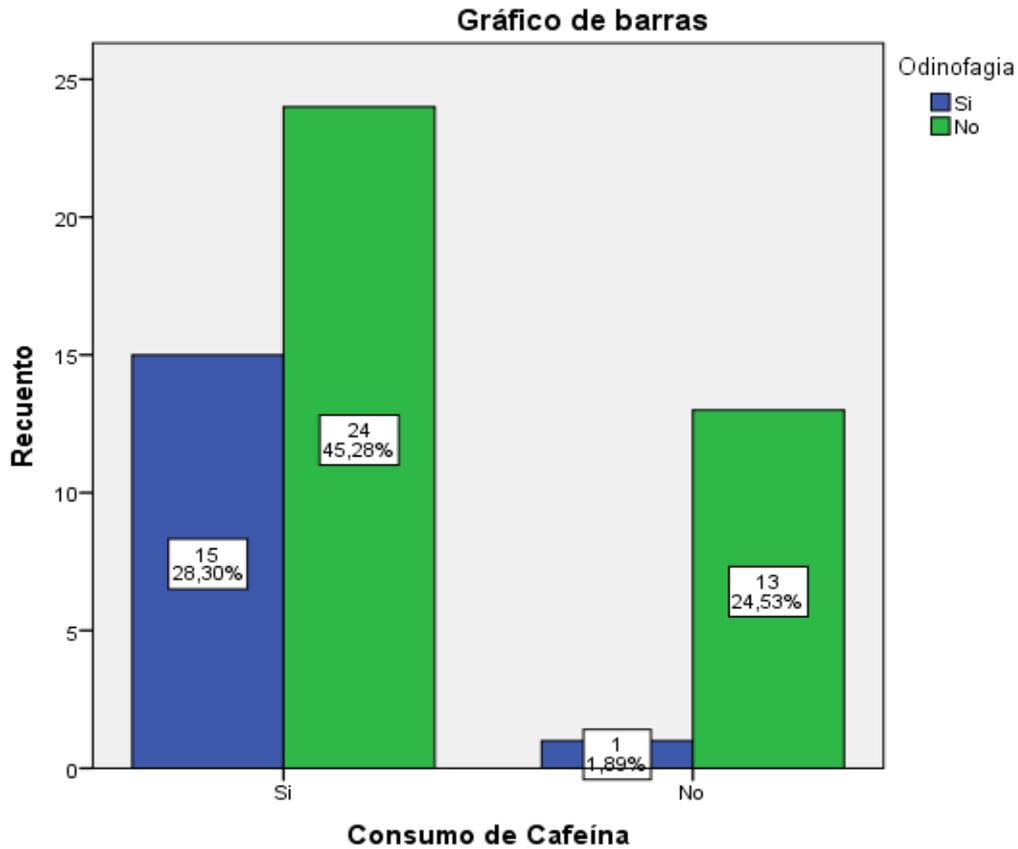


Gráfico 7. Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo; Acosta, Ostaiza; 2019

La comparación entre las variables no descritas dio un resultado de p-valor >0,05 evidenciando que no hay relación significativa.

5. DISCUSIÓN

El reflujo laringo faríngeo a pesar de una enfermedad poco estudiada, A través del presente estudio podemos observar que existe una mayor prevalencia de esta enfermedad en el género femenino entre las edades de 52 a 55 años afectando a 60

de cada 100 mujeres, mientras que en el género masculino afecta a 40 de cada 100 hombres. Estos datos estadísticos se corroboran con estudios de otros países como México en el cual existe una prevalencia similar en las mujeres con un 53 al 60%, sin embargo autores como Padilla et (11), al exponer que no existe diferencia significativa en el sexo (12).

El índice de masa corporal se lo ha relacionado como factor de riesgo frente a muchas patologías, en nuestro estudio encontramos en los pacientes que presentaban el reflujo se encontraban dentro de un rango normal prevaleciendo sobre los estados de mal nutrición de los pacientes. Mosli et, al. difiere con nuestro estudio, en que ellos encontraron que los pacientes desarrollan con mayor frecuencia esta enfermedad los pacientes con obesidad tipo 2 pero es importante determinar que su población utilizó los pacientes con ERGE y RLF (enfermedad por reflujo gastroesofágico) (19).

El contenido que provoca lesión en el reflujo laríngeo ocasiona alteraciones en las estructuras anatómicas de la laringe por lo que Carvalho et, realizó un estudio en Panamá en el cual expone que existe con un 48,8% presencia de edema laríngeo como alteración en la endoscopia laríngea (16). Que al contrastarlo con nuestro estudio podemos determinar la similitud en los resultados ya que encontramos que existe mayor prevalencia del eritema de las aritenoides en pacientes con reflujo laringofaríngeo en un 49.1% seguido del edema de epiglotis teniendo datos muchos

más precisos debido a que contamos con resultados de la estructura específica que compone la laringe.

En el estudio pudimos determinar que ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) se encuentra con mayor prevalencia en los pacientes con RLF (reflujo laringo faríngeo) seguido de la gastritis esto se encuentra relacionado con el mecanismo fisiopatológico de ambas enfermedades incrementando el RLF en los pacientes con ERGE. (16,19).

Dentro de los pacientes con RLF que presentaban disfonía encontramos que existe una relación estadísticamente significativa en cuanto a la presentación de pólipos a nivel de las cuerdas vocales. Padilla et. al concuerda con nuestros hallazgos ya que el establece relación significativa con alteraciones anatómicas presentando como síntoma principal la disfonía.(12)

Estudios comparativos realizados entre sintomatología clínica y los signos de reflujo laríngeo establecen que no existe una relación estadísticamente significativa en cuanto al sexo con la presentación de los síntomas(12). Sin embargo, en nuestro estudio se estableció que existe una relación significativa establecida con una p-valor <0.05 presentando una mayor prevalencia en mujeres que presenten globus faríngeo como sintomatología de esta enfermedad.

Dentro las variables analizadas en el estudio se pudieron establecer que existe relación entre el consumo de cafeína y la presencia de odinofagia, descartando las otras variables como alteraciones anatómicas de la laringe con los demás hábitos

debido a que presenta $p > 0.05$ no existiendo relación entre las mismas. Por lo que es uno de los factores de riesgo que es importante controlar en los pacientes con reflujo laringo faríngeo como pilares dentro del tratamiento y control de la enfermedad como lo expone (4).

6.CONCLUSIÓN

El reflujo laringo faríngeo es una patología muy poco estudiada debido a que se encuentra asociada al reflujo gastro esofágico (ERGE). Es considerada como una complicación de esta enfermedad sin embargo hemos observado que se presenta aun cuando no encontramos datos de ERGE inicialmente. Por ello es importante establecer los posibles factores de asociados que pueden influir en el desarrollo de esta patología como lo son las alteraciones anatómicas encontradas en las endoscopias laríngeas. Los síntomas más frecuentes y los hábitos asociados que se presentan los pacientes son punto clave para determinar prematuramente esta enfermedad.

Los resultados obtenidos en esta investigación se encuentran relacionados con otros estudios a nivel internacional, los cuales corroboran los factores causales de esta enfermedad, en los que se puede intervenir para realizar una futura terapéutica de estos pacientes y su correcto manejo.

Los factores causales que se determinaron fueron la presencia de alteraciones anatómicas en la laringe y los hallazgos clínicos como globus faríngeo, odinofagia,

disfonía. Normalmente los pacientes que presentar reflujo laringo faríngeo tienen complicaciones clínicas, la más predominante es disfonía.

Con todos estos datos más el uso de es la endoscopia laríngea se puede determinar con mayor rapidez un diagnóstico de la enfermedad para poder dar un tratamiento más oportuno y eficaz. Estos factores nos ayudarían al sistema de salud para lograr una prevención adecuada y disminuir la prevalencia de esta.

7. RECOMENDACIONES

Elaborar plantilla de historia clínica en la cual el área de ORL pueda recabar mucha más información para poder determinar muchos más factores relacionados.

Debido a al incremento de la prevalencia de esta enfermedad se debe tomar en cuenta los factores asociados para disminuir la prevalencia de la enfermedad. Se debe realizar un diagnóstico precoz de esta enfermedad debido a que se han reportado un incremento de casos en pacientes que al realizarse la endoscopia laríngea se encuentran alteraciones anatómicas sin presentarse enfermedades asociadas. Los próximos trabajos que se realicen deberán tomar una población mucho más significativa, para poder obtener resultados más acercado a la realidad por lo que nuestro estudio permite ser la puerta para más estudios. Finalmente, recomendamos

comparar nuestro estudio con datos de otros hospitales de la misma complejidad para tener datos que se encuentren en mayor relación la realidad de nuestro país.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piedra XBA, C. Martín Oviedo, J.M. Gómez Martín-Zarco. PATOLOGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA EN RELACIÓN CON EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO.pdf [Internet]. [citado el 22 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/092%20-%20PATOLOG%C3%8DA%20OTORRINOLARINGOL%C3%93GICA%20EN%20RELACI%C3%93N%20CON%20EL%20REFLUJO%20GASTROESOF%C3%81GICO.pdf>
2. Nazar S R, Fullá O J, P V, Antonieta M, Naser G A. Reflujo faringolaríngeo: Revisión bibliográfica. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. agosto de 2008;68(2):193–8.
3. Olavarría L C, Cortez V P. Reflujo faringolaríngeo: Revisión de los nuevos métodos diagnósticos. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. abril de 2015;75(1):61–6.
4. Fandiño LHJ, Tarazona NM, Díaz JAO. Laringitis por reflujo: La perspectiva del otorrinolaringólogo. :9.
5. Arias Rojas V, Arias Cohl S. Otorhinolaryngological manifestations of pathological gastroesophageal reflux and laryngopharyngeal reflux in pediatric patients. Pediatría Asunción. agosto de 2011;38(2):105–10.
6. Ramon A Franco, Jr, MD. Laryngopharyngeal reflux. En: UpToDate. Ted. W. Post. UpToDate in Waltham, MA.; 2018.
7. Romero Sánchez E, Martín Mateos AJ, de Mier Morales M. Disfonía. FMC - Form Médica Contin En Aten Primaria. el 1 de febrero de 2008;15(2):62–9.
8. Remes-Troche JM, Azamar-Jacome AA. laringitis por reflujo: Mito o realidad? G E N. junio de 2010;64(2):124–31.
9. Saranz RJ, Lozano A, Lozano NA, Rodríguez C, A J. Diagnóstico y tratamiento de la tos crónica en pediatría. Arch Argent Pediatría. abril de 2013;111(2):0–0.
10. Dr. Ramón Tormo Carnicé. ENFERMEDAD REFLUJO LARINGOFARÍNCEO | [Internet]. [citado el 31 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.ramontormo.com/enfermedad-reflujo-laringofaringeo/>

11. Montes-Ríos RA, García-Ruiz DA. Reflujo laringofaríngeo. *An Orl Mex.* 2013;58:170–4.
12. Padilla RM, Vicens EG, Moro AF. Correlación de síntomas y signos de reflujo laringofaríngeo en pacientes adultos con disfonía comparados con pacientes sanos. *An Otorrinolaringol Mex.* 2013;58(3):139–45.
13. alvarez juan pablo, Ramon coloma. Manejo avanzado de la vía aerea. *Rev Médica Clínica Las Condes.* el 1 de mayo de 2011;22(3):270–9.
14. Adalberto pacheco. Tos crónica. *Arch Bronconeumol.* el 1 de noviembre de 2015;51(11):579–89.
15. F.Huerta-Iga tamayo de la cuesta. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Rev Gastroenterol México.* el 1 de octubre de 2016;81(4):208–22.
16. Carvalho GM de, Zappelinii CEM, Macedo ACC de, Guimarães AC, Braga FLV, Dantas I de P, et al. DIAGNÓSTICO DEL REFLUJO LARINGO-FARÍNCEO: ENDOSCOPIA LARÍNGEA vs PHMETRÍA. *Rev Médica Panamá - ISSN 2412-642X.* el 14 de octubre de 2014;34(1):5–8.
17. Ramon A Franco, Jr, MD. Laryngopharyngeal reflux. UpToDate [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/laryngopharyngeal-reflux?search=reflujo%20laringofar%C3%ADngeo&source=search_result&selectedTitle=1~23&usage_type=default&display_rank=1
18. Ríos RAM, Ruiz DAG. Laryngopharyngeal reflux. *An Otorrinolaringol Mex.* 2013;58(3):170–4.
19. Mosli M, Alkathlan B, Abumohssin A, Merdad M, Alherabi A, Marglani O, et al. Prevalence and clinical predictors of LPR among patients diagnosed with GERD according to the reflux symptom index questionnaire. *Saudi J Gastroenterol.* 2018;0(0):0.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Acosta Rubio Jorge Luis** con C.C: # **0931408660** autor del trabajo de titulación: **Factores causales que se presentan en el reflujo laringo-faríngeo evaluados por endoscopia laríngea en pacientes de 35-55 años de la Unidad Técnica de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo 2016-2017**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de mayo de 2019

f. _____

Nombre: **Acosta Rubio Jorge Luis**

C.C: **0931408660**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ostaiza Moran Kevin Rene**, con C.C: # **0924691009** autor del trabajo de titulación: **Factores causales que se presentan en el reflujo laringo-faríngeo evaluados por endoscopia laríngea en pacientes de 35-55 años de la Unidad Técnica de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo 2016-2017**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de mayo de 2019

f. _____
Nombre: **Ostaiza Moran Kevin Rene**
C.C: **0924691009**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Factores causales que se presentan en el reflujo laringo-faríngeo evaluados por endoscopia laríngea en pacientes de 35-55 años de la Unidad Técnica de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo 2016-2017		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Acosta Rubio Jorge Luis Ostaiza Moran Kevin Rene		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dra. Elizabeth Benítez Estupiñán		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	ESCUELA DE MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2 de mayo del 2019	No. DE PÁGINAS:	51
ÁREAS TEMÁTICAS:	SALUD PUBLICA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Reflujo laringofaríngeo, reflujo gastroesofágico, disfonía.		
<p>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): El reflujo laringofaríngeo es una enfermedad ocasionada por el paso de contenido gástrico hacia la laringo faringe, desarrollando manifestaciones clínicas que originan el incremento de pacientes en la especialidad de otorrinolaringología. Objetivo: Determinar factores causales que se presentan en el reflujo laringofaríngeo evaluados por endoscopia laríngea en paciente de 35-55 años de la Unidad Técnica de ORL en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), 2016-2017.</p> <p>Materiales y métodos: El estudio tiene un diseño metodológico no experimental, transversal y descriptivo con alcance correlacional. Se estudió a un total de 53 pacientes, sometidos a endoscopia laríngea por la Unidad Técnica de ORL del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión (32 mujeres y 21 hombres), se recolectaron datos de historias clínicas, reportes de endoscopias laríngeas.</p> <p>Resultados: la población de estudio estuvo compuesta por pacientes género femenino 60,4% (32), mientras el género masculino fue de 39,6% (21) de mayor prevalencia entre edades 51 a 55 años. índice de masa corporal del 50.9% de los pacientes presentaban en rango normopeso. Al realizarse la laringoscopia 40 pacientes (75.5%) presentaron edema en aritenoides y disfonía. Se encontró diferencia significativa entre género y la manifestación de globus faríngeo (p-valor <0.05). Conclusiones: Los factores causales que se determinaron con mayor prevalencia fue el edema aritenoides en mujeres siendo el síntoma más común de presentación el globus faríngeo y la disfonía; dichas sintomatologías no se encuentran relacionadas al consumo de cafeína.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 979983060 +593 969480335	E-mail: jorge.acostar14@gmail.com Kostaizam17@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Ayón Genkoug Andrés		
	Teléfono: +593 99 757 2784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			