



Artículo de divulgación científica en el área vocal

Fonoaudiólogo Marco Guzmán N.

Académico Unidad de Voz

Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Chile.

Residente en Lakeshore Professional Voice Center y Wayne State University, USA.

¿QUE ES EL REFLUJO FARINGOLARINGEO?

El Término reflujo viene del griego y significa flujo “de vuelta” o “de regreso” y usualmente se refiere al flujo de regreso del contenido del estómago.

Normalmente, una vez que los alimentos llegan al estómago la digestión debería realizarse sin que el contenido gástrico se devuelva hacia arriba nuevamente.

El esófago tiene dos esfínteres (bandas de fibras musculares para cerrar el tubo) que ayudan a mantener el contenido del estómago en su lugar. Uno de los esfínteres se encuentra en la parte superior del esófago (en la unión con la parte superior de la faringe) y otro está en la parte inferior del esófago (en la unión con el estómago). El reflujo se produce cuando el esfínter inferior no es eficiente en la tarea de cerrarse y evitar que el contenido gástrico suba o se devuelva por el esófago.

Algunas personas tienen una cantidad anormal de paso de contenido estomacal a través del esfínter inferior hacia el esófago. A esto se le conoce como Reflujo. Si el reflujo sube por el esófago a través del esfínter superior hacia la faringe y laringe, se le llama Reflujo Faringolaríngeo (RFL), el que puede ocurrir durante el día o la noche, incluso si la persona no comido.

No todas las personas que tienen Reflujo Gastroesofágico tienen RFL. Algunas personas tienen reflujo sólo dentro del esófago. Si esto ocurre en gran cantidad la persona puede presentar acidez estomacal y sensación de ardor en el pecho. Este ardor o dolor en el pecho ocurre cuando el tejido en el esófago se irrita.

Muchas de las personas que tienen Reflujo Gastroesofágico refieren acidez, sin embargo, es común que las personas que tienen RFL no tengan acidez estomacal, de hecho la mitad de las personas que tienen RFL nunca han tenido acidez. Esto es porque el contenido estomacal que se devuelve no permanece en el esófago mucho tiempo en las personas con RFL. En otras palabras el ácido no tiene suficiente tiempo para irritar el esófago. Sin embargo, si pequeñas cantidades de material regurgitado llega a la garganta y otros problemas ocurren ya que la faringe y la laringe comparadas con el esófago, son mucho más sensibles al daño e irritación por el ácido del estómago. La mayoría de estos acontecimientos provocados por el RFL que dañan a la garganta suceden sin que el paciente sepa que están ocurriendo ya que él no siente los síntomas típicos y comúnmente conocidos del Reflujo (Regurgitación, acidez y ardor)

Los posibles síntomas del RFL son: ronquera, necesidad de aclarar la voz constantemente, tos crónica, sensación de cuerpo extraño en la garganta, sensación de nudo en la garganta, boca amarga, boca seca y mal aliento sobre todo en las mañanas, dificultad para tragar, goteo o drenaje postnasal (mucus o flemas), dificultad para cantar especialmente las notas agudas y mayor tiempo en calentar la voz (vocalizaciones). Dentro de los signos laringoscópicos podemos encontrar: cartílagos Aritenoides heritematosos (rojos e irritados), Laringe roja e irritada, pequeñas úlceras laríngeas en la parte posterior, inflamación de los pliegues vocales, granulomas laríngeos, paquidermia de la comisura posterior y pseudo sulcus o sulcus subglótico.

El diagnóstico de RFL se puede realizar a través de varias pruebas: laringoscopia, sintomatología del paciente, pH metría faringo-esofágica de 24 horas, esofagoscopia y examen de Bario.

La PH metría de 24 horas es un test que se realiza durante la noche y el día. Es usada para medir y monitorear la cantidad y tipo de ácido durante 24 horas en la faringe y el esófago. El examen de Bario es un examen en el cual el paciente traga Bario líquido que puede ser visto por rayos X. Este test muestra si hay estrechamiento u otra anomalía en la garganta o el esófago. Este test es bueno para evaluar todo el mecanismo de deglución. Y finalmente la esofagoscopia que es una exanimación visual directa en la que un telescopio flexible es usado para evaluar cualquier anomalía del esófago que pueda ser resultado de la exposición crónica al ácido estomacal.

El tratamiento para el RFL está básicamente constituido por: Cambio del estilo de vida y dieta para reducir el RFL, medicamentos antireflujo (Bloqueadores de la Bomba de protones) y en algunos casos cirugía para el reflujo. Algunos pacientes con RFL requieren tratamiento por un tiempo corto, otros lo requieren a permanencia (toda la vida) y también existe un grupo de personas que se recuperan momentáneamente por meses o años, y después pueden tener nuevamente RFL.

A continuación algunos consejos conductuales para reducir el RFL

- Si tiene sobre peso, redúzcalo.
- Se recomienda una dieta blanda dividida en múltiples comidas de pequeño volumen.
- Debe evitar alimentos muy condimentados, grasas, cítricos, tomate, cebolla, ají, pimienta y frituras.
- Debe evitar otros alimentos que fomentan el reflujo, tales como, Chocolate, nueces, aceitunas, pasteles, té, café, bebidas gaseosas y alcohol.
- No fumar.
- No coma durante 3 o 4 horas antes de acostarse.
- No realice ejercicios después de comer.

- Beba más agua, por lo menos 8 vasos por día.
- Para evitar síntomas durante la noche, duerma con la cabecera de la cama elevada, colocando bloques de madera o ladrillos bajo las patas de la cabecera. La elevación debe ser de 15 a 20 cm.
- Deben evitarse las ropas ajustadas en la parte media del cuerpo.
- No se incline más de lo absolutamente necesario.
- Mantenga una actitud relajada en sus actividades.
- Tome los medicamentos indicados por su médico.

Fonoaudiólogo

Marco Guzmán N.

www.vozprofesional.cl