



**EL METODO PROEL APLICADO A LA DISFONÍA POR REFLUJO
FARINGOLARÍNGEO**

TUTOR: DR. ALFONSO BORRAGAN TORRE

AUTORA: SUSANA LASPRA SÁNCHEZ

CURSO ACADÉMICO:2019/2020

UIMP

Universidad Internacional
Menéndez Pelayo

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. REFLUJO FARINGOLARÍNGEO: DEFINICIÓN.....	3
3. SINTOMAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL REFLUJO FARINGOLARÍNGEO.....	4
4. DIAGNÓSTICO.....	5
5. ETIOLOGÍA.....	7
6. TRATAMIENTO.....	7
7. PROTOCOLO EN REFLUJO FARINGOLARÍNGEO SEGÚN MÉTODO PROEL.....	8
8. BIBLIOGRAFÍA.....	14

INTRODUCCIÓN

En este breve trabajo voy a tratar de exponer cómo ha cambiado mi forma de entender y de trabajar con los pacientes con disfonía por reflujo que acuden a la consulta de ORL en la que presto servicio como Logopeda.

Cada vez más a menudo acuden a la consulta pacientes con molestias de garganta que son atribuidas a reflujo. Estos pacientes mejoran sus síntomas con el tratamiento farmacológico, pero casi siempre este era insuficiente, la mayoría de ellos seguía manifestando molestias al tragar o sensación de tener algo atorado en la garganta (telita, moco, flema...)

Al completar este tratamiento con **la hidratación nasal mediante gasa, los vahos con manzanilla y tomillo, el control postural y la respiración diafragmática**, y pese a que este año no ha sido el más propicio para hacer un estudio exhaustivo, puedo decir que prácticamente la totalidad de estos pacientes mejoran su sintomatología totalmente.

Si tuviera que elegir una, de entre todas estas acciones la que los pacientes más agradecen y continúan haciendo en el tiempo (por el beneficio que ellos consideran que les aporta) la elegida sería la hidratación nasal con gasa.

REFLUJO LARINGOFARÍNGEO:DEFINICIÓN

La laringitis por reflujo, también conocida como reflujo laringofaríngeo (RLF), es una de las manifestaciones extradigestivas del reflujo gastroesofágico (RGE) que se produce por el flujo retrógrado del contenido gástrico (ácido, pepsina) o duodenal (sales biliares, enzimas pancreáticas) hacia la laringe y la faringe.

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.

El reflujo de contenido gástrico puede afectar los órganos y sistemas que se encuentran en la vecindad del sistema digestivo, prueba de ello es que se ha descrito una fuerte asociación de reflujo con diferentes patologías inflamatorias de cabeza y cuello: rinosinusitis crónica, rinitis alérgica, amigdalitis recurrentes, hipertrofia de amígdalas y adenoides, SAHOS, asma, bronquiectasias, neumonía, tos crónica, disfonía, laringomalacia, faringitis, traqueítis, estenosis subglótica, entre otras.

Incluso, se han encontrado niveles elevados de pepsina en el oído medio y en las adenoides de pacientes con otitis media con efusión (OME).

Se cree que la pepsina alcanza al oído medio por el contenido gástrico que asciende hasta la nasofaringe y la trompa de Eustaquio, estableciendo una asociación importante en la patogénesis de la OME y otitis media crónica.

Existen datos de la existencia de reflujo gástrico con manifestaciones extradigestivas laríngeas en la literatura de otorrinolaringología desde hace al menos cuatro décadas, pero fue descrita por Kaufman como RLF al principio de los noventa; desde entonces ha sido una entidad cada vez más diagnosticada por el otorrinolaringólogo, en muchos casos sobrediagnosticada.

El reflujo faringolaríngeo (RFL) es un síndrome que se presenta con múltiples manifestaciones clínicas, como laringitis, disfonía, fatiga vocal, globus, carraspeo excesivo, tos crónica y disfagia leve.

Dichos síntomas son causados por un flujo gástrico, que en forma retrógrada alcanza la laringofaringe. Este hecho es compartido por el reflujo gastroesofágico (RGE), el cual se define como el ascenso de contenido estomacal hacia el esófago, presentándose sin náuseas o vómitos.

Aunque ambas patologías comparten el mismo punto de partida, son consideradas entidades distintas, cuyos síntomas y necesidad de tratamiento son diferentes.

La suposición de este hecho, se basa en estudios realizados en sujetos con síntomas de RFL, los cuales, al ser interrogados, no presentaron los síntomas clásicos de RGE. Además, se observó que al ser sometidos a una endoscopia digestiva alta, su resultado era Informado dentro de límites normales.

La importancia del RFL radica en que se presenta en hasta el 10% de los pacientes que acuden a la consulta otorrino-laringológica. Además, se ha observado que en más del 50% de los pacientes con disfonía, existen signos de la existencia de una enfermedad por reflujo subyacente.

SÍNTOMAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE REFLUJO LARINGOFARÍNGEO

Para poder identificar esta patología es indispensable realizar una excelente historia clínica, con una completa anamnesis, indagando sobre los síntomas comunes de reflujo y síntomas relacionados con patologías de cabeza y cuello, teniendo en cuenta que la ausencia de síntomas no descarta esta enfermedad. Es importante resaltar que los pacientes con RLF usualmente no tienen las manifestaciones clínicas clásicas del RGE, se ha demostrado que muchos de los

pacientes con RLF no tienen esofagitis asociada o epigastralgia, y en varios estudios se ha determinado que en pacientes con RLF la incidencia de epigastralgia es menor del 40% y menos del 25% tienen esofagitis.

Dentro de las manifestaciones clínicas del RLF encontramos gran variedad de signos y síntomas de enfermedades otorrinolaringológicas como son disfonía (71%), tos seca (51%), carraspeo (42%), globus faríngeo (47%) y secreciones en hipofaringe. También encontramos disfagia (35%), sensación de escurrimiento posterior, saliva amarga, odinofagia de ardor y espasmos laríngeos. En algunos casos la tos puede llegar a ser crónica, con accesos de tos y volverse incapacitante, incluso despertando al paciente durante la noche. Como vemos, la disfonía es uno de los síntomas principales, y se encuentran signos de RLF hasta en el 50% de los pacientes con alteraciones de la voz o patología laríngea.

Sin embargo, en los niños las manifestaciones clínicas de esta enfermedad pueden ser diferentes a las de los adultos. Los niños pueden presentarse con episodios recurrentes de faringoamigdalitis, laringitis y traqueítis, consecuencia de la exposición anormal al ácido en el tracto respiratorio superior. En estos casos, la presencia de un pH ácido genera inflamación que favorece cambios en la flora bacteriana y procesos infecciosos recurrentes.

DIAGNÓSTICO

Laringoscopia

- 1) Laringitis por reflujo, predomina en laringe posterior con eritema a nivel de los aritenoides y la comisura posterior
- 2) Los nódulos vocales ocurren más a menudo en profesionales de la voz como son los cantantes, actores, locutores y maestros, quienes consultan por un desorden funcional de la voz. Aunque la mayoría son pequeños, los que no reciben tratamiento pueden progresar a pólipos, requiriendo cirugía
- 3) La degeneración polipoide o edema de Reinke es probablemente el resultado final de los nódulos vocales no tratados.
- 4) Las úlceras de contacto y los granulomas se localizan en el proceso vocal del cartílago aritenoides, el cual se une al extremo posterior del músculo vocal. El síntoma típico es el aclaramiento faríngeo constante.

5) La estenosis laríngea es una secuela severa del RGE. Ocurre en general en pacientes con trauma laríngeo habitualmente por intubación laríngea.

6) El laringoespasma paroxístico es también una forma de RGE que compromete la vida, pero afortunadamente es raro. Ocurre en general por la noche despertando al paciente con estridor severo y disnea.

Videostroboscopia

Permite evaluar la función laríngea.

Esofagograma

Es de poca utilidad y ha sido superado por la endoscopia. Sin embargo actualmente las técnicas de video-radiología permiten evaluar mejor las alteraciones de la motilidad vinculadas con RGE y evidenciar los episodios de reflujo que superan el plano de la glotis.

Endoscopia

Posee mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico del daño mucoso esofágico vinculado a RGE. Sin embargo, la esofagitis es infrecuente en estos pacientes.

pHmetría ambulatoria

Es el test de referencia en el estudio del RGE. En estos casos también es fundamental la utilización de pHmetros con electrodos de doble o triple lumen, para poder evidenciar las modificaciones del pH en el tercio superior del esófago o en la faringe. Dada la sensibilidad de las regiones supraesofágicas a la exposición al ácido, puede no ser necesario un tiempo comparable de exposición al ácido en el esófago para el desarrollo de lesiones. Por esta razón, la cantidad de eventos de reflujo puede ser un parámetro de evaluación mejor que el tiempo de exposición al ácido.

ETIOLOGÍA

En cuanto a las **causas del reflujo** podemos pensar que son de tres tipos:

- **Pacientes con patología digestiva** del tipo de digestiones lentas, hernias de hiato o cualquier otra patología digestiva. En los pacientes con RFL esta causa es muy pequeña.
- Aquellos en los que la **alimentación o la dieta**, es poco adecuada, u otros que por sus características, aun siendo adecuada y perfectamente equilibrada, esos alimentos le producen reacción. Una alimentación con excesivos ácidos siempre puede ser un peligro.
- Pero las causas más frecuentes son debidas a estrés. El factor **estrés**, es el que produce una hiperproducción de ácido a nivel gástrico, desordena la motilidad gástrica e intestinal, puede provocar una incompetencia mayor del esfínter esofágico inferior, un ascenso de la laringe y una incompetencia del esfínter esofágico superior. El estrés puede ser el origen del reflujo a puede aumentarle.

El reflujo faringo-laríngeo es, de alguna manera, multifactorial. No hay que pensar que la solución está solamente en los inhibidores de la bomba de protones, sino que la gran mayoría de las veces hay que actuar sobre el control del estrés, la dieta, el control postural, la forma de hablar...

TRATAMIENTO

Conocer la fisiología del EES ayudará, sin lugar a dudas, a mejorar el control del reflujo faringo-laríngeo. Lo ideal sería tener una postura laríngea en reposo baja, hablar sin ascender la laringe, adoptar una postura de cuello adecuada, es decir, en ligera flexión o con el mentón hacia abajo tanto en reposo, como hablando o cantando, vivir con el mínimo estrés posible para evitar la hipercontracción de la

musculatura del Ramillete de Riolano... podrán ser líneas de investigación para ver si con ello mejorará el control del reflujo faringo-laríngeo.

Conocer más y mejor la anatomo-fisiología del diafragma puede abrir caminos de rehabilitación del diafragma para obtener un mejor cierre del EEI.

PROTOCOLO EN REFLUJO FARINGO-LARÍNCEO

SEGÚN MÉTODO PROEL

Se activan varios niveles de actuación:

Control Digestivo

- **Disminuir la producción de ácido:** Medicación con **IBP**, a dosis altas (40-80 mg) durante periodos largos, 2- 8 meses. Antiácidos, Ranitidina.
- **Dieta adecuada:** Comer poco para no producir una distensión gástrica. Comer despacio y masticando. Comer alimentos poco elaborados. Eliminar ácidos, alcohol, bebidas con gas, grasas y chocolate. Control de intolerancias y autoinmunidad con dieta ancestral.

ALIMENTOS ACONSEJADOS	ALIMENTOS MODERADOS	ALIMENTOS PROHIBIDOS
Leche y lácteos: semidesnatados o desnatados, yogures no enriquecidos con nata, queso fresco o poco grasos, requesón, cuajada, <u>petit suisse</u> , mousse de yogurt.	Leche y lácteos: leche entera (según tolerancia), batidos lácteos (excepto de chocolate), natillas y flan, arroz con leche.	Leche y lácteos: leche condensada, quesos fuertes, postres lácteos <u>con nata</u> .
Carnes, pescados huevos y sus derivados: carnes con poca grasa, pescado blanco, huevos en tortilla, escalfados o revueltos, fiambre de pollo o pavo.	Carnes, <u>semigrasas</u>, <u>pescados</u> azul, jamón serrano y york magros. Pescado azul, marisco	Carnes grasas, fibrosas (como el conejo), carne cocida dos veces o muy condimentada, embutidos grasos y vísceras, huevos duros, pescados en escabeche o en salazón (bacalao, arenques...).
Cereales, patatas y legumbres: todos salvo los indicados en alimentos prohibidos. Cocinados <u>enteros</u> y si no sientan bien, pasadas por el pasapurés.	Cereales , de desayuno azucarados (sencillos, con miel, integrales y <u>muesli</u>) según tolerancia.	Cereales: pan fresco recién horneado tipo baguette, cereales <u>chocolateados</u> , o bañadas con soluciones azucaradas. Legumbres flatulentas (alubias, garbanzos). Evitar alimentos muy azucarados como la miel que puede producir acidez.
Bebidas: agua, caldos, infusiones, zumos no ácidos, bebidas sin gas.	Bebidas: zumos comerciales no ácidos, fruta en almíbar sin el jugo.	Bebidas: café, descafeinado y te fuertes, bebidas con extracto de café, chocolate, <u>bebidas</u> con gas y todas las bebidas alcohólicas.
Verduras y hortalizas: todas excepto las que producen flatulencia.		Verduras y hortalizas: evitar las que producen flatulencia: col, coliflor, repollo, coles de Bruselas, alcachofas, pimiento en crudo, guisantes. Evitar pepino, ajo, cebollas, especias. Tomate
Frutas: frescas muy maduras, no ácidas, batidas o asadas en compota o en puré.		Frutas: Cuidado con el melón, sandía, plátano. Naranjas, mandarinas,
		Grasas: nata manteca, tocino y sebos, fritos grasos, salsas grasas, cocinar con mucho aceite.
	Otros productos: bollería y repostería sencillas, gelatina de frutas, helados y sorbetes, frutos secos y mayonesa convencional.	Otros productos: pastelería y repostería, chocolates. También cuidado con las salsas y picantes. No usar menta, puede aumentar el reflujo.

Pero no hay que olvidar que cada uno responde a los alimentos de una forma muy personal.

Junto a esto hay que eliminar el tabaco, hacer ejercicio físico diario y evitar el impacto del estrés.

Es conveniente aportar bacilos lácteos, aportar vitaminas liposolubles (A, D, E, K) e hidrosolubles (B1, B6, B12, B2, B5; C), aportar magnesio, aportar oligoelementos (zinc, cobre, manganeso, silicio, selenio, cobalto, cromo, rubidio)

Existe un grupo de pacientes con "disconfort faringo- laringo- traqueal" en los que no se identifican factores inflamatorios habituales, que son resistentes a la

terapia de reflujo y que responden a una dieta con restricción de leche, trigo y maíz. Suelen ser mujeres y suele recordar a un cuadro "pseudoceliaco".

Entre las causas que pueden originar este tipo de Reflujo Faringo- Laringeo se pueden hipotizar las siguientes:

- Por **patología auto-immune** que ocasiona una hiper-permeabilidad del tubo digestivo bien por el tipo de alimentación, por ejemplo personas que tiene una intolerancia a cierto alimento, o bien por la modificación de la flora bacteriana (disbiosis ante cualquier cambio, como por ejemplo, una diarrea) y no suele ser excesivamente raro o bien por la deficiencia temporal (o desde el nacimiento) de alguna enzima que no puede provocar la rotura y la descomposición de los alimentos que están llegando o bien por la alteración de alguna de las mucinas que no van a tamponar los gérmenes o los productos tóxicos que están en el tubo digestivo. Esta patología auto-immune provocaría una hiper-permeabilidad que hace que muchos péptidos y muchas macromoléculas atraviesen la pared intestinal. Después viajan por vía sanguínea hacia órganos diana que impactan sobre ellos. Uno de los órganos diana suelen ser las articulaciones como en el caso de la poliartritis reumatoide. Pero también puede ser en otras muchas otras zonas diana, como puede ser, el tubo de vías respiratorias altas, especialmente lengua, faringe, laringe. tráquea.
- Por **acumulación de residuos** que no son inmunógenos, pero que al atravesar la pared digestiva, por absorción, pasan a vía sanguínea y se van acumulando en diferentes zonas. Esto pasa, por ejemplo, en la arteriosclerosis que va acumulándose material de depósito (colesterol y otras muchas sustancias) en las arterias y también directamente en otros órganos.
- Por **eliminación de residuos**. Una vez que estos residuos se han acumulado necesitan eliminarse y se van a eliminar por ciertas vías, como la vía hepática, la vía renal, pero también pudiera ser a través de las glándulas del sudor o a través de mucosas. Esto puede explicar el origen de muchas aftas en cavidad oral. El tubo digestivo puede ser el origen de muchas enfermedades, tanto a nivel reumatológico, como cerebral, como de vías respiratorias. Es curioso como el tubo digestivo puede, en pacientes que

tienen pocas reservas de homeostasis, por ejemplo, ancianos con un fecaloma que ocasiona una acumulación de gérmenes a nivel del colon, provocar una encefalopatía tóxica. La explicación clásica es por absorción de amoníaco. Por eso, igual que sucede en estos casos pudiera estar sucediendo constantemente en muchísimos otros casos de patologías mínimas, como en los casos de reflujo faringo-laríngeo.

En estos pacientes usamos el control de la dieta, pero una dieta especial que se denomina **dieta hipotóxica o dieta ancestral**

Los alimentos que NO hay que tomar o hacerlo de forma muy ocasional son:

- Excluir cereales, excepto el arroz y el trigo sarraceno. Eliminar el Trigo (pan, pasteles, pizzas, galletas, harina de trigo, pastas, sémola), el Maíz (harina de maíz, palomitas), la Cebada (cerveza), la avena, el centeno.
- Excluir la leche animal y sus derivados (queso, nata, mantequilla, helados, yogurt). Usar leche de soja.
- Sal blanca refinada, azúcar blanco refinado, aceites refinados, cerveza, conservas, chocolate con leche, confituras, margarinas.

Sí es aconsejable tomar:

- Algunos cereales como: Arroz, trigo sarraceno y sésamo.
- Consumo de productos crudos. Carnes magras, con cocción breve o muy poco hechas. Siempre de animales alimentados de forma natural, huyendo de los engordes con piensos. Si los embutidos crudos como el jamón serrano, chorizo, salami, salchichón. También va bien el Foie- gras. Hay que evitar el fiambre cocinado, por ejemplo, las morcillas. Van bien los huevos crudos o pasados por agua. También el pescado crudo o incluso cocinado, pero no a altas temperaturas. Siempre hay que huir del pescado de piscifactoría.
- Los crustáceos, moluscos y marisco van muy bien.

Control de Esfínteres

- **Aumentar el vaciado y la motilidad intestinal:** medidas alimentarias con alimentos de fibra, Masaje intestinal profundo, Ejercicio físico donde participe la musculatura abdominal.

EEl: Respiración Diafragmática en reposo

- **Respiración Diafragmática** con reflejo abdominal periumbilical para fortalecimiento de EEl: Aumentar la sensación de diafragma, Desplazamiento abdominal periumbilical, Marcador del reflejo con elástico con ojales y/o cinta de Kynesiology.

EES: Descenso de laringe

- Romper la rigidez de cuello: Soltar musculatura cervical.
- Romper la rigidez de la laringe: Tracción de cinchas, Manipulación del vibrador, Quitar la dureza del dorso de la lengua y destensarla.
- Postura y maniobras de forma continua: Mentón abajo y atrás, Hablar con laringe baja, Deglución con fase faríngea amplia y evidente.
- Hacer de forma ocasional: Bostezo exagerado, Uso de Pilar en zona molar, Estiramiento laríngeo con manipulación descendiendo.

Estiramiento de columna

- Tumbarse boca abajo y estar 5- 10 minutos.
- Tumbarse en el suelo, con las piernas flexionadas durante 5- 10 minutos.
- Sentarse correctamente.
- Ponerse en postura manos rodillas varios minutos.

Control General

- Control del **estrés**

Control de la Mucosa Faringo-Laríngea

Aumentar el grado de resistencia de la mucosa

- **Antiinflamatorios FARINGO-LARÍNGEOS:** Hielo en la fase aguda. Calor en la fase crónica: Vahos con manzanilla. Desinfectante y humidificante: Vahos con tomillo y/o malva. Lubrificante: Instilación orofaríngea con Aloe Vera, Vitamina E. Antiinflamatorio: Miel pintando las paredes faríngeas.
- **Niveles de hidratación y lubricación de mucosas.** Personal (vahos, gasa húmeda, lavados nasales, cuentagotas, respiración nasal...), Ambiental (corrientes de aire fresco, plantas, peceras, pulverizador en ambiente...), Ambiente hiperhidratado (saunas, ducha, baño turco...), Alimentación (rica en frutas, caldos, verduras...), Hidratación masiva ocasional: Rellenar depósitos de vez en cuando, 3- 5 l/ día.

BIBLIOGRAFÍA

- Borragán Torre A., M.A. Agudo Leguina, M.J. González Fernández, B.Gómez Mediavilla, M. Borragán Salcines: Método propioceptivo Elástico(PROEL) para el tratamiento de los trastornos de la voz. Elasticidad y resonancia (2/5). CFL training Ed. 2017.
- Reflujo faringolaríngeo: Revisión bibliográfica
Rodolfo Nazar S¹, Juan Fullá O², M^a Antonieta Varas P², Alfredo Naser G¹.
- Reza Shaker, MD. Proceedings of a Symposium: First Multi-Disciplinary International Symposium on Supraesophageal Complications of Reflux Disease. Am J of Med. 1997; 103 (5A): 77S-113S.
- Reflux laryngitis: an Otolaryngologist's perspective
Luis Humberto Jiménez Fandiño, MD,¹ Natalia Mantilla Tarazona, MD,² Javier Andrés Ospina Díaz, MD.³