



El reflujo gástrico puede llegar hasta la faringe y la laringe. (iStock)

En el otoño de 1992, justo en vísperas de su victoria electoral y de proclamarse presidente de los Estados Unidos, **Bill Clinton** se quedó sin voz. Dada la dureza de la campaña, en la que no había parado de dar mítines de un extremo al otro del país, su afonía se interpretó como **la ronquera del político**, que no es sino un estrés excesivo de las cuerdas vocales en esa batalla por conseguir votos.

En realidad, el trasfondo de la afonía de Clinton era otro: el candidato a la presidencia sufría de reflujo, pero no de ese [reflujo gastroesofágico](#) que atormenta tantas digestiones y nos provoca ardores y acidez, sino de otra modalidad que afecta a la garganta. Es el mal llamado ‘reflujo silencioso’, un ‘tapado’ que está detrás de muchas **disfonías y carrasperas** (aunque no lo sepamos).

La laringitis crónica de Bill Clinton se debe a un problema de reflujo faríngeo

Pese a que ya en los 70 los investigadores **J.E. Delahunty y Jerrie Cherry** habían correlacionado las úlceras laríngeas con problemas de reflujo gástrico, tuvo que ser la ronquera de Clinton -que se convirtió en una **laringitis crónica** y siguió mortificándole de forma intermitente en años sucesivos- la que dio visibilidad al problema; de hecho, en Estados Unidos su diagnóstico se triplicó entre 1990 y 2001. Y a comienzos de este siglo se le dio finalmente su nombre formal: **reflujo laringo-faríngeo (RLF)**.

Del otorrino al digestivo

Advertisement

“Es un síntoma relativamente reciente, del que hace 20 años apenas se hablaba -corroborla la doctora **María Bielsa**, médico fonoiatra y presidenta de la [Sociedad Médica Española de Foniatria](#)-. No sabría decir si hay más que antes o no; lo que está claro es que ahora, ante determinados síntomas que presenta el paciente, intuimos que puede haber un problema de reflujo gástrico, lo buscamos y, muy a menudo, lo encontramos”.

Con ella coincide el doctor **Pedro Cabrera**, presidente de la Comisión de Laringología de la [SEORL-CCC](#) (Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello), quien señala el “interés creciente” que hay en torno a este tipo de reflujo. “Hoy sabemos que afecta a la laringe y a la faringe **sin necesidad de presentar síntomas en el esófago**. Debemos sospechar de su presencia cuando nos encontramos con un paciente que presenta sensación de cuerpo extraño, flemas permanentes, cambios en la voz...”.



Una tos persistente puede ser consecuencia de un problema digestivo. (iStock)

Nos hablan del reflujo una especialista en foniatría y un otorrino laringólogo. Curioso, sin duda. ¿Te imaginas que acudes a un especialista en garganta porque tienes carraspera y te deriva a un digestivo? Pues tiene todo el sentido, porque **el origen lo vamos a encontrar en el estómago** y en un incorrecto funcionamiento del mecanismo que impide que el contenido alimenticio regrese por donde ha venido.

Nos lo cuenta el doctor **Carlos Suárez**, especialista en aparato digestivo del [Centro Médico-Quirúrgico de Enfermedades Digestivas](#). “El cardias, el orificio que comunica el esófago con el estómago, se relaja con la ingesta para permitir el paso del contenido alimenticio al estómago y se contrae para evitar la regurgitación. Cuando esto no funciona bien, la comida -cargada de ácidos- regresa hacia atrás y, literalmente, **quema el esófago**. Sería una esofagitis por reflujo”.

Una mínima cantidad de ácido en la laringe puede bastar para que aparezcan los síntomas

La cuestión es que hay veces que ese reflujo no se queda ahí y puede ascender hacia la garganta. “Ya sea por una sobreproducción de ácido, por la incapacidad de los esfínteres naturales del esófago para cumplir su función o por hábitos alimenticios inadecuados, el contenido ácido puede terminar llegando a laringe y faringe - explica el doctor Cabrera-. Puesto que es una zona que no está preparada para tener contacto con ácido, **mínimas cantidades bastan para tener síntomas**”.

Estos síntomas suelen manifestarse en forma de **carraspeo, necesidad de toser, sensación de cuerpo extraño en la garganta**, picores o ardores en la garganta, disfonías... Y todo ello hace que acudan al otorrino o al especialista en foniatría. Porque, curiosamente, a menudo estos pacientes no refieren molestias gástricas: es como si el contenido ácido hubiera pasado por el esófago sin pena ni gloria. “Para ellos suele ser **una sorpresa** -confirma la doctora Bielsa-. Vienen porque creen que tienen un problema en la voz y resulta que el origen es gástrico”.

Inflamación y enrojecimiento

Las lesiones, nos indica la especialista, son claras. “Hacemos una exploración de la laringe y vemos un enrojecimiento en la zona de los aritenoides, que son **los dos cartilagos que mueven las cuerdas vocales**. Si la acidez llega a ese nivel, se produce una irritación de la mucosa; en las imágenes vemos una laringe color rojo frambuesa, cuando debería ser sonrosada. Esto nos hace sospechar que hay un reflujo. Es un diagnóstico de sospecha, sin evidencia y, aunque podemos poner un tratamiento empírico para tratar el reflujo, es habitual que lo derivemos al especialista en digestivo”.

Se trata, corroboran los expertos, de una **patología multidisciplinar**. “Puesto que el origen del reflujo puede deberse a causas diferentes, desde un problema en el esfínter a un [Helicobacter pylori](#), conviene que el paciente pase por el digestivo para que valore el mejor tratamiento”.

¿Y qué pruebas realizará el especialista en enfermedades digestivas? “Solemos empezar por una **gastroscopia**, que nos permite ver esófago, estómago y duodeno - explica el doctor Suárez-. Pero, aun así, puede que con la gastroscopia no veamos absolutamente nada, lo que no excluye la posibilidad de que haya reflujo. Así que nos vemos obligados a hacer **otros estudios** diseñados específicamente para esto”.



Endoscopia.

Entre estos estudios se encuentran la **manometría y la pmetría de esófago**. Con ellas se puede saber si hay reflujo, cuántos episodios se producen a lo largo del día y cuánto duran, si el problema es más intenso o no durante la noche... “Incluso nos permite elaborar un índice de severidad del reflujo que nos orienta a la hora de tomar decisiones terapéuticas”.

La primera norma, sugiere el doctor Cabrera, pasaría por “una [modificación de los hábitos alimentarios](#). Eliminar grasas, exceso de proteína animal, las cenas copiosas... La dieta es tan importante como la medicación”. También lo cree así la doctora Bielsa: “A veces es suficiente con instrucciones dietéticas y posturales: no cenar tarde, **dejar transcurrir dos horas entre la cena y el momento de tumbarse**; elevar la cabecera de la cama (algo que, por cierto, hace Clinton); evitar por la noche alcohol, fritos, chocolate... Con esto hay muchos pacientes que mejoran de sus síntomas”.

Pero no siempre es así. En la experiencia del doctor Suárez, todo depende de la magnitud del reflujo. “Cuando hay un trastorno de base que hace que se perpetúe el reflujo, se le ofrece al paciente un tratamiento médico que, en ocasiones, debe cumplirlo de forma permanente (con los efectos colaterales que puede tener el consumo crónico del [omeprazol](#) y sus congéneres. Otra opción, que reservamos para determinados casos, pasa por una cirugía -**funduplicatura**- que da tono al esfínter con la intención de que sea lo suficientemente flexible para permitir la deglución, pero a su vez lo suficientemente firme para impedir el reflujo.

Principales Tags

- [Enfermedades](#)

El redactor recomienda



• [El descontrolado e innecesario uso de omeprazol en España](#)

Álvaro Hermida



• [Los diez alimentos que más te ayudan a combatir la acidez](#)

Gonzalo de Diego Ramos