



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLÓGÍA
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-48



Fecha:
DIC 20

Rev. 04

Hoja: 1 de 11

GUÍA CLÍNICA DE LARINGITIS IRRITATIVA CRÓNICA

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de División de Foniatría	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-48
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 2 de 11

1. Propósito

Establecer un criterio uniforme para el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos tratados dentro del servicio de Foniatría.

2. Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal médico de la División de Foniatría, integrante Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de lenguaje.

3. Responsabilidades

Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de Servicio:



- Elaborar la guía del padecimiento
- Supervisar el cumplimiento de la misma
- Procurar el cumplimiento de la misma

Medico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

4. Políticas de operación y normas.

Revisión será cada dos años o antes si fuera necesario.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-48
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA FONIATRIA Y PATOLOGIA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 3 de 11

NOMBRE DE PADECIMIENTO

5. Definición

5.1 Definición del padecimiento

El término de laringitis generalmente hace referencia a la inflamación del tejido laríngeo, se manifiesta como una disfonía ocasionada por la inflamación duradera de la mucosa laríngea. A veces se producen simultáneamente más de un tipo de laringitis crónica en el mismo individuo. La laringitis crónica se desarrolla usualmente de manera gradual. Los signos y síntomas de laringitis son de semanas o meses y permanecen por largos periodos de tiempo y varían en severidad durante los mismos, son raramente causadas por infecciones o procesos mecánicos fisiopatológicos.^{3,4,5,8,9}

La laringitis crónica está asociada frecuentemente con una variedad de lesiones de la cuerda vocal, raramente es irreversible. Un 50% a 60% de los casos de laringitis crónica y dificultades en el manejo de dolor de garganta pueden estar relacionados con reflujo laringofaríngeo. En los no fumadores la etiología más común de laringitis irritativa recurrente es el reflujo de ácido extraesofágico, frecuentemente referido como reflujo laringofaríngeo.^{3,4,6}

Hay varios factores que pueden facilitar la exposición de reflujo gástrico a la laringe. Estos incluyen 4 factores potenciales:



1. Debilidad de la contracción del esfínter esofágico superior cuando se presenta el ácido intraesofágico.
2. Ausencia de un reflejo del cierre esofagoglótico para la exposición retrograda de reflujo hacia la laringe.
3. Distensión abrupta de esófago la cual induce relajación del esfínter esofágico superior.
4. Reducción de la presión del esfínter esofágico superior durante el sueño.⁴

6. Diagnóstico

6.1 Cuadro Clínico

Los signos y síntomas más frecuentes son: accesos de tos, ronquera, odinofagia, tono vocal grave, y fatiga vocal, sin embargo los pacientes pueden presentar un timbre áspero, extensión vocal reducida, intensidad disminuida y el tiempo máximo de fonación esta disminuido. Se suele acompañar de sensación de cuerpo extraño que amerita aclaramiento constante, disfagia y otalgia que se irradia a cuello.^{2,9,12,13}

Las alergias de las vías respiratorias altas frecuentemente involucran la laringe, ocasionando ronquera acompañado de síntomas de rinitis o sinusitis.²

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-48
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 4 de 11		

Menos del 50% de estos pacientes presentan características típicas de enfermedad por reflujo gastroesofágico: quemazón o regurgitación.

La mayoría de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico atípico sufren de síntomas laringofaríngeos (ronquera, aclaramiento vocal, tos, sensación de cuerpo extraño). Se ha estimado que esta condición afecta un 35% de las personas mayores de 40 años. Por otro lado la esofagitis ardorosa y otros signos y síntomas de reflujo gastroesofágico ocurren más frecuentemente por la noche cuando el paciente está dormido y en posición supina.^{1,3,4}

En muchos casos los efectos de fonación adversos son menores y están caracterizados por ronquera, fatiga vocal, limitación en la intensidad y rango vocal. Aquellos individuos quienes presentan conductas asociadas de aclaramiento vocal constante y accesos de tos tienden a presentar laringitis irritativa importante y en consecuencia disfonía y disfagia.^{3,4}

Una de las complicaciones más frecuentes de la laringitis crónica incluye al granuloma por contacto, mismo que es común en la atención foniátrica de dicha patología, el cual requiere seguimiento clínico foniátrico¹¹.

Será el médico foniatra quien decida realizar interconsulta a:



- Otorrinolaringólogo: con objeto de descartar procesos alérgicos o cuadros de sinusitis crónica.
- Gastroenterólogo: cuyo objetivo será descartar y/o confirmar el reflujo faringolaríngeo asociado no a hernia hiatal.

6.2 Laboratorio y Gabinete

Los estudios de diagnóstico tales como endoscopia y monitoreo de pH métrica realizados por el médico gastroenterólogo, son comúnmente usados para el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico, estos tienen un rol muy limitado en el diagnóstico de reflujo faringolaríngeo. Cuando se considere necesario se solicitara pH métrica con objeto de corroborar eventos reflujo así como una manometría esofágica.⁴

En algunos pacientes se ha realizado monitoreo bajo laringoscopia, esofagogastroduodenoscopia, impedancia intraluminal de 24 horas y pH (MII-pH), después de recibir tratamiento con rabeprazole de 10mg durante 3 meses.¹⁴

La impedancia intraluminal multicanal pH de 24 horas es el método diagnóstico de elección para el estudio de la asociación entre enfermedad por reflujo gastroesofágico y síntomas laríngeos crónicos que pueden presentar crup recurrente, estridor, ronquera crónica o intermitente, sensación de globus, accesos de tos crónica y rinorrea posterior.¹⁵

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-48
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA FONIATRIA Y PATOLOGIA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 5 de 11

6.3 Estudios Especiales

6.3.1. Nasolaringoendoscopia flexible:

En la mayoría de las patologías encontradas que ocurren en la laringe está indicada la laringoscopia directa o indirecta llevadas a cabo por el médico foniatra.

Generalmente se presenta pérdida del brillo nacarado de los repliegues cordales incluso edema de la región laríngea supraglótica, llegando en ocasiones a visualizarse pequeños vasos sanguíneos en la superficie de los pliegues vocales. Hipertrofia de tejido interaritenosoide. ^{7,9}

El examen laríngeo casi siempre revela difusión por la severidad variable de edema y eritema supraglótico y glótico. Se puede observar abundante secreción mucosa en la valécula, senos piriformes y endolaringe. Ocasionalmente son notados cambios ulcerativos a lo largo de los cartílagos de la endolaringe, especialmente sobre la superficie medial del proceso vocales de los aritenoides.



Se puede observar la formación de tejido de granulación y escamas en esa misma localización, y a lo largo del tejido membranoso interaritenosoide. ^{7,9}

En pacientes con síntomas de Reflujo laringofaríngeo se puede observar, cuerpo de aritenoides rojizos e inflamados y en el trayecto de los aritenoides placas gruesas de tejido de granulación (paquidermia). Obstrucción de vestíbulo laríngeo, así como edema y poliposis en la región glótica y supraglótica. ^{7,9}

En casos severos el examen laríngeo puede revelar alguno de los siguientes signos: ulceraciones glóticas o supraglóticas, granulomas en glotis posterior y estrechamiento de la vía aérea. ³



Imagen 1. Se aprecia en la imagen datos de irritación como: edema e hiperemia en la mucosa del vestíbulo laríngeo

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-48
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA FONIATRIA Y PATOLOGIA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 6 de 11

6.3.2 Estroboscopia

La vibración de los pliegues vocales es asincrónica.⁹

6.3.3 Análisis acústico de la voz

El análisis acústico revela perturbación acústica severa, encontrando una frecuencia fundamental disminuida, shimmer aumentado y jitter normal.^{16,17,18,19}

6.4 Clasificación en su caso

Existen 3 diferentes tipos de laringitis crónicas:

- 1- Inespecífica, que es la forma más común.
- 2- Crónica hipertrófica que es caracterizada por el engrosamiento del epitelio laríngeo y tiene dos formas
 - a) Laringitis paquidérmica caracterizada por hiperplasia localizada y acumulación de queratina en comisura posterior y espacio interaritenoides; ocurre más frecuentemente en hombres.
 - b) Corditis polipoide que es una laringitis hipertrófica localizada con poliposis vocal difusa en los pliegues vocales; se presenta a menudo en mujeres de mediana edad.
- 3- Crónica atrófica (laringitis seca) está caracterizada por una severa atrofia de la mucosa laríngea, que incluye las estructuras glandulares.⁹

Hay muchos agentes que son casualmente relacionados a esta patología (1) reflujo de ácido gástrico en la laringofaríngea (2) inhalación de sustancias tales como humo del tabaco e industrial, (3) inhalación o ingestión de químicos tóxicos o nódicos (4) inflamatorios o irritantes (alergias, alcohol), trauma directo (intubación), irritantes ambientales, infecciones de vías respiratorias altas incluyendo laringitis viral, micótica o bacteriana, inhalación de corticoesteroides, abuso y mal uso vocal.^{3,4,5,9}

El cigarrillo y el abuso vocal son las causas más comunes de laringitis crónica. El alcohol está implicado en ciertos individuos, especialmente cuando se añade al fumar cigarrillo. Otros irritantes tales como el reflujo laringofaríngeo, alergias, e inhalación de corticoesteroides especialmente (fluticasone-flovent) también puede causar laringitis crónica.^{2,6,9}



Se han aislados Virus patogénicos de pacientes prevaleciendo el mycoplasma y virus del EB (Epstein barr), así también, una alta correlación directa entre laringitis crónica y virus del herpes.¹¹

7. Tratamiento

Se ha documentado que la supresión de ácido mejora la mucosa del esófago superior y los síntomas del reflujo gastroesofágico y laríngeo, como por ejemplo, ronquera y tos crónica.⁵

Sin embargo, su eficacia en pacientes con sospecha de laringitis crónica relacionada a enfermedad por reflujo gastroesofágico no ha sido bien definida.

Las complicaciones pueden ser controladas de manera eficiente mediante cirugía en relación a la terapia con medicamentos.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-48
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 7 de 11

Este metanálisis mostró que la tasa global de terapia de supresión (incluyendo terapia de medicina y cirugía) en la sospecha de laringitis crónica relacionada con enfermedad por reflujo gastroesofágico es del 66% y hubo un aumento de los resultados para pacientes sometidos a cirugía solamente como método terapéutico (80%) en relación con los estudios de pacientes con terapéutica con medicamento solamente.²⁰

7.1 Tratamiento Médico

Se trata de una patología multifactorial, por lo tanto el Foniatra deberá atender las causas locales y/o sistémicas que actúan como factores causales, además de solicitar las interconsultas que considere necesarias.

La prevención y tratamiento de la laringitis requiere de hábitos alimenticios saludables, específicamente modificaciones del estilo de vida y en muchos pero no en todos los casos terapia farmacológica.^{3,9}

7.1.1 Tratamiento farmacológico

Cuando la historia clínica del paciente y los hallazgos del examen físico (de doble sonda de los resultados del monitoreo de pH) apoyan el diagnóstico diferencial de la LPR y los métodos de tratamiento conservador antes mencionados no logran mejorar sustancialmente los efectos nocivos de este proceso de la enfermedad, la administración una o dos veces al día de medicamentos inhibidores de la bomba de protones (bloqueador H₂ terapia) es generalmente beneficiosa.³

Estas modalidades de tratamientos farmacológicos y conductuales combinado a menudo suprimen significativamente la producción de ácidos y pepsina y mejoran los signos y síntomas causales relacionados con laringitis por reflujo.³



Tratamiento antireflujo: Omeprazol 20 mg cada 12 o 24 hrs o Ranitidina 150 mg o 300 mg cada 12 o 24 hrs durante 3 meses y/o interconsulta a gastroenterología.⁷

El uso de inductor de interferón y/o cicloferón como manejo coadyuvante ha mostrado cierta validez en diversos estudios.¹¹

7.1.2 Terapia Foniátrica

Reeducación vocal:

- Técnicas de relajación.
- Técnicas de soplo.
- Técnicas de fonación.
- Verticalidad.¹⁰

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-48
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 8 de 11		

7.1.3 Otros

- En caso necesario se solicitara el apoyo del servicio de nutrición.

Medidas higiénico-dietéticas como:

- Evitar comidas abundantes con grandes concentraciones de alimentos picosos e irritantes frecuentemente facilitarían el vaciamiento gástrico y reducirán los signos y síntomas de reflujo.
- No ingerir bebidas o alimentos 2 horas antes de ir a dormir.
- Elevación de hombros y cuello durante el sueño, lo cual puede ser modificado con acoplamiento de almohadas o elevando la cabecera de la cama unos centímetros.
- Scott et al. proporcionaron nuevas evidencias de que la enfermedad por reflujo supraesofágico ocurre con frecuencia en la posición supina y que elevar la cabecera de la cama aproximadamente 15 centímetros (6 pulgadas) es eficaz en la reducción de reflujo supraesofágico²¹.
- El uso excesivo de bebidas alcohólicas, carbohidratadas y cafeína debe ser evitado, ya que estos agentes estimulan la producción substancial de ácido gástrico.
- Evitar el humo del cigarro.^{3,9,10}

7.2 Quirúrgico

En caso de confirmarse una hernia hiatal asociada al reflujo faringolaríngeo, se valorará el grado de esta y su corrección quirúrgica.

8. Evaluación del resultado

8.1 Cuantitativo

Se realiza un análisis acústico de la voz. Estudios de nasolaringoendoscopia y estroboscopia de control periódicos.

8.2 Cualitativo

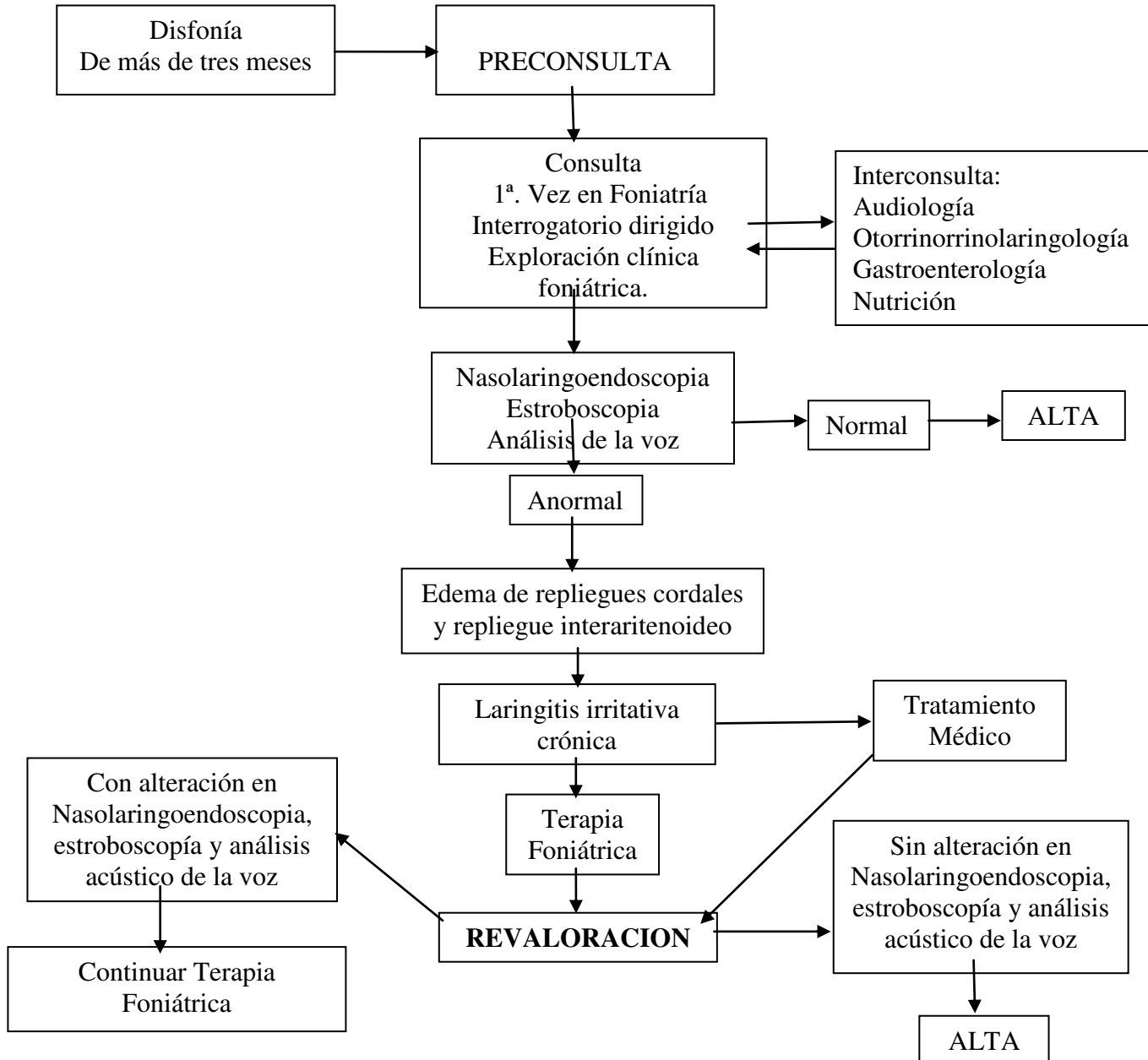
La evolución y los resultados del tratamiento rehabilitatorio se evalúan a través de la mejoría clínica referida por el paciente, así como en base a la exploración clínica foniatría y la evaluación instrumental.



9. Criterios de alta

Cuando el paciente consigue una mejoría en la calidad de la voz corroborado por nasolaringoendoscopia.

10. Anexos



10.1 Flujograma



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-48
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA FONIATRIA Y PATOLOGIA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 10 de 11		

11. Referencias bibliograficas y Guías clínicas específicas

1. Rūta Pribušienė, Virgilijus Oloza, Limas Kupčinskas. Diagnostic sensitivity and specificity of laryngoscopic signs of reflux laryngitis. *Medicina (Kaunas)* 2008; 44(4)
2. Raymond Feierabend, MD, and Shahram Malik, MD. Hoarseness in adults. *Am Fam Physician.* 2009;80(4):363-370.
3. James Paul Dworkin, PhD. Laryngitis: Types, Causes, and Treatments. *Otolaryngol Clin N Am* 41 (2008) 419–436
4. David A. Johnson, MD, FACP, FCG. Medical Therapy of Reflux Laryngitis. (*J Clin Gastroenterol* 2008;42:589–593)
5. Marcelo B. Antunes Evan R. Ransom Kevin P. Leahy. Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Laryngitis: A Report of Two Cases with Different Clinical Presentations. *Head and Neck Surgery* 2012;74:146–148
6. Michael F. Vaezi, MD, PhD; Joel E. Richter, MD; C. Richard Stasney, MD; Treatment of Chronic Posterior Laryngitis With Esomeprazole. *Laryngoscope*, 116:254–260, 2006
7. David Hanson, Jack Jian. Diagnosis and management of chronic laryngitis associated with reflux, *The American Journal of Medicine.* Vol 108, Issue 4, supplement 1; Marzo 2012 (112-119)
8. Tzu-Yu Tshiao. Prolonged ulcerative Laryngitis: a new Disease Entity, *Journal of voice;* Vol 25, issue 2; Marzo 2011 (230-235)
9. Prater Rex J. Capítulo 3 Traumatismo laríngeo y Traumatismo relacionado con disfonías, pag: 89-94. *Manual de Terapéutica de la voz.* Editorial Salvat. 1986
10. Morrison M, Rammage L. Capítulo 3,4,6. Tratamiento de los trastornos de la voz. Editorial Masson. 1996.
11. Demchenko EV. Cycloferon in complex therapy management of chronic laryngitis. *Antibiot Khimioter - 01-JAN-2013;* 58(5-6): 24-31
12. Pendleton H. Posterior laryngitis: a study of persisting symptoms and health-related quality of life. *Eur Arch Otorhinolaryngol - 01-JAN-2013;* 270(1): 187-95
13. Marinho RR. Potential anti-inflammatory effect of low-level laser therapy on the experimental reflux laryngitis: a preliminary study. *Lasers Med Sci - 01-JAN-2014;* 29(1): 239-43
14. Wang AJ. Predictors of acid suppression success in patients with chronic laryngitis. *Neurogastroenterol Motil - 01-MAY-2012;* 24(5): 432-7
15. Olleta L. Recurrent laryngitis in child: evaluation with multichannel intraluminal impedance.-*Acta Gastroenterol Latinoam - 01-MAR-2013;* 43(1): 9-11
16. Maryn Y, De Bodt MS, Van Cauwenberge P. Ventricular dysphonia: clinical aspects and therapeutic options. *The Laryngoscope* 2014, 113 (5): 859-66

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-48
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGIA FONIATRIA Y PATOLOGIA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 11 de 11		

17. Elise N. Acoustic analysis of normal and pathological voices using two different systems: ANAGRAF and PRAAT. Revista Interdisciplinaria, 2012 29(2):2-21
18. Nuñez Batalla F, González Márquez R, Pelaez González M and et, al. Acoustic voice analysis using the PRAT programme: comparative study with the Dr. Speech programme. Acta Otorrinolaringologica May-June 2014, volume 65 (3):170-176
19. Lechien, J.R., Finck, C., Costa de Araujo, P. et al, Voice outcomes of laryngopharyngeal reflux treatment: a systematic review of 1483 patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;23.
20. Yang Yue, Wu Haitao, Zhou Jian. Efficacy of acid suppression therapy in gastroesophageal reflux disease-related chronic laryngitis. Medicine 2016, 95:40 (e4868).
21. Scott David, Simon Ronald. Supraesophageal Reflux: Correlation of Position and Occurrence of Acid Reflux. Effect of Head-of-Bed Elevation on Supine Reflux. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. 2015, 3 (3):357-362.

12. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
02	Segunda revisión y actualización del contenido, actualización de la Imagen Institucional	JUN 15
03	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
04	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20