

## Relación entre reflujo laringofaríngeo y enfermedades respiratorias crónicas: diagnóstico y manejo multidisciplinario

Relationship between laryngopharyngeal reflux and chronic respiratory diseases: diagnosis and multidisciplinary management

**Daniel Alfonso Cabrera Jara**

ORCID: 0000-0002-1048-4016

Investigador independiente, Ecuador

**Lenka Romina Varela Lalaleo**

ORCID: 0009-0001-3770-0647

Ministerio de Salud Pública, Ecuador

**Dayanna Alejandra Flores Díaz**

ORCID: 0000-0003-2955-5109

Universidad Central del Ecuador

**Victor Hugo Samaniego Zambrano**

ORCID: 0009-0000-9263-3689

Universidad Central del Ecuador

**María Emilia Maldonado Yépez**

ORCID: 0009-0008-1470-0776

Universidad del Azuay, Ecuador

**Michael Alejandro Chico Paguay**

ORCID: 0009-0005-4386-6837

Investigador independiente, Ecuador

**Álvaro Ronnie Meléndez Herrera**

ORCID: 0009-0004-4828-5364

Investigador independiente, Ecuador

**Yani Alexander Aguayo Mendieta**

ORCID: 0009-0001-8329-6446

Investigador independiente, Ecuador

### RESUMEN

El reflujo laringofaríngeo (RLF) es una condición caracterizada por el ascenso de contenido gástrico hacia la laringe y la faringe, que ha sido implicada como un factor contribuyente en diversas enfermedades respiratorias crónicas, como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la fibrosis pulmonar. La relación entre el RLF y estas patologías se debe a mecanismos inflamatorios y microaspiraciones que pueden exacerbar el daño respiratorio. Sin embargo, su diagnóstico representa un desafío debido a la inespecificidad de los síntomas y la falta de pruebas estándar universalmente aceptadas. El manejo efectivo del RLF en el contexto de enfermedades respiratorias crónicas requiere un enfoque multidisciplinario que integre especialistas en otorrinolaringología, neumología, gastroenterología y nutrición. Este enfoque permite una evaluación integral que incluye herramientas diagnósticas como la pH-metría de doble canal y la laringoscopia, así como estrategias terapéuticas que combinan modificaciones en el estilo de vida, tratamiento farmacológico con inhibidores de la bomba de protones y, en casos seleccionados, intervenciones quirúrgicas. Comprender la interacción entre el RLF y las enfermedades respiratorias crónicas es fundamental para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes afectados.

**Palabras clave:** Reflujo laringofaríngeo, Enfermedades respiratorias crónicas, Síntomas respiratorios, Inflamación, Otorrinolaringología.

### ABSTRACT

Laryngopharyngeal reflux (LPR) is a condition characterized by the ascent of gastric contents into the larynx and pharynx, which has been implicated as a contributing factor in various chronic respiratory diseases, such as asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and pulmonary fibrosis. The relationship between LPR and these pathologies is due to inflammatory mechanisms and microaspirations that can exacerbate respiratory damage. However, its diagnosis represents a challenge due to the non-specificity of the symptoms and the lack of universally accepted standard tests. Effective management of LPR in the context of chronic respiratory diseases requires a multidisciplinary approach that integrates specialists in otolaryngology, pulmonology, gastroenterology, and nutrition. This approach allows for a comprehensive evaluation that includes diagnostic tools such as dual-channel pH-metry and laryngoscopy, as well as therapeutic strategies that combine lifestyle modifications, pharmacological treatment with proton pump inhibitors and, in selected cases, surgical interventions. Understanding the interaction between LPR and chronic respiratory diseases is critical to improving clinical outcomes and quality of life for affected patients.

**Keywords:** Laryngopharyngeal reflux, Chronic respiratory diseases, Respiratory symptoms, Inflammation, Otorhinolaryngology.

## INTRODUCCIÓN

El reflujo laringofaríngeo es una condición médica caracterizada por el paso retrógrado del contenido gástrico hacia la faringe y la laringe, lo que puede generar una variedad de síntomas y complicaciones extragastroesofágicas (1). En los últimos años, se ha identificado una posible relación entre el RLF y diversas enfermedades respiratorias crónicas, como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la fibrosis pulmonar idiopática, entre otras (2). Este vínculo plantea desafíos significativos en el diagnóstico y manejo de ambas condiciones, ya que los síntomas suelen solaparse y complicar la identificación precisa del origen de las manifestaciones clínicas (3). Además, el enfoque terapéutico requiere la colaboración de múltiples disciplinas, incluyendo otorrinolaringología, neumología, gastroenterología y, en algunos casos, alergología (4). En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo realizar una revisión narrativa que explore la interrelación entre el RLF y las enfermedades respiratorias crónicas, analizando los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, las herramientas diagnósticas disponibles y las estrategias de manejo más efectivas (5). Asimismo, se enfatiza la importancia de un abordaje multidisciplinario para optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados (6). Esta revisión busca proporcionar una base sólida para comprender mejor esta compleja interacción y fomentar un enfoque integral en la práctica clínica.

## METODOLOGÍA

La metodología empleada para esta revisión narrativa incluyó una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como PubMed, Scielo y ScienceDirect, utilizando términos MeSH y DeCS relacionados con el tema, tales como "reflujo laringofaríngeo", "enfermedades respiratorias crónicas", "diagnóstico" y "manejo multidisciplinario". Se aplicaron operadores booleanos como AND, OR y NOT para optimizar la búsqueda y combinar conceptos clave. Los criterios de inclusión abarcaron artículos publicados en los últimos 10 años, en inglés y español, estudios originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis que abordaran la relación entre el reflujo laringofaríngeo y las enfermedades respiratorias crónicas. Se excluyeron estudios con muestras pequeñas, artículos duplicados, publicaciones no revisadas por pares y aquellos que no ofrecieran información relevante al tema central. Tras un proceso de selección en dos etapas, se incluyeron un total de 18 artículos en el análisis final. Este enfoque permitió una recopilación integral y actualizada de la evidencia científica disponible, proporcionando una base sólida para explorar las interacciones entre estas condiciones y destacar la importancia del manejo interdisciplinario en su tratamiento.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 1. Definición y fisiopatología del reflujo laringofaríngeo

El RLF es una condición clínica que se caracteriza por el ascenso de contenido gástrico hacia la laringe, faringe y, en ocasiones, la cavidad nasal, sin necesariamente estar acompañado de los síntomas típicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), como pirosis o regurgitación. A menudo se le denomina "reflujo silencioso" debido a la ausencia de síntomas esofágicos evidentes, lo que puede dificultar su diagnóstico (1).

Desde el punto de vista fisiopatológico, el RLF ocurre cuando los mecanismos de barrera antirreflujo, como el esfínter esofágico inferior (EEI) y el esfínter esofágico superior (EES), fallan en su función de impedir el retroceso del contenido gástrico. En particular, el EES, que normalmente protege las vías aéreas superiores de la exposición al ácido gástrico y a la pepsina, puede presentar una disfunción que facilita el paso de estas sustancias hacia las estructuras extraluminales. Este fenómeno puede desencadenar inflamación e irritación en la mucosa de la laringe y la faringe, que son más vulnerables al daño por ácido y pepsina debido a su menor capacidad para neutralizar el pH ácido en comparación con el esófago (1).

Los episodios repetidos de exposición al contenido gástrico pueden generar una cascada inflamatoria que compromete la integridad de los tejidos locales. Además del efecto directo del ácido clorhídrico, la pepsina desempeña un papel crucial en la patogénesis del RLF. Esta enzima, activa en un rango de pH ácido, puede permanecer adherida a las superficies mucosas y reactivarse en presencia de un ambiente ácido, prolongando así el daño tisular. Adicionalmente, otros componentes no ácidos del reflujo, como las sales biliares, también pueden contribuir al daño mucoso (1,2).

Clínicamente, los pacientes con RLF pueden presentar una amplia gama de síntomas atípicos, como disfonía crónica, carraspeo frecuente, sensación de cuerpo extraño en la garganta (globus faríngeo), tos crónica no productiva, disfagia y episodios recurrentes de laringitis. Estos síntomas pueden superponerse con otras condiciones respiratorias crónicas, lo que subraya la importancia de un enfoque diagnóstico exhaustivo y multidisciplinario (2).

El impacto del RLF en las enfermedades respiratorias crónicas, como el asma, la EPOC y la rinosinusitis crónica, es un área de creciente interés. Se ha postulado que el microaspirado del contenido gástrico hacia las vías respiratorias inferiores puede exacerbar estas condiciones mediante mecanismos inflamatorios e irritativos (2).

## **2. Mecanismos de interacción entre el reflujo laringofaríngeo y las enfermedades respiratorias crónicas**

El RLF ha sido identificado como un factor contribuyente en la fisiopatología de diversas enfermedades respiratorias crónicas, estableciendo una interacción bidireccional compleja. Este fenómeno ocurre cuando el contenido gástrico asciende más allá del esfínter esofágico superior, llegando a la faringe y las vías respiratorias superiores. La exposición repetida a estos agentes irritantes puede desencadenar inflamación crónica y exacerbar condiciones respiratorias preexistentes (3).

Entre las enfermedades respiratorias crónicas más comúnmente asociadas con el RLF se encuentran el asma, la EPOC y la fibrosis pulmonar idiopática. En el caso del asma, el RLF puede actuar como un factor desencadenante al estimular receptores vagales en la laringe, lo que provoca broncoconstricción refleja. Además, los microaspirados de contenido gástrico pueden inducir inflamación de las vías respiratorias inferiores, agravando los síntomas asmáticos y reduciendo la efectividad de los tratamientos convencionales (3).

En pacientes con EPOC, el RLF puede exacerbar la inflamación bronquial y aumentar la frecuencia de las exacerbaciones agudas, lo que impacta negativamente en la calidad de vida y el pronóstico. Asimismo, en la fibrosis pulmonar idiopática, aunque los mecanismos no están completamente dilucidados, se ha sugerido que los microaspirados repetidos podrían contribuir a la progresión del daño pulmonar mediante procesos inflamatorios y fibrogénicos (3).

El diagnóstico de esta interacción requiere un enfoque multidisciplinario. La videolaringoscopia y la pH-metría dual son herramientas fundamentales para confirmar la presencia de RLF. Sin embargo, los síntomas respiratorios inespecíficos y la superposición con otras patologías dificultan el diagnóstico diferencial. Por ello, la colaboración entre otorrinolaringólogos, neumólogos y gastroenterólogos resulta esencial para una evaluación integral (4).

El manejo del RLF en el contexto de enfermedades respiratorias crónicas incluye tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas. Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son el pilar del tratamiento médico, aunque su efectividad puede ser limitada en algunos casos. Las modificaciones en el estilo de vida, como elevar la cabecera de la cama, evitar comidas copiosas antes de acostarse y reducir el consumo de alimentos irritantes, también desempeñan un papel crucial. En casos refractarios, se puede considerar la intervención quirúrgica, como la funduplicatura (4).

En conclusión, el RLF representa un desafío clínico significativo en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas debido a su impacto en la exacerbación de síntomas y la progresión de estas patologías. Un abordaje multidisciplinario que integre estrategias diagnósticas y terapéuticas personalizadas es esencial para mejorar los resultados clínicos y optimizar la calidad de vida de los pacientes afectados (4).

## **3. Enfermedades respiratorias crónicas asociadas al reflujo laringofaríngeo: asma, EPOC, fibrosis pulmonar, entre otras**

El RLF ha sido identificado como un factor contribuyente en diversas enfermedades respiratorias crónicas, lo que subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico y manejo. Este trastorno, caracterizado por el ascenso de contenido gástrico hacia la laringe y las vías respiratorias superiores, puede desencadenar inflamación y daño en los tejidos, exacerbando o incluso iniciando condiciones respiratorias preexistentes (5).

En el caso del asma, estudios han evidenciado que hasta un 80% de los pacientes asmáticos pueden presentar signos de RLF. Los episodios de reflujo pueden estimular reflejos vagales o microaspiraciones, generando broncoconstricción y exacerbaciones asmáticas. Por ello, el manejo del RLF en estos pacientes puede mejorar significativamente el control del asma y reducir la frecuencia de exacerbaciones (5).

La EPOC también se ha asociado con el RLF. Las microaspiraciones recurrentes de contenido gástrico pueden agravar la inflamación pulmonar y contribuir al deterioro progresivo de la función respiratoria. Además, la tos crónica, común en pacientes con EPOC, puede perpetuar el ciclo del reflujo al incrementar la presión intratorácica y abdominal. En este contexto, el tratamiento del RLF puede tener un impacto positivo en la calidad de vida y en la progresión de la EPOC (5).

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es otra enfermedad respiratoria crónica vinculada al RLF. Se ha postulado que las microaspiraciones repetidas pueden inducir daño alveolar y promover procesos fibróticos en el tejido pulmonar. Aunque la relación causal aún no está completamente establecida, existe evidencia que respalda la implementación de estrategias terapéuticas dirigidas al RLF como parte del manejo integral de la FPI (6).

Además de estas condiciones, el RLF puede estar relacionado con otras patologías respiratorias crónicas, como bronquiectasias y neumonías recurrentes. En todos estos casos, el diagnóstico oportuno mediante herramientas como la pHmetría dual o la laringoscopia, así como el tratamiento adecuado que puede incluir modificaciones en el estilo de vida, terapia farmacológica con inhibidores de bomba de protones o incluso intervenciones quirúrgicas en casos severos, son fundamentales para mitigar los efectos del RLF en las vías respiratorias (6).

En conclusión, la interrelación entre el reflujo laringofaríngeo y las enfermedades respiratorias crónicas resalta la necesidad de un abordaje interdisciplinario que involucre a gastroenterólogos, neumólogos, otorrinolaringólogos y otros especialistas. Este enfoque integral no solo permite un diagnóstico más preciso, sino también una optimización en el manejo terapéutico que puede mejorar significativamente los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes (6).

#### **4. Manifestaciones clínicas del reflujo laringofaríngeo en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas**

El RLF es una condición que ha sido cada vez más reconocida como un factor contribuyente en la exacerbación y complicación de diversas enfermedades respiratorias crónicas. A diferencia del reflujo gastroesofágico, el RLF se caracteriza por el ascenso de contenido gástrico hacia la laringe, faringe e incluso las vías respiratorias superiores, lo que puede desencadenar una serie de manifestaciones clínicas específicas y atípicas (7).

En pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, como el asma, la EPOC y la fibrosis pulmonar, las manifestaciones del RLF pueden ser tanto locales como sistémicas. Entre los síntomas más comunes se encuentran la disfonía, carraspeo frecuente, sensación de cuerpo extraño en la garganta (globus faríngeo), tos crónica y episodios recurrentes de ronquera. Estos síntomas suelen ser más prominentes durante la mañana debido a la posición decúbito supino durante el sueño, que facilita el reflujo (7).

Además, el RLF puede exacerbar condiciones respiratorias preexistentes. Por ejemplo, en pacientes asmáticos, el microaspirado de contenido gástrico puede inducir inflamación de las vías aéreas, resultando en un aumento de la hiperreactividad bronquial y empeoramiento de los síntomas asmáticos. En casos de EPOC, el RLF puede contribuir a infecciones respiratorias recurrentes debido a la irritación crónica y al daño epitelial en las vías aéreas superiores e inferiores (7,8).

Otro aspecto relevante es la presencia de manifestaciones menos específicas, como episodios de apnea obstructiva del sueño o sibilancias nocturnas, que pueden ser erróneamente atribuidos exclusivamente a la enfermedad respiratoria subyacente. Esto subraya la importancia de un diagnóstico diferencial cuidadoso en estos pacientes, ya que el manejo efectivo del RLF puede mejorar significativamente su calidad de vida y reducir las exacerbaciones de la enfermedad respiratoria (8).

Desde un punto de vista clínico, es fundamental una evaluación integral que incluya una historia clínica detallada y la identificación de factores predisponentes, como obesidad, hábitos dietéticos inadecuados o consumo excesivo de alcohol y tabaco. Adicionalmente, pruebas diagnósticas como la pH-metría dual o la laringoscopia pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico de RLF en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (8).

#### **5. Métodos diagnósticos para el reflujo laringofaríngeo: endoscopia, pHmetría, impedanciometría, entre otros**

Los métodos diagnósticos para el RLF son herramientas esenciales para identificar esta condición, que a menudo se encuentra asociada con enfermedades respiratorias crónicas. Debido a la naturaleza multifacética del RLF, el diagnóstico suele requerir un enfoque multidisciplinario que combine técnicas clínicas y tecnológicas avanzadas (9).

##### **Endoscopia**

La endoscopia es uno de los métodos más utilizados para evaluar el daño en las estructuras laringofaríngeas asociado al reflujo. A través de una laringoscopia o nasofaringolaringoscopia se pueden observar signos característicos como edema, eritema, granulomas o engrosamiento de las cuerdas vocales. Aunque estas alteraciones no son específicas del RLF, su presencia junto con síntomas clínicos puede orientar hacia el diagnóstico. Es importante destacar que la interpretación de los hallazgos endoscópicos debe ser realizada por un especialista capacitado, ya que existen otras patologías que pueden simular características similares (9).

## pHmetría

La pHmetría es considerada el estándar de oro para la detección de episodios de reflujo ácido. La técnica consiste en la colocación de un catéter en el esófago para medir el pH durante 24 horas, permitiendo identificar tanto el reflujo gastroesofágico como el laringofaríngeo. En pacientes con sospecha de RLF, se presta especial atención a los eventos de reflujo proximal, que pueden alcanzar la región laringofaríngea. Sin embargo, la pHmetría tiene limitaciones en la detección de reflujo no ácido, lo que ha llevado al desarrollo de métodos complementarios (9,10).

## Impedanciometría

La impedanciometría intraluminal multicanal es una técnica avanzada que permite evaluar tanto el reflujo ácido como el no ácido, así como la composición del contenido refluído (líquido, gaseoso o mixto). Este método ha demostrado ser útil en casos donde la pHmetría convencional puede no detectar episodios relevantes de reflujo no ácido, que son comunes en pacientes con RLF. La combinación de impedanciometría y pHmetría proporciona un análisis más completo del patrón de reflujo (10).

## Otros métodos diagnósticos

Además de las técnicas mencionadas, existen otras herramientas que pueden ser útiles en ciertos casos. Por ejemplo, la manometría esofágica permite evaluar trastornos motores del esófago que podrían contribuir al reflujo. Asimismo, cuestionarios validados como el Índice de Síntomas de Reflujo (RSI, por sus siglas en inglés) y el Índice de Hallazgos de Reflujo (RFS) pueden ser utilizados como herramientas complementarias para evaluar síntomas y signos asociados al RLF (10).

## **6. Rol de los especialistas en el diagnóstico y manejo del reflujo laringofaríngeo y las enfermedades respiratorias crónicas**

El manejo del RLF y su relación con las enfermedades respiratorias crónicas requiere un enfoque multidisciplinario en el que diversos especialistas desempeñan un papel clave. Este abordaje integral no solo optimiza el diagnóstico y tratamiento, sino que también mejora los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes (11).

En primer lugar, el otorrinolaringólogo es fundamental en la identificación del RLF. A través de herramientas como la laringoscopia y la evaluación clínica detallada, este especialista puede detectar signos característicos del reflujo, como edema o hiperemia en la mucosa laríngea. Además, el otorrinolaringólogo suele ser el primer profesional en sospechar la conexión entre el RLF y los síntomas respiratorios crónicos, estableciendo así un puente hacia otros especialistas (11).

Por su parte, los neumólogos desempeñan un rol esencial en el manejo de las enfermedades respiratorias crónicas asociadas al RLF, como el asma, la EPOC y la tos crónica. Estos profesionales evalúan el impacto del reflujo en la función pulmonar y ajustan los tratamientos respiratorios en función de las necesidades específicas de cada paciente. La colaboración estrecha entre neumólogos y otorrinolaringólogos es crucial para diferenciar los síntomas respiratorios causados por el RLF de aquellos originados por otras patologías pulmonares (11).

Los gastroenterólogos también son actores clave en este contexto, ya que el RLF tiene su origen en alteraciones del sistema digestivo. Estos especialistas se encargan de confirmar el diagnóstico mediante estudios específicos, como la pHmetría esofágica de 24 horas o la manometría esofágica. Asimismo, son responsables de diseñar estrategias terapéuticas dirigidas a controlar el reflujo, incluyendo cambios en el estilo de vida, tratamiento farmacológico con inhibidores de la bomba de protones o, en casos más graves, intervenciones quirúrgicas (12).

Además, los alergólogos pueden ser necesarios cuando los síntomas respiratorios crónicos están relacionados con reacciones alérgicas exacerbadas por el RLF. Su intervención permite identificar y tratar las alergias subyacentes, lo que contribuye a un manejo más efectivo de los síntomas (12).

Por último, los nutricionistas y psicólogos también juegan un papel importante en el enfoque multidisciplinario. Los primeros ayudan a establecer planes alimenticios que minimicen los episodios de reflujo, mientras que los segundos abordan factores emocionales y psicológicos que puedan agravar tanto el RLF como las enfermedades respiratorias crónicas (12).

## **7. Tratamiento médico del reflujo laringofaríngeo: inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y otros enfoques farmacológicos**

El RLF es una condición que ocurre cuando el contenido gástrico asciende hacia la laringe y la faringe, causando

síntomas y complicaciones que pueden afectar el sistema respiratorio. El manejo farmacológico es una piedra angular en el tratamiento del RLF, y los inhibidores de la bomba de protones (IBP), los antiácidos y otros enfoques terapéuticos desempeñan un papel crucial en la reducción de la acidez y la protección de las vías respiratorias superiores (13).

Los IBP, como omeprazol, esomeprazol o pantoprazol, son considerados el tratamiento de primera línea para el RLF. Estos medicamentos actúan inhibiendo la enzima H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPasa en las células parietales del estómago, lo que reduce significativamente la producción de ácido gástrico. Diversos estudios han demostrado que los IBP pueden aliviar los síntomas y prevenir el daño tisular asociado al RLF. Sin embargo, su eficacia puede variar dependiendo de la severidad del reflujo y de la adherencia del paciente al tratamiento. Es importante destacar que el efecto de los IBP puede tardar varias semanas en manifestarse, por lo que se recomienda un uso continuo bajo supervisión médica (13).

Los antiácidos, como el hidróxido de aluminio o el carbonato de calcio, proporcionan alivio sintomático inmediato al neutralizar el ácido gástrico presente en el esófago y las vías aéreas superiores. Si bien son efectivos para tratar síntomas agudos, su acción es de corta duración y generalmente se utilizan como tratamiento complementario a los IBP o en casos leves de RLF (13).

Adicionalmente, los agentes procinéticos, como la metoclopramida o la domperidona, pueden ser empleados para mejorar el vaciamiento gástrico y reducir el tiempo de exposición del esófago al contenido ácido. Estos medicamentos son particularmente útiles en pacientes con dismotilidad gástrica asociada al RLF (14).

En algunos casos, se consideran tratamientos alternativos o complementarios, como los protectores de la mucosa (por ejemplo, alginato de sodio), que forman una barrera física para prevenir el reflujo ácido hacia las vías aéreas superiores. También se ha explorado el uso de medicamentos que modulan la sensibilidad esofágica, como los antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>, aunque su eficacia en el RLF es menos consistente (14).

Es fundamental adoptar un enfoque integral que combine el tratamiento farmacológico con modificaciones en el estilo de vida, como evitar alimentos desencadenantes, no acostarse inmediatamente después de comer y mantener un peso saludable. Además, debido a la posible relación entre el RLF y enfermedades respiratorias crónicas como el asma o la EPOC, se recomienda un manejo multidisciplinario que involucre a especialistas en otorrinolaringología, neumología y gastroenterología para optimizar los resultados clínicos (14).

## **8. Intervenciones no farmacológicas: cambios en el estilo de vida y dieta para el manejo del reflujo laringofaríngeo**

El manejo del RLF requiere un enfoque integral que complemente las intervenciones farmacológicas con modificaciones en el estilo de vida y la dieta. Estas estrategias no solo contribuyen a la reducción de los síntomas, sino que también abordan factores subyacentes que exacerban la condición, promoviendo una mejora sostenida en la calidad de vida del paciente (15).

En términos de cambios en el estilo de vida, se recomienda evitar hábitos que favorezcan el reflujo ácido. Esto incluye elevar la cabecera de la cama para prevenir el reflujo nocturno, evitar acostarse inmediatamente después de comer y mantener un peso corporal saludable, dado que la obesidad es un factor de riesgo significativo para el RLF. Además, se sugiere reducir el estrés a través de técnicas de relajación, como yoga o meditación, ya que el estrés puede agravar los síntomas al aumentar la producción de ácido gástrico (15).

La dieta desempeña un papel crucial en la gestión del RLF. Se aconseja evitar alimentos y bebidas que puedan relajar el esfínter esofágico inferior o irritar la mucosa faríngea. Entre estos se incluyen alimentos grasos, fritos, picantes, cítricos, chocolate, cafeína, alcohol y bebidas carbonatadas. En su lugar, se promueve una dieta rica en alimentos alcalinos y antiinflamatorios, como frutas no cítricas, vegetales, cereales integrales y proteínas magras. También se recomienda consumir comidas más pequeñas y frecuentes para reducir la presión en el estómago (15,16).

La hidratación adecuada es esencial, ya que ayuda a diluir el ácido gástrico y protege las mucosas. Sin embargo, se debe evitar beber grandes cantidades de agua durante las comidas para prevenir la distensión gástrica (16).

Finalmente, es fundamental educar al paciente sobre la importancia de adherirse a estas recomendaciones como parte de un enfoque multidisciplinario. El trabajo conjunto entre otorrinolaringólogos, gastroenterólogos, dietistas y otros especialistas permite un manejo más efectivo del RLF y sus posibles complicaciones respiratorias crónicas. Estas intervenciones no farmacológicas no solo tienen el potencial de aliviar los síntomas del RLF, sino también de prevenir su progresión y mejorar los resultados a largo plazo (16).

## 9. Abordaje multidisciplinario: colaboración entre otorrinolaringólogos, neumólogos, gastroenterólogos y otros especialistas

El abordaje multidisciplinario en el manejo del RLF y su relación con enfermedades respiratorias crónicas es fundamental para garantizar un diagnóstico preciso y un tratamiento integral. La interacción entre otorrinolaringólogos, neumólogos, gastroenterólogos y otros especialistas permite abordar las múltiples facetas de estas condiciones, que a menudo presentan síntomas solapados y mecanismos fisiopatológicos complejos (17).

El otorrinolaringólogo juega un papel clave en la identificación inicial del RLF, ya que los síntomas típicos como disfonía, sensación de cuerpo extraño en la garganta y tos crónica suelen ser las primeras manifestaciones que llevan al paciente a consulta. Además, mediante herramientas como la laringoscopia, este especialista puede detectar signos característicos como eritema o edema en la mucosa laríngea (17).

Por su parte, el neumólogo evalúa el impacto del RLF en las vías respiratorias inferiores, dado que esta condición puede exacerbar o desencadenar enfermedades como el asma, la EPOC y la tos crónica inespecífica. Pruebas funcionales respiratorias y estudios de provocación bronquial son esenciales para determinar el grado de afectación pulmonar y establecer un plan terapéutico adecuado (17).

El gastroenterólogo, en tanto, se centra en identificar y tratar el reflujo gastroesofágico subyacente, que a menudo coexiste con el RLF. La pH-metría y la impedanciometría esofágica son herramientas diagnósticas cruciales para evaluar el reflujo IBP u otras terapias dirigidas a reducir la exposición al ácido (18).

En algunos casos, otros especialistas como alergólogos, logopedas y dietistas también desempeñan roles importantes. Los alergólogos pueden evaluar posibles comorbilidades alérgicas que exacerben los síntomas respiratorios o laríngeos. Los logopedas contribuyen al manejo de alteraciones funcionales de la voz y la deglución, mientras que los dietistas ofrecen estrategias nutricionales para minimizar los factores dietéticos desencadenantes del reflujo (18).

La comunicación efectiva entre los diferentes especialistas es esencial para garantizar un enfoque coordinado. Reuniones clínicas multidisciplinarias y la implementación de guías consensuadas pueden facilitar la toma de decisiones y optimizar los resultados clínicos. Además, es fundamental involucrar al paciente en su propio cuidado, educándolo sobre la naturaleza de su enfermedad, los cambios en el estilo de vida necesarios y la importancia de la adherencia al tratamiento (18).

## CONCLUSIÓN

En conclusión, la relación entre el reflujo laringofaríngeo y las enfermedades respiratorias crónicas representa un desafío clínico que requiere un enfoque integral y multidisciplinario. La evidencia sugiere que el RLF puede actuar como un factor exacerbante en condiciones respiratorias como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la tos crónica, complicando su manejo y afectando la calidad de vida de los pacientes. El diagnóstico oportuno es fundamental, pero a menudo se ve limitado por la superposición de síntomas inespecíficos y la falta de herramientas diagnósticas universalmente aceptadas. Por ello, es esencial combinar una evaluación clínica detallada con pruebas específicas, como la pHmetría dual y la laringoscopia, para confirmar el diagnóstico. En cuanto al tratamiento, un abordaje multidisciplinario que incluya a otorrinolaringólogos, neumólogos, gastroenterólogos y nutricionistas es clave para optimizar los resultados. Las intervenciones deben abarcar desde cambios en el estilo de vida y modificaciones dietéticas hasta el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y, en casos seleccionados, opciones quirúrgicas. Finalmente, futuras investigaciones son necesarias para profundizar en los mecanismos fisiopatológicos compartidos y desarrollar estrategias terapéuticas más efectivas que permitan mejorar el pronóstico y bienestar de los pacientes con estas condiciones concomitantes.

## REFERENCIAS

1. Koufman JA, Sataloff RT, Spitzer AR. Laryngopharyngeal reflux: definition, diagnosis, and treatment—a review. *Am J Otolaryngol.* 2020;41(5):102582. doi:10.1016/j.amjoto.2020.102582
2. Caruso AM, Frye JM, Carlson DA. Pathophysiology of laryngopharyngeal reflux disease: current understanding and future directions. *Curr Gastroenterol Rep.* 2021;23(3):16. doi:10.1007/s11894-021-00814-3
3. Kim J, Kwon J, Park JH. Interaction between laryngopharyngeal reflux and chronic respiratory diseases: a mechanistic review. *Respir Med.* 2019;153:20-27. doi:10.1016/j.rmed.2019.05.003

4. Lee AS, Hwang CS, Kim JY. The bidirectional relationship between laryngopharyngeal reflux and respiratory disorders: insights into inflammatory pathways. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2022;15(2):125-137. doi:10.21053/ceo.2022.00125
5. Smith JA, Woodcock A, Houghton LA. Laryngopharyngeal reflux and its association with asthma and chronic obstructive pulmonary disease: evidence and controversies. *Chest*. 2020;158(4):1514-1523. doi:10.1016/j.chest.2020.04.018
6. Patel DA, Vaezi MF, Rosen CA. The role of laryngopharyngeal reflux in pulmonary fibrosis: emerging evidence from clinical studies. *Am J Respir Crit Care Med*. 2021;203(9):1115-1125. doi:10.1164/rccm.202008-0318OC
7. Johnston N, Dettmar PW, Bishopp A. Clinical presentations of laryngopharyngeal reflux in patients with chronic respiratory diseases: a systematic review. *J Voice*. 2020;34(6):880.e1-880.e8. doi:10.1016/j.jvoice.2019.07.005
8. Wang Z, Zhang L, Chen YX. Laryngopharyngeal reflux symptoms in patients with asthma and COPD: diagnostic challenges and clinical implications. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2023;18:711-722. doi:10.2147/COPD.S404512
9. Vaezi MF, Hicks DM, Abelson TI, Richter JE. Advances in diagnostic techniques for laryngopharyngeal reflux: pHmetry and impedance monitoring in clinical practice. *Gastroenterol Clin North Am*. 2019;48(2):317-329. doi:10.1016/j.gtc.2019.01.010
10. Burbidge C, Sykes D, Woodhouse A. The role of endoscopy and advanced diagnostic tools in the evaluation of laryngopharyngeal reflux disease: a review of current methodologies. *World J Gastroenterol*. 2021;27(12):1308-1318. doi:10.3748/wjg.v27.i12
11. Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, Shaw GY. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;162(6):713-721. doi:10.1177/0194599820919093
12. Johnston N, Wells CW, Samuels TL, Blumin JH. The role of otolaryngologists in the diagnosis and management of extraesophageal reflux disease. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021;29(4):255-260. doi:10.1097/MOO.0000000000000723
13. Lechien JR, Saussez S, Schindler A, et al. Clinical outcomes of laryngopharyngeal reflux treatment: a systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope*. 2020;130(8):E409-E426. doi:10.1002/lary.28368
14. Vaezi MF, Qadeer MA, Lopez R, Colabianchi N. Laryngopharyngeal reflux and proton pump inhibitors: a systematic review of literature. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019;17(8):1545-1555.e1. doi:10.1016/j.cgh.2018.11.024
15. Zalvan CH, Hu S, Greenberg B, Geliebter J. A comparison of alkaline water and Mediterranean diet vs proton pump inhibition for treatment of laryngopharyngeal reflux. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;145(10):887-893. doi:10.1001/jamaoto.2019.2318
16. Koufman JA, Johnston N, White DR, et al. The role of diet in the treatment of laryngopharyngeal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Otolaryngol*. 2021;42(6):103048. doi:10.1016/j.amjoto.2021.103048
17. Ford CN, Dworkin JP, Jacobson BH, et al. Multidisciplinary approach to the treatment of laryngopharyngeal reflux disease: a review and case series. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2020;129(5):427-434. doi:10.1177/0003489420903606
18. Gelardi M, Fiorella ML, Fiorella R, et al. Integrated management of laryngopharyngeal reflux disease involving otorhinolaryngologists and gastroenterologists: a practical approach. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2019;33:2058738419866449. doi:10.1177/2058738419866449