



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

11236

23

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO Y CAMBIOS
CITOLOGICOS DE MUCOSA OROFARINGEA

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA LA
DRA. MA. GABRIELA UGALDE RODRIGUEZ

207871

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE
OTORRINOLARINGOLOGIA



SSSTE

MÉXICO, D.F. AÑO 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

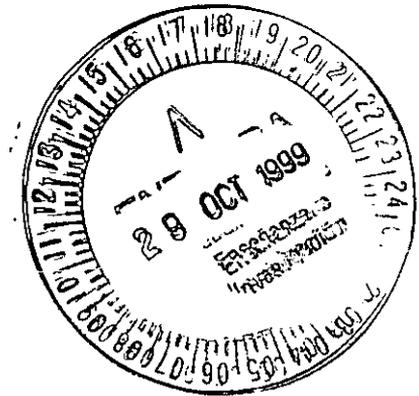
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. OSCAR SOLORZANO
COORDINADOR DE CAPACITACION,
DESARROLLO E INVESTIGACION.

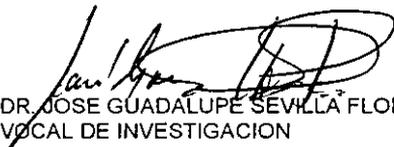
I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
☆ OCT. 28 1999 ☆
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

Recepcionado

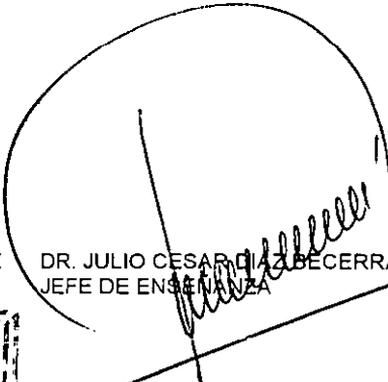
DR. GUILLERMO AVENDAÑO MORENO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

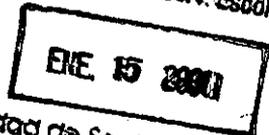
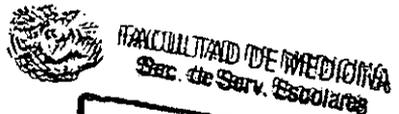
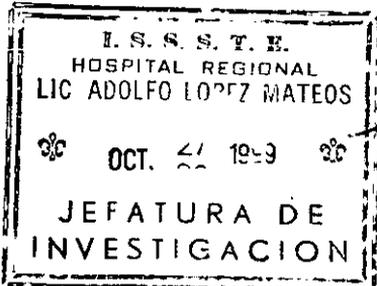



DR. MARTIN CASTAÑEDA DE LEÓN
ASESOR DE TESIS


DR. JOSÉ GUADALUPE SEVILLA FLORES
VOCAL DE INVESTIGACION


M. EN C. HILDA RODRIGUEZ ORTIZ
JEFE DE INVESTIGACION


DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE ENSEÑANZA



Unidad de Servicios Escolares
MMM de (Pasado)

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO Y CAMBIOS CITOLOGICOS DE MUCOSA OROFARINGEA

RESUMEN

El reflujo gastroesofágico ocasiona lesiones esofágicas y laríngeas por medio del contenido refluído que daña las células epiteliales.

En este estudio se demostró que el reflujo gastroesofágico produce cambios en la morfología del epitelio escamoso de la pared anterior orofaríngea, caracterizados por células con displasia leve (disqueriosis).

El método de la citología exfoliativa con tinción con técnica de Papanicolaou es de gran valor para detectar lesiones orofaríngeas en etapas tempranas.

GASTROESOPHAGIC REFLUX DISEASE AND HISTOLOGICAL CHANGES IN THE OROPHARYNGEAL MUCOSA.

ABSTRACT

The gastroesophagic reflux produce esophagic and laryngeal lesions by the liquid that refluxes to the oropharyngeal mucosa disturbing the epithelial cells.

In this study, we demonstrated that the gastroesophagic reflux produces changes in the morphology of the escamous epitelium of the anterior wall of the oropharynge which is characterized by mild dysplasia.

This metod of exfoliative citology with a Papanicolaou technique with tinture is of great importance for detecting oropharyngeal lesions in early stages.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ricardo Quiroga Sanchez

Medico patólogo. Profesor titular de patología general de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Adscrito del servicio de patología del Hospital General de Tlalnepantla.

Medico patólogo del Hospital Durango.

Mil gracias por su valiosa e incondicional ayuda para la realización de este trabajo.

Gracias por haber sido mi maestro.

A la Dra. Ma. Elena Rodríguez Moreno

Medico residente de 1er año de Otorrinolaringología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

Gracias por su colaboración en la realización de este trabajo.

Al Dr. Enrique Reyes Pérez

Jefe del departamento de ciencias morfológicas y profesor de anatomía humana en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional.

Médico forense del Hospital Dr. Ruben Leñero DDF.

Gracias por su ayuda y amistad de toda la vida.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO Y CAMBIOS CITOLOGICOS DE MUCOSA OROFARINGEA

ANTECEDENTES

En 1618, Fabricus describió la unión gastroesofágica y se atribuyó el nombre de cardias a Galeno. Los síntomas fueron establecidos en los años de 1935 y 1950. En 1880 Jackson usó el esofagoscopio. En 1899 Meltzer describió la peristalsis esofágica.

En 1935 Winkelstein reportó "esofagitis péptica" como una nueva entidad. Con la introducción de la manometría, Fyke en 1956 e Ingelfinger en 1958 dilucidaron los eventos fisiológicos de la deglución.

En 1962 con el esofagoscopio flexible se logró un mejor estudio de esta patología. En 1967 con el monitoreo del pH se obtuvo un mejor conocimiento de la enfermedad (1).

MARCO DE REFERENCIA

El esófago comunica la faringe con el estómago, se extiende desde el límite inferior del músculo cricofaríngeo al estómago. Posee una capa muscular, una media submucosa y una interna mucosa compuesta por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, y en su porción distal epitelio columnar. Las funciones principales son transportar nutrientes, prevenir regurgitación dentro de la faringe y laringe, evitar el paso hacia el esófago (3,4,5).

El esfínter esofágico inferior (EEI) se encuentra cerrado en reposo, se abre con la deglución y con aumento de la presión intraabdominal. Los colinérgicos, la gastrina, pitresina, angiotensina II, motilina y la alcalinización gástrica aumentan su tono.

Las comidas con alto contenido de grasas, los anticolinérgicos, la secretina, colecistoquinina, glicagón y péptido intestinal vasoactivo disminuyen su presión. (1,2,3)

El esfínter esofágico superior (EES) constituido por el músculo cricofaríngeo, al ser estimulado vagalmente se relaja, y la estimulación por el ganglio cervical superior produce un aumento en su presión, al igual que con la exposición al HCl. Su presión disminuye durante el sueño y aumenta con la inspiración. Previene la aerofagia durante la inspiración y la regurgitación dentro del tracto aerodigestivo superior (1,2,3)

La orofaringe incluye 4 diferentes sitios: base de lengua, paladar blando, área tonsilar y pared faríngea posterior. Se extiende desde el plano del paladar blando superiormente a el plano del hueso hioides inferiormente y es continuo con la cavidad oral; hacia arriba se continua con la nasofaringe y hacia abajo con la hipofaringe que a su vez se continua con el esófago. (1,4,5)

La pared posterior orofaríngea comienza en el límite inferior de la nasofaringe, alrededor del paladar blando y se extiende inferiormente a la epiglotis. Esta pared está compuesta de mucosa, submucosa, fascia faringobasilar músculo y fascia bucofaríngea (1,2,3,4,5,6,7)

La faringe esta revestida de epitelio, el cual difiere según las partes y en correspondencia con las diversas funciones. En los lugares en donde hay desgaste y frotamiento, como el ocasionado por el paso de los alimentos, existe un epitelio plano estratificado no queratinizado; a nivel de la nasofaringe hay epitelio de tipo respiratorio con células cilíndricas ciliadas. El revestimiento del epitelio se apoya en una membrana conectiva que contiene colágena y elastina. En la profundidad del epitelio hay tejido glandular. (6,7)

La barrera antirreflujo consiste en 4 líneas: esfínter esofágico inferior, aclaramiento esofático del ácido, resistencia del epitelio y el esfínter esofágico superior.

El aclaramiento esofágico del ácido esta dado por el contenido de bicarbonato de la saliva que lo neutraliza con cada deglución. La resistencia epitelial representa un número de estructuras adyacentes con funciones que interactúan, el moco con sus propiedades viscosas y del gel previenen la penetración de moléculas de pepsina: pero no bloquean la entrada del ión hidrógeno (1).

En personas normales el reflujo es frecuente, pero con volúmenes pequeños que son rápidamente eliminados por la peristalsis, y el ácido residual es neutralizado por la saliva, por el contrario, sujetos con incompetencia del EEI o peristalsis disminuida son incapaces de eliminar el remanente de ácido. (35)

El uso de fajas apretadas, mantener el estómago muy lleno, inclinarse, realizar esfuerzos y acostarse, aumentan la presión del EEI, en personas normales, pero no en personas con incompetencia. Los períodos de reflujo son más frecuentes en la noche. Los alimentos con alto contenido de grasas y los muy condimentados así como la nicotina, cafeína tienen efecto inhibitor sobre el EEI. (35)

El daño por reflujo es mayor durante la noche a pesar de que los episodios de reflujo prevalecen durante el día, debido a que la deglución ocurre con mucha menor frecuencia durante el sueño, por lo tanto el material de reflujo no es eliminado con tanta rapidez y permanece en contacto con la mucosa por más tiempo. (1,19)

La pirosis es el síntoma más común, ardor retroesternal postprandial, después de acostarse o con cualquier actividad que aumente la presión intragástrica, el dolor puede referirse al dorso, brazo, faringe y oído (1). En cabeza y cuello los síntomas que se presentan en orden de frecuencia son ronquera 71%, tos crónica 51%, globo faringeo 47%, acidez/regurgitación 43%, aclaramiento crónico de garganta 42%, disfagia 35%, además odinofagia cervical, sabor agrio o amargo en la boca, ardor de lengua, labios y mucosa bucal, salivación excesiva. Se puede desarrollar aspiración, asfixia con riesgo de bronquitis o neumonía química recidivante. Las manifestaciones en cabeza y cuello son menos comúnmente apreciadas (14,15,16,20,31,33,34).

El 10% de los pacientes con molestias laringeas tienen desórdenes de reflujo. La enfermedad por reflujo gastroesofágico se ha asociado a complicaciones como estenosis y carcinoma de la laringe, laringitis por reflujo (18,19,21,24).

Síntomas aerodigestivos superiores relacionados a reflujo gastroesfágico (irritación laringea, disfonía, tos y disfagia) pueden ocurrir como resultado de reflejos mediados vagalmente o como resultado de exposición directa de estructuras laringofaríngeas a los contenidos gástricos (1,14,15,16,20,31,33).

Las 6 condiciones que son más comunes del reflujo gastroesofágicos asociadas a cabeza y cuello son laringeo, estenosis laringea, laringitis por reflujo (con o sin granuloma), laringoespasma, laringomalacia, paquidermia laringea, fijación cricoaritenoides y faringitis crónica (1,14,15,16,20,31,33).

Varios estudios han documentado reflujo de ácido gástrico dentro de la faringe en pacientes con disfonía crónica, estenosis subglótica y una variedad de anomalías laringeas y de cabeza y cuello. El porcentaje de episodios de reflujo proximal que llega a la faringe es más alto en pacientes con laringitis (1,3,11,15,18,24,28,31,32,33,35).

Una disminución del pH faríngeo sugestivo de reflujo faríngeo generalmente indica contacto potencial del ácido en este sitio, la entrada de contenido gástrico dentro de la faringe no necesariamente indica que entre en contacto con estructuras laringeas debido al reflejo faringolótico y esofagolótico y la deglución. Los ácidos refluídos a la faringe durante los eructos

no tienen el mismo impacto patogénico como el ácido regurgitado sin la inducción de eructos. Los efectos lesivos de las moléculas del ácido disuelven la capa de las estructuras mucosas de la faringe y laringe, así también intervienen el tiempo la exposición (18,24,32,33).

Las células lábiles son las que se regeneran durante la vida del sujeto y éstas constituyen el epitelio de la superficie, incluyen la mucosa escamosa de la cavidad bucal. (8).

Las causas más frecuentes de lesión celular son isquemia, lesión química y por agentes infecciosos. Son particularmente susceptibles 4 síntomas: 1) respiración aeróbica, 2) integridad de las membranas celulares, 3) síntesis de proteínas enzimáticas y estructurales, 4) conservación del aparato genético.

Las reacciones de la célula a la lesión dependen de la clase de daño, duración y gravedad. (8).

Los agentes químicos susceptibles de causar daño directo a la membrana celular, o a las membranas de los organelos puede desencadenar una serie de acontecimientos. Los cambios atribuibles a alteraciones de membrana plasmática se observan en etapas tempranas, incluyen tumefacción, vesículas citoplásmicas, la tumefacción ocurre cuando la célula es incapaz de conservar su homeostasis de iones y líquidos, este cambio es difícil de apreciar al microscopio óptico y es irreversible. En las células con lesión letal o subletal también se aprecian cambios nucleares. (8).

La metaplasia es un cambio reversible en el cual una célula de tipo adulto sustituida por otro tipo de célula adulta. La displasia es una alteración de células adultas que se caracterizan por variación en su tamaño, forma y organización y significa trastorno en el desarrollo, sin embargo se aplica a células epiteliales principalmente que han experimentado cambios proliferativos irregulares atípicos como respuesta a una irritación de las células epiteliales, alteraciones en su tamaño y forma, volumen, forma de núcleo y características tintoriales. Los cambios son reversibles al eliminar la causa. (8).

El HCl y pepsina combinados tienen los mayores efectos lesivos e incrementan la severidad cuando el pH disminuye y aumenta el tiempo de exposición. El ácido no es el directamente responsable del daño a la mucosa, implica lesión por activar la pepsina. En jugo gástrico alcalinizado se inactiva la pepsina, pero la tripsina y enzimas pancreáticas son activadas y dañan la mucosa. La lesión es mínima sólo con exposición al HCl. (10,11,13,30).

El reflujo duodenogástrico que contiene sales biliares y en un medio ácido (pH 2) aumenta la lesión mucosa en conejos. (10,11,12,27,35,25,19).

Los ácidos biliares entran a la célula a través de la membrana lipídica lipofílica y se acumulan, causando daño intracelular por disolución de las membranas celulares y los medios de cohesión, además el ácido y la pepsina ganan acceso a la mucosa y submucosa con acciones proteolíticas. (10,11,12)

El mecanismo de lesión mucosa por el pH depende de varios eventos, el H⁺ deteriora la regulación del volumen celular causando muerte celular por inactivación de la bomba Na⁺/K⁺ ATP, con aumento de Na⁺ intracelular. (10,11,12,26,25)

Dentro de los métodos diagnóstico más útiles clínicamente y con mayor sensibilidad y especificidad se encuentra la pH metría ambulatoria en 24 hrs y esofagografía con videofluoroscopia.

La manometría que cuantifica la presión del EEI es otro método diagnóstico y una presión de 10mmHg apoya firmemente un Dx de reflujo.

Otros métodos diagnóstico son la esofagografía con bario, perfusión de ácido (Berstein), prueba de bario ácido, esofagoscopia y biopsia, registro con radionucleotidos (1,3,36).

La citología exfoliativa se puede emplear en boca, es una biopsia superficial, que incluye raspado con una espátula y el extendido del material obtenido en un portaobjetos. A diferencia de la biopsia la citología no tiene significado alguno cuando es negativo.

El tratamiento consiste en tres fases:

1.- Dieta, modificaciones en el estilo de vida y antiácidos: Los pacientes deben evitar recostarse después de las comidas y deben elevar la cabeza en la cama 15 a 20 cm. Deben reducir su peso corporal, evitar alimentos grasos, además es conveniente realizar comidas en menor cantidad.

Evitar sustancias que disminuyan la presión EEI, tales como chocolates, grasas, picantes, cigarros y café. Los antiácidos son considerados como mantenimiento en el tratamiento, usando 30ml del antiácido 30 a 60 minutos después de las comidas y al acostarse.

2.- Bloqueadores H2 o procinéticos: Esto disminuye la secreción ácida e incrementan el vaciamiento gástrico y el tono del EEI: Estos medicamentos son prescritos a pacientes que no responden a la fase I.

3.- Cirugía antirreflujo: Se reserva para pacientes con falla en el tratamiento médico o con complicaciones por ERGE: Las indicaciones incluyen esofagitis intratable, cicatrices o ulceración, sangrado, complicaciones respiratorias, y grandes hernias hiatales. (3).

PROBLEMA

¿El reflujo gastroesofágico causa alteraciones citológicas a nivel de la mucosa de la pared orofaríngea anterior?

HIPOTESIS

Si el contenido del reflujo gastroesofágico ocasiona lesiones en el esófago que posee epitelio plano estratificado no queratinizado al igual que la mucosa orofaríngea anterior, entonces a este nivel también existirán cambios citológicos.

OBJETIVO

Evaluar si existen cambios citológicos en la mucosa de la pared orofaríngea anterior en pacientes con reflujo gastroesofágico.

Determinar la influencia que tiene el tiempo de exposición al reflujo gastroesofágico sobre el epitelio de mucosa orofaríngea anterior.

Observar como influye la exposición al reflujo gastroesofágico en la flora bacteriana de orofaríngea anterior.

Describir los cambios en la celularidad de pared faríngea anterior en la exposición al reflujo gastroesofágico.

Demostrar que la citología exfoliativa es de utilidad en la detección de lesiones orofaríngeas.

JUSTIFICACION

El presente estudio tiene como finalidad investigar si el reflujo gastroesofágico provoca alteraciones celulares en la mucosa de la pared faríngea anterior en pacientes sintomáticos, siendo el método de la citología exfoliativa accesible y de fácil obtención para detectar posibles alteraciones a este nivel y prevenir su aparición, ya que no se cuenta con información en la literatura al respecto.

DISEÑO

Se trata de un estudio de investigación clínica, en donde se tomará una población de 20 pacientes sanos y 20 con reflujo gastroesofágico del servicio de otorrinolaringología del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos". Las edades de los pacientes serán de 25 a 70 años ambos sexos. Es un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

MATERIAL Y METODOS

PACIENTES: Se tomaron un total de 40 pacientes de ambos sexos, cuyas edades van de los 25 a 70 años, de estos 20 fueron sanos y 20 con enfermedad por reflujo gastroesofágico exclusivamente, sin ninguna otra patología.

MATERIAL

Abatelenguas
Hisopos
Portaobjetos
Cubreobjetos
Citospray
Microscopio de luz
Lámpara frontal
Material para tinción con técnica de Papanicolaou.

MÉTODO

Se eligieron un total de 40 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 25 y 70 años. De los cuales 20 fueron pacientes sanos, los otros 20 pacientes fueron individuos con sintomatología y signología de reflujo gastroesofágico exclusivamente y sin ninguna otra patología, además de que no habían recibido tratamiento previamente.

Se tomaron dos muestras de la mucosa orofaríngea en su pared anterior, en ayuno, sin aseo bucal, una con hisopo y otra con abatelenguas, los especímenes fueron extendidos en frotis en un portaobjetos en cada uno de sus extremos e inmediatamente fijados con citospray.

Las muestras fueron teñidas con el método de Papanicolaou y después fueron observadas bajo microscopio de luz.

Los resultados obtenidos fueron comparados entre ambos grupos.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Este estudio se realizó con pacientes del servicio de otorrinolaringología del Hospital Regional " Lic Adolfo López Mateos ". Se tomaron dos grupos de pacientes de 20 individuos cada uno, un grupo compuesto por individuos sanos y el otro por pacientes con datos clínicos de reflujo gastroesofágico exclusivamente y sin haber recibido tratamiento previo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomaron dos grupos de pacientes de 20 individuos cada uno, un grupo compuesto por individuos sanos y el otro por pacientes con datos clínicos de reflujo gastroesofágico exclusivamente y sin haber recibido tratamiento

**ESTA TESIS NO SE ENCUENTRA
DE LA BIBLIOTECA**

DISEÑO

Se trata de un estudio de investigación clínico, en donde se tomará una población de 20 pacientes sanos y 20 con reflujo gastroesofágico del servicio de otorrinolaringología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". Las edades de los pacientes serán de 25 a 70 años ambos sexos. Es un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

MATERIAL Y METODOS

PACIENTES: Se tomaron un total de 40 pacientes de ambos sexos, cuyas edades van de los 25 a 70 años, de estos 20 fueron sanos y 20 con enfermedad por reflujo gastroesofágico exclusivamente, sin ninguna otra patología.

MATERIAL

Abatelenguas
Hisopos
Portaobjetos
Cubreobjetos
Citospray
Microscopio de luz
Lámpara frontal
Material para tinción con técnica de Papanicolaou.

MÉTODO

Se eligieron un total de 40 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 25 y 70 años. De los cuales 20 fueron pacientes sanos, los otros 20 pacientes fueron individuos con sintomatología y signología de reflujo gastroesofágico exclusivamente y sin ninguna otra patología, además de que no habían recibido tratamiento previamente.

Se tomaron dos muestras de la mucosa orofaríngea en su pared anterior, en ayuno, sin aseo bucal, una con hisopo y otra con abatelenguas, los especímenes fueron extendidos en frotis en un portaobjetos en cada uno de sus extremos e inmediatamente fijados con citospray.

Las muestras fueron teñidas con el método de Papanicolaou y después fueron observadas bajo microscopio de luz.

Los resultados obtenidos fueron comparados entre ambos grupos.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Este estudio se realizó con pacientes del servicio de otorrinolaringología del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". Se tomaron dos grupos de pacientes de 20 individuos cada uno, un grupo compuesto por individuos sanos y el otro por pacientes con datos clínicos de reflujo gastroesofágico exclusivamente y sin haber recibido tratamiento previo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomaron dos grupos de pacientes de 20 individuos cada uno, un grupo compuesto por individuos sanos y el otro por pacientes con datos clínicos de reflujo gastroesofágico exclusivamente y sin haber recibido tratamiento

**ESTA TESIS NO SE
DE LA BIBLIOTECA**

DISEÑO

Se trata de un estudio de investigación clínico, en donde se tomará una población de 20 pacientes sanos y 20 con reflujo gastroesofágico del servicio de otorrinolaringología del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos". Las edades de los pacientes serán de 25 a 70 años ambos sexos. Es un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

MATERIAL Y METODOS

PACIENTES: Se tomaron un total de 40 pacientes de ambos sexos, cuyas edades van de los 25 a 70 años, de estos 20 fueron sanos y 20 con enfermedad por reflujo gastroesofágico exclusivamente, sin ninguna otra patología.

MATERIAL

Abatelenguas
Hisopos
Portaobjetos
Cubreobjetos
Citospray
Microscopio de luz
Lámpara frontal
Material para tinción con técnica de Papanicolaou.

MÉTODO

Se eligieron un total de 40 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 25 y 70 años. De los cuales 20 fueron pacientes sanos, los otros 20 pacientes fueron individuos con sintomatología y signología de reflujo gastroesofágico exclusivamente y sin ninguna otra patología, además de que no habían recibido tratamiento previamente.

Se tomaron dos muestras de la mucosa orofaríngea en su pared anterior, en ayuno, sin aseo bucal, una con hisopo y otra con abatelenguas, los especímenes fueron extendidos en frotils en un portaobjetos en cada uno de sus extremos e inmediatamente fijados con citospray.

Las nuestras fueron teñidas con el método de Papanicolaou y después fueron observadas bajo microscopio de luz.

Los resultados obtenidos fueron comparados entre ambos grupos.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Este estudio se realizó con pacientes del servicio de otorrinolaringología del Hospital Regional " Lic Adolfo López Mateos ". Se tomaron dos grupos de pacientes de 20 individuos cada uno, un grupo compuesto por individuos sanos y el otro por pacientes con datos clínicos de reflujo gastroesofágico exclusivamente y sin haber recibido tratamiento previo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomaron dos grupos de pacientes de 20 individuos cada uno, un grupo compuesto por individuos sanos y el otro por pacientes con datos clínicos de reflujo gastroesofágico exclusivamente y sin haber recibido tratamiento

ESTA TESIS NO ESTÁ
DE LA BIBLIOTECA

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Número de estudio

Fecha

Nombre del paciente

Expediente

Edad

Sexo

Tiempo de evolución de los síntomas

Otras enfermedades concomitantes

Tratamiento previo para reflujo

Tipo de células inflamatorias

Cambios citológicos

Displasia leve

Displasia moderada

Displasia severa

Tendencia a la queratinización.

CRITERIOS DE ELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Pacientes de ambos sexos
- 2.- De edades de 25 a 70 años
- 3.- Con sintomatología y signología de reflujo gastroesofágico exclusivamente
- 4.- Que no hayan recibido tratamiento previo para ERGR
- 5.- Que no tengan ninguna otra patología
- 6.- con duración de la sintomatología por lo menos de tres meses
- 7.- pacientes sanos para grupo control.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes con antecedentes de tabaquismo y/o alcoholismo
- 2.- Pacientes con alguna enfermedad sistémica
- 3.- Pacientes con infección de vías respiratorias
- 4.- Que no entren en el rango de edad
- 5.- Con tratamiento previo de ERGE
- 6.- Con respiración oral
- 7.- Pacientes con alergias

CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminaron muestras insuficientes que a la microscopia no permitieron su evaluación.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en un período comprendido del mes de julio al mes de septiembre de 1999, con pacientes del Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" del servicio de otorrinolaringología. Se tomó un total de 40 pacientes divididos en dos grupos de 20 cada uno, cuyas edades fueron entre 25 y 70 años. 20 de estos individuos fueron sanos, y 20 tuvieron reflujo gastroesofágico exclusivamente y no habían recibido tratamiento para esta patología, con un tiempo de evolución mínimo de 3 meses. A todos los pacientes se les tomaron dos muestras de la pared faríngea anterior que se fijaron y tiñeron con la técnica de Papanicolaou, se examinaron al microscopio y se anotaron los resultados.

RESULTADOS

De los 40 pacientes elegidos el mayor porcentaje fueron mujeres con un 70% (28 pacientes), el 30% (12 pacientes) fueron hombres.

En el grupo de pacientes sanos, el 75 % (15 pacientes) fueron mujeres, el 35 % (5 pacientes) fueron hombres.

Para el grupo de pacientes con reflujo el porcentaje mayor fueron mujeres con un 65% (13 pacientes), y el menor para los hombres con un 35% (7 pacientes).

En cuanto al tiempo de la sintomatología el menos fue de un año y el mayor de 5 años.

Los resultados obtenidos al examen citológico fueron los siguientes:

En los pacientes sanos la celularidad de la muestra fue mayor, en todos se observaron células poliédricas, también se observó en el 95% flora bacteriana constituida por cocos y bacilos, además hubo linfocitos, macrófagos, neutrófilos, leucocitos, eosinófilos. Solamente en un paciente se observó la presencia de células con displasia leve (células discarióticas). Además 6 pacientes mostraron células con tendencia a la queratinización. En el grupo de pacientes con reflujo se observó que todos presentaron menor celularidad en las muestras en comparación con los pacientes sanos, todos tuvieron células poliédricas, flora bacteriana en menor número de pacientes

y menor cantidad con respecto a el grupo de pacientes sanos, se observaron mas pacientes con neutrofilos y linfocitos. La displasia leve constituida por células discarióticas se presento en 6 pacientes con un porcentaje para este grupo del 30 %.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en este estudio muestran cambios en la celularidad de la mucosa orofaríngea en su pared interior, en pacientes con reflujo gastroesofárico tales como disminución de esta, disminución de la cantidad de flora bacteriana y alteraciones en la morfología celular demostrada por cambios discarióticos en algunos pacientes, esto probablemente por la exposición de la mucosa al reflujo ya que se excluyeron patologías que pudieren causar algún tipo de daño irritativo en la mucosa.

Solamente se observo un paciente sano que presento datos citologicos de discariosis, tratándose de un sujeto cuya citología mostró abundantes colonias de cocos y también hifas de monilia, lo que sugiere un probable factor irritativo por la inflamación producida por la flora bacteriana, además se trataba de un paciente expuesto a cambios bruscos de temperatura diariamente.

La disminución de la flora bacteriana demostrada en pacientes con reflujo demuestra que el contenido de material refluído tiene efectos bactericidas; aunque las características de la mucosa en estos pacientes es que tienen aspecto deshidratado también puede influir en la escasa cantidad de muestra obtenida.

La observación de células cilíndricas ciliadas específicamente en los pacientes con reflujo pudiera deberse a células descamadas a partir de la rinofaringe que posee este tipo de epitelio.

En un paciente se observo una célula trinucleada, este tipo de células se observan generalmente en procesos de tipo viral, y además este sujeto presento cambios discarióticos celulares y para que este proceso influyera en los cambios citológicos quizá debiera ser por un tiempo prolongado la exposición al agente viral, lo cual no pudo comprobarse, pero el paciente refirió patología en relación con reflujo.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones de reflujo gastroesofágico en cabeza y cuello a menudo son mal diagnosticadas, solamente existen reportes en la literatura acerca de la sintomatología que presenta el paciente, pero no hay reportes acerca de los daños que causa a nivel de la mucosa orofaríngea, los estudios de que se dispone están en relación con las lesiones en la mucosa gástrica, esofágica y laríngea, inclusive relacionando al Ca de la laringe con mayor exposición al reflujo.

Debido a que tanto el epitelio del esófago en su porción proximal y de la laringe son del tipo escamoso estratificado no queratinizado a igual que el que se encuentra en pared anterior de orofaringe es de suponer que puede ocasionarse el mismo el mismo tipo de daño celular por exposición al material refluído.

En este estudio se comprobó que efectivamente el reflujo gastroesofágico ocasiona cambios morfológicos en las células del epitelio de la mucosa orofaríngea, además de que modifica la flora bacteriana y las características físicas mucosas. Esto es de utilidad para poder diagnosticar precozmente lesiones en etapas tempranas y dar Tx efectivo preventivo.

y menor cantidad con respecto a el grupo de pacientes sanos, se observaron mas pacientes con neutrofilos y linfocitos. La displasia leve constituida por células discarióticas se presento en 6 pacientes con un porcentaje para este grupo del 30 %.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en este estudio muestran cambios en la celularidad de la mucosa orofaríngea en su pared interior, en pacientes con reflujo gastroesofárico tales como disminución de esta, disminución de la cantidad de flora bacteriana y alteraciones en la morfología celular demostrada por cambios discarióticos en algunos pacientes, esto probablemente por la exposición de la mucosa al reflujo ya que se excluyeron patologías que pudieren causar algún tipo de daño irritativo en la mucosa.

Solamente se observo un paciente sano que presento datos citologicos de discariosis, tratándose de un sujeto cuya citología mostró abundantes colonias de cocos y también hifas de monilia, lo que sugiere un probable factor irritativo por la inflamación producida por la flora bacteriana, además se trataba de un paciente expuesto a cambios bruscos de temperatura diariamente.

La disminución de la flora bacteriana demostrada en pacientes con reflujo demuestra que el contenido de material refluído tiene efectos bactericidas; aunque las características de la mucosa en estos pacientes es que tienen aspecto deshidratado también puede influir en la escasa cantidad de muestra obtenida.

La observación de células cilíndricas ciliadas específicamente en los pacientes con reflujo pudiera deberse a células descamadas a partir de la rinofaringe que posee este tipo de epitelio.

En un paciente se observo una célula trinucleada, este tipo de células se observan generalmente en procesos de tipo viral, y además este sujeto presento cambios discarióticos celulares y para que este proceso influyera en los cambios citológicos quizá debiera ser por un tiempo prolongado la exposición al agente viral, lo cual no pudo comprobarse, pero el paciente refirió patología en relación con reflujo.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones de reflujo gastroesofágico en cabeza y cuello a menudo son mal diagnosticadas, solamente existen reportes en la literatura acerca de la sintomatología que presenta el paciente, pero no hay reportes acerca de los daños que causa a nivel de la mucosa orofaríngea, los estudios de que se dispone están en relación con las lesiones en la mucosa gástrica, esofágica y laríngea, inclusive relacionando al Ca de la laringe con mayor exposición al reflujo.

Debido a que tanto el epitelio del esófago en su porción proximal y de la laringe son del tipo escamoso estratificado no queratinizado a igual que el que se encuentra en pared anterior de orofaringe es de suponer que puede ocasionarse el mismo el mismo tipo de daño celular por exposición al material refluído.

En este estudio se comprobó que efectivamente el reflujo gastroesofágico ocasiona cambios morfológicos en las células del epitelio de la mucosa orofaríngea, además de que modifica la flora bacteriana y las características físicas mucosas. Esto es de utilidad para poder diagnosticar precozmente lesiones en etapas tempranas y dar Tx efectivo preventivo.

y menor cantidad con respecto a el grupo de pacientes sanos, se observaron mas pacientes con neutrofilos y linfocitos. La displasia leve constituida por células discarioticas se presento en 6 pacientes con un porcentaje para este grupo del 30 %.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en este estudio muestran cambios en la celularidad de la mucosa orofaríngea en su pared interior, en pacientes con reflujo gastroesofárico tales como disminución de esta, disminución de la cantidad de flora bacteriana y alteraciones en la morfología celular demostrada por cambios discarioticos en algunos pacientes, esto probablemente por la exposición de la mucosa al reflujo ya que se excluyeron patologías que pudieren causar algún tipo de daño irritativo en la mucosa.

Solamente se observo un paciente sano que presento datos citologicos de discariosis, tratándose de un sujeto cuya citología mostró abundantes colonias de cocos y también hifas de monilia, lo que sugiere un probable factor irritativo por la inflamación producida por la flora bacteriana, además se trataba de un paciente expuesto a cambios bruscos de temperatura diariamente.

La disminución de la flora bacteriana demostrada en pacientes con reflujo demuestra que el contenido de material refluído tiene efectos bactericidas; aunque las características de la mucosa en estos pacientes es que tienen aspecto deshidratado también puede influir en la escasa cantidad de muestra obtenida.

La observación de células cilíndricas ciliadas específicamente en los pacientes con reflujo pudiera deberse a células descamadas a partir de la rinofaringe que posee este tipo de epitelio.

En un paciente se observo una célula trinucleada, este tipo de células se observan generalmente en procesos de tipo viral, y además este sujeto presento cambios discarioticos celulares y para que este proceso influyera en los cambios citológicos quizá debiera ser por un tiempo prolongado la exposición al agente viral, lo cual no pudo comprobarse, pero el paciente refirió patología en relación con reflujo.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones de reflujo gastroesofágico en cabeza y cuello a menudo son mal diagnosticadas, solamente existen reportes en la literatura acerca de la sintomatología que presenta el paciente, pero no hay reportes acerca de los daños que causa a nivel de la mucosa orofaríngea, los estudios de que se dispone están en relación con las lesiones en la mucosa gástrica, esofágica y laríngea, inclusive relacionando al Ca de la laringe con mayor exposición al reflujo.

Debido a que tanto el epitelio del esófago en su porción proximal y de la laringe son del tipo escamoso estratificado no queratinizado a igual que el que se encuentra en pared anterior de orofaringe es de suponer que puede ocasionarse el mismo el mismo tipo de daño celular por exposición al material refluído.

En este estudio se comprobó que efectivamente el reflujo gastroesofágico ocasiona cambios morfológicos en las células del epitelio de la mucosa orofaríngea, además de que modifica la flora bacteriana y las características físicas mucosas. Esto es de utilidad para poder diagnosticar precozmente lesiones en etapas tempranas y dar Tx efectivo preventivo.

FIG. 1. PACIENTES SELECCIONADOS

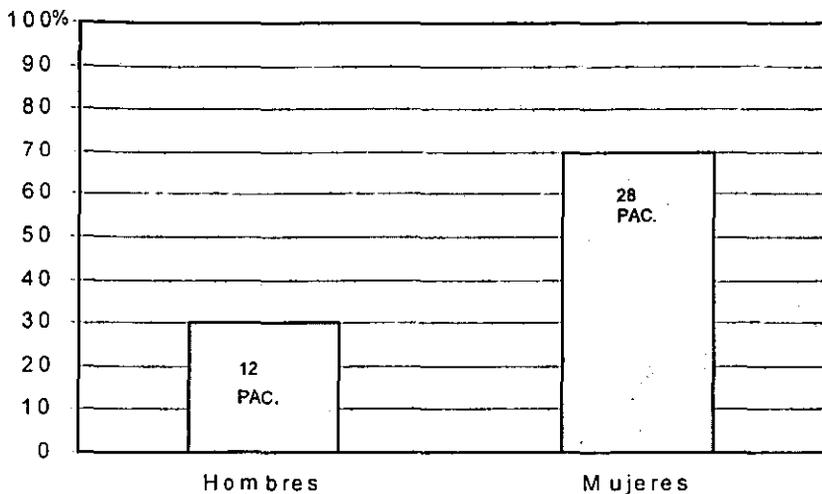


FIG. 2. PACIENTES SANOS

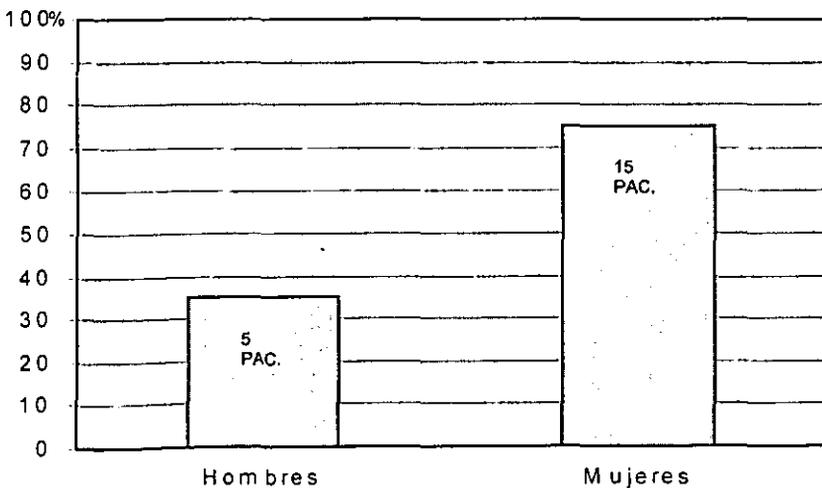


FIG. 3. PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO

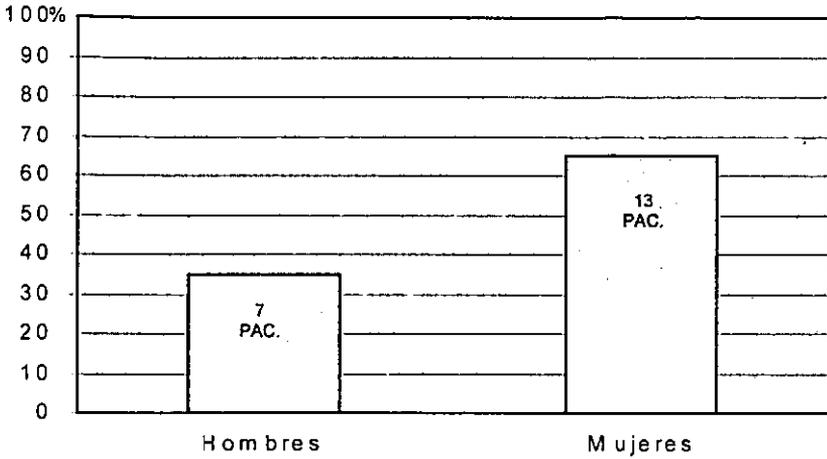


FIG. 4. PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO Y DISPLASIA LEVE

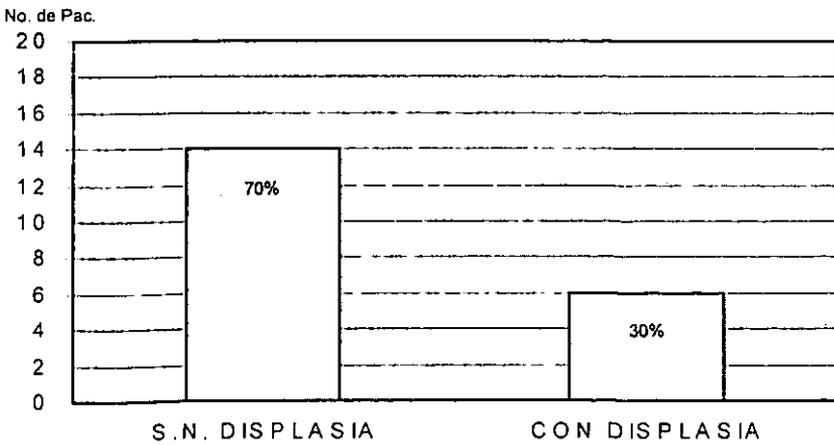


FIG. 5. PACIENTES SANOS CON DISPLASIA LEVE

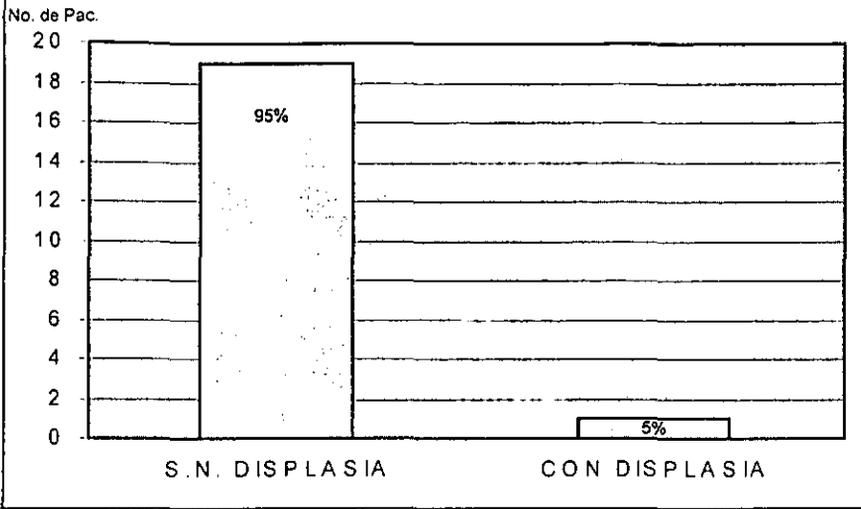
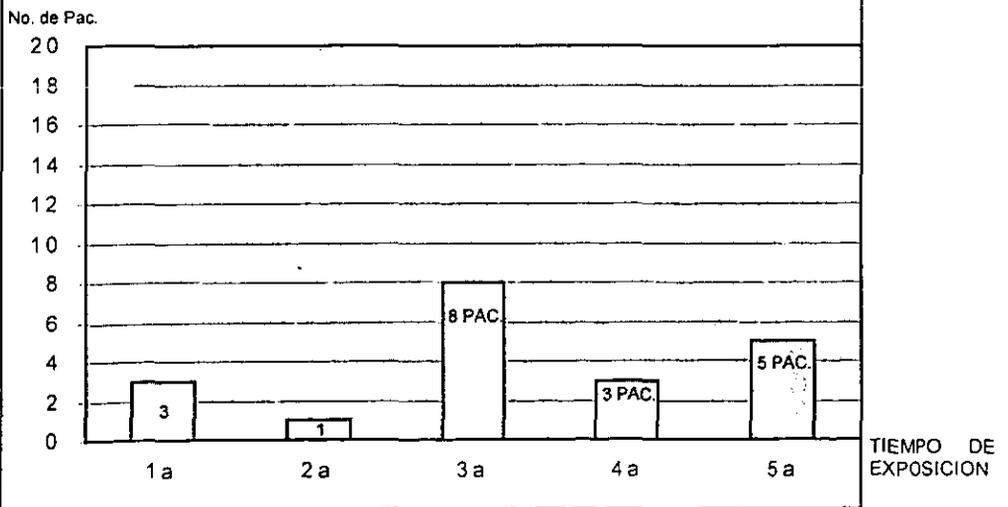


FIG. 6. TIEMPO DE SINTOMATOLOGIA DE REFLUJO GASTROESOFAGICO



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cummings Charles W, et al. Otolaryngology Head and Neck Surgery, 2ª Ed. Mosby Year Book, 1993. pp. 24, 306-311, 1306-1307, 2225-2227, 2349-2367, 1902.
- 2.- Paparella Michael M. Otorrinolaringología, 3ª Ed. Panamericana 1991 pp. 2528-2530, 2881-2884.
- 3.- Bailey Byron. Head and Neck Surgery Otolaryngology. 1993. pp. 551-553, 615-616, 690-699, 1274-1275.
- 4.- Rouviere H. Anatomía Humana. Tomo I 9ª Ed. Masson 1994. pp. 464-483.
- 5.- Quiroz Gutiérrez Fernando. Anatomía Humana, Vol. III. Porrua, 1989. pp. 108-119.
- 6.- Junqueira L. C. Histología Básica, 2ª Ed. Salvat, 1984. pp. 295.
- 7.- Hamm A.W. Tratado de Histología. 6ª Ed. Interamericana. pp. 673-674.
- 8.- Robbins S.L. Patología Estructural y Funcional. 3ª Ed. Panamericana 1987. pp. 2-4, 9-14, 32-33, 68.
- 9.- Schwartz. Operaciones Abdominales. 10ª Ed. Panamericana. pp. 738-739.
- 10.- Michael F. Vaezi et al. Role of acid and duodenogastric reflux in esophageal mucosal injury: A review of animal and human studies. Gastroenterology, 1995; 108: 1897-1907.
- 11.- Michael F. Vaezi et al. Role of acid and duodenogastric reflux in gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology, 1996; 111: 1992-1999.
- 12.- Reza Shaker, et al. Esophagopharyngeal distribution of refluxed gastric acid in patients with reflux laryngitis. Gastroenterology, 1995; 109 pp. 1575-1582.
- 13.- Ross M. Bremmer et al. Concentration of refluxed acid and esophageal mucosal injury. The American Journal of Surgery, vol. 164, november 1992 pp. 522-527.
- 14.- Rival. R. Et al. Role of gastroesophageal reflux disease in patients with cervical symptoms. Otolaryngol Head Neck Surg. 1995 Oct; 113 (4): 364-369.
- 15.- Berger MSD. Throat disorders. Prim Care 1998 Sep; 25 (3): 685-689.
- 16.- Trotoux J, et al. ORL manifestations of gastroesophageal reflux. Rev Prat 1989 Feb 9; 39 (4): 291-293.
- 17.- Buts J.P. et al. Prevalence and treatment of silent gastro-oesophageal reflux in children with recurrent respiratory disorder. Eur J. Pediatr 1986; 145/5: 396-400.
- 18.- Chen MY, et al. Correlation of laryngeal and pharyngeal carcinomas and 24 hour monitoring of the esophagus and pharynx. Otolaryngol Head Neck Surg 1998 Nov; 119 (5): 460-462.
- 19.- Bremmer CG. Concentration of refluxed acid and esophageal mucosa injury. Am J. Surg 1992 164:522-527.
- 20.- Casado Morente J.C. et al Head and Neck symptoms of gastroesophageal reflux. Acta Otorrinolaringol Esp 1998 Apr; 49 (3): 216-220.

- 21.- Levi et al. Food groups and risk of oral and pharyngeal cancer. *Int J. Cancer* 1998 Aug 31; 77 (5): 705-709.
- 22.- Jeffrey H. Peters. *Clínicas quirúrgicas de norteamérica*, vol 6, 1993 ed. Interamericana. Trastornos de la motilidad de vías gastrointestinales. pp. 1169-1196.
- 23.- Bremner CG. Physiopathology of the dynamic muscular sphincter of the pharynx. *M. Plast Reconstr. Surg* 1997 Dec; 100 (7): 1918-1923.
- 24.- Nobre e Souza MA: Silent gastroesophageal reflux in patients with pharyngolaryngeal cancer: further results. *Head Neck* 1998 Sep; 20 (6): 510-514.
- 25.- Orlando RC. Mechanism of H⁺ injury in rabbit esophageal epithelium. *J. Clin Invest* 1981; 68: 286-293.
- 26.- Salo J. Kivilaakso. Role of luminal H⁺ in the pathogenesis of esophagitis experimental. *Surgery* 1982; 92: 61-68.
- 27.- Orlando RC. Pathogenesis of acute acid injury in rabbit esophageal epithelium. *J. Clin Invest* 1981; 68: 286-293.
- 28.- Stein HJ. Complications of gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg* 1992; 216: 35-43.
- 29.- Stein HJ. Clinical value of endoscopy and histology in the diagnosis of duodenogastric reflux disease. *Surgery* 1992; 112: 796-804.
- 30.- Pellegrini. Alkaline gastroesophageal reflux. *Am J. Surg* 1978; 75: 177-184.
- 31.- Toohill RJ Pharyngeal, laryngeal and tracheobronchial manifestations of gastroesophageal reflux. *Head and Neck Surgery*.
- 32.- Ward PH. Observations on the pathogenesis of chronic nonspecific pharyngitis and laryngitis. *Laryngoscope* 1982; 92: 1377-1382.
- 33.- Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24 hr pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope* 1991; 101: 1-78.
- 34.- Bain WM. Head and neck manifestations of gastroesophageal reflux. *Laryngoscope* 1991; 101: 1-78.
- 35.- Shaker R. Mechanisms of esophago-pharyngeal acid regurgitation. *Gastroenterology*. 1991; 100: a 494.