

# Capítulo 9

## Molestias faríngeas inespecíficas

M.A. Rodríguez Castejón<sup>a</sup>, G. Rihawi<sup>a</sup> y E. Raboso García-Baquero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico adjunto de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

<sup>b</sup>Jefe de servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

### Puntos clave

- La odinofagia, o faringodinia, es una de las causas más frecuentes de motivo de consulta tanto en atención primaria como especializada.
- La patogenia es múltiple, por lo que debemos estudiar al paciente, y buscar las posibles causas que la producen para un buen diagnóstico.
- A los pacientes con factores de riesgo, principalmente el tabaco y alcohol, se les debe realizar una exploración otorrinolaringológica completa.
- Hay una importante asociación entre la faringitis crónica y el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

**Palabras clave:** • Faringitis crónica • Odinofagia • Disfagia.

La faringe ocupa el centro del dominio del otorrinolaringólogo. Se extiende desde la base del cráneo hasta el esófago y, desde un punto de vista fisiológico, es una verdadera encrucijada de la vía aérea y digestiva. Anatómicamente, se puede dividir en tres partes:

### Faringe superior, rinofaringe, nasofaringe o cavum

Comunica las fosas nasales con la orofaringe a través de las coanas. En ella se encuentran en su pared superior las adenoides vegetaciones, y en la pared lateral la trompa de Eustaquio que la relaciona con el oído medio.

### Faringe media u orofaringe

Zona que forma parte del aparato respiratorio y digestivo. Comunica ampliamente hacia delante con la cavidad bucal por el istmo de las fauces, hacia arriba con la rinofaringe, y hacia abajo con la hipofaringe. Como se aprecia en la figura 1, incluye el paladar blando, el istmo de las fauces (que alberga las amígdalas palatinas) y la base de la lengua (localización de la amígdala lingual).

### Faringe inferior, hipofaringe o laringofaringe

Relacionada en su parte anterior con la laringe. De arriba hacia abajo presenta la epiglotis, y a ambos lados los senos pi-

riformes, por donde desciende el bolo alimenticio hacia el esófago.

## Funciones de la faringe

### Función respiratoria

La rinofaringe limpia y humidifica el aire inspirado.

### Función de la deglución

El acto deglutorio se realiza a través de la faringe. Para introducir el bolo alimenticio se eleva el velo del paladar desplazando el alimento hacia la pared posterior de la faringe. La vía digestiva se abre, y la aérea se cierra debido a la caída de la epiglotis sobre la glotis, deslizando finalmente el bolo a través de los senos piriformes.

### Función auditiva

La correcta ventilación de la trompa de Eustaquio es necesaria para el buen funcionamiento del oído medio.

### Función inmunitaria

El anillo de Waldeyer se distribuye por toda la faringe localizándose en la amígdala faríngea o adenoides, amígdala palatina y amígdala lingual. Pertenecen al tejido linfóide asociado a las mucosas (MALT). Dado que esta zona es una de

las principales puertas de entrada de microorganismos, desempeña un papel importante en la respuesta inmunitaria local de la superficie mucosa. Se dispone en acumulaciones de tejido linfóide no encapsulado, organizados en nódulos.

El anillo de Waldeyer se desarrolla según su hiperactividad celular. Durante la infancia se produce una hipertrofia adenoidea. En la segunda etapa (3-5 años), son las amígdalas palatinas las que sufren un aumento del tamaño. Finalmente, en la etapa adulta éstas disminuyen de forma notable, y es entonces cuando la amígdala lingual se hipertrofia.

### **Función gustativa**

Las terminaciones gustativas se sitúan principalmente en la lengua, aunque hay territorios de la mucosa faríngea, como el paladar y el pilar anterior, donde también se localizan.

### **Función de la modulación de la voz**

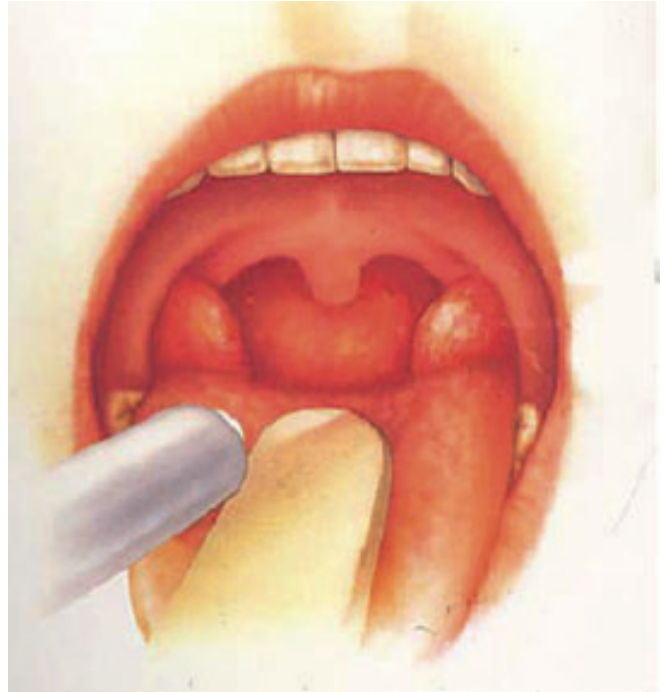
En el acto de la fonación intervienen: a) el fuelle, que es la caja torácica que define la intensidad del sonido; b) la glotis, encargada del tono de la voz; c) la caja de resonancia (faringe, boca y fosas nasales) que proporciona el timbre y la modulación de la voz; d) la lengua, los dientes y los labios, cuya función es la articulación de la palabra.

## **Exploración de la cavidad oral y la orofaringe**

Debido a que la otorrinolaringología es una “especialidad de cavidades”, necesitaremos instrumental específico para poder explorar la faringe. Si las circunstancias lo permiten, la mejor forma de examinar al paciente es sentado y con la espalda recostada sobre el respaldo. Las prótesis dentarias deben ser extraídas para una mejor visualización y evitar una posible deglución o aspiración de éstas.

Para realizar el examen necesitaremos una fuente de luz (espejo de Clar o luz fría). El paciente abrirá la boca y, sin depresor en un primer momento, le pedimos que pronuncie la letra “a”. Esta maniobra nos permite una visión parcial de la orofaringe y de la base de la lengua. A continuación se realizará la exploración con el depresor lingual (preferiblemente angulado), colocándolo en los dos tercios anteriores de la lengua. Este capítulo se centra en las molestias localizadas en la orofaringe, por lo que veremos únicamente la exploración a este nivel, estudiando principalmente las estructuras siguientes: labios, mucosa de las mejillas, dientes y encías, paladar, istmo de las fauces, lengua y suelo de boca.

Múltiples procesos patológicos pueden localizarse en el territorio faríngeo. Intentaremos agrupar una serie de procesos inflamatorios y/o irritativos crónicos de la mucosa faríngea que son causa muy frecuente de consulta en nuestros ambulatorios.



**Figura 1.** Faringoscopia directa.

La sintomatología es muy diversa debido al gran número de estructuras que incluye. En muchas ocasiones esta clínica no se relaciona directamente con la línea de demarcación anatómica que hemos estudiado, por lo que tenemos que tener en cuenta la múltiple patología que nos podemos encontrar.

## **Faringodinia y molestias laríngeas inespecíficas**

El dolor de garganta es una de las algias más difíciles de diagnosticar, por lo complejo de la anatomía y el gran número de estructuras que contiene.

Dada la extensión de la patología y la clínica en los pacientes que refieren faringodinia, podemos realizar una clasificación según los síntomas cardinales que contienen estas enfermedades (tabla 1).

Con arreglo a la clínica podemos clasificar dos grandes grupos de entidades: enfermedades faríngeas agudas y enfermedades faríngeas crónicas.

## **Enfermedad faríngea aguda**

En la enfermedad faríngea aguda destacan ciertas infecciones, como las amigdalitis agudas y sus complicaciones, ya descritas en el capítulo de otorrinolaringología infantil, y las estomatitis. Aparte de estos dos procesos, que son los más frecuentes, podemos observar las siguientes afecciones:

**TABLA 1. Causas de odinofagia**

|                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Faringodinia                                                                                                                  |
| Infección amigdalár (amigdalitis aguda faríngea, amigdalitis lingual, adenoiditis, infección de los cordones laterofaríngeos) |
| Mononucleosis infecciosa                                                                                                      |
| Angina de Plaut-Vincent                                                                                                       |
| Herpangina                                                                                                                    |
| Escarlatina                                                                                                                   |
| Amigdalitis por difteria                                                                                                      |
| Agranulocitosis                                                                                                               |
| Absceso periamigdalino                                                                                                        |
| Absceso retrofaríngeo                                                                                                         |
| Absceso de base de la lengua                                                                                                  |
| Epiglotitis y absceso epiglótico                                                                                              |
| Estilalgia (síndrome de Eagle)                                                                                                |
| Faringitis aguda                                                                                                              |
| Faringitis crónica                                                                                                            |
| Enfermedades específicas (tuberculosis, sífilis)                                                                              |
| Faringitis por reflujo gastroesofágico                                                                                        |
| Neoplasia                                                                                                                     |
| Trauma faríngeo (quemadura por agentes cáusticos, cuerpos extraños)                                                           |
| Dolor intraoral                                                                                                               |
| Estomatitis (micótica, viral)                                                                                                 |
| Quemadura en la base de la lengua                                                                                             |
| Síndrome de la lengua ardiente                                                                                                |
| Enfermedades dentales                                                                                                         |
| Osteítis y osteomielitis de la mandíbula                                                                                      |
| Enfermedad de las glándulas salivales                                                                                         |
| Traumatismos (mordeduras)                                                                                                     |
| Neoplasia                                                                                                                     |
| Dolor paroxístico                                                                                                             |
| Neuralgia del trigémino                                                                                                       |
| Neuralgia del glosofaríngeo                                                                                                   |
| Neuralgia del vago                                                                                                            |

## Candidiasis faríngea

Se considera un prototipo de infección oportunista. Entre los factores predisponentes para su desarrollo encontramos los siguientes: tabaquismo, hiposialia, uso de prótesis bucales, tratamiento antibiótico, tratamiento esteroideo prolongado, déficit vitamínico, desnutrición, diabetes mellitus, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)...

### Clínica

Las lesiones de la candidiasis orofaríngea se representan como placas blanquecinas que cubren toda o parte de la mucosa. Estas placas son difícilmente desprendibles y, de hacerlo, producen más inflamación y en ocasiones sangrado posterior.

### Diagnóstico

Normalmente es clínico, y en ocasiones precisa la realización de un cultivo.

### Tratamiento

– Nistatina suspensión oral. La solución líquida de nistatina (Mycostatin®) generalmente se toma entre 3 y 5 veces al día para tratar las infecciones de la boca. Se realizan enjuagues en toda la boca durante algunos minutos antes de ingerirla. Es importante mantener una buena higiene bucodental, incluida la atención adecuada de la dentadura postiza, para ayudar a la curación de las infecciones de la boca.

– Miconazol (Daktarin®) gel local aplicándolo sobre la mucosa oral 3 o 4 veces al día durante al menos 2 semanas para evitar la recurrencia.

## Agranulocitosis de Werner-Schultz

Enfermedad aguda grave caracterizada por la notable disminución de leucocitos (polimorfonucleares). La causa más común es una reacción adversa a ciertas medicaciones, como penicilinas, cloranfenicol, sales de oro, diuréticos tiazídicos, fenotiacidas, nitrofurantoina, antihistamínicos, fenilbutazona, fármacos anticancerosos, anticonvulsivos, fármacos anti-tiroideos, dibenzapina, procainamida y sulfonamidas.

### Clínica

Fiebre y dolor faríngeo asociado a úlceras necróticas en la faringe principalmente, que no producen pus.

### Diagnóstico

Se realiza mediante una historia clínica y el reconocimiento médico, donde se aprecia un malestar general asociado a las lesiones faríngeas y el antecedente de toma de alguno de los medicamentos indicados. La analítica presenta una importante disminución de la serie blanca, principalmente dependiente de los neutrófilos.

### Tratamiento

En la fase aguda suele requerir ingreso hospitalario junto con antibioterapia intravenosa. Hay que mantener una higiene bucal muy cuidadosa mediante enjuagues, y lavar los dientes con cuidado para evitar hemorragias en las encías.

## Trauma faríngeo

### Quemaduras por sustancias cáusticas

La ingesta de lejía, amoníaco u otra sustancia erosiva se presenta con dolor intenso en la cavidad oral y faríngea, sialorrea y disfagia intensa. Produce un enrojecimiento con inflamación y edema importante de las mucosas afectadas. Para determinar el grado de afectación se deben solicitar radiografías simples de tórax y abdomen, una analí-

tica de sangre para comprobar si hay una acidosis metabólica, leucocitosis, hemólisis o signos de coagulopatía por consumo.

Casi siempre se ha deglutido parte de la sustancia cauterizante y, por ello, se afecta también la mucosa del esófago. La endoscopia se realiza para cuantificar la afectación esofágica y gástrica que ha producido la ingesta.

Respecto al tratamiento, debemos adoptar unas medidas generales, como mantener permeable la vía aérea y sueroterapia. En función de la gravedad de la afectación, podemos establecer los siguientes tratamientos:

#### *Antibióticos*

- Cefazolina 80 mg/kg/día i.v. durante 10 días.
- Amoxicilina 50 mg/kg/día durante 10 días.

#### *Corticoides*

- Dexametasona 1 mg/kg/día.
- Prednisolona 2-6 mg/kg/día.
- Con pauta descendente según el estado de la lesión.

#### *Protectores anti H2-IBP (al menos durante un mes)*

- Cimetidina 20-40 mg/kg/día.
- Ranitidina 4-8 mg/kg/día.
- Omeprazol 0,7-2 mg/kg/día.

#### **Cuerpos extraños**

Pequeños cuerpos extraños pueden enclavarse en las amígdalas, en la base de la lengua, en las valéculas o lateralmente en la farínge, mientras que los grandes cuerpos extraños suelen quedarse en el esófago. Generalmente, el paciente nos comenta el antecedente de la ingesta de cuerpo extraño presentando posteriormente sialorrea y odinofagia de diversa cuantía según el daño producido. Normalmente se visualizan y extirpan mediante faringoscopia o laringoscopia indirecta de forma ambulatoria. Los grandes cuerpos extraños esofágicos que generalmente se impactan en el esófago se deben derivar de forma urgente al hospital, y se extirpan mediante esofagoscopia rígida o flexible.

#### **Posterior a intubación**

Pacientes que han precisado una intubación prolongada, o la intubación ha sido dificultosa, suelen presentar molestias faríngeas posteriormente debido a erosiones o laceraciones. Normalmente las molestias ceden espontáneamente o con tratamiento antiinflamatorio.

#### **Angina de Plaut-Vicent**

Ulceración pseudomembranosa de la mucosa faríngea, gingival y bucal producida por el bacilo fusiforme. Aparece sin grandes molestias unilaterales, sobre todo durante la deglución, y sin trascendencia apreciable en el estado general. La exploración faríngea presenta una mancha difteroides blan-

quecina en el orificio de una cripta amigdalina, halitosis y sialorrea. No hay que administrar penicilina en los pacientes con angina de Plaut-Vicent sin descartar sífilis.

#### **Tratamiento**

- Amoxicilina 500 mg/8 h durante 7 días.
- Cefixima 400 mg/día durante 7 días.
- Cefuroxima acetilo 500 mg/12 h durante 7 días.

#### **Enfermedades faríngeas específicas**

Son enfermedades poco frecuentes que deben sospecharse principalmente en pacientes inmunodeprimidos y con VIH. Producen molestias que no suelen responder al tratamiento antibiótico habitual de las infecciones faríngeas. Las principales enfermedades faríngeas específicas son la tuberculosis faríngea y la amigdalitis sifilítica.

#### **Sífilis**

Excesivamente rara tras la antibioterapia. La lesión más característica es el chancro de la amígdala (induración amigdalar leñosa) asociada a adenopatía satélite y febrícula. Es más frecuente en el sexo femenino. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con la angina de Plaut-Vicent.

#### **Tuberculosis**

La tuberculosis miliar faríngea, o enfermedad de Isambert, adopta el tipo de enfermedad aguda con intensa disfagia y pequeñas granulaciones de color gris en toda la mucosa oral. Se sospecha principalmente en pacientes con factores de riesgo que no responden a terapia habitual.

### **Enfermedad faríngea crónica**

Las molestias faríngeas crónicas incluyen un conjunto de síntomas y signos muy inespecíficos y difíciles de clasificar. Lo estudiaremos en tres grandes grupos:

#### **Faringitis crónica**

El término faringitis crónica se utiliza para agrupar una serie de procesos inflamatorios y/o irritativos crónicos de la mucosa faríngea. La faringitis crónica es un proceso muy común, que produce un gran número de consultas en el ambulatorio, donde los pacientes acuden en repetidas ocasiones dadas las muchas dificultades en su tratamiento.

En la mayoría de los casos hay una predisposición constitucional sobre la que intervienen los factores externos lesivos de carácter crónico, como los recogidos en la tabla 2.

#### *Agentes químicos y/o físicos*

La agresión faríngea a través de agentes externos es importante tenerla en cuenta en este tipo de enfermedad (tabla 3). El tabaco y el alcohol, los agentes más frecuentes, producen una enfermedad inflamatoria de la mucosa faríngea, y pre-

**TABLA 2. Patogenia de la faringitis crónica**

|                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Daño exógeno causado por agentes físicos y/o químicos                                   |
| Alcohol                                                                                 |
| Tabaco                                                                                  |
| Climatización inapropiada (calefacción y aire acondicionado)                            |
| Cambios de humedad y temperatura acentuados                                             |
| Abuso de vasoconstrictores nasales                                                      |
| Obstrucción de la vía aérea (respirador bucal). síndrome de apnea obstructiva del sueño |
| Inflamación crónica de órganos adyacentes                                               |
| Rinosinusitis                                                                           |
| Hipertofia amigdalal                                                                    |
| Laringitis crónica                                                                      |
| Síndrome de Sjögren                                                                     |
| Enfermedades sistémicas (hipotiroidismo)                                                |
| Mucositis por radiación                                                                 |
| Déficit de vitamina A                                                                   |
| Efectos secundarios de medicación                                                       |
| Mal uso de la voz                                                                       |

**TABLA 3. Causas de agentes agresores faríngeos**

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| Agentes agresores faríngeos                                 |
| Alcohol                                                     |
| Tabaco                                                      |
| Polvo                                                       |
| Agentes químicos (mineros, cocineros, limpiadoras...)       |
| Climatización inapropiada (aire acondicionado, calefacción) |
| Cambios bruscos de temperatura                              |
| Abuso de vasoconstrictores nasales                          |

disponen a la aparición de carcinomas en esta localización. El alcohol actúa directamente, aumentando la sensibilización ante la acción del tabaco.

El polvo, los agentes químicos cauterizantes, una climatización inapropiada, las variaciones bruscas e importantes de temperatura, el trabajo en ambientes con corrientes de aire (carniceros) o con humos (cocineros), el trabajo en ambientes con aire condicionado seco, etc., son situaciones que favorecen la aparición del dolor y las molestias faríngeas ya descritas.

El abuso de vasoconstrictores nasales es muy frecuente en nuestro medio, por lo que debemos preguntar a nuestros pacientes si utilizan con asiduidad este tipo de medicación. La congestión nasal crónica que producen, asociada al efecto local sobre la nasofaringe, provoca como consecuencia molestias faríngeas inflamatorias.

### Obstrucción de la vía aérea (respiración bucal)

Entre las causas de esta enfermedad se encuentran la desviación del tabique nasal y la hipertrofia adenoidea.

### Roncopatía crónica

Respecto a la roncopatía crónica y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), se hace referencia en otro capítulo de este libro. Sin embargo, es importante reseñar que en los pacientes con roncopatía crónica la entrada de aire a través de la boca altera por completo el componente fisiológico de la respiración, por lo que el aire entra sin ser calentado ni filtrado por las fosas nasales. Entre otras cosas, esto causa una pérdida de 500-800 ml de agua cada noche. Esto, sumado al componente agresivo que produce la vibración del paladar hipertrófico y la úvula sobre la pared posterior faríngea, conlleva una irritación importante que los pacientes refieren como molestias faríngeas inespecíficas.

### Inflamación crónica de órganos adyacentes

La sinusitis crónica produce una rinorrea mucopurulenta durante más de 2 meses consecutivos, o de forma intermitente causa la caída de moco a través de la pared posterior desde la rinofaringe.

La inflamación crónica de la laringe (laringitis crónica) está directamente relacionada con los factores etiológicos de la faringitis crónica.

### Síndrome de Sjögren

Enfermedad autoinmunitaria por la cual se destruyen las glándulas que producen las lágrimas y la saliva. Se caracteriza por presentar sequedad faríngea, disminución del lagrimeo y sequedad de las mucosas.

Afecta a uno por cada 100-300 habitantes, y predomina en mujeres mayores de 40 años de edad. Se asocia con frecuencia a otras enfermedades autoinmunitarias, como la artritis reumatoide principalmente, la esclerodermia y el lupus eritematoso sistémico.

La destrucción en mayor o menor grado de las glándulas salivales causa la disminución de la saliva. El paciente tiene la boca seca y presenta dificultad para masticar y tragar los alimentos sólidos, por lo que necesita beber agua durante las comidas con mucha frecuencia. La saliva es muy importante para mantener sanos los dientes, ya que elimina numerosas bacterias y mantiene limpia la boca. La falta de saliva hace que la higiene de la boca sea defectuosa, lo que favorece la aparición de caries.

### Diagnóstico

Se realiza principalmente a través de las pruebas que aparecen en la tabla 4.

### Enfermedades sistémicas

Entre las enfermedades sistémicas que a lo largo de su evolución pueden producir faringitis crónica podemos citar la

insuficiencia renal, la diabetes mellitus tipo 1 y 2, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las alteraciones endocrinas, como la menopausia, el climaterio y el hipotiroidismo.

#### *Mucositis por radiación y quimioterapia*

El tratamiento con quimioterapia y radioterapia tiene entre sus complicaciones más frecuentes la mucositis oral, que aparece aproximadamente en un 40% de los pacientes que requieren este tratamiento. La inflamación de la mucosa puede presentar desde enrojecimiento hasta úlceras graves. Cursa con dolor y malestar, y en los casos más graves provoca incapacidad para la ingesta de alimentos líquidos o sólidos.

#### *Hipovitaminosis y déficit de minerales*

**Faringoesofagitis de Plummer-Vinson.** Enfermedad poco frecuente, que se caracteriza por una disfagia provocada por la presencia de membranas esofágicas en el cartílago cricoides, asociada a anemia ferropénica crónica y grave. Puede haber, además de la membrana hipofaríngea, una atrofia de las papilas linguales y de la mucosa oral.

**Hipovitaminosis A.** Tiene lugar cuando las reservas orgánicas de vitamina A disminuyen tanto que se producen consecuencias adversas para la salud, aunque no haya signos clínicos observables.

Por lo general, los pacientes viven en condiciones de privación económica, lo que hace que lo padezcan con más frecuencia los niños pequeños, las mujeres de mediana edad y los ancianos.

#### *Abuso y mal uso de la voz*

Las personas con un alto riesgo de padecer faringitis y alteraciones en la hipofaringe y la laringe son los maestros, los vendedores ambulantes, los conferenciantes y los cantantes, entre otras.

#### *Alergia de la mucosa faríngea*

El proceso alérgico produce un estado edematoso irritativo de las mucosas, que conlleva la aparición de estornudos en

salvas, rinorrea, lagrimeo y blefaroconjuntivitis. Estos síntomas se presentan con una intensidad variable según los casos, y una estacionalidad o perennidad. La aparición de tos seca puede estar motivada por el prurito faríngeo y la obstrucción nasal que condiciona la respiración bucal. En esta situación el aire llega seco y frío y conduce a una irritación de las vías respiratorias altas que provoca tos y odinofagia.

#### *Efectos secundarios de los fármacos*

Algunos fármacos, como los antihipertensivos, los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina I y los antidepresivos, tienen entre sus efectos secundarios más frecuentes la sequedad de la mucosa faríngea.

#### **Clínica**

De acuerdo con la exploración clínica que realizamos, podemos distinguir diversos tipos de faringitis crónica:

##### *Faringitis crónica simple*

Se caracteriza por la sensación de cuerpo extraño, carraspeo y tos irritativa, apreciándose secreciones adherentes a la faringe. En ocasiones aparecen molestias cervicales y al deglutir, de forma intermitente y de intensidad variable. El paciente no tiene ninguna sensación de enfermedad y no presenta fiebre.

##### *Faringitis crónica hiperplásica (granulosa)*

La mucosa de la pared posterior de la faringe está engrosada, es granulosa y tiene una coloración rojiza. Se manifiesta como una sensación molesta de cuerpo extraño en la faringe, que produce carraspeo.

##### *Faringitis crónica seca (atrófica)*

La pared posterior de la faringe está seca, y en ocasiones con exudado. Este tipo de faringitis mejora junto a la orilla del mar, y las molestias aumentan con el aire seco y caliente. Los adultos y los ancianos son las personas afectadas con más frecuencia. El paciente tiene continuamente la necesidad de toser y realizar maniobras para eliminar los exudados adheridos a la faringe.

#### **Diagnóstico**

El diagnóstico se basa en la exploración mediante faringoscopia, y en la historia clínica, para detectar los signos y síntomas típicos. En general, la evolución de la enfermedad es crónica y larga.

#### **Tratamiento**

El tratamiento suele ser muy tedioso, y en la mayoría de los casos la respuesta es muy leve, por lo que los pacientes y también sus médicos en ocasiones se desesperan. Incluye actuaciones a dos niveles:

**TABLA 4. Pruebas para el diagnóstico del síndrome de Sjögren**

| Pruebas diagnósticas      |                                                                         |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Prueba de Schirmer        | Determina el grado de sequedad de los ojos                              |
| Biopsia                   | Muestra de la superficie interna del labio inferior → Diagnóstico firme |
| Anticuerpos antinucleares | Ro/SS-A, y La/SS-B (alta especificidad diagnóstica)                     |
| Anticuerpos ANA           | Positivos en 80% de los casos                                           |

### **Etiológico**

Se intentan eliminar los posibles factores causales, directos o indirectos, como la supresión del tabaco y el alcohol, el cambio de las condiciones de trabajo, la utilización correcta de la voz, evitar determinadas medicaciones, etc.

### **Sintomático**

Podemos humidificar la mucosa faríngea con inhalaciones, y procurar mantener el ambiente lo más húmedo posible (humidificadores). Cuando se produce una disminución de la secreción salival, se pueden emplear soluciones salinas o preparados oleosos, con el fin de crear una película protectora sobre la mucosa.

### **Neoplasias**

El cáncer de la cavidad oral y faríngea representa el 40% de los tumores de la cabeza y el cuello, y es mucho más frecuente en varones mayores de 45 años. La localización por frecuencia de los tumores faríngeos es la amígdala, la base de lengua, el paladar blando y la pared posterior de la faringe. Están directamente asociados con el consumo de alcohol y tabaco.

La mayoría de estos tumores pasan inadvertidos por la escasez de síntomas, o su confusión con procesos banales. Todo ello que hace que el paciente normalmente acuda cuando los tumores están muy avanzados. El síntoma principal es la inflamación y el dolor de garganta persistente y crónico, con sensación de cuerpo extraño que termina en muchos casos produciendo la característica otalgia refleja. Por tanto, en un paciente bebedor y fumador que presenta una odinofagia o una otalgia refleja de más de un mes de evolución se recomienda realizar un examen otorrinolaringológico completo para descartar una enfermedad tumoral.

### **Otras causas de molestias faríngeas crónicas**

#### **Quiste de Tornwaldt**

Quiste localizado en la línea media de la nasofaringe cubierto por mucosa, en relación superficial con el músculo constríctor superior de la faringe. Suele ser asintomático, aunque puede producir obstrucción tubárica y odinofagia. Su infección conlleva halitosis y rinorrea purulenta.

#### **Estilalgia, o síndrome de Eagle**

El síndrome de Eagle es una de las enfermedades que genera dolor craneofacial y mucha ansiedad en pacientes. Su incidencia es muy variada, del 2-28% de la población, con mayor presentación bilateral y en mujeres. Aparece cuando se supera la longitud normal del proceso estiloideo sobre la trayectoria del ligamento estiloideo. La mayoría de los pacientes son asintomáticos; sin embargo, la afectación de los nervios trigémino, glossofaríngeo y vago produce en algunos

casos odinofagia, otalgia ipsolateral, sensación de cuerpo extraño en la garganta e hipofaringe, y alteración en el sentido del gusto.

El tratamiento consiste en una analgesia adecuada en los períodos de exacerbación. Excepcionalmente, si no se consigue un resultado satisfactorio, se realizará la extirpación de la apófisis estiloides mediante cirugía.

#### **Sarcoidosis laríngea**

Enfermedad inflamatoria crónica sistémica de etiología desconocida, que se caracteriza por la formación de granulomas no caseificantes en los órganos afectados. La infiltración laríngea de la sarcoidosis produce clínicamente roncopatía asociado en ocasiones a SAOS, disfagia, sensación de cuerpo extraño en la hipofaringe y tos principalmente.

El tratamiento con corticoides sistémicos está indicado en casos con enfermedad laríngea progresiva. En determinadas situaciones está indicada la microcirugía endolaríngea y la traqueotomía si hay afectación respiratoria. La radioterapia no presenta buenos resultados.

## **Enfermedades esofágicas**

### **Enfermedad por reflujo gastroesofágico**

El reflujo gastroesofágico consiste en el movimiento retrógrado del contenido gástrico hacia el esófago a través del esfínter esofágico inferior. La hernia de hiato es una de las principales causas que la producen. Normalmente produce una clínica de pirosis, dolor retroesternal y regurgitación. Sin embargo, esta enfermedad también puede producir manifestaciones atípicas, como las siguientes:

- Zona oral: problemas dentales y caries.
- Área faríngea: globo faríngeo.
- Zona laríngea: disfonía.
- Área pulmonar: aspiraciones y neumonías.

Es normal que este tipo de pacientes acuda a las consultas de otorrinolaringología por presentar disfonías de repetición y tos crónica. Casi el 78% de los pacientes con dolor faríngeo crónico (duración mayor de 6 semanas) presentan enfermedad por reflujo gastroesofágico.

### **Espasmo esofágico difuso**

Trastorno espástico del músculo liso esofágico relacionado con enfermedades psiquiátricas. Produce disfagia, odinofagia, dolor torácico y retraso en la contracción esofágica.

### **Acalasia**

Relajación inadecuada del esfínter esofágico inferior, que produce disfagia.

## Divertículo de Zenker

Es un divertículo por pulsión que aparece en la pared posterior sobre el músculo cricofaríngeo donde se constata una debilidad muscular. La clínica principal es la sensación de la presencia de un cuerpo extraño al deglutir, y un reflujo tras la ingestión de alimento. Conforme aumenta de tamaño, pueden aparecer cambios en la voz, tos y expectoración.

## Bibliografía general

- Abelló P, Traserra J. Otorrinolaringología. Barcelona: Doyma; 1992.
- Ramírez Camacho R. Manual de otorrinolaringología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998.
- Suárez JP, Clos P. Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. En. Palomar García V, editor. Patología inflamatoria de la faringe en el adulto. Madrid: Proyectos Médicos; 1999.