

**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON REFLUJO  
FARINGOLARÍNGEO**

**INDICE**

1. AUTOR
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE
6. PROPÓSITO
7. OBJETIVO GENERAL
8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
9. ANTECEDENTE LOCAL
10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
11. EPIDEMIOLOGÍA
12. DEFINICIÓN
13. DIAGNÓSTICO
14. ESTUDIOS DE GABINETE
15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
16. TRATAMIENTO
17. CRITERIOS DE REFERENCIA
18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
19. RECOMENDACIONES PARA PACIENTES Y FAMILIARES
20. MEDIDAS DE CONTROL
21. SEGUIMIENTO Y CONTROLES
22. ANEXO
23. REFERENCIA

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO:</b> PR-17-13	Página 2 de 16
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

## 1. AUTOR

Dra. Yarineth Quintero, otorrinolaringóloga.

## 2. REVISORES

Servicio de Otorrinolaringología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

## 3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Tanto el autor como los revisores declaran que no existe conflicto de intereses.

## 4. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una enfermedad ampliamente conocida con múltiples guías de tratamiento, tanto para adultos como para niños, existiendo vasta información sobre su patofisiología y tratamiento. Sin embargo, sus manifestaciones extra esofágicas, comúnmente conocida como enfermedad por reflujo laringofaríngeo, es una enfermedad poco conocida que actualmente tiene más interrogantes que respuestas.

El reflujo laringofaríngeo ha sido relacionado en la población pediátrica con múltiples enfermedades como retraso en el desarrollo, laringomalacia, papilomatosis respiratoria recurrente, tos crónica, disfonía, esofagitis, entre otras patologías (1).

Su verdadera prevalencia se desconoce, pero su asociación con enfermedades que afectan a gran parte de la población pediátrica nos obliga a tener un alto índice de sospecha. Sabemos que, aunque tiene similitudes con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, su diagnóstico es difícil, siendo compleja la realización de guías de tratamiento.

## 5. ALCANCE

Esta guía está dirigida a personal médico que labore en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel: médicos pediatras, médicos residentes de Pediatría, médicos internos y médicos especialistas, para la atención de todo paciente en la que se sospeche reflujo laringofaríngeo.

## 6. PROPÓSITO

El reflujo laringofaríngeo es una patología poco conocida y que requiere un elevado índice de sospecha clínica para un tratamiento oportuno. En muchas ocasiones esta patología es sub diagnosticada o confundida con otras patologías, retrasando su manejo.

Con el desarrollo de esta guía se busca contribuir a mejorar el diagnóstico de estos pacientes para que puedan tener un tratamiento efectivo y oportuno, evitando así las posibles complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente pediátrico afectado con esta patología.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página 3 de 16
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

## 7. OBJETIVO GENERAL

El objetivo de esta guía es ofrecer al personal de atención de nuestro hospital, las recomendaciones para el diagnóstico y manejo del reflujo laringofaríngeo, basado en la evidencia científica disponible, con la finalidad de estandarizar el manejo de esta patología.

## 8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar de las manifestaciones extra esofágicas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en niños.
- Determinar cuales son las enfermedades que con mayor frecuencia se ven afectadas por la presencia de reflujo laringofaríngeo.
- Establecer los criterios y estudios complementarios necesarios para el diagnóstico de reflujo laringofaríngeo en niños.
- Identificar oportunamente a los pacientes con reflujo laringofaríngeo que deben ser referidos a la consulta externa de otorrinolaringología y otras especialidades.
- Conocer cuales son los pilares de tratamiento disponibles para los pacientes con reflujo laringofaríngeo.
- Brindar información al personal de salud para que se oriente a los padres y se traten factores de riesgo modificables.

## 9. ANTECEDENTES

No hay ninguna guía publicada en Panamá sobre el manejo del Reflujo laringofaríngeo en el paciente pediátrico.

## 10. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD:

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (CIE-10 K21).

Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis (CIE-10 K21.9).

No existe un código CIE-10 para el reflujo laringofaríngeo. El reflujo gastroesofágico y el reflujo laringofaríngeo se consideran parte del espectro de una misma enfermedad, pero que difieren en sus síntomas, manifestaciones clínicas y respuesta al tratamiento (2).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página 4 de 16
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

## 11. EPIDEMIOLOGÍA

El primero en describir la existencia del reflujo laringofaríngeo (RFL) fue James Koufman en el año 1988 y desde entonces esta entidad se ha hecho más conocida, generándose un gran número de publicaciones que intentan explicar este síndrome.

El RLF está presente en el 10% de los pacientes que acuden a la consulta otorrinolaringológica (adultos). En adultos, es bien conocida la asociación del reflujo gastroesofágico (RGE) y los trastornos laríngeos, pero aún hay falta de información de esta patología en la población pediátrica, siendo los reportes de casos escasos.

El reflujo laringofaríngeo (RLF) puede estar presente en lactantes, niños y adolescentes y sus manifestaciones clínicas varían de acuerdo con la edad.

La forma errática de la presentación de esta enfermedad, así como la falta de un método de alta sensibilidad y especificidad para su diagnóstico hacen difícil determinar el impacto real de esta patología.

Se estima que la incidencia de reflujo en niños es alrededor del 18 % y en algunas condiciones como fístula traqueo esofágica, trastornos neurológicos o disfagia motora su incidencia es mucho más alta, llegando al 70% (3).

El reflujo laringofaríngeo se ha asociado a patologías como asma refractaria, bronquitis recurrente, laringomalacia, estenosis subglótica, papilomatosis respiratoria y otitis media (3).

Se requiere mayor estudio de esta patología que afecta la población pediátrica y es importante la estrecha colaboración entre el médico pediatra, el otorrinolaringólogo y el gastroenterólogo para su diagnóstico y tratamiento adecuado.

## 12. DEFINICIÓN

**Reflujo laringofaríngeo:** reflujo de contenido gástrico (ácido o pepsina) o duodenal (sales biliares, enzimas pancreáticas) a la laringe, orofaringe y/o nasofaringe (1).

Antes se consideraba una extensión de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, sin embargo, debido a la diferencia en sus síntomas, hallazgos y tratamientos, se sugiere que el RLF es una enfermedad distinta. Es una enfermedad que se diagnostica basado en la sintomatología del paciente, aunque para la confirmación de la enfermedad se requieran estudios como endoscopia, pHmetrías y/o estudios radiológicos, se requiere sobre todo un alto índice de sospecha para el diagnóstico de esta enfermedad (1).

El tejido laríngeo está protegido de la acción del ácido, a través de una regulación del pH local, mediante la acción de una anhidrasa carbónica ubicada en la laringe,

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página 5 de 16
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

se ha reportado la existencia de una isoenzima III de la anhidrasa carbónica que se encuentra en altos niveles en el epitelio laríngeo normal. Esta enzima se encuentra expresada en menor cantidad en el epitelio de los pacientes con reflujo laringofaríngeo (7).

### 13. DIAGNÓSTICO

El RLF puede estar presente en niños de todas las edades, sin embargo, los síntomas de presentación varían de acuerdo con la edad del paciente. En la siguiente tabla se describen estos síntomas (tabla 1) (1):

**Tabla 1. Manifestaciones de reflujo extraesofágico**

Manifestaciones de reflujo extraesofágico
<b>Infantes</b>
Retraso en el crecimiento
Estridor
Tos persistente
Apnea
Dificultades para la alimentación
Aspiración
Regurgitación
Croup recurrente
<b>Niños</b>
Tos
Disfonía
Estridor
Dolor faríngeo
Asma
Vómitos
Sensación de globo faríngeo
Sibilancias
Aspiración
Neumonías recurrentes

La aspiración, síntoma común en lactantes y niños se produce debido a una disminución en la sensibilidad supraglótica secundario al edema e irritación crónica de la mucosa, causado por la exposición al ácido. Al tener el bolo alimenticio contacto con mucosa supraglótica, se produce el cierre de las cuerdas vocales con la apertura de la hipofaringe y esfínter esofágico superior. La exposición crónica al ácido produce edema de la mucosa con una disminución considerable de este reflejo aductor laríngeo. Luego de iniciado el tratamiento, se describe normalización de esta sensación laringofaríngea *después de 3 meses de tratamiento*, con mejora de la función deglutoria (1).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página 6 de 16
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

No hay una manifestación específica de RLF, los pacientes se pueden manifestar con un rango de síntomas atípicos. Los niños se pueden presentar con llanto excesivo, irritabilidad, retraso en el crecimiento o dificultad en la alimentación. Los síntomas “típicos” de reflujo que se presentan en adultos como regurgitación, disfagia y/o acidez no son descritos por los niños. Es importante resaltar que el RFL puede manifestarse sin la presencia de estos síntomas “típicos” de reflujo (3). Existen enfermedades que se afectan con mayor frecuencia en los pacientes que tienen RLF (ver tabla 2). Debido a su alta asociación con RLF el tratamiento empírico con inhibidores de bomba y espesantes en los alimentos, se describe como alternativa beneficiosa en niños con estas patologías.

Tabla 2 (1) Enfermedades afectadas por el Reflujo Laríngeo Faríngeo

Enfermedades afectadas por Reflujo Laríngeo Faríngeo	
Estenosis subglótica	Hasta 2/3 de los pacientes con estenosis subglótica tienen reflujo. El tratamiento del reflujo en estos pacientes evita progresión de la enfermedad y complicaciones.
Laringomalacia	Hasta un 65% de los pacientes con laringomalacia tienen reflujo. Hay una fuerte correlación entre el tratamiento del reflujo y la mejoría de los síntomas de laringomalacia (sobre todo en pacientes con laringomalacia moderada y severa).
Asma	El Reflujo puede estar presente en un 40-80% de los niños con asma.
Otitis media recurrente	Posible mecanismo sea la irritación del oído medio por el ácido o inflamación nasofaríngea que produce obstrucción de la trompa de Eustaquio.
Nódulos en cuerdas vocales	Es la causa más común de disfonía en niños. Se recomienda iniciar tratamiento para reflujo y terapia de voz.
Granuloma en cuerdas vocales	
Esofagitis Eosinofílica	
Rinitis alérgica / sinusitis crónica	
Papilomatosis respiratoria recurrente	El epitelio respiratorio ciliado de la laringe se vuelve más sensible en los pacientes con RFL y esto puede conducir a progresión de la enfermedad y aumento de frecuencia en las cirugías.

Para el diagnóstico de RLF se requiere un elevado índice de sospecha por parte del médico, los hallazgos sugestivos de reflujo laringofaríngeo al examen físico, solo son evidentes en la laringoscopia que realiza el otorrinolaringólogo durante la evaluación.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO:</b> PR-17-13	Página 7 de 16
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

El diagnóstico comienza con la historia clínica. En un niño que durante la evaluación tenga historia de las enfermedades descritas anteriormente y mala respuesta al tratamiento médico habitual, que presente dificultades en la alimentación que no tengan explicación o que tenga historia de atragantamiento, tos crónica o croup recurrente, se debe sospechar RLF, iniciar tratamiento médico y referir al especialista.

En la siguiente tabla (tabla 3) se describen las principales diferencias entre el RLF y RGE (4):

Tabla.3 Diagnóstico diferencial entre Reflujo Laríngeo Faríngeo vs Reflujo Gastroesofágico

RLF	RGE
Posición de pie, “reflujo de día” Exposición limitada al ácido (cortos períodos)	Posición acostado, “reflujo de noche” Periodos de exposición prolongados al ácido.
Disfunción del esfínter esofágico superior, motilidad esofágica normal	Disfunción del esfínter esofágico inferior, dismotilidad esofágica.
Síntomas laríngeos y faríngeos, los síntomas no se correlacionan con los resultados de la ph metria y endoscopia.	Síntomas gastrointestinales, los síntomas se correlacionan con la ph metria.
Se obtiene una respuesta lenta con el tratamiento, la respuesta es menos predecible.	Respuesta satisfactoria con el tratamiento.

El RLF es un diagnóstico clínico, basado en la historia clínica y los hallazgos en la laringoscopia rígida o flexible. El hallazgo más frecuente es la “laringitis posterior”: edema y enrojecimiento de la zona posterior de la laringe, los granulomas vocales también han sido asociados fuertemente con la presencia de RLF (7). El uso de prueba con IBP en niños para diagnóstico de RLF o RGE no se recomienda de rutina (6).

#### 14. ESTUDIOS DE GABINETE

Hasta el momento no hay una herramienta diagnóstica ideal para la detección del reflujo laringofaríngeo (3). La Academia Americana de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello se refiere al diagnóstico de reflujo laringofaríngeo (en adultos) con base a los signos y síntomas.

La pHmetría por 24 horas se considera actualmente el estándar de oro para el diagnóstico (3). Pero se describen otros estudios en la literatura como el trago de bario, la impedanciometría y manometría esofágica, la gamagrafía gastroesofágica, el ultrasonido doppler, la laringoscopia, las biopsias laríngeas, los cuestionarios para validación de síntomas y la terapia empírica con inhibidores de bomba de protones (4).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO:</b> PR-17-13	Página 8 de 16
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

La pH metría esofágica de 24 horas con doble balón es actualmente el método más aceptado para el diagnóstico, pero tiene un alto costo y no se encuentra disponible en todas las instalaciones de salud. Además, supone incomodidad considerable para el paciente durante su realización, lo que es un inconveniente en niños. La pH metría esofágica se ha visto que no es lo suficientemente sensible para el diagnóstico de RLF, tomando en cuenta la naturaleza intermitente de los síntomas y la dificultad en definir valores de control en niños. La cápsula para la medición del pH no puede medir el pH en la hipofaringe y el tamaño de la cápsula es un inconveniente para su realización en niños pequeños (4). A pesar de ser un test invasivo, tiene baja sensibilidad en el diagnóstico de RLF, con una incidencia de falsos negativos hasta de un 50%, además no detecta el reflujo no-ácido (duodenal) o el reflujo “gaseoso” (3).

Recientemente se ha propuesto la monitorización del pH *faríngeo* por 24 horas como método diagnóstico en caso de sospecha de RLF (8).

El otorrinolaringólogo puede realizar laringoscopia rígida o flexible en consultorio. Si durante la laringoscopia se evidencia estenosis subglótica, edema laríngeo, papilomatosis, granulomas en cuerdas vocales o nódulos laríngeos, se debe iniciar tratamiento médico y cambios en el estilo de vida. Los siguientes hallazgos se han asociado a reflujo: aumento de volumen de amígdalas linguales, edema y/o eritema en la glotis posterior, edema y/o eritema de aritenoides, obliteración de ventrículo laríngeo, edema de cuerdas vocales, laringomalacia, traqueomalacia, nódulos vocales, estenosis subglótica, aumento de la secreciones y cambios en la pared faríngea (eritema y aspecto empedrado) (1). El signo clínico que con mayor frecuencia se describe por otorrinolaringólogos para diagnosticar laringitis por reflujo es el eritema y edema de la laringe. La laringoscopia tiene la desventaja que los hallazgos pueden variar de acuerdo con quien la realice (es operador dependiente).

El esofagograma con bario puede ayudar al diagnóstico de alteraciones anatómicas asociadas como estrecheces, membranas, acalasia, divertículos, fístulas traqueo esofágicas. No se recomienda como estudio para diagnóstico de RLF, solo si se sospecha alguna alteración del tubo digestivo alto. La videofluoroscopia de la deglución está indicada en pacientes con disfagia orofaríngea para descartar aspiración.

La gamagrafía no es un estudio de rutina para diagnóstico de RLF o RGE, está indicada cuando se sospecha vaciamiento gástrico retrasado. La impedanciometría/manometría esofágica y la gamagrafía gastroesofágica no es un estudio de elección en el diagnóstico de RGE o RLF.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO:</b> PR-17-13	Página 9 de 16
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

El ultrasonido doppler no tiene indicación para el diagnóstico de RGE ni RLF, puede ser útil en pacientes con otras condiciones que pueden simular RGE (estenosis pilórica) (6).

## 15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Laringomalacia
- Faringitis infecciosa
- Sinusitis crónica
- Esofagitis Eosinofílica.
- Enfermedades alérgicas / Rinitis alérgica
- Trastornos de la motilidad esofágica
- Asma bronquial

## 16. TRATAMIENTO

El tratamiento para el RLF incluye modificaciones al estilo de vida, terapia con medicamentos y cirugía. Los objetivos del tratamiento son sanar la mucosa dañada, aliviar los síntomas y prevenir recurrencias. Los estudios de tratamiento en la población pediátrica son limitados, obtener la aprobación ética para la realización de los estudios hace difícil la realización de estos. Es necesario la realización de una mayor cantidad de estudios doble ciego, randomizados y controlados en la población pediátrica (3).

Las **modificaciones al estilo de vida** incluyen: espesar alimentos, ajustar la dieta y eliminación de alimentos que se conocen como gatillo para el reflujo y cambios posturales para la alimentación (1).

**Terapia empírica** con inhibidores de bomba de protones (IBP) o bloqueadores de histamina (H2) se recomienda en pacientes con síntomas sugestivos de RLF y hallazgos positivos en la endoscopia. El tratamiento con IBP dos veces al día (30 minutos antes de desayuno y cena) se debe mantener por 2 a 3 meses hasta evaluar nuevamente al paciente. Hay muy pocos estudios en niños publicados que aporten evidencia para justificar el tratamiento empírico en niños. Los estudios han sido realizados en adultos. La opinión de expertos sugiere iniciar prueba con IBP en pacientes que se sospeche ERGE por 2 a 4 semanas (6)

**Inhibidores de bomba de protones**, son considerados el pilar de tratamiento. Deben ser ingeridos 30 min antes de la comida. Se requieren dosis más altas en

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página <b>10</b> de <b>16</b>
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

niños para el control de los síntomas en comparación con los adultos. No se recomienda su suspensión súbita, la dosis debe ser disminuida paulatinamente, ya que se puede ocasionar recurrencia de los síntomas (5). No se recomienda el uso de IBP a largo plazo, sin un diagnóstico confirmado, por la incidencia de efectos adversos (cefalea, constipación, náuseas, se han reportado mayor incidencia de neumonías y gastroenteritis) (9).

Dosis recomendadas:

- **Omeprazol:**(0.7 – 3.5 mg/kg/día), dosis usual *1mg/kg/día*. Niños de 1 a 6 años pueden requerir dosis mayor (por aclaramiento aumentado). 5-10 kg: 5 mg/día, 10 – 20kg: 10 mg/día, >20Kg: 20 mg/día.
- **Lanzoprazol:** (1.4 mg/kg/día), <30kg: 15 mg/día, >30kg 30 mg/día o BID.
- **Esomeprazol:** niños de 2-5 kg: 2.5mg/día, >5 a 7.5 kg: 5 mg/día, >7.5-12 kg: 10mg/día, hasta los 11 años 10mg/día. Mayores de 12 años 20-40mg/día Dosis puede aumentarse de acuerdo a la respuesta clínica y la edad (10-40mg/día).

**Bloqueadores de histamina (H2):** terapia de segunda línea, se recomienda su ingesta durante la noche. Puede ser útil en pacientes con síntomas mínimos, asociados a los cambios en el estilo de vida. La ranitidina está disponible en jarabe, lo que puede mejorar la ingesta en niños. Es especialmente útil como adyuvante en el control de los síntomas junto a los inhibidores de bomba para el control nocturno de los síntomas y durante el retiro de los inhibidores de bomba una vez haya control de la enfermedad (4). No se recomienda su uso continuo por más de 6 semanas por el desarrollo de taquifilaxis (5). No se ha visto que su efecto sea mayor, al aumentar la dosis.

**Dosis de ranitidina:** neonatos: 2-4 mg/kg/día. >1mes-16 años: 5-10mg/kg/día, dosis máxima 300mg/día.

El fallo en la respuesta a la terapia con estos medicamentos puede sugerir dosis insuficiente, diagnóstico inapropiado o necesidad de cirugía.

Los procinéticos como **cisaprida, metoclopramida o domperidona**, se reservan para niños con trastornos graves de la motilidad esofágica comprobada. *No están indicados como tratamiento de primera línea en pacientes con RFL.* Tomar en cuenta sus efectos adversos (neurológicos, arritmias cardíacas) antes de prescribirlos.

La cirugía esta reservada para niños en los que los síntomas afectan en gran medida su calidad de vida y no responden al manejo médico máximo.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página <b>11</b> de <b>16</b>
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

La **funduplicatura de Nissen** es el procedimiento quirúrgico considerado como estándar de oro, teniendo una tasa de control de síntomas del 90% (en el paciente adecuado) (1).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página <b>12</b> de <b>16</b>
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

## 17. CRITERIOS DE REFERENCIA

Si el paciente no mejora con el tratamiento médico y los cambios en el estilo de vida, se debe referir para evaluación por gastroenterología y otorrinolaringología, quien determinará la necesidad de realizar estudios diagnósticos como la esofagoscopia/pHmetría y/o laringoscopia.

Referir inmediatamente a gastroenterología y a otorrinolaringología a los niños que tengan retraso en el crecimiento, disfagia, odinofagia, anorexia, anemia, asma, eventos de casi ahogamiento, disfonía o estridor.

En los pacientes que tengan síntomas pulmonares, referir a neumología para evaluación.

Si no se obtiene respuesta con el tratamiento médico máximo después (luego de 3 a 6 meses de tratamiento) o se tengan síntomas que afecten en gran medida la calidad de vida, considerar referencia a cirugía pediátrica para Fonduplicatura.

## 18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Como se ha hecho mención anteriormente para el diagnóstico de RLF se requiere un elevado índice de sospecha clínica. Nunca debe ser subestimado y cuando se sospeche, en pacientes sintomáticos, se debe ofrecer tratamiento.

En algunos pacientes, solo con los cambios en el estilo de vida se obtiene mejoría de los síntomas.

Los pacientes con RLF requieren un tratamiento más agresivo y prolongado que los pacientes con ERGE. Con el manejo médico por 2 a 3 meses, los síntomas empiezan a mejorar, pero solo después de 6 meses los cambios laríngeos tienden a resolver (2).

Si al evaluar el paciente en 2 a 3 meses, hay mejoría o resolución de los síntomas, se mantiene el tratamiento por 6 meses con disminución progresiva de la dosis del IBP.

Si el paciente persiste sintomático se puede considerar añadir antiH2 o aumentar la dosis del IBP o asociar al tratamiento como el sucralfato. Los antiácidos sirven para el manejo de los síntomas de ERGE pero no juegan un papel en el tratamiento de RLF (7).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página <b>13</b> de <b>16</b>
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

## 19. RECOMENDACIONES PARA PACIENTE Y FAMILIA

- Promover alimentación saludable, evitar grandes porciones de alimentos, comidas pequeñas y frecuentes pueden ayudar a mejorar los síntomas.
- La posición durante el sueño con la cabeza de la cama más elevada que los pies.
- Dormir en decúbito lateral izquierdo (niños grandes y adolescentes). En menores de 1 año no se recomienda el decúbito lateral.
- Evitar alimentos “gatillo”: salsa de tomate, comida muy condimentada, menta, chocolate, grasas saturadas, gaseosas, cítricos (jugo de naranja).
- Evitar comer antes de dormir, evitar ingesta de alimentos dos horas antes de dormir.
- No utilizar ropa apretada a nivel abdominal.
- Los espesantes de la fórmula se recomiendan especialmente en pacientes con vómito o regurgitación (5).
- El uso de fórmulas de proteínas hidrolizadas durante 2 a 4 semanas de prueba para descartar alergia a la proteína de la leche de la vaca, en lactantes alimentados con fórmula y que presenten vómito (5).
- Promover la lactancia materna.
- El uso de probióticos y medicina herbal tradicional no se recomienda para el manejo de esta patología.
- Incentivar a la toma de medicamentos a la hora prescrita y en ayuno, de ser posible 30 min antes de la alimentación.
- Una vez iniciado el tratamiento, orientar a los padres, la mejoría clínica se obtiene con el tratamiento constante asociado a los cambios en el estilo de vida, pueden ser necesario de 3 a 6 meses de tratamiento para un resultado clínico óptimo.

## 20. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL

- Promover un estilo de vida saludable, llevando una dieta sana y control del peso. Si se detecta durante la evaluación sobrepeso/obesidad asociado, recomendar pérdida de peso y referir a nutrición para evaluación.
- Siempre que sea posible insistir en la lactancia materna.
- Evitar comidas copiosas, recomendar fraccionamiento de las comidas.
- Evitar el consumo de alimentos muy condimentados, altos en grasas saturadas. Disminuir el consumo de carnes rojas y embutidos. Evitar alimentos fritos.
- Tener alto índice de sospecha en pacientes con factores de riesgo (ej. trastornos neurológicos asociados, prematuros, pacientes con patología pulmonar).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO:</b> PR-17-13	<b>Página 14 de 16</b>
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

## 21. SEGUIMIENTOS / CONTROLES

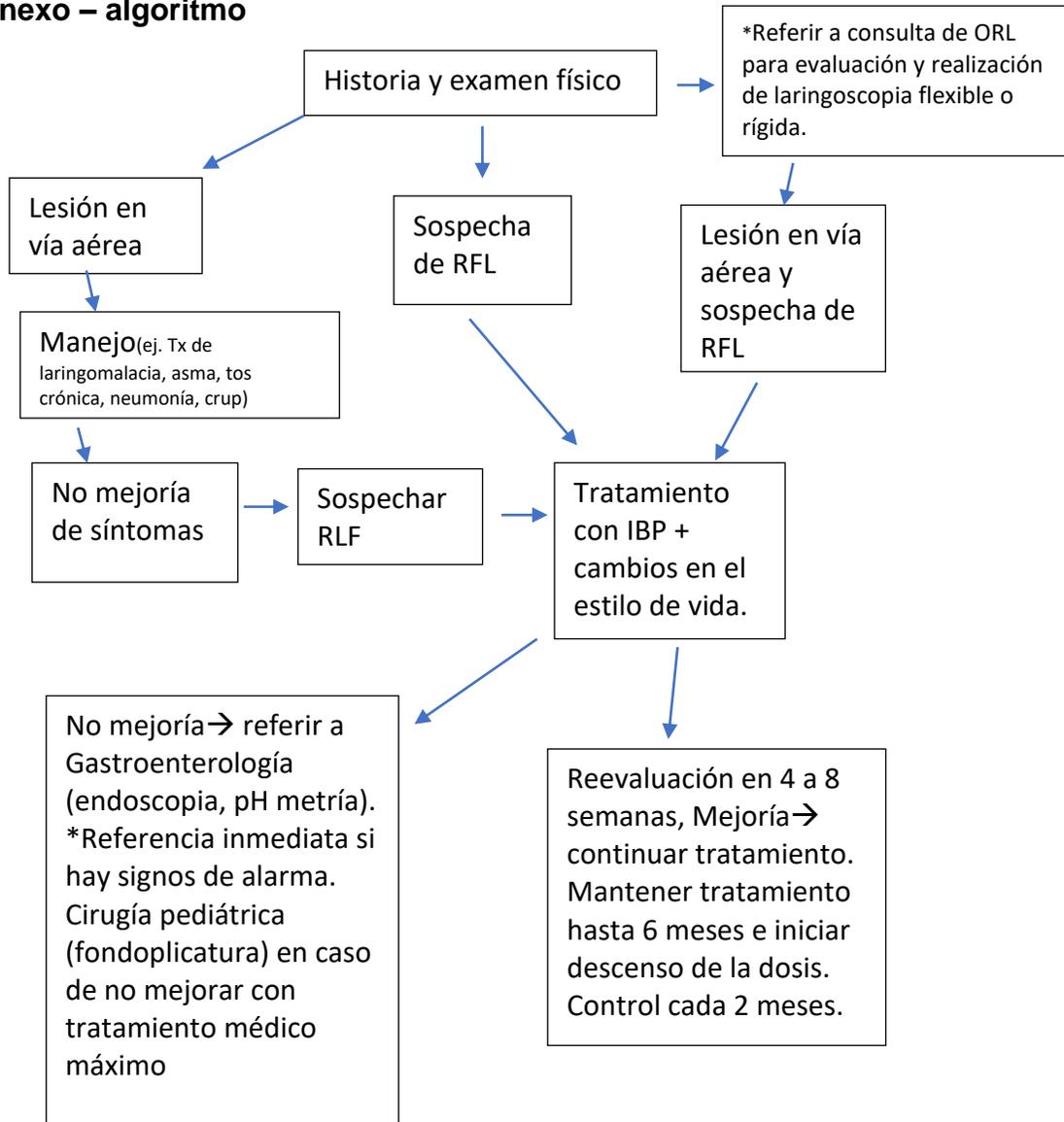
Los pacientes no se deben mantener en tratamiento farmacológico permanente sin un control medico, una vez iniciado el tratamiento se debe programar una evaluación entre 4 a 8 semanas.

El paciente llevará control en consulta externa cada 4 a 8 semanas.

Si no hay respuesta (no mejoría de los síntomas), se debe considerar dosis insuficiente de IBP o falla en diagnóstico. Considerar otras patologías y referir al especialista en gastroenterología y otorrinolaringología.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página <b>15</b> de <b>16</b>
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

## 22. Anexo – algoritmo



	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Otorrinolaringología	<b>CÓDIGO: PR-17-13</b>	Página <b>16</b> de <b>16</b>
	<b>Título</b> protocolo de atención de pacientes con Reflujo Faríngeo laríngeo	<b>Edición:</b> mayo 2020	
	<b>Elaborado:</b> Dra. Yarineth Quintero Otorrinolaringóloga	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Esteban Perdomo jefe de Departamento de Cirugía	

## 23. Bibliografía

1. Venkatesan N, et al. Laryngopharyngeal reflux disease in children. *Pediatr Clin N Am* 60 (2013) 865-878.
2. Jimenez Fandiño, et al. Laringitis por reflujo: la perspectiva del otorrinolaringólogo. *Controversias en gastroenterología, Rev Col Gaastroenterol/* 26(3) 2011.
3. Karkos et al. *American Journal of Otolaryngology head and neck medicine and surgery* 27 (2006) 200-2003.
4. Stavroulaki Pelagia. Diagnostic and management problems of laryngopharyngeal reflux disease in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* (2006) 70, 579-590.
5. Guías de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico y de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pediatría en el primer y segundo nivel de atención. [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)
6. Rosen et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guideline: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* (2018); 66 (3): 516 – 554.
7. Nazar, Rodolfo. Et al. Reflujo laringofaríngeo: revisión bibliográfica. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.* 2008; 68: 193-198.
8. Wlodarczyk E. et al. Diagnosis of laryngopharyngeal reflux in children with voice disorders using 24-hour pharyngeal pH monitoring. *International Journal Of pediatric Otorhinolaryngology.* (2019) 188-196.
9. Yim M, et al. Otolaryngologic Manifestations of gastroesophageal reflux. *Curr Treat Options Ped.* (2016) 2: 236-245.