

Inhibidores de bomba de protones y la calidad de vida en pacientes con globo faríngeo: un estudio observacional

Proton Pump Inhibitors and Quality of Life in Patients with Globus Pharyngeus: An Observational Study

Valeria Arango-García,¹ Steven Osorio-Anaya,¹ Ismael Yepes-Barreto,^{2*}

ACCESO ABIERTO

Citación:

Arango-García V, Osorio-Anaya S, Yepes-Barreto I. Inhibidores de bomba de protones y la calidad de vida en pacientes con globo faríngeo: un estudio observacional. *Revista. colomb. Gastroenterol.* 2025;40(1):31-38. <https://doi.org/10.22516/25007440.1178>

¹ Pharos, Grupo de Investigación en Ciencia, Tecnología y Salud, Departamento de Otorrinolaringología, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

² Pharos, Grupo de Investigación en Ciencia, Tecnología y Salud. Docente auxiliar, Departamento de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Director científico, Centro de investigaciones Gastropack. Cartagena, Colombia.

*Correspondencia: Ismael Yepes-Barreto. ismayep@yahoo.com

Fecha recibido: 15/02/2024
Fecha aceptado: 04/07/2024



Resumen

Introducción: el globo faríngeo representa hasta el 4% de las consultas de otorrinolaringología. No existe consenso en la literatura con respecto a su tratamiento, pero la mayoría de estudios concuerda con que el reflujo gastroesofágico es el principal factor etiológico. **Objetivo:** determinar si el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones se asocia con cambios en la calidad de vida de una población con globo faríngeo. **Metodología:** estudio observacional prospectivo de pacientes que acudieron a consulta externa por otorrinolaringología entre enero y diciembre de 2022, con diagnóstico de globo faríngeo. A todos se les realizó un estudio otorrinolaringológico completo y se empleó el índice de síntomas de reflujo (RSI), puntaje de hallazgos endoscópicos de reflujo (RFS), cuestionario GETS (Glasgow-Edinburgh Throat Scale) de globo faríngeo y el Cuestionario SF-36 antes y después de tres meses de tratamiento. **Resultados:** la población de estudio estuvo conformada por 35 pacientes, 27 de los cuales fueron mujeres (77,1%), con una edad promedio de 55,2 años. Se observó mejoría en todos los puntos de la escala RSI. La calidad de vida mejoró después del tratamiento en las dimensiones de dolor corporal, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. **Conclusiones:** en el presente estudio observacional, el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones mejoró significativamente la sintomatología asociada con globo faríngeo.

Palabras clave

Globo faríngeo, calidad de vida, inhibidores de la bomba de protones, reflujo gastroesofágico.

Abstract

Introduction: Globus pharyngeus accounts for up to 4% of otolaryngology consultations. There is no consensus in the literature regarding its treatment; however, most studies agree that gastroesophageal reflux is the primary etiological factor. **Objective:** To determine whether treatment with proton pump inhibitors is associated with changes in the quality of life of patients with globus pharyngeus. **Methods:** This prospective observational study included patients who attended otolaryngology outpatient consultations between January and December 2022 and were diagnosed with globus pharyngeus. All patients underwent a comprehensive otolaryngologic evaluation, and the following assessment tools were used before and after three months of treatment: the Reflux Symptom Index (RSI), the Reflux Finding Score (RFS), the Glasgow-Edinburgh Throat Scale (GETS) for globus pharyngeus, and the SF-36 Quality of Life Questionnaire. **Results:** The study population consisted of 35 patients, 27 of whom were women (77.1%), with an average age of 55.2 years. Improvement was observed in all RSI scale parameters. Quality of life improved after treatment in the domains of bodily pain, vitality, social functioning, emotional role, and mental health. **Conclusions:** In this observational study, treatment with proton pump inhibitors significantly improved symptoms associated with globus pharyngeus.

Keywords

Globus pharyngeus, quality of life, proton pump inhibitors, gastroesophageal reflux.

INTRODUCCIÓN

El globo faríngeo es una entidad común que puede abarcar hasta el 4% de las consultas de otorrinolaringología⁽¹⁾; su prevalencia en la población general es aproximadamente del 12,5% en los Estados Unidos^(2,3) y hasta el 45% de voluntarios sanos en un estudio realizado en el Reino Unido pudieron presentarlo⁽⁴⁾. Tiene un pico de incidencia en la edad media, con un promedio de 43 años (rango de 22 a 71 años)⁽⁵⁾ y algunos autores han encontrado una prevalencia más alta en la población femenina⁽⁶⁾, mientras que otros hallan igual proporción en hombres y mujeres⁽⁷⁾. Es una patología poco comprendida, de difícil descripción por parte de los pacientes, con múltiples síntomas relacionados y con gran variación interpersonal, lo que ha limitado el desarrollo de investigaciones para determinar protocolos de diagnóstico y tratamiento.

Debido a la falta de consenso sobre la etiología del globo faríngeo, no hay un algoritmo estándar sobre el diagnóstico y tratamiento del mismo; un ejemplo de esto es un estudio realizado en el Reino Unido donde el 14% de los otorrinolaringólogos no realizaban ninguna prueba en un paciente con sintomatología de globo faríngeo sino que recetaban tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), y el 86% restante investigó los síntomas de forma heterogénea por medio de esofagogastroduodenoscopia (61%), deglución de bario (56%) o una combinación de estos métodos (17,5%)⁽⁸⁾.

A pesar de que varios estudios mencionan la asociación del globo faríngeo con trastornos psicossomáticos y patologías como ansiedad y depresión^(9,10), únicamente se conoce de un estudio que analiza la calidad de vida antes y después de una consulta inicial con el otorrinolaringólogo sin proporcionar un tratamiento específico más allá de la explicación a los pacientes. En este estudio, elaborado por Pia Järvenpää y colaboradores en 2017⁽¹¹⁾, se incluyeron 30 pacientes con globo faríngeo a quienes se les realizó un examen físico y nasofibrolaringoscopia, junto con el puntaje de hallazgos endoscópicos de reflujo (RFS) y cuestionarios como el índice de síntomas de reflujo (RSI), índice de incapacidad de deglución (DHI) y el 15 D - Cuestionario de Calidad de Vida. Se encontró que los pacientes con globo faríngeo tenían puntajes más altos de discapacidad y que este mejoraba a los cuatro meses de seguimiento sin un tratamiento específico; además, se encontró que después de la consulta inicial hasta un tercio de los pacientes rechazaba la realización de estudios adicionales⁽¹¹⁾.

Aunque este estudio señala un posible origen psicossomático de esta entidad, el papel del tratamiento con IBP no se ha estudiado ampliamente, lo cual parece contradictorio teniendo en cuenta que se ha considerado al reflujo faringolaríngeo como la principal etiología del globo faríngeo^(7,12).

El objetivo de este estudio es determinar la relación entre el tratamiento con IBP y los cambios en la calidad de vida de los pacientes con globo faríngeo.

METODOLOGÍA

Este trabajo de investigación contó con el aval del Departamento de Investigaciones y del comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena. Se realizó un estudio observacional, de linealidad prospectiva, basado en dos momentos: el antes y el después, que incluyó a 35 pacientes seleccionados por conveniencia, que acudieron a consulta externa por otorrinolaringología al Centro Médico Gastropack y ORL del Caribe, de la ciudad de Cartagena entre enero y diciembre de 2022, cuyo motivo de consulta fue globo faríngeo. Se incluyeron pacientes entre 18 y 75 años y se excluyeron aquellos individuos con datos insuficientes en sus cuestionarios, tratamiento actual o en el último año con IBP, sospecha diagnóstica de otras patologías del tracto aerodigestivo superior, o pacientes con signos de alarma para malignidad del tracto digestivo superior, tales como: pérdida de peso, disfagia, odinofagia y lateralización de la sintomatología.

Previo firma del consentimiento informado, a todos los pacientes se les realizó un estudio otorrinolaringológico completo incluyendo nasofibrolaringoscopia y se aplicó el RSI, el RFS, el cuestionario GETS de globo faríngeo y el cuestionario SF-36 para evaluar la calidad de vida. Se ordenó el tratamiento con esomeprazol 40 mg cada 12 horas por 3 meses y se realizaron nuevamente las escalas RSI, RFS, GETS y SF-36. Los datos de las encuestas los obtuvo directamente el investigador principal de manera telefónica.

El RSI es una escala utilizada para evaluar el grado de síntomas de reflujo faringolaríngeo, basado en nueve ítems que se califican del 0 al 5 dependiendo de su gravedad, donde 45 es el puntaje máximo y un valor mayor o igual a 13 es indicativo de reflujo faringolaríngeo⁽¹³⁾. La escala GETS se propuso para evaluar a los pacientes con sintomatología de globo faríngeo, estimando la presencia y gravedad de quejas comunes en la garganta desde el 0 hasta el 7. Sus dos últimos ítems son preguntas que ayudan a establecer una relación entre el globo y la calidad de vida del paciente⁽¹⁴⁾. El RFS es una escala de hallazgos endoscópicos que se desarrolló para analizar los cambios endolaríngeos provocados por el reflujo faringolaríngeo, donde el puntaje máximo es de 26 y un puntaje igual o mayor de 7 se considera altamente sospechoso de dicha patología⁽¹⁵⁾.

Para la estimación de la calidad de vida, se siguieron las recomendaciones establecidas en el manual del SF-36. Después de la administración del cuestionario, se realizaron los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requie-

- ren, con el fin de que todos los ítems siguieran el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
 3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Así pues, para cada dimensión, los ítems se codificaron, agregaron y transformaron en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud)⁽¹⁶⁾.

El análisis estadístico se realizó en el programa Jamovi. Las variables numéricas y categóricas se expresaron como la media (desviación estándar [DE]) y como porcentaje, respectivamente. Adicionalmente, para determinar la normalidad de la muestra se aplicó la prueba no paramétrica Shapiro-Wilk. Se determinó un nivel de significancia del 5%.

Para determinar la relación entre la calidad de vida y el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones se estimó la diferencia de medias a través de prueba T de Student para muestras apareadas de los puntajes obtenidos en cada dimensión en las variables con distribución normal. Para las variables con una distribución no normal (función física, rol físico, salud general, función social y rol emocional) se usó la prueba de rangos con signos de Wilcoxon, y para determinar la relación entre el tratamiento y los cambios en el RSI, GETS y el RFL, se estimó la diferencia de medianas para muestras apareadas a través de la prueba de rangos con signos de Wilcoxon dado que tenían una distribución no normal, utilizando la puntuación de los cuestionarios antes y después de iniciar el tratamiento con IBP.

RESULTADOS

Finalmente, 35 pacientes estuvieron disponibles para el análisis. El 77,1% (n = 27) fueron mujeres. La edad media fue 55,2 años (DE: 14,5). Las puntuaciones medias de todos los ítems del RSI disminuyeron considerablemente de forma estadísticamente significativa. Por una parte, la carraspera, la tos ocasional o en accesos y la sensación de taco o una aguja en la garganta fueron los síntomas que más disminuyeron su gravedad después del tratamiento. Por otra parte, la disfonía u otro problema con la voz y la dificultad para deglutir fueron los síntomas con menores cambios al terminar el tratamiento (**Tabla 1**).

Al evaluar la escala GETS, las puntuaciones disminuyeron considerablemente en todos los síntomas evaluados, la diferencia fue estadísticamente significativa en todas ellas excepto en “hinchazón en la garganta”. La sensación de molestia en la garganta, el tiempo que invertía pensando en la garganta, la flema en la garganta y querer tragar todo el tiempo fueron los síntomas que más disminuyeron su gravedad (**Tabla 2**).

En cuanto a los hallazgos endoscópicos de los pacientes previo tratamiento antisecreto, se evidenció en el examen la presencia de eritema/hiperemia en la laringe solamente en los aritenoides en el 57,1% como hallazgo más frecuente. Solo el 8,6% (n = 3) presentó prueba RFS positiva (>7 puntos) para reflujo faringolaríngeo, lo que demuestra que no necesariamente se requieren alteraciones en los hallazgos imagenológicos para determinar la presencia del síntoma, uno no es excluyente del otro (**Tabla 3**).

La dimensión de la escala SF36 con mayor puntuación antes de recibir el tratamiento fue la de la función física, con una media de 50,8, seguida de la función social, con

Tabla 1. Diferencias de la escala de síntomas RSI antes y después de realizarse el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones

Ítems de la escala RSI	Pretratamiento	Postratamiento	Diferencia	p
Disfonía u otro problema con su voz	1,9	1,1	-0,8	0,001
Carraspera	3,2	1,7	-1,5	<0,001
Presencia de moco excesivo en su garganta o goteo retranasal	2,3	1,4	-0,9	0,001
Dificultad para deglutir alimentos, líquidos o pastillas	1,6	0,8	-0,8	0,002
Tos después de comer o acostarse	1,5	0,6	-1,0	0,001
Sensación de ahogo o atrancamiento	2,2	1,1	-1,1	<0,001
Tos ocasional o en accesos	2,3	1,1	-1,3	<0,001
Sensación de taco o una aguja en su garganta	3,2	1,8	-1,4	<0,001
Quemadura retroesternal, dolor en el pecho, indigestión, agrieras	2,0	1,0	-1,0	<0,001

Tabla elaborada por los autores.

Tabla 2. Diferencia de puntuaciones ítems de la escala GETS antes y después del tratamiento

Síntoma de la escala GETS	Pretratamiento	Postratamiento	Diferencia	p
Sensación de tener algo atorado en la garganta	2,6	1,6	-1,1	<0,001
Dolor en la garganta	2,2	1,3	-0,9	0,005
Molestia/irritación en la garganta	2,9	1,3	-1,6	<0,001
Dificultad para tragar la comida	1,7	0,7	-1,0	<0,001
Sensación de que se cierra la garganta	1,8	1,0	-0,8	0,009
Hinchazón en la garganta	0,9	0,6	-0,3	0,208
Flema en la garganta	3,1	1,4	-1,7	<0,001
No puede vaciar la garganta al tragar	2,2	1,3	-0,9	0,004
Querer tragar todo el tiempo	2,9	1,2	-1,7	<0,001
Se le pega la comida al tragar	1,4	0,6	-0,8	0,002
¿Cuánto tiempo gasta pensando en su garganta?	4,5	2,3	-2,2	<0,001
¿En el momento, cómo de molesto le parece su sensación en la garganta?	4,9	2,5	-2,4	<0,001

Tabla elaborada por los autores.

Tabla 3. Hallazgos endoscópicos de la escala RFS

Hallazgos	Puntuación	Frecuencias	Porcentaje
Edema subglótico	Ausente	33	94,3
	Sin información	2	5,7
Obliteración ventricular	Ausente	33	94,3
	Sin información	2	5,7
Eritema/hiperemia	Ausente	9	25,7
	Aritenoides solamente	20	57,1
	Difuso	4	11,4
	Sin información	2	5,7
Edema de pliegues vocales	Ausente	29	82,9
	Leve	1	2,9
	Moderado	3	8,6
	Sin información	2	5,7
Edema laríngeo difuso	Ausente	13	37,1
	Leve	11	31,4
	Moderado	8	22,9
	Obstructor	1	2,9
	Sin información	2	5,7
Granuloma/granulación de tejido	Ausente	32	91,4
	Presente	1	2,9
	Sin información	2	5,7
Moco endolaríngeo grueso	Ausente	25	71,4
	Presente	8	22,9
	Sin información	2	5,7

Tabla elaborada por los autores.

un 49,1. Las dimensiones con menor puntuación obtenida fueron el rol físico y el emocional, con 25 y 24, respectivamente. Se observó un incremento de todas las subescalas de la SF36 después del tratamiento, y en cinco de las ocho estas diferencias alcanzaron la significancia estadística (dolor corporal, la vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) (**Tabla 4**).

Tabla 4. Diferencia de las subescalas de la encuesta de calidad de vida SF36 antes y después del tratamiento

Aspecto de calidad de vida	Pre-	Pos-	Diferencia	p
Función física	50,8	54,3	3,5	0,116
Rol físico	25	28,6	3,6	0,262
Dolor corporal	47,7	54,9	7,2	0,027
Salud general	47,1	49,5	2,4	0,166
Vitalidad	44,3	55,5	11,2	0,003
Función social	49,1	58,6	9,5	0,029
Rol emocional	24,8	34,7	9,9	0,02
Salud mental	43,4	49,9	6,5	0,029

Tabla elaborada por los autores.

DISCUSIÓN

El presente estudio incluyó en su mayoría mujeres (77%) con una media de edad de 55,2 (\pm 14,5 años), para las mujeres fue de 52,3 años y para los hombres fue de 65 años, lo

que refleja una presentación más temprana y frecuente en el sexo femenino, en concordancia con la mayoría de estudios de la literatura universal, en los que se refiere una mayor prevalencia en las mujeres, como es el caso de los estudios de Drossman y colaboradores, Thompson y colaboradores, y Harvey y colaboradores⁽²⁻⁴⁾. Sin embargo, se encontró un porcentaje más alto de hipertensión arterial (HTA) y diabetes *mellitus* (DM), lo cual se puede explicar en parte porque la población incluida tiene una media de edad más alta que lo observado en otros estudios, en los que la media se encuentra entre los 45 y 52 años⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Los antecedentes que presentaron mayor prevalencia fueron, en su orden, HTA, consumo de tabaco, DM tipo 2 y consumo de alcohol. Contrario a lo que se cree actualmente, en el presente estudio se encontró que solo un pequeño porcentaje (5,7%) tuvo antecedentes de depresión o ansiedad diagnosticada. Según lo reportado por diferentes autores, trastornos psiquiátricos tales como depresión, ansiedad generalizada y trastorno de pánico pueden estar presentes hasta en el 44% de los pacientes con globo faríngeo⁽²⁰⁾, e incluso en el estudio de Rasmussen se encontró que el 84% de los sujetos presentaba ansiedad, principalmente relacionada con el miedo a tener cáncer⁽¹⁸⁾.

Luego de la evaluación de síntomas de reflujo, la sensación de carraspera fue el síntoma evaluado de mayor gravedad, seguido de la sensación de “taco” o “aguja” en la garganta. Estas molestias se solapan y confunden fácilmente con el síntoma general de globo faríngeo, lo que dificulta establecer un diagnóstico específico de reflujo faringolaríngeo, que requeriría de ayudas diagnósticas como la esofago-gastroduodenoscopia o la pH-metría esofágica de 24 horas para diferenciar estas patologías⁽²¹⁾. Los pacientes de esta cohorte no refirieron síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico, que generalmente son prevalentes en esa patología, como antecedentes de gastritis crónica, pirosis, agrieras y dolor torácico^(22,23). Esto se puede explicar por el hecho de que los pacientes fueron captados en la consulta de otorrinolaringología, donde no es tan frecuente que los individuos remitidos tengan sintomatología gastroesofágica predominante.

La percepción de la calidad de vida de los pacientes analizados es baja desde el inicio del estudio; la mayoría refiere un estado regular de salud que ha permanecido igual o peor al del último año, lo que está en concordancia con lo reportado por la literatura, como en el estudio de Harris y colaboradores sobre eventos estresantes y el inicio del globo faríngeo⁽²⁰⁾, en el que se encontró que los pacientes con globo faríngeo reportaron más molestias y eventos de vida estresantes, los dos meses previos al inicio de los síntomas que los controles. Estos datos apoyan un factor causal de los trastornos emocionales en el inicio de la sensación de globo faríngeo más que ser una consecuencia del mismo.

Además, en cuanto a su salud física, los pacientes del presente estudio refirieron disminución en el rendimiento del trabajo y limitación para el desarrollo de actividades. En cuanto a los problemas emocionales, refirieron hacer menos de lo que desean, presencia de dolor que dificulta la realización de actividades laborales en el último mes y sensación de agotamiento y cansancio en la última semana. Llama la atención que cerca de la mitad de los pacientes refirieron menor cuidado al hacer sus actividades laborales, dificultad en la participación en actividades sociales por estado de ánimo decaído y nerviosismo. Estos resultados son apoyados por estudios publicados como el de la doctora Järvenpää⁽¹¹⁾, cuyos pacientes con globos faríngeos tenían puntajes más bajos en la escala de calidad de vida en la consulta inicial por otorrinolaringología. Estos hallazgos son relevantes porque describen la relación entre el globo faríngeo y la afectación en esferas fundamentales del paciente, como su ámbito laboral y emocional.

En la literatura se ha descrito que los pacientes que no presentan mejoría significativa de los síntomas a pesar de recibir tratamiento con IBP tienen trastorno de ansiedad de base no controlado⁽²⁴⁾ y, a pesar de que en este estudio solo dos pacientes (5,7%) tenían un diagnóstico previo de ansiedad o depresión, el promedio del rol emocional en la escala de calidad de vida estaba significativamente disminuido, lo que habla de un probable subdiagnóstico de enfermedades psiquiátricas en la población con globo faríngeo que posiblemente se beneficien también de remisión y tratamiento por parte de psicología o psiquiatría. Debe tenerse en cuenta que en el presente estudio no se llevaron a cabo escalas validadas para diagnosticar trastorno de ansiedad o depresión en los participantes de forma objetiva.

Al analizar las puntuaciones de la calidad de vida según la percepción de la población, los aspectos que presentaron una mejoría estadísticamente significativa luego del tratamiento con IBP fueron el dolor corporal, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. No se encontraron otros estudios que hayan analizado los cambios en la calidad de vida después del tratamiento anti-secretor en pacientes con globo faríngeo. Sin embargo, sí hay investigaciones sobre el cambio en la calidad de vida de los pacientes con reflujo gastroesofágico después del tratamiento con IBP, como es el caso del estudio de Aanen y colaboradores, en el que el rol emocional y la vitalidad tuvieron los mayores cambios después del tratamiento en pacientes con reflujo gastroesofágico⁽²⁵⁾.

En cuanto a la mejoría de los síntomas evaluados del RSI, todos tuvieron mejoría estadísticamente significativa, con mayor relevancia, la tos ocasional después de comer (mejoría del 66%), la carraspera (52%) y la sensación de taco o aguja en la garganta (56%), que fueron los síntomas más graves evaluados por los pacientes previo al tratamiento.

Antes del inicio con IBP, la media del RSI fue de 20,3 puntos y 26 de los 35 pacientes (74%) tenían un RSI por encima de 13 puntos, considerado sospechoso de reflujo faringolaríngeo⁽¹³⁾. Luego del tratamiento, la media del RSI fue de 10,6 puntos. Datos muy similares se encontraron en un estudio publicado recientemente por Boom y colaboradores⁽¹⁵⁾, en el que sus pacientes con globo faríngeo tuvieron una media del RSI de 18,8 puntos al inicio, con un 76% de pacientes con un puntaje mayor de 13 puntos y un puntaje de RSI de 10,3 puntos después del tratamiento con IBP durante dos meses.

Con respecto a la mejoría de los síntomas en la escala GETS, “querer tragar todo el tiempo”, “la flema en la garganta”, “la molestia de la garganta” y “la sensación de tener algo atorado”, fueron las que presentaron una respuesta más consistente. En cuanto a los hallazgos endoscópicos de los pacientes previo al tratamiento antisecretor evaluado con la RFS, se evidenciaron con relevancia los siguientes signos: eritema/hiperemia en la laringe y edema laríngeo difuso leve a moderado en más de la mitad de los pacientes, moco laríngeo grueso en cerca del 25% de los pacientes y edema leve a moderado de pliegues vocales en un poco más del 10%. Sin embargo, solo tres pacientes (9%) tuvieron un puntaje RFS positivo para reflujo faringolaríngeo, a pesar de que todos refirieron síntomas de globo faríngeo, lo que hace pensar que un estudio con resultados negativos para RFS no descarta la presencia del síntoma ni la necesidad del tratamiento antisecretor. La media del RFS en este estudio fue de 3,6 puntos, lo que contrasta con lo encontrado en la literatura, como en el caso de la publicación por el doctor Boom y colaboradores⁽¹⁵⁾, en el que la media fue de 5 puntos y el 25% de sus pacientes tuvieron un puntaje positivo para reflujo faringolaríngeo previo al tratamiento.

En la literatura se ha reportado que el RFS tiene una sensibilidad y especificidad del 87,8% y del 37,5%, respectivamente, para detectar pacientes con reflujo faríngeo probado con el parámetro de referencia, que es la pH-metría^(26,27). Shilpa y colaboradores encontraron en su estudio que el RSI y el RFS eran complementarios y que se correlacionaban muy bien con el diagnóstico de reflujo faringolaríngeo, así mismo concluyeron que después del tratamiento con IBP por tres meses, el 70% de sus pacientes presentaba mejoría en el RFS⁽²⁸⁾. Esta asociación entre la presencia de globo faríngeo con signos sugestivos de reflujo faringolaríngeo podría obtenerse con estudios más grandes que incluyan una mayor cantidad de pacientes y centros hospitalarios; así mismo, también debe tenerse en cuenta que el RFS es un estudio subjetivo que puede tener variaciones interobservador que expliquen las diferencias halladas entre los

estudios. En los pacientes que no presentan mejoría del síntoma con tratamiento antisecretor, es importante también analizar la presencia de trastornos funcionales de la voz, ya que varios estudios han descrito una relación causal entre ambas patologías^(29,30).

En este estudio se utilizó una escala de calidad de vida genérica como la SF36, lo cual ha podido evitar que algunos aspectos importantes de la calidad de vida de estos pacientes se hayan evaluado de forma precisa. Sin embargo, no existe un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en el globo faríngeo y la escala utilizada ya ha sido ampliamente validada en otras patologías. Por otra parte, no se puede descartar un posible efecto placebo o un efecto Hawthorne, del tratamiento con IBP, teniendo en cuenta que los pacientes tuvieron una baja prevalencia de síntomas típicos de reflujo gastroesofágico, puntuaciones en la escala RFS pequeñas y adicionalmente la ausencia de un grupo control.

CONCLUSIONES

El tratamiento con IBP se asoció con una mejoría de los síntomas y de la calidad de vida en pacientes con globo faríngeo. Se necesitan estudios controlados y aleatorizados antes de generalizar estos resultados.

LIMITACIONES

A pesar de que el globo faríngeo es una sintomatología frecuente en la consulta otorrinolaringológica, el tamaño de la muestra del presente estudio es relativamente pequeño debido a que los criterios de exclusión empleados fueron estrictos con el objetivo de disminuir los sesgos por comorbilidades y por tratamiento instaurado con IBP o con otra medicación que pudieran afectar los resultados. Debe tenerse en cuenta que no existe un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida de los pacientes con globo faríngeo, por lo que otros trastornos físicos, emocionales o sociales no relacionados con la enfermedad pueden interferir en la mejoría o empeoramiento de la percepción de calidad de vida de los pacientes del estudio.

Finalmente, al tratarse de una investigación sobre globo faríngeo no se realizó un estudio objetivo, tal como la pH-metría, que confirmara o descartara la presencia de reflujo gastroesofágico o laringofaríngeo en los pacientes, sino que se siguió el algoritmo diagnóstico sugerido por Zerbib y colaboradores, en el que a los pacientes con globo faríngeo sin síntomas esofágicos de alarma se les realizaba una laringoscopia y se iniciaba una prueba terapéutica con IBP⁽³¹⁾.

REFERENCIAS

1. Delaine E, Asimakopoulos A, Avagnina A, Hallak B, Bouayed S. Dysphagia with no obvious cause: globus pharyngeus. *Revue Medicale Suisse*. 2022;18(803):2121-2125. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.803.2121>
2. Drossman D, Li Z, Andruzzi E, Temple R, Talley N, Grant-Thompson W, et al. U. S. Householder survey of functional gastrointestinal disorders - Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci*. 1993;38(9):1569-80. <https://doi.org/10.1007/BF01303162>
3. Harvey P, Theron B, Trudgill N. Managing a patient with globus pharyngeus. *Frontline Gastroenterol*. 2018;9(3):208-212. <https://doi.org/10.1136/flgastro-2017-100844>
4. Thompson W, Heaton K. Heartburn and globus in apparently healthy people. *Can Med Assoc J*. 1982;126(1):46-8.
5. Fukuhara T, Matsuda E, Ogawa A, Donishi R, Koyama S, Fujiwara K. Use of cervical ultrasonography in globus sensation investigation: a retrospective cohort study. *Yonago Acta Medica*. 2021;64(4):360-363. <https://doi.org/10.33160/yam.2021.11.007>
6. Deary IJ, Wilson JA, Kelly SW. Globus pharyngis, personality, and psychological distress in the general population. *Psychosomatics*. 1995;36(6):570-577. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71614-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71614-0)
7. Penović S, Roje Ž, Brdar D, Gračan S, Bubić A, Vela J, et al. Globus Pharyngeus: A Symptom of Increased Thyroid or Laryngopharyngeal Reflux? *Acta Clin Croat*. 2018;57(1):110-115. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.01.13>
8. Webb CJ, Makura ZG, Fenton JE, Jackson SR, McCormick MS, Jones AS. Globus pharyngeus: a postal questionnaire survey of UK ENT consultants. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 2000;25(6):566-9. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2273.2000.00386.x>
9. McCall WV, Athanasiadi A, Bowie C, Rosenquist PB. Major Depressive Disorder in the Older Adult Associated With Globus Pharyngeus and Weight Loss - An Indication for Electroconvulsive Therapy. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2022;30(2):235-239. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.10.010>
10. Khan MR, Saha M, Mamun MA, Salam KS, Chowdhury MS, Haque MM, et al. Upper GIT Endoscopic Evaluation and Psychological State Assessment of Patients with Globus Sensation. *Mymensingh Med J*. 2019;28(2):405-409.
11. Järvenpää P, Laatikainen A, Roine R, Sintonen H, Arkkila P, Aaltonen L. Symptom relief and health-related quality of life in globus patients: a prospective study. *Logop Phoniater Vocology*. 2019;44(2):67-72. <https://doi.org/10.1080/14015439.2017.1397741>
12. Hamilton NJI, Wilcock J, Hannan SA. A lump in the throat: laryngopharyngeal reflux. *BMJ*. 2020;371:m4091. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4091>
13. Kavookjian H, Irwin T, Garnett JD, Kraft S. The Reflux Symptom Index and Symptom Overlap in Dysphonic Patients. *Laryngoscope*. 2020;130(11):2631-2636. <https://doi.org/10.1002/lary.28506>
14. Takahashi N, Mori K, Baba H, Sasaki T, Ohno M, Ikarashi F, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Glasgow Edinburgh Throat Scale (GETS-J): Use for a symptom scale of globus sensation. *Auris Nasus Larynx*. 2018;45(5):1041-1046. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2018.02.001>
15. Boom L, Edens M, Rinia B. Reflux finding score and reflux symptom index as potential predictors for proton pump inhibitor response in globus pharyngeus patients: A prospective study. *Auris Nasus Larynx*. 2020;47(4):609-615. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2020.02.002>
16. Von E, Altman D, Egger M, Pocock S, Gøtzsche P, Vandenbroucke J. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
17. Siupsinskiene N, Adamonis K, Toohill R, Sereika R. Predictors of response to short-term proton pump inhibitor treatment in laryngopharyngeal reflux patients. *J Laryngol Otol*. 2008;122(11):1206-12. <https://doi.org/10.1017/S0022215108001898>
18. Rasmussen ER, Schnack DT, Ravn AT. A prospective cohort study of 122 adult patients presenting to an otolaryngologist's office with globus pharyngeus. *Clin Otolaryngol*. 2018;43(3):854-860. <https://doi.org/10.1111/coa.13065>
19. Bouchoucha M, Girault-Lidvan N, Hejnar M, Mary F, Airinei G, Benamouzig R. Clinical and psychological characteristics of patients with globus. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2019;43(5):614-622. <https://doi.org/10.1016/j.clinre.2019.01.006>
20. Harris M, Deary I, Wilson J. Life events and difficulties in relation to the onset of globus pharyngis. *J Psychosom Res*. 1996;40(6):603-15. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(96\)00024-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(96)00024-4)
21. Fuchs HF, Müller DT, Berth F, Maus MK, Fuchs C, Dübbbers M, et al. Simultaneous laryngopharyngeal pH monitoring (Restech) and conventional esophageal pH monitoring-correlation using a large patient cohort of more than 100 patients with suspected gastroesophageal reflux disease. *Dis Esophagus*. 2018;31(10). <https://doi.org/10.1093/dote/doy018>
22. Chen J, Brady P. Gastroesophageal reflux disease: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Gastroenterology Nursing*. 2019;42(1):20-28. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000359>
23. Massawe WA, Nkya A, Abraham ZS, Babu KM, Moshi N, Kahinga AA, et al. Laryngopharyngeal reflux disease, prevalence and clinical characteristics in ENT department of a tertiary hospital Tanzania. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2020;7(1):28-33. <https://doi.org/10.1016/j.wjorl.2020.04.009>

24. Pooviprom N, Ratta-apha W, Maneerattanaporn M, Geeratragoon T, Chuenprapai P, Leelakusolvong S. Treatment outcomes in patients with globus: A randomized control trial of psychoeducation, neuromodulators, and proton pump inhibitors. *Neurogastroenterol Motil.* 2023;35(3):e14500.
<https://doi.org/10.1111/nmo.14500>
25. Aanen MC, Weusten BL, Numans ME, de Wit NJ, Samsom M, Smout AJ. Effect of proton-pump inhibitor treatment on symptoms and quality of life in GERD patients depends on the symptom-reflux association. *J Clin Gastroenterol.* 2008;42(5):441-7.
<https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e318074dd62>
26. Powell J, Cocks HC. Mucosal changes in laryngopharyngeal reflux--prevalence, sensitivity, specificity and assessment. *Laryngoscope.* 2013;123(4):985-91.
<https://doi.org/10.1002/lary.23693>
27. Horvath L, Hagmann P, Burri E, Kraft M. Evaluation of Oropharyngeal pH-Monitoring in the Assessment of Laryngopharyngeal Reflux. *J Clin Med.* 2021;10(11):2409.
<https://doi.org/10.3390/jcm10112409>
28. Shilpa C, Sandeep S, Chandresh S, Grampurohit A, Shetty TS. Laryngopharyngeal Reflux and GERD: Correlation Between Reflux Symptom Index and Reflux Finding Score. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;71(Suppl 1):684-688.
<https://doi.org/10.1007/s12070-018-1480-7>
29. Shires CB, Dewan K. Is there Really a Lump in My Throat? The Incidence and Implication of Vocal fold Abnormalities in Patients Presenting with Globus. *J Voice.* 2024;38(6):1419-1423.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.05.008>
30. Hamdan AL, Khalifee E, Ghanem A, Mansour H, Yammine E. Predictive value of globus pharyngeus in patients with functional dysphonia versus organic dysphonia. *Laryngoscope.* 2019;129(4):930-934.
<https://doi.org/10.1002/lary.27493>
31. Zerbib F, Rommel N, Pandolfino J, Gyawali CP. ESNM/ANMS Review. Diagnosis and management of globus sensation: A clinical challenge. *Neurogastroenterol Motil.* 2020;32(9):e13850.
<https://doi.org/10.1111/nmo.13850>