



Introducción

- El globus es de interés para muchos especialistas, incluidos gastroenterólogos, otorrinolaringólogos, alergistas y psiquiatras. Sin embargo, es una afección muy poco comprendida, lo que lo convierte en una condición de difícil diagnóstico y tratamiento. Los pacientes con globus faríngeo habitualmente consultan varios especialistas sin encontrar mejoría.
- En más del 75% de los casos los síntomas perduran más allá de los 3 años y cerca de la mitad de los pacientes presentan manifestaciones de globus por más de 7 años.

Definición

- El globus faríngeo se define como una sensación no dolorosa en la garganta. Usualmente los pacientes lo describen como sensación de cuerpo extraño, picazón o “mucosidad” permanente en la garganta a pesar de la salivación. Habitualmente no es percibido como dolor, disfagia u odinofagia, sino más bien como una molestia intermitente que desaparece con la deglución. Se localiza en la línea media entre el cartílago tiroideo y el esternón.
- Puede ser persistente o intermitente, presentarse solo o en conjunto con otros síntomas, ser de causa estructural o funcional y en la gran mayoría de los casos tiende a ser recurrente.
- El globus faríngeo funcional forma parte de los desórdenes esofágicos comprendidos en el Consenso de Trastornos Funcionales de Roma IV.

Epidemiología

- Dependiendo de la definición utilizada, la prevalencia varía entre 0.1% y 21%, aunque existen series en donde está descripto hasta en un 46% de voluntarios por lo demás sanos.
- Tiene un pico de incidencia en la mediana edad y no tiene predilección por sexos, pero habitualmente las mujeres son más propensas a realizar la consulta médica.
- Es más frecuente en áreas urbanizadas y tiene mayor incidencia en individuos que padecen trastornos de ansiedad, depresión o desórdenes del sueño.

Copia N° :	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	23/04	08/05



Fisiopatología

- Se sugieren muchas causas de globus, incluyendo estructurales y no estructurales.

Causas estructurales
<i>Causas orofaríngeas</i>
Pólipos
Faringitis
Nódulos vocales
Hipertrofia de la base de la lengua
Tumores faríngeos/laríngeos
<i>Causas esofágicas</i>
Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
<i>Inlet patch</i> (0.1% al 10%)
Divertículo de Zenker
Estenosis esofágica (tanto benigna como maligna)
<i>Otras</i>
Patología cervical: espondilolistesis, osteofitos.
Mala oclusión dental
Tiroiditis o cáncer de tiroides.
Lesiones malignas del cuello

Causas no estructurales

- Cuando se descartan causas estructurales, se recomienda estudiar:

ERGE

- Representa del 23% al 68% de los casos. Actualmente están descriptos 2 mecanismos de acción:
 - En primer lugar está involucrado el reflejo vasovagal producido por el contacto del reflujo ácido en el tercio inferior del esófago.
 - En segundo lugar, el contacto directo del ácido con la mucosa laríngea que produce inflamación local con la consiguiente manifestación de globus.

Disfunción Laringo-Faríngea

- Tanto la parálisis de cuerdas vocales como la neuropatía laríngea o el incremento del pico de presión faríngea fueron descriptos en pacientes con globus.



Trastornos Motores del Esófago

- Múltiples estudios han demostrado asociación entre globus y diferentes trastornos motores. Las anomalías de esfínter esofágico superior (EES) se han sugerido como una importante causa de globus. Al respecto, está descrito que la variación de la amplitud de la presión del EES en relación con los movimientos respiratorios son significativamente mayores en pacientes con globus que en individuos con otros trastornos motores. Asimismo, el aumento de la presión basal del EES es significativamente más frecuente en pacientes con globus.
- Por otro lado, un estudio que evaluó la motilidad esofágica en individuos con globus resistente al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) mostró que casi la mitad de los pacientes presentaba algún trastorno de la motilidad (66.4%, motilidad esofágica inefectiva; 14.4%, acalasia; 9.6%, espasmo esofágico difuso; 8%, esófago en cascanueces; 1.6%, esfínter esofágico hipertensivo). Esto sugiere que existe una diferencia significativa en el peristaltismo esofágico de pacientes con ERGE refractario a IBP y globus *versus* controles sanos. Es por ello que la evaluación de la motilidad en pacientes con ERGE con globus puede ser de utilidad.

Disfunción Laríngea y del EES/Hipersensibilidad

- Muchos autores han estudiado la sensorialidad laríngea en individuos con diferentes enfermedades (tos crónica, movimiento paradójico de las cuerdas vocales, globus, entre otros). En todos ellos se ha evidenciado disfunción sensorial. Esto sugiere que la hipersensibilidad laríngea tendría un rol fundamental en la sensibilización central de ciertos reflejos aferentes.
- La hipersensibilidad del EES se ha propuesto como un mecanismo principal del globus. Esto está basado en la baja percepción del umbral del dolor en pacientes con globus al estímulo con la distensión con balón. Por este motivo se puede concluir que el globus es un desorden del eje cerebro-intestino más que un trastorno periférico del esófago.

Globus Funcional

- Debe sospecharse en pacientes en los que se hayan descartado otras causas. Su diagnóstico requiere la ausencia de lesión estructural faríngea, laríngea o esofágica. Se deben descartar anomalías de la mucosa esofágica, ERGE, esofagitis eosinofílica o trastornos motores. Todos estos criterios deben estar presentes durante los 3 meses previos a la consulta, con inicio de los síntomas al menos 6 meses previos y con una frecuencia mínima de una vez a la semana.
- Históricamente era llamado *globus histericus* y se consideraba un trastorno somatomorfo. Hoy se sabe que distintos trastornos psiquiátricos son prevalentes en pacientes con globus, en asociación con personalidades obsesivo-compulsivas o de tipo neurótico. Más del 96% de los pacientes refieren exacerbar sus síntomas durante periodos de estrés.

Diagnóstico

- El diagnóstico es fundamentalmente *clínico*. El primer paso consiste en pesquisar una causa estructural como ERGE, *inlet patch* o trastorno de la motilidad del esófago. Si no existe evidencia de estas causas y no hay signos y síntomas de alarma (sangrado digestivo, disfagia, odinofagia, vómitos crónicos, pérdida de peso, anemia y anorexia) debería considerarse un desorden funcional del esófago.
- El examen físico inicial debe incluir la evaluación de faringe, laringe y cuello, incluida la laringoscopia. En este caso, la laringoscopia flexible transnasal realizada por el otorrinolaringólogo puede establecer el diagnóstico de ERGE (sensibilidad del 86%, pero especificidad baja, cercana al 9%)
- Una vez descartadas causas estructurales o inflamatorias, puede iniciarse terapia empírica con dosis doble de IBP durante 8 a 12 semanas. Si no hay respuesta, la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) con eventuales biopsias es mandatorio, dado que puede poner de manifiesto entidades como esófago de Barret, *inlet patch* u otras anomalías mucosas. En aquellos casos con VEDA normal, la manometría esofágica es útil para descartar un trastorno motor. Subsecuentemente el monitoreo ambulatorio mediante pHmetría podría jugar un rol importante en el seguimiento de la exposición ácida en pacientes con globus, pero aún se necesitan estudios para confirmar la real importancia de su inclusión en el algoritmo diagnóstico.
- En caso de no existir respuesta a la terapia con dosis doble de IBP y de no demostrar otra causa de globus, se interpreta como globus funcional. No se debe subestimar esta entidad, ya que existe evidencia suficiente que revela que hasta un 67% de los casos pueden ser consecuencia de un trastorno funcional.
- Por otro lado, el médico tratante siempre debería evaluar en los casos de globus crónico sin respuesta, la existencia de síntomas que pongan de manifiesto al globus como somatización de comorbilidades psiquiátricas.

Tratamiento

- El tratamiento va a depender de la causa de globus; cuando responda a causa orgánica, se realizará el tratamiento etiológico adecuado según cada caso.
 - ERGE: Si bien un estudio demostró que en la mitad de los casos los síntomas de globus pueden no estar relacionados con el reflujo ácido, hay evidencia suficiente de que la ERGE es una causa principal. Por tal motivo, una vez que se haya descartado la presencia de signos y síntomas de alarma, iniciar terapia empírica con IBP es una medida razonable de primera línea. Hay evidencia que la asociación de IBP y proquinéticos mejoraría los resultados y reduciría además la recurrencia sintomática.
 - Inlet patch: Existe evidencia que demuestra que la ablación de la mucosa heterotópica cervical por coagulación con argón plasma o la ablación por radiofrecuencia en caso de mucosa heterotópica de más de 20 mm de diámetro mejora significativamente la sensación de globus.
 - Disfunción laríngea: La terapia del lenguaje y la fonoaudiología pueden aliviar el malestar y la tensión vocal, mejorando así los síntomas de globus.
 - Disfunción del EES: A título informativo, se señala que un estudio evaluó la efectividad del tratamiento con toxina botulínica en el músculo cricofaríngeo demostrando mejoría sintomática. Del mismo modo, hay poca evidencia respecto al tratamiento con *rikkunshitu* (producto herbal con acción antagonista 5-HT₃), con resultados potencialmente alentadores. Estas estrategias no han sido validadas en revisiones sistemáticas, metanálisis o grandes estudios y requieren mayor investigación
 - Globus funcional y trastornos psiquiátricos: Aunque la evidencia es anecdótica, la comorbilidad psicológica contribuye a la presentación del globus faríngeo. Se ha propuesto el tratamiento con antidepresivos y las terapias conductuales, con resultados alentadores. Dada la naturaleza benigna del globus funcional, la probabilidad de síntomas recurrentes, los múltiples mecanismos fisiopatológicos involucrados y la ausencia de farmacoterapia específica, el reaseguro del paciente es un pilar del tratamiento.



Conclusiones

- El globus faríngeo es un síntoma frecuente y molesto; comprender su naturaleza y diferenciar su causa en estructural o funcional ayuda a resolver sus manifestaciones de forma temprana.
- Cuando se descartan causas estructurales, la ERGE debe ser la primera sospecha a tratar con IBP a dosis doble. Si no hay respuesta y la VEDA es negativa, se sugiere estudiar la motilidad esofágica, pero siempre considerará que los antidepresivos y la psicoterapia pueden ser de gran ayuda en globus funcional.

Referencias

- [1] Tawil J, et al. Globus: Current Concepts and Dilemmas. J Clin Gastroenterol. 2018;52(10):845-852.
- [2] Azis Q, et al. Esophageal Disorders. Section II; FGIDs: Diagnostic Groups. Gastroenterology 2016; 150: 1368-1379.
- [3] Lee BE, et al. Globus pharyngeus: A review of its etiology, diagnosis and treatment. World J Gastroenterol 2012; 18(20); 2462-3471.