

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

SÍNDROME DE FORESTIER. A PROPÓSITO DE UN PACIENTE.

Por:

Dra. Griselis Cordovez Torres¹, Dr. Amado Luis Figueroa Álvarez² y Dra. María Elena Castillo Corzo³

1. Especialista de I Grado en ORL.
2. Especialista de I Grado en ORL. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en ORL. Instructor. ISCM-VC.

Descriptor deCS:

TRASTORNOS DE DEGLUCION
HIPEROSTOSIS ESQUELETICA DIFUSA
IDIOPATICA

Subject headings:

DEGLUTION DISORDERS
HYPEROSTOSIS, DIFFUSE IDIOPATHIC
SKELETAL

El término disfagia indica una dificultad en la deglución de los alimentos. Este síntoma expresa la existencia de una alteración orgánica o funcional en el trayecto que sigue el bolo alimenticio desde la boca hacia el estómago, y pueden mencionarse muchas enfermedades en las que aparece este síntoma¹.

En este trabajo nos referiremos a la enfermedad de Forestier, que cursa en la gran mayoría de los casos con disfagia y, por la rareza de esta, el diagnóstico se hace por exclusión².

Forestier y Rotes-Querol, en 1950, fueron los primeros en describir la hiperostosis anquilosante espinal; Resnick, en 1978, modificó el término científico por el de hiperostosis esquelética difusa idiopática (HEDI), que es aceptado actualmente por la América RA².

La hiperostosis esquelética difusa idiopática (HEDI) es una osteopatía osificante no inflamatoria, que incluye las inserciones tendinosas, ligamentosas y capsulares del raquis, a nivel de la cara anterolateral de los cuerpos vertebrales que afectan la columna vertebral longitudinal anterior, y se forman puentes óseos entre las caras ventrales de los cuerpos vertebrales. La localización más frecuente, a nivel cervical, son C5-C6 y C7^{2,3}.

La HEDI es frecuente en adultos mayores entre 5-6 % de la población mayor de 40-50 años, con predominio del sexo masculino, y puede ser un hallazgo radiológico casual que cursa de forma asintomática; su asentamiento vertebral provoca diversos síntomas y signos: disfagia, atragantamiento, sensación de cuerpo extraño, alteraciones de la motilidad cervical, disfonía y, en raros casos, disnea²⁻⁵.

El diagnóstico se realiza mediante diversos exámenes: orofaringo-laríngeo, rayos X cervical, y tomografía axial computadorizada (TAC) cervical; asimismo, se pueden realizar estudios contrastados de esófago²⁻⁶.

Al inicio se preconiza el tratamiento conservador, con antiinflamatorios, relajantes musculares y dieta, mediante la cual algunos autores han descrito mejoría de los pacientes; el tratamiento quirúrgico es bastante reservado, por las complicaciones que este acto implica^{1,4}.

Presentación del paciente

Se trata de un paciente del sexo masculino, blanco, de 85 años, con antecedentes de hiperplasia prostática –de la que fue operado hace aproximadamente 10 años–, y de osteartrosis generalizada. En esta ocasión acude a consulta de ORL, y refiere que desde hace alrededor de un mes padece de disfagia a todos los alimentos, sin otros síntomas. Al realizar examen físico, mediante laringoscopia indirecta, se comprueba abombamiento de la pared posterior de la hipofaringe, recubierto de mucosa de aspecto normal, sin poder visualizar el área glótica, pues la protrusión de la pared posterior faríngea contactaba casi con el pie de la epiglotis, que a la palpación era de consistencia dura y no dolorosa. Se le realiza rayos X de columna cervical lateral, donde se observa marcado engrosamiento de los cuerpos vertebrales hacia la hipofaringe, principalmente en C5, C6 y C7, y cambios artrósicos cervicales con formación de osteofitos (Fig 1); con posterioridad, se le realiza TAC de columna cervical (C3-C4-C5-C6), donde aparece grueso puente interóseo anterior a nivel de C5-C6, el cual provoca significativa compresión de la hipofaringe (Figs 2,3).



Fig 1 Rayos X de columna cervical lateral.



Figs 2 TAC de columna cervical (reconstrucción).

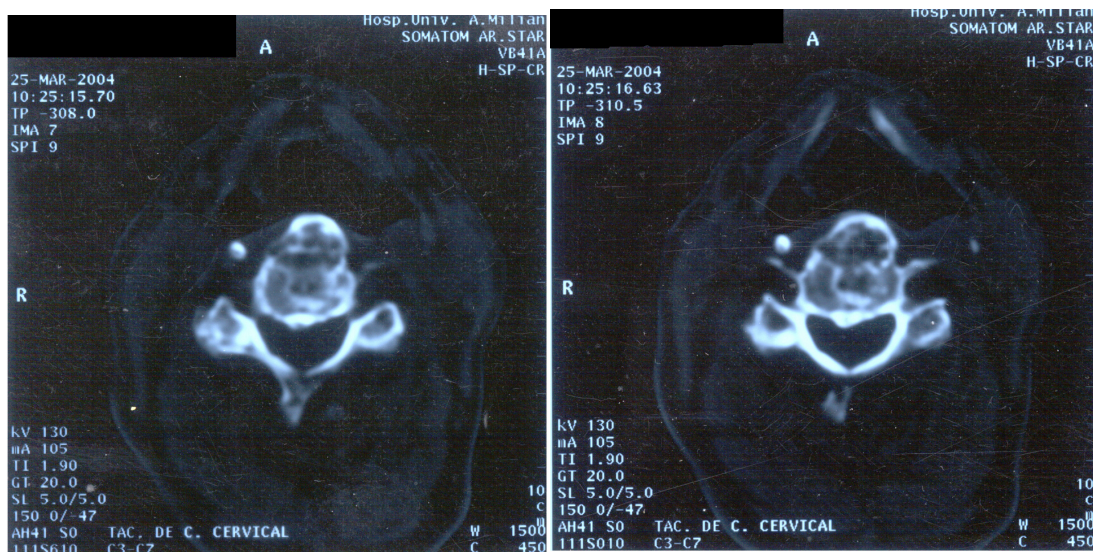


Fig 3 TAC de columna cervical (corte tomográfico).

Al paciente se le inició tratamiento con antiinflamatorios y relajantes musculares; en los primeros siete días comenzó su mejoría clínica; actualmente está asintomático.

Se orientó a los familiares sobre el curso de esta enfermedad, así como su pronóstico y posibles complicaciones futuras.

Comentario:

En todo paciente con edad superior a 50 años, que refiera síntomas respiratorios, digestivos altos, o ambos, se debe realizar un meticuloso examen físico de hipofaringe y laringe para investigar si existe osteopatía cervical, mediante el estudio radiológico de columna cervical lateral simple –el cual confirmaría la presencia de dicha enfermedad– y una TAC de columna cervical para, con posterioridad, tomar una conducta adecuada, que no implique riesgos para los pacientes que presentan este síndrome en el momento de realizar un procedimiento endoscópico.

Referencias bibliográficas

1. Humphreys SC, Eck JC, Hodges SD, Hagen J. Preliminary experience with a new surgical treatment for dysphagia to anterior cervical osteophytes. *J Surg Orthop.* 2004;13(2):106-9.
2. Llorente Armas EM, Damborrea Tajada J, García Solares JM, Fraile Rodrigo J, Navarro J, Carmen Sampers C. Disnea y disfagia por osteofito cervical gigante: enfermedad de Forestier-Rotes. *ORL-dips.* 1999;26(3):108-10.
3. Campos ME, Pérez B, Garabal J, López Campos D, López Aguado D. Síndrome de Forestier a propósito de dos casos. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001;52:247-50.
4. Salvinelli F, Marta C, Firrisil L, D' Ascaniol I, Cassale M, Lamanna F. Dysphonia and cervical hyperostosis: a case report. *Rev Laryngol Rhinol.* 2003;124(3):191-3.
5. Federici A, Sgddari A, Savo A, Onder G, Bernabel R. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: an uncommon case of dysphagia in an older adult. *Aging Clin Exp Res.* 2003 Aug;15(4):343-6.
6. Seiden AM. Trastornos esofágicos. En: Paparella MM. *Otorrinolaringología vol. 3.* 3ra ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1994. p. 2845-95.
7. Lura C, Mochón A, Caravaca A, Ruiz A, Sanmartín A. Disfagia como síntoma tras intervención de hernias discales cervicales. *ORL-dips.* 2000;26(3):108-10.