

Disfagia por enfermedad de Forestier

Algunas consideraciones a propósito de un caso

Dres. Rafael Pila Pérez¹, Rafael Pila Peláez²,
José García Peña³, Carmen Guerra Rodríguez³

Resumen

Un osteofito cervical puede producir sintomatología por compresión faríngea, semejante a la exploración de un tumor de hipofaringe. Presentamos un caso de disfagia por enfermedad de Forestier (hiperostosis de columna con osteofitosis anterior). El tránsito baritado del esófago demostró estenosis faríngea producida por el osteofito. El estudio radiológico de la columna cervical nos brindó diagnóstico.

Palabras clave: *Hiperostosis esquelética difusa idiopática-complicaciones
Trastornos de deglución
Osteofitosis vertebral*

Introducción

Zahn en 1905 fue el primero en descubrir una osteofitosis como causa de disfagia⁽¹⁾. El primer caso en que se relacionaba la hiperostosis anquilosante vertebral (enfermedad de Forestier) con disfagia fue publicado por Meek en 1973⁽²⁾. En contraste, Le Roux, en un estudio de 1.200 casos de disfagia, no encontró ninguno debido a enfermedad de columna cervical, indicando la rareza de la compresión faríngea o esofágica por osteofitos⁽³⁾.

La hiperostosis anquilosante vertebral fue descrita por primera vez por Forestier y Rotes-Querol como una hiperostosis difusa idiopática de la columna vertebral⁽⁴⁾ y definida posteriormente por Resnick y colaboradores⁽⁵⁾ como un proceso de calcificación ligamentario que afecta al ligamento anterior vertebral a cualquier nivel de la columna, dando lugar a la formación de extensos osteofitos, y en ocasiones también afecta a otros grandes ligamentos en sus zonas de inserción, originando en estos casos es-

polones óseos (calcáneos, rotularios, etcétera)⁽⁶⁾. Los osteofitos cervicales en este proceso pueden ser causa de disfagia.

Caso clínico

Paciente de 76 años de edad, de sexo masculino, diabético desde los 30 años, que consulta por presentar desde hace un año o más disfagia para los sólidos, y en ocasiones hasta para los líquidos, los cuales al ingerirlos le producen tos pertinaz, habiendo notado pérdida de peso de 15 o más kilos en los últimos meses.

El hemograma, los estudios de coagulación y los parámetros bioquímicos habituales fueron normales. Se realizó laringoscopia indirecta donde se observó una pequeña tumoración en la pared posterior de la hipofaringe, revestida de mucosa, de aspecto normal, dura a la palpación. La laringe era normal. No se palparon adenopatías cervicales. Se practicó radiografía anteroposterior y lateral del cuello que mostró marcados cambios artrósicos de la columna cervical con formación de osteofitos marginales (figuras 1 y 2). El tránsito baritado mostró compresión del esófago cervical a nivel de cuerpos vertebrales de las cervicales 5 y 6 (C5 y C6) (figura 3).

El centellograma óseo mostró una hiperostosis anquilosante de la columna vertebral y de los huesos largos.

Se propuso tratamiento quirúrgico, que el paciente no

1. Especialista de II grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.

2. Especialista de I grado en Medicina Interna.

3. Residente de tercer año en Medicina General Integral. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech, Camagüey, Cuba

Correspondencia: Dr. Rafael Pila Pérez, General Gómez 452, Camagüey Cuba, CP 70100. E-mail: pila@finlay.cmw.sld.cu

Recibido 27/11/96

Aceptado 4/4/97



Figura 1. Radiografía antero-posterior del cuello: marcados cambios artrósicos de la columna cervical con osteofitos marginales más evidentes a nivel de las vértebras cervicales 5 y 6 (C5 y C6).

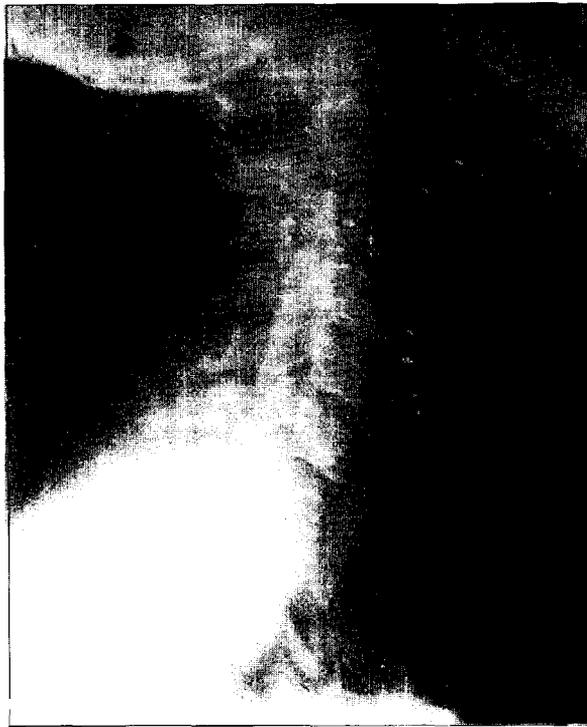


Figura 2. Radiografía lateral del cuello: similares hallazgos que en la figura 1.

aceptó, siguiéndose en la actualidad con revisiones periódicas, dieta triturada y blanda.

Discusión

La patogenia es desconocida, aunque la diabetes se presenta con frecuencia asociada a esta entidad, como en el caso que nos ocupa, pero no se ha encontrado ninguna alteración metabólica que pudiera ser causa de una formación exagerada de osteofitos ⁽⁷⁾. En estos pacientes puede encontrarse el antígeno HLA-B27 positivo como ocurrió en nuestro enfermo ⁽⁸⁾.

Al igual que otras enfermedades degenerativas, la de Forestier se presenta en edades avanzadas, siendo 80% de los pacientes que la presentaron mayores de cincuenta años, afectándose los varones en mayor proporción que las mujeres ⁽⁷⁾.

Los osteofitos cervicales pueden producir disfagia por un mecanismo de compresión o por una reacción del tejido de alrededor, produciendo fibrosis y adherencias que fijan la faringe o el esófago o ambos, impidiendo su normal deslizamiento ⁽⁹⁾. Un pequeño osteofito que fije el esófago a nivel del cartilago cricoides puede producir una gran disfagia, ya que el esófago es incapaz de desplazarse lateralmente a ese nivel ⁽¹⁰⁾.

Clínicamente la enfermedad de Forestier puede produ-



Figura 3. Tránsito baritado: marcados cambios de la columna cervical con formación de osteofitos marginales que comprimen el esófago cervical a nivel de los cuerpos vertebrales cervicales 5 y 6 (C5y C6)

cir una obstrucción de las vías respiratorias altas, merced a una ulceración e infección del cartílago cricoides que se lesiona al moverse la laringe sobre un osteofito⁽¹¹⁾.

Otros cuadros clínicos que pueden asociarse a esta enfermedad son: odinofagia, sensación de cuerpo extraño faríngeo, aspiraciones al árbol respiratorio, compresión de la médula espinal o de la arteria vertebral, síndrome de Horner y tos irritativa⁽¹²⁾.

Por laringoscopia indirecta los osteofitos cervicales pueden verse como una tumoración lisa que se proyecta desde la pared posterior de la hipofaringe, impidiendo la visualización por completo de la laringe; imagen que nos confunde con un carcinoma piriforme o del área poscricoidea, como ocurrió en nuestro caso. La radiografía lateral del cuello podría demostrar la existencia de un osteofito cervical anterior. En estos casos debe realizarse una radiografía contrastada de esófago para determinar si la vía digestiva se encuentra estenosada por el osteofito, ya que muchos pacientes con hiperostosis vertebral cervical son asintomáticos⁽¹³⁾. La tomografía axial computarizada (TAC) hoy en día completa el diagnóstico de esta enfermedad (no pudo realizarse en este caso por problemas técnicos independientes del paciente)⁽¹⁴⁾. El diagnóstico diferencial debe hacerse con neoplasias faríngeas, estenosis esofágicas benignas, síndrome de Plummer-Vinson, divertículos esofágicos, acalasia cricofaríngea y procesos de estiloide elongada o síndrome de Eages⁽¹⁵⁾.

Para el tratamiento de la disfagia en esta identidad se ha empleado antiinflamatorios y antibióticos, dirigidos contra la inflamación secundaria, pudiendo responder favorablemente estos pacientes al uso de ibuprofén y penicilina⁽¹⁶⁾. Los hábitos dietéticos deben modificarse para favorecer la nutrición y aliviar la disfagia. Para ello el paciente debe tragar pequeños pedazos de comidas, bien masticados, picados o incluso hechos puré⁽¹⁶⁾. La extirpación quirúrgica del osteofito está indicada cuando fracasa el tratamiento médico⁽¹⁷⁾.

Summary

A cervical osteophyte may give rise to pharyngeal compression symptomatology similar to that of exploration of a hypopharyngeal tumor. A case is reported of an instance of Forestier disease dysphagia. The baritade transit of the esophagus evidenced pharyngeal stenosis produced by the osteophyte. The X-ray study of the cervical column provided diagnosis.

Résumé

Un ostéophyte cervical peut produire des symptômes par

compression pharyngienne, semblable à l'exploration d'une tumeur d'hypopharinx. On présente un cas de dysphagie par maladie de Forestier. La voie barytifère de l'oesophage montre sténose pharyngienne produite par l'ostéophyte. L'étude radiologique de la colonne cervicale nous donne le diagnostic.

Bibliografía

1. Zahn N. Ein fohl von abkicking der apiserohre durch vertebrale kchondrose. Munch Med Wochenschenschr 1905; 52: 1680-2.
2. Meeks LW, Rensaw T. Vertebral osteophytosis and dysphagia. J Bone Joint Surg 1973; 55-A: 1-9.
3. Leroux B. Dysphagia and its cause. Geriatrics 1962; 17: 560-6.
4. Forestier J, Rotes-Querol J. Senile ankylosing hyperostosis of the spine. Ann Rheum Dis 1950; 9: 321-30.
5. Resnick R, Shapiro R, Wiesner K. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Semin Arthritis Rheum 1978; 7: 153-87.
6. Eviatar E, Harrell M. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis with dysphagia. J Laryngol Otol 1987; 101: 627-32.
7. Farris R, Schartz J, Forester D. Dysphagia and Forestier disease. Arch Otolaryngol 1977; 103: 304-5.
8. Deutsch E, Schild J, Mafee M. Dysphagia and Forestier disease. Arch Otolaryngol 1985; 3: 400-2.
9. Sidi J, Hadar T, Shvero J, Har-El G. Respiratory distress due to diffuse cervical hyperostosis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1987; 96: 178-81.
10. Bonne R, Nahum A, Harris A. Evaluation and correction of dysphagia producing cervical osteophytes. Laryngoscope 1974; 84: 204-5.
11. Hassard A. Cervical ankylosing hyperostosis and airways obstruction. Laryngoscope 1985; 94: 966-8.
12. Kissel P, Youmans J. Posttraumatic anterior cervical osteophyte and dysphagia. Surgical report and literature review. J Spinal Disord 1992; 5: 104-7.
13. Erlemann R, Reiser M. Diffuse idiopathische skeletal hyperostose aes ursache einer dysphagie. Radiologe 1987; 27: 76-8.
14. Kritzer R, Rose J. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis presenting with thoracic outlet syndrome and dysphagia. Neurosurgery 1988; 22: 1071-4.
15. Fernández F, Vega L, Vega M, Scola E, Scola B, Figueroa J. Disfagia y enfermedad de Forestier: a propósito de un caso. Acta Otorrinolaringol Esp 1984; 33 (1-2): 230-4.
16. Sobol S, Riquel N. Anterolateral extrapharyngeal approach for cervical osteophyte-induced dysphagia. Ann Otol Rhinol Laryngol 1986; 498-504.
17. Kibel S, Johnson P. Surgery for osteophyte induced dysphagia. J Laryngol Otol 1988; 102: 1291-6.