

Hiperóstosis esquelética idiopática difusa y paciente geriátrico

A U T O R E S

González Eizaguirre MM*

Deza Pérez MC**

Ferrando Lacarte J***

Bibian Getino CM***

Cánovas Pareja C****

Lázaro Sanz A*****

Alonso Alonso L*****

*Servicio Geriátria Hospital San Jorge, Teruel.

**Servicio Geriátria Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

***Servicio Geriátria Hospital de Barbastro, Huesca.

****Servicio Geriátria Hospital Provincial, Zaragoza.

*****Servicio ORL Hospital Militar, Zaragoza.

Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis and geriatric patient.

RESUMEN

La hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH) o enfermedad de Forestier es una patología que presenta como principal manifestación la osificación del ligamento longitudinal anterior (LLA) y la formación de puentes óseos intervertebrales. A continuación vamos a presentar un caso clínico en paciente varón de ochenta y ocho años de edad con las imágenes radiológicas de hiperostosis esquelética y los diversos síndromes geriátricos que se fueron sucediendo así como también la colaboración multidisciplinar que se realizó por parte de los servicios de Otorrinolaringología, Rehabilitación, Unidad de Valoración Sociosanitaria, Geriátria y Hospital de Día Geriátrico.

PALABRAS CLAVE:

Hiperostosis esquelética idiopática difusa, Enfermedad de Forestier, disfagia, síndromes geriátricos.

SUMMARY

Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) or Forestier's disease is a pathology that has the main manifestation ossification of the anterior longitudinal ligament (ALL) and the formation of intervertebral bony bridges. Here we are going to present a clinical case in male of eighty-eight years old patient with radiological images of skeletal hyperostosis and various geriatric syndromes as well as multidisciplinary collaboration held by the services Otorhinolaryngology, Rehabilitation, social health assessment unit, Geriatrics and Geriatric day hospital.

KEY WORDS:

Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, Forestier's disease, dysphagia, geriatric syndromes.

Introducción

La Hiperostosis Esquelética Idiopática Difusa (HEID) o Síndrome de Forestier-Rotes Querol es una enfermedad ósea vertebral caracterizada por una intensa calcificación y osificación de ligamentos a nivel de cuerpos vertebrales. Los criterios para el diagnóstico son tres: calcificación u osificación del aspecto anterolateral de cuatro cuerpos vertebrales contiguos, preservación de la altura del disco intervertebral en el área comprometida, y ausencia de compromiso de las articulaciones interapofisiarias y sacro ilíacas. Existen una serie de factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad como son el sexo masculino, la edad avanzada, presentar como antecedente Diabetes Mellitus tipo 2 y la toma de medicación retinoidea. El síntoma más frecuente cuando afecta a la columna cervical es la disfagia; muy infrecuente es la disnea, ambos síntomas secundarios a la compresión extrínseca del esófago y la tráquea. Los pacientes hiperostóticos, padecen dorsalgias, cervicalgias o lumbalgias con importante limitación de la movilidad.

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros, originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano, y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social. Es una forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos y exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento.

Existen síndromes geriátricos de mayor prevalencia que son los llamados grandes síndromes geriátricos, estos son la incontinencia urinaria, las caídas, la inmovilidad y el deterioro

mental. Existen otras de menor prevalencia, como; privación sensorial, insomnio, depresión, aislamiento social, malnutrición, estreñimiento, deshidratación, hipotermia, polifarmacología, síncope y úlceras por presión.

Caso Clínico

Nuestro caso se trata de un paciente varón de ochenta y ocho años de edad ingresado a través de Urgencias por presentar vómitos y dolor abdominal de varios días de evolución acompañado de fiebre termometrada de hasta treinta y ocho grados, hipotensión e importante disfagia a sólidos y líquidos. Como antecedentes médicos destacan hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia renal crónica, hemorragia digestiva post-AINES, litiasis biliar, enfermedad de Paget con fractura vertebral L3 e hipocalcemia con hiperparatiroidismo secundario. No presenta deterioro cognitivo con un Test de Pfeiffer de un error, pero sí dependencia leve para actividades básicas de la vida diaria medida a través del Índice de Barthel con un resultado de 70. El paciente vive solo en su propio domicilio, tiene tres hijos. Su tratamiento habitual consiste en rivaroxabán 15 mg, bisoprolol 5 mg, alopurinol 100 mg, ácido risendrónico 75 mg, carbonato cálcico y colecalciferol 1500 mg /400 UI, fentanilo 12 mg y lansoprazol flash 15 mg.

A la exploración física se encuentra consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado. Presenta buen estado nutricional. Su auscultación cardiaca tiene ruidos cardiacos rítmicos sin soplos ni extratonos y su auscultación pulmonar es compatible con la normalidad. A la palpación abdominal

éste es blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en todos los cuadrantes de manera difusa, timpánico, signo de Murphy y de Blumberg negativo, peristaltismo presente. No se observan edemas en extremidades inferiores ni signos de trombosis venosa profunda.

Las pruebas complementarias realizadas son: Ecografía abdominal, donde se objetiva una colelitiasis múltiple con dilatación y engrosamiento parietal sugestivo de colecistitis aguda y una analítica general con franca leucocitosis, por lo que se añade tratamiento antibiótico ajustado a su función renal y se le coloca un sondaje nasogástrico por vómitos. El paciente presenta una lenta pero progresiva mejoría al principio, con normalización de cifras de función renal, sin embargo, durante su estancia, de nuevo empieza con una gran cantidad de secreciones en vías altas, con disfonía, disnea brusca y persistencia de dificultad para la deglución por lo que se le realiza un test de disfagia que arroja resultado de disfagia moderada-severa. Se solicita un TC cérvico-torácico-abdominal (Fig. 1A y 1B) en el que se aprecia hipertrofia en la cara anterior de los cuerpos vertebrales cervicales C4-C5 y C5-C6, cuerdas vocales fijadas en posición paramediana, estenosis de glotis y masa en pared faríngea posterior.

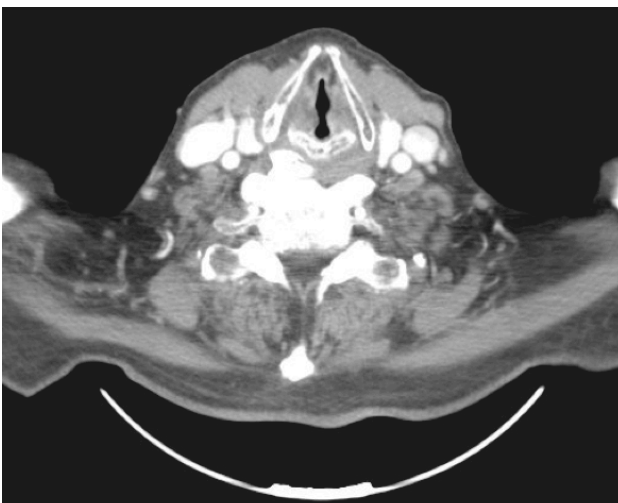


Figura 1A y 1B: TC de cuello: Importante reacción hipertrófica en cara anterior de los cuerpos vertebrales cervicales, más marcado a nivel de C4-C6. Las cuerdas vocales en los planos axiales y coronales se observan en íntimo contacto en relación con la existencia de parálisis de ambas cuerdas. Pequeñas adenopatías no significativas.

Se solicita colaboración al Servicio de Otorrinolaringología que decide realizar traqueostomía de urgencia con colocación de cánula de plata número 7 por intensa disnea debido a la compresión faríngea, se toma biopsia de hipofaringe que resulta negativa para malignidad. El paciente ingresa en UCI por intensa hemoptisis espontánea por lo que se decide monitorización cardíaca y respiratoria quedando en observación. No vuelve a presentar sangrado pero sí disfagia completa a sólidos y a líquidos, con imposibilidad de colocar sonda nasogástrica, y se realiza gastrostomía percutánea para la correcta nutrición y cumplimiento de la medicación indicada.

En el estudio de imagen posterior con resonancia magnética (Fig. 2A y 2B) se diagnostica Hiperostosis idiopática esquelética difusa. Además, durante el ingreso, aparece candidiasis orofaríngea tratada con antimicóticos.

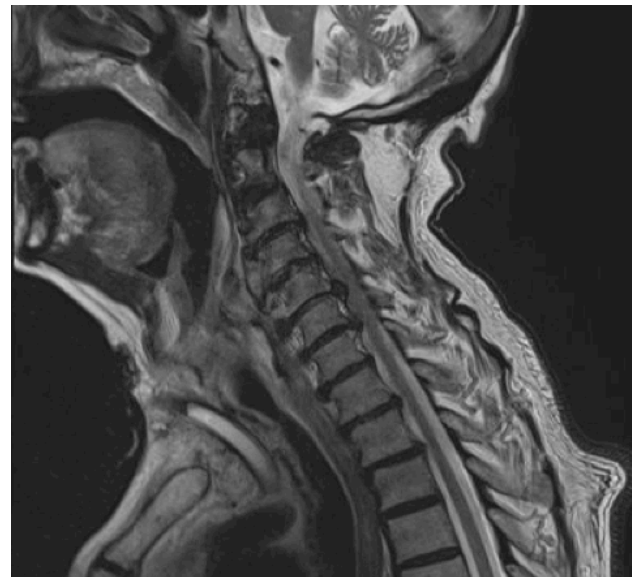
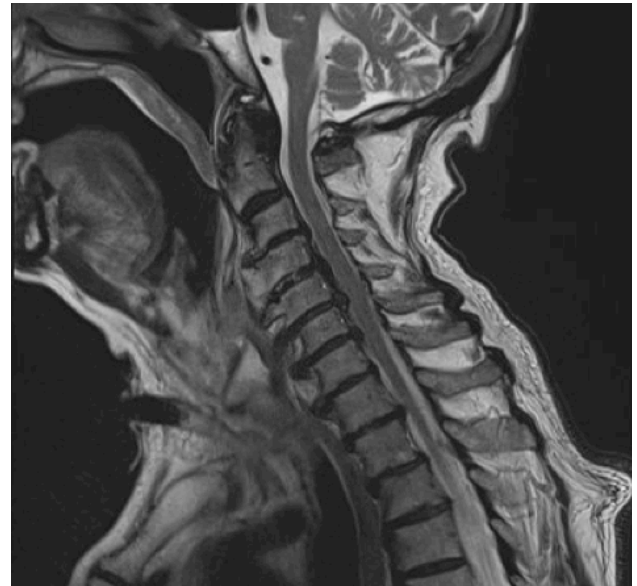


Figura 2A y 2B: RMN de columna cervical: Hiperostosis idiopática esquelética difusa. Expansión discal difusa multisegmentaria en el tramo C2-C6 que causa estenosis del canal espinal y de los agujeros de conjunción. El cordón medular acomoda su trayecto al rectificado contorno del canal espinal, existiendo obliteración de los espacios perimedulares en múltiples niveles y en C5-C6 leve impronta compresiva. En conjunto no parecen existir claros indicios de mielopatía compresiva. Destaca hipertrofia ligamentaria o sinovial de espacios periodontoideos sin llamativo compromiso de canal asociado.

Posteriormente el paciente comienza tratamiento rehabilitador por el importante síndrome de inmovilidad que presenta con debilidad, rigidez y significativo riesgo de caídas, consiguiéndose sedestación autónoma, bipedestación con ayuda de una persona. Con toda esta patología aparece un síndrome depresivo que requiere también tratamiento.

Progresó adecuadamente de manera que se decide alta hospitalaria e incorporación inmediata en Hospital de Día Geriátrico para continuar tratamiento de forma ambulatoria, acudiendo tres veces por semana, realizando un trabajo multidisciplinar la médico geriatra junto con la médico rehabilitadora, la fisioterapeuta y la terapeuta ocupacional para recuperar la mayor autonomía posible del paciente.

Al diagnóstico de hiperóstosis idiopática esquelética difusa y síndrome de inmovilidad, se le suma disfagia crónica, parálisis de cuerdas vocales, traqueostomía, candidiasis orofaríngea y alimentación por sonda de gastrostomía percutánea.

Discusión

La hiperostosis esquelética difusa idiopática (DISH), es una enfermedad reumatológica con afectación sistémica. Esta patología se caracteriza por la neoformación de hueso en las inserciones de ligamentos, tendones y cápsulas articulares. Ha sido descrita entre el 6% al 12% de las autopsias de rutina, se presenta con mayor frecuencia en varones entre la sexta y séptima década. La sintomatología raquídea es la clínica más habitualmente referida, con dolor, rigidez cervical y dorsal, pero la gran mayoría de los pacientes son asintomáticos. Entre las complicaciones otorrinolaringológicas asociadas a compromiso de la columna cervical la disfagia es la más frecuente en 17% a 28% de los pacientes sintomáticos siendo de menor presentación la disfonía, la disnea y el estridor.

La hiperostosis esquelética difusa idiopática forma parte de las cuatro enfermedades del envejecimiento articular, junto con la osteoporosis, artrosis y condrocalcinosis. Dadas las implicaciones terapéuticas, el diagnóstico diferencial ha de realizarse principalmente con la osteoartritis y la espondilitis anquilosante. Para poder diagnosticar a un paciente de hiperostosis esquelética idiopática difusa es necesario cumplir los siguientes criterios en una o varias pruebas de imagen:

1. La presencia de una osificación a lo largo del flanco anterolateral de cuatro cuerpos vertebrales contiguos, formando puentes óseos.
2. La preservación relativa de la altura del disco intervertebral en la región afectada.
3. La ausencia de modificación radiológica evolutiva confirmando una enfermedad degenerativa del disco y por último.
4. La ausencia de erosión, de esclerosis o de anquilosis ósea de las articulaciones sacroiliacas o interapofisarias posteriores.

Estos criterios se pueden encontrar en las imágenes adjuntas que corresponden a un TC cervical (Fig. 1) y una RMN (Fig. 2) del paciente a estudio.

Nuestro enfermo octogenario se encontraba en tratamiento con opiáceos mayores por presentar ya sintomatología propia de esta enfermedad como era el dolor en zona cervical de meses de evolución previo a su ingreso en este Servicio y al estudio de la enfermedad que lo motivaba.

La admisión hospitalaria se inició por una coledocolitiasis complicada. A lo largo de su estancia empezó a presentar

disfagia completa e intensa disnea lo que propició el que se realizase colaboración con el Servicio de Otorrinolaringología para la realización traqueostomía para asegurar vía aérea ante la hipertrofia de cuerpos vertebrales que comprimían la vía respiratoria.

Este paciente presentaba una dependencia leve para actividades básicas de la vida diaria y a raíz del prolongado ingreso hospitalario comienza a presentar un conjunto de síndromes geriátricos que requerirán ingreso en servicio de geriatría.

El paciente de nuestro estudio tenía un adecuado estado nutricional inicialmente pero debido a disfagia completa y al gran balance proteico negativo debido a la situación de estrés aguda no fisiológica, terminó con una desnutrición calórica proteica muy importante por lo que había requerido una gastrostomía percutánea.

Bibliografía

1. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997; 26: 315-8.
2. Forestier J, Rotès-Querol J. Senile ankylosing hiperostosis of the spine. *Ann Rheum Dis* 1950; 9: 321-30.
3. Resnick D, Shaul SR, Robins JM. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): Forestier's disease with extra-spinal manifestations. *Radiology* 1975; 115: 513-24.
4. Mizuno J, Nakagawa H, Song J. Symptomatic ossification of the anterior longitudinal ligament with stenosis of the cervical spine: a report of seven cases. *J Bone Joint Surg Br* 2005; 87: 1375-9.
5. Masiero S, Padoan E, Bazzi M, et al. Dysphagia due to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: an analysis of five cases. *Rheumatol Int* 2010; 30: 681-5.
6. Resnick D. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *AJR Am J Roentgenol* 1978; 130: 588-9.
7. Verlaan JJ, Boswijk PF, de Ru JA, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine: an underestimated cause of dysphagia and airway obstruction. *Spine J* 2011; 11: 1058-67.
8. Urrutia J, Bono CM. Long-term results of surgical treatment of dysphagia secondary to cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Spine J* 2009; 9: el 3-7.
9. Atzeni F, Sarzi-Puttini P, Bevilacqua M. Calcium deposition and associated chronic diseases (atherosclerosis, diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, and others). *Rheum Dis Clin North Am* 2006; 32: 413-26.
10. Goh PY, Dobson M, Iseli T, et al. Forestier's disease presenting with dysphagia and dysphonia. *J Clin Neurosci* 2010; 17: 1336-8.
11. Lecerf P, Malard O. How to diagnose and treat symptomatic anterior cervical osteophytes? *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2010; 127: 111-6.
12. Humphreys SC, Eck JC, Hodges SD, et al. Preliminary experience with a new surgical treatment for dysphagia due to anterior cervical osteophytes. *J Surg Orthop Adv* 2004; 13: 106-9.

Correspondencia

Dra. Marta González Eizaguirre
Benasque, 5 - Casa 1
50410 Cuarte de Huerva (Zaragoza)
E-mail: meizah@msn.com