

Instantánea Clínica

Hiperostosis Esquelética Idiopática Difusa. Enfermedad de Forestier

Luis Gerardo Domínguez-Gasca, Maribella Álvarez-Rodríguez, Luis Gerardo Domínguez-Carrillo

31 de Mayo del 2019

Autores:

El Dr. Luis Gerardo Domínguez Gasca es Ortopedista en la División de Cirugía del Hospital de Alta Especialidad del Bajío en León, Guanajuato; La Dra. Maribella Álvarez Rodríguez es Radióloga en el Departamento de Imagenología del Hospital Ángeles León en León, Guanajuato; El Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo es Especialista en Medicina de Rehabilitación en la División de Medicina de Rehabilitación del Hospital Ángeles León en León, Guanajuato.

Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo. email: lgdominguez@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Masculino de 78 años de edad, sin antecedentes de importancia, excepto el uso de motocicleta de gran peso desde los 25 años de edad. Canalizado a Rehabilitación con sintomatología de 5 días, caracterizada por cervicalgia con intensidad de 7/10 en EVA, con irradiación a región inter y supra-escapular, el cual se presentó después de realizar viaje de 8 horas en motocicleta. A la exploración física, FC 100l/min, TA 130/80; FR. 18 r/min. IMC 28. Cráneo y cara sin alteraciones; Cuello con

movimientos limitados, rotaciones sólo a 45°, Flexión 25°, Extensión 20°, flexiones laterales 15°; (relata que en los últimos 10 años ha notado disminución de movilidad cervical, sin darle importancia pues no presentaba dolor); músculos de nuca, esternocleidomastoideos y trapecios calificados en 5/5 para los ángulos anteriormente indicados, hombros con movilidad completa con calificación 5/5. Dolor moderado a la presión en inserción distal de angular del omoplato bilateral y ambos romboides; sensibilidad, reflejos y llenado capilar normales, resto de exploración normal.



Figura 1. (A) La tomografía muestra una imagen bien definida, redonda e hiperdensa de aprox. 3 cm de diámetro, ubicada en el lóbulo temporal medial izquierdo. Resonancia magnética T1 con contraste: (B) reconstrucciones coronales, (C) sagitales y (D) axiales; y secuencias T2: (E) axial, y (F) coronal; que reveló una lesión heterogénea en el lóbulo temporal medial izquierdo y giro parahipocampal con un núcleo central hipointenso rodeado por un halo hiperintenso con realce al medio de contraste por vía intravenosa.

Con diagnóstico de síndrome miofascial por sobreuso, se solicitan radiografías de columna cervical (Figura 1) encontrando calcificación de ligamento vertebral común anterior desde C2 a C7, con espacios discales respetados y articulaciones interapofisiarias no afectadas, correspondiendo a Hiperostosis esquelética idiopática

difusa (DISH por sus siglas en inglés), se solicitó resonancia magnética (Figura 2) para valorar posibilidad de compromiso laríngeo. Se le sometió a programa de 8 sesiones de ultrasonido a dosis de 1.5 watts/cm², dándose de alta asintomático pero sin cambios en arcos de movilidad cervical.



Figura 2. Resonancia magnética de columna cervical en corte sagital, ponderada en T2, mostrando puentes óseos de C2 a C7, casi en contacto con la laringe a nivel de C3-C4, con enfermedad discal C5-C6 y protrusión discal sin deformación del saco dural.

La DISH es una entesopatía osificante no inflamatoria de los ligamentos,¹ inserciones tendinosas y capsulares del raquis a nivel de la cara anterolateral de los cuerpos vertebrales, asociándose ocasionalmente a otras estructuras extra espinales; fue descrita en 1950 por Forestier y Rotes Querol;² se le encuentra entre el 6% al 12% de las autopsias; es un problema observado en 15 a 25% de todos los mamíferos con edad avanzada, en el humano se presenta con frecuencia de 19% en varones entre la sexta y séptima década y en 4% del género femenino.³ Existe la hipótesis de que algunos factores me-

tabólicos tienen gran importancia en DISH, particularmente: obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemia y principalmente la elevación de la insulina, estos factores presentan una firme asociación, faltando estudios robustos para aseverarlo.

De las vértebras, las torácicas se afectan en 100% de los casos, las lumbares en 68 a 90% y las cervicales en 65 a 78% de los pacientes con DISH.⁴ La sintomatología implica dolor moderado y rigidez cervical y dorsal, siendo la gran mayoría de los casos asintomáticos,⁵ cuando se afecta la columna cervical la disfagia es el sín-

toma más frecuente.⁶ Los criterios radiológicos de Resnick y Niwayama para su diagnóstico son:⁷ a) La presencia de osificación a lo largo del flanco antero lateral de cuatro cuerpos vertebrales contiguos, formando puentes óseos; b) La preservación relativa de la altura del disco intervertebral en la región afectada y c) La ausencia de erosión, de esclerosis o de anquilosis ósea de las articulaciones sacroilíacas o interapofisarias.

La presencia de DISH tiene enorme importancia ante procedimientos quirúrgicos que implican colocación de tubo endotraqueal al igual que para el neurocirujano y el otorrinolaringólogo.⁸ El diagnóstico diferencial implica a la espondilosis deformante, fluorosis, osteomalacia, acromegalia, paquidermoperiostitis, hipofosfatemia e hipoparatiroidismo. En general tiene buen pronóstico, requiriendo cirugía en casos de afectación cervical que involucra a vías digestivas o respiratorias altas.

REFERENCIAS

1. Katzman WB, Huang MH, Kritz-Silverstein D, et al. Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) and Impaired Physical Function: The Rancho Bernardo Study. *J Am Geriatr Soc.* 2017; 65:1476-1481.
2. Forestier J, Rotes-Querol J. Senile ankylosing hyperostosis of the spine. *Ann Rheum Dis,* 1950; 9: 321-330.
3. Nascimento FA, Gatto LA, Lages RO, Neto HM, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: A review. *Surg Neurol Int.* 2014. 5: (Suppl 3):122-125.
4. Mori K, Kasahara T, Mimura T, Nishizawa K, et al. Prevalence of thoracic diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) in Japanese: Results of chest CT-based cross-sectional study. *J Orthop Sci.* 2017;22:38-42.
5. Holgate RL, Steyn M. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: Diagnostic, clinical, and paleopathological considerations. *Clin Anat.* 2016; 29: 870-877.
6. García GM. Forestier-Rotés Querol disease: Cervical radiological progression and onset of dysphagia *Reumatol Clin* 2016;12:292-293.
7. Resnick D, Niwayama G. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Radiology* 1976; 119; 559-568.
8. Yunoki M, Suzuki K, Uneda A, Okubo S, et al Hirashita K, The importance of recognizing diffuse idiopathic skeletal hyperostosis for neurosurgeons: A Review. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2016; 56: 510-515.