

## COMUNICACIONES CLÍNICAS

### Osteofitos cervicales: una causa rara de adelgazamiento

### Cervical osteophytes: a rare cause of weight loss

J. Riancho<sup>a,\*</sup>, R. Sánchez<sup>b</sup>, L. Acle<sup>c</sup> y C. Valero<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander, España

<sup>c</sup> Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander, España

Recibido el 18 de noviembre de 2011; aceptado el 10 de diciembre de 2011

Disponible en Internet el 21 de enero de 2012

La pérdida importante de peso, es una manifestación ominosa que a menudo evoca la posibilidad de una neoplasia<sup>1</sup>. En particular, cuando se acompaña de disfagia hace pensar en una neoformación esofágica. Sin embargo, no siempre es así, y en ocasiones la causa de la misma es un trastorno no tumoral que condiciona una estenosis benigna, como ocurre en la esofagitis péptica o en los trastornos motores primarios o secundarios a procesos neurológicos o autoinmunes<sup>2</sup>. Excepcionalmente, la disfagia mecánica se debe a la presencia de osteofitos cervicales que comprimen la faringe o el esófago superior. Presentamos el caso de un paciente con un gran osteofito cervical, que condicionó una disfagia progresiva con un marcado adelgazamiento.

#### Caso clínico

Varón de 58 años con disfagia progresiva para sólidos con disminución de la ingesta de alimentos y adelgazamiento de 21 kg en los últimos 18 meses. Entre sus antecedentes personales destacaba el ser fumador de 30 paquetes-año y un consumo de 60 g de etanol/día. Había sido diagnosticado de esofagitis péptica y de hernia de hiato dos años antes por gastroscopia. A la exploración física presentaba delgadez extrema con un índice de masa corporal de 17 kg/m<sup>2</sup>, sin otras alteraciones relevantes. El hemograma, el perfil bioquímico, el electrocardiograma y la radiografía de tórax fueron normales. Se realizó una esofagogastroduodenoscopia que

mostró una esofagitis péptica leve sin estenosis. La tomografía axial computarizada (TAC) corporal solo reveló una ligera dilatación de la luz esofágica, sin que se observaran imágenes sugerentes de tumor, ni otros hallazgos relevantes. Se completó el estudio digestivo con una colonoscopia que puso de manifiesto múltiples divertículos. La serología para lúes, hepatitis virales y virus de inmunodeficiencia humana fueron negativas, al igual el estudio inmunológico con anticuerpos antinucleares, anti Scl70 y el factor reumatoide.

La exploración rinolaringológica observó un importante abombamiento de la pared posterior de la hipofaringe. Tras ello se efectuó una radiografía cervical lateral, que mostró un gran osteofito cervical en la región anterior de los cuerpos vertebrales C4-C5 (fig. 1). La radiografía de la columna dorsal y lumbar solo mostró cambios degenerativos leves.

La TAC cervical y el estudio esofágico baritado (fig. 2) confirmaron la existencia de un osteofito hipertrófico que comprimía la faringe a la altura de la epiglotis. Dada la gran repercusión clínica, se decidió seguir tratamiento quirúrgico con exéresis del osteofito C4-C5. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta sin presentar complicaciones. Transcurrido un mes y medio, no presentaba disfagia y había ganado 7 kg de peso.

#### Discusión

El síntoma más frecuente de la cervicoartrosis es el dolor. Sin embargo, en algunos casos puede manifestarse con otros síntomas como la tos, la broncoaspiración, la sensación

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jriancho@humv.es](mailto:jriancho@humv.es) (J. Riancho).



Figura 1 Radiografía cervical lateral con osteofito de gran tamaño a nivel C4-C5 (flechas blancas).

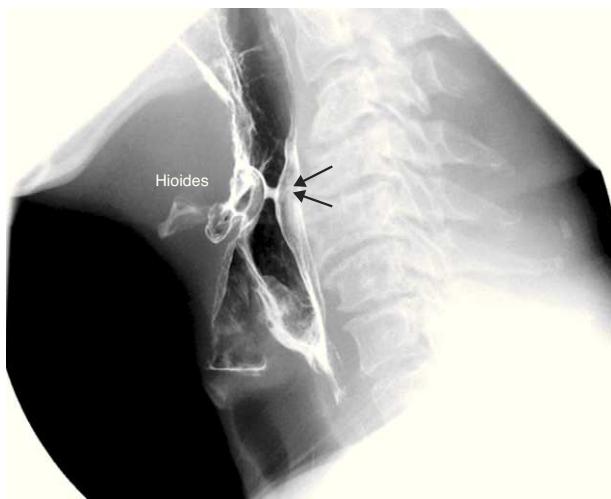


Figura 2 Esofagograma con doble contraste. El estudio bariado muestra la marcada compresión esofágica (flechas negras) a nivel de la región epiglótica.

de cuerpo extraño o la disfagia mecánica, como es el caso de nuestro paciente<sup>3</sup>. La disfagia debida a la existencia de alteraciones esqueléticas es una entidad poco frecuente. Los mecanismos implicados en la génesis de la disfagia son diversos. Entre ellos se encuentran la impronta directa de osteofitos sobre la luz faringoesofágica (especialmente en los estrechamientos fisiológicos, como a nivel del cricoideas), la inflamación y el edema periesofágicos y el espasmo por irritación. Las situaciones que se asocian con mayor frecuencia a la formación de excrecencias óseas son la hiperostosis anquilosante vertebral o enfermedad Forestier-Rotes

Querol (HAV), los traumatismos, la espondilosis cervical y los síndromes postlaminectomía quirúrgica<sup>4-6</sup>. Resnick et al.<sup>7</sup> describieron en su serie de 21 casos con HAV la presencia de disfagia en el 28%, aunque solo en el 4% fue la forma de presentación. En una revisión de 20 casos de disfagia mecánica secundaria a la presencia de osteofitos cervicales, el 50% fueron secundarios a HAV, mientras que la otra mitad fueron debidos a espondilosis cervical. La localización más frecuente fue a nivel de C5-C6 y C6-C7, siendo menos probable la afectación de vértebras superiores<sup>5</sup>.

En nuestro caso descartamos la presencia de HAV por la ausencia de alteraciones óseas a otros niveles, por lo que consideramos que la causa más probable es la cervicoartrosis, aunque esta suela presentarse a edades más avanzadas que la que presentaba nuestro paciente. La anamnesis no reveló datos sugerentes de procesos previos de carácter infeccioso o inflamatorio a nivel cervical que hicieran pensar en otras etiologías.

Además de las medidas terapéuticas de tipo dietético, que incluyen una dieta pastosa e instrucciones para una masticación cuidadosa, en ocasiones se puede emplear tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos o con corticoides<sup>8</sup>. En los casos más graves con una mayor repercusión orgánico-funcional, como era el caso de nuestro paciente, está indicada la intervención quirúrgica con abordaje transcervical anterior, que suele tener buenos resultados a largo plazo. Ozan et al.<sup>9</sup> demostraron en una serie de 13 pacientes intervenidos quirúrgicamente una reducción estadísticamente significativa del gradiente de presión a través del segmento afectado por el osteofito.

En definitiva, aunque la disfagia causada por osteofitos cervicales es muy poco frecuente, debemos considerar esta posibilidad cuando valoremos a pacientes con disfagia mecánica que presentan un estudio endoscópico normal. La realización de una radiografía cervical puede orientar definitivamente el diagnóstico en estos casos.

## Bibliografía

- Hernández JL, Riancho JA, Matorras P, González-Macías J. Clinical evaluation for cancer in patients with involuntary weight loss without specific symptoms. *Am J Med.* 2003;114: 631-7.
- Melleney EM, Subhani JM, Willoughby CP. Dysphagia referrals to a district general hospital gastroenterology unit: hard to swallow. *Dysphagia.* 2004;19:78-82.
- Matan AJ, Hsu J, Fredrickson BA. Management of respiratory compromise caused by cervical osteophytes: a case report and review of the literature. *Spine J.* 2002;2: 456-9.
- Oppenlander ME, Orringer DA, La Marca F, McGillicuddy JE, Sullivan SE, Chandler WF, et al. Dysphagia due to anterior cervical hyperosteophytosis. *Surg Neurol.* 2009;72: 266-70.
- Seidler TO, Pérez Álvarez JC, Wonneberger K, Hacki T. Dysphagia caused by ventral osteophytes of the cervical spine: clinical and radiographic findings. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2009;266:285-91.
- Mata S, Fortin PR, Fitzcharles MA, Starr MR, Joseph L, Watts CS, et al. A controlled study of diffuse idiopathic skeletal

- hyperostosis. Clinical features and functional status. Medicine (Baltimore). 1997;76:104–17.
7. Resnick D, Shapiro RF, Wiesner KB, Niwayama G, Utsinger PD, Shaul SR. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) [ankylosing hyperostosis of Forestier and Rotes-Querol]. Semin Arthritis Rheum. 1978;7:153–87.
8. Ozgocmen S, Kiris A, Kocakoc E, Ardicoglu O. Osteophyte-induced dysphagia: report of three cases. Joint Bone Spine. 2002;69:226–9.
9. Ozgursoy OB, Salassa JR, Reimer R, Wharen RE, Deen HG. Anterior cervical osteophyte dysphagia: manofluorographic and functional outcomes after surgery. Head Neck. 2010;32:588–93.