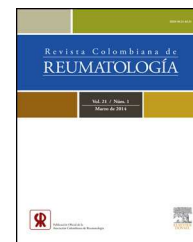




Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Carta al Editor

Enfermedad de Forestier y absceso cervical



Forestier's disease and cervical abscess

Varón de 62 años, sin alergias medicamentosas conocidas, hábitos tóxicos ni antecedentes epidemiológicos relevantes, con antecedentes familiares de padre y hermano fallecidos por neoplasia pancreática; intervenido de fractura de radio y cúbito postraumática, hernia inguinal bilateral y prostatectomía por adenoma; no toma medicación de manera habitual. Ingresó en nuestro servicio por cuadro de 10 días de evolución de dolor cervical bajo, sin traumatismo, con aparición de fiebre de 38,5 °C y tiritona 24 horas antes de su consulta. No presentó clínica a nivel otorrinolaringológico, disfagia, cefalea ni otro tipo de sintomatología en la anamnesis subjetiva detallada, realizada por aparatos. En la exploración física destacaba dolor a la palpación en musculatura paravertebral izquierda a nivel de C7, sin signos flogóticos ni meníngeos; varias piezas dentarias con caries, corazón rítmico sin soplos; abdomen normal incluyendo tacto rectal sin lesiones cutáneas, sin déficits neurológicos focales ni otras alteraciones relevantes; constantes vitales normales.

Se realizó TAC cervical que aportó hallazgos compatibles con colección de 22 mm rodeando apófisis espinosa C7, con cambios de miositis de la musculatura cervical posterior izquierda, espondilosis y anquilosis en columna cervical en relación con enfermedad de Forestier (fig. 1). Análiticamente se destacó glucemia basal en ayunas superior a 126 mg/dl (confirmada en posteriores determinaciones), VSG 80 mm 1.^a h y PCR 8,17 mg/dl, aislándose en todos los frascos de hemocultivos, así como en la muestra del absceso obtenida mediante control ecográfico *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) sensible a cloxacilina. Se completó estudio con TAC craneal y toracoabdominopélvica, ecocardiograma transtorácico y transesofágico y valoración por otorrinolaringólogo, sin obtenerse otros datos significativos. Los análisis que incluían hemograma, recuento, fórmula y coagulación, función renal y hepática, electrolitos, serie férrica, proteinograma, hormonas tiroideas y examen general de orina fueron normales. Las serologías de virus de hepatitis B, hepatitis C, VIH, lúes y estudio de líquido cefalorraquídeo resultaron negativos.

En estas circunstancias, se interpretó el cuadro como bacteriemia por *S. aureus* sensible a la metilicina en paciente inmunocompetente, con absceso cervical como complicación

secundaria, sobre enfermedad de Forestier de base, prescribiéndose tratamiento con cloxacilina 1 g, cada 8 horas, por vía intravenosa, durante 14 días, completando ambulatoriamente tratamiento con cefadroxilo 500 mg, cada 12 horas, vía oral, durante 4 semanas más; presentando buena evolución clínica, analítica y radiológica, con resolución completa del cuadro.

La hiperostosis esquelética idiopática difusa o enfermedad de Forestier y Rotes-Querol fue descrita, por primera vez, a nivel cervical en 1950¹. Se define como una entesopatía osificante, no inflamatoria, de los ligamentos espinales e inserciones tendinosas². Predomina en varones de raza blanca y su incidencia aumenta con la edad³. Su etiopatogenia es desconocida, pero se asocia a obesidad, hipertensión arterial, hiperuricemia o diabetes, como en el caso de nuestro paciente^{4,5}. Clínicamente, suele ser asintomática, aunque produce dolor en mayor o menor grado en el 40-80% de los pacientes. A nivel cervical puede producir disfonía, disnea, síntomas neurológicos o disfagia⁶. Las pruebas radiológicas (principalmente la TAC) resultan claves para su diagnóstico. A nivel cervical, las vértebras más comúnmente afectadas son las inferiores, como se puede observar en la figura 1. El tratamiento se basa en ejercicio físico y analgésicos en caso de dolor. La cirugía se reserva para casos graves de disfagia o manifestaciones neurológicas.

Consideramos interesante este caso por su relevancia clínica, ya que la bacteriemia por *S. aureus* adquirida en la comunidad y, principalmente, en ausencia de foco identificable, como es nuestro caso, es un marcador de infección complicado, presentándose en más del 40% de los casos infecciones a distancia (como el absceso cervical) y complicaciones de índole diversa en más del 90% de ellos^{7,8}. Tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva en la base de datos Medline, hemos encontrado en la literatura únicamente un caso de absceso epidural y osteomielitis sobre hiperostosis esquelética idiopática difusa subyacente⁹. En nuestro caso, la enfermedad de Forestier podría actuar como factor predisponente de complicación infecciosa a distancia, de una bacteriemia por *S. aureus* adquirida en la comunidad, en un paciente inmunocompetente; de ahí la importancia de realizar



Figura 1 – Cambios radiológicos compatibles con hiperostosis a nivel de cuerpos vertebrales cervicales.

un estudio sistemático para poder establecer un diagnóstico preciso e instaurar un tratamiento lo más precoz posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Almarza S, Meana Moris AR, García González P. Enfermedad de Forestier-Rotés Querol con fractura del cuerpo vertebral cervical. *Radiología*. 2011;53(2):186-8.
2. Oberstein EM, Carpintero M, Hopkins A. Neck pain from a rheumatologic perspective. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2011;485-502.

3. Julkunen H, Heinonen OP, Knekt P, Maatela J. The epidemiology of hyperostosis of the spine together with its symptoms and related mortality in a general population. *Scand J Rheumatol*. 1975;4:23-7.
4. Denko CW, Malemud CJ. Body mass index and blood glucose: correlations with serum insulin, growth hormone, and insulin-like growth factor-1 levels in patients with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Rheumatol Int*. 2006;26:292-7.
5. Kiss C, Szilagyi M, Paksy A, Poor G. Risk factors for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case-control study. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:27-30.
6. Mouen A, Liangpunsakul K. Forestier disease: A rare cause of dysphagia. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7:e16.
7. Lautenschlager S, Herzog C, Zimmerli W. Course and outcome of bacteremia due to *Staphylococcus aureus*: evaluation of different clinical case definitions. *Clin Infect Dis*. 1993;16:567.
8. Willcox PA, Rayner BL, Whitelaw DA. Community-acquired *Staphylococcus aureus* bacteraemia in patients who do not abuse intravenous drugs. *QJM*. 1998;91:41.
9. Fish DE, Middleton K, Gluzman A. Atypical presentation of osteomyelitis, discitis, epidural, and iliopsoas abscess in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) syndrome. *Am J Phys Med Rehabil*. 2008;87(11):960-6.

Goizalde Solano-Iturri^{a,*}, Nicanor García-Jiménez^a,
Ainhua Burzaco-Sánchez^b y Joseba Mikel Ibarmia-Lahuerta^a
^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Basurto,
Bilbao, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Basurto, Bilbao,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: goizalde.solanoiturri@osakidetza.net
(G. Solano-Iturri).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.03.001>

0121-8123/© 2014 Asociación Colombiana de Reumatología.
Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.