



Disfagia y disfonía asociadas con hiperostosis anquilosante. Enfermedad de Forestier

Dysphagia and dysphonia associated with ankylosing hyperostosis. Forestier's disease.

Ariadna María Canales Vargas,¹ Fernando José Castro Bonilla,¹ Diana Laura Reyes Carrillo,¹ Ana Luisa Lino González²

¹ Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje.

² Subdirección de Investigación Biomédica, Neurociencias Clínicas.

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Ciudad de México.

Correspondencia

Ariadna María Canales Vargas
ariadnacanales@gmail.com

Recibido: 4 de septiembre 2025

Aceptado: 22 de abril 2026

Este artículo debe citarse como: Canales-Vargas AM, Castro-Bonilla FJ, Reyes-Carrillo DL, Lino-González AL. Disfagia y disfonía asociadas con hiperostosis anquilosante. Enfermedad de Forestier. An Orl Mex 2026; 71 (2): 145-156.

PARA DESCARGA

<https://doi.org/10.24245/aorl.v71i2.10725>

<https://otorrino.org.mx>
<https://nietoeditores.com.mx>

Resumen

ANTECEDENTES: La disfagia en el adulto mayor es una afección frecuente de origen multifactorial que exige una evaluación clínica detallada.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 88 años, con disfagia y disfonía secundaria a hiperostosis anquilosante senil de la columna cervical, también conocida como enfermedad de Forestier. El estudio de nasolaringoendoscopia evidenció aumento en el volumen de la pared faríngea posterior al pasar el esfínter velofaríngeo y fijación de la cuerda vocal izquierda en posición para media. En la evaluación endoscópica de la deglución se encontró disfagia moderada en escala de Cámpora; la videofluoroscopia de la deglución evidenció residuos valleculares y en los senos piriformes, con regurgitación mínima hacia la nasofaringe, así como penetración y aspiración de medio hacia la vía aérea reportando acceso de tos. Los estudios de imagen revelaron osteofitos, fusión vertebral anterior con sindesmofitos anteriores y osteofitos marginales posteriores grandes de C3 a C7 con datos de artropatía. El paciente recibió tratamiento conservador multimodal, rehabilitación de la deglución y voz, así como terapia física y ocupacional, con vigilancia médica con evolución favorable.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Forestier representa una causa relevante de disfagia en el adulto mayor que requiere un alto índice de sospecha clínica y atención multidisciplinaria. La combinación de diagnóstico oportuno, tratamiento conserva-

dor y, en casos indicados, intervención quirúrgica, permite controlar los síntomas y prevenir complicaciones, con mejoría del pronóstico y bienestar de esta población vulnerable.

PALABRAS CLAVE: Disfagia; disfonía; enfermedad de Forestier; hiperostosis.

Abstract

BACKGROUND: Dysphagia in older adults is a common condition with multifactorial etiology that requires a detailed clinical evaluation.

CLINICAL CASE: An 88-year-old male patient with dysphagia and dysphonia secondary to senile ankylosing hyperostosis of the cervical spine, also known as Forestier's disease. The nasolaryngoendoscopy study showed an increase in the volume of the posterior pharyngeal wall upon passing the velopharyngeal sphincter and fixation of the left vocal cord in the mid-position. Endoscopic evaluation of swallowing revealed moderate dysphagia on the Campora scale, as well as videofluoroscopy of swallowing with vallecular and pyriform sinus residues, with minimal regurgitation into the nasopharynx, as well as penetration and aspiration of medium into the airway, reporting coughing fits. Imaging studies revealed osteophytes, anterior vertebral fusion with anterior syndesmophytes, and large posterior marginal osteophytes from C3 to C7 with evidence of arthropathy. The patient underwent multimodal conservative management, swallowing and voice rehabilitation, as well as physical and occupational therapy, under medical supervision with favorable outcome.

CONCLUSIONS: Forestier's disease is a significant cause of dysphagia in older adults, requiring a high index of clinical suspicion and multidisciplinary care. The combination of timely diagnosis, conservative treatment, and, when indicated, surgical intervention, allows for symptom control and prevention of complications, improving the prognosis and well-being of this vulnerable population.

KEYWORDS: Dysphagia; Dysphonia; Forestier's disease; Hyperostosis.

ANTECEDENTES

El envejecimiento conlleva una serie de cambios neuromusculares que afectan la función de la deglución, lo que predispone a la aparición de disfagia orofaríngea, un síndrome común en la población geriátrica que repercute negativamente en la salud, la capacidad funcional y la calidad de vida. En adultos mayores puede originarse por múltiples causas: cambios fisiológicos del envejecimiento, alteraciones neuromusculares, cambios estructurales y enfermedades específicas. Estas alteraciones, sumadas a la alta prevalencia de disfagia, subrayan la necesidad de una evaluación clínica rigurosa para evitar complicaciones graves, como la neumonía por aspiración, que es una causa importante de muerte en esta población.¹

La prevalencia media de la disfagia reportada en residencias geriátricas es del 65 al 75%, en adultos mayores hospitalizados por enfermedades agudas es del 35 al 55% y en pacientes que viven en la comunidad del 15 al 25%. Se ha reportado que los recursos suelen dirigirse al tratamiento de las complicaciones generadas por la disfagia orofaríngea más que al diagnóstico y tratamiento del problema primario.^{1,2}

La disfagia suele iniciar con una disminución en la eficacia de la deglución. El paciente puede manifestar desnutrición o signos de deshidratación; asimismo, si se afecta la seguridad condicionará atragantamientos con posible obstrucción de la vía aérea, aspiración traqueo-bronquial y neumonía aspirativa, de tal manera que las complicaciones respiratorias suelen convertirse en la principal causa de muerte en estos pacientes. Aproximadamente el 50% de los adultos mayores con disfagia orofaríngea tienen alteración de la seguridad de la deglución (penetraciones y aspiraciones). Una elevada proporción de estos pacientes tienen aspiraciones silentes, es decir, sin tos.²

La enfermedad de Forestier, o hiperostosis esquelética idiopática difusa, destaca porque causa afectación de la columna vertebral mediante osificación del ligamento longitudinal anterior y formación de osteofitos en el cuerpo vertebral que comprime estructuras adyacentes, lo que puede provocar compresión extrínseca de las vías aéreas y digestivas que, a su vez, causa

síntomas como disfagia, disfonía y disnea. Este trastorno representa una causa relevante y a menudo subdiagnosticada de disfagia en el adulto mayor.

La disfagia asociada con la enfermedad de Forestier puede ser subestimada debido a la naturaleza insidiosa de la enfermedad y la frecuente ausencia de síntomas específicos. Por ello, la integración de la historia clínica, la evaluación funcional de la deglución y los estudios de imagen son decisivos para una atención integral. Además, la adaptación de las consistencias alimentarias y la rehabilitación pueden mejorar significativamente la calidad de vida del paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 88 años, con dificultad en la deglución en todas las consistencias, en especial con sólidos secos y líquidos. Describió el cuadro como progresivo, con un año de evolución, caracterizado por atragantamientos frecuentes y accesos de tos.

La alimentación la realizaba de forma independiente, tres veces al día y en porciones reducidas por pérdida de apetito. Mantenía una dieta con restricción proteica, en especial para carnes rojas y trigo. Se documentó pérdida ponderal de 10 kg en un año. La masticación era eficiente, con preferencia de alimentos blandos y tenía dolor constante en la región cervical.

El paciente refirió padecer disfonía de seis meses de evolución, lentamente progresiva, exacerbada con el uso vocal, caracterizada por disminución de la intensidad y ser áspera; se acompañaba de necesidad de aclaramiento vocal. La causa atribuible de la disfonía para el paciente era el problema de deglución. En la valoración médica practicada aproximadamente un año antes se estableció el diagnóstico de disfagia y parálisis de la cuerda vocal izquierda.

No tenía antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento actual.

Entre los antecedentes personales patológicos destacó: diabetes mellitus tipo 2 desde los 50 años, hipotiroidismo diagnosticado a los 70 años, síndrome doloroso de hombro secundario a osteoartrosis glenohumeral derecha, tendinopatía del manguito rotador, hipoacusia bilateral de carácter multifactorial (degenerativa, metabólica y por exposición a ruido). Se le había practicado amigdalectomía a los 40 años, facoemulsificación bilateral a los 78, nefrectomía derecha secundaria a cáncer renal no especificado a los 79 y artroplastia total de rodilla derecha por osteoartrosis a los 86. Padecía rinitis alérgica y glaucoma.

Requería polifarmacia: metformina, vildagliptina, dapaglifozina, levotiroxina, omeprazol, cinitaprida, magaldrato, dimeticona, aluminio, magnesio, tamsulosina, nandrolona, suplemento alimenticio proteico no especificado, tramadol con paracetamol, bimatoprost, sulfato sódico de condroitina e hipromelosa.

Exploración foniatría

Voz de tono grave, timbre áspero, intensidad disminuida, tiempo máximo fonatorio de 4 segundos, tiempo máximo espiratorio de 8 segundos, débito fonatorio disminuido ++++/++++, débito inspiratorio aumentado ++++/++++, respiración mixta de predominio oral, patrón respiratorio superior, fatiga vocal y fonación aspirada. La mecánica fonorrespiratoria era incoordinada e insuficiente.

La rinoscopia evidenció el tabique con cresta basal izquierda, mucosa pálida con degeneración polipoide, cornetes hipertróficos y rinorrea hialina. Cavidad oral realiza praxias con dificultad. Ojos con movimientos simétricos, pupila izquierda puntiforme, pupila derecha midriática y ausencia de reflejo corneal izquierdo.

Exploración física

Cuello: tensión cervical y limitación de movimiento en todos los arcos de movilidad y dolor a la exploración. *Tráquea central:* disminución de movimiento en ascenso y descenso durante la deglución, desplazable lateralmente, sin adenopatías palpables.

En posición anteroposterior la cabeza se observó alineada con el cuello, se advirtió descenso del hombro derecho, columna cervical con curvatura levoconvexa, aumento de la cifosis dorsal, contractura de los músculos paravertebrales cervicales, trapecios y esternocleidomastoideos bilateral.

Nasofibrolaringoscopia flexible

Se introdujo el endoscopio por la narina derecha, se apreció la mucosa pálida atrofiada, secreciones hialinas en descarga, velo del paladar anatómicamente bien conformado. En la evaluación funcional del esfínter velofaríngeo se observó cierre completo con patrón circular sin rodete. Rebasando el esfínter velofaríngeo se detectó aumento del volumen de la pared faríngea posterior a expensas de crecimiento redondeado que abarcaba, aproximadamente, el 50% de la luz faríngea (**Figura 1A**) que, en sentido longitudinal, alcanzaba la base de la lengua (**Figura 1B**) y el borde libre de la epiglotis. **Figura 1C**

La úvula se observaba alargada, la amígdala lingual con empedrado y detritos celulares, valléculas y senos piriformes libres, aritenoides con edema difuso, bandas y cuerdas vocales anatómicamente bien conformadas. Durante la fonación se notó limitación en el movimiento de abducción de la cuerda vocal izquierda que permanecía en posición paramedia. **Figura 2**

El cierre era compensado, parcialmente, por la cuerda vocal derecha y se advertían secreciones GII de Langomore.

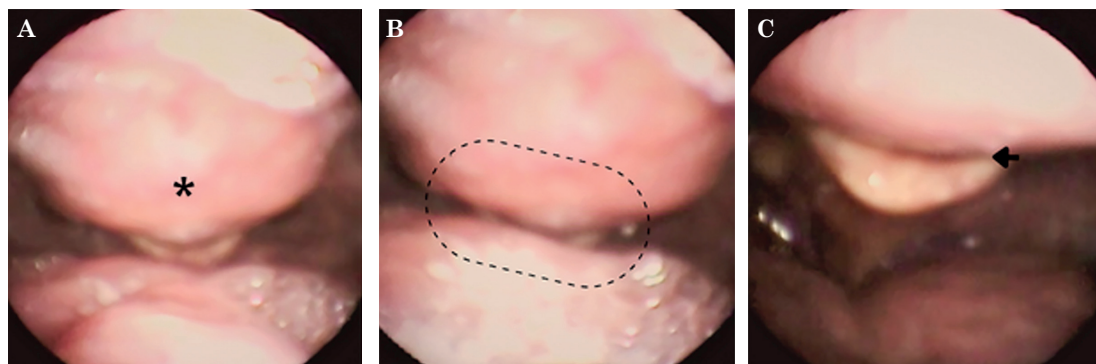


Figura 1

Evaluación nasoendoscópica. **A.** Al pasar el velo del paladar y el esfínter velofaríngeo se observa aumento del volumen de la pared faríngea posterior a expensas de crecimiento redondeado que abarca, aproximadamente, el 50% de la luz faríngea. **B.** El crecimiento faríngeo en sentido longitudinal alcanza y contacta la base de la lengua. **C.** Contacto del crecimiento faríngeo con el borde libre de la epiglotis que limita su basculación.



Figura 2

Evaluación nasendoscópica: se observa que la cuerda vocal izquierda permanece en posición paramedia.

Evaluación endoscópica de la deglución (FEES)

Se llevó a cabo con las consistencias 0, 2, 4 y 7 de acuerdo con el sistema estandarizado para clasificación de texturas en el paciente con disfagia (IDDSI® **Figura 3**) a volúmenes de 5 y 10 cc, y media porción de consistencia 7. Fase oral con evidente dificultad para la propulsión del bolo, retardo en la basculación epiglótica cuyo movimiento se veía afectado por aumento del volumen faríngeo posterior; el paciente realizaba degluciones dobles y se detectó residuo vallecular que aumentaba a mayor volumen, con evidencia de penetración y aspiración con consistencia 0 sin desencadenar tos. **Figura 4A**

Con la consistencia 7 había estancamiento vallecular e importante dificultad para aclaramiento pese a maniobras posicionales y administración de consistencia 0. **Figura 4B**

Se terminó el estudio sin incidentes, con saturación y frecuencia cardiaca estable.

Videofluoroscopia de la deglución

Selle labial y palatoglosa adecuado. Se detectó residuo en la vallécula y los senos piriformes, con regurgitación mínima hacia la nasofaringe, penetración y aspiración de medio hacia la vía aérea que desencadenó un acceso de tos. **Figura 5**

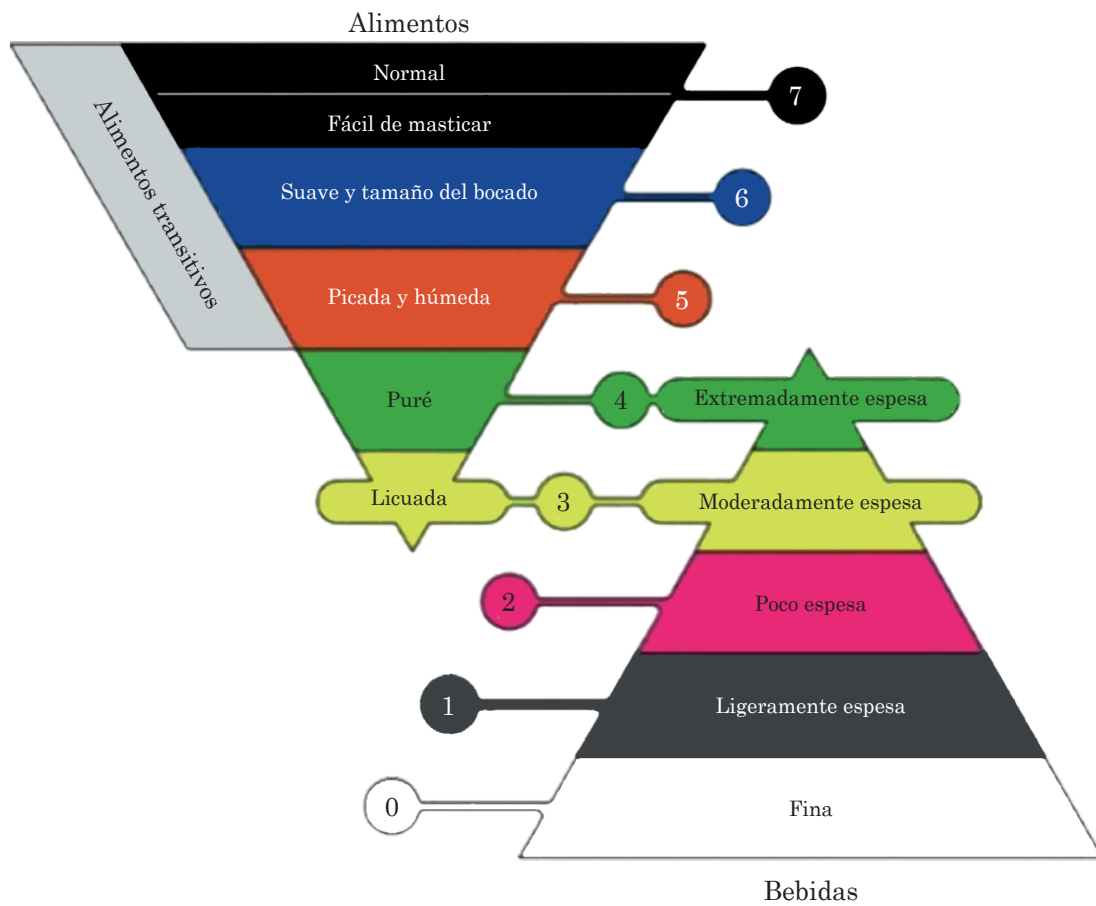


Figura 3

Sistema estandarizado para la clasificación de texturas en pacientes con disfagia (IDDSI®).

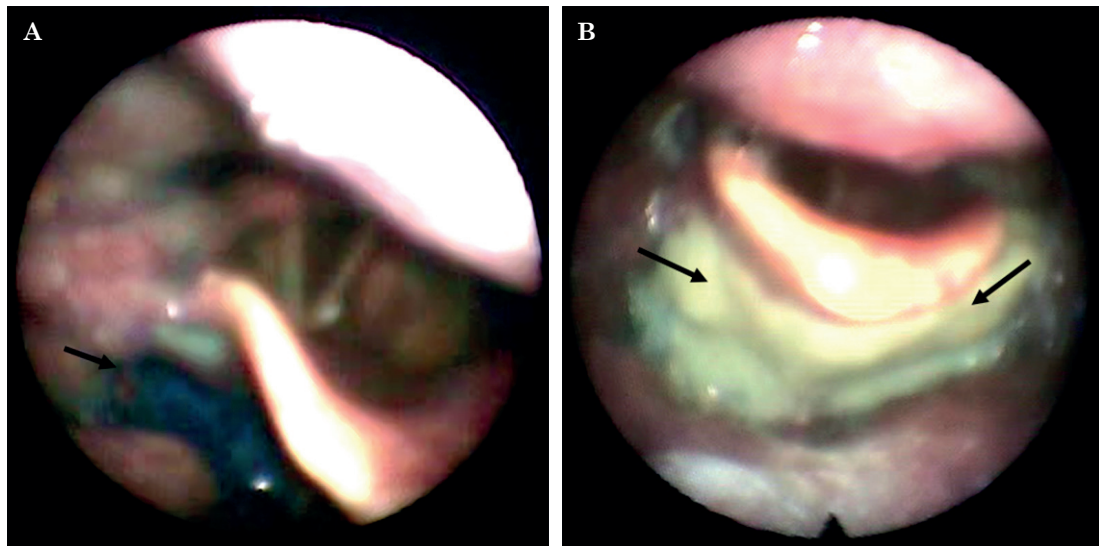


Figura 4

Evaluación endoscópica de la deglución **A.** Residuo posdeglutorio de consistencia 0. **B.** Estancamiento en el área vallecular posdeglutorio, consistencia 7.

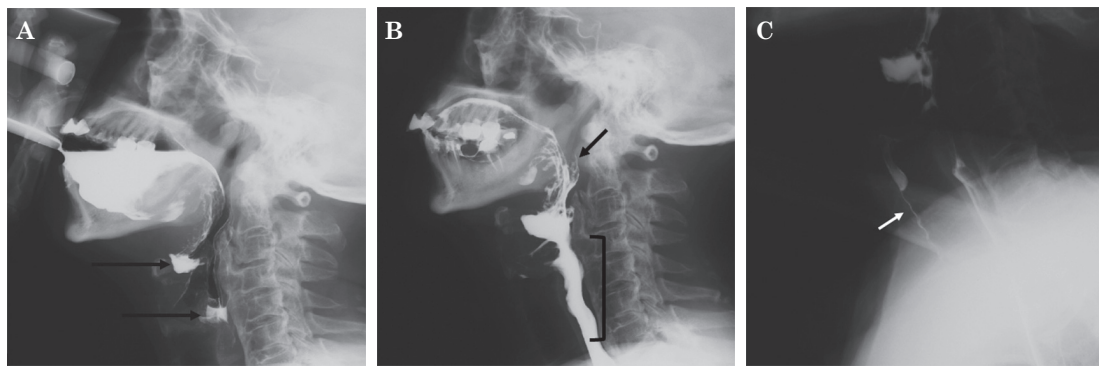


Figura 5

Videofluoroscopia de la deglución. **A.** Residuo vallecular y en los senos piriformes. **B.** Regurgitación a la nasofaringe, irregularidad en el segmento superior esofágico. **C.** Penetración y aspiración de medio hacia la vía aérea.

Radiografía cervical en proyección anteroposterior y lateral de la columna cervical

Se observó adecuada congruencia articular, disminución de los espacios intersomáticos, osteofitos, fusión vertebral anterior desde C3 hasta C7 con datos de artropatía, espondilodiscrosis con sindesmofitos grandes en C3-C7 anteriores y osteofitos marginales posteriores.

Resonancia magnética de cráneo simple y contrastada

Disminución de volumen cerebral hemisférico de apariencia involutiva grado II, hiperintensidades puntiformes de sustancia blanca subcortical y profunda bihemisférica supratentorial (patrón asociado con microangiopatía-leucoaraiosis grado II de Fazekas), así como una importante deformación de la columna cervical y cambios en la densidad ósea. **Figura 6**

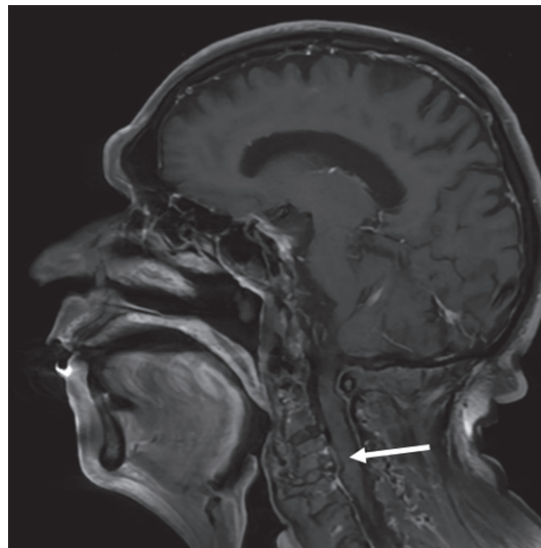


Figura 6

Resonancia magnética de cráneo. Corte sagital, disminución de volumen cerebral hemisférico, hiperintensidades puntiformes de la sustancia blanca subcortical y profunda bihemisférica supratentorial. Se aprecia deformación de la columna cervical con disminución de los espacios intersomáticos y la fusión vertebral C3-C7, osteofitos marginales posteriores.

Tomografía axial computada de cuello

En la tomografía computada se identificó una excrecencia ósea prominente dependiente del cuerpo vertebral a nivel de C4-C5 que generaba desplazamiento de la línea media hacia la izquierda, que afectaba la pared faríngea posterior y originaba un efecto de masa de dirección anteroposterior que condicionaba la disminución significativa del calibre de la vía aérea superior.

Los hallazgos fueron compatibles con los cambios osteofíticos prominentes observados en el síndrome de Forestier, caracterizados por la consecuente formación de osificación exuberante del ligamento longitudinal anterior, especialmente en la columna cervical. **Figura 7**

Ultrasonido de cuello

Se observó la glándula tiroides en situación y tamaño conservados, así como bordes regulares definidos. Se encontró ecogenicidad homogénea sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio. No se observaron crecimientos ganglionares con datos de infiltración.

DISCUSIÓN

La severidad de la disfagia orofaríngea puede ser de grado variable, desde una dificultad leve a moderada o severa con una total imposibilidad para la deglución. Los métodos clínicos utilizados para evaluar la gravedad de la disfagia orofaríngea son las escalas de Càmpera o Fujishima.^{3,4}

En el paciente del caso la disfagia se asoció con la enfermedad de Forestier, también conocida como hiperostosis esquelética idiopática difusa. Se trata de una enfermedad reumatológica, caracterizada por la formación de osteofitos en los cuerpos vertebrales y osificación del liga-

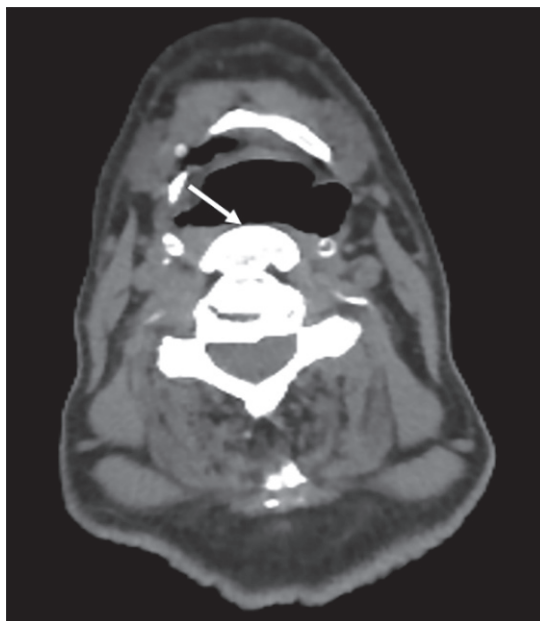


Figura 7

Tomografía axial computada de cuello en corte coronal, excrecencia ósea dependiente de cuerpos cervicales C4, C5, que afecta la pared faríngea posterior con efecto de masa.

mento longitudinal anterior de la columna vertebral que generan compresión de estructuras anatómicas cercanas. Descrito inicialmente en 1950 por Forestier y Rotes-Querol dentro de la Liga Francesa contra el Reumatismo, se denominó enfermedad anquilosante de la columna o hiperostosis anquilosante senil de la columna. En 1978, Resnick modificó el término a hiperostosis esquelética idiopática difusa debido a su afectación espinal y extraespinal.^{5,6,7}

Suele afectar a personas mayores de 50 años; sin embargo, se ha observado un pico de incidencia entre los 60 y 80 años.⁵ Se ha informado con mayor frecuencia en hombres con una relación de 2:1, con una prevalencia del 3.8% en varones y del 2.6% en mujeres.^{4,5}

Si bien la causa de la enfermedad de Forestier sigue siendo desconocida, se ha identificado una estrecha relación con alteraciones metabólicas como diabetes mellitus tipo 2, obesidad, dislipidemia, hiperinsulinemia y administración prolongada de isotretinoína; asimismo, se vincula con afecciones inflamatorias: artritis reumatoide, gota y traumatismo cervical severo.⁸

La enfermedad de Forestier suele ser, en la mayoría de los casos, asintomático o causar síntomas leves de curso benigno, lo que dificulta el diagnóstico temprano.⁹ Los síntomas más frecuentes incluyen disfagia orofaríngea como síntoma principal (17.5-28%), que se manifiesta como consecuencia de la osificación del ligamento longitudinal anterior en la columna cervical, provocando compresión del esófago, dolor y rigidez de la columna vertebral cervical y dorsal. La disfagia orofaríngea, también denominada disfagia de transferencia, se distingue por dificultad para iniciar la deglución, necesidad de múltiples intentos deglutorios, regurgitación nasal y episodios de tos o ahogo inmediatos,² que disminuyen la eficacia de la deglución y más del 70% de los pacientes tienen riesgo de desnutrición o signos de deshidratación.

Si se pone en riesgo la seguridad causará atragantamientos con posible obstrucción de la vía aérea, aspiración traqueobronquial y neumonía por aspiración,¹ de manera que las complicaciones respiratorias suelen convertirse en la principal causa de muerte. Alrededor del 50% de los adultos mayores con disfagia orofaríngea tienen alteración de la seguridad de la deglución (penetraciones y aspiraciones) y una elevada proporción de estos pacientes tienen aspiraciones silentes, es decir, sin tos.²

Otros síntomas frecuentes son: disfonía y tos crónica, como resultado de la compresión laríngea o traqueal,^{9,10} percepción de cuerpo extraño en la garganta, que se atribuye a osteofitos prominentes en la cara anterior de las vértebras cervicales, y disnea en casos graves, cuando la osificación genera estenosis significativa de la vía aérea.¹⁰ Desde el punto de vista neurológico, aunque es poco común, se manifiestan radiculopatía cervical o mielopatía compresiva.¹¹

El diagnóstico se basa, principalmente, en estudios de imagen. Para ello, Resnick estableció criterios radiográficos para su identificación, que incluyen: 1) osificación anterolateral de al menos cuatro cuerpos vertebrales contiguos, 2) ausencia de anquilosis en las articulaciones interapofisarias y sacroilíacas, lo que la diferencia de la espondilitis anquilosante, y 3) preservación de los discos intervertebrales en los segmentos afectados.^{12,13}

Según la extensión de la osificación, la enfermedad se clasifica en grados: a) 0: sin osificación, b) 1: osificación en uno o dos cuerpos vertebrales o un puente óseo, c) 2: osificación en tres o más cuerpos vertebrales contiguos o formación de dos puentes óseos, y d) 3: tres o más puentes óseos.⁶

La enfermedad de Forestier se distingue por la osificación y calcificación de ligamentos y entesis en diversas regiones del cuerpo. Las áreas comúnmente dañadas incluyen el olécranon, la pelvis y la rótula; sin embargo, la columna vertebral es la más afectada. En esta última, la región torácica es la aquejada con más frecuencia, seguida de la cervical, y el daño se observa con mayor frecuencia entre C4-C7, particularmente en C5-C6 y la región lumbar.⁸ La afectación de los segmentos cervicales puede interferir con la adecuada movilidad de las estructuras faringo-laríngeas, que limita el cierre epiglótico durante la deglución y contribuye a la aparición de síntomas disfágicos característicos del cuadro clínico.

La osificación del ligamento longitudinal anterior es común, mientras que la afectación de otros ligamentos, como el posterior, el nucal, el amarillo y el interespinoso, es menos frecuente. Estas osificaciones pueden formar complejos osteofíticos, con predominio del lado derecho. Puede manifestarse también en ligamentos y tendones extraespinales, con daño al sistema musculoesquelético periférico.¹⁰

La resonancia magnética se usa en casos de síntomas neurológicos para descartar compresión medular.¹⁴ Los estudios de laboratorio, como biometría hemática y química sanguínea, suelen ser normales. La velocidad de sedimentación globular, la proteína C reactiva y el factor reumatoide no muestran alteraciones, lo que ayuda a diferenciar este síndrome de otras enfermedades inflamatorias.¹⁴ Desde el punto de vista genético, se observa positividad para los antígenos leucocitarios humanos B-27.

El tratamiento del síndrome es principalmente conservador y se centra en el alivio sintomático del dolor y la inflamación a base de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES).¹⁴ Los relajantes musculares se indican en casos de contracturas cervicales o dorsolumbares; asimismo, la terapia física es necesaria porque mejora la movilidad y previene la evolución de la rigidez.¹⁵

El tratamiento quirúrgico, que consiste en la resección de los osteofitos para aliviar la compresión, se reserva para casos en los que el daño esofágico, laríngeo o traqueal provoque síntomas graves que afecten significativamente la calidad de vida del paciente.¹⁶

Es decisivo un enfoque multidisciplinario para mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir desenlaces adversos. La disfagia como manifestación del síndrome de Forestier tiene un pronóstico generalmente favorable si se reconoce de forma oportuna y se instauran medidas terapéuticas adecuadas a fin de evitar complicaciones.¹

La disfagia estadificada como moderada por Càmpera (deglución aceptable durante la ingesta de dieta blanda y posible dificultad para deglutir líquidos y sólidos), junto con la parálisis cordal izquierda en posición paramedia, fueron los síntomas iniciales del paciente del caso, que, tras la evaluación integral, se atribuyeron a hiperostosis anquilosante senil de columna cervical, conocida como enfermedad de Forestier. Los trastornos en la deglución en adultos mayores son de origen multifactorial y uno de los síndromes en geriatría más frecuentes; sin embargo, a pesar de su alta incidencia y del efecto significativo que tienen en la calidad de vida de los pacientes, la atención clínica continúa siendo limitada, en gran parte, porque suele enmarcarse en el contexto de enfermedades preexistentes de tipo neurológicas, neurodegenerativas o propias del envejecimiento fisiológico, sin contemplar otras causas estructurales.

La enfermedad de Forestier, frecuentemente subdiagnosticada, puede manifestarse con disfagia orofaríngea. Este caso resalta la importancia de una evaluación integral en pacientes

geriátricos con disfagia y disfonía; por tal motivo, es fundamental considerar el diagnóstico de hiperostosis anquilosante en esta población. La evaluación endoscópica de la deglución, la videofluoroscopia y los estudios de imagen fueron fundamentales para identificar los cambios estructurales y planificar estrategias terapéuticas. La identificación oportuna de este padecimiento facilita un tratamiento dirigido y evita procedimientos invasivos innecesarios. El tratamiento es conservador, la rehabilitación de la deglución se consolida con medidas de deglución seguras y rehabilitación vocal de la disfonía. La intervención quirúrgica se reserva para casos graves en los que hay evidencia de daño compresivo severo.

El paciente del caso recibió terapia de deglución institucional con evolución clínica favorable. Se implementó un enfoque multimodal que incluyó terapia de sensibilidad orofacial, adiestramiento motor de la deglución y modificación de alimentos de acuerdo con la IDDSI 2 para líquidos e IDDSI 6 para alimentos sólidos, priorizando la prevención de aspiraciones y la optimización de la calidad de vida. Para el manejo vocal se restableció el patrón respiratorio y se implementaron ejercicios con inspirómetro en forma progresiva. Asimismo, recibió rehabilitación física y ocupacional institucional, de tal manera que los arcos de movilidad cervical mejoraron parcialmente y cedió la cervicalgia.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Forestier representa una causa relevante de disfagia en el adulto mayor que requiere un alto índice de sospecha clínica y atención multidisciplinaria. La combinación de diagnóstico oportuno, tratamiento conservador y, en casos indicados, intervención quirúrgica, permite controlar los síntomas y prevenir complicaciones, con mejoría del pronóstico y bienestar de esta población vulnerable.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiamiento

Ninguno.

REFERENCIAS

1. Clavé P. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012; 47 (4): 139-40. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.04.009>
2. Ariza-Galindo CJ, Rojas Aguilar DM. Disfagia en el adulto mayor. *Univ Med* 2020; 61 (4). <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed61-4.disf>
3. Cámpora H, Falduti A. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Rev Am Med Respir* 2012; 12 (3): 98-107.
4. Kunieda K, Ohno T, Fujishima I, et al. Reliability and validity of a tool to measure the severity of dysphagia: the Food Intake LEVEL Scale. *J Pain Symptom Manage* 2013; 46 (2): 201-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.07.020>
5. Le HV, Wick JB, Van BW, Klineberg EO. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the spine: Pathophysiology, diagnosis, and management. *J Am Acad Orthop Surg* 2021; 29 (24): 1044-51. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-20-01344>
6. Sánchez-González F, Benito-Arroyo I, Urbano-Urbano J, Paulino-Herrera A. Enfermedad de Forestier Rotes Querol (hiperostosis difusa esquelética idiopática). *SEMERGEN Med Fam* 2006; 32: 461-3. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(06\)73317-2](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73317-2)

7. Sinha R, Aggarwal N, Dutta S, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis involving cervical and lumbar spine presenting with dysphagia: A case report. *Iran J Otorhinolaryngol* 2017; 29 (93): 233-6.
8. Resnick D, Shapiro RF, Wiesner KB, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) [ankylosing hyperostosis of Forestier and Rotes-Querol]. *Semin Arthritis Rheum* 1978; 7 (3): 153-87. [https://doi.org/10.1016/0049-0172\(78\)90036-7](https://doi.org/10.1016/0049-0172(78)90036-7)
9. Urrutia J, Besa P, Andrades P. Cervical involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a cause of dysphagia. *Spine J* 2016; 16 (11): 1365-9.
10. Julkunen H, Heinonen OP, Knekt P. Hyperostosis of the spine (DISH) and hyperglycemia. *J Rheumatol* 1975; 2 (3): 243-7. <https://doi.org/10.1136/ard.30.6.605>
11. Mader R, Verlaan JJ, Eshed I, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): where we are now and where to go next. *RMD Open* 2017; 3 (1): e000472. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2017-000472>
12. Alcázar L, Jerez PJ, Gómez-Angulo JC, et al. Enfermedad de Forestier Rotes Querol. Osificación del ligamento longitudinal cervical anterior como causa de disfagia. *Neurocir* 2008; 19 (4): 350-5.
13. Kim BS, Moon MS, Yoon MG, et al. Prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis diagnosed by whole spine computed tomography: A preliminary study. *Clin Orthop Surg* 2018; 10 (1): 41-6. <https://doi.org/10.4055/cios.2018.10.1.41>
14. Kiss C, Szilágyi M, Paksy A, Poór G. Risk factors for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a case-control study. *Rheumatology (Oxford)* 2002; 41 (1): 27-30. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/41.1.27>
15. Nascimento FA, Gatto LA, Lages RO, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: A review. *Surg Neurol Int* 2014; 5 (Suppl 3): S122-5. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.130675>
16. Carlson ML, Archibald DJ, Graner DE, Kasperbauer JL. Surgical management of dysphagia and airway obstruction in patients with prominent ventral cervical osteophytes. *Dysphagia* 2011; 26 (1): 34-40. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9264-6>