

Disfagia en paciente con hiperostosis esquelética difusa idiopática cervical.

Reporte de caso

Dysphagia in a patient with cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis.
Case report.



Carlos Enríque **Hernández Borroto**
Katuska Viviana **Carranza Reinado**
Yuri **Medrano Plana**



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

ART Volumen 26 #1 enero - julio

Revista

ARETÉ

ISSN-I: 1657-2513 | e-ISSN: 2463-2252 *Fonoaudiología*

ID: [10.33881/1657-2513.art.26101](https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.26101)

Title: Dysphagia in a patient with cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis.

Título: Disfagia en paciente con hiperostosis esquelética difusa idiopática cervical.

Alt Title / Título alternativo:

[en]: Dysphagia in a patient with cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis.

[es]: Disfagia en paciente con hiperostosis esquelética difusa idiopática cervical.

Author (s) / Autor (es):

Hernández Borroto, Carranza Reinado & Medrano Plana

Keywords / Palabras Clave:

[en]: Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis; Cervical Vertebrae; Deglutition Disorders; Tomography X-Ray Computed; Radiography; Conservative Treatment

[es]: Hiperostosis esquelética difusa idiopática; Vértebras Cervicales; Trastornos de deglución; Tomografía Computarizada por Rayos X; Radiografía; Tratamiento Conservador

Submitted: 2025-10-03

Accepted: 2025-12-22

Resumen

La hiperostosis esquelética difusa idiopática, es una patología caracterizada por osificación del ligamento longitudinal anterior. Aunque puede ser asintomática, su evolución clínica se vincula a síntomas compresivos de vías digestiva y/o respiratoria, que justifican una rehabilitación fonoaudiológica como tratamiento conservador inicial o postquirúrgico. Se reporta el caso de un hombre de 58 años atendido en consultorio clínico privado por presentar rigidez cervical y disfagia progresiva. La tomografía axial computarizada indicada reveló osificaciones cervicales (C3–C7) y dorsales altas (T1–T3) que comprimían el esófago. Tras el diagnóstico de disfagia mecánica extrínseca cervical, se instauró tratamiento médico y manejo de la sintomatología digestiva mediante terapias de rehabilitación fonoaudiológica.

Se realiza una discusión del caso con base a una revisión de la bibliografía científica relacionada al tema, con el objetivo de aportar información actualizada sobre esta enfermedad y los síntomas compresivos asociados, profundizando en el abordaje terapéutico implementado desde fonoaudiología para el manejo de la disfagia en este contexto.

Se detallan las estrategias de rehabilitación deglutoria aplicadas, incluyendo modificaciones posturales durante la deglución, adaptación de la consistencia del bolo según la clasificación de la International Dysphagia Diet Standardisation Initiative y ejercicios orientados a mejorar la coordinación respiración-deglución y su impacto en la evolución funcional del paciente. Estas estrategias permitieron una mejoría importante de los síntomas tras el primer mes de instauradas y sin necesidad de tratamiento quirúrgico a los siete meses de evolución, demostrando que la terapia conservadora es una opción no invasiva que puede resultar de manera favorable en esta enfermedad.

Abstract

Idiopathic diffuse skeletal hyperostosis is a condition characterized by ossification of the anterior longitudinal ligament. Although it may be asymptomatic, its clinical course can be associated with compressive symptoms affecting the digestive and/or respiratory tracts, which justify speech and language therapy as an initial conservative treatment or as part of postoperative management. We report the case of a 58-year-old man who presented to a private clinical practice with cervical stiffness and progressive dysphagia. Computed tomography revealed cervical (C3–C7) and upper thoracic (T1–T3) ossifications compressing the esophagus.

Following the diagnosis of cervical extrinsic mechanical dysphagia, medical treatment was initiated together with management of the digestive symptoms through speech and language rehabilitation therapy.

A discussion of the case is presented based on a review of the scientific literature related to the topic, with the aim of providing updated information on this disease and its associated compressive symptoms, while further examining the therapeutic approach implemented from the perspective of speech-language pathology for the management of dysphagia in this context.

The swallowing rehabilitation strategies applied are described in detail, including postural modifications during swallowing, adaptation of bolus consistency according to the classification of the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, and exercises aimed at improving respiration–swallow coordination and their impact on the patient’s functional outcome.

These strategies resulted in a significant improvement of symptoms within the first month after initiation and avoided the need for surgical treatment after seven months of follow-up, demonstrating that conservative therapy is a non-invasive option that may yield favorable outcomes in this condition.

Citar como:

Hernández Borroto, C. E., Carranza Reinado, K. V., & Medrano Plana, Y. (2026). Disfagia en paciente con hiperostosis esquelética difusa idiopática cervical. Reporte de caso. *Areté*, 26 (1), 1-8.

Dr Carlos Enrique **Hernández Borroto**
ORCID: [0000-0001-5376-4918](https://orcid.org/0000-0001-5376-4918)

Source | Filiacion:
Integramedical S.A.

BIO:
Médico, Doctor en Medicina y Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria de Salud.

City | Ciudad:
Chile

e-mail:
cehborroto@gmail.com

Lic. Katuska Viviana **Carranza Reinado**
ORCID: [0000-0001-9691-6862](https://orcid.org/0000-0001-9691-6862)

Source | Filiacion:
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

BIO:
Licenciada en Terapia del Lenguaje y Máster en Trastornos de la Comunicación: Neurociencia de la Audición y Lenguaje

City | Ciudad:
Ecuador

e-mail:
arranza@uleam.edu.ec

Dra. Yuri **Medrano Plana**
ORCID: [0000-0001-5256-7250](https://orcid.org/0000-0001-5256-7250)

Source | Filiacion:
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

BIO:
Médico, Doctor en Medicina y Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria

City | Ciudad:
Ecuador

e-mail:
yuri.medrano@uleam.edu.ec

Disfagia en paciente con hiperostosis esquelética difusa idiopática cervical.

Reporte de caso

Dysphagia in a patient with cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis.
Case report.

Carlos Enríque **Hernández Borroto**¹
Katuska Viviana **Carranza Reinado**²
Yuri **Medrano Plana**³

Introducción

La hiperostosis esquelética difusa idiopática (HEDI), también conocida como DISH por sus siglas del inglés Diffuse idiopathic skeletal hiperostosis, es una afección la cual en un inicio fue denominada como Hiperostosis vertebral anquilosante debido a su asociación con rigidez vertebral indolora o poco molesta y a sus alteraciones radiológicas donde se apreciaba una formación ósea en la cara anterior y ambos flancos de la columna vertebral en diferentes segmentos (Forestier & Rotes-Querol, 1950).

Según una revisión sistemática realizada de 33 estudios por Weng et al. (2025), la prevalencia global de la HEDI es de **11.9 %** en la población general y de **14.3%** en pacientes clínicos; afectando con mayor frecuencia a hombres mayores de 50 años. Aunque de manera habitual cursa asintomática, puede manifestarse clínicamente con rigidez y dolor cervical o, en casos poco frecuentes, síntomas compresivos a nivel del esófago, como la disfagia; y a nivel la tráquea, como la disnea (Añaguari et al., 2020; Kuperus et al., 2020; Harlianto et al., 2022).

1 Doctor en Medicina y Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria de Salud. INTEGRAMEDICA S.A. y Consultorio médico privado, Santiago de Chile, Chile

2 Licenciada en Terapia del Lenguaje y Máster en Trastornos de la Comunicación: Neurociencia de la Audición y Lenguaje. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí - Facultad de Ciencias de la Salud y Consultorio Privado Clínica del Sol, Manta, Ecuador

3 Doctor en Medicina y Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria de Salud. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí - Facultad de Ciencias de la Salud y Consultorio Privado Clínica del Sol, Manta, Ecuador

Disfagia en paciente con hiperostosis esquelética difusa idiopática cervical

Reporte de caso

La disfagia es un síntoma clínico, que según Kim (2025), se caracteriza por una dificultad o sensación anormal descrita por el paciente durante la deglución, la cual en ocasiones se asocia a dolor variable. Ocasiona un compromiso de la función deglutoria que puede progresar y causar una mala alimentación, pérdida de peso o regurgitación a nivel distal (disfagia esofágica), aunque también puede acompañarse de tos, atragantamiento, reflujo nasofaríngeo y paso de restos de alimentos hacia la vía respiratoria con riesgo de neumonía potencialmente mortal (disfagia orofaríngea).

La asociación de disfagia en pacientes con HEDI es rara, con una prevalencia de entre **0.1-6%** (Sunakawa et al., 2023). No obstante, se ha vuelto más reconocida en los últimos años debido a los avances en el diagnóstico por imagen y a un creciente número de reportes clínicos, estimándose que puede aparecer entre un **17-28%** (Mader et al., 2020; Safia et al., 2025).

La combinación de terapias de rehabilitación de la deglución con la terapia tradicional para el tratamiento de la disfagia ofrece un enfoque terapéutico más completo orientado tanto a la compensación funcional como a la restauración fisiológica del proceso deglutorio (Lee et al., 2025). La denominada terapia tradicional de la disfagia comprende un conjunto de estrategias compensatorias y maniobras deglutorias destinadas a facilitar el tránsito seguro del bolo durante la alimentación, tales como modificaciones posturales, adaptación de la consistencia del alimento y maniobras específicas de deglución (Logemann, 1998). Por su parte, las terapias de rehabilitación de la deglución se orientan a la recuperación de la fisiología deglutoria mediante programas de entrenamiento neuromuscular dirigidos a fortalecer la musculatura implicada en la deglución y mejorar la coordinación respiratoria-deglutoria (Krekeler et al., 2021; Crossman et al., 2025). En este contexto, el fonoaudiólogo o logopeda constituye un eslabón fundamental dentro del equipo multidisciplinario encargado del abordaje integral de los trastornos de la deglución en las diferentes etapas de la vida (González et al., 2021; Gupta et al., 2022). No obstante, estudios recientes sugieren que una proporción considerable de terapeutas del habla y lenguaje aún presenta limitaciones en el conocimiento de las tendencias actuales relacionadas con la evaluación y rehabilitación de la disfagia (Kumar et al., 2024).

En base a lo descrito, resulta relevante ofrecer elementos actuales vinculados a ambas patologías, para contribuir a ampliar los conocimientos y fortalecer el diagnóstico y tratamiento en pacientes con esta condición.

Caso clínico

Paciente masculino de 58 años, raza blanca, sin antecedentes patológicos personales conocidos. Madre viva con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y padre fallecido con diabetes mellitus (DM). Valorado en consulta médica ambulatoria en consultorio clínico privado de Santiago de Chile por presentar dolor y rigidez cervical y dificultad progresiva para deglutir de aproximadamente dos meses de evolución. En un inicio refirió dificultad para deglutir sólidos de textura dura, que progresó para sólidos de textura blanda. No reportaba pérdida de peso, fiebre ni síntomas respiratorios.

Al examen físico, con signos vitales entre rangos normales e índice de masa corporal (IMC) de 29.8. Ligera rigidez cervical con limitación de la amplitud de movimiento a la flexión y extensión del cuello, acompañado de dolor, no constatándose deformidades a la palpación.

En la tomografía axial computarizada (TAC) de cuello, se pudieron observar osificaciones prominentes a nivel del ligamento longitudinal

anterior en la región cervical (**C3-C7**) y a nivel dorsal alto (**T1-T3**), que desplazaban de manera significativa el espacio prevertebral, comprimiendo estructuras adyacentes; incluyendo laringe y esófago cervical, con disminución del calibre esofágico en dicha localización. No se evidenciaron adenopatías ni alteraciones de glándulas salivales o tiroides (Figura 1). La endoscopia digestiva alta descartó lesiones estructurales o funcionales del tracto digestivo superior.

Figura 1. Cortes Tomografía Computarizada de Cuello.

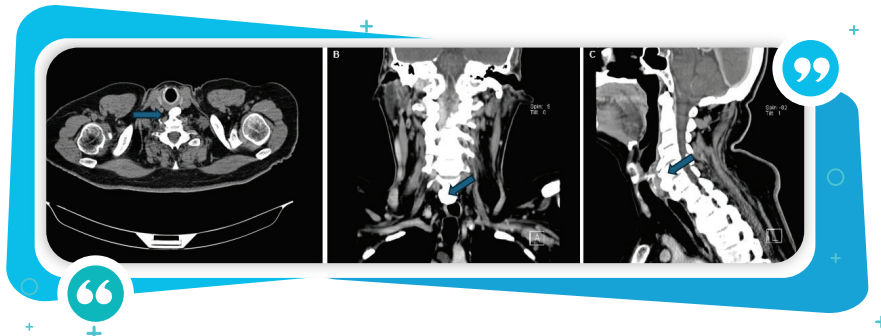


Figura 1. Cortes seleccionados de tomografía computarizada de cuello con contraste en ejes axial (A), coronal (B) y sagital (C), donde se demuestra (flechas azules) prominentes osificaciones del ligamento longitudinal anterior a nivel C3-C4, de mayor prominencia desde C4-C5 a C6-C7, en T1-T2 y T2-T3 que determinan significativo desplazamiento del espacio prevertebral y de estructuras de partes blandas adyacentes, que incluye a laringe y porción superior del esófago el que se visualiza significativamente disminuido de amplitud en esta localización.

Con base en los hallazgos y la clínica, se estableció el diagnóstico de disfagia mecánica extrínseca cervical, secundaria a la compresión anatómica del esófago causada por HEDI y se comenzó tratamiento de la disfagia de manera gradual, el cual incluyó tratamiento médico sintomático con Meloxicam 15 mg diarios y Domperidona 10 mg cada 8 horas por 10 días.

El paciente fue derivado al servicio de fonoaudiología, donde se realizó una evaluación clínica integral de la deglución que incluyó exploración orofacial, valoración funcional de las fases oral y faríngea de la deglución; y pruebas de consistencia alimentaria siguiendo el marco de clasificación de la International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (**IDDSI**) (Cichero et al., 2017). Para estimar el nivel de ingesta oral funcional y la severidad de la disfagia se aplicó la Functional Oral Intake Scale (FOIS), instrumento ampliamente utilizado en la evaluación clínica de pacientes con trastornos de la deglución (Crary et al., 2005).

Durante la valoración clínica de la deglución se analizaron diversas variables funcionales relevantes para el proceso deglutorio. Entre las variables cualitativas evaluadas se incluyeron el control oral del bolo, la presencia de tos o aclaramiento de garganta durante la deglución, la sensación subjetiva de detención del alimento, la eficiencia del tránsito del bolo y la coordinación respiración-deglución, considerada un elemento clave para la protección de la vía aérea durante la alimentación (Logemann, 1998; Steele et al., 2015). Asimismo, se analizaron variables funcionales cuantificables relacionadas con el nivel de ingesta oral mediante la FOIS y la tolerancia a diferentes consistencias alimentarias de acuerdo con el marco de clasificación de la IDDSI (Crary et al., 2005; Cichero et al., 2017).

No se utilizó extensión cefálica (Head Extension) debido a que esta maniobra está indicada principalmente cuando se conserva una respuesta faríngea funcional y existe adecuada coordinación respiración-deglución, condiciones que no se evidenciaron durante la valoración clínica inicial del paciente (Logemann, 1998).

Los hallazgos clínicos evidenciaron dificultad para la deglución de alimentos sólidos de textura regular (**IDDSI nivel 7**), con mejor

tolerancia a consistencias semisólidas tipo puré (**IDDSI nivel 4**). El paciente refirió sensación de detención del bolo a nivel cervical y presentó episodios ocasionales de tos durante la ingesta de sólidos. Con base en estos hallazgos clínicos y en la correlación con los estudios de imagen previamente realizados, se confirmó el diagnóstico de disfagia mecánica extrínseca secundaria a compresión esofágica cervical asociada a HEDI. A partir de esta evaluación se diseñó un programa terapéutico individualizado basado en técnicas de rehabilitación deglutoria orientadas a optimizar la eficiencia del tránsito del bolo, mejorar la coordinación deglutoria y prevenir complicaciones aspirativas.

Durante la ingesta se implementaron técnicas posturales compensatorias ampliamente descritas en la literatura para el manejo clínico de la disfagia. Entre ellas se utilizó la flexión anterior de la cabeza (Chin Tuck), estrategia destinada a favorecer el cierre laríngeo, ampliar el espacio valecular y reducir el riesgo de penetración del bolo hacia la vía aérea (Logemann, 1998; Steele et al., 2015). Asimismo, se emplearon maniobras de ajuste postural cefálico, incluyendo rotación cefálica (Head Turn) e inclinación cefálica (Head Tilt), seleccionadas en función de la respuesta funcional observada durante la evaluación clínica de la deglución. Aunque la patología estructural de base presentaba una localización cervical medial, la indicación de estas maniobras se fundamentó en la percepción subjetiva del paciente de mayor facilidad para el tránsito del bolo al realizar cambios posturales específicos, así como en la observación clínica durante la ingesta de distintas consistencias. En este contexto, las estrategias posturales se utilizaron principalmente como técnicas compensatorias destinadas a optimizar la eficiencia del tránsito del bolo y mejorar la protección de la vía aérea durante la alimentación (Logemann, 1998; Ambiado-Lillo, 2025).

El tratamiento se complementó con educación en el manejo del volumen del bolo y la modificación de la consistencia alimentaria, priorizando consistencias semisólidas tipo puré correspondientes al nivel 4 de la clasificación de la IDDSI, de acuerdo con la tolerancia observada durante la evaluación clínica. Asimismo, se realizó adiestramiento en higiene vocal y ejercicios de descarga laríngea con el objetivo de disminuir la tensión muscular extrínseca y favorecer una configuración laríngea más eficiente durante las funciones aerodigestivas. La inclusión de estos ejercicios se fundamenta en la estrecha relación fisiológica entre respiración, fonación y deglución, procesos que comparten estructuras anatómicas y mecanismos de coordinación neuromuscular destinados a proteger la vía aérea durante la alimentación (Logemann, 1998; Steele et al., 2015). De manera complementaria, se incorporaron ejercicios respiratorios diafragmáticos y de coordinación fonorrespiratoria orientados a mejorar la estabilidad del control aéreo, optimizar la presión subglótica y favorecer una adecuada sincronización respiración-deglución durante la ingesta, aspectos que contribuyen a mejorar la eficiencia deglutoria y reducir el riesgo de eventos de penetración o aspiración (Cichero et al., 2017; Troche et al., 2014).

Se aplicaron también estrategias de reeducación funcional de la deglución, incluyendo la flexión anterior de mentón contra resistencia, del inglés Chin Tuck Against Resistance (CTAR); y la terapia tradicional para disfagia, del inglés Traditional Dysphagia Therapy (TDT); las cuales, de acuerdo con el metaanálisis de Lee et al. (2025), presentan una alta eficacia en la mejora de la fuerza muscular orofaríngea y en la prevención de aspiración.

Se integraron ejercicios de lengua y mandíbula, la maniobra o entrenamiento de deglución con esfuerzo, del inglés Effortful Swallow Training, y el entrenamiento de fuerza muscular espiratoria, del inglés Expiratory Muscle Strength Training (EMST). Estas técnicas fortalecen la musculatura suprahioidea y faríngea, aumentando la elevación laríngea,

la coordinación respiratoria y la seguridad deglutoria (Crossman et al., 2025; Lee et al., 2025; Krekeler et al., 2021).

El programa se desarrolló con una frecuencia de tres sesiones semanales durante ocho semanas, con una duración promedio de 45 minutos por sesión, bajo supervisión directa fonoaudiológica y seguimiento clínico interdisciplinario. Las progresiones y ajustes se basaron en el rendimiento funcional del paciente, la observación clínica y la auscultación cervical durante la ingesta.

Tras el primer mes de tratamiento se observó una mejora clínica significativa de los síntomas del paciente, evidenciada por una reducción progresiva de los episodios de tos y atragantamiento durante la ingesta, así como por una mejor coordinación respiración-deglución y mayor control postural al alimentarse. Asimismo, se constató una disminución de la tensión muscular extrínseca laríngea y una mayor estabilidad fonatoria posterior a la deglución. Durante la reevaluación clínica se evidenció una deglución más eficiente, con reducción del residuo orofaríngeo, ausencia de signos evidentes de penetración y mejor sincronización entre las fases oral y faríngea del proceso deglutorio. Además, el paciente mostró mayor tolerancia a consistencias semisólidas, con menor necesidad de maniobras compensatorias. Estos hallazgos sugieren un avance funcional gradual asociado al fortalecimiento de la musculatura suprahioidea y a la adaptación postural lograda durante el proceso terapéutico.

Se planificó su seguimiento en consulta mensual durante los seis meses posteriores, considerando junto al paciente la posibilidad de intervención quirúrgica solo en caso de empeoramiento de los síntomas o aparición de complicaciones, conforme al protocolo interdisciplinario establecido.

Discusión

Desde su descripción inicial por Forestier y Rotes-Querol a mediados del siglo XX como hiperostosis vertebral anquilosante (**M48.10**), la comprensión de esta entidad ha evolucionado significativamente. Posteriormente, Resnick et al. (1975) documentaron la presencia de osificaciones con compromiso extravertebral y propusieron el término HEDI, denominación utilizada en la actualidad. Aunque inicialmente se consideró una patología predominantemente vertebral, hoy se reconoce como una condición sistémica caracterizada por osificación del ligamento longitudinal anterior y de estructuras ligamentarias periféricas (Forestier & Rotes-Querol, 1950; Rotés-Querol, 1996; Medrano & Hernández, 2025). La etiología permanece incierta; sin embargo, diversos estudios han identificado factores asociados a su desarrollo, entre ellos síndrome metabólico, DM, HTA, gota, sedentarismo y posibles mecanismos genéticos, vasculares e inflamatorios (Montes-Santiago, 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021). En el caso presentado, aunque el paciente no refería antecedentes patológicos personales, se identificaron antecedentes familiares de enfermedades crónicas (HTA y DM) y un IMC compatible con sobrepeso, factores que han sido descritos como posibles elementos predisponentes en esta enfermedad.

Epidemiológicamente la HEDI se comporta de forma disímil a nivel mundial. Referente a la prevalencia no se encontraron reportes recientes realizados en la población chilena, no obstante, un estudio realizado por Arriaza (1993), informó cifras de **1.5%** para la población adulta con un incremento a un **4%** en mayores de 40 años. Según los datos encontrados por Weng et al. (2025), con base a estudios poblacionales publicados, la mayor prevalencia de HEDI por continentes se registra en Oceanía (30.0%), seguida por América

Disfagia en paciente con hiperostosis esquelética difusa idiopática cervical

Reporte de caso

del Norte (13.4%), Europa (11.1%) y Asia (10.0%). Además, informan un incremento de prevalencia proporcional al aumento de la edad, reportando tasas bajas en pacientes con edades menores de 50 años (2.6%) y la más alta asociadas a edades mayores de 80 años (19.7%). También concluyen que existe una mayor prevalencia en hombres, con predominio en individuos de raza blanca y asiática con relación a los de raza negra. En el caso reportado se encontraron coincidencias en algunos de los elementos epidemiológicos descritos, pues se trata de un individuo de raza blanca con edad superior a los 50 años.

La HEDI cervical, aunque subdiagnosticada, puede constituir una causa significativa de disfagia (R13.1) debido a la compresión extrínseca de estructuras aerodigestivas cervicales (Añaguari et al., 2020; Sunakawa et al., 2023; Safia et al., 2025). Se han propuesto diversos mecanismos fisiopatológicos mediante los cuales esta entidad puede producir disfagia, generalmente asociados a la presencia de osteofitos cervicales que se localizan con mayor frecuencia a nivel de C5–C6, seguidos de C4–C5. Entre estos mecanismos se incluyen: (1) obstrucción mecánica directa del esófago por osteofitos de gran tamaño; (2) alteraciones en la movilidad esofágica provocadas por osteofitos más pequeños situados cerca de zonas de anclaje del esófago; (3) compresión extrínseca secundaria a procesos inflamatorios de los tejidos blandos adyacentes y edema; (4) espasmo muscular cricofaríngeo o esofágico; y (5) compromiso del nervio laríngeo recurrente (Lee et al., 2020; Zarei et al., 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021; Safia et al., 2025). En una revisión sistemática de 138 artículos, Harlianto et al. (2022) documentaron 414 casos de disfagia asociados a HEDI cervical, identificando entre los síntomas más frecuentes el dolor cervical (29%) y la limitación del rango de movimiento cervical (18%). Estas características clínicas coinciden con las observadas en el paciente del presente reporte, quien consultó inicialmente por rigidez cervical acompañada de limitación funcional del movimiento del cuello, hallazgos que precedieron a la aparición de la disfagia progresiva. Además de la disfagia, la HEDI cervical puede manifestarse con otros síntomas como odinofagia, tos, estridor, disfonía o disnea, dependiendo del grado de compromiso de las estructuras aerodigestivas superiores (Zarei et al., 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021).

El diagnóstico clínico de la HEDI cervical es muy difícil, pudiera sospecharse en dependencia de los síntomas referidos por el paciente y las alteraciones constatadas al examen físico, motivo por lo cual, ante la sospecha está indicado realizar estudios radiográficos (Geneva-Popova et al., 2022; Eshed, 2023). Entre las modalidades de pruebas de imágenes utilizadas para el diagnóstico de esta patología se mencionan: radiografías cervicales simples, TAC, radiografía o fluoroscopia con bario y laringoscopia (Cîrpaciu et al., 2020; Lee et al., 2020; Kuperus et al., 2020; Zarei et al., 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021; Harlianto et al., 2022; Safia et al., 2025).

No obstante, para Moret-Rueda et al. (2024), la radiografía convencional puede ayudar en el diagnóstico, pero el estudio considerado como Gold Estándar es la TAC. Finalmente, algunos estudios plantean el uso de resonancia magnética para la evaluación de pacientes con HEDI, en especial como medio diagnóstico de ayuda para diferenciarla de otras enfermedades como la espondilitis anquilosante y la espondiloartritis (Cîrpaciu et al., 2020; Eshed, 2023; Kiefer et al., 2023). Los primeros criterios radiográficos informados para el diagnóstico HEDI se atribuyen a Resnick & Niwayama (1976), después de evaluar un total de 215 columnas vertebrales de cadáveres y 100 pacientes con manifestaciones espinales de HEDI. Aunque son ampliamente aceptados y continúan vigentes en la actualidad, varios autores han descrito otros criterios para la HEDI espinal y extraespinal, lo cual evidencia una falta de consenso en el diagnóstico de esta enfermedad (Kuperus et al., 2017; Añaguari et al., 2020; Kuperus et al., 2020; Mader et al., 2020; Geneva-Popova et al., 2022; Eshed, 2023;

Herrán et al., 2024).

El tratamiento inicial de la HEDI sintomática suele ser conservador en las primeras etapas: modificación de hábitos alimentarios a ingestión (b510) dietas más blandas o dieta túrmix (Zarei et al., 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021; Harlianto et al., 2022; Moret-Rueda et al., 2024; Safia et al., 2025), tratamiento farmacológico con: antiinflamatorios no esteroides, corticosteroides, medicamentos antirreflujo, relajantes musculares, etc. (Cîrpaciu et al., 2020; Kuperus et al., 2020; Lee et al., 2020; Zarei et al., 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021; Harlianto et al., 2022; Herrán et al., 2024; Moret-Rueda et al., 2024; Safia et al., 2025), fisioterapia mediante terapia postural y rehabilitación deglutoria (Cîrpaciu et al., 2020; Zarei et al., 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021; Harlianto et al., 2022; Herrán et al., 2024); aunque la efectividad de estas puede ser limitada (Lee et al., 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021; Harlianto et al., 2022; Herrán et al., 2024; Safia et al., 2025). En el presente caso, la terapia conservadora mostró efectos favorables, coincidiendo con los resultados informados por Osorio et al. (2021), los cuales obtuvieron resultados satisfactorios mediante la utilización de terapias posturales durante la deglución, asociadas a medicamentos antiinflamatorios, uso de dieta blanda o semiblanda en pequeñas porciones y rehabilitación cervical kinesiológica o fonoaudiológica.

En casos de progresión, síntomas severos o complicaciones, la resección quirúrgica de osteofitos es el tratamiento de elección, con una tasa de mejoría de la disfagia entre el 70 al 100% (Cîrpaciu et al., 2020; Lee et al., 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021; Harlianto et al., 2022; Herrán et al., 2024; Moret-Rueda et al., 2024; Safia et al., 2025). Según la revisión sistemática realizada por Harlianto et al. las complicaciones postoperatorias graves son poco frecuentes, alrededor del 12.7%. La recurrencia postquirúrgica por recrecimiento de osteofitos puede presentarse incluso años después (Cîrpaciu et al., 2020; Kuperus et al., 2020; Lee et al., 2020; Zarei et al., 2020; Dąbrowski & Kubaszewski, 2021; Harlianto et al., 2022).

Conclusiones

La HEDI cervical debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de disfagia, particularmente en hombres mayores de 50 años, incluso en ausencia de comorbilidades aparentes. La TAC constituye una herramienta diagnóstica fundamental para identificar la presencia, extensión y localización de los osteofitos responsables de la compresión esofágica. En el caso presentado, el manejo conservador, que integró tratamiento farmacológico, modificaciones dietéticas y rehabilitación fonoaudiológica; permitió una mejoría funcional clínicamente significativa de la deglución, evidenciada por la disminución de episodios de tos y atragantamiento durante la ingesta, una mayor eficiencia del proceso deglutorio y una mejor tolerancia a consistencias alimentarias modificadas. Estos hallazgos refuerzan el papel del fonoaudiólogo dentro del abordaje multidisciplinario de la disfagia asociada a HEDI, especialmente en etapas iniciales o moderadas de la enfermedad.

Por otra parte, el diagnóstico en este caso se estableció mediante la correlación entre la sintomatología clínica y los hallazgos tomográficos. No obstante, la incorporación de estudios complementarios como la radiografía cervical convencional o la videofluoroscopia de la deglución podría aportar una evaluación dinámica más detallada del proceso deglutorio. En consecuencia, se recomienda considerar la utilización de estas herramientas diagnósticas en casos similares, con el fin de optimizar la caracterización funcional de la disfagia y orientar de manera más precisa la planificación terapéutica.

Referencias

- Ambiado-Lillo, M. M. (2025). Impact of head and neck posture on swallowing kinematics and muscle activation: A systematic review. *Dysphagia*, 40(5), 1049–1054. <https://doi.org/10.1007/s00455-025-10821-7>
- Añaguari, N., Arango, S., & Zapater, I. (2020). Hiperostosis esquelética difusa idiopática, una causa infrecuente de disfagia y disfonía. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 80(4), 518–521. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162020000400518>
- Arriaza, B. T. (1993). Seronegative spondyloarthropathies and diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in ancient northern Chile. *American Journal of Physical Anthropology*, 91(3), 263–278. <https://doi.org/10.1002/ajpa.1330910302>
- Cichero, J. A., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI framework. *Dysphagia*, 32(2), 293–314. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Cîrpaiciu, D., Budu, V. A., Madalina, G., & Goanță, C. M. (2020). Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in pharyngolaryngeal pathology. *Iberoamerican Journal of Medicine*, 2(4), 331–334. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3922107>
- Crary, M. A., Mann, G. D., & Groher, M. E. (2005). Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(8), 1516–1520. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049>
- Crossman, C., Piol, S., Price, D., Veit, K., & Molfenter, S. M. (2025). The state of exercise-based dysphagia intervention in the literature: A scoping review. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 10(4), e70180. <https://doi.org/10.1002/lio2.70180>
- Dąbrowski, M., & Kubaszewski, Ł. (2021). Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of cervical spine with dysphagia—Molecular and clinical aspects. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(8), 4255. <https://doi.org/10.3390/ijms22084255>
- Eshed, I. (2023). Imaging characteristics of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: More than just spinal bony bridges. *Diagnostics*, 13(3), 563. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13030563>
- Forestier, J., & Rotes-Querol, J. (1950). Senile ankylosing hyperostosis of the spine. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 9(4), 321–330. <https://doi.org/10.1136/ard.9.4.321>
- Geneva-Popova, M., Hodzhev, V., & Popova-Belova, S. (2022). Prognostic models for the development of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Folia Medica*, 64(3), 450–458. <https://doi.org/10.3897/folmed.64.e65233>
- González, D. J., Maris, S., & Vázquez, P. (2021). El fonoaudiólogo en los trastornos de alimentación, más allá de la deglución: Una reflexión sobre el rol del fonoaudiólogo. *Areté*, 21(1), 95–103. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.21109>
- Gupta, M., Gupta, M., & Gupta, A. (2022). Dysphagia in the elderly: A multidisciplinary approach. *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 17(3), 779–785. https://doi.org/10.4103/jdmimsu.jdmimsu_194_22
- Harlianto, N. I., Kuperus, J. S., Mohamed Hoesein, F. A. A., de Jong, P. A., de Ru, J. A., Öner, F. C., & Verlaan, J. J. (2022). Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine causing dysphagia and airway obstruction: An updated systematic review. *The Spine Journal*, 22(9), 1490–1503. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2022.03.002>
- Herrán, D., Barba, A. B., Lamagrande, A., Landeras, R. M., Cobo, T., & Gallardo, E. C. (2024). Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: Imaging findings with special focus on extraspinal involvement. *Radiología*, 66(5), 447–458. <https://doi.org/10.1016/j.rxeng.2023.06.009>
- Kiefer, D., Khan, M. A., & Baraliakos, X. (2023). Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis and axial spondyloarthritis—Similarities and differences. *Exploration of Musculoskeletal Diseases*, 1(6), 194–206. <https://doi.org/10.37349/emd.2023.00022>
- Kim, M. S. (2025). Approach to patients with dysphagia: Clinical insights. *Brain Sciences*, 15(5), 478. <https://doi.org/10.3390/brainsci15050478>
- Krekeler, B. N., Rowe, L. M., & Connor, N. P. (2021). Dose in exercise-based dysphagia therapies: A scoping review. *Dysphagia*, 36(1), 1–32. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10104-3>
- Kumar, S., Singh, A. K., Sharma, M., & Ranjan, R. (2024). Awareness of rehabilitation services related to dysphagia among speech-language pathologist. *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 19(3), 529–532. https://doi.org/10.4103/jdmimsu.jdmimsu_78_24
- Kuperus, J. S., De Gendt, E. E. A., Oner, F. C., De Jong, P. A., Buckens, S. C. F. M., Van der Merwe, A. E., Maat, G. J. R., Regan, E. A., Resnick, D. L., Mader, R., & Verlaan, J. J. (2017). Classification criteria for diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: A lack of consensus. *Rheumatology*, 56(7), 1123–1134. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kex056>
- Kuperus, J. S., Mohamed, F. A. A., De Jong, P. A., & Verlaan, J. J. (2020). Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: Etiology and clinical relevance. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 34(3), 101527. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2020.101527>
- Lee, C. L., Banda, K. J., Chu, Y. H., Liu, D., Lee, C. K., Sung, C. M., Arifin, H., & Chou, K. R. (2025). Efficacy of swallowing rehabilitative therapies for adults with dysphagia: A network meta-analysis of randomized controlled trials. *GeroScience*, 47(2), 2047–2065. <https://doi.org/10.1007/s11357-024-01389-5>
- Lee, J. H., Paeng, S. H., Pyo, S. Y., Kim, S. T., & Lee, W. H. (2020). Swallowing difficulty in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis with metabolic syndrome. *Korean Journal of Neurotrauma*, 16(1), 90–98. <https://doi.org/10.13004/kjnt.2020.16.e4>
- Logemann, J. A. (1998). Evaluation and treatment of swallowing disorders (2nd ed.). Pro-Ed.
- Mader, R., Baraliakos, X., Eshed, I., Novofastovski, I., Bieber, A., Verlaan, J. J., Kiefer, D., Pappone, N., & Atzeni, F. (2020). Imaging of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *RMD Open*, 6(1), e001151. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2019-001151>
- Medrano, Y., & Hernández, C. E. (2025). Consideraciones sobre el origen histórico de la hiperostosis esquelética difusa idiopática. *Radiología*, 67(6), 501719. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2025.501719>
- Montes-Santiago, J. (2020). Enfermedad de Forestier-Rotés Querol: Un proceso continuo desde la Atenas de Pericles hasta el mundo de Almodóvar. *Galicia Clínica*, 81(3), 75–76. <https://galiciaclinica.info/gc/article/view/81-3-1974>
- Moret-Rueda, M., Chorniy-Rudko, O., Roquet-Jalmar, M., & Calero-Paniagua, I. (2024). Disfagia secundaria a enfermedad de Forestier-Rotes-Querol: Una visión tridimensional. *Revista Española de Casos Clínicos en Medicina Interna*, 9(2), 65–67. <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n2a8>
- Osorio, M. E., Medina, B. A., Medina, B. A., & Medina, J. J. (2021). Síndrome de Forestier, hiperostosis, ligamento vertebral común anterior, disfagia. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8(4), 1–14. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i4.1708>
- Resnick, D., & Niwayama, G. (1976). Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Radiology*, 119(3), 559–568. <https://doi.org/10.1148/119.3.559>
- Resnick, D., Shaul, S. R., & Robins, J. M. (1975). Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): Forestier's disease with extraspinal manifestations. *Radiology*, 115(3), 513–524. <https://doi.org/10.1148/115.3.513>
- Rotés-Querol, J. (1996). Clinical manifestations of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *British Journal of Rheumatology*, 35(12), 1193–1194. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/35.12.1193>
- Safia, A., Najjar, R., Abdelhadi, U., Maman, S., Khalaily, A., Avraham, Y., Merchavy, S., & Bishara, T. (2025). The association between cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis and dysphagia. *Scientific*

Disfagia en paciente con hiperostosis esquelética difusa idiopática cervical

Reporte de caso

Reports, 15(1), 24613. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-08937-9>

Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E., Chen, J., Cichero, J. A., Coutts, K., Dantas, R. O., Duivestein, J., Giosa, L., Hanson, B., Lam, P., Lecko, C., Leigh, C., Nagy, A., Namasivayam, A. M., Nascimento, W. V., Odendaal, I., Smith, C. H., & Wang, H. (2015). The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: A systematic review. Dysphagia, 30(1), 2–26. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x>

Sunakawa, J., Yano, H., & Kinjo, M. (2023). Dysphagia with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. BMJ Case Reports, 16(11), e242852. <https://doi.org/10.1136/bcr-2021-242852>

Troche, M. S., Brandimore, A. E., Godoy, J., & Hegland, K. W. (2014). A framework for understanding shared substrates of airway protection. Journal of Applied Oral Science, 22(4), 251–260. <https://doi.org/10.1590/1678-775720140132>

Weng, R., Guo, H., Ma, L., Lin, T., Han, W., Zhong, X., Liu, C., Li, Y., Zhu, G., & Huang, X. (2025). Global prevalence estimates of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Endocrinology, 16, 1517168. <https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1517168>

Zarei, M., Golbakhsh, M., Rostami, M., & Moosavi, M. (2020). Dysphonia, stridor, and dysphagia caused by diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: Case report and review of literature. Advanced Biomedical Research, 9, 47. https://doi.org/10.4103/abr.abr_50_20