

## **Síndrome de Rotes–Querol. Presentación de un caso**

### **Syndrome of Rotes-Querol. Presentation of a case**

José Antonio Camacho Assef(1), Antonio Raunel Hernández Rodríguez(2), Osvaldo García Martínez (3), José Luis Candelario(4), Vaniolky Losada León(5).

### **Resumen**

Se presenta una paciente de 48 años, femenina, mestiza que sufre dolor de intensidad moderada en columna cervical y región anterior del cuello. Presenta además disfagia que agrava con la ingestión de alimentos sólidos.

1. Especialista de Primer Grado Gastroenterología. Jefe del Servicio de Gastroenterología.
2. Especialista de Segundo Grado de Ortopedia y Traumatología. Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología. Profesor Auxiliar de Ortopedia y Traumatología de la Facultad de Ciencias Médicas.
3. Residente de tercer año de Ortopedia y Traumatología.
4. Especialista de Primer Grado de Ortopedia y Traumatología. Profesor Instructor de Ortopedia y Traumatología de la Facultad de Ciencias Médicas.
5. Estudiante de 5to Año de Medicina.

## **INTRODUCCIÓN**

La compresión del Esófago Cervical por excrecencias hipertróficas del borde anterior de las vértebras cervicales o espolones osteoartíticos, sobre todo entre las vértebras cervicales C III y

C IV ó C IV y C V, se conoce con el nombre de Síndrome de Rotes Querol ó Síndrome de Forestier(1,2,4,12).

Constituye verdaderamente una causa infrecuente de disfagia de localización alta, no obstante se considera que existe un sub-registro en el diagnóstico de esta entidad, lo cual nos motiva para la presentación de este trabajo.

Clínicamente el paciente se queja de una sensación de detención del bolo alimenticio que comienza poco después de intentar la deglución y se experimenta fundamentalmente para los alimentos sólidos. Como en los pacientes con disfagia orofaríngea, pueden presentarse arcadas, expectoración, regurgitación nasal y tos. No obstante en contraste con esta última, el paciente portador de éste síndrome aqueja particularmente dolor y dificultad en la deglución de los sólidos, que origina una sensación de cuerpo extraño o bulto en la faringe con deseo continuo de desembarazar la garganta (3,5-7,15,18).

## **PRESENTACION DEL CASO**

Paciente de 48 años, femenina, mestiza, obesa, con antecedentes de diabetes mellitus Tipo II y HTA para lo cual lleva tratamiento de forma sistemática con hipoglicemiantes orales, diuréticos (Hidroclorotrazina), y dieta, que acude a consulta externa de la especialidad de ortopedia por dolor de intensidad moderada a nivel de la región cervical que alivia temporalmente con antiinflamatorios y

sensación de atascamiento de los alimentos (sólidos), que finalmente logra deglutir con la ingestión posterior de líquidos.

Examen físico: Solo se constata como dato de interés la limitación funcional ligera del cuello para los movimientos de ante- flexión y rotación.

No existiendo aumento de tamaño del tiroides visible ni palpable.

Examen complementario:

## **RADIOLOGIA**

Dado que la paciente insiste en la dificultad para la deglución se interconsulta con la especialidad de gastroenterología. El examen de la región cervical nos muestra un cuello corto y ancho, con cierta limitación funcional, libre de adenopatías, bocio u otras tumoraciones a la palpación. Se decide realizar nuevamente RX de columna cervical AP y Lateral solicitando al radiólogo contrastar el esófago cervical. (8,9,13,14,16,17).



Radiografía contrastada de columna cervical en proyección lateral con esófago cervical contrastado: cambios artrósicos de columna cervical. Compresión extrínseca del esófago por

espolones osteoartríticos a nivel de

C IV – C V.



## CONCLUSIONES

La disfagia localizada en la región del esófago cervical puede relacionarse con una inflamación o enfermedad maligna de los ganglios linfáticos cervicales, bocio, neoplasia maligna del tiroides, divertículo de Zenker, y anomalías vasculares y óseas.

a palpación del cuello puede proporcionar la orientación del diagnóstico en los tres primeros caso, mientras que en los divertículos y las anomalías vasculares u óseas en el esofogograma en dos vistas el examen que nos puede aportar los mejores datos.(19,20).

La esofogoscopia con fibroendoscopio flexible puede resultar riesgosa y está formalmente contraindicada ante la sospecha de divertrículo de Zenker.

En nuestra paciente, el tratamiento quirúrgico corrector (resección del espolón), no pudo llevarse a efecto por sus antecedentes patológicos personales, que pueden poner en peligro su vida, la indicación de sesiones periódicas de tracciones cervicales y la orientación dietética han permitido atenuar de forma importante su sintomatología.(8,11,21,22).

## ABSTRACT

A patient of 48 years, feminine, racially mixed, who suffers pain moderate intensity in cervical column and previous region of the neck. He presents/displays in addition disfagia that aggravates with the solid food ingestion.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akhtar S, O'Flynn PE, Kelly A, Valentine PM The management of dysphasia in skeletal hyperostosis. J Laryngol Otol 2000;114/2:154 –157.
2. Barros Filho TE, Oliveira RP, Taricco MA, González CH Hereditary multiple exostoses and cervical ventral protuberance causing dysphagia. A case report. Spine 1995;20/14:1640 –1642.
3. Barsamian JG, Cobb LW, Bremer AM, Scheffer RB, Northup HM. Radiographic, clinical, and histopathologic evaluation with surgical treatment of Forestier's disease. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1985; 59/2:136 –141.

4. Beahrs OH, Schmidt HW. Dysphagia caused by hypertrophic changes in the cervical spine:report of two cases. *Ann Surg* 1959;149/2:297 –299.
5. Bridger AG, Stening WA, Bridger GP. Cervical osteophytes: an unusual cause of dysphagia. *Aust NZJ Surg*1996;66/4:261 –264.  
*Am J Orthop Surg*; 30:188 –190
6. Cammisa M, de Serio A, Guglielmi G. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Europ J Radiol* 1998; 27:7 –11.
7. Carrau RL, Cintron FR, Astor F. Transcervical approaches to the prevertebral space. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;116/9:1070 –1073.
8. Daragon A, Mejjad O, Czernichow P. Vertebral hyperostosis and diabetes mellitus: a case-control study. *Ann Rheumatic Dis* 1995; 54:375 –378.
9. Di Vito J. Cervical osteophytic dysphagia:single and combined mechanisms. *Dysphagia* 1998;13(1:58 –61.
10. Ebo D, Goethals L, Bracke P, Mercelis R, De Clerck LS. Dysphagia in a patient with giant osteophytes:case presentation and review of the literature. *Clin Rheumatol* 2000;19/1:70 –72.
11. Epstein NE. Simultaneous cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis and ossification of the posterior longitudinal ligament resulting in dysphagia or myelopathy in two geriatric North Am *Surg Neurol* 2000;53/1:427 –431.
12. Forestier J, Rotes-Querol J. Senileankylosing hyperostosis of the spine. *Ann Rheum Dis* 1950; 9:321 –330.
13. Gibbons CE, Khan F. Dysphagia -apresenting symptom of forestier disease.*J R Army Med Corps* 1996; 142/1:32–33.
14. Goel R, Sampath P, Mikaelian DO. Dysphagia caused by cervical osteophytes: three cases treated successfully by surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120/1:92 –96.
15. Granville LJ, Musson N, Altman R, Silverman M. Anterior cervical osteophytes as a cause of pharyngeal stage dysphagia. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:1003 –1007.
16. Graßhoff H, Motsch C, Mahlfeld K. Vertebrogenbedingte Dysphagien.*Zentralbl Chir* 1999; 124:1041 –1044.
17. Kareem BA, Sofiyan M, Subramanian S. Dysphagia due to anterior cervical osteophytesa case report. *Med J Malaysia* 2000;55/3:376 –378.
18. Kodama M, Sawada H, Udaka F, Kameyama M, Koyama T. Dysphagia caused by an anterior cervical osteophyte: case report. *Neuroradiology* 1995; 37/1:58 –59
19. Mata S, Mortin PR, Fitzcharles MA. A controlled study of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Clinicas features and functional status. *Medicine-Baltimore* 1997; 76(2): 104-117.

20. Scapinelli R. Compression of the inferior vena cava due to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Rev Rhum Engl De* 1997; 64 (3): 198-201.

21. Medina Y, Restrepo JF, Clavo E, Iglesias A. Asociación de espondilitis anquilosante con hiperostosis esquelética idiopática difusa. *Rev Colomb Reumatol* 2000; 7: 396-402.

22- Helliwell PS, Hickling P, Wright V. Do the radiological changes of classic ankylosing spondylitis differ from changes found in the spondylitis associated with inflammatory bowel disease, psoriasis, and reactive arthritis? *Ann Rheum Dis* 1998; 57(3): 135-140.