

**REPORTE DE CASO CLÍNICO**

# Hiperostosis esquelética idiopática difusa en paciente con disnea crónica y resolución neuroquirúrgica

**Andrea Aguirre Ponce, Marco Vinueza Iñiga, José Rodríguez Palma, José Gómez González**

Servicio de Medicina Interna, Hospital de especialidades Alfredo Paulson. Guayaquil, Ecuador.

**Idiopathic diffuse skeletal hyperostosis in a patient with chronic dyspnea and neurosurgical resolution**

**PALABRAS CLAVE**

*DISH, disnea, resolución neuroquirúrgica*

**KEYWORDS**

*DISH, dyspnea, neurosurgical resolution*

**CORRESPONDENCIA**

Andrea Aguirre Ponce  
andrita\_ponce333@hotmail.com

**CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores no tienen conflictos de interés en esta publicación.

Fecha de recepción: 22/10/2025

Fecha de aceptación: 20/11/2025

**RESUMEN**

Se describe un reporte de caso clínico de paciente masculino de 67 años, con cuadro clínico de un año caracterizado por tos seca intermitente esporádica y cervicalgia progresiva que, posteriormente se asoció a disnea. Inicialmente valorado en consulta externa recibiendo tratamiento ambulatorio, sin embargo, evolucionó a insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. La tomografía computarizada cervical con reconstrucción tridimensional (3D) evidenció espondilosis cervical severa con formación de puentes óseos de entesofitos exuberantes, calcificación del ligamento longitudinal anterior y posterior compatible con Hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH); Se realizó traqueotomía y posterior intervención quirúrgica por el servicio de neurocirugía realizando osteotomía cervical anterior más limaje de osteofito anterior en dos ocasiones consecutivas, con mejoría progresiva, logrando el retiro de oxígeno. Se decide alta hospitalaria con tratamiento médico y control por consulta externa con el servicio de Neumología.

**ABSTRACT**

A case report is described of a 67-year-old male patient, with a one-year clinical history characterized by sporadic intermittent dry cough and progressive neck pain, which later was associated with dyspnea. Initially evaluated in an outpatient setting and receiving ambulatory treatment, he progressed to acute respiratory failure, requiring orotracheal intubation and invasive mechanical ventilation. Cervical computed tomography with three-dimensional (3D) reconstruction showed severe cervical spondylosis with the formation of bony bridges of exuberant enthesophytes, calcification of the anterior and posterior longi-

tudinal ligaments compatible with Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH); A tracheotomy and subsequent surgical intervention were performed by the neurosurgery department, including anterior cervical osteotomy and anterior osteophyte filing on two consecutive occasions, with progressive improvement and successful removal of oxygen. Hospital discharge is decided with medical treatment and follow-up in the outpatient clinic with the Pulmonology service.

## INTRODUCCIÓN

La hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH), es una enfermedad no inflamatoria caracterizado por calcificación y osificación del ligamento espinal anterior. Su distribución anatómica predominante incluye columna dorsal 90-95%, lumbar 75-85%, y cervical del 65%.<sup>1</sup> La enfermedad cursa de forma asintomático en el 70-80% de los casos mientras que el 20-30% restantes se manifiesta con síntomas.<sup>2</sup> La prevalencia general se estima entre 0.5-1%, no obstante esta cifra se incrementa en presencia de comorbilidades como diabetes y síndrome metabólico, donde la prevalencia puede ascender un 15-25%. La afección es más frecuente en hombres (22%) que en mujeres (13%),<sup>3</sup> y su incidencia aumenta con la edad, rara vez diagnosticada antes de los 40 años, igualando prevalencia de hombres y mujeres a los 80 años.<sup>4,5</sup>

Las características clínicas se presentan principalmente como síntomas musculoesqueléticos en 80%, la disfagia y disnea se manifiesta ante la compresión de vía aérea y vía digestiva;<sup>6</sup> este reporte describe el abordaje de un paciente con disnea crónica y posterior mejoría tras intervención neuroquirúrgica. El objetivo de los autores radica en despertar la alarma en el personal de salud sobre esta enfermedad poco frecuente evitando complicaciones. La redacción se rige a las normativas CARE para elaboración de reportes de casos.

## CASO CLÍNICO

Masculino de 61 años con antecedente de diabetes tipo dos, sin antecedentes adicionales reportados.

Cuadro clínico de un año de evolución de inicio caracterizado por tos seca que evoluciona a disnea progresiva valorado en dos ocasiones por consulta externa por medicina general y otorrinolaringología; este último realizó una nasofibroscoopia donde se evidencia paresia de cuerdas vocales y estenosis de glotis en un 50%.

Paciente presentó de manera súbita estridor laríngeo que evolucionó a insuficiencia respiratoria requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva.

Al examen físico: paciente ingresó bajo sedoanalgesia, tensión arterial 115/79mmHg, frecuencia respiratoria 15 respiraciones por minuto, conectado a ventilación mecánica invasiva con fracción inspirada de oxígeno (FIO<sub>2</sub>): 30%. Saturación de oxígeno 98%. A la auscultación murmullo vesicular disminuido, estertores bibasales.

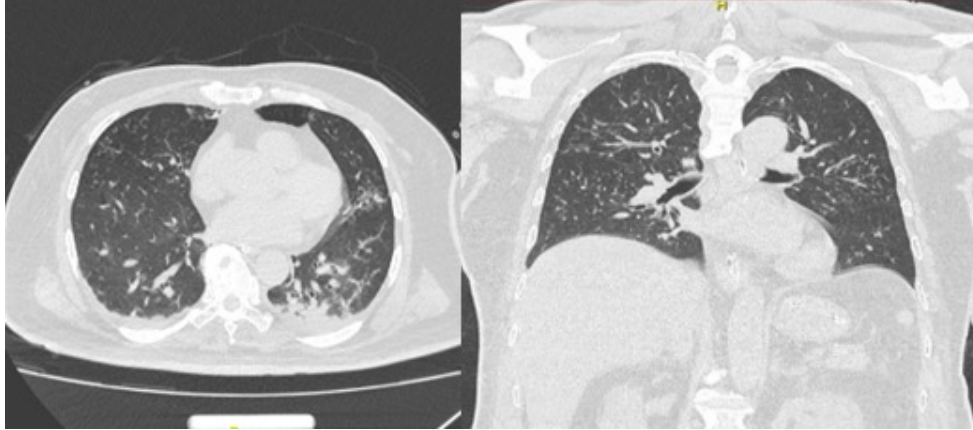
La analítica de laboratorio reportó leucocitosis 16.13x10<sup>3</sup>/uL, anemia normocítica normocrómica Hb 12.7g/dl, VCM 91fL, HCM 29.7g/dL, creatinina 0.51mg/dL, urea 32.20mg/dL, Proteína C reactiva (PCR) 60.10mg/L, gasometría sin alteraciones PH 7.43, PCO<sub>2</sub> 32.90mmHg, Presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>) 175.20mmHg, Bicarbonato (HCO<sub>3</sub>) 21.40mmHg.

Se realiza tomografía de tórax simple al ingreso del paciente por hallazgos al examen físico. (Figura 1).

Basado en el cuadro clínico de cervicalgia y estenosis extrínseca se solicita tomografía de columna cervical reconstrucción 3D. (Figura 2).

Paciente con diagnóstico de DISH, más neumonía asociada a ventilación mecánica, se coloca traqueostomo y es intervenido quirúrgicamente por neurocirugía realizando osteotomía cervical anterior C4-C5, más limaje de osteofito anterior en dos ocasiones, con control tomográfico de columna cervical simple posterior a cada procedimiento (Figura 3).

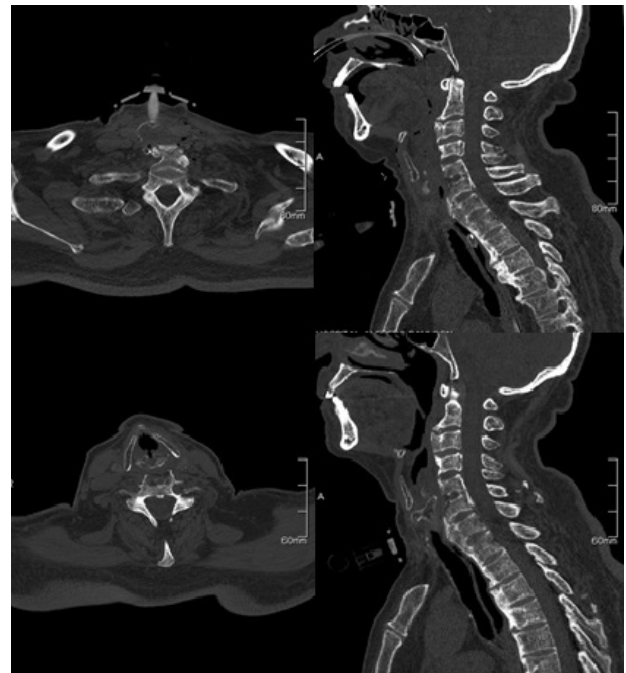
Con mejoría progresiva y retiro de oxígeno, requirió sonda de gastrostomía para alimentación, se decide alta hospitalaria y control por consulta externa, en la cual tres meses posteriores retiran la sonda de gastrostomía y paciente continuó alimentándose de manera normal.



**Figura 1.** a) Corte axial, realizado al ingreso del paciente al hospital. Se aprecia a nivel de bases bilaterales derrame pleural leve. b) Corte coronal se evidencia atelectasia gravitacional basal bilateral y bronquiectasias cilíndricas en segmento posterior del lóbulo superior derecho.



**Figura 2.** a) Corte axial, a nivel de cuerpo vertebral C5 sindesmofito que no desplaza cuerpo vertebral. b) Corte sagital se evidencia rectificación de la lordosis cervical, puentes sindesmofíticos y disminución de espacio intervertebral. c) Corte coronal reconstrucción 3D se evidencia calcificación del ligamento longitudinal anterior. d) Corte sagital reconstrucción 3D se evidencia a nivel C3-C4-C5-C6-C7 calcificación del ligamento longitudinal anterior y posterior.



**Figura 3.** a) Corte axial posterior a primera intervención neuroquirúrgica, persistencia de osteofito prominente a nivel C4-C5. b) Corte sagital, se evidencia osteofitos a nivel de C3-C4-C5-C6-C7, c) Corte axial posterior a segunda intervención neuroquirúrgica donde no se evidencia osteofito prominente. d) Corte sagital se evidencia rectificación de lordosis cervical y osteofitos con espondilosis cervical mínima.

## DISCUSIÓN

El DISH, es una enfermedad no inflamatoria osificante de ligamentos y tendones de vertebras, predominantemente dorsal, aunque cuenta con alto compromiso cervical y lumbar, con mayor prevalencia en hombres y aumenta su incidencia a mayor edad.<sup>3,7</sup> Comúnmente su clínica no es manifiesta hasta que presenta estadios avanzados, y al realizar compresión extrínseca se manifiesta como disfagia o disnea.<sup>8,6</sup>

Esta enfermedad poco conocida por el personal de salud, no por ausencia de casos<sup>9</sup> sino, por falta de síntomas que guíen a un diagnóstico temprano, el médico que valore paciente con cervicalgia, disfagia y disnea, debe dirigir la sospecha clínica aún más en pacientes con factores de riesgo, o con previo diagnóstico de diabetes o síndrome metabólico, como tamizaje o sospecha inicial de los síntomas.<sup>2</sup>

La asociación clínica de cervicalgia y disnea vs DISH está bien documentada, específicamente como complicación potencial de la enfermedad. Hoy en día sigue siendo relevante, especialmente en casos con manejo intrahospitalario, y requerimientos de procedimientos emergentes como intubación endotraqueal.<sup>10</sup>

## CONCLUSIONES

El DISH debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes con cervicalgia, disfagia y disnea progresiva sin alteración en exámenes complementarios de laboratorio.<sup>6</sup>

Ante la sospecha clínica, un diagnóstico temprano del DISH, previene complicaciones y requerimiento hospitalario de emergencia.<sup>8</sup>

## REFERENCIAS

1. Kato H, Braddock DT, Ito N. Genetics of Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis and Ossification of the Spinal Ligaments. *Curr Osteoporos Rep*. 2023 Oct;21(5):552-566. doi: 10.1007/s11914-023-00814-6. Epub 2023 Aug 2. PMID: 37530996; PMCID: PMC10543536.
2. Kuperus JS, Mohamed Hoesein FAA, de Jong PA, Verlaan JJ. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: Etiology and clinical relevance. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2020 Jun;34(3):101527. doi: 10.1016/j.berh.2020.101527. Epub 2020 May 23. PMID: 32456997.
3. Hiyama, H. Katoh, D. Sakai, M. Sato, M. Tanaka, M. Watanabe. Prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) assessed with whole-spine computed tomography in 1479 subjects. *BMC Musculoskelet Disord*, 19 (2018), pp. 1-7 <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-018-2108-5>
4. Hirasawa, N. Wakao, M. Kamiya, M. Takeuchi, K. Kawanami, K. Murotani, et al. The prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in Japan – The first report of measurement by CT and review of the literature. *J Orthop Sci*, 21 (2016), pp. 287-290 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jos.2016.02.001>
5. R. Kagotani, M. Yoshida, S. Muraki, H. Oka, H. Hashizume, H. Yamada, et al. Prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) of the whole spine and its association with lumbar spondylosis and knee osteoarthritis: The ROAD study. *J Bone Miner Metab*, 33 (2015), pp. 221-229. <http://dx.doi.org/10.1007/s00774-014-0583-9>
6. Dąbrowski M, Kubaszewski Ł. Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis of Cervical Spine with Dysphagia-Molecular and Clinical Aspects. *Int J Mol Sci*. 2021 Apr 20;22(8):4255. doi: 10.3390/ijms22084255. PMID: 33923907; PMCID: PMC8074005.
7. Lesjak V, Hebar T, Pirnat M. Prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis and association with coronary artery calcifications in Slovenia. *Radiol Oncol*. 2025 Feb 27;59(1):54-62. doi: 10.2478/raon-2025-0008. PMID: 40014782; PMCID: PMC11867563.
8. Weng R, Guo H, Ma L, Lin T, Han W, Zhong X, Liu C, Li Y, Zhu G, Huang X. Global prevalence estimates of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2025 May 15;16:1517168. doi: 10.3389/fendo.2025.1517168. PMID: 40444238; PMCID: PMC12119254.
9. Jiaqi Z, Lichen X, Dongxue X, Wei T, Wei W. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis presenting as spinal cord compression combined with intervertebral space narrowing: A case report. *J Int Med Res*. 2025 May;53(5):3000605251342673. doi: 10.1177/03000605251342673. Epub 2025 Jun 1. PMID: 40452291; PMCID: PMC12130640.
10. G.R. Milner, J.L. Boldsen, S.D. Ousley, S.M. Getz, S. Weise, P. Tarp, et al. Selective mortality in middle-aged American women with Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH). *PLoS One*, 13 (2018), pp. E0202283 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0202283>