

Síndrome de Eagle

Eagle's Syndrome

Pablo Sartori¹ Julián Prieto²

¹Diagnóstico Mediter, Sanatorio Julio Méndez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

²TCba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Address for correspondence Pablo Sartori, MD, Diagnóstico Mediter, Sanatorio Julio Méndez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina (e-mail: pablomsar@yahoo.com.ar).

Rev Argent Radiol 2019;83:65-67.

Estimados editores,

La elongación del proceso estiloides (PE) o la mineralización (calcificación) del ligamento estilohioideo (LE), se conoce como síndrome de Eagle (SE).¹⁻⁵ Describimos un caso dada la particular presentación, pudiendo enmascarse en síntomas inespecíficos para incorporarlo entre los diagnósticos diferenciales.

Comunicamos un caso de una paciente femenina de 42 años sin antecedentes relevantes, que consultó a traumatología por cefalea temporo-auricular bilateral intermitente y disfagia ocasional que se incrementan con la lateralización de la cabeza, de 5 años de evolución. Fue diagnosticada como contractura cervical y medicada con miorelajantes y kinesiología local.

Ante la persistencia de los síntomas consultó al servicio de otorrinolaringología hallándose dolor a la palpación de las apófisis estiloides en las fosas para-amigdalinas. Debido a la sospecha de SE, se solicitó una tomografía computada (TC) de encéfalo con reconstrucción 3D de base de cráneo, observándose elongación y calcificación del PE en forma bilateral, midiendo el derecho 42 mm y el izquierdo 44 mm, confirmando la presunción diagnóstica (–Fig. 1).

La paciente fue reticente ante la opción terapéutica quirúrgica, siendo tratada en forma sintomática. El SE también llamado estilalgia, fue descrito por primera vez en 1937 por W. Eagle.^{1-3,5,6}

El PE es una prolongación ósea delgada localizada en el borde inferior del hueso temporal, por delante del foramen estilomastoideo, formado por la apófisis estiloides (AE), LE y el cuerno menor del hioides (H); deriva del segundo arco branquial (hioideo) donde se origina el cartílago de Reichet.¹⁻³ Éste se divide en 5 porciones: timpanohial, estilohial, ceratohial, hipohial y vasohial, a partir del tercer mes de vida. El segmento ceratohial originará al LE.^{1,7}

El LE se extiende desde la AE hasta el cuerno menor del H.^{1,3} El PE se encuentra entre las arterias carótidas, dividiendo al

espacio vertebromaxilofaríngeo en: parotídeo, preestiloideo y retroestiloideo.^{1,3} En la AE se insertan la aponeurosis estilofaríngea, el ramillete de Riolano y los ligamentos estilohioideo y estilo-mandibular.^{1,3} La vena yugular interna y los nervios IX, X, XI y XII se disponen medialmente a la AE.³

La calcificación del PE es infrecuente, hallándose en el 2 a 4% de la población y solo el 4% de ellos serán sintomáticos, con una incidencia del 0,04 al 0,16%; tiene mayor prevalencia en el sexo femenino con una relación 3:1 entre los 30 a 50 años de edad.¹⁻⁵

El largo normal de la AE se considera entre 2 a 3 cm, existiendo discrepancias entre distintos trabajos y autores acerca de cuándo debe considerarse elongada, aceptándose una medida mayor a 3 cm.¹⁻⁵

Originalmente Eagle^{1,3,5} describió 2 tipos de síndromes:

a) **Clásico**: asociado a antecedente quirúrgico de amigdalectomía. Puede presentar sensación de cuerpo extraño, disfagia, odinofagia, otalgia, trismus, limitación de movimientos en la excursión lateral, sialorrea, vértigo y dolor al rotar la cabeza, comprometiendo a los pares craneales: V, VII, IX y X.

b) **El síndrome de la arteria carótida (estilo-carotídeo)**: No tiene relación con cirugías faríngeas. Se produce por la irritación del plexo simpático pericarotídeo por la punta de la AE o la osificación del LE cuando contacta con las arterias carótidas. Se manifiesta con: dolor irradiado al territorio de la arteria carótida afectada, cefalea, dolor infraorbitario, temporo-aurículo-occipital, vértigo, eventos isquémicos transitorios cerebrales o muerte súbita por irritación vagal.

Es común la demora diagnóstica de este síndrome debido a su baja frecuencia, concurriendo los pacientes a médicos de distintas especialidades hasta dar con el diagnóstico definitivo.²

El SE debe sospecharse cuando hay faringodinia persistente, que se exacerba con los movimientos de la cabeza, deglución o masticación.³ El diagnóstico se realiza mediante la clínica, el examen físico y los métodos por

received
October 5, 2017
accepted
August 31, 2018

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0038-1673369>.
ISSN 1852-9992.

Copyright © 2019, Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Thieme Revinter Publicações Ltda., Rio de Janeiro, Brazil. Todos los derechos reservados.

License terms





Fig. 1 Tomografía computada (TC) ventana ósea, cortes: axial (A), parasagital derecho (B), corte coronal (C) y corte axial ventana de partes blandas (D). Osificación de ambas apófisis estiloideas (flechas). En (C) se señala la longitud de los procesos estiloideos: 4,4 cm el derecho y 4,2 cm el izquierdo. En (D) se individualizan a las arterias carótidas (C) destacando su íntima relación con las apófisis estiloideas calcificadas.

imágenes. La palpación de la punta del proceso estiloideo elongado exagera los síntomas.^{4,5} Se emplea una prueba diagnóstica-terapéutica que consiste en la administración de un anestésico local en la fosa amigdalina, atenuando los malestares.³

Habitualmente, primero es estudiado mediante estudios radiológicos incluyendo panorámica de cráneo o cuello frente y perfil, radiografía de Towne, panorámica, lateral y oblicua de mandíbula, etc. Se aprecia como imágenes lanceoladas radiodensas en la región estiloidea. La vista lateral permite valorar la extensión de la calcificación mientras que la vista frontal permite apreciar la bilateralidad y posibles desviaciones.^{1,2,5} Puede valorarse

mediante tránsito esofágico apreciándose una indentación extrínseca sobre el esófago, causada por el proceso estiloideo alargado.^{2,5}

Es la TC con reconstrucción 3D el método de elección para esos casos, ya que además de permitir el diagnóstico tiene una resolución espacial multiplanar óptima, posibilitando medir las características y dirección del PE, valorar las relaciones anatómicas, así como programar la técnica quirúrgica.^{2,3}

Se aprecia hiperdensidad del PE pudiendo realizar mediciones y valorar la relación con las partes blandas vecinas.^{1,3,4} Langlais y cols., crearon una clasificación radiológica de los tipos de elongación de la AE y patrones de calcificación del cartílago estiloideo.^{1,3,5}

Los diagnósticos diferenciales que deben considerarse son: mala oclusión bucal, neuralgia de los pares V y IX artritis temporomandibular, faringoamigdalitis crónica, arteritis temporal, divertículo esofágico, tumores del cuello, etc.^{2,3,5} El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico.^{1,4}

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de Intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 Villalva Leyton MA, Miranda Villasana E. Síndrome de Eagle: reporte de un caso. *AMCBM* 2009;5(01):26-31
- 2 Savranlar A, Uzun L, Uğur MB, Ozer T. Three-dimensional CT of Eagle's syndrome. *Diagn Interv Radiol* 2005;11(04): 206-209
- 3 Espinosa Morett L, Ruiz Morales R. Características clínicas del síndrome de Eagle. *Rev Esp Méd Quir* 2013;18:264-270
- 4 Murtagh RD, Caracciolo JT, Fernandez G. CT findings associated with Eagle syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol* 2001;22(07): 1401-1402
- 5 Khandelwal S, Hada YS, Harsh A. Eagle's syndrome - A case report and review of the literature. *Saudi Dent J* 2011;23(04): 211-215
- 6 Eagle WW, Durhan NC. Elongated Syloid Processes. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/559941>. Accedido el 22 de Mayo de 2018
- 7 Lorman JG, Biggs JR. The Eagle syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 1983;140(05):881-882