

Síndrome de Eagle: Informe de un caso

Eagle syndrome: A case report

Humberto Su*, Lucas Zelaya†,
Benjamín Cano‡

RESUMEN. El síndrome de Eagle es un trastorno causado por la elongación del proceso estiloides o calcificación del ligamento estilohioide que provoca dolor recurrente en la faringe o sensación de cuerpo extraño, disfagia u odinofagia. El diagnóstico se puede hacer al examen físico con la palpación del proceso estiloides en la fosa amigdalina, provocando dolor o exacerbación de este. Presentamos el caso de un paciente masculino de 54 años con cuadro de sensación de cuerpo extraño seguido por dolor en faringe, que al examen físico presentaba leve dolor a la palpación en región submandibular izquierda. El estudio de laringoscopia endoscópica fue normal, y estudio de TAC helicoidal de cuello demostró proceso estiloides izquierdo elongado. El paciente mejoró con tratamiento medicamentoso. Los autores informan el primer caso de Síndrome de Eagle en la literatura hondureña.

Palabras clave: Enfermedades faringéas. Faringea. Trastornos de deglución.

ABSTRACT. Eagle's syndrome is a disorder caused by the elongation of the styloid process or calcification of the stylohyoid ligament that causes recurrent pain in the pharynx or sensation of foreign body, dysphagia or odinophagia. The diagnosis can be done by physical exam with the palpation of the styloid process in the tonsillar fossa, causing pain or intensification of the pain. We present the case of a 54 year-old male patient with clinical feature of sensation of foreign body followed by pain in pharynx that presented mild pain to the palpation in left submandibular region at physical exam. The endoscopic laryngoscopy was normal, and study of helical CT scan of neck showed elongated left styloid process. The patient improved with pharmacological treatment. The authors report the first case of Eagle's Syndrome in the Honduran literature.

Keywords: Pharyngeal diseases. Pharynx.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Eagle es una entidad raramente identificada clínica y anatomopatológicamente. Fue descrito por primera vez por el Dr. Watt W. Eagle en 1937, quien informó varios casos de procesos estiloides elongados aso-

* Neurólogo, San Pedro Sula.

† Audiólogo, Foniatra, Otorrinólogo, Comunicación Humana, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

‡ Residente de Otorrinolaringología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
Dirigir correspondencia a: humbertosu@yahoo.com

ciados a síntomas de dolor vago en cabeza, cuello y orofacial.¹ El Síndrome de Eagle es una condición que puede causar molestia o dolor sordo en orofaringe; hallazgos anormales a la palpación en área tonsilar, glositis intermitente y sensación de cuerpo extraño en faringe. Puede haber dificultad para la deglución y dolor considerable durante el acto de la deglución.² Presentamos el primer caso de Síndrome de Eagle publicado en la literatura hondureña.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 54 años de edad, masculino, diestro, sin antecedentes patológicos de importancia, con cuadro de 6 meses de evolución de presentar sensación de cuerpo extraño en región faringea de lado izquierdo. El cuadro se empeoró con disfagia, al principio a alimentos sólidos, que progresó a líquidos. Durante el último mes, se presentó con episodios de dolor espontáneo, episódico, de duración variable de minutos a horas, en la región anteriormente mencionada, sin irradiación. El paciente fue tratado como faringitis con analgésico y antibióticos, sin mejoría del cuadro.

El examen físico segmentario fue irrelevante. El examen bucal a excepción de ausencia de algunas piezas dentales fue normal, el examen otorrinolaringológico fue normal, el examen de cuello presentó leve dolor a la palpación profundo en la región submandibular izquierda, sin otra alteración.

Se realizó un estudio de laringoscopia endoscópica y endoscopia esofágica, las cuales fueron normales. Se realizó estudio de tomografía computada helicoidal de cuello. La región anatómica que corresponde a la glotis, supra e infraglotis mostró características radiológicas normales sin evidencia de proceso inflamatorio ni neoplásico; se observó adecuadamente las cuerdas vocales, senos piriformes, receso glosopiglótico y ariepiglóticos, la valécula y el vestíbulo laríngeo. La porción superior de la traquea también fue normal. Las estructuras vasculares que corresponden a ambas arterias carótidas comunes, carótidas internas y externas, venas yugulares interna y externas, fueron normales. Las reconstrucciones en tercera dimensión a nivel de la base del cráneo identificaron el proceso estiloides izquierdo de 3.03 cm y el derecho de 2.05 cm, los diferentes cortes axiales compactados en ven-

tana para partes blandas no mostró patología inflamatoria a nivel de los procesos estiloides (Figura No. 1).

Se trató con prednisona 50 mg diario por una semana acompañado de amitriptilina con lo cual el cuadro remitió.

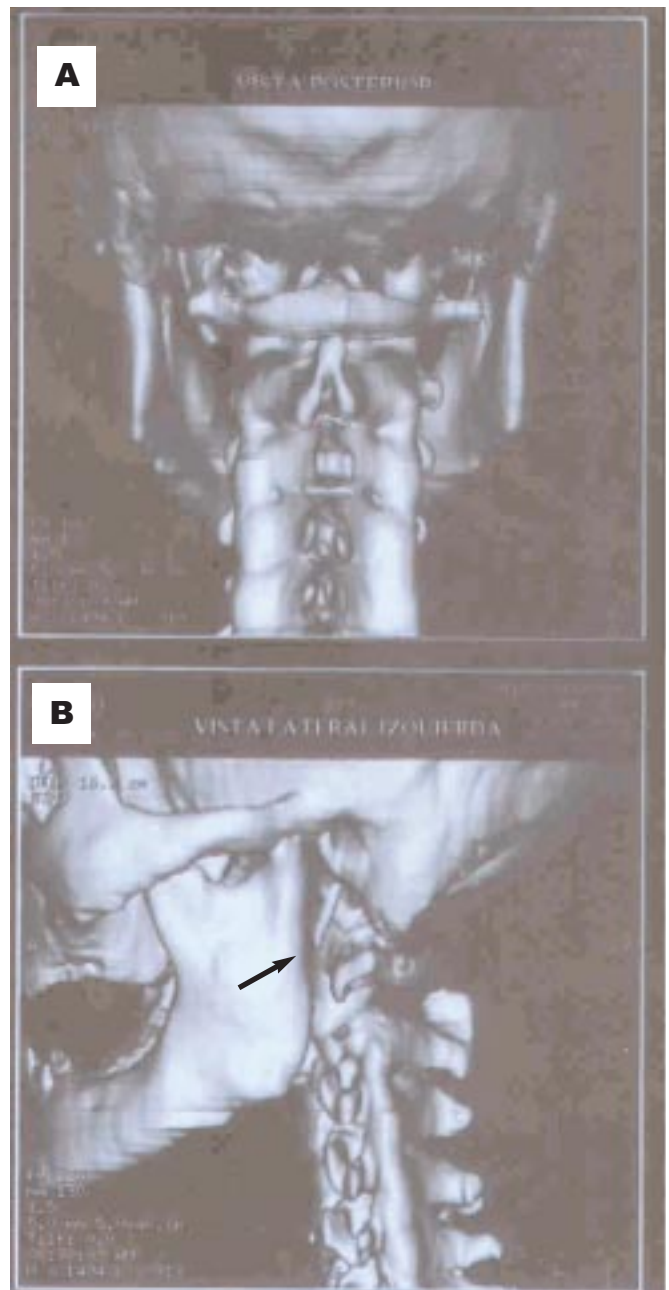


Figura 1. En la vista posterior (A) la flecha indica el proceso estiloides izquierdo, el cual tiene mayor longitud que el derecho. En la vista lateral izquierda (B) la flecha indica una imagen mas clara del proceso estiloides.

DISCUSIÓN

Los anatomistas han notado la presencia del proceso estiloide elongado desde la mitad del siglo XVII. La presencia de la osificación del ligamento estilohioide y la elongación del estiloide ha sido informado con y sin síntomas por varios autores al final del siglo XIX y al principio del siglo XX. El Dr. Watt W. Eagle publicó varios casos iniciando en 1937 describiendo síntomas cervicofaríngeos asociados a diagnósticos radiológicos de un proceso estiloide osificado y elongado.¹ Sus trabajos dieron origen al término de "Síndrome de Eagle".

El Síndrome de Eagle es un síndrome mas común de lo que generalmente se considera. En la literatura se estima la ocurrencia de proceso estiloide elongado o calcificación del ligamento estilohioide desde 2 a 4% hasta 78% (Ref. 3,4).

En adultos normales, el proceso estiloide mide hasta 2.5 cm (Ref. 2). La elongación anormal del proceso estiloide usualmente inicia en la tercera y cuarta década de la vida, y se observa con mayor frecuencia en mujeres. Se han propuesto varias teorías para explicar la elongación del proceso estiloide.⁵ La teoría de la hiperplasia reactiva establece que los traumas pueden causar la osificación de la punta del proceso estiloide hasta el ligamento estilohioide, este ligamento contiene remanentes de tejido conectivo y fibrocartilaginoso que tiene potencial para la osificación. La segunda teoría, la metaplasia reactiva, se asocia con una respuesta post-traumática cicatrizal aberrante. La presencia de centro de osificación en los 4 segmentos del estiloide inicia la calcificación. La tercera teoría, la teoría de la variante anatómica propone que la elongación temprana del proceso estiloide y la osificación del ligamento estilohioide son variantes anatómicas que ocurre sin trauma. Esta teoría puede explicar la presencia de osificación en niños. Carmada et al. propone una cuarta teoría para explicar la presencia de síntomas en ausencia de evidencia radiográfica de osificación.⁶ La teoría de la anomalía del desarrollo por envejecimiento, la cual establece que con el proceso de envejecimiento, el tejido blando al perder la elasticidad, una reacción inflamatoria localizada causa una tendinitis en la unión entre el ligamento y el cuerno menor. El ligamento se endurece y la respuesta inflamatoria de los tejidos asociados causa los síntomas.

Fisiopatológicamente, existen varios mecanismos que pueden llevar la sintomatología del síndrome: 1. Fracturas traumáticas del proceso estiloide causa proliferación de tejido de granulación que puede presionar las estructuras del alrededor; 2. Compresión de los nervios adyacentes, el glossofaríngeo, ramas inferiores del trigémino, o cuerda del tímpano; 3. Cambios degenerativos e inflamatorios en la porción tendinosa de la inserción estilohioide; 4. Irritación de la mucosa faríngea por compresión directa o cicatrización de post-tonsilectomía (afectando los nervios craneales V, VII, IX y X); y 5. Pulsación carotídea produciendo irritación de nervios simpáticos en la cubierta arterial.

Eagle describió dos síndromes separados,¹ el síndrome clásico, que es la presentación mas común y ocurre casi inmediatamente después de una tonsilectomía, y que se caracteriza por la sensación de cuerpo extraño en faringe, disfagia y odinofagia además de otalgia. El dolor es descrito como sordo, sin la cualidad lacerante de una neuralgia. El segundo es el síndrome de la arteria carótida, se presenta con o sin tonsilectomía. En este caso el proceso estiloide elongado comprime la arteria carótida interna o externa, el dolor se localiza en la región parietal o alrededor del ojo, pueden haber mareos, pérdida transitoria de la visión y síncope.

Otros síntomas incluye glositis, sialorrea, hipoacusia, tinnitus, sensación de oído tapado, alteraciones visuales, cefalea, dolor dentario, parestesias faríngeas y espasmos faríngeos.^{7,8}

El examen físico debe incluir evaluación de las regiones de cabeza y cuello. La palpación faríngea es importante. Se sugiere colocar el dedo índice en la faringe después de haber colocado anestesia tópica local, el dedo debe palpar el pilar anterior desde la base hasta la parte superior incluyendo la superficie de la amígdala y luego la fosa tonsilar, el proceso estiloide se palpa como una cuerda ósea o una punta, esta maniobra produce y aumenta el dolor. El examen físico de cuello también puede ser útil, se puede palpar una masa en el ángulo de la mandíbula y esto genera dolor.⁸

El proceso estiloide puede ser observado en proyecciones laterales o posteroanteriores de la mandíbula, otros estudios útiles son las radiografías panorámicas. La tomo-

grafía computarizada nos da una mayor información acerca de la longitud, la desviación angular y las relaciones anatómicas del proceso estiloides. La angiografía o el Doppler nos ayudan a demostrar la compresión de la arteria carótida por un proceso estiloides elongado.⁸

Los diagnósticos diferenciales del Síndrome de Eagle incluyen carotidinia, neuralgias, migraña, disfunción de la articulación temporomandibular, enfermedades de nariz y faringe, enfermedades dentales, cuerpo extraño, enfermedades psicosomáticas y procesos neoplásicos.

El tratamiento definitivo es quirúrgico, con resección del proceso estiloides, aunque la inyección transfaringea de esteroides y anestesia local en el asta inferior del hueso hioides o en la fosa tonsilar es el tratamiento médico más común.⁹⁻¹¹ En nuestro caso el manejo con esteroides orales y amitriptilina proporcionó una respuesta satisfactoria.

El Síndrome de Eagle, aunque no es común, es probablemente subdiagnosticado. Si no se realiza una historia clínica cuidadosa con un examen físico que incluya evaluación de la fosa tonsilar, arteria carótida, y hueso hioides, podemos fallar el diagnóstico de esta entidad.

REFERENCIAS

1. Eagle WW. Elongated styloid process. Report of two cases. *Arch Otolaryngol* 1937; 25: 584-587.
2. Ballenger JJ. *Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head, and Neck*. Lea and Febiger. 13 Ed. 1985; pp. 306-317.
3. Breault MR. Eagle's syndrome: review of the literature and implications in craniomandibular disorders. *Cranio* 1986; 4: 324-37.
4. Enlow DH, Hans MG. *Essentials of facial growth*. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1996.
5. Steinman EP. A new light on the pathogenesis of the styloid syndrome. *Arch Otolaryng* 1970; 91: 171-174.
6. Carmada AJ, Deschamps C, Forest D. Stylohyoid chain ossification: A discussion of etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 508-14.
7. Aral L, Karaca, Güngör N. Eagle's syndrome masquerading as pain of dental origin. Case report. *Australian Dental Journal* 1997; 42: 18-19.
8. Montalbetti L, Ferrandi D, Pergami P, Savoldi F. Elongated styloid process and Eagle's syndrome. *Cephalalgia* 1995; 15: 80-91).
9. Strauss M, Yohar Z, Laurian N. Elongated styloid process syndrome: intraoral vs. external approach for styloid surgery. *Laryngoscope* 1985; 95: 976-979.
10. Chase DC, Zarmen A, Bigelow WC, McCoy JM. Eagle Syndrome: a comparison of intraoral versus extraoral surgical approaches. *Oral Surg Oral Med Ond Pathol* 1986; 61: 522-526.
11. Chouvel P, Rombaux P, Philips C, Harnoir M. Stylohyoid chain ossification: choice of surgical approach. *Acta Otorrinolaryngol Belg* 1996; 50: 57-61.

LA OCASIÓN HAY QUE CREARLA;
NO ESPERAR QUE LLEGUE.

BACON