

# SINDROME DE EAGLE

*Dr. Sebastián Ballester*

*Dra. Camila Martínez  
Arqueros*

*Dr. Agustín Lorences*

**SANATORIO JUNCAL**

Temperley. Buenos Aires  
Argentina

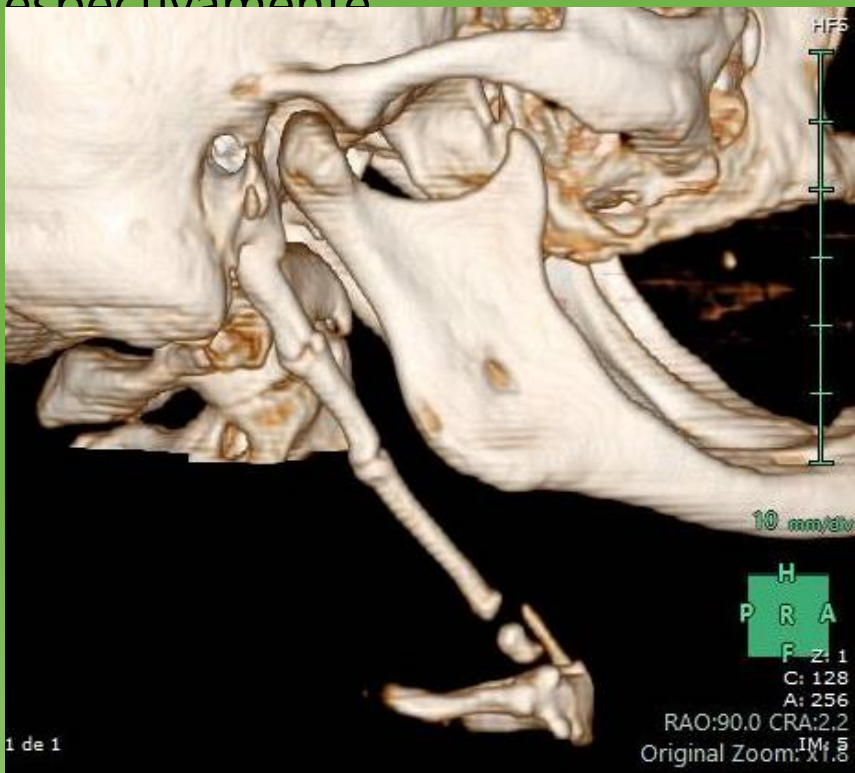


# HISTORIA CLÍNICA

Paciente femenino, de 77 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, linfoma no Hodking en tratamiento, hipotiroidismo, que consulta a la guardia por disfagia a sólidos de larga data asociado a hiporexia y astenia de 5 días de evolución. Se realiza una video endoscopia digestiva alta que no arroja resultados patológicos

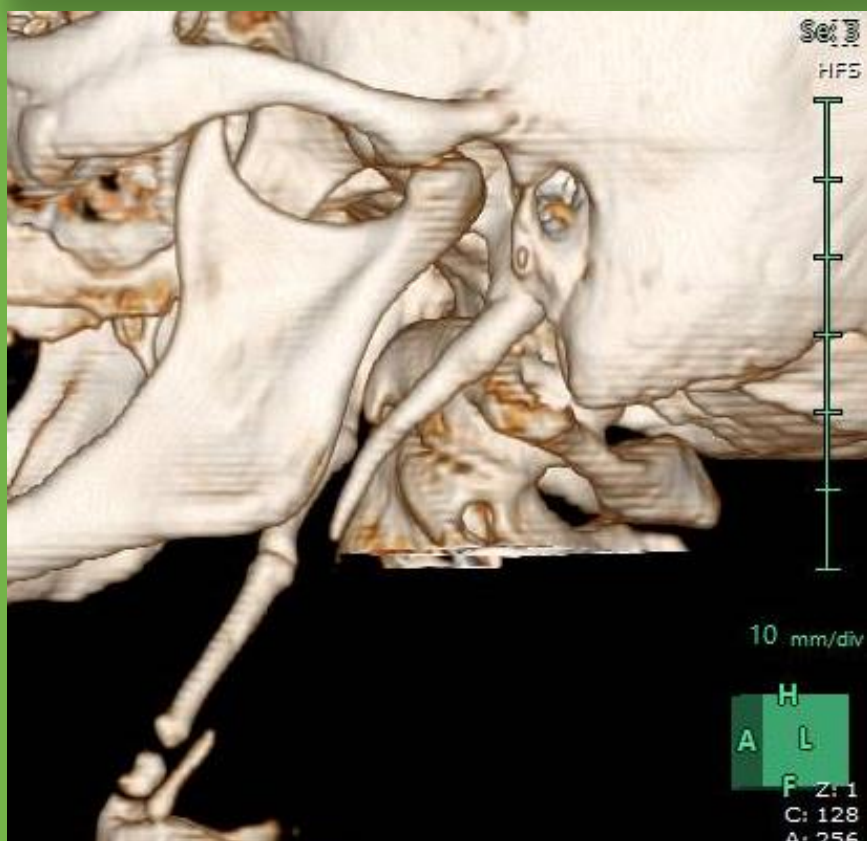
# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

Se realizó una tomografía computada de cuello sin contraste endovenoso. El examen revela elongación de ambas apófisis estiloides, principalmente la derecha, midiendo 76 y 40 mm la derecha e izquierda respectivamente.



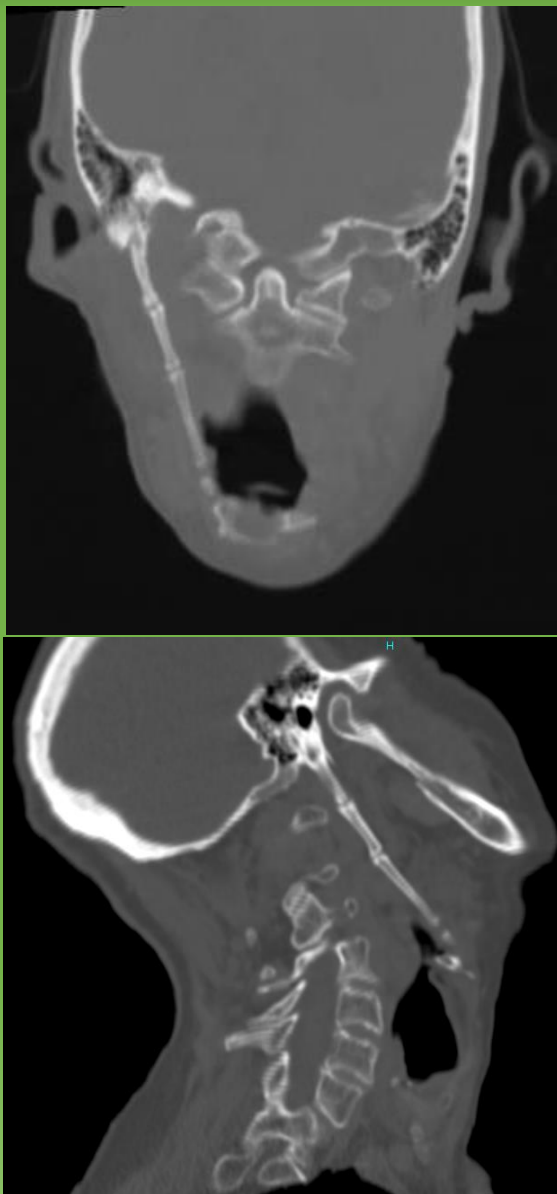
(Reconstrucción ósea  
tridimensional)

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



(Reconstrucción ósea tridimensional.  
Se observan ambas apófisis estiloideas  
elongadas)

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



(Reconstrucción oblicua en ventana ósea)

# DISCUSIÓN

El síndrome de Eagle es una condición infrecuente, caracterizada por una elongación mayor de 30 mm de la apófisis estiloides o cuando el ligamento estilohioideo esta calcificado, que afecta e irrita variadas estructuras anatómicas adyacentes. Se presenta con mayor frecuencia en mayores de 50 años con una incidencia tres veces mayor en mujeres. En la mayoría de los casos el hallazgo anatómico es bilateral, sin embargo, con mayor frecuencia los síntomas son estrictamente unilaterales. El paciente suele presentarse con dolencias crónicas, entre ellas: dolor faríngeo, la sensación de cuerpo extraño faríngeo, odinofagia y disfagia, dolor facial o en la articulación temporomandibular, otalgia referida por compresión mastoidea y cervicalgia. Todos estos síntomas se explican por la compresión de los pares craneanos IX-X-V. También se describe que puede gatillarse el síndrome de Eagle, posterior a una amigdalectomía, debido a la irritación de la mucosa faríngea y fibrosis posterior de lecho amigdalino.

# DISCUSIÓN

De la anamnesis nos va a importar el cuadro clínico clásico de dolor cervical crónico y si se realizó una amigdalectomía previamente. La radiografía o la tomografía computada son útiles para evidenciarlas. El diagnóstico diferencial debe establecerse con múltiples patologías, como por ejemplo: disfunción temporomandibular, neuralgia: V-IX-esfenopalatina, arteritis de la arteria temporal, faringoamigdalitis recurrente, patología dental y protésica, sialoadenitis submandibular, sialolitiasis, cuerpo extraño faríngeo, tumores de faringe y de base de lengua.

# DISCUSIÓN

El tratamiento va a depender de la sintomatología: si los síntomas son leves o moderados el tratamiento con analgésicos es la recomendación. Si los síntomas son de carácter intenso o el tratamiento con analgésicos fracasara la resección parcial de las apófisis estiloideas esta recomendada. Existen 2 tipos de abordaje, el intraoral y el extraoral. El intraoral se recomienda cuando las apófisis sean palpables intraoralmente, éste tipo de abordaje suele ser mas sencillo, mas rápido y estético. Pero nos ofrece un campo quirúrgico menor en comparación con el extraoral y mas riesgo de infección por la comunicación oral-cervical.



# CONCLUSIÓN

El síndrome de Eagle si bien es una patología infrecuente, debe pensarse sobre todo si la dolencia es crónica. Una anamnesis exhaustiva puede ayudar al medico a llegar al diagnostico de manera precoz para evitar al paciente procesos terapéuticos craneofaciales que no resuelven la patología.

# BIBLIOGRAFÍA

- *Rodolfo Nazar. Síndrome de Eagle en otorrinolaringología. Rev Hosp Clín Univ Chile 2008*
- *Gelabert-González y A. García. Síndrome de Eagle. Una causa poco frecuente de cervicalgia. Neurocirugía vol. 19 no.3 jun. 2008.*