



# CADI 2022

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

**22 AL 24 DE SEPTIEMBRE**

**CEC:**

Centro de Convenciones  
Buenos Aires



## NO TODA ODINOFAGIA ES FARINGITIS

**TOBON Juan Pablo , JARAMILLO Daniela, MENDOZA Margareth, SALAMIDA Alejandra,  
FERRARI Luciana.**

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno”, Hospital Universitario Sede Saavedra, Departamento de Imágenes, Capital Federal, Argentina

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## OBJETIVOS:

Exponer a través de un caso clínico, los hallazgos imagenológicos presentes en el Síndrome de Eagle que permiten realizar el correcto diagnóstico de esta entidad.

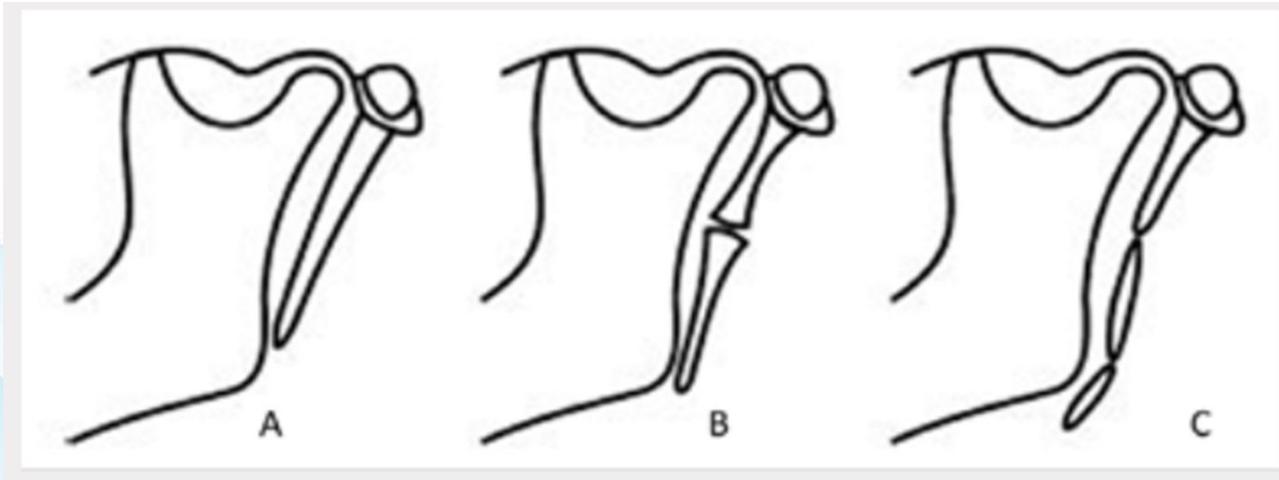
## CASO CLINICO

Paciente femenino de 74 años de edad con reagudización de dolor cervical de larga evolución. Refiere ataques repentinos de marcado dolor y sensación de punzadas que se extienden hacia la región facial izquierda y oído homolateral, se acompañan de odinofagia y disfagia, las cuales se exacerban con la masticación, la apertura de la boca y el giro del cuello.

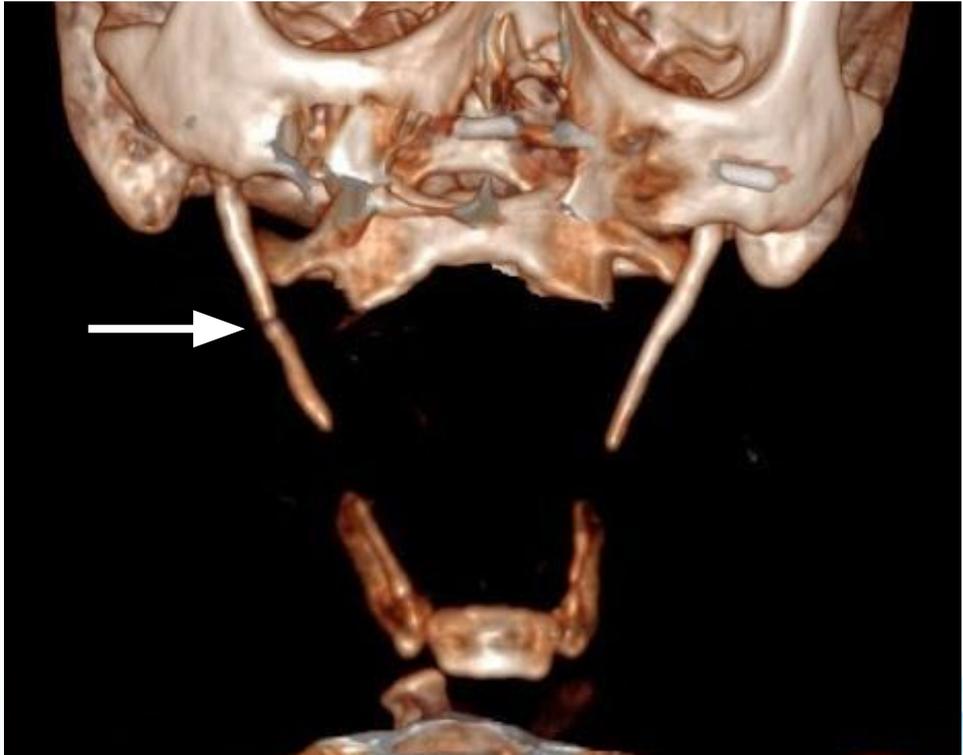
No refiere otros síntomas, ni otros antecedentes.

## DISCUSIÓN

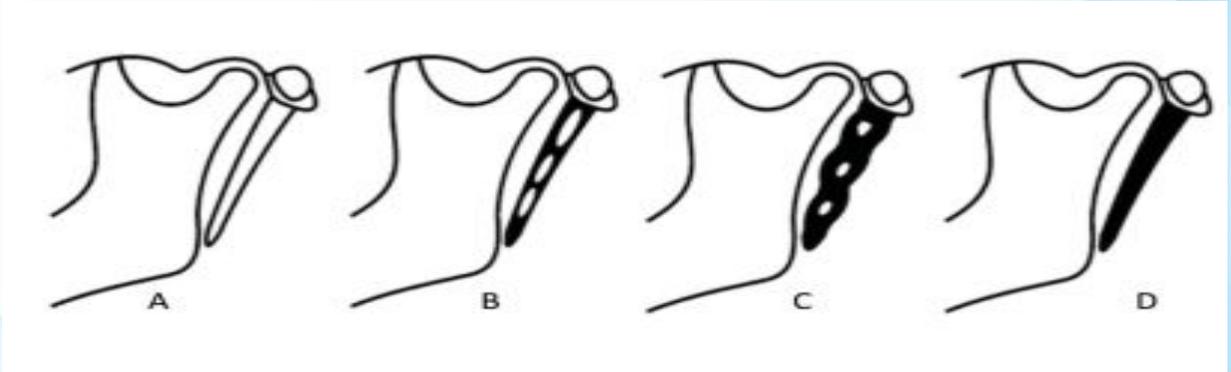
El síndrome de Eagle se debe a la elongación de la apófisis estiloides (AE) o a la mineralización del proceso estilohioideo (MPE), sobrepasando los 37 mm de longitud. Dicha entidad genera síntomas como odinofagia, disfagia, sensación de cuerpo extraño o dolor facial atípico entre los más referidos.



- Tipo A o elongado: integridad completa del proceso estilohioideo.
- Tipo B o pseudo-articulado: la AE se encuentra en proximidad al ligamento estilohioideo o al ligamento estilomandibular a través de una pseudoarticulación.
- Tipo C o segmentado: el MPE se encuentra fragmentado e interrumpido observando dos o más fragmentos



- A. Contorno calcificado
- B. Parcialmente calcificado
- C. Nodular
- D. Completamente calcificado



## CONCLUSIÓN:

El síndrome de Eagle debe tenerse en cuenta ante la presencia de síntomas que involucren la región orofaríngea sin causas subyacentes, siendo los hallazgos imagenológicos indispensables para arribar a su correcto diagnóstico.

## BIBLIOGRAFIA

- Haller, S., L. Etienne, E. Kövari, A. D. Varoquaux, H. Urbach, y M. Becker. «Imaging of Neurovascular Compression Syndromes: Trigeminal Neuralgia, Hemifacial Spasm, Vestibular Paroxysmia, and Glossopharyngeal Neuralgia». *American Journal of Neuroradiology* 37, n.º 8 (1 de agosto de 2016): 1384-92. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4683>.
- «Neuralgia del trigémino: características de la RM. | Radiología». Accedido 2 de mayo de 2022. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiology.172.3.2772186>.
- Kontzialis, M. y Kocak, M. (2017). Evaluación por imágenes de la neuralgia del trigémino. *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Estambul*, 51 (3 Suplemento 1), S62–S68. <https://doi.org/10.17096/jiufd.27242>
- Jorquera Moya, M., S. Merino Menéndez, J. Porta Etessam, J. Escribano Vera, y M. Yus Fuertes. «Sintomatología derivada de los pares craneales: Clínica y topografía». *Radiología* 61, n.º 2 (1 de marzo de 2019): 99-123. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2018.09.005>.
- Cantín, L. M., y I. Suazo Galdames. «¿Síndrome de Eagle o síndrome estilohioideo?» *Neurología* 26, n.º 4 (1 de mayo de 2011): 254. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2010.09.022>.