

Dolor cervical atípico: Síndrome de Eagle

Atypical neck pain: Eagle syndrome

Miguel Alberto Rodríguez P¹, Antonio Sanmartín C¹, Juan Rebollo O¹.

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 45 años con dolor cervical derecho muy localizado, característico y persistente. El estudio radiológico nos permitió diagnosticar claramente un síndrome de Eagle. Por lo anterior el paciente fue sometido a cirugía de extirpación de apófisis estiloides derecha.

El paciente evolucionó sin mayores complicaciones ni incidencias, y obteniendo la resolución del cuadro.

Palabras clave: Dolor cervical, apófisis estiloides, síndrome Eagle, odinofagia, amigdalectomía.

ABSTRACT

Here we introduce a 45-year-old man suffering from an intense, unique and permanent pain, located in his right neck.

Radiology showed us signs leading to the diagnosis of Eagle Syndrome.

Surgery of right Styloid apophysis removal, with no complications, letting the patient free of symptoms.

Key words: Neck pain, styloid apophysis, Eagle syndrome, odinophagia, tonsillectomy.

¹ Hospital Universitario de Puerto Real, Cadiz España.

Recibido el 3 de mayo, 2016. Aceptado el 21 de agosto, 2016.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 45 años, amigdalectomizado hace 3 años, y que acude por odinofagia, otalgia y cervicalgia derecha de 1 mes de evolución.

El paciente no describe antecedentes traumáticos ni infecciosos.

La exploración otorrinolaringológica resulta estrictamente normal.

Debido a la persistencia de los síntomas del paciente, se decide realizar TAC cervical que evidencia un engrosamiento y elongación de ambas apófisis estiloides y ligamentos estilohioideos calcificados, alcanzando una longitud de 48,5 mm (Figuras 1 y 2).

Se propuso al paciente cervicotomía con extirpación de apófisis estiloides, practicándose la cirugía sin incidencias. El posoperatorio cursó satisfactoriamente, siendo dado de alta a las 24 h.

En la revisión realizada tres meses después, se confirma desaparición de los síntomas.

Dada la clínica, exploración y pruebas complementarias antes descritas se confirma el diagnóstico de síndrome de Eagle. Consiste en la calcificación y elongación de la apófisis estiloides y los ligamentos que en ella se insertan¹, siendo una entidad poco frecuente, que incorpora la sintomatología descrita y frente a la cual se plantea la posibilidad de tratamiento conservador versus quirúrgico según la intensidad de síntomas y

deseos del paciente^{2,3}. Su diagnóstico es clínico-radiológico y su pronóstico bueno³⁻⁶.

El síndrome de Eagle debe distinguirse del síndrome estilohioideo y del síndrome pseudoestilohioideo. Los tres comparten la misma sintomatología, con la peculiaridad que en el síndrome de Eagle existen antecedentes de tonsilectomía y/o traumatismo previo; en el síndrome estilohioideo no existen; y en el síndrome pseudoestilohioideo la apófisis estiloides es normal^{3,7}.

La incidencia actual de anomalía en la longitud del proceso estilohioideo es probablemente en torno al 4%.

Constituye una entidad importante en el diagnóstico diferencial de la patología deglutoria y también en las neuralgias, por ejemplo la del IX par craneal, así como cualquier otra patología que provoque dolor cervical o facial, dado la vaguedad y poca especificidad de los síntomas. Esto la convierte en un reto diagnóstico, provocando en ocasiones tratamientos erróneos e innecesarios.

Existen diferentes estudios que valoran los tratamientos quirúrgicos con acceso extraoral frente a los intraorales mediante endoscopia, pero aún no se estableció un estándar definitivo.

La ventaja del abordaje externo es la completa exposición anatómica, lo cual ayuda a respetar las estructuras neurovasculares y minimizar los riesgos, mientras que como aspecto negativo cuenta con la cicatriz y precisamente el riesgo de lesión de las mencionadas estructuras.



Figura 1.

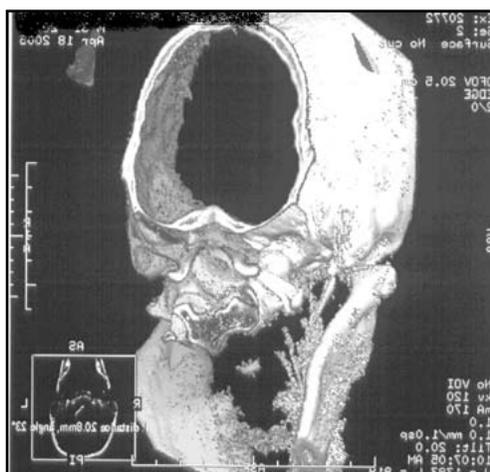


Figura 2.

En cuanto al acceso endoscópico, es relativamente fácil técnicamente y deja menores secuelas, así como requiere menores tiempos quirúrgicos y de recuperación. Sin embargo, la peor o incompleta visualización puede provocar infecciones de planos cervicales profundos, lesiones de región submaxilar o retromandibular, o bien daños vasculares o neurológicos severos.

En cualquier caso, es recomendable conocer la técnica endoscópica, y manejarla si es preciso, pues es una alternativa muy interesante y válida.

Agradecimientos

Agradecemos su contribución al Profesor Doctor Jorge Roquette Gaona.

BIBLIOGRAFÍA

1. ORLIK, K. Unilateral neck pain: a case of Eagle syndrome with associated non traumatic styloid fracture. *Am J Emerg Med* 2013; 115: 436-9.
2. CHRCANOVIC, BR; CUSTODIO, AL; DE OLIVEIRA, DR. An intraoral surgical approach to the styloid process in Eagle's syndrome. *Oral Maxillofac Surg* 2009; 13 (3): 145-51.
3. GELABERT GONZÁLEZ, M; GARCÍA ALLUT, A. Síndrome de Eagle, una causa poco frecuente de cervicalgia. *Rev Neurocirugía* 2008; 19: 254-6.
4. MURTAGH, RD; CARACCILO, JT; FERNANDEZ, G. CT findings associated with Eagle syndrome. *AJNR* *Am J Neuroradiol* 2001; 22: 1401-2.
5. FULVIA, C; GABRI, V; CHRISTIANE, B; ROBERT, L. Eagle's Syndrome: Signs and Symptoms. *The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice* 2013; 51: 56-60.
6. GINO MARISIO, L; ALFREDO SANTAMARÍA, C; ALZÉRRECA, J. Síndrome de Eagle. Revisión de la literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza y Cuello* 2016; 76: 121-6.
7. ATA-ALI, J; ATA-ALI, F; MELO, M; ANDRÉS-TERUEL, JC; SOTO-SARRION, C. Eagle syndrome compared with stylohyoid syndrome: complete ossification of the stylohyoid ligament and joint. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016.

Dirección: Miguel Alberto Rodríguez P.
Hospital Universitario de Puerto Real, Cadiz España
E mail: otomiguel@hotmail.es