

SÍNDROME DE EAGLE, APÓFISIS ESTILOIDES CON PROLONGACIÓN HASTA EL HIOIDES

JOSÉ LUIS D'ADDINO¹, MARÍA MERCEDES PIGNI², CARLOS SALVATORI³,
SANTIAGO CORRADETTI⁴, GONZALO LAGUNAS⁵, ADRIANO SORACE⁶

Recibido para publicación: 08-08-2017 - Versión corregida: 05-10-2017 - Aprobado para publicación: 10-10-2017

Resumen

Se presenta un caso de un paciente de 48 años que fue tratado inicialmente por síndrome de articulación temporomandibular; posteriormente se diagnosticó apófisis estiloides mayor a 8 cm que se prolongaba hasta el hioides bilateralmente. Refería intenso dolor a predominio izquierdo en cabeza y cuello. La radiografía panorámica y la tomografía computada 3 D permitieron evaluar la dimensión de las apófisis. Se intervino quirúrgicamente el lado izquierdo que resultaba ser el más sintomático, por vía externa con buena evolución sin morbilidad.

Palabras clave: apófisis estiloides, articulación temporomandibular, trismo.

D'Addino JL, Pigni MM, Salvatori C, Corradetti S, Lagunas G, Soraceo A. Síndrome de Eagle, apófisis estiloides con prolongación hasta el hioides. Arch Med (Manizales) 2017; 17(2):434-6. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2063.2017>

Eagle syndrome, styloid process with prolongation to the hyoid

Summary

It is presented a case of a 48 year male who was treated initially by temporomandibular malfunction; lately was diagnosed a styloid process longer than 8 cm that extended up to hyoids bilaterally. He referred an intense pain especially in the left side of head and neck. The panoramic radiography and the tomography scan with 3 dimension reconstruction allowed us to evaluate the process dimension. We underwent an external access surgery on the more symptomatic side. The evolution was good without complications.

Key words: styloid process. temporomandibular joint. trismus.

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 17 N° 2, Julio-Diciembre 2017, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. D'Addino J.L.; Pigni M.M.; Salvatori C.; Corradetti S.; Lagunas G.; Soraceo A.

- 1 Jefe de Servicio de Cirugía General, Hospital Municipal de Vicente López (HMLV). MAAC. Adolfo Alsina 1991. Florida (1602). Bs. As. Argentina. Tel-fax: 54-11-4795-3730. Móvil: 15-4493-1604. Mail: jldaddino@gmail.com .
- 2 Fellow de la Sección Cirugía de Cabeza y Cuello (HMLV). MAAC. [Hospital Municipal de Vicente López] , [Miembro Titular de la Asociación Argentina de Cirugía]
- 3 Jefe de Servicio de Otorrinolaringología. (HMLV) argcesalvatori@gmail.com
- 4 Jefe de Residentes de Cirugía General. (HMLV) santiagocorradetti@hotmail.com
- 5 Residente de Cirugía General. (HMLV) gonzalomlagunas@gmail.com
- 6 Instructor de Médicos Residentes. (HMLV) agsorace@hotmail.com

Introducción

Desde 1937, la calcificación y elongación de la apófisis estiloides es conocida como Síndrome de Eagle. Es una entidad poco frecuente que se presenta principalmente con dolor cervicofacial, disfagia, odinofagia, otalgia y disminución de la apertura bucal. La incidencia ronda del 0,4 al 4 % en la población general [1,2]. Más frecuente en mujeres con un rango etario de 30 a 50 años de edad. También se ha descrito Síndrome Eagle unilateral o bilateral. Una vez diagnosticado, el tratamiento puede ser médico no obstante, cuando no se logra mejoría se impone la conducta quirúrgica.

Caso clínico

Paciente masculino de 48 años que fue tratado por síndrome de articulación temporo-mandibular por más de 2 años sin respuesta al tratamiento. Consulta al Servicio de Cirugía donde manifiesta intenso dolor a predominio izquierdo. Detalla cervicalgia, odinofagia, disfagia, otalgia y disminución de la apertura bucal. Solicitamos estudios de rutina y radiografía panorámica (foto 1/A); y con TAC con reconstrucción 3 D fue posible observar que las apófisis se extendían hasta el hioides con una longitud de más de 8 cm (foto 1/B).

Se programó una cirugía por vía externa realizando bajo anestesia general con intubación orotraqueal una incisión subangulomandibular con extensión sub mastoidea (foto 2/A). Se individualizó y resecó la apófisis estiloides izquierda sin morbilidad por el procedimiento efectuado (foto 1/B). La longitud de la apófisis resecada, superaba los 4 cm (foto 2/C). Se externó a las 24 horas post operatorias sin complicaciones.

Discusión

El síndrome de Eagle está producido por la elongación de la apófisis estiloides. Descrito en la literatura en 1870 por Lucke y Weinlecher, recién en 1937 Watt Eagle, lo definió como la elongación de la apófisis y la osificación del complejo estiloideo [1,3,4].

Debido a que da origen el ramillete de Rioldo, donde se insertan los músculos estilogloso y estilofaríngeo, inervados por el nervio facial, hipogloso y glossofaríngeo, justifica la sintomatología que presenta. En ocasiones se puede asemejar a neuralgias del glossofaríngeo [1].

La longitud normal del proceso estiloideo, es de 2 a 3 cm [1,5,6]. Balcioglu [7] cita que estudios

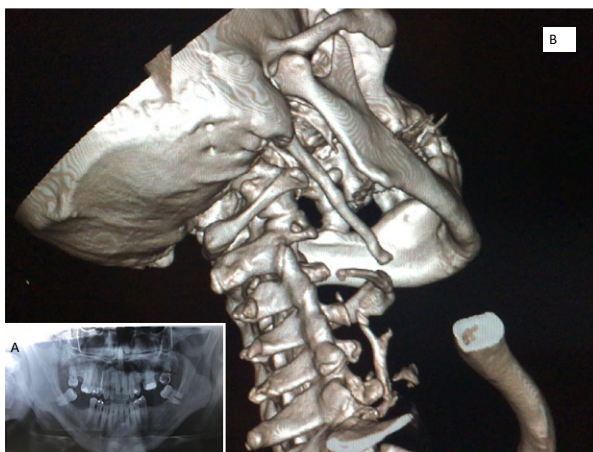


Figura 1. 1 A. Imagen de radiografía panorámica de maxilares con apófisis estiloides bilateral. 1 B. Scan 3D tomográfico con la apófisis que llega al hioides. Fuente: autores.

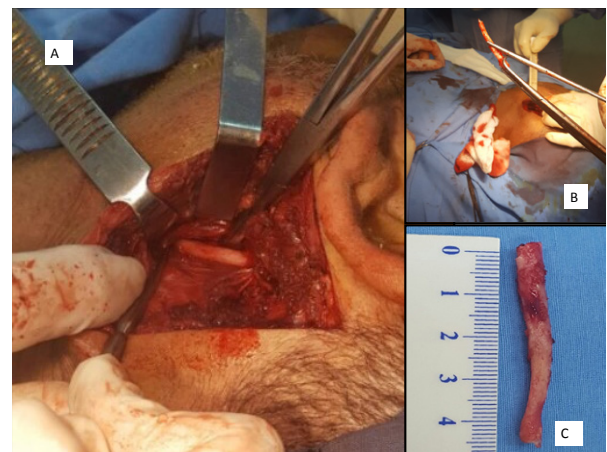


Figura 2. 2 A. Disección de la apófisis estiloides por vía externa. 2 B. Extracción del proceso estiloideo. 2 C. Comparación de tamaño de la pieza. Fuente: autores.

en cadáveres revelaron un promedio de 4 cm (+/- 0,72 mm). La incidencia en la población es de 0,4 al 4 % con predominancia femenina. Cuando resulta sintomático, el Síndrome de Eagle tiene una apófisis con una longitud promedio 6 cm. La etiología del síndrome puede ser explicado por varias causas: elongación congénita de la apófisis estiloides, calcificación del ligamento estiloides y crecimiento de tejido óseo en la inserción del ligamento. También se han sugerido la menopausia precoz. Distintas teorías procuran explicar la osificación anómala del proceso como hiperplasia reactiva a traumatismo crónico, el ligamento estiloides posee tejido fibroconectivo con potencial de osificación. Otros autores postulan metaplasia post traumática y una variante anatómica sin relación causal [3].

El diagnóstico puede realizarse por palpación del proceso en la fosa tonsilar, pero no es de fácil acceso. La radiografía panorámica y la tomografía computada con reconstrucción tridimensional son el gold standard. Son diagnósticos diferenciales de esta entidad la disestesia laringofaríngea, la bursitis del hioides, la disfunción de la articulación temporomandibular, la neuralgia del trigémino, la neuralgia del glosofaríngeo, Síndrome de Sluder o cefaleas tipo Cluster, Síndrome de Ernest o tendinitis del estilomandibular, procesos odontológicos o neoplasias [1,5].

El tratamiento quirúrgico puede tener distintas vías de abordaje; endooral, más usada por los Otorrinolaringólogos, en ocasiones con asistencia endoscópica y también la vía externa [8,9,10] más preferida por los Cirujanos de Cabeza y Cuello como lo fue en el presente caso.

Conclusión

El síndrome de Eagle, de rara presentación, puede ser tratado médicamente con analgésicos, corticoides, infiltraciones locales o transfaringeas y fisioterapia; pero cuando no hay mejoría, la resolución debe ser quirúrgica. Existen 2 vías de abordaje, la endooral con o sin asistencia endoscópica [8,9] o la externa [1,2,5,10]. La elección depende especialmen-

te de la experiencia del equipo operador y el tamaño de la apófisis.

Conflictos de interés: sin conflictos de interés.

Fuentes de financiación: Hospital Público Municipal, sin financiamiento.

Literatura citada

1. Sowmya G, Mohit S, Manjunatha B, Prashnat N, Madhusudan A. **A case of unilateral atypical orofacial pain with Eagle's syndrome.** *J Can Res Ther* 2016; 12:1323-9
2. Takeshi K, Hirotomo H, Yoshinobu K, Aya Y, Mitsu-hisa F, Katsuhisa I. **A case of a very elongated styloid process 8 cm in length with frequent throat pain for 10 years.** *ClinPract* 2016; 6(1):820-5
3. Eagle W. **Elongated styloid process.Further Observation and a New Syndrome.** *Arch Otolaryngol* 1948; 47:630-40
4. Vougiouklakis T. **Overview of the ossified stylohyoid ligament based in more than 1.200 forensic autopsies.** *J Clin Forensic Med* 2006; 13:268-70
5. Lancet-de-Lima J, Rocha-Ferreira J, Ribeiro E, Costa V, De-Sousa E. **Síndrome de Eagle. Revisión de la literatura.** *Acta Odont Venezolana* 2007; 45(2):1-6
6. Yasmeenahamed S, Laliytha B, Sivaraman S, Ambiga P, Dineshshankar J, Sudhaa M. **Eagle's syndrome-masquerading as ear pain: review of literature.** *J Pharm Bioallied Sci* 2015; 7:S372-3
7. Balcioglu H, Kilic C, Akyol M, Ozan H, Hokten G. **Length of the syloid process and anatomical implications for Eagle's syndrome.** *Folia Morphol (Warsz)* 2009; 68:265-70.
8. Weteid A, Miloro M. **Transoral endoscopic-assisted styloidectomy: how should Eagle syndrome be managed surgically?** *Int J Oral Maxillfac Surg* 2015; 44:1181-7
9. Yavuz H, Caylakli F, Erkan AN, Uzluoglu LN. **Modified intraoral approach for removal of an elongated styloid process.** *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2011; 40(1):86-90.
10. Müderris T, Bercin S, Sevil E, Beton S, Kiris M. **Surgical management of elongated styloid process: Intraoral or transcervical?** *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2014; 271(6):1709-13.

