

---

## Síndrome de Eagle. Caso clínico.

Smerilli A<sup>1</sup>, Flores JM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucocomaxilofacial I, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires

<sup>2</sup>Cátedra de Anatomía, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires

Recibido: 18/04/14

Aceptado: 26/06/14

---

### RESUMEN

*Se presenta una descripción de las estructuras involucradas en el Síndrome de Eagle o síndrome la apófisis estiloides y sus manifestaciones clínico-radiográficas en referencia a un caso clínico, su diagnóstico diferencial y tratamiento. El objetivo de esta presentación es identificar al Síndrome de Eagle o Síndrome de la apófisis estiloides mostrando sus características anatómicas, fisiológicas, su diagnóstico por imágenes y tratamiento.*

*Palabras clave: síndrome, estiloides, Eagle, diagnóstico*

### ABSTRACT

*Anatomical description of the structures involved in the Eagle Syndrome and clinical-radiographic manifestations regarding a clinical case, together with differential diagnosis and treatment are presented. The objective of this presentation is to identify the Eagle Syndrome or Stylohyoid Syndrome, showing their anatomical, physiological and diagnostic imaging features and treatment.*

*Key Words: syndrome, stylohyoid, Eagle, diagnosis*

### INTRODUCCIÓN

La apófisis estiloides es un delgado y cilíndrico espolón óseo fusionado con el hueso temporal por delante del agujero estilomastoideo. Embriológicamente es una dependencia del cartílago de Richert, el segundo arco branquial. Deriva del llamado aparato estiloides (vida intrauterina), formado por cuatro eslabones como se muestra en la Figura 1 (Mac Kinnon y Morris, 1993) Normalmente no supera los 3 cm. de largo y su punta no baja más de la altura del plano de oclusión dentaria (Figura 2). Hecho comprobado sobre la observación de 200 cráneos secos revisados en la Cátedra de Anatomía de la F.O.U.B.A. Por desarrollo y crecimiento anómalos se alarga hasta duplicar su tamaño y en casos excepcionales puede osificarse la totalidad del aparato hioideo (Figura. 3, modificada de Figún y Garino, 2008).

El Síndrome de Eagle o síndrome la apófisis estiloides, presenta una ó ambas apófisis estiloides anormalmente largas por calcificación o la fractura de ellas (Correll et al., 1979; Camard et al., 1989), aún las de tamaño normal, provocando al paciente la sensación de cuerpo extraño en la garganta y dolor

referido al oído al deglutir o abrir la boca. El proceso, además, limita los movimientos del cuello. Pueden presentarse cefaleas, disfonías, hipersialia, disfagia, sensación de náuseas, dolor fronto orbitario y temporal situación conocida como síndrome carotideo (Grispan, 1991). Por vía bucal, se palpa la apófisis a nivel de la fosa amigdalina. Puede ser uni o bilateral. La edad de aparición más frecuente es de 50 años.

Las características del síndrome se deben a las relaciones que presenta el ligamento estilohioideo osificado y dentro de las cuales podemos destacar: a. el músculo estilo faríngeo, elevador, actuando sobre la faringe durante la deglución, para acercar el orificio superior del esófago al istmo de las fauces, b. el estilogloso que eleva los bordes de la lengua para limitar la ubicación del bolo alimenticio el que impulsado por el genihioideo cruza el istmo para llegar a la faringe y, c. el estilohioideo que eleva el hioides junto con toda la masa muscular de la lengua para presiona la base de la lengua contra el paladar y seccionar el bolo en la deglución. Este último en inmediata relación con el digástrico de potente

contracción durante la apertura bucal. Finalmente, las cercanías del ligamento osificado con las paredes de la faringe, limita los movimientos, cabe recordar que la apófisis y su prolongación osificada se encuentra en la convergencia de la celda parotídea cuyo contenido principal es la glándula parótida y la arteria carótida externa. Por detrás con el espacio retroestileo, que contiene la carótida interna (irrigación del endocráneo) los nervios glosofaríngeo, responsables de la inervación sensitiva de la faringe y parte de la lengua, el neumogástrico que inerva entre otras la laringe en forma sensitiva y la movilidad de las cuerdas vocales y el hipogloso responsable de la movilidad entre otros de la musculatura lingual (Figún y Garino, 2008).

El diagnóstico clínico diferencial, a fin de pautar su tratamiento, debe establecerse con los siguientes cuadros: a. disfunción de ATM, b. neuralgias cefálicas (Síndrome de Horton), c. lesiones ulcerosas de borde de lengua con sus patologías, d. reducción de dimensión vertical, e. fractura de apófisis estiloides (Eagle, 1948; Correl y Wescott, 1982).

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la longitud de la apófisis estiloides en 200 cráneos secos del museo de la Cátedra de Anatomía y relacionar con un caso clínico.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Doscientos cráneos secos pertenecientes al Museo de la Cátedra de Anatomía de la F.O.U.B.A. Se realizó la medición directa en milímetros (mm) de las apófisis estiloides conservadas haciendo uso de un calibre.

## CASO CLÍNICO

Paciente recepcionada en consultorios externos de la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I de la Facultad de Odontología de la UBA, que manifiesta haber concurrido a diferentes servicios describiendo una sensación de pinchazo y malestar al deglutir.

## RESULTADOS

En la mayoría de los cráneos secos examinados (60%) las apófisis estiloides se encontraban fracturadas, de los que se encontraron con la apófisis estiloides presentes el 30% no superaban los 30 mm y del 10% restante podemos distinguir 2 que son las fotografiadas donde se encontró parte del ligamento estilohioideo calcificado midiendo la mayor de ellas 71 mm en el lado izquierdo y la del lado derecho, fracturado pero con el aspecto de estar igualmente calcificado, las restantes se encontraban entre 30 y 35 mm.

Observamos en la Figura. 4 dos cráneos secos mencionados. En el de la izquierda se ve la apófisis estiloides de dimensiones aumentada (39 mm.) En el de la derecha vemos una hipertrofia importante de la apófisis (71 mm.) izquierda (gentileza del Museo de la Facultad de Odontología UBA).

## RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realiza anamnesis, inspección y palpación demostrando la paciente un estado de angustia manifiesto ante la falta de diagnóstico.

Se solicitaron exámenes bioquímicos complementarios de rutina y una xerorradiografía (Figura 5) que nos permitiera descartar alguna obstrucción de las vías aéreas superiores, la cual nos certificó el diagnóstico clínico de Síndrome de Eagle.

Se realizó diagnóstico diferencial excluyente con disfunción de ATM, neuralgia del IX par, Síndrome de Horton, lesiones ulcerosas de borde de lengua, fractura de apófisis estiloides y reducción de la dimensión vertical que estaba presente.

Los tratamientos establecidos para este síndrome son: a. quirúrgico, con incisiones: intra o extraorales (Marano et al., 1972) y, b. medicamentoso. En esta paciente, el tratamiento consistió en normalizar la dimensión vertical mediante las prótesis correspondientes, acompañado de 1 gramo de Ácido acetilsalicílico durante la 1<sup>o</sup> semana y 0,5 g en la 2<sup>o</sup> semana luego de la cual se suspendió el tratamiento medicamentoso ya que desaparecieron los síntomas clínicos.

## DISCUSIÓN

Se realizó una reseña anatómica e histológica de la apófisis estiloides, realizando la revisión de 200 cráneos secos pertenecientes al Museo de la Cátedra de Anatomía de la F.O.U.B.A., tratando de establecer la longitud promedio de dicha apófisis. En el gran porcentaje se hallaba fracturada y el resto no excedía los 30 mm informados por otros autores. Un caso excepcional constituye el presentado, que se encontraba en una vitrina para preservar la integridad del mismo.

El diagnóstico del caso clínico incluyó la indicación del estudio xerográfico. La xerografía (Figura 5) es una técnica radiográfica que utiliza la propiedad de fotoconductividad de un metaloide amorfo: el selenio. La película radiográfica es reemplazada por una placa de selenio (lámina fotoconductora) que durante la exposición a los rayos X pierde su carga electrostática en forma directamente proporcional a la densidad de las estructuras examinadas. Tiene como ventajas la buena definición

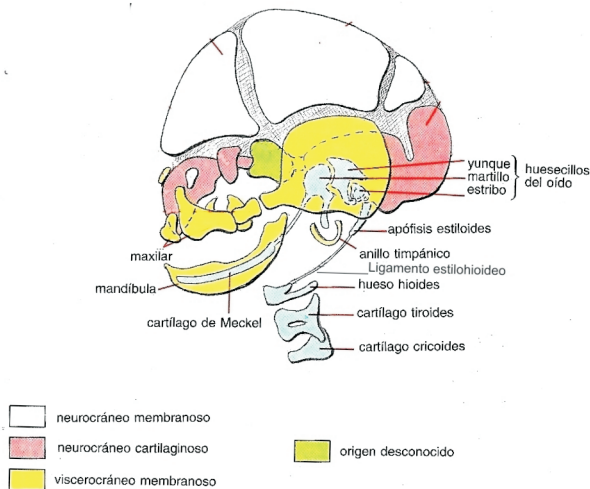


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

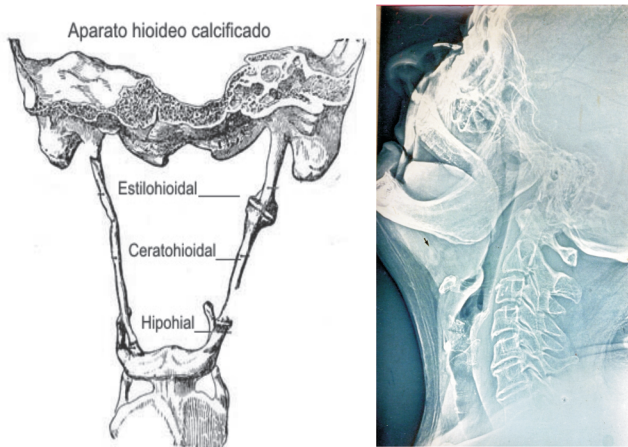


Figura 4.

Figura 5.

en detalles, puesta en evidencia de contornos, se ven estructuras de muy diferentes densidades en la misma película, su rápida ejecución, se puede examinar con cualquier luz y sin negatoscopio y su procesamiento se realiza sin uso de productos químicos. Entre sus desventajas se encuentran: la mayor dosis de radiación, baja sensibilidad de la placa y las dimensiones de la placa estándar (24 x 36 cm).

El caso clínico fue tratado medicamentosa y protéticamente con resultado favorable.

### CONCLUSIÓN

No todos los pacientes con una elongación de la apófisis estiloides presentan síntomas, sino que la pérdida de la dimensión vertical y el grado de osificación de los ligamentos estilomaxilar y estilohioideo o la fractura de dicha apófisis condicionan la aparición de estos. No todos los pacientes que manifiestan síntomas requieren tratamiento quirúrgico, pudiendo evolucionar favorablemente con tratamiento protésico y medicamentoso.

### BIBLIOGRAFIA

Camard AJ, Deschamps C, Forest D. *Styloidchainossification: A discussion of etiology*. Oral Surg. 1989;67:508.

Correll RW, Jensen JL, Taylor JB, Rhyne RR. *Mineralization of the stylomandibular ligament complex. A radiographic incidens study*. Oral Sur. 1979;48:286.

Correll RW, Wescott WB. *Eagle's syndrome diagnosed after history of headache dysphagia otalgia and limited neck movement*. JADA. 1982;104:1491.

Eagle WW. *Elongted styloid process. Further observations and a new syndrome*. Arch. Otolaryng. 1948;47:630.

Figún ME, Garino RR. *Anatomía odontológica*. Buenos Aires: ElAteneo 2008. p. 32.

Mac Kinnon PCB, Morris JNF. *Anatomía Funcional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana 1993. p. 34.

Marano D, Fenster GF, Gosselin CF. *Eagle's syndrome. Necessitating bilateral styloid amputation*. Oral Surg. 1972;33:874.

Dirección para correspondencia:  
Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I  
Faculta de Odontología, Universidad de Buenos Aires.  
M. T. de Alvear 2142, Piso 8ºA. (C1122AAH)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
smerillicirugia@botmail.com