

Revisiones Bibliográficas:

SÍNDROME DE EAGLE. IMPORTANCIA PARA EL ODONTÓLOGO. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Recibido para Arbitraje: 21/07/2009

Aceptado para publicación: 29/04/2010

González José María ¹, J Yuli Moret de Gonzalez² Jiménez Luis Felipe ³, Ortiz Maria Jesús ⁴,
Marcano Lismar⁵, Sambrano M^a Fernanda ⁶
Luisfelipe_jimenez@hotmail.com

1. Profesor Titular de la Cátedra de Anatomía Humana. Cirujano Bucal.
2. Profesora Titular Cátedra de Anatomía Patológica.MSC Medicina Estomatológica.
3. Odontólogo. Universidad Central de Venezuela.
4. Estudiante del tercer año. Preparadora de la Cátedra Anatomía Humana.
5. Estudiante de segundo año. Preparadora de la Cátedra Anatomía Humana.

Resumen

El síndrome de Eagle es una entidad descrita por el Dr. Watt W. Eagle en 1937, en un estudio realizado en un grupo de pacientes cuyo síntoma principal manifestado era dolor cervicofaríngeo. Dicha patología, también conocida con el nombre de síndrome de la arteria carótida, síndrome estiloide o síndrome del proceso estiloide alargado y osificado, se caracteriza por una malformación de la apófisis estiloide en donde se evidencia la elongación de dicha estructura o la calcificación de sus ligamentos, presentándose generalmente en personas de sexo femenino entre la tercera y sexta década de la vida.

El método de diagnóstico más utilizado es la radiografía panorámica. De acuerdo a la sintomatología manifestada en el paciente, se orienta el tratamiento a seguir.

Palabras Claves: Síndrome, apófisis estiloides, dolor cervicofaríngeo.

Abstract

The Eagle's syndrome, is an entity described for the first time by Dr. Watt W. Eagle in 1937, during a research that took place in a group of patients whose main symptom was cervical pain. This pathology, also known as carotid artery syndrome, styloid syndrome or elongated and ossified styloid process syndrome, is characterized by styloid apophysis malformation where elongation is evidenced. It's most likely to be found in females, among the 3rd and 6th decade of life.

Diagnosis is carried out by Orthopantomography. An accurate treatment will be decided according to every patient in particular.

Key words: syndrome, styloid apophysis, carvical pain.

Revisión Bibliográfica

El Síndrome de Eagle es una entidad poco conocida que se presenta comúnmente en pacientes entre la 3º y 6º década de vida, mas común en el sexo femenino sin prevalencia del lado donde se desarrolle; los cuales presentan como denominador común el alargamiento de la apófisis estiloides (más de 30 mm) y/o

calcificación del ligamento estilohioideo (1,2,3,4,5,6,7,8,9), siendo de interés en el área odontológica por la presencia de alteraciones anatómicas en el proceso cráneo-facial. Figura 1.

El proceso estiloide es una proyección ósea fina y delgada que se origina en la parte inferior de la porción petrosa del hueso temporal, la cual se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante situándose por debajo del meato auditivo externo, anterior al proceso mastoideo y zona faríngea. Medial al proceso estiloideo se encuentra el músculo constrictor superior de la faringe y la fascia faringobasilar adyacente a la fosa amigdalina. Tres músculos se originan del proceso estiloide: estilohioideo, estilogloso y estilofaríngeo, los cuales son inervados respectivamente por los nervios facial, hipogloso y glossofaríngeo, a su vez los ligamentos estilohioideo y estilomandibular están asociados al proceso estiloide (2,5,6,7,8,9,10,11,12) (Ramillete de Riolo) (11,12); embriológicamente proviene del segundo arco branquial (cartílago de Reichert's). Dicho proceso se encuentra envuelto por las arterias carótidas externa e interna y su longitud promedio en condiciones normales es de 25 a 30 mm. aproximadamente (2,5,6,7,8,9,10).

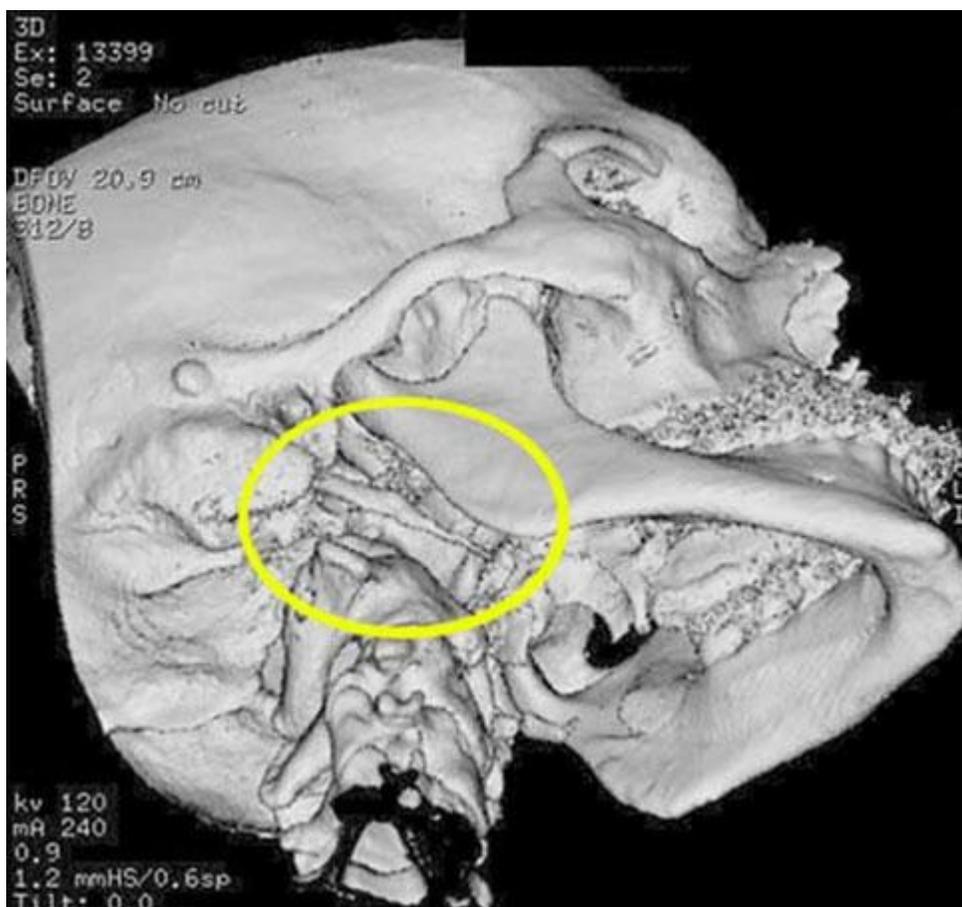


Figura 1
Tomografía computarizada con la reconstrucción tridimensional, donde se observa el alargamiento del proceso estiloide del lado derecho.
Tomado de Lima, 2007.

Se pueden presentar diversas sintomatologías como disfagia, cefalea, dolor de garganta, otalgia, dolor facial, odontalgia, síncope, sialorrea, hipoacusia, trismo, sensación de cuerpo extraño en la garganta, disfonía, vértigo, perturbaciones visuales y restricciones en los movimientos laterales del cuello (1,2,3,5,6,7,8,9,10,13,14). Se describe como característica principal que los pacientes que padecen el

síndrome habían sido sometidos a una amigdalectomía previa (2,8,9,10).

El método de diagnóstico para evaluar la presencia de esta patología está conformado por el examen clínico, por la palpación con el dedo en la fosa tonsilar, con la boca semiabierta del paciente a la cual sentirá dolor (1,2,3,6,7,10) y la evaluación radiográfica a través de la radiografía panorámica y/o la tomografía computarizada, la cual debe ser preferida debido a que ella establece la relación con los tejidos blandos y duros circundante (2,3,6,7,8,9,10,13,15), otra opción es la tomografía computarizada con reconstrucción tridimensional (2,6,8,9), sin embargo el alto costo imposibilita su ejecución como rutina (2). Figura 2.



Figura 2

Radiografía panorámica. Puede observarse el alargamiento y osificación del proceso estiloide del lado izquierdo. Tomado de Lima, 2007.

Las teorías que actualmente se consideran para explicar el origen de este síndrome se encuentran: existencia de una *hiperplasia* o una *metaplasia reactiva asociada a una osificación del tejido fibrocartilaginoso del ligamento estiloideo*, casi siempre como respuesta a un traumatismo previo; la compresión del nervio glossofaríngeo a su paso por la apófisis estiloides alargada; calcificación segmentaria del complejo estiloideo en pacientes asintomáticos, patología denominada por algunos autores como *síndrome estiloideo*, la cual explica la aparición del síndrome en pacientes que no fueron sometidos a amigdalectomía o que sufrieran traumatismo previos al desarrollo del cuadro clínico; y como consecuencia del envejecimiento, debido a la pérdida de elasticidad de los tejidos, siendo frecuente la existencia de tendinitis o reacciones inflamatorias que causan dolor en el territorio orofaríngeo, denominando a esta situación *síndrome pseudoestilo-hioideo*, mientras que otros autores proponen que el elongamiento congénito debido a la persistencia de un foco embrionario cartilaginoso, una calcificación del ligamento estilo-hioideo, resultando la apariencia del proceso estiloide elongado (1,2,6,10). Figura 3.

En el diagnóstico diferencial se deben considerar los tres síndromes de dolor más comunes que pueden ser confundidos con el dolor odontogénico: tendinitis temporal, Síndrome de Ernest y la Neuralgia Trigeminal atípica. Aunque no se deben de excluir las Neuralgias Glossofaríngea y Trigeminal, artritis temporal, jaqueca, cefalea histamínica, síndrome de la disfunción del dolor miofacial, dolor secundario a terceros molares incluidos, artritis cervical, tumores ubicados en la región, Síndrome de la Arteria Carótida y trastornos temporomandibulares (1,2,3,6,7,9).

Tratamiento

Los tratamientos a seguir dependen de la severidad de la sintomatología, comenzando por el tratamiento farmacológico el cual consiste en infiltraciones locales con esteroides y anestésicos locales (2,3,8,9,10,13), por el contrario al presentarse sintomatología severa se propone la resección quirúrgica del proceso estiloide siguiendo una vía orofaríngea o una vía extrabucal lateral en el cuello dependiendo de la experiencia del operador (2,3,5,8,9,10,13), realizado dicho tratamiento quirúrgico por el otorrinolaringólogo o cirujano máxilofacial (2).

El abordaje transoral consiste en realizar una incisión de la mucosa del pliegue palatogloso, disecando la amígdala con su cápsula rechazándola medialmente, quedando como un colgajo bipediculado. Sus ventajas son ausencia de cicatriz externa, posibilidad de anestesia local y técnica directa que no requiere disección de las fascias, con menor periodo de recuperación. Sus desventajas son posibilidad a infecciones cervicales profundas. El abordaje transcervical se prefiere para casos cuando el ligamento estilohioideo se encuentre calcificado, por que permite adecuada exposición anatómica y amplia resección, así como también reduce el riesgo de infección, pero resulta una cicatriz cutánea (4,8,9,10). El pronóstico es favorable (2,3).

Discusión

El mejor método diagnóstico imagenológico es la tomografía axial computarizada bidimensional y tridimensional, pero sus altos costos impiden su uso como método de rutina (1,2,3,6,7,8,9,10); otros autores indican métodos radiográficos simples y económicos como la radiografía simple lateral cervical (3,6,10,14), con proyección frontal (3,6,8,9) y panorámica, preferida como método diagnóstico de rutina (3,4,6,7,9,10).

Algunos autores indican como tratamiento la eliminación quirúrgica del proceso estiloides cuando la sintomatología es severa (2,3,5,8,9,10,13); sin embargo otros autores recomiendan tratamiento farmacológico como primera opción (2,3,8,9,10,13).

CONCLUSIONES

1. El Síndrome de Eagle se presenta con mayor frecuencia entre la 3ª y 5ª década de la vida, en mayor proporción en el sexo femenino, indiferentemente del lado afectado.
2. Los pacientes que padecen el Síndrome, en la mayoría de los casos, han sido sometidos a una amigdalectomía previa.
3. Se considera que un paciente presenta el Síndrome cuando se observa una apófisis estiloides mayor de 30 mm.
4. La radiografía panorámica es la principal herramienta diagnóstica, debido a que la misma es la más utilizada y económica.
5. El tratamiento comprende farmacología y/o resección quirúrgica de la apófisis estiloides y/o del ligamento estilohioideo en caso de presentarse calcificado.

Referencia Bibliográfica

1. Rizzatti, Celia; Di Hipólito, Osvaldo; Di Hipólito, Vinícius; Cristiane Margarete; Sarkis, Saide;

- Torre, Blanca. Prevalencia del elongamiento del proceso estiloide en una población adulta totalmente desdentada. *Acta Odontológica Venezolana*, 2003; 42 (1): 4-8.
2. Gelabert, M. y García A. Síndrome de Eagle. Una causa poco frecuente de cervicalgia. *Neurocirugía*, 2008; 19 (3):
 3. Lima, José; Rocha, Julierme; Ribeiro, Eduardo; Costa, Vanio; De Sousa, Eliane. Síndrome de Eagle: Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 2007; 45 (2).
 4. Castillo, C.E.; Mantilla, J.C.; Sandoval, G.P.; Ramírez, L.M. Síndrome de Eagle: Tomografía del proceso estiloideo alargado. *Revista de Otorrinolaringología.*: 64-70.
 5. Do Vale, Fernando; Gomes, José; Silva, Renata; Chaves, Diego. Síndrome de Eagle: relato de caso. *Rev. Para. Med.*, 2006; 20 (4).
 6. Domínguez, Antonio; Zardo, Mauricio; de Oliveira, Ademar; Pires, Ricardo; Barros, Francisco; de Oliveira, Regiane; Postiglioni, Murilo; Rapoport, Abrao. Alongamiento do processo estilóide (Síndrome de Eagle): relato de dois casos. *Radiol Bras*, 2004; 37 (5).
 7. Ragone, Simone; Pires, Antonio; Parreira, Josemar; Batista, Marden; de Melo, Mariana; Nogueira, Henrique. Prevalence of morphological alterations of the styloid process in patients with temporomandibular Joint disorder. *Radol Bras*, 2006; 39 (6).
 8. Mendes, Teresa; Louzeiro, Romualdo; Martinez, Fernándo; Motta, Gustavo; Soares, Mayko. Eagle´s Syndrome: Report of three cases. *International Archives of otorhinolaryngology*, 2007.
 9. Louzeiro, Romualdo; Marques, Marcílio; Santos, Clícia; Souza, Osvaldo. Eagle Syndrome: surgical treatment evaluation. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*, 2002; 68 (2)
 10. Tisner, JV; Tisner, B; Abad, JM; Abad, A. Calcificación del ligamento estiloideo: estilalgia de Aubin y síndrome de Eagle. Aportación de 5 casos clínicos. *O.R.L.*, 2003; 6 (2): 5-12.
 11. Testut, L; Latarjet, A. Capitulo IV Cabeza Ósea. En Testut Latarjet, editor. *Tratado de Anatomía Humana*. Barcelona, España: Salvat Editores, 1981; 169-170.
 12. Latarjet, Ruiz, Liard. Capitulo III Esqueleto del cráneo y de la cara. En Latarjet, Ruiz, Liard editor. *Anatomía Humana Tomo 1*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.; 78.
 13. Torres, Armulfo; Alcalá, Liliana. Síndrome de Eagle. Abordaje transoral vs. transcervical. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de cabeza y cuello*, 2008; 36 (2): 55-59.
 14. Chuang, W.C.; Short, J.H.; MacKinney, A.M.; Anker, L.; Knoll, B.; McKinney, Z.J. Reversible Leith hemispheric ischemia secondary to carotid compression in Eagle´s Syndrome: Surgical and C.T. angiographie correlation. *AJNR Am J. Neuroradiol*, 2007; 28: 143-145.
 15. Trigo, G.; Luberti, R; Vilacha, M. Síndrome de Eagle. Variante estilo-carotídeo. Presentación de un caso clínico. *Revista Asociación Médica Argentina*.