

# SINDROME DE EAGLE

AUTOR: DR. JULIO CESAR FERNANDEZ (\*\*)  
COAUTORES: DRES. ANIBAL SUSSINI (\*\*)  
JORGE MAURER, MARCELO CAPPELLI (\*\*\*)

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA  
BUCOMAXILOFACIAL DEL CENTRO ONCOLOGICO DE EXCELENCIA.  
FUNDACION PROF. DR. JOSE MARIA MAINETTI.

SINONIMIA: SINDROME DE LA APOFISIS ESTILOIDES-SINDROME DE EAGLE  
(1937), ETILALGIA.

## Introducción

Se trata de un síndrome doloroso cervico-facial descrito por Eagle en 1937, consiste en sensación de cuerpo extraño en la orofaringe, pared lateral de la faringe, laringe, oído y región cervico-lateral, junto con la dificultad dolorosa para deglutir.

Estadísticamente su incidencia es mayor entre la 2da. y 3ra. década de vida, con cierta predilección por el sexo femenino.

Clínicamente el proceso es de instalación lenta y de localización topográfica difícil por su característica de dolor irradiado a distancia.

Lucas Tomas (1988) consideró que el síndrome está conformado por dos síntomas primordiales: dolores cráneo-cervico-faciales y zumbidos craneales.

El dolor es de instalación lentísima y va de intenso a leve de acuerdo con la personalidad del paciente y se manifiesta en 3 zonas: mitad superior del cuello, en la pared lateral de la laringe con irradiación hacia la lengua y

exacerbación al tragar; y en el hemicráneo homolateral que varía con la postura de la cabeza y el cuello.

En lo que respecta a la etiopatología la mayoría de los autores coinciden que se trata de la calcificación alta del ligamento estilohioideo, estilomegalias de causa desconocida o a la fractura de la apófisis estiloides.

Parece ser que este síndrome es la consecuencia de una anomalía en la morfología del aparato hioideo; que puede ir desde un aparato hioideo totalmente calcificado (Goffroy-Hilaire) hasta la calcificación parcial, alta y/o segmentaria del ramillete del riolano.

Gustav O. Krüger (1978) en un estudio retrospectivo encontró un ligamento estilohioideo osificado en un 70% de los casos de neuralgias vagoglosofaríngeas y la osteotomía intrabucal de la apófisis estiloides ha provocado curación en 11 de cada 12 pacientes mencionados en la literatura (4-9-10).

## Resumen clínico quirúrgico del caso que reportamos

Paciente de 49 años de edad, raza blanca, sexo masculino.

Diagnóstico clínico-radiográfico: Síndrome estilohioideo unilateral.

Estado loco-regional: dolor faríngeo lateral, con irradiación hacia la lengua y sensación de cuerpo extraño al deglutir, de 2 años de evolución e instalación lenta-estable. La palpación de la orofaringe y de la fosa amigdalina bajo anestesia local demuestra signo positivo de proceso estilohioideo calcificado.

Estado general: s/p.

Estado psíquico: no receptivo, poco colaborador, neurótico.

Antecedentes: cirugía otorrinolaringológica (amigdalectomizado a los 10 años).

Resto: s/p.

Tratamiento quirúrgico: extirpación parcial distal y acral de la apófisis estiloides por vía latero-cervical (cervicotomía lateral). Bajo anestesia general.

## Conclusiones

Consideramos que la punta de la apófisis estiloides íntima en el desencadenamiento del dolor y que ésta puede estar más cerca de una u otra arteria carótida interna o externa, así es que si se encuentra en mayor relación con la carótida externa, el algia se localizará en la zona temporal y retro-ocular, mientras que si la irritación crónica está en la carótida interna el dolor aparecerá localizado en el territorio parietal y región periorbitaria, de acá se deduce que se podría hablar de un síndrome estiloideo carotídeo externo y de un síndrome estiloideo carotídeo interno o propiamente dicho.

Fisiopatológicamente la apófisis estiloides al ser excesivamente larga se introduciría a nivel de la bifurcación de la carótida primitiva, produciendo una irritación en los filetes nerviosos perivasculares y así dar su consecuente simpatalgia o neuralgia vago-glosofaríngea.

En nuestra opinión el tratamiento médico y las infiltraciones anestésicas pericarotídeas tienen indicación específica y selectiva en casos de osificación masiva del aparato hioideo, sin embargo en casos de estilomegalias comprobadas clínica y radiológicamente el tratamiento debe ser quirúrgico con extirpación parcial de la porción distal de apófisis, bien por vía laterocervical o bien por abordaje intrabucal, es decir por vía de la fosa amigdalina. (10-11-12).

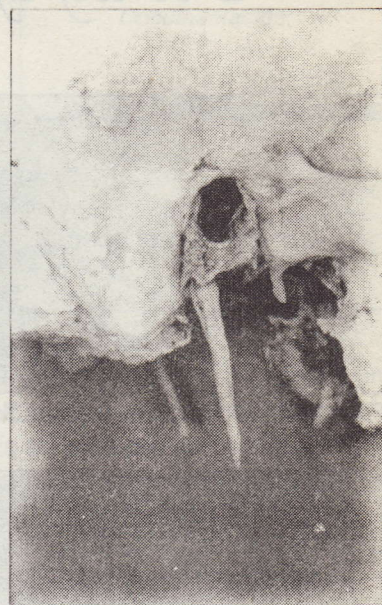
## Summary

Eagle syndrome: Diagnostic, considerations and report of a case.

## Bibliografía

1. BHASKAR, S. N.: Synopsis of oral pathology 6ta. Ed. Mosby Company, 521. 1981
2. RUSSEL, T. E.:Eagle Syndrome: Diagnostic considerations and report of a case. J. AM. dent. Assoc. 94:548, 1977.

## Iconografía



**Fotos N° 1 y 2:** Estudio anatómico en cráneo seco. Nótese la agudeza, el tamaño y las relaciones de la apófisis estiloidea.



**Foto N° 3:** RX lateral oblicua de rama mandibular ascendente. Nótese la calcificación y el tamaño del ligamento estiloideo derecho.

## Iconografía

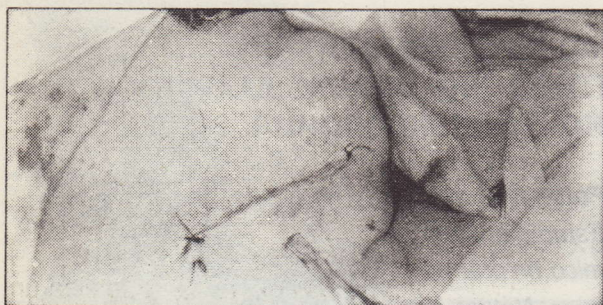


Foto N° 4: Cervicotomía lateral. Sutura intradérmica.

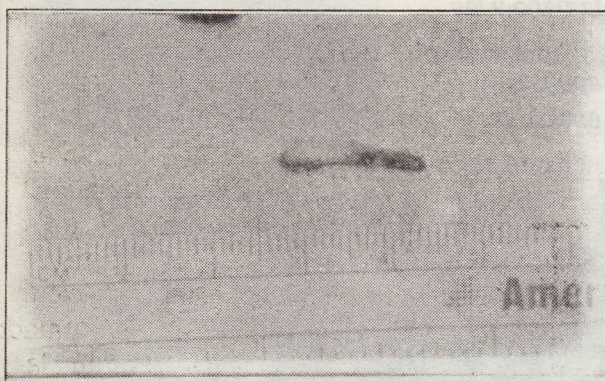


Foto N° 5: Especimen operatorio. Porción acral del sistema estilohideo reseca.



Foto N° 6: RX lateral de rama ascendente mandibular, control post osteotomía acrodistal de la ap. estiloides.

3. SANDERS, B. and WEINER, J.: Eagle Syndrome. J. Oral. Med. 32;44, 1977.

4. MC.MINN, R. M. H. HUTCHINGS, R. T., LOGAN, B. M.: Head and Anatomy. Ed. Year Book 240, 1981.

5. CONLEY, J. J.: Complications of head and neck surgery. W. S. Saunders Company pag. 554, 1979.

6. LUCAS TOMAS M.: Medicina oral Ed. Salvat, pag. 16-17. 1988.

7. LASKIN, D. J.: Cirugía bucal y maxilofacial Ed. Panamericana P: 554, 1979.

8. INTERNATIONAL JOURNAL OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY. P:61 Vol. 18 N° 1. February 1989.

9. ORAL SURGERY, ORAL MEDICINE, ORAL PATHOLOGY, P. 143:262. Vol. 63 N°2. February 1987.

10. KRUGER, O. Gustav: Textbook oral surgery. 4ta. Ed. Mosby Company P: 607, 1974.

11. BALLENGER, J. J.: Enfermedades de la nariz, garganta, oído, cabeza y cuello, 3ra. Ed. Salvat P. 1938, 1988.

12. INFORMACION PERSONAL: SUMINISTRADA POR EL M. D. ANDERSON HOSPITAL HOUSTON, Texas, U.S.A. Department of head and neck surgery 5-1992.

13. INFORMACION PERSONAL: MOUNT SINAI MEDICAL CENTER OF GREATER MIAMI, Department of maxillofacial surgery. 9-1991.

### Domicilio del autor:

16 N° 824 -La Plata- CP 1900  
BS. AS. ARGENTINA.

(\*) DR. JULIO CESAR FERNANDEZ. Jefe del Departamento de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial. Centro Oncológico de Excelencia. Fundación Prof. Dr. José M. Mainetti.

(\*\*) DR. ANIBAL SUSSINI. Jefe del Servicio de Cirugía General y Torácica, Hospital "San Juan de Dios" de La Plata, Profesor de la Cátedra de Cirugía "A" de la U.N.L.P. Facultad de Ciencias Médicas.

(\*\*\*) DRES. JORGE MAURER, MARCELO CAPPELLI: Integrantes del equipo de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del C.O.E.