

Síndrome de Eagle: a propósito de un caso.

María de Vega Fidalgo *, Jesús Julio Cabo Sastre**, Esteban Rivas Lombao**.

*MIR de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Parada del Molino. Zamora (España).

**LES de Medicina de Familia y Comunitaria. CS Parada del Molino. Zamora (España).

Correspondencia: María de Vega Fidalgo. mdevegafidalgo@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: El Síndrome de Eagle es una patología de baja prevalencia caracterizada por el alargamiento de la apófisis estiloides como consecuencia de la calcificación del ligamento estilohioideo. Su sintomatología suele confundirse con neuralgia del glossofaríngeo y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las cervicalgias resistentes al tratamiento y sin otra causa aparente.

El objetivo de este caso clínico es considerar esta patología de baja prevalencia, como parte del diagnóstico diferencial de cuadros clínicos con sintomatología similar con mayor incidencia en la población.

Descripción del caso: Presentamos el caso de un hombre de 45 años que acude por dolor en región cervicolateral derecha de inicio progresivo y agravamiento en las últimas horas con los movimientos cervicales sin respuesta a AINES. Ante la falta de respuesta y sospecha de neuralgia se decide su derivación al servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Concha.

Diagnóstico: Alargamiento de apófisis estiloides compatible con Síndrome de Eagle.

Discusión: El diagnóstico de Síndrome de Eagle debe realizarse mediante pruebas de imagen, inicialmente radiografía cervical y confirmación mediante TAC. Debe tenerse en cuenta ante cervicalgias sin causa aparente resistentes al tratamiento. Este caso, es un ejemplo claro de que en un cuadro clínico que se inicia con cervicalgia en el que no hay respuesta a analgesia, hay que tener en cuenta el diagnóstico diferencial con otras patologías poco prevalentes como el síndrome de Eagle.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Eagle. Cervicalgia. Neuralgia del glossofaríngeo.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Eagle, descrito en 1937 por el otorrinolaringólogo que le da nombre [1], es una patología que afecta al 7% de la población, aunque sólo el 4% de este porcentaje presenta clínica. Predomina en sexo masculino en la edad media de la vida. Se caracteriza por el alargamiento de apófisis estiloides por encima de los 3 cm, más frecuente es de manera unilateral, pudiendo aparecer también de manera bilateral como consecuencia de la calcificación del ligamento estilohioideo. La clínica más común se presenta como dolor en región cervical en lado ipsilateral a la apófisis estiloides alargada que se exacerba con la movilización; aunque realmente, es muy variable dado el gran número de estructuras vasculo-nerviosas relacionadas con la apófisis estiloides, abarcando desde dolor ótico a síncope por compresión de arteria carótida interna. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen; inicialmente en una radiografía lateral de columna cervical observaríamos una apófisis estiloides alargada (esto hace que en muchos casos se diagnostique de forma incidental en paciente sin clínica) y, posteriormente sería necesario la realización de un TAC para la confirmación.

El objetivo es identificar esta patología mediante la realización de pruebas complementarias descartando mediante ellas patologías de mayor prevalencia poblacional.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 45 años, con antecedentes de lumbalgia crónica, hipotiroidismo e insomnio en tratamiento con pregabalina 75 mg cada 12 horas, levotiroxina 50mg cada 24 horas y lormetazepam 1mg cada 24 horas, que acude de urgencia a la consulta de atención primaria por cervicalgia de dos semanas de evolución que se ha acentuado en las últimas horas con los movimientos cefálicos. A la exploración física se observa limitación en los movimientos de lateralización cervical y dolor intenso a la palpación del esternocleidomastoideo derecho como síntomas predominantes. No observamos trismus ni lesiones en orofaringe ni en la exploración otoscópica. Se decide la administración de diclofenaco intramuscular y se pauta analgesia con AINES para domicilio. A las dos horas el paciente regresa a la consulta por incremento del dolor (EVA 9) que en el momento actual describe con característica neuropáticas. Se decide derivar al servicio de urgencias hospitalarias ante la falta de respuesta a analgesia y la sospecha de neuralgia. A su llegada a urgencias el paciente es valorado por el servicio de otorrinolaringología quien realiza exploración física con mismos hallazgos que en consulta de atención primaria. Se solicita radiografía cervical AP y lateral, en la que se observa apófisis estiloide derecha elongada (Figura 1). Ante la sospecha de Síndrome de Eagle se solicita TAC cervical para realización de medida de apófisis estiloides (Figuras 2 y 3) donde se corrobora sospecha clínica observándose una apófisis estiloides de 80.7 mm (siendo en condiciones normales inferior a 30 mm). Se decide pautar tratamiento con corticoides a dosis de 1 mg/kg en pauta descendente junto con rescates de tramadol 50 mg si precisara. Se cita para revisión en 15 días en consulta externa de otorrinolaringología. En esa revisión el paciente refiere gran mejoría sin precisar rescates, aunque persisten molestias con la deglución. Se cita de nuevo a los tres meses, encontrándose que el paciente permanece asintomático con episodios aislados de dolor que se inician con los movimientos mandibulares y ceden con AINES. Se establece seguimiento por parte de otorrinolaringología cada seis meses.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El Síndrome de Eagle constituye una patología con baja prevalencia que afecta al 7% de la población, en la mayor parte de los casos varones en la edad media de la vida, aunque sólo el 4% del porcentaje anterior, presentará síntomas. Su etiología está relacionada con la osificación del ligamento estiloideo

generalmente unilateral, aunque también se han visto casos que este fenómeno se produce de forma bilateral. Hay dos vertientes [2] acerca de este proceso de osificación; la primera hace referencia a la presencia de un traumatismo previo que desencadenaría la hiperplasia o metaplasia del ligamento con posterior osificación del mismo (sería el caso de pacientes amigdalectomizados); por otro lado, reside la teoría en que el envejecimiento natural de los tejidos lleva a pérdida de elasticidad y deshidratación de los mismos dando lugar a la osificación.

Desde el punto de vista clínico, se debe sospechar esta patología ante la presencia de cervicalgias, sobre todo unilaterales, sin otra causa aparente y con respuesta inadecuada al tratamiento. Se debe tener en cuenta la clínica variable que esta condición puede provocar por su relación con estructuras nerviosas [3] como puede ser el nervio glosofaríngeo, facial o hipogloso y estructuras vasculares como la arteria carótida externa e interna o la vena yugular interna, que va desde otalgia, taponamiento ótico, sialorrea, molestias en la deglución o síncope. El diagnóstico diferencial más común es la neuralgia del glosofaríngeo, ya que esta apófisis elongada provoca clínica compatible con dicha neuralgia por compresión del mismo.

La realización de radiografía cervical principalmente la proyección lateral nos lleva a la sospecha diagnóstica, siendo el TAC cervical la prueba más apropiada para la medición de la apófisis estiloides proporcionando el diagnóstico de certeza.

El tratamiento de esta patología se basa inicialmente en medidas farmacológicas [4] con antiinflamatorios, generalmente corticoterapia, si no se observase respuesta, se podría intentar infiltraciones a nivel local tanto con corticoides como con anestésicos. Si fallan las dos primeras líneas de tratamiento, se optaría por tratamiento quirúrgico, mediante abordaje orofaríngeo o latero cervical. [5].

Para concluir, diremos que debemos incluir este síndrome dentro del diagnóstico diferencial de la cervicalgia resistente a tratamiento ya que, a pesar de su baja frecuencia, podemos encontrarnos pacientes que estén afectados por esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eagle, WW.: Elongated styloid processes: report of two cases. Arch Otolaryngol 1937; 25: 584-587.

2. Graf, C.J.: Glossopharyngeal neuralgia and ossification of the stylohyoid ligament. J. Neurosurg 1958; 16: 448-453.

3. Murtagh, R.D., Caracciolo, J.T., Fernandez, G.: Ct findings associated with Eagle Syndrome. AJNR Am J Neuroradiol 2001; 22: 1401-1402.

4. Miyar, V., Morais, M., Santos, J.: Cirugía del síndrome de la estiloides alargada. An Otorrinolaringol Ibero AM 1997;24: 303-309.

5. Molet, J., Chong, C., Quintanilla, M., et al.: Microdescompresión vascular en neuralgias del glossofaríngeo. Neurocirugía 1995; 6: 227-229.

TABLAS Y FIGURAS



Figura 1. Radiografía cervical lateral donde se aprecia apófisis estiloides elongada. (Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Virgen de la Concha Zamora).



Figuras 2 y 3. TAC cervical donde se observa medición de apófisis estiloides e imagen tridimensional de la misma. (Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Virgen de la Concha Zamora).