

Caso	(156) Sd de Eagle:¿Hallazgo incidental o causa de la sintomatología?
Autores	María Del Mar Torrecillas Cabrera, Mario Fernández Conesa, Elena Moya Sanchez, diego Andrés Gaitán Nieves
Centro	Hospital Universitario Clínico San Cecilio

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 46 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a urgencias por cefalea holocraneal opresiva que no mejora con analgesia y parestesias en extremidades izquierdas de unas 8 horas de evolución. Además ha sufrido dos episodios de visión borrosa transitorios de unos 15 minutos. No asocia pérdida de fuerza ni déficit campimétrico. La analítica no presentó alteraciones patológicas.

La paciente refiere episodios similares en otras ocasiones que nunca han sido estudiados.

Se realiza angioTC de troncos supraaórticos observando elongación bilateral con osificación de ambas apófisis estiloides, más extensa en el lado derecho. Hallazgos que en el contexto clínico de la paciente sugieren síndrome de Eagle.

DISCUSIÓN

El síndrome de Eagle se trata de una entidad infrecuente de causa desconocida, infradiagnosticada por la inespecificidad de sus síntomas. Se produce por una elongación de la apófisis estiloides de más de 30 mm y en ocasiones la osificación del ligamento estilohioideo.

La incidencia de esta elongación es de aproximadamente un 4% siendo un hallazgo incidental en la mayoría de los casos, ya que solo presentan síntomas entre el 4-10%. Es más frecuente en mujeres.

Los síntomas vienen derivados de la presión de la apófisis sobre las estructuras vecinas.

Se han descrito dos formas:

El síndrome clásico que cursa con faringodinia, disfagia, odinofagia, sensación de cuerpo extraño, etc, se asocia con el antecedente de amigdalectomía.

El síndrome estilo-carotídeo el cual no se asocia con amigdalectomía y cuyos síntomas vienen derivados de la compresión de la apófisis estiloides hacia la carótida interna o externa, o hacia el plexo simpático perivascular cursando con cervicalgia persistente, eventos isquémicos transitorios y accidentes cerebrovasculares.

El diagnóstico se lleva a cabo mediante la anamnesis, la exploración física (palpando la apófisis estiloides) y una prueba de imagen, siendo de elección la Tomografía computerizada (TC) con contraste iv para establecer las relaciones anatómicas musculares y vasculares siendo de utilidad la reconstrucción 3D.

Como tratamiento de primera elección hoy en día se considera la infiltración con anestesia local , aunque también se utilizan antiinflamatorios no esteroideos, anticonvulsivos, antidepresivos, entre otros. El tratamiento quirúrgico está indicado en los casos en los que el tratamiento médico no sea suficiente ya que existe gran recidiva de los síntomas a largo plazo.

CONCLUSIÓN

Es importante conocer la existencia de esta patología e incluirla en el diagnóstico diferencial ante la presencia de síntomas como cervicalquia o cefalea persistente, accidentes isquémicos transitorios, etc así como correlacionar la clínica con las pruebas de imagen ante la posibilidad de una apófisis estiloides elongada como hallazgo incidental.



A. Tomografía computada con reconstrucción 3D de apófisis estiloides elongadas. B. Corte sagital de angioTC donde se observa apófisis estiloides elongada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- González-García N, García-Azorín D, Porta-Etessam J. Eagle syndrome: Toward a clinical delimitation. *Neurologia (Engl Ed)*. 2018 Jul 19;S0213-4853(18)30092-6.
- 2-Espinosa ML, Ruiz MM. Características clínicas del síndrome de Eagle. *Rev Esp Med Quir*. 2013;18(3):264-270.
- 3-Aguaviva Bascuñana J.J: Síndrome de Eagle: presentación de un caso en la consulta de atención primaria. *Medicina de Familia-SEMERGEN* .2020;46(2):136-139