



caso
CLÍNICO



Loughney González, A.
Coordinadora del Máster en Cirugía Oral Avanzada e Implantología USP-CEU Madrid. Odontóloga. Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Profesora en la facultad de Medicina USP-CEU Madrid.

Martín Luna, M.
Licenciada en Odontología. Alumna del Máster en Cirugía Oral Avanzada e Implantología USP-CEU Madrid.

Goyoaga Sánchez, E.
Licenciada en Odontología. Máster en Cirugía Oral Avanzada e Implantología USP-CEU Madrid.

Fernández Domínguez, M.
Director del Máster Oficial de Cirugía Oral Avanzada e Implantología USP-CEU. Jefe de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del grupo Hospital Madrid. Director del departamento de odontología en la USP-CEU Madrid.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Tel.: 653 929 979
ailogo_8146@hotmail.com

Fecha de recepción: 9 de abril de 2012.
Fecha de aceptación para su publicación:
16 de abril de 2012.

¿SÍNDROME DE EAGLE, SÍNDROME ESTILOHIOIDEO O SÍNDROME CAROTIDEO? APORTACIÓN DE OCHO CASOS

Loughney González A., Martín Luna M., Goyoaga Sánchez E., Fernández Domínguez M.
¿Síndrome de Eagle, síndrome estiloideo o síndrome carotideo? Aportación de ocho casos. Cien. Dent. 2012; 9; 2: 00-00.

RESUMEN

El síndrome de Eagle, también conocido como síndrome estiloideo, síndrome de arteria carótida o síndrome del proceso estiloideo alargado y osificado, fue descrito por el otorrinolaringólogo alemán W.W. Eagle en 1937. Se trata de un síndrome clínico que cursa con una elongación anormal de la apófisis estiloideas y/o calcificación u osificación del ligamento estiloideo¹. Existe una asociación del síndrome con un traumatismo previo, una amigdalectomía, o con la pérdida de elasticidad de los tejidos blandos y tendones asociados a la edad².

Suele ser más frecuente en el sexo femenino^{3,4}. Se estima que el 85% de los casos acontecen en mujeres⁵. Del 4% al 28% de la población presenta una elongación de la apófisis estiloideas pero solo del 4 al 10% de estos casos se acompañan de sintomatología asociada. Tan solo el 4% de la población posee un ligamento estiloideo calcificado⁶. La longitud normal de la apófisis estiloideas está estimada en 2,5 centímetros, considerándose elongada cuando mide más de 3. Esta alteración anatómica suele ser bilateral pero los síntomas aparecen frecuentemente en un solo lado.

Fue el propio Eagle quién describió dos formas de presentación de este síndrome⁷.

Por un lado la clásica o la conocida como Síndrome de Eagle. Pacientes con dolor faríngeo persistente irradiado a oído y sensación de cuerpo extraño en la faringe, aumento de la salivación y dificultad en la deglución entre otros. Y por otro, pacientes con síndrome estilocarotídeo, en los que la apófisis estiloideas elongada mantiene contacto con la arteria carótida causando dolor en la región carotídea, ocular, frontal, otalgias y vértigo posicional entre otros. Cuando

EAGLE'S SYNDROME, STYLOHYOID SYNDROME OR CAROTID SYNDROME? CONTRIBUTION OF EIGHT CASES

ABSTRACT

Eagle's Syndrome is a clinical profile characterised by an abnormal elongation of the styloid process and/or a calcification of the stylohyoid ligament. It tends to be more frequent in the feminine sex and only 4 to 10% of all cases present clinical association, usually accompanied by pain and a sensation of having a foreign body in the farynx, increased salivation and difficulty swallowing, in patients who have been subject to an amygdectomy. This pathology presents in three forms. The classical form, also known as Eagle Syndrome, the Carotid Artery or Stylocarotid Syndrome and Stylohyoid Syndrome. Diagnosis is based on a detailed clinical history, a meticulous clinical exam, and, principally, on the appropriate radiological examination. The treatment selected depends, for some authors, on the severity of the clinical symptoms. For others, the surgical approach to the damage is limited to cases that resist pharmacological treatment based on local infiltrations of analgesics, corticosteroids and/or local anaesthetics.

Eight clinical cases are presented, three with the classical form of Eagle Syndrome, one with Stylocarotid Syndrome and four with Stylohyoid Syndrome.

The majority of the cases were accidental radiographic discoveries. In this study is is

se aprecia la calcificación y/o elongación del ligamento con ausencia de clínica se hablará de un síndrome estiloideo.

La apófisis estiloides solo puede ser palpada en la fosa tonsilar cuando está elongada⁸. El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, un examen clínico minucioso y principalmente en una exploración radiológica adecuada⁸. Esto permite establecer un diagnóstico diferencial de este síndrome con la tendinitis temporal, síndrome de Ernest y la neuralgia atípica del trigémino⁵.

El tratamiento de elección depende, para algunos autores, de la severidad de la sintomatología clínica. Si es severa, el tratamiento será quirúrgico⁸. En casos leves o moderados el tratamiento de elección será farmacológico basado en infiltraciones locales de analgésico, corticoides y/o anestésicos locales⁹. El abordaje quirúrgico de la lesión queda limitado a casos refractarios al tratamiento farmacológico⁹⁻¹¹.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Eagle; Síndrome Estiloideo; Síndrome Estilocarotideo; Calcificación del ligamento estiloideo; Elongación; Apófisis estiloides.

shown that alterations to the styloid process are not infrequent. Nevertheless, the failure to identify this anatomical structure when assessing radiological tests means that this phenomena passes unnoticed.

KEY WORDS

Eagle Syndrome; Stylohyoid Syndrome; Stylocarotid Syndrome; Calcification of the stylohyoid ligament; Elongation; Styloid process.

panorámica que revela la presencia de un resto radicular del 36. Como hallazgo radiológico casual, se observa una elongación y calcificación del ligamento estilo-hioideo izquierdo (Fig. 2a). Mide 4,5 centímetros. El derecho se encuentra parcialmente osificado (Fig. 2b). La paciente no presenta sintomatología asociada. La palpación de la fosa tonsilar no aporta ningún dato relevante. Se cita para una revisión al año y permanece asintomática. La ausencia de clínica en una paciente con calcificación del complejo estiloideo conduce al diagnóstico de síndrome estiloideo.

CASO 3

Varón, 26 años de edad, acude al servicio de cirugía bucal de Hospital de Madrid Suchil derivado por su odontólogo general para valorar la exodoncia del 48. Se le realiza una radiografía panorámica donde se aprecia un síndrome estiloide bilateral, con elongación y calcificación segmentaria de ambos ligamentos estiloideos. El derecho mide 5 centímetros y el izquierdo 6. A la anamnesis, el paciente refiere al menos un episodio de migraña anual durante los últimos cinco años, odinofagia, disfagia y amigdalectomía hace 10 años.

Durante la exploración intraoral, al palpar la fosa amigdalina, se desencadena un dolor de gran intensidad pero no se con-

sigue palpar el proceso estiloide. Se infiltra anestésico local 1 ml de lidocaína al 2% en la fosa amigdalina de forma bilateral, lo que alivia significativamente el dolor. Estas dos evidencias clínicas nos hacen filiar la patología como un síndrome del proceso estiloide alargado y osificado. Se prescribe Diclofenaco 50 mg. 1 /8 horas durante 7 días y omeprazol 20 mg. uno al día. Se recomienda reposo cervical en caso de cefalea, evitar en lo posible movimientos cervicales bruscos y ejercicios de rehabilitación cervical.

Actualmente no presenta clínica alguna ni refiere episodios de migraña en el último año. Este caso reúne síntomas de ambas formas de síndrome de Eagle, aunque el hecho de haber sido sometido a una amigdalectomía, hace declinar el diagnóstico hacia la forma clásica de esta patología (Fig. 3a, 3b).

CASO 4

Mujer de 62 años, acude al servicio de cirugía bucal de un centro asociado al Máster, para valorar la posibilidad de una rehabilitación implantosoportada. Aporta una ortopantomografía de hace un año. Se detecta una elongación bilateral de los procesos estiloides y la presencia de una calcificación segmentaria en el lado derecho.

Durante la anamnesis, la paciente refiere migrañas que han sido tratadas farmacológicamente durante varios años con Tramadol®. Añade que abandonó dicho tratamiento hace ya

CASOS CLÍNICOS

Se presenta una serie de ocho casos clínicos de pacientes con calcificación y elongación del ligamento estilo-hioideo.

CASO 1

Mujer, 64 años de edad, con hipercolesterolemia, tratada con simvastatina®, acude al servicio de Cirugía Maxilofacial del hospital Montepíncipe tras visitar a un otorrinolaringólogo y un neurólogo que no consiguen resolver la sintomatología. Durante la anamnesis, la paciente refiere prurito faríngeo, odinofagia, disfagia, cefaleas y sensación de cuerpo extraño en la faringe de más de un año de evolución.

En el examen extraoral, no se aprecia asimetría facial. Durante la exploración intraoral se observan las dos amígdalas. La paciente refiere dolor a la palpación a nivel de la fosa tonsilar izquierda. La apertura bucal se considera dentro de la normalidad, entre 35-40 mm.

Se solicita una radiografía tipo Ortopantomografía para un correcto diagnóstico. La panorámica revela la calcificación y elongación del ligamento estilo-hioideo izquierdo que mide 5,2 centímetros. De acuerdo a la asociación de los hallazgos radiológicos y los síntomas presentes se diagnosticó un síndrome de Eagle (Fig. 1).

El tratamiento de elección fue farmacológico ya que la apertura no estaba comprometida y la clínica asociada era moderada. Se administró como antiinflamatorio Celestone® inyectable a nivel local con una dosis inicial de 0,4 mg intra-



Fig. 1. Síndrome de Eagle.

muscular una vez al día a la espera de su evolución. La paciente mejoró significativamente al tercer día de tratamiento por lo que al día siguiente, 4º día, se le redujo la dosis a la mitad y al 5º día no se le suministró nada. Se le recomendó evitar giros repentinos de cabeza y descartar ejercicios físicos que implicasen cambios posturales bruscos de cabeza y cuello. En el momento actual, permanece asintomática.

CASO 2

Mujer de 40 años, sin antecedentes médicos relevantes, acude a la clínica odontológica universitaria del Hospital de Madrid Suchil alertada por haber percibido, en la mucosa alveolar del 36, una tumefacción sólida. Se solicita una radiografía

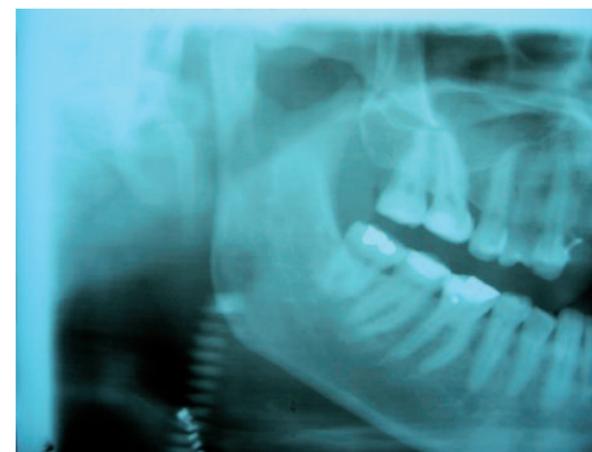


Fig. 2 a. Calcificación del ligamento izquierdo.



Fig. 2 b. Osificación parcial del ligamento derecho.



Fig. 3 a. Síndrome de Eagle.



Fig. 3 b. Síndrome estiloideo.

un año por no mejorar su sintomatología. Además, padece fibromialgia controlada con Ibandronato®. La paciente relata mareos y exacerbación del dolor con los movimientos bruscos de cabeza, cervicalgia derecha, sequedad de garganta, vértigos y leves pérdidas auditivas. Fue sometida a una amigdalectomía hace 50 años. La apertura bucal no está limitada. La palpación de la fosa amigdalina no desencadena dolor ni aporta ningún dato relevante.

Se le prescribe una prueba diagnóstica complementaria tipo radiografía lateral de cráneo y tomografía computerizada para confirmar el diagnóstico de sospecha de síndrome estilocarotídeo y descartar un posible compromiso con la arteria carótida ya que la paciente presenta vértigos y mareos. Por razones económicas rechaza realizarse dichas pruebas. Debido a la fibromialgia, la paciente ha tomado analgésicos y antiinflamatorios durante largos periodos de tiempo. Actualmente no los está tomando y se muestra reacia a iniciar un nuevo tratamiento mediante infiltración local con corticoides (Fig. 4).

CASO 5

Mujer de 56 años acude al servicio de cirugía bucal de la Clínica Odontológica Universitaria de Hospital Madrid Suchil para un control radiológico de osificación de un tratamiento implantológico que se realizó en otra clínica hace un año en el sector antero-inferior. Se le prescribe una radiografía panorámica que revela la presencia de una elongación de un centímetro y calcificación del ligamento estilo-hioideo derecho. La paciente no



Fig. 4. Posible síndrome carotídeo.



Fig. 5. Síndrome estilohioideo.

refiere sintomatología alguna relacionada con el hallazgo radiológico. Por otro lado, la palpación de la fosa amigdalina no aporta ningún dato relevante. Se filia en un síndrome estilohioideo. Se le cita al año para una revisión, la situación se mantiene estable (Fig. 5).

CASO 6

Mujer, 39 años de edad, es remitida al máster de Cirugía Oral Avanzada e Implantología de la Universidad San Pablo CEU para valorar la exodoncia del 48. En la ortopantomografía solicitada para valorar la relación del cordal con el nervio dentario inferior se aprecian un quiste odontogénico en el 27 que invade el seno maxilar y un síndrome de Eagle izquierdo. El proceso estiloide mide 5 centímetros. Durante la anamnesis refiere un incremento en la salivación desde hace aproximadamente seis meses. Se le prescribe Diclofenaco 50 mg. 1 / 8 horas durante 7 días y Omeprazol 20 mg. uno al día. Al año acude a revisión y permanece asintomática (Fig. 6).

CASO 7

Mujer de 60 años acude a consulta para valorar una rehabilitación implantoretenida en el primer cuadrante. La ortopantomografía revela la calcificación y elongación del ligamento estilo-hioideo derecho (4,5 cm). e izquierdo (3,5 cm). Ni la anamnesis, ni la exploración extraoral, ni la intraoral mediante la palpación de la fosa amigdalina manifiestan clínica. A nivel intraoral, se evidencia la ausencia de 15 y 16. Se informa a la paciente del hallazgo y se adopta una actitud expectante ante el síndrome estilohioideo (Fig. 7).

CASO 8

Mujer de 57 años acude a consulta para valorar su estado intraoral de una forma general y distintas alternativas de tratamiento y rehabilitación. En la prueba diagnóstica complementaria de rutina se evidencia un quiste, probablemente de retención mucosa por su imagen cupuliforme en el seno izquierdo a nivel del 26 y una elongación del proceso estilohioideo izquierdo con calcificación segmentaria que mide



Fig. 6. Síndrome de Eagle bilateral.

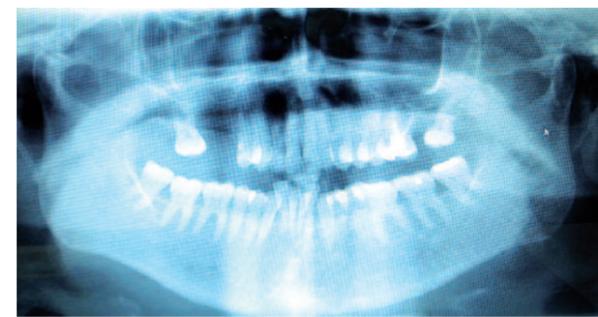


Fig. 7. Elongación y calcificación bilateral del proceso estiloideo.

4 centímetros. No presenta clínica alguna, por lo tanto, se filia como un síndrome estilo-hioideo (Fig. 8).

En todos los casos se recomendó evitar giros bruscos del cuello, traumas cervicales, realizar ejercicios de rehabilitación cervical, masaje y reposo cervical en casos de reagudización²⁶. Estas recomendaciones son fundamentales para evitar las recidivas tras el tratamiento farmacológico.

DISCUSIÓN

El síndrome de Eagle fue descrito por primera vez por el otorrinolaringólogo alemán W.W. Eagle en 1937. Se caracteriza por la presencia de dolor en la región de cabeza y cuello debido a un alargamiento y/o calcificación del ligamento estilohioideo.

Embriológicamente, el proceso estiloide, como el hueso hioides y sus ligamentos, son derivados del segundo arco branquial. Debido a su origen embriológico, el cartilago retiene una zona embriológica con potencial de crecimiento y maduración ósea.

Clínicamente, este síndrome puede presentarse de dos formas diferentes. La clásica se caracteriza por dolor espástico, persistente en la faringe, odinofagia, disfagia y sensación de cuerpo extraño en la faringe en pacientes que pueden haber sido sometidos a amigdalectomía, con una apófisis de más de 3 centímetros o una calcificación del ligamento estilo-hioideo.

En la segunda forma, llamada síndrome de la arteria carótida, el proceso estilohioideo puede no estar osificado pero el extremo de la apófisis estiloideas está desviado e irrita las arterias carótidas que se encuentran a cada lado de este

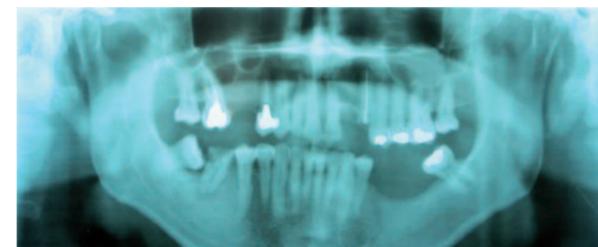


Fig. 8. Calcificación segmentaria del ligamento.

proceso¹¹. Predomina el dolor a lo largo del trayecto de la arteria afectada acompañado frecuentemente de dolor ocular y cefalea parietal que pueden llevar a diagnósticos incorrectos como cefalea o migrañas. El dolor se acentúa con los movimientos de cabeza que pueden producir, en algunos casos, ataques isquémicos transitorios¹². Se pueden presentar vértigos y síncope¹³. El origen de la sintomatología es la compresión de la arteria carótida externa o interna debido a la elongación del proceso estiloideas.

En ausencia de clínica se habla del síndrome estilohioideo.

En la literatura, existen numerosas teorías que explican la patogenia idiopática, congénita o adquirida de este síndrome. La existencia de una metaplasia o hiperplasia reactiva asociada a una osificación del tejido fibrocartilaginoso del ligamento estilohioideo, casi siempre debido a un traumatismo previo, como una amigdalectomía, es una de ellas¹⁴. De los ocho casos presentados, encontramos dos amigdalectomizados. Para otros, el dolor es causado por compresión del nervio glossofaríngeo por una apófisis estiloideas elongada. En pacientes asintomáticos, pueden observarse calcificaciones segmentarias del complejo estilohioideo formado por la apófisis estiloideas, el ligamento estilohioideo y el cuerno del hueso hioides. Esta situación clínica se denomina síndrome estilohioideo para diferenciarla del verdadero Eagle en el cual debe haber amigdalectomía previa.

Muchos autores consideran al síndrome de Eagle característico de la edad adulta, pero también puede presentarse en adolescentes. En edades jóvenes, se suele observar una mayor fibrosis del ligamento que suele ser asintomática. Con el tiempo ocurre su calcificación que puede ir o no acompañada de los síntomas clásicos⁵. De hecho, Castillo y cols. aseveran que los casos sintomáticos sobrepasan los 40 años de edad.

Cinco de los ocho casos que se exponen en esta publicación sobrepasan los 40 años, y los otros tres son menores o iguales a 40. Concretamente, el tercer caso presentado corresponde a un paciente joven de 26 años de edad lo que aporta singularidad al caso.

Según algunos autores, el síndrome de Eagle es más frecuente en el sexo femenino⁴, encontrando algunos una proporción de 3:1³. Otros indican que el 85% de los casos acontecen en mujeres. Por otro lado, Neto y cols. en 1999 no encuentran predilección de este síndrome por el sexo⁶.

Tan solo uno de los ocho casos expuestos afecta a un varón, por lo que se subraya su mayor incidencia en el sexo femenino.

El diagnóstico se basa en la realización de una historia clínica y exploración física correctas junto con las pertinentes pruebas radiológicas complementarias¹⁵. Cabe destacar que no existe sintomatología patognomónica de este síndrome. La palpación intraoral del proceso estiloideas a nivel de la fosa tonsilar solo es posible cuando este está elongado. Se debe realizar con la boca entreabierta y causa dolor⁵. Además, la palpación de la

punta de la apófisis estiloides suele exacerbar los síntomas existentes¹⁶, como ocurre en el caso 1 y 3. Por otro lado, la anestesia local de esta zona es de gran ayuda diagnóstica y debe eliminar temporalmente la sintomatología referida por el paciente. Esta actitud terapéutica es la que se escogió en el tercer caso clínico que se expone.

Múltiples estudios han revelado la importancia del análisis radiográfico en el diagnóstico de esta patología¹⁷ siendo la ortopantomografía uno de los más importantes medios diagnósticos de la elongación del proceso estiloides^{18,11}. Esta prueba diagnóstica complementaria fue la escogida en todos los casos que se presentan, salvo en el caso 4 en el que la paciente rechazó una prueba más específica para descartar un posible compromiso carotídeo. La longitud media del proceso estiloides es de 2,5 centímetros, considerándose elongado cuando mide más de 3 centímetros⁶. En el primer caso mide 5,2 cm., 4,5 cm. en el segundo, 5 cm. el derecho y 6 el izquierdo en el tercer caso, 4,5 cm. el derecho y 5 el izquierdo en el caso cuatro, 3,5 cm. en el 5, 5 cm. en el sexto, 4,5 cm. el derecho y 3,5 cm. el izquierdo del caso siete y 4 cm. en el caso ocho. Sin embargo, existen dificultades en las mediciones ya que no todos los equipos de radiografías panorámicas están calibrados para observar las zonas laterales de la radiografía. Por lo que la panorámica constituye una ayuda inicial en la apreciación de una apófisis estiloides elongada, pero su grado de distorsión puede inducir a errores¹⁹. La tomografía axial computerizada permite medir adecuadamente y con dosis bajas de radiación los procesos estiloides, al permitir la adquisición de imágenes en los planos axial y coronal¹⁹. Sin embargo, su elevado coste la descarta como prueba rutinaria. También es posible el diagnóstico a través de una radiografía lateral de cráneo con técnica para tejidos blandos del cuello, aunque suelen ser difíciles de evaluar por la falta de precisión de la imagen obtenida. Este tipo de pruebas se descartaron en todos los casos presentados por la buena respuesta al tratamiento farmacológico o la falta de sintomatología asociada al síndrome, excepto en el caso cuatro donde la paciente rehusó realizárselas.

Si el tratamiento farmacológico no es suficiente, la tomografía computerizada con reconstrucción tridimensional resulta muy útil para la planificación quirúrgica del caso si esta fuera necesaria²⁰. Además facilita la comunicación con el paciente. Por el contrario existe una subestimación de la longitud de la apófisis estiloides en las radiografías transversales en dos dimensiones donde incluso en el plano coronal, las imágenes no son por lo general paralelas a dicha apófisis²⁰. Por tanto, estas pruebas radiológicas son insuficientes para planificar el abordaje quirúrgico de la lesión.

El diagnóstico diferencial se debe establecer con la neuralgia del glossofaríngeo, el Síndrome de Ernest, el Síndrome Pseudoestilohioideo y el Síndrome Doloroso Cervical Anterior. Deben ser igualmente incluidas la neurálgia trigeminal, esfenopalatina, laríngea superior y geniculada, los tumores faríngeos y de base de lengua y la faringoamigdalitis crónica¹¹.

El diagnóstico diferencial con la neuralgia del glossofaríngeo es

imprescindible en ambas formas de síndrome de Eagle. En muchas ocasiones, los síntomas pueden ser confundidos con los presentes en el desorden temporomandibular, tales como el dolor facial, sensación de cuerpo extraño en la faringe, limitaciones en los movimientos de cabeza, cuello y apertura bucal, otalgia, cefalea y disfagia⁶.

El tratamiento de elección depende de la severidad de la sintomatología. Para casos de intensidad media, la prescripción de fármacos es lo indicado³. Palesty y cols., realizaron infiltraciones locales de anestesia y corticoesteroides en 14 pacientes diagnosticados con síndrome de Eagle. Obtuvieron mejoras estadísticamente significativas en la disminución del dolor y la apertura bucal. Esta pauta fue la escogida en los casos sintomáticos^{1,3}. Estos resultados sugieren una alteración inflamatoria circundante al proceso estiloides que afecta a las estructuras musculotendinosas, lo que puede ser la fuente del dolor⁶. Se pautan del mismo modo analgésicos y antiinflamatorios²⁰.

El tratamiento definitivo es quirúrgico (estiloidectomía), pero solo debe contemplarse ante el fracaso del tratamiento con infiltraciones anestésicas a través del polo inferior de la celda amigdalina. Se han descrito dos vías de abordaje: la transoral u orofaríngea como describió inicialmente Eagle, y la transcervical hasta el espacio parafaríngeo¹⁵. Torres y cols. recomiendan en 2008 la técnica transoral por la facilidad en el abordaje, el menor tiempo quirúrgico, la ausencia de complicaciones infecciosas postoperatorias y el menor riesgo de lesionar las ramas marginales del nervio facial³. Sin embargo, el acceso extraoral permite una mejor visibilidad del campo quirúrgico y un menor riesgo de infección de los espacios profundos del cuello^{15,21}. El láser y el ultrasonido están siendo utilizados, sin embargo los resultados son aún inconclusos⁵.

CONCLUSIONES

El síndrome de Eagle es una alteración del proceso estilohioideo donde este mide más de 3 centímetros, puede estar calcificado o solo elongado. Puede ser uni o bilateral, es más frecuente en el sexo femenino y en mayores de 40 años. Debe ser diagnosticado en base a la sintomatología del paciente y al exámen radiológico tipo ortopantomografía o TAC. La mayoría de los casos constituyen hallazgos radiológicos casuales en búsqueda de patología cervical o de rinofaringe. En este estudio se evidencia que la elongación/calcificación del proceso estilohioideo no es infrecuente. La falta de identificación de esta estructura anatómica a la hora de valorar las pruebas radiológicas hace que este fenómeno pase desapercibido.

Clínicamente, este síndrome puede presentarse de dos formas diferentes. La clásica se caracteriza por dolor faríngeo persistente, odinofagia, disfagia y sensación de cuerpo extraño en la faringe en pacientes que pueden haber sido sometidos a amigdalectomía. En la segunda forma, llamada síndrome de la arteria carótida, predomina el dolor a lo largo del trayecto de la arteria afectada acompañado frecuente-

mente de dolor ocular y cefalea parietal que pueden llevar a diagnósticos incorrectos como cefalea o migrañas. El dolor se acentúa con los movimientos de cabeza que pueden producir, en algunos casos, ataques isquémicos transitorios. Pueden además presentarse vértigos y síncope.

En líneas generales la aparición de clínica asociada es poco

común, por lo tanto la mayoría de las veces se hablará de un síndrome estilohioideo.

Si aparecen síntomas el tratamiento de elección es el farmacológico, se basa en inyecciones de corticoides, administración de analgésicos y antiinflamatorios tipo AINE por vía oral.



BIBLIOGRAFÍA

- Bafageeh SA. Eagle síndrome: classic and carotid artery types. *J Otolaryngol* 2000; 29(2):88.
- Mortellaro C. et al. Eagle's syndrome: importance of a corrected diagnosis and adequate surgical treatment. *J Craniofac Surg* 2002; 13(6):755-8.
- Mendelsonh A, et al. Heterogeneity in the clinical presentation of Eagle's syndrome. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2006; (134):389-393.
- Rizzatti-Barbosa CM, Ribeiro MC, Silva-Concilio LR, Di Hipolito O, Ambrosano GM. Is an elongated stylohyoid process prevalent in the elderly? A radiographic study in a Brazilian population. *Gerodontology* 2005; 22(2): 112-5.
- Omnell KH, Gandhi C, Omnell ML. Ossification of the human styloid ligament: A longitudinal study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo* 1998; 85(2):226-32.
- Cantín LM, Suazo GI, Venegas RB, Zavando MD, Muñoz CR. Síndrome de Eagle bilateral. Reporte de un caso. *Int J Odontostomatol* 2007; 1(2):141-145.
- Eagle WW. The symptoms, diagnosis and treatment of the Elongated Styloid process *Am Surg* 1962; 28: 1-5.
- Alcalde RE, Ueyama Y, Nishiyama A, Mizuguchi T, Matsumura T, Kishi K. Diagnostic imaging of Eagle's syndrome: report of three cases. *Oral Radiol* 1994; 10(2): 143-48.
- Giuseppina F, Giulio G, Fabrizio F, Roberto B, Dario M. The Long Styloid Process syndrome or Eagle's syndrome. *J Craniomaxillofac Surg* 2000; 28:123.
- Feldman V. Eagle's syndrome: a case of symptomatic calcification of the stylohyoid ligaments. *J Can Chiropr Assoc* 2003; 47(1).
- Prasad KC, Kamath MP, Reddy KJ, Raju K, Agarwal S. Elongated styloid process (Eagle's syndrome), a clinical study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 60(2):171-5.
- Dao A, Karnezis S, Lane JS, Fujitani RM, Saremi F. Eagle syndrome presenting with external carotid artery pseudoaneurysm. *Emerg Radiol.* 2011; 18:263-5.
- Slavin KV. Eagle syndrome: entrapment of the glossopharyngeal nerve? Case report and review of the literature. *J Neurosurg* 2002; 97:216-8.
- Rodríguez Vázquez JF, Mérida-Velasco JR, Verdugo López S, Sánchez-Montesinos I, Mérida-Velasco JA. Morphogenesis of the second pharyngeal arch cartilage (Reichert's cartilage) in human embryos. *J Anat* 2006; 208(2):179-89.
- Murtagh RD, Caracciolo JT, Fernandez G. CT findings associated with Eagle syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol* 2001; 22: 1401-1402.
- Rechtweg JS, Wax MK. Eagle syndrome: a review. *Am J Otolaryngol* 1998; 19: 316-321.
- Murthy PS, Hazarika P, Mathai M. Elongated styloid process: an overview. *Int. J Oral Maxillofac Surg* 1990; 19(4): 230-1.
- Blomgren K, Qvarnberg Y, Valtonen H. Spontaneous fracture of an ossified stylohyoid ligament. *J Laryngol Otol* 1999; 113(9):854-5.
- Monsour PA, Young WG. Variability of the process and stylohyoid ligament in panoramic radiographs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986; 61(5):522-6.
- Deepika R, Rajesh G, Sriram R. Eagle syndrome. *Indian J Radiol Imaging* 2009; 19(2):107-108.
- Chouvel P, Rombaux P, Philips C, Hamoir M. Styloid chain ossification: choice of the surgical approach. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1996; 50(1):57-61.