

Síndrome de Eagle Eagle syndrome

Ilder Alvarado¹, Juan Fernando Gómez², Andrea Vásquez³.

1. Maestro en Radiología e imágenes diagnósticas. Tecniscan, Guatemala.

2. Médico y Cirujano. Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

3. Residente de pediatría. Hospital General San Juan de Dios, Guatemala

Autor corresponsal: Dr. Ilder Alvarado, ilderalvarado@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v164i1.801>

Aceptado: Abril 2025

Resumen

El síndrome de Eagle incluye diversas manifestaciones clínicas que pueden retrasar su diagnóstico. Se caracteriza por el alargamiento óseo del proceso estiloides o la calcificación del ligamento estilohioideo, causando síntomas por compresión nerviosa o vascular. Es poco frecuente y afecta principalmente a mujeres entre treinta y cincuenta años. El diagnóstico se realiza mediante tomografía computarizada 3D y el tratamiento definitivo es la resección quirúrgica del proceso estiloides.

Se presenta el caso de una mujer de 42 años con dolor cervical izquierdo y disfagia de seis años de evolución, cuyos hallazgos por tomografía computarizada demostraron alargamiento bilateral de los procesos estiloides, consistente con el síndrome.

Aunque es raro, debe considerarse en pacientes con dolor cervical crónico y disfagia, ya que su diagnóstico por imagen y manejo quirúrgico ofrecen resultados favorables.

Palabras clave: *alargamiento óseo, calcificación, dolor cervical.*

Abstract

Eagle syndrome includes a variety of clinical presentations that often delay its diagnosis. It is characterized by symptomatic elongation of the styloid process or calcification of the styloid ligament, causing symptoms of neural or vascular compression. The syndrome is uncommon and mainly affects women between thirty and fifty years old. The diagnosis is ideally done with 3D computed tomography and definite treatment is surgical resection of the styloid process.

This case reports a 42-year-old woman with a six-year history of left cervical pain and dysphagia with computed tomographic findings showing bilateral elongation of the styloid process consistent with the syndrome.

Although rare, this syndrome must be considered in patients with chronic cervical pain and dysphagia, since its surgical management and imaging diagnosis offer favorable

results.

Keywords: *bone lengthening, calcification, cervical pain.*

Introducción

El síndrome de Eagle es una condición poco frecuente que se manifiesta con síntomas inespecíficos los cuales varían según su forma de presentación; ya sea por alargamiento óseo del estiloides o calcificación del ligamento estilohioideo. Estas alteraciones pueden generar afectación vascular, neurológica o una combinación de ambas dependiendo de las estructuras adyacentes afectadas. (1) Fue inicialmente descrito en el año 1937 por Watt Eagle, tras reportar una serie de casos en los que pacientes con cefalea, dolor cervical y orofacial presentaban un alargamiento del proceso estiloideo. (2)

Se ha descrito una incidencia global de aproximadamente 4% en la población general, con un predominio en el sexo femenino entre la tercer y quinta década de vida. Sin embargo, no existe un consenso entre el tamaño que definiría al proceso estiloides como “alargado”, algunos autores lo consideran así cuando su medición excede los 3 cm, a pesar de aún estar en rangos normales (1.52–5 cm) o al presentar un tamaño mayor a la medida promedio de 20 a 25mm, por lo que estas variaciones podrían dificultar el cálculo correcto de su incidencia. (1,3)

Presentación de caso

Paciente femenina de 42 años quien consulta por dolor cervical izquierdo y disfagia de 6 años de evolución sin otra sintomatología asociada. Refiere historia de múltiples exámenes y tratamientos sin mejoría clínica.

Al examen físico se identificó dolor a la palpación bilateral de las fosas tonsilares. Asimismo, se observó sensibilidad aumentada a la palpación profunda del tercio cervical anterolateral bilateralmente, correspondiente al trayecto del proceso estiloides. Adicionalmente, se constató limitación dolorosa de la rotación cervical en ambos lados.

Se realizan radiografías de mandíbula, observando en una proyección oblicua izquierda alargamiento sutil del proceso estiloides izquierdo (Figura 1). Al realizar la tomografía se aprecia una prolongación del proceso estiloides izquierdo en reconstrucciones sagital y coronal (Figura 2), adyacente al espacio parafaríngeo izquierdo. Después de llevar a cabo reconstrucciones volumétricas (Figura 3) se confirma la prolongación del proceso estiloides de forma bilateral, siendo de mayor tamaño del lado izquierdo con una longitud máxima de 5.6cm y en el lado derecho con longitud de 5.1cm.

Alvarado, I., Gómez, J. y Vásquez, A.

Síndrome de Eagle

Rev. Méd. (Col. Méd.Cir.Guatem.). 2025;164(1):25-29

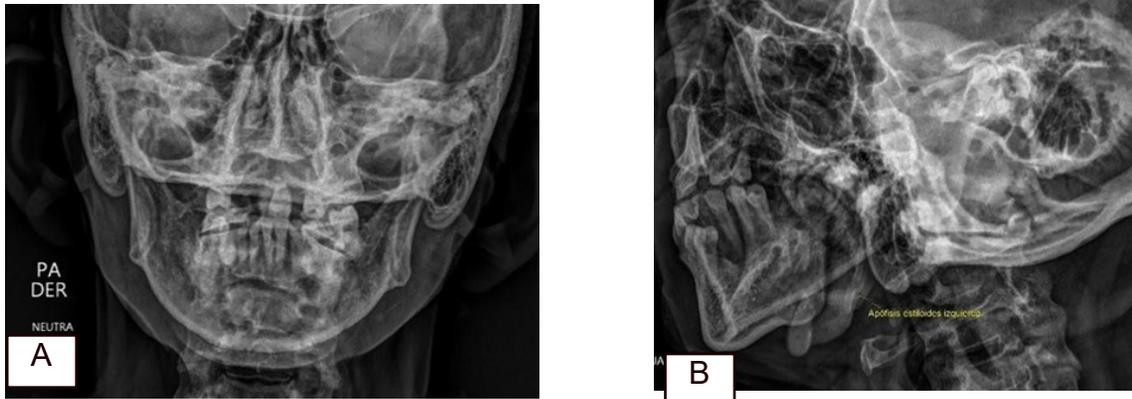


Figura 1. Rayos x mandibular. A. Proyección neutra de mandíbula. B. Proyección oblicua izquierda donde se distingue sutilmente la prolongación del proceso estiloides.

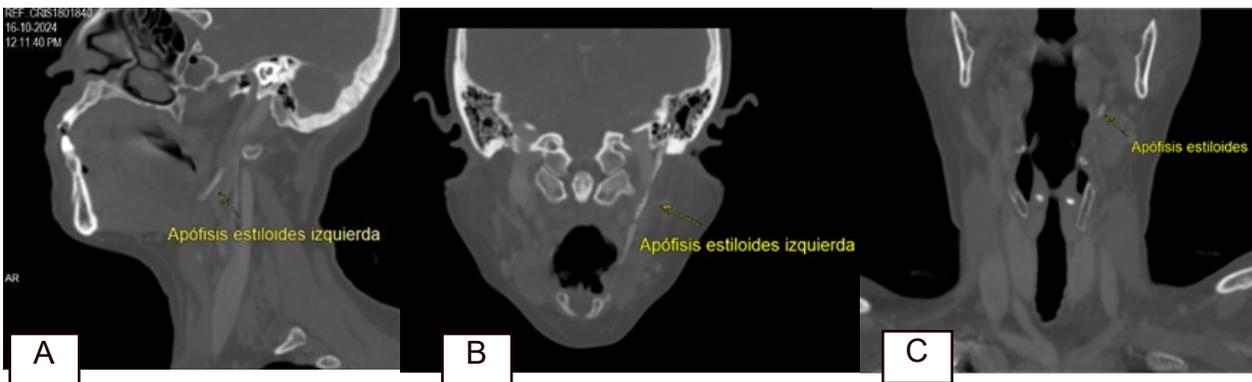


Figura 2. Tomografía de cuello en ventana ósea que demuestra prolongación del proceso estiloides izquierdo el cual contacta estructuras del espacio para faríngeo derecho. A, reconstrucción sagital. B y C, reconstrucciones coronales.

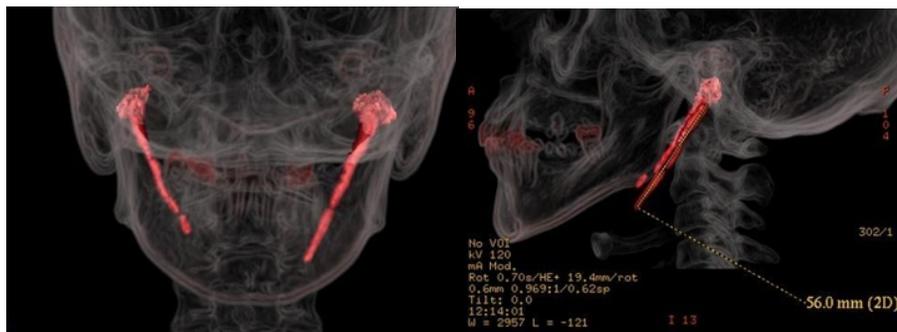


Figura 3. Reconstrucción volumétrica de ambos procesos estiloides donde se evidencia prolongación de ambos procesos, con mayor afectación del lado izquierdo, alcanzando una longitud máxima de 5.6 cm.

Discusión

Eagle clasificó a este síndrome como clásico y vascular dependiendo de los hallazgos clínicos en el paciente. El tipo clásico se presenta con dolor cervical o facial, disfagia, odinofagia o cefalea, causados por movimientos rotatorios de la cabeza. Su tipo vascular también llamado síndrome estilocarotídeo puede provocar dolor parietal o periorbitario, sangrado oral, al igual que síntomas neurológicos como síncope, pérdida transitoria de la visión, cefalea, mareos e incluso accidente cerebrovascular a causa de una compresión o disección de la arteria carotídea. (1)

La sintomatología del síndrome de Eagle únicamente se presenta en un 4–10% de los casos, a menudo esto puede ser desencadenado por trauma, amigdalectomía o cambios asociados a la edad como una discopatía cervical degenerativa. (1,4) El diagnóstico se basa en una buena historia clínica y un minucioso examen físico en el que se puede agudizar el dolor con una presión desde la cavidad oral del proceso estiloides. Históricamente ha sido clasificado por Langlais et al. por sus hallazgos radiográficos en tres tipos diferentes (Tabla No. 1). Actualmente la tomografía computarizada con reconstrucciones 3D es considerada como el gold standard, permitiendo una adecuada caracterización y planeamiento quirúrgico, ayudando a una medición más precisa y permitiendo descartar otros diagnósticos diferenciales. (5,6)

Tabla No. 1: Clasificación radiológica, síndrome de Eagle

Tipo 1	Proceso estiloides elongado sin interrupciones
Tipo 2	Proceso estiloides aparentemente unido al ligamento estilohioideo por una pseudoarticulación
Tipo 3	Segmentos mineralizados del ligamento estilohioideo dando apariencia de múltiples pseudoarticulaciones

Fuente: Nedunchezian K.(6)

En cuanto al tratamiento existen opciones terapéuticas conservadoras con esteroides, antiinflamatorios no esteroideos, anestésicos de infiltración local y carbamazepina, sin embargo, el único tratamiento curativo es la resección quirúrgica del proceso estiloides con abordaje intraoral o extraoral. (4)

La elección del tratamiento para el síndrome de Eagle dependerá de la presentación clínica del paciente y del grado de afectación funcional y psicosocial. Dada la persistencia y severidad de los síntomas esta paciente continua con tratamiento médico farmacológico y se planea que sea sometida a intervención quirúrgica para así dar una resolución definitiva al dolor y con esto mejorar su calidad de vida.

Agradecimientos

Se agradece el valioso aporte de Tecniscan Guatemala por facilitar los estudios de imagen utilizados en este caso clínico.

Bibliografía

1. Pagano S, Ricciuti V, Mancini F, et al. Eagle syndrome: an updated review. Surg Neurol Int. 2023;14:389. doi: 10.25259/SNI_666_2023
2. Vizuite Bolaños MX, Téliz Meneses MA, Prada Vidarte OEJR, et al. Síndrome de Eagle: una revisión narrativa de una condición subestimada. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2024;20(1):25-31. doi: 10.35366/115384
3. Elimairi I, Baur DA, Altay MA, Quereshy FA, Minisandram A. Eagle's syndrome. Head Neck Pathol. 2015;9(4):492-495. doi: 10.1007/s12105-014-0599-4
4. Searle E, Searle A. An overview of Eagle's syndrome. Br J Pain. 2021;15(4):388-392. doi: 10.1177/2049463720969741
5. Jasso GR, Munguía AMN, Amador ARS. Eagle's syndrome. Patient handling at the "Licenciado Adolfo López Mateos" Hospital Mexico City. Rev Odontol Mex. 2015;19(4):258-262. doi: 10.1016/j.rodMex.2015.10.008
6. Nedunchezian K. Eagle syndrome - an overview. S Afr J Rad. 2017;21(1), a1247. doi: 10.4102/sajr.v21i1.1247