

## Diagnóstico e intervención quirúrgica oportuna para el Síndrome de Eagle. Reporte de caso

**Zurita-Orrego Hernán**

<https://orcid.org/0009-0008-4417-2257>  
Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Medicina, Quito, Ecuador.  
hernan\_zurita@hotmail.com

**Serrano-Sáenz Juan**

<https://orcid.org/0000-0002-5091-050X>  
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Servicio de Otorrinolaringología, Quito, Ecuador  
serranosaezj8@gmail.com

**Cárdenas-Morillo Vanessa**

<https://orcid.org/0000-0002-0942-6599>  
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Servicio de Otorrinolaringología, Quito, Ecuador  
vane27061994@hotmail.com

**Correspondencia:**

Vanessa Cárdenas  
vane27061994@hotmail.com

**Recibido:** 12 de Julio 2024

**Aprobado para revisión:** 31 de agosto 2024

**Aceptado para publicación:** 04 de diciembre 2024

**DOI:** <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i1.6938>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)  
Volumen 50, Número 1, Año 2025  
e-ISSN: 2737-6141  
Periodicidad trianual

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de Eagle es una enfermedad poco frecuente, ocasionada por la elongación de la apófisis estiloides; caracterizada por dolor crónico. Se debería considerar al Síndrome de Eagle dentro de los diagnósticos diferenciales de las patologías de cabeza y cuello.

**Objetivo:** Describir el caso clínico-quirúrgico de una paciente diagnosticada con Síndrome de Eagle, fortaleciendo la necesidad de una evaluación diagnóstica clara, en conjunto con la sintomatología y exámenes imagenológicos complementarios, para un manejo y tratamiento quirúrgico oportunos.

**Presentación del caso:** Se expone el reporte de caso de una paciente de 43 años, quien presentó dolor cervical crónico; recibiendo múltiples analgésicos, la extracción de todas sus piezas dentales y la descompresión del nervio de Arnold, sin mejoría. A través de una tomografía computarizada simple y en 3D, se evidenció la elongación de la apófisis estiloides, por lo tanto, se decidió realizar la exéresis de la misma, eliminando el dolor, al postoperatorio inmediato.

**Discusión:** Un cuadro clínico caracterizado por dolor de cuello, sensación de cuerpo extraño en orofaringe u odinofagia, es una sintomatología inespecífica pero sugestiva de ciertas patologías, como el Síndrome de Eagle. Sin embargo, no se debe solicitar exámenes imagenológicos de rutina, sin una buena anamnesis previamente.

**Conclusiones:** Posterior a realizar un buen examen físico y agotar un tratamiento clínico, en los pacientes que persisten con odinofagia, cervicalgia y sensación de cuerpo extraño en orofaringe, se debería pensar el Síndrome de Eagle.

**Palabras claves:** dolor de cuello; dolor crónico; hueso temporal.

### Diagnosis and timely surgical intervention for Eagle Syndrome. Case report

#### Abstract

**Introduction:** Eagle syndrome is a rare disease caused by elongation of the styloid process; characterized by chronic pain. Eagle Syndrome should be considered in the differential diagnoses of head and neck pathologies.

**Objective:** Describe the clinical-surgical case of a patient diagnosed with Eagle Syndrome, strengthening the need for a clear diagnostic evaluation, in conjunction with the symptoms and complementary imaging examinations, for timely management and surgical treatment.

**Case presentation:** The case report of a 43-year-old patient who presented chronic neck pain is presented; receiving multiple painkillers, the extraction of all his teeth and decompression of Arnold's nerve, without improvement. Through a simple and 3D computed tomography, the elongation of the styloid process was evident, therefore, it was decided to perform its excision, eliminating pain, in the immediate postoperative period.

**Discussion:** A clinical picture characterized by neck pain, foreign body sensation in the oropharynx or odynophagia, is a non-specific symptomatology but suggestive of certain pathologies, such as Eagle Syndrome. However, routine imaging examinations should not be requested without a good prior history.

**Conclusions:** After performing a good physical examination and exhausting clinical treatment, in patients who persist with odynophagia, neck pain and foreign body sensation in the oropharynx, Eagle Syndrome should be considered.

**Key words:** neck pain; chronic pain; temporal bone

**Cómo citar este artículo:** Zurita-Orrego H, Serrano-Sáenz J, Cárdenas-Morillo V. Diagnóstico e intervención quirúrgica oportuna para el Síndrome de Eagle. Reporte de caso. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025 ene [cited]; 50(1): 46-50. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i1.6938>

## Introducción

En 1937 Watt Weems Eagle define esta afección como una longitud del proceso estiloides mayor a 30mm, dividiéndolo “en síndrome clásico seguido a una amigdalectomía y síndrome estilocarotídeo sin amigdalectomía anterior”<sup>1</sup>, por lo cual esta patología lleva su nombre.

Se ha evidenciado una prevalencia de este síndrome del 4% de la población aproximadamente, pero sólo el 4% de estos pacientes presentan sintomatología. Además, sin evidencia clara, las mujeres presentan una mayor incidencia que los hombres, en una relación de 3 a 1 y en relación a la edad se encontraron entre la cuarta y sexta década de vida, en su gran mayoría<sup>2</sup>.

En el Ecuador, no se cuenta con un registro estadístico real sobre la prevalencia de este síndrome, sin embargo, existen algunos estudios como el de Castro et al., en el cual participaron 31 pacientes entre el 2014 al 2019, quienes fueron seleccionados al presentar elongación de la apófisis estiloides en la radiografía panorámica, hallándose que tan solo el 0,62% de ellos mostraron síntomas asociados, con predominio femenino y en un rango etario de 36 a 50 años. De la misma manera, Tay<sup>3</sup> en el 2018, presentó un estudio en el que participaron 150 pacientes, entre 30 a 80 años con radiografías panorámicas, de los cuales el 30% registraron una elongación de la apófisis estiloides, con una supremacía del 85% en mujeres en rango de 50 a 59 años; estos estudios fueron basados en la clasificación de Langlais<sup>4</sup>.

En relación a los síntomas descritos con mayor frecuencia son: dolor cervical (intensificado con movimientos del cuello), cefalea intensa, sensación de cuerpo extraño en faringe, odinofagia, disfagia, trismus, y dolor neuropático por compresión vascular o de “nervios craneales (V, VII, IX y X)”<sup>3</sup>. Para el diagnóstico se basa en el examen físico, existiendo dolor a la palpación, al buscar la apófisis estiloides elongada dentro de la fosa amigdalina, correlacionándolo con la tomografía axial computarizada y reconstrucción 3D<sup>5</sup>.

En lo referente a causas específicas de este síndrome no existe, por lo que se ha manejado

varias teorías como: la “osificación del ligamento estilohioideo por cuestiones traumáticas, elongación congénita bajo la persistencia de cartílago vestigial, fractura directa del proceso estiloides ocasionando una formación anormal elongada por la mal unión”<sup>5</sup>, o posterior a una amigdalectomía.

Por lo antes mencionado el objetivo de presentar este caso, es describir el caso clínico-quirúrgico de una paciente diagnosticada con Síndrome de Eagle, fortaleciendo la necesidad de una evaluación diagnóstica clara, en conjunto con la sintomatología y exámenes imagenológicos complementarios, para un manejo y tratamiento quirúrgico oportunos.

## Presentación de Caso

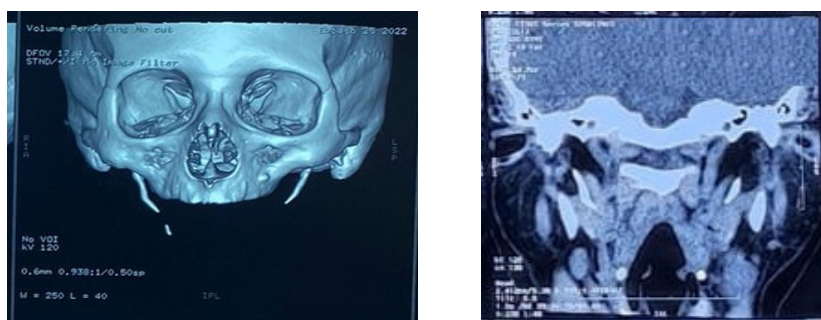
Paciente femenina de 43 años, con antecedentes clínicos de hipotiroidismo secundario a tiroidectomía, quien refirió un cuadro clínico de aproximadamente 4 años de evolución, caracterizado por dolor cervical de predominio derecho, de tipo urente, severo, irradiado hacia región occipital, el cual se exacerbó con cefalea intensa y sensación de cuerpo extraño en faringe postdeglutorio, odinofagia y trismus. Con esta sintomatología acudió a odontólogo particular quien realizó la extracción de todas sus piezas dentales, con el objetivo de eliminar el dolor.

Seis meses después por persistencia de odinofagia, acudió al servicio de neurocirugía, en donde se diagnosticó neuralgia bilateral de Arnold, prescribiéndole morfina, bloqueos analgésicos (seis ocasiones), quetiapina, pregabalina, parches de buprenorfina, carbamazepina, amitriptilina, mirtazapina, tapentadol y meloxicam. Conjuntamente se realizaron exámenes complementarios de resonancia magnética cerebral y cervical sin evidencia de lesiones. Al no obtener mejoría sintomatológica, se decidió realizar una descompresión subcutánea del nervio occipital mayor del lado derecho, presentándose en el postquirúrgico inmediato una hemiparesia braquicrural derecha, la cual resuelve espontáneamente; pese a aquella intervención, se mantuvo el dolor cervical y demás sintomatología.

Luego de seis semanas, la paciente acudió

al servicio de otorrinolaringología, refiriendo la persistencia de la sintomatología antes mencionada. Por esta razón, y al haber descartado otros diagnósticos junto a sus tratamientos previos, se decidió solicitar una Tomografía Axial Computarizada simple y 3D, siendo evidente la elongación de la apófisis estiloides bilateral de predominio derecho. Posteriormente, en el staff de médicos se discutió el caso y con todos los hallazgos mencionados se diagnosticó Síndrome de Eagle, decidiendo tratamiento quirúrgico (Figura 1). En el procedimiento quirúrgico, se efectuó un abordaje transcervical derecho de 4cm

de longitud, comprendido entre la punta de la mastoides y el gonion, a través del cual, decolando previamente, se identificó el músculo esternocleidomastoideo y el vientre posterior del músculo digástrico, respetando la vena retro mandibular. Se continuó con la localización de la apófisis estiloides derecha, desde su base hasta su ápice, procediendo a decolar y liberar a esta estructura de los ligamentos y músculos que conforman el ramillete de Riolo (estilo faríngeo, estilo gloso y estilo hioideo). Finalmente, se resecó con gubia una apófisis estiloides de alrededor de 50 mm (Figura 2).



**Figura 1.** Tomografía computarizada en 3D antero-posterior



**Figura 2.** Apófisis estiloides elongada

En el primer día postquirúrgico, la paciente no refirió sintomatología o dolor y no se evidenció signos de parálisis facial, ni otro signo acompañante. Dos días después de su cirugía, debido a la evolución favorable se decide el alta hospitalaria y completo de esquema antibiótico con ciprofloxacina de 500 miligramos vía oral cada 12 horas por 7 días y analgesia a base de paracetamol de 1 gramo vía oral cada 8 horas por 3 días.

quirúrgica, se realiza el primer control, en el cual la paciente no refiere sintomatología de cervicalgia, ni odinofagia, ni sensación de cuerpo extraño en orofaringe; al igual que, en sus controles posteriores durante los 6 meses siguientes, por lo cual, se decide el alta definitiva del servicio de otorrinolaringología.

### Perspectiva del paciente

Una semana después de la intervención La paciente refirió en sus días postquirúrgicos

mediatos el alivio total de su sintomatología, como también, el poder regresar a sus actividades diarias sin la sintomatología que provocaba ciertas limitaciones. Posteriormente, en los últimos controles médicos, manifestó mejor calidad de vida, sin dolor y analgésicos.

## Discusión

En 1937, Watt Eagle, caracterizó este síndrome con una longitud de la apófisis estiloides mayor a 30 mm, provocando una compresión de las estructuras cercanas, la misma que deriva en síntomas como dolor cervical, odinofagia, sensación de cuerpo extraño en faringe, entre otros<sup>6</sup>. De acuerdo a la literatura, la paciente que se describe en este reporte de caso, se asemeja a esta descripción sintomatológica y en el trans quirúrgico se extrajo una apófisis estiloides de 50mm, encajando en los criterios diagnósticos del Síndrome de Eagle.

Es importante realizar una anamnesis adecuada, enfatizando los tratamientos, tanto clínicos como quirúrgicos anteriores; seguido de un examen físico profundo, que pueda descartar otras patologías. Ante la evidente persistencia del dolor, se debe solicitar imágenes complementarias, como la tomografía 3D, en la cual se mida la longitud de la apófisis estiloides y así se logre un diagnóstico certero<sup>6</sup>.

Uno de los diagnósticos diferenciales más probables, es la Neuralgia del Glossofaríngeo, la misma que se caracteriza por la irritación de este nervio, siendo los tumores o lesiones en base de cráneo las causas más frecuentes<sup>7</sup>. Para este estudio de caso, contemplar otras patologías menos comunes, como el Síndrome de Eagle, fue crucial, ya que permitió realizar el diagnóstico diferencial de neuralgia de Arnold o del Glossofaríngeo, condiciones que con los tratamientos previos debieron haber cedido, eliminando el dolor y demás síntomas acompañantes.

En cuanto a los abordajes quirúrgicos existe el transfaríngeo, que consiste en palpar intra oralmente la elongación de la apófisis estiloides para poder realizar una incisión en la fosa tonsilar y lograr fracturar o resear parcialmente esta estructura. Sin embargo, con esta técnica

no existe un campo quirúrgico amplio que pueda identificar estructuras importantes como vasculares, nerviosas, Ramillete de Riolo, entre otros, no se logra visualizar a la apófisis estiloides en toda su longitud, y existe una mayor probabilidad de presentar calcificación del proceso estiloideo generando reaparición del dolor<sup>8</sup>. Por otra parte, en el abordaje transcervical se realiza una incisión entre la punta de la mastoidea y gonión, que permite localizar la apófisis estiloides en toda su extensión y en caso de presentarse una hemorragia transquirúrgica se puede actuar de manera rápida y eficaz al tener un campo de visión quirúrgico más amplio. Además, se reduce la posibilidad de calcificación, ya que es extraída la apófisis estiloides en su totalidad<sup>5</sup>. Por estas razones, se decidió realizar un abordaje transcervical en la paciente.

Dentro de las limitaciones para detallar este reporte de caso, se encontraron escasos artículos referenciales sobre la estadística, prevalencia y tipo de abordaje quirúrgico en Ecuador.

El Síndrome de Eagle debería encontrarse dentro de los diagnósticos diferenciales de un paciente que presente sintomatología inespecífica como odinofagia, cervicgia o sensación de cuerpo extraño en orofaringe, sin embargo, los exámenes complementarios y de imagen no deberían solicitarse en primera instancia, ya que una correcta anamnesis y examen físico son los que deberían guiar flujograma de atención en estos pacientes.

## Conclusiones

Se describió el caso clínico-quirúrgico sobre el Síndrome de Eagle, evidenciando que, al ser una afección de difícil diagnóstico, es importante realizar una adecuada anamnesis y examen físico para su oportuno diagnóstico y tratamiento.

Fue evidente que el dolor crónico de la paciente, característico del Síndrome de Eagle, desapareció inmediatamente posterior a la cirugía, siendo una evolución satisfactoria.

## Aprobación y consentimiento informado

La paciente otorgó su consentimiento informado



por escrito para esta publicación. Además, no se colocan detalles sobre la identidad de la paciente, ya que es anónima y confidencial

### Contribución de autoría

**Conceptualización:** Dr Hernán Zurita, Dr. Juan Esteban Serrano, Dra, Vanessa Cárdenas

**Curación de datos:** Dra. Vanessa Cárdenas

**Análisis formal:** Dr. Hernán Zurita, Dra. Vanessa Cárdenas

**Adquisición de fondos:** Dr. Hernán Zurita, Dra. Vanessa Cárdenas, Dr. Juan Esteban Serrano

**Investigación:** Dra. Vanessa Cárdenas, Dr. Juan Esteban Serrano

**Metodología:** Dr. Hernán Zurita, Dra. Vanessa Cárdenas

**Administración del proyecto:** Dr. Hernán Zurita, Dra. Vanessa Cárdenas, Dr. Juan Esteban Serrano

**Recursos:** Dr. Hernán Zurita, Dra. Vanessa Cárdenas

**Software:** Dra. Vanessa Cárdenas

**Supervisión:** Dr. Hernán Zurita

**Validación:** Dr. Hernán Zurita, Dra. Vanessa

Cárdenas, Dr. Juan Esteban Serrano

**Visualización:** Dr. Hernán Zurita, Dra. Vanessa Cárdenas, Dr. Juan Esteban Serrano

**Redacción – borrador original:** Dr. Hernán Zurita, Dra. Vanessa Cárdenas, Dr. Juan Esteban Serrano

**Redacción – revisión y edición:** Dr. Hernán Zurita, Dra. Vanessa Cárdenas, Dr. Juan Esteban Serrano

### Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimiento

Agradecemos a todos los colaboradores y al personal del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

### Financiamiento

Todos los autores declaran un financiamiento con fondos propios.

### Referencias

1. Romero G, Nieto A, Sánchez A. Síndrome de Eagle. Manejo del paciente en el Hospital Regional «Licenciado Adolfo López Mateos». Rev. Odont. Mex [Internet]. 2015. [cited 2024 Jul12]; 19(4): 258-262. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v19n4/1870-199X-rom-19-04-00258.pdf>
2. Aguaviva J. Síndrome de Eagle. Presentación de un caso en la consulta de atención primaria. SEMERGEN [Internet].2020. [cited 2024 Jul12]; 46(2): 136-139. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S1138359319301005.pdf>
3. Castro J, Peñón A. Síndrome de Eagle en pacientes que acuden a la clínica odontológica de La Universidad de Las Américas en el periodo 2019-2. Recimundo [Internet] .2022. [cited 2024 Jul12]; 6(2): 442-449. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7277574>
4. Tay Hing W. Frecuencia de calcificación del proceso estiloideo (Síndrome de Eagle) mediante el estudio de radiografías panorámicas tomadas a pacientes de 30 a 80 años en la clínica integral FO-UCE. Quito UCE [Internet]. 2018. [cited 2024 Jul12]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15918/1/T-UCE-0015-ODO-013.pdf>
5. Miranda J, Ayala D, Gallardo J, Palma J. Abordaje transcervical en el síndrome de Eagle. Reporte de caso clínico. ODOVTOS [Internet] .2020. [cited 2024 Jul12]; 24(2): 204-211. Available from: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2215-34112022000200204](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-34112022000200204).
6. Balcázar L, Ramirez Y. Síndrome de Eagle. Gac. Med. Mex [Internet] .2013. [cited 2024 Jul12]; 149; 552-4. Available from: [https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n5/GMM\\_149\\_2013\\_5\\_552-554.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n5/GMM_149_2013_5_552-554.pdf)
7. González J, González M, Jiménez J, Espinoza M, Ortiz M, Hernández R. Neuralgia del Glossofaríngeo y Examen Neurológico. Revisión Bibliográfica. Acta Odontol. Venez [Internet] .2010. [cited 2024 Jul12]; 48(1). Available from: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652010000100022](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652010000100022)
8. Marque J, Hernández F, Biosca M, Coll M, Arenaz J. Abordaje intraoral en el síndrome de Eagle. Presentación de un caso clínico. Rev Esp de Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2011. [cited 2024 Jul12]; 33(4). Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-05582011000400005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582011000400005)