

Síndrome de Eagle: ¡ANATODATO! Cuando el conocimiento anatómico contribuye al diagnóstico

Eagle Syndrome: ANATOTIP! When anatomical knowledge contributes to the diagnosis

Martín Gómez Lastra¹, Martín Ferraro¹, Luis Miquelini^{1,2}, Adriana García¹

Frnteras en Medicina 2021;16(3):203-204. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202103/0203-0204>

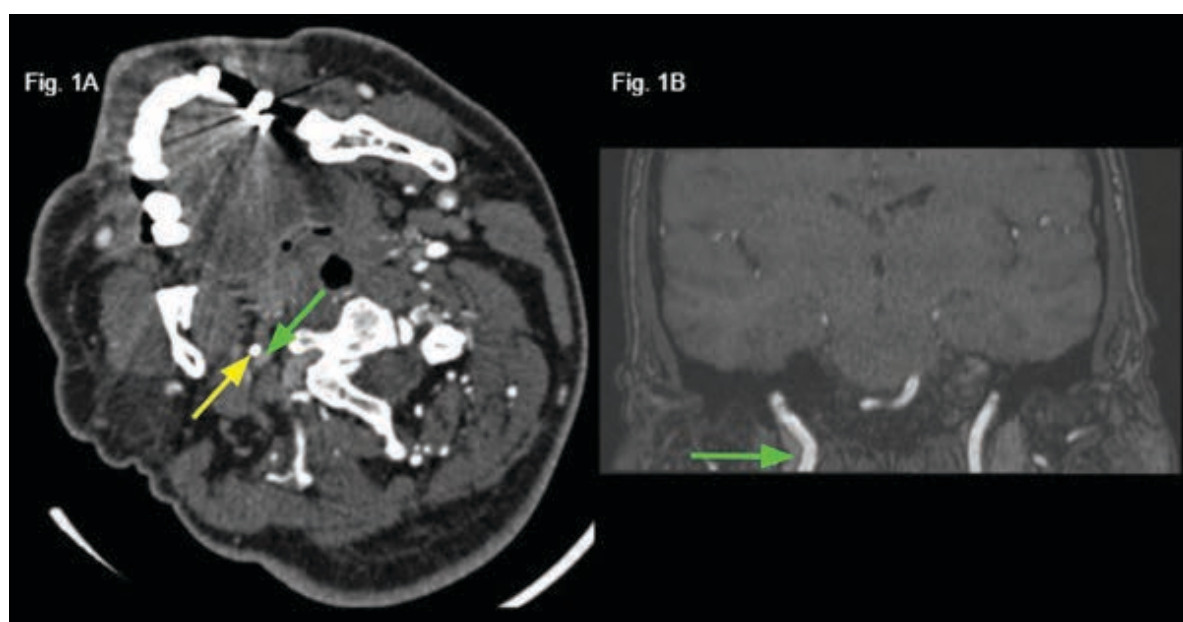


Figura 1. Paciente con foco neurológico izquierdo de algunas horas de evolución. A) Angio-TC dinámica de vasos de cuello. Imagen en rotación e inclinación lateral derecha que evidencia una compresión de la arteria carótida interna (flecha verde) ipsilateral entre la apófisis estiloides (flecha amarilla) y el espacio perivertebral correspondientes, con leve reducción de su calibre. B) Corte coronal en secuencia TOF. Se observa una imagen semilunar hiperintensa que rodea el segmento cervical (CI) de la arteria carótida interna derecha (flecha verde).

1. Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
2. Servicio de Neurología.
Hospital Británico de Buenos Aires.

Correspondencia: Adriana García. Diagnóstico por Imágenes, 1° piso. Hospital Británico. Perdriel 74, C1280AEB CABA. Argentina;
Tel: +5411-43096400 Int.: 277. agarcia@hbritanico.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 16/08/2021 | Aceptado: 31/08/2021

¿Sabías que... el síndrome de Eagle es un conjunto de signos y síntomas causados por la compresión de estructuras pertenecientes al espacio retroestiloideo (espacio carotídeo), consecuente a una calcificación del ligamento estilohioideo o la elongación del proceso estiloideo? Generalmente esta compresión puede ser vascular y/o nerviosa, causando disecciones vasculares, trismus, odinofagia, sensación de cuerpo extraño, etc.¹⁻⁴ El conocimiento anatómico asociado a la clínica del paciente resulta una herramienta fundamental para tener en cuenta este diagnóstico.



Figura 2. Paciente con foco neurológico izquierdo de algunas horas de evolución. Reconstrucción 3D de las arterias del cuello y su relación con la apófisis estiloides. A) Vista anteroinferior, previa delección de la mandíbula. ACC: arteria carótida común; ACE: arteria carótida interna; ACI: arteria carótida externa; AV: arteria vertebral; AE: apófisis estiloides (flechas amarillas). B) TC en ventana ósea con técnica MIP, donde se constata la longitud de ambas apófisis estiloides (flechas amarillas): 47.1 mm la derecha y 44.27 mm la izquierda.

El espacio laterofaríngeo está limitado hacia medial por la pared lateral de la faringe; hacia lateral por la rama ascendente de la mandíbula con los músculos pterigoideo interno, masetero, esternocleidomastoideo y la hoja superficial de la fascia cervical profunda; hacia superior la porción petrotimpánica del hueso temporal; y hacia inferior un plano horizontal tangencial al borde inferior de la mandíbula. El diafragma estiloides lo divide en los espacios preestiloideo (espacio parafaríngeo) y retroestiloideo (espacio carotídeo)⁵⁻⁷.

¿Su contenido? El espacio preestiloideo contiene a la glándula parótida (lóbulo profundo), la vena yugular externa, la vena maxilar y a los nervios facial, lingual, auriculotemporal, dentario inferior y cuerda del tímpano. El espacio retroestiloideo contiene a las arterias carótida interna y externa, faríngea ascendente y occipital, la vena yugular interna, los nervios craneales IX, X, XI y XII, el ganglio simpático cervical y los nodos linfáticos yugulodigástricos, laterales y anteriores^{8,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badawi RA, Birns J, Ramsey DJ, Kalra L. Hiccups and bilateral carotid artery dissection. *J R Soc Med* 2004;97(7):331-2.
2. Chase DC, Zarmen A, Bigelow WC, McCoy JM. Eagle's syndrome: a comparison of intraoral versus extraoral surgical approaches. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;62(6):625-9.
3. Fisher CM. The headache and pain of spontaneous carotid dissection. *Headache* 1982;22(2):60-5.
4. Kawasaki M, Hatashima S, Matsuda T. Non-surgical therapy for bilateral glossopharyngeal neuralgia caused by Eagle's syndrome, diagnosed by three-dimensional computed tomography: a case report. *J Anesth* 2012;26(6):918-21.
5. Khandelwal S, Hada YS, Harsh A. Eagle's syndrome - A case report and review of the literature. *Saudi Dent J* 2011;23(4):211-5.
6. Saccomanno S, Greco F, De Corso E, Lucidi D, Deli R, D'Addona A, et al. Eagle's Syndrome, from clinical presentation to diagnosis and surgical treatment: a case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2018;38(2):166-9.
7. Silbert PL, Mokri B, Schievink WI. Headache and neck pain in spontaneous internal carotid and vertebral artery dissections. *Neurology* 1995;45(8):1517-22.
8. Sveinsson O, Kostulas N, Herrman L. Internal carotid dissection caused by an elongated styloid process (Eagle syndrome). *BMJ Case Rep* 2013;2013:bcr2013009878.
9. Todo T, Alexander M, Stokol C, Lyden P, Braunstein G, Gewertz B. Eagle syndrome revisited: cerebrovascular complications. *Ann Vasc Surg* 2012;26(5):729.e1-5.