

IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Síndrome de Eagle como causa infrecuente de disfagia



Eagle syndrome as an uncommon cause of dysphagia

S. Benet-Muñoz*, L. Tacoronte-Pérez, R. Fernández-Belda y J.J. Artazkoz-del Toro

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

Varón de 57 años, sin antecedentes personales de interés; acude a las consultas de Otorrinolaringología por cuadro de disfagia orofaríngea y sensación de cuerpo extraño cada vez más acentuada. La exploración física y

nasofibrolaringoscópica es anodina, por lo que realizamos un estudio de extensión con tomografía computarizada de cuello, que muestra una elongación de ambas apófisis estiloides de 5 cm en el lado izquierdo y 7 cm en el derecho (fig. 1),

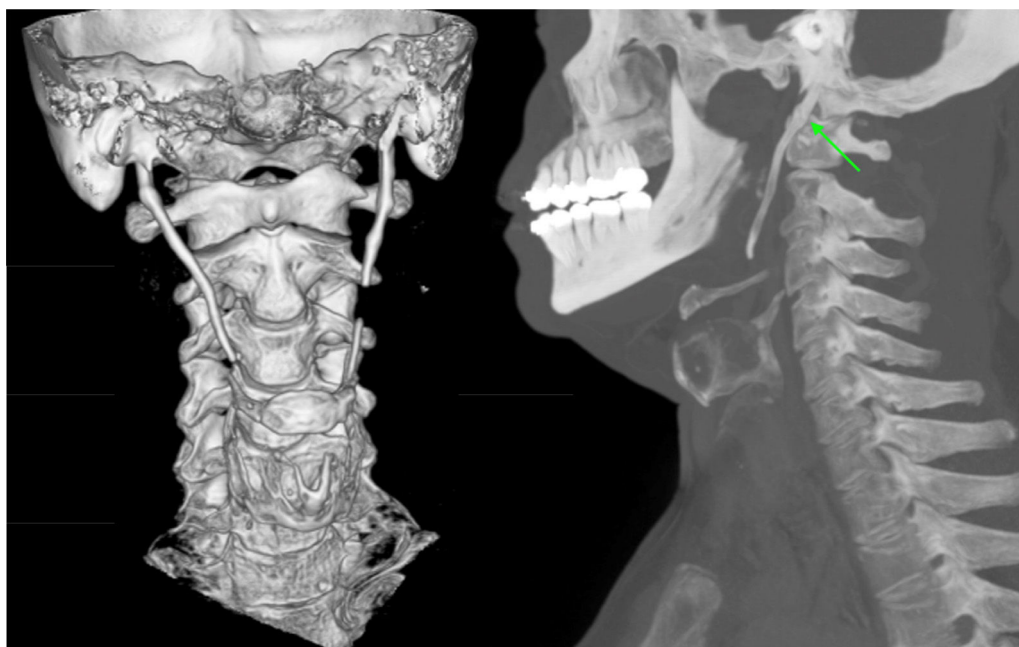


Figura 1 Elongación de ambas apófisis estiloides en TC.

* Autor para correspondencia. Ctra. Gral. del Rosario N.º 145, C.P. 38010 Santa Cruz de Tenerife, España. Teléfono: 922602073.

Correo electrónico: benetsergio@gmail.com (S. Benet-Muñoz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.12.002>

0375-0906/© 2017 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

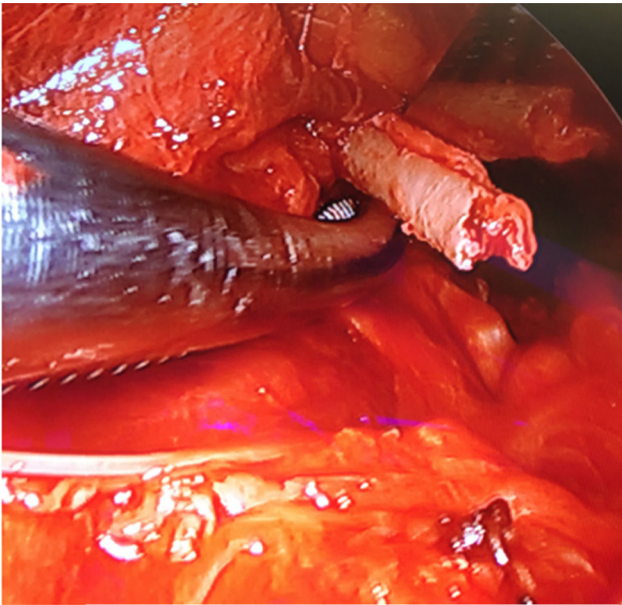


Figura 2 Imagen endoscópica durante la cirugía.

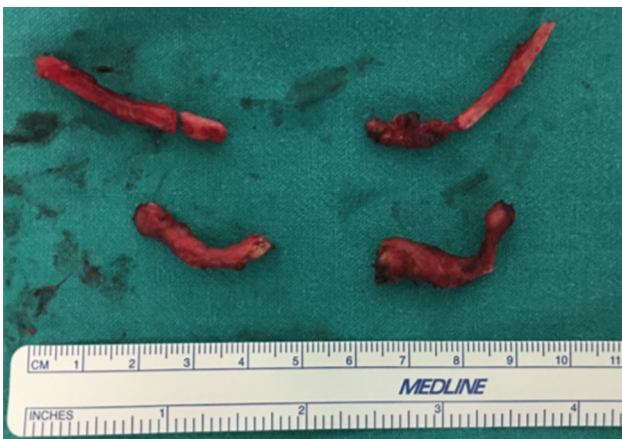


Figura 3 Resección de ambas apófisis estiloideas (parte superior de la imagen) y de ambas astas del hueso hioides (parte inferior de la imagen).

diagnosticando al paciente de síndrome de Eagle. Dada la evolución y la progresión de la clínica, decidimos intervenir al enfermo de resección de ambas apófisis estiloideas y astas posteriores del hioides (figs. 2 y 3). El paciente presentó una evolución satisfactoria tras la intervención.

El síndrome de Eagle es una entidad que se caracteriza por la sintomatología que provoca la elongación de las apófisis estiloideas, siendo descrito por primera vez en 1937. La prevalencia de las elongaciones de las apófisis estiloideas es del 3,3%, de los cuales un 4% puede presentar síntomas^{1,2}. En el síndrome de Eagle, estas elongaciones se pueden acompañar de dolor faríngeo, disfagia orofaríngea, sensación de cuerpo extraño, dolor orofacial, disfunción de la ATM y/o carotidinia^{1,2}. Las pruebas radiológicas convencionales pueden mostrarnos la elongación de las apófisis estiloideas, aunque la imagen tomográfica nos proporciona una mejor descripción de las estructuras anatómicas y planificación quirúrgica^{1,3}. El tratamiento de esta entidad dependerá de la sintomatología del paciente, siendo el tratamiento de elección la resección de las apófisis estiloideas¹.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Mareque-Bueno J, Hernández-Alfaro F, Biosca-de Tejada MJ, et al. Abordaje Intraoral en el síndrome de Eagle. Presentación de un caso clínico. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2011;33:157-61.
2. Nazar SR, Naser GA, Fullá OJ, et al. Síndrome de Eagle en Otorrinolaringología. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2008;19:156-61.
3. Hernández JL, Rodríguez-Sánchez R, de Serdio-Arias JL. Autoarrancamiento de apófisis estiloideas en síndrome de Eagle. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2014;65:322-3.