



## Clínica cotidiana

# ¿Odinofagia y todo normal? ¡Acuérdate del Eagle!

Ana Isabel Sanz Llorente\*, Cristina Pérez Martín, María Gema Montemayor Galán,  
Miguel Ángel de Miguel Feu, Isidoro Garzón Sánchez, Esther de Felipe Tejero

Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de los Reyes (Madrid).

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 2 de noviembre de 2022

Aceptado el 24 de junio de 2024

On-line el 10 de julio de 2024

#### Palabras clave:

Síndrome de Eagle

Estiloides

Odinofagia

#### Keywords:

Eagle syndrome

Styloid

Odynophagia

### R E S U M E N

Presentamos el caso clínico de una paciente de 38 años, que consulta por odinofagia y sensación de cuerpo extraño amigdalares y faríngeo de larga evolución.

Tras acudir a distintos especialistas, finalmente se le realiza una ortopantomografía (OPG) y se le diagnostica síndrome de Eagle (SE).

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Odynophagia and all is normal? Remember the Eagle!

### A B S T R A C T

We present the clinical case of a 38-year-old patient, with odynophagia and sensation of having a foreign object in throat and tonsils, with a long evolution.

After going through several specialists, finally is taken an Orthopantomography (OPG) and the patient is diagnosed of Eagle Syndrome (ES).

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dranskaya@gmail.com](mailto:dranskaya@gmail.com) (A.I. Sanz Llorente).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.033>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 38 años de edad, sin antecedentes de interés. Consulta por odinofagia y sensación de cuerpo extraño amigdalар y faríngeo de larga evolución.

Durante la exploración la faringe y el cuello son normales. Se le prescribe analgesia e hidratación.

Al cabo de dos meses la sintomatología persiste, por lo que es remitida a Otorrinolaringología (ORL), donde se descarta la presencia de patología, a excepción de la observación de mínimo *caseum* amigdalар. Se indican enjuagues con colutorio tras las comidas; según la evolución, se valorará amigdalectomía (lo que no garantizará la mejoría).

Al mismo tiempo, la paciente es valorada por odontología a causa de bloqueos mandibulares. En la ortopantomografía (OPG) realizada se observan unas apófisis estiloides (AE) de unos 4-5 cm (figura 1) (lo normal es aproximadamente 2-3 cm, figura 2). Esto explica la odinofagia crónica, y se conoce como síndrome de Eagle (SE).

En este momento, la paciente sigue usando analgesia a demanda y la sintomatología está controlada.

## Comentario

El SE es una entidad infrecuente, caracterizada por síntomas producidos por el alargamiento de la AE o por la osificación del ligamento estilohioideo. Fue descrito por primera vez en 1937 por el otorrinolaringólogo alemán Watt W. Eagle, a partir de una serie de hallazgos y síntomas presentes en pacientes amigdalectomizados; por eso clásicamente se le asocia a una amigdalectomía previa<sup>1</sup>, pero la patogenia también se asocia a traumatismos previos, envejecimiento o calcificaciones segmentarias del complejo estilohioideo procedentes del segundo arco branquial<sup>2</sup>.

La frecuencia de aparición de estos hallazgos anatómicos en la población general es del 4 %; de estos, solo un 4-10 % presentan síntomas. Afecta más frecuentemente a mujeres; no obstante, según las últimas revisiones y series de casos, esto está en entredicho y es más variable de lo que se pensaba<sup>3,4</sup>.

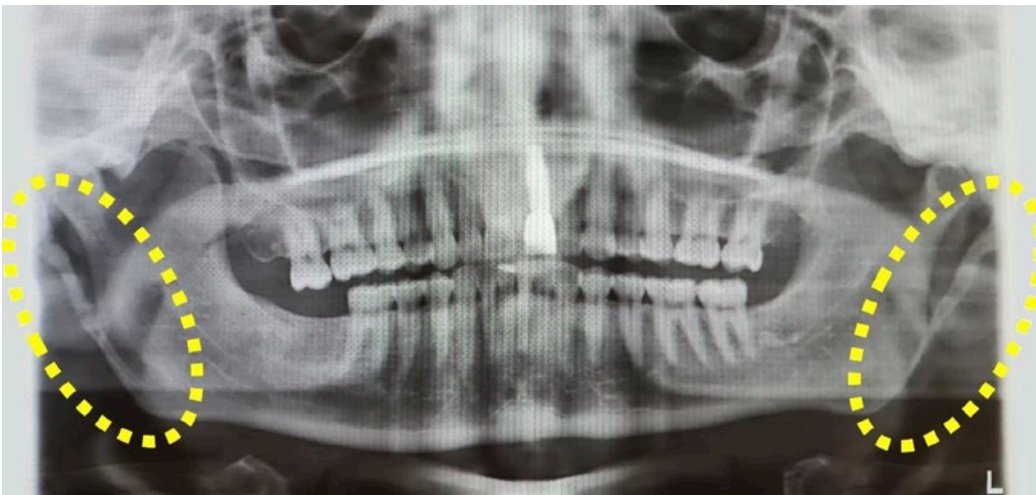


Figura 1 – Estiloides alargadas.

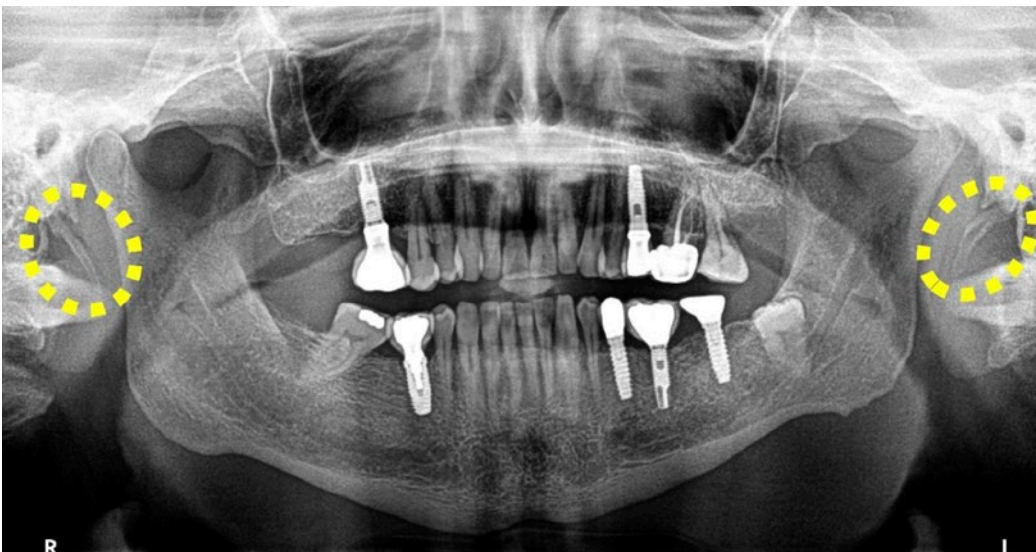
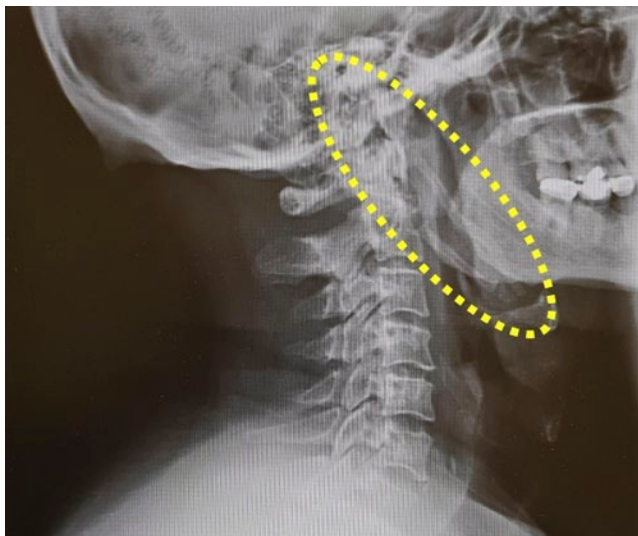


Figura 2 – Estiloides normales.



**Figura 3 – Estiloides alargadas en radiografía cervical lateral.**

En la literatura se describen dos presentaciones típicas:

- Clásica o neurológica: resultado de una neuropatía compresiva loco-regional de nervios cercanos (pares V a XII); produce odinofagia, sensación de cuerpo extraño faríngeo y amigdalor, disfagia<sup>5</sup>, tinnitus, otalgia, cervicalgia, neuralgia<sup>6</sup> y trismus.
- Vascular:
  - Carotídea: la AE elongada pasa cerca de la arteria carótida (interna o externa, así como del plexo carotídeo); su compresión puede causar migrañas, vértigo, accidente isquémico transitorio, tromboembolismo o disección carotídea<sup>7,8</sup>.
  - Yugular: por compresión de la vena yugular; se le asocian cuadros como hipertensión intracraneal de origen venoso, y además se debate como posible origen de ciertas migrañas, síndrome de Menière y embolismos pulmonares de origen incierto<sup>3</sup>.

La mayor parte de estos síntomas pueden aparecer o empeorar con movimientos de la cabeza, con la deglución y la palpación de fosa amigdalina o del trayecto del ligamento estilohioideo<sup>9</sup>.

Los síntomas son múltiples, dependiendo de a qué estructuras vecinas afecte, por lo que debemos tener en cuenta el SE en caso de cualquier dolor o sintomatología en la zona craneofacial o cervical de larga duración, ya que el error diagnóstico genera múltiples interconsultas a distintos profesionales y angustia en el paciente.

El diagnóstico se basa en la clínica y en estudios radiológicos. Con una OPG, una radiografía cervical (figura 3) o una craneal, pruebas accesibles desde AP, se puede ver la AE alar-

gada, con lo que se determina la existencia de un SE. La angiotomografía computerizada es la prueba complementaria más adecuada<sup>3</sup>, ya que permite confirmar la longitud y el grosor de la calcificación del ligamento o de la AE y establecer sus relaciones anatómicas vasculares y musculares.

El tratamiento debe estar enfocado a aliviar los síntomas que provoque: conservador con analgésicos, neuromoduladores o infiltración de corticosteroides (la opción que está cobrando más relevancia en últimos años<sup>10</sup>); o intervención quirúrgica, reservada a cuadros refractarios al tratamiento conservador, o porque la situación de la AE sea de riesgo para el paciente, como en caso de compresiones vasculares.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. David Jofré P, Claudia Heider C. Complicaciones posamigdalectomía. Revisión desde la evidencia. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2015; 75: 275-85.
2. Martínez Montalbán M, Carro Alonso B, Paradisi Chacón CE, Lacoma Latre EM, Domene Moros R, Padrón Rodríguez N. Síndrome de Eagle: una patología infradiagnosticada. *SERAM [Internet]*. 22 de noviembre de 2018 [citado 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/979>
3. Nastro Siniscalchi E, Raffa G, Vinci S, Granata F, Pitrone A, Tessitore A, et al. Eagle syndrome: Lights and shadows of an underestimated condition of multidisciplinary interest. *Adv Oral Maxillofac Surg*. 2022; 5: 100243.
4. Báez-Martínez EM, Maure Blesa L, Sobrino Guijarro B, Ordóñez González C, Navas Vinagre I, García Torres MA. Eagle síndrome. *Pract Neurol*. 2021; 21(6): 548-9.
5. Benet Muñoz S, Tacoronte Pérez L, Fernández Belda R, Artazkoz del Toro JJ. Síndrome de Eagle como causa infrecuente de disfagia. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017; 82(3): 257-8.
6. Ho C, Khan S, Garza I. Overview of craniofacial pain. *UpToDate*. 2022.
7. Ikenouchi H, Takagi M, Nishimura A, Yamaguchi E, Koge J, Saito K, et al. Bilateral carotid artery dissection due to eagle syndrome in a patient with vascular Ehlers-Danlos syndrome: A case report. *BMC Neurology*. 2020; 20(1): 285.
8. Galletta K, Granata F, Longo M, Alafaci C, De Ponte FS, Squillaci D, et al. An unusual internal carotid artery compression as a possible cause of Eagle syndrome – a novel hypothesis and an innovative surgical technique. *Surg Neurol Int*. 2019; 10: 174.
9. Aguaviva Bascañana JJ. Síndrome de Eagle. Presentación de un caso en la consulta de atención primaria. *Semergen*. 2020; 46(2): 136-9.
10. González-García N, Porta-Etessam J, García-Azorín D. Eagle syndrome: toward a clinical delimitation. *Neurología*. 2021; 36: 412-7.