

Presentación de caso



Síndrome de Eagle. Abordaje transoral vs. Transcervical

Eagle's syndrome. transoral vs. transcervical surgical approaches

Arnulfo Torres Guerrero* , Liliana Alcalá Cerra**

RESUMEN

Objetivo: Comparar el abordaje quirúrgico transoral y el transcervical para estiloidectomía en síndrome de Eagle.

Método: Presentación de casos de síndrome de Eagle, análisis de las ventajas y desventajas de los abordajes quirúrgicos transoral y transcervical, y revisión de la literatura.

Resultados: Se presentan 8 casos de pacientes de sexo femenino entre 42 y 60 años con dolor cervical como síntoma principal. Fueron diagnosticadas con palpación de la fosa amigdalina, y con radiografía simple y tomografía con reconstrucción tridimensional. A 4 pacientes se les realizó estiloidectomía utilizando abordaje transoral sin amigdalectomía. En los otros casos se utilizó el abordaje transcervical, realizando procedimiento bilateral en 2 pacientes. Se realizó estiloidectomía unilateral izquierda en 6 casos. No hubo complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias. Una paciente con estiloidectomía bilateral persistió con dolor cervical que mejoró al tratamiento con inyección local de esteroides.

Conclusiones: Se recomienda la técnica transoral por la facilidad en el abordaje, menor tiempo quirúrgico, sin complicaciones infecciosas ni hemorrágicas, menor riesgo de lesión carotídea interna y de ramas marginales del nervio facial y sin cicatrices evidentes.

Palabras clave: Síndrome de Eagle, apófisis estiloides, abordaje quirúrgico.

* Especialista en Otorrinolaringología. Hospital Naval de Cartagena.
Docente Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.

** Residente 1er. nivel Otorrinolaringología. Universidad de Cartagena.

Correspondencia

lilyalcala@gmail.com
Cartagena, marzo de 2008

Dirección: Calle 5A No 7-54
Teléfono: (5) 6652082.
t_arnulfo@hotmail.com

Recibido: 04/05/2008

Aceptado: 15/05/2008

ABSTRACT

Objective: *To compare transoral and transcervical surgical approaches for styloidectomy in Eagle's syndrome.*

Methods: *Case report of Eagle's syndrome, analysis of advantages and disadvantages of transoral and external surgical approaches, and review of literature.*

Results: *There were 8 cases of elongated styloid process in women with cervical pain as main symptom, the youngest being 42 years old and the oldest 60 years old. They were diagnosed by palpating the tonsillar fosse and using tridimensional computed tomography. Styloidectomy was performed via a transoral approach in 4 patients without tonsillectomy. In the other 4 patients was used the external approach with bilateral procedure in 2 of these. Unilateral left styloidectomy was performed in 6 patients. There were no intra or postsurgical complications. Only one patient persisted with cervical pain after styloidectomy that improved using local steroid infiltration.*

Conclusions: *The transoral technique is recommended because of an easier approach, lesser surgical time, without infectious or hemorrhagic complications and less risk for injuring carotid arteries and marginal branches of facial nerve, also without external scar.*

Key words: *Eagle's syndrome, styloid process, surgical approach.*

INTRODUCCIÓN

La apófisis estiloides del hueso temporal, es una proyección alargada, anterior y medial al agujero estilomastoideo por donde surge el nervio facial. Está rodeada por las ramas interna y externa de la carótida, lateral a la fosa amigdalina y presta inserción a 3 músculos: estilohioideo, estilofaríngeo y estilogloso; y a 2 ligamentos: estilomandibular y estilohioideo, éste último conecta las apófisis a las astas menores del hioides, formando el aparato hioideo que deriva del segundo arco branquial (cartílago de Reichert). La longitud normal de la apófisis debe ser menor a 2.5 cm (1).

La elongación de la apófisis estiloides asociada con síntomas faríngeos fue descrita en 1937 por Watt Eagle. El alargamiento de la apófisis estiloides o la calcificación del ligamento estilohioideo son frecuentes hasta en el 40% de la población, pero sólo el 4% de ellos cursan con síntomas asociados (1, 2). El paciente típico con apófisis estiloides elongada es una mujer con edad entre 30 y 50 años. Hay predominio en mujeres con una proporción de 3:1 (1).

La patogenia del síndrome es controversial, probablemente relacionada con irritación mecánica por compresión del nervio glossofaríngeo o estructuras vasculares por la apófisis alargada (4). Existe una asociación del síndrome con trauma y cirugía

(fractura o amigdalectomía previas) e irritación crónica (infecciones) que puede producir osteítis, periosteítis osificante o tendinitis en el aparato hioideo (1, 3, 5-7).

Es una entidad que se asocia con 2 formas clínicas de presentación, de acuerdo con los síntomas: La clásica o síndrome de Eagle con dolor faríngeo irradiado a oído y a hioides. Aumenta con la rotación de la cabeza, movimientos de la lengua, tragar o masticar, puede acompañarse de sialorrea, sensación de cuerpo extraño y cambios vocales de poca duración (1, 3, 8). El síndrome estilo-carotídeo se asocia a dolor punzante y constante en el territorio carotídeo. Si hay desviación lateral de la apófisis irrita la carótida externa, causando dolor facial hasta el ojo; si la desviación es medial afecta la carótida interna y causará dolor desde la región oftálmica hasta el occipucio.

Puede relacionarse con isquemia cerebral transitoria por disminución del flujo (1, 4).

MÉTODOS

Se presentan 8 casos de pacientes de sexo femenino con rango de edades de 42 a 60 años con dolor cervical como síntoma principal, durante un período de 10 años (Tabla 1).

Tabla 1
Edad Síntomas Diagnóstico Abordaje Resección

42	Dolor cervical	TAC 3D	Transoral	Unilateral izquierda
60	Dolor cervical	TAC 3D	Transoral	Unilateral izquierda
54	Dolor cervical	TAC 3D	Transoral	Unilateral izquierda
48	Dolor cervical	TAC 3D	Transoral	Unilateral izquierda
42	Dolor cervical	TAC 3D	Transcervical	Unilateral izquierda
43	Dolor cervical	TAC 3D	Transcervical	Unilateral izquierda
43	Dolor cervical	TAC 3D	Transcervical	Bilateral
56*	Dolor cervical	TAC 3D	Transcervical	Bilateral

*Paciente que persistió con los síntomas en el posquirúrgico y requirió infiltración de corticoides.

El diagnóstico se realizó con base a los síntomas y al examen clínico palpando la apófisis alongada y/o calcificación de ligamento estilohioideo en la fosa amigdalina, que desencadenó dolor similar al referido por el paciente. El estudio practicado para confirmar el diagnóstico fue la tomografía computarizada con reconstrucción tridimensional que reveló elongación bilateral de las apófisis en todos los casos (Figura 1). También se realizaron imágenes posoperatorias (Figura 5).

En cuatro pacientes se realizó estiloidectomía transoral, el procedimiento fue unilateral izquierdo en estos pacientes;

en ningún caso se realizó amigdalectomía, se disecó la amígdala y su cápsula del constrictor superior quedando ésta como un colgajo bipedunculado (Figura 2). En los otros casos se utilizó el abordaje transcervical, realizando procedimiento bilateral en 2 pacientes (Figuras 3 y 4).

Los procedimientos se realizaron con anestesia general, ambulatorios y sin complicaciones.

En el posoperatorio sólo una paciente, a quien se le realizó estiloidectomía bilateral, persistió con dolor cervical que mejoró al tratamiento con infiltración local de esteroides.

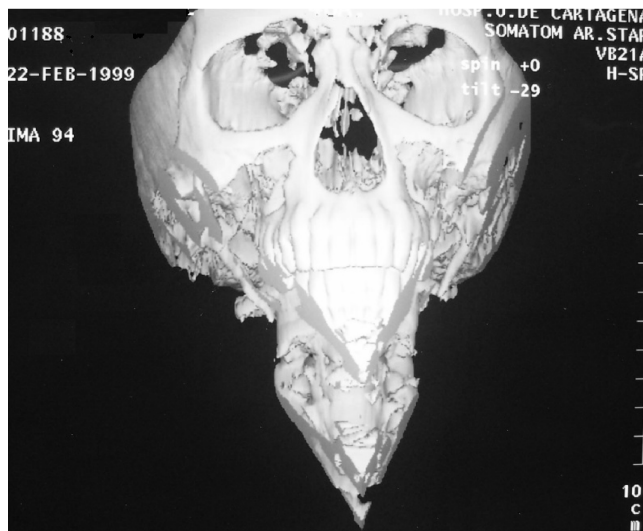


Figura 1. Tomografía computarizada 3D revelando elongación bilateral de apófisis estiloideas.

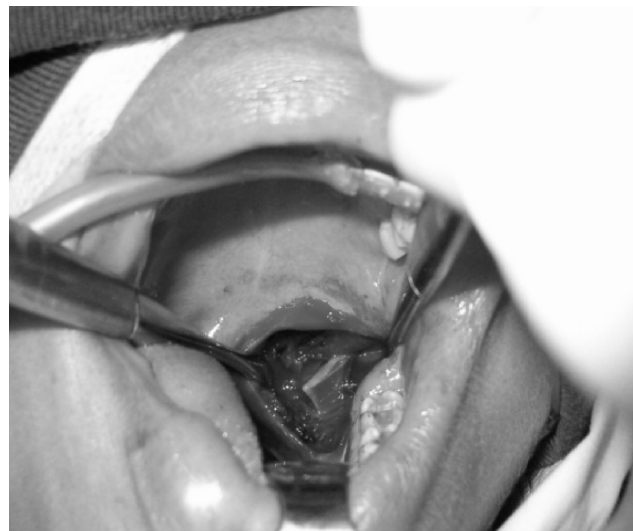


Figura 2. Abordaje transoral.



Figura 3. Abordaje transcervical.

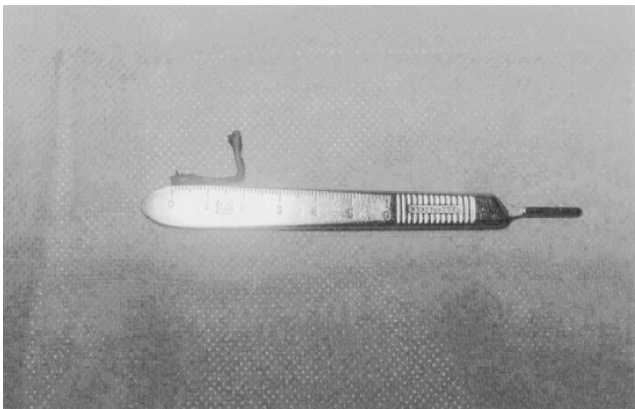


Figura 4. Apófisis estiloides resecada.

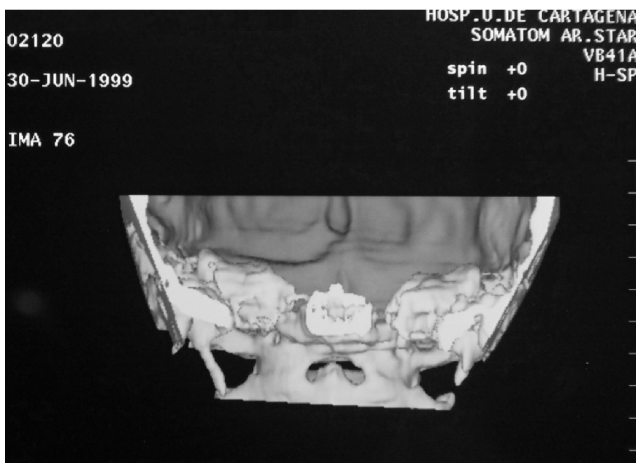


Figura 5. Tomografía 3D posquirúrgica.

DISCUSIÓN

Los síntomas más frecuentes son el dolor faríngeo en fosa amigdalina irradiado a carótida y laringe, cefalea, otalgia, disfagia, limitación en los movimientos del cuello, sensación de cuerpo extraño faríngeo, vértigo y síncope transitorio (2). Clínicamente se palpa la fosa amigdalina, evidenciando la elongación de la apófisis y/o calcificación del ligamento estilohioideo, que desencadena dolor (1). El alivio con la infiltración de anestésico en la fosa amigdalina es sugestivo del diagnóstico (3,9).

La tomografía tridimensional (TC 3-D) es una herramienta útil y clara para el diagnóstico, resalta la anatomía, permite ofrecer explicación al paciente y planear el tratamiento con medición de la longitud de la apófisis, lo cual se correlaciona con los hallazgos quirúrgicos (8, 10). En los casos descritos se utilizó la tomografía computarizada con reconstrucción tridimensional.

El tratamiento en pacientes que se rehúsan al procedimiento quirúrgico, es médico con infiltración local de corticoides (5). El manejo definitivo es la estiloidectomía. Se han descrito 2 vías de abordaje: la transoral y la transcervical hasta el espacio parafaríngeo.

En este estudio se practicaron ambos procedimientos. Para el abordaje transoral se colocó un abre bocas de Mc Ivor. Se realizó una incisión de la mucosa del pliegue palatogloso, disecando la amígdala con su cápsula y se rechazó medialmente quedando como un colgajo bipediculado. Se identificó el extremo distal de la apófisis la cual se disecó con Hurd hasta la base del cráneo. Se resecó la mayor longitud posible de la apófisis o ligamento con Kerrison. Se cerró la incisión con suturas absorbibles. En esta serie no se realizó amigdalectomía, aunque algunos la apoyan (3, 7, 8).

Las ventajas de esta vía incluyen menor tiempo y trauma quirúrgicos, ausencia de cicatriz externa, posibilidad de anestesia local y técnica directa que no requiere disección de fascias, con menor periodo de recuperación (1, 8). Las desventajas son la posibilidad de infección cervical profunda y de lesión neurovascular por un campo quirúrgico reducido (7, 8). Sin embargo, en estas pacientes no hubo complicaciones posquirúrgicas infecciosas ni vasculonerviosas.

Para el abordaje transcervical o externo se realizó la técnica descrita por Mendelsonh (2006). El abordaje externo reduce el riesgo de infección, pero resulta en cicatriz cutánea (8). Se prefiere para casos con ligamento estilohioideo calcificado, porque permite adecuada exposición anatómica y amplia resección (1, 8).

CONCLUSIONES

Se recomienda la técnica transoral por la facilidad en el abordaje, con menos tiempo quirúrgico, sin complicaciones infecciosas posoperatorias, mejor identificación para control de la carótida interna y sin el riesgo de lesión de ramas marginales del nervio facial. Sin embargo, la elección del procedimiento quirúrgico depende de la experiencia del cirujano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendelsonh A, et al., Heterogeneity in the clinical presentation of Eagle's syndrome. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2006; (134): 389-393.
2. Trigo G, et al. *Síndrome de Eagle-Variante estilocarotídea*. Presentación de un caso. (2007). Descargado de la página virtual de la Asociación Médica Argentina. www.amamed.org.ar
3. Mortellaro C, et al. Eagle's syndrome: Importance of a corrected diagnosis and adequate surgical treatment. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2002; 13 (6): 755-758.
4. Panayiotis N, et al. Clipping the Eagle's wings: Treatment of an unusual cause of transient cerebral ischemia. *Neurology*. 2005; 64: 393-394.
5. Rezghi-Marjoul L, et al., Le syndrome de Eagle: à propos d'un cas. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2004; 105 (1): 50-52.
6. Johnson L, et al., Complications of adenotonsillectomy. *Laryngoscope*. 2002; 112: 35-36.
7. Strauss M, et al. Elongated styloid process syndrome: Intraoral versus external approach for styloid surgery. *Laryngoscope*. 1985; 95: 976-979.
8. Beder E, et al. Three-dimensional computed tomography and surgical treatment for Eagle's syndrome. *ENT-Ear, Nose & Throat Journal*. 2006; 85 (7): 443-445.
9. Balbuena I, et al. Eagle's Syndrome (Elongated Styloid Process). *Southern Medical Journal*. 1997; 90 (3): 331-334.
10. Nakamaru Y, et al. *Diagnosis of the elongated styloid process by three-dimensional computed tomography*. *Auris Nasus Larynx*. 2002

