



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2093 - Síndrome de Eagle manifestándose como déficit neurológico transitorio

M. Balboa Alonso y M. Pastor Romero

Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Campello. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años que consulta por déficits transitorios sensitivo-motores en hemicuerpo derecho, de unos 5 meses de evolución. Como antecedentes personales destaca cardiopatía isquémica tipo angina y DM tipo 2, además de haber consultado repetidas ocasiones por cefalea hemicraneal izquierda irradiada a región cervical.

Exploración y pruebas complementarias: Presentaba alteración visual binocular y parestesias en las extremidades derechas desencadenadas al elevar el brazo izquierdo y con la flexión y rotación izquierda del cuello. Estos síntomas desaparecían con posición cervical normal. Pulsos periféricos normales. Tensión arterial 130/70 en ambos brazos. ECG, radiografía de tórax y analítica convencional normales. Eco-doppler de troncos supra-aórticos normal. Resonancia magnética (RM) de columna cervical sin hallazgos patológicos. El angioTAC del cuello mostró una megaapófisis estiloides izquierda que contactaba con la arteria carótida interna, lo que hizo sospechar el diagnóstico. La arteriografía confirmó compresión de la apófisis estiloides izquierda sobre el tercio medio de la arteria carótida interna izquierda, que se acentuaba con la flexión y rotación cervical izquierda produciendo una reducción significativa de su calibre. La RM cerebral mostró lesiones puntiformes hiperintensas T2 de sustancia blanca subcortical de forma bilateral, la de mayor tamaño en la corona radiada izquierda.

Juicio clínico: Accidente isquémico transitorio (AIT) secundario a síndrome estilocarotídeo izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Inicialmente se sospechó la posibilidad de AIT vertebrobasilar y/o una mielopatía cervicoartrósica, que se descartaron con los hallazgos de la eco-doppler y RM cervical.

Comentario final: Se estima que en el 4% de la población existe una mega-apófisis estiloides, la mayoría asintomática. Cuando produce sintomatología se denomina síndrome de Eagle y puede presentarse de dos formas: a/la clásica que se manifiesta con dolor facial u orofaríngeo y/o disfagia y/o cefalea ipsilateral, y b/el síndrome estilocarotídeo que se produce cuando la estiloides comprime la carótida interna pudiendo provocar accidentes isquémicos transitorios de repetición, disección arterial e incluso ictus establecidos. El diagnóstico se confirma con los estudios de imagen, fundamentalmente angioTAC y arteriografía, y con la palpación de la apófisis estiloides a través de la cavidad oral. El tratamiento es quirúrgico: en este caso presentado consistió en sección y exéresis del tercio distal de la apófisis estiloides izquierda realizado por vía submucosa intraoral, con favorable evolución clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eagle W. Symptomatic elongated styloid process. Report of two cases of styloid process-carotid artery syndrome with operation. Arch Otolaryngol. 1949;49(5):490-503.
2. Montalbetti L, Ferrandi D, Pergami P, Savoldi F. Elongated styloid process and Eagle's syndrome. Cephalalgia. 1995;15(2):80-93.
3. Joon Ho S, Sung Ki A, Chul Bum C. Elongated Styloid Process as a cause of Transient Ischemic Attacks. JAMA Neurol. 2013;70(8):1072-3.
4. Sveinsson O, Kostulas N, Herrman L. Internal carotid dissection caused by an elongated styloid process (Eagle syndrome). BMJ Case Rep. 2013.