

- tensión de líquido cefalorraquídeo. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2002;49:89–100.
12. Bécharid P, Perron G, Larochelle D, Lacroix M, Labourdette A, Dolbec P. Case report: epidural blood patch in the treatment of abducens palsy after a dural puncture. *Can J Anaesth.* 2007;54:146–50.
 13. Zuzewicz W, Marks E. Recurrent abducens nerve damage after epidural anesthesia. *Wiad Lek.* 1982;35:1563–5.
 14. Arcand G, Girard F, McCormack M, Chouinard P, Boudreault D, Williams S. Bilateral sixth cranial nerve palsy after unintentional dural puncture. *Can J Anaesth.* 2004;51:821–3.

15. Carson D, Serpell M. Choosing the best needle for diagnostic lumbar puncture. *Neurology.* 1996;47:33–7.

E. Durán-Ferreras

*Unidad de Neurología, Servicio de Medicina Interna,
Hospital Infanta Elena, Huelva, España*
Correo electrónico: eduardoduranferreras@gmail.com

doi:10.1016/j.nrl.2010.09.023

¿Síndrome de Eagle o síndrome estilohioideo?

Eagle syndrome or Stylohyoid syndrome?

Sr. Editor:

Hemos leído con sumo interés el artículo de Cano et al titulado *Síndrome de Eagle y disección carotídea*¹. Por esto nos permitimos hacer una observación debido a que las patologías causadas por el proceso estiloides elongado generan gran controversia en relación con los criterios para su diagnóstico, así como sus diagnósticos diferenciales. Según Camarda et al², la clasificación para el dolor cervicofaríngeo asociado a la elongación del proceso estiloides se divide en 3 entidades distintas: la primera que es el síndrome de Eagle propiamente dicho, el que requiere la presencia de una cirugía a nivel cervical como una tonsilectomía o trauma, junto a la presencia de dolor al realizar la palpación clínica del proceso estiloides elongado, más un examen por imagen que demuestre la elongación del proceso estiloides, lo que provee un diagnóstico certero^{3,4}. La segunda entidad es el síndrome estilohioideo, en donde el paciente relata sintomatología, pero no existe cirugía previa o trauma, sin embargo en el examen por imagen existe presencia de un proceso estiloides elongado o la osificación del ligamento, dentro de una edad joven o adulta (alrededor de los 40 años de edad). En la tercera entidad, que es el síndrome pseudoestilohioideo, el paciente describe los síntomas clásicos del síndrome de Eagle, pero no existe una presencia evidente, clínica ni radiográfica de alguna elongación del proceso estiloides u osificación del ligamento, ni cirugía previa o trauma, siendo los síntomas consecuencia del envejecimiento, causando pérdida de elasticidad en los tejidos, con frecuencia manifestada por tendinitis y reacciones inflamatorias a nivel del territorio inervado por el nervio glosofaríngeo, lo cual causa dolor⁵.

Lo que destaca en el caso presentado es que la paciente no ha sido sometida a tonsilectomía u otra cirugía a nivel cervical, o ha padecido traumatismos previos, determinando su diagnóstico como síndrome estilohioideo, haciendo el diferencial con el síndrome de Eagle, que está caracterizado porque los pacientes han sido tonsilectomizados o presentan trauma en la región^{6,7}, situación clave para la manifestación de la sintomatología característica de la presentación clásica. En el caso la paciente relata la sintomatología carac-

terística, y en el examen por imagen existe presencia de un proceso estiloides elongado, además de la edad adulta (alrededor de los 40 años de edad).

Es importante señalar que el proceso estiloides elongado no significa necesariamente síndrome de Eagle o síndrome estilohioideo, ya que la mayoría de las personas que presentan esta variación anatómica no relatan síntomas. En los casos que su presencia genera sintomatología, los posibles diagnósticos asociados a un proceso estiloides elongado, o una calcificación del ligamento estilohioideo deben estar basados en una historia clínica fiel y un examen clínico cuidadoso, tanto físico como por imagen, donde se incluya el máximo de precisión en el registro e interpretación de los datos, además de la realización de las interconsultas a profesionales especializados que puedan cooperar en la solución del caso, para así lograr un correcto diagnóstico y tratamiento de la patología que aqueja al paciente que busca una respuesta a su dolencia.

Bibliografía

1. Cano LM, Cardona P, Rubio F. Síndrome de Eagle y disección carotídea. *Neurología.* 2010;25:266–7.
2. Camarda AJ, Deschamps C, Forest DI. Stylohyoid chain ossification: A discussion of etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989;67:508–14.
3. Weidenbecher M, Schick B, Iro H. Styloid syndrome and its treatment. *Laryngorhinootologie.* 2006;85:184–90.
4. Piagkou M, Anagnostopoulou S, Kouladourous K, Piagkos G. Eagle's syndrome: a review of the literature. *Clin Anat.* 2009;22:545–58.
5. Bafaqeeh SA. Eagle syndrome: Classic and carotid artery types. *J Otolaryngol.* 2000;29:88–94.
6. Eagle WW. Elongated styloid processes: report of two cases. *Arch Otolaryngol.* 1937;25:584–7.
7. Leong SC, Karkos PD, Papouliakos SM, Apostolidou MT. Unusual complications of tonsillectomy: a systematic review. *Am J Otolaryngol.* 2007;28:419–22.

L.M. Cantín*, I. Suazo Galdames

*Departamento de Ciencias Básicas y Biomédicas,
Universidad de Talca, Talca, Chile*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcantin@utalca.cl (L.M. Cantín).

doi:10.1016/j.nrl.2010.09.022