

# Cervicalgia atraumática secundaria a síndrome de Eagle: a propósito de un caso.

G. Gálvez Márquez (1), P. Lafita Luna (1), C. Vera Hoster (1), J. Marti Rizo (1) A. Rodrigo Verguizas (1)

1. Hospital General de Segovia



## Objetivo

Mostrar el diagnóstico, evolución y tratamiento de un caso clínico de cervicalgia crónica atraumática secundaria a síndrome de Eagle en paciente joven.

## Material y metodología

Paciente de 24 años que acude a urgencias por dolor cervical irradiado por ambas caras laterales de años de evolución, irregular con intensidad leve-moderada pero que incapacita para algunas actividades de la vida diaria. En tratamiento con AINES de manera ocasional. Niega traumatismo. Comenta en ocasiones irradiación a oído izquierdo. A la exploración se descartan signos de alarma, sin apofisalgias ni clínica neurológica. Niega parestesias o pérdida de fuerza. Molestias acentuadas en época de exámenes. Rango de movilidad completo. Jackson y L'Hermitte negativo. Se realiza rx ap y lateral hallándose aumento del tamaño de ambas estiloides y calcificación parcial ligamento estilohioideo. Se realizó TC craneal y cervical sin alteraciones exceptuando apófisis estiloide derecha 47 mm e izquierda de 51 mm.



## Resultados

Se realizó tratamiento conservador mediante ejercicios de rehabilitación durante 8 semanas y AINES de manera ocasional. Se realizó seguimiento en consultas durante 16 semanas con mejoría de la clínica previa al alta.

## Conclusiones

El síndrome de Eagle, descrito en 1937 por Watt Eagle, es una enfermedad provocada por una elongación de las apófisis estiloides o calcificación del ligamento estilohioideo. Clínicamente, puede presentar odinofagia y cervicalgia, e irradiación del dolor al oído. También se han descrito otros síntomas con menor frecuencia como afasia, pérdida de consciencia, amaurosis o cefalea.

Respecto al diagnóstico, la tomografía computarizada se ha posicionado como el gold standard desplazando a la radiografía cervical.

En cuanto al tratamiento, ante la ausencia de signos de alarma, se realizará en primer lugar un tratamiento conservador con analgesia (AINES), corticoides y rehabilitación. En caso de fracaso, se realizará una excisión de la apófisis estiloide con diferentes abordajes (extraoral, transoral o asistido por endoscopia).