



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/1623 - LA CEFALEA DEL ÁGUILA

M. Maseda Armesto<sup>1</sup>, M. Gómez Mardones<sup>1</sup>, E. Aberasturi Ramírez<sup>1</sup> y C. Azpiazu Maseda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Olaguibel. Vitoria. Álava. <sup>2</sup>Médico en Medicina Preventiva. Hospital Cruces. Bilbao.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 53 años refiere cefalea hemicraneal frontal derecha opresiva y persistente (enero 2018); asocia mareo ortostático, acufenos oído izquierdo. Neurología mayo 2018: cefalea tensional. Mejoría subjetiva tras toma de ketazolam nocturno. Maxilofacial octubre 2018, cefalea, dolor molares inferiores derechos e inflamación ganglios ipsilaterales. Antecedentes: no tóxicos. HTA. Hipertrigliceridemia. No DM. Cardiopatía isquémica (angioplastia-stent enero 2018). VHC curada.

**Exploración y pruebas complementarias:** ORL: amigdalectomizado en infancia. 1 adenopatía móvil cervical bilateral, palpación dolorosa. Bruxismo, férula de descarga. Otoscopia: normal. Acude a Urgencias por cefalea grave (octubre 2018): TC cerebral sin contraste endovenoso para descartar ACV: no patológico. En Cirugía Maxilofacial, solicitan TC cuello con contraste endovenoso (octubre 2018) y se realiza en enero 2019: Calcificación parcial del ligamento estilo-hioideo bilateral. Apófisis estiloides derecha con eje máximo 5,4 cm e izquierda 5,3 cm (normal: 3 cm.).

**Orientación diagnóstica:** Neuralgia atípica con aumento de volumen de ganglios cervicales derechos y TAC positivo se sospecha Eagle. Varias teorías patogénicas: amigdalotomía (traumatismo), alargamiento congénito del proceso estiloides y/o calcificación del ligamento estilo-hioideo. Esta infradiagnosticado, predominio femenino y afecta 4-18% de la población casi siempre asintomático.

**Diagnóstico diferencial:** Neuralgias: glossofaríngeo, trigémina atípica, típica, glossofaríngea, facial. Tendinitis temporal (cefalea tensional). Síndrome de Ernest (alteración del ligamento estilomandibular). Arteritis temporal, cefalea histamínica. AIT por compresión de carótida...

**Comentario final:** El síndrome de Eagle (1937): amigdalectomizados con dolor posterior orofaríngeo y cervical; y radiográficamente alargamiento de apófisis estiloides. El complejo enclave anatómico de la estiloides hace que la presentación clínica del Eagle sea variada y compleja: disfagia, cefalea, dolor de garganta, otalgia, sensación de cuerpo extraño en garganta, disfonía, vértigo, perturbaciones visuales y/o restricciones laterales del cuello. La Atención primaria es la puerta de entrada y nuestro enfoque clave para un diagnóstico certero precoz. La sintomatología, exploración (la palpación de la fosa tonsilar desencadena intenso dolor característico) y tomografía axial computarizada serán nuestras herramientas. Tratamiento inicialmente farmacológico; si fracasa resección vía orofaríngea.

## **Bibliografía**

1. Badhey A, Jategaonkar A, Anglin Kovacs AJ, et al. Eagle syndrome: A comprehensive review. Clin Neurol Neurosurg. 2017;159:34-8.

**Palabras clave:** Apófisis estiloides. Síndrome de Eagle. Neuralgia glossofaríngeo.