

I. Riaño Galán, C. Rey Galán,  
F. Arrutia Díez\*

*An Esp Pediatr 1999;50:507-508.*

### Síndrome estilohioideo en la infancia

#### Introducción

La relación entre apófisis estiloides larga o cadena estilohioidea calcificada, y dolor cervicofaríngeo ya fue descrita por Eagle<sup>(1)</sup> en 1937. La mayoría de las observaciones posteriores, en pacientes sintomáticos, se refieren a personas mayores de 40 años, si bien un 4 a 8% de la población general tiene el aparato estilohioideo parcial o totalmente osificado, sin manifestación clínica alguna<sup>(2,3)</sup>.

Presentamos un caso de una niña de 10 años, con apófisis estiloides anormalmente alargada y clínica de tortícolis recidivante.

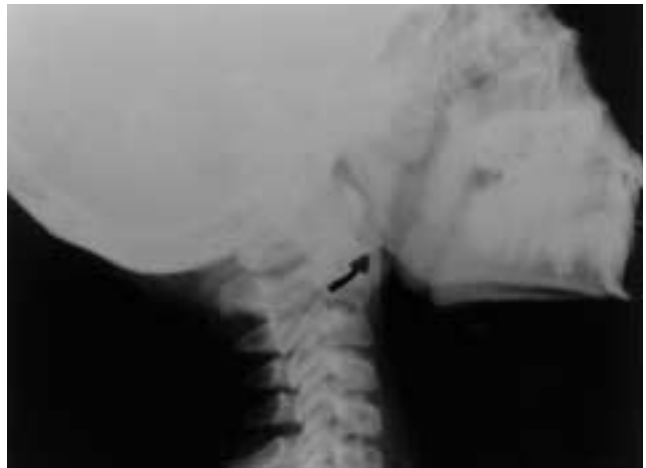
#### Caso clínico

Niña de 10 años, vista en nuestro hospital en tres ocasiones en el intervalo de tres meses, por tortícolis recidivante en actitud de flexión cervical izquierda e impotencia funcional, así como molestias inespecíficas y ocasionales a la deglución. No se refieren antecedentes familiares ni personales de interés.

La exploración general, neurológica y de la esfera otorrinolaringológica fue siempre dentro de límites normales. Igualmente, la analítica hematológica y bioquímica no presentó alteraciones. El estudio radiográfico de columna cervical y tórax es considerado inicialmente como normal. Es en la tercera ocasión, cuando reexplorada la paciente nos apercebimos de un crecimiento desmesurado de ambas apófisis estiloides, que en la radiografía lateral de cuello, alcanzan sombra amigdalina (Figs. 1 y 2). La niña se diagnostica de síndrome estilohioideo, tranquilizándose a paciente y familia, con mejoría de su sintomatología, no siendo necesario hasta la actualidad cirugía ablativa.

#### Comentarios

La descripción efectuada por Eagle<sup>(1)</sup> de un síndrome consistente en dolor cervicofaríngeo y apófisis estiloides larga o cadena estilohioidea calcificada, se refería a pacientes recientemente amigdalectomizados o que habían sufrido un traumatismo en la región cervicofacial. Stafne<sup>(2)</sup> y Correll<sup>(3)</sup> basándose en estudios ortopantomográficos demuestran la existencia de osi-



**Figura 1.** Radiografía lateral de cuello mostrando ambas apófisis estiloides alargadas.

ficaciones parciales o totales de la cadena estilohioidea en un 4 a 8% de población adulta. Dicho hallazgo es en su mayoría casual<sup>(4)</sup>, correspondiendo los casos sintomáticos a pacientes mayores de 40 años, sin antecedentes quirúrgicos ni traumatismos recientes<sup>(5,6)</sup>. Camarda y cols<sup>(5)</sup> en una amplia revisión casuística y bibliográfica, proponen a fin de evitar confusionismos terminológicos, diagnósticos y terapéuticos, la siguiente clasificación de este heterogéneo grupo de pacientes:

a) Síndrome de Eagle: aquellos pacientes sintomáticos con cadena estilohioidea calcificada y con antecedente próximo quirúrgico o traumático, en los cuales estaría indicada escisión quirúrgica.

b) Síndrome estilohioideo: serían pacientes jóvenes con osificación del ligamento estilohioideo, asintomáticos que con los años desarrollan clínica, los cuales no siempre precisan cirugía.

c) Síndrome pseudoestilohioideo: pacientes mayores, con clínica similar a los anteriores, en los que no se demuestra osificación alguna, por lo que se atribuye su sintomatología a tendinitis en la unión del ligamento estilohioideo con el cuerno del hioideo.

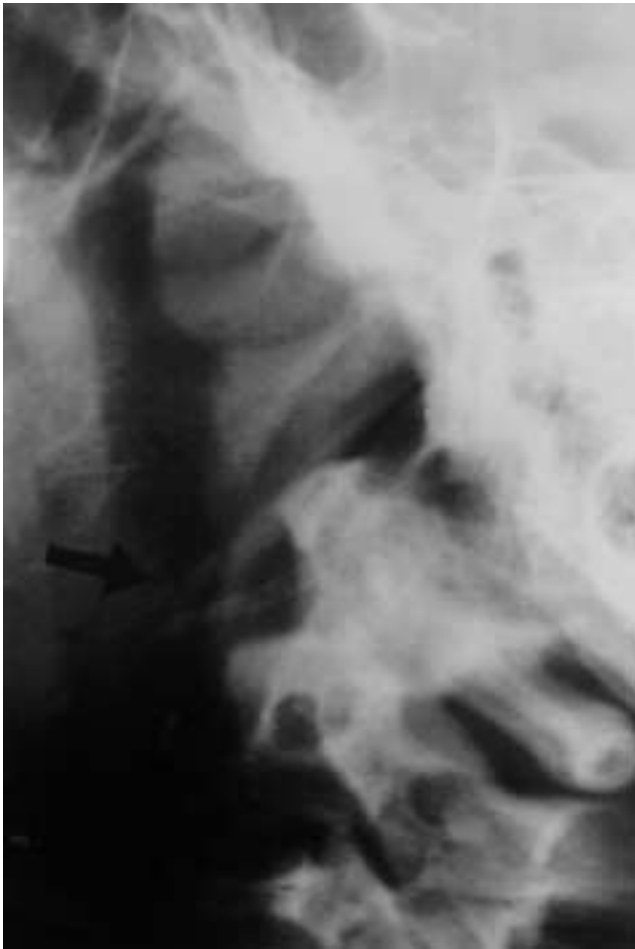
Basándose en esta clasificación, nuestra paciente presenta un síndrome estilohioideo, por lo que la actitud terapéutica fue expectante, a pesar de que clásicamente se preconiza la extirpación quirúrgica. La explicación detallada del origen de las mo-

Servicios de Pediatría y ORL\*. Hospital Narcea, "Carmen y Severo Ochoa". Cangas del Narcea. Oviedo.

Correspondencia: Isolina Riaño Galán. C/ Fuertes Acevedo, 96, 6º A. 33006 Oviedo

Recibido: Septiembre 1998

Aceptado: Diciembre 1998



**Figura 2.** Detalle de radiografía lateral de cuello centrada en ambas apófisis estiloides alargadas, que alcanzan área amigdalina.

lestias al paciente hace que estas sean mejor toleradas<sup>(7)</sup>, como hemos comprobado en nuestro caso, evitándose la cirugía.

La presencia de apófisis estiloides alargada a tan corta edad y con clínica, es inusual, si bien ambos hechos ya han sido referidos por otros autores<sup>(8,9)</sup>.

Para valorar correctamente un niño con tortícolis es necesaria una historia clínica detallada y examen físico, sobre todo del área otorrinolaringológica. En caso de que sea persistente o recidivante, como en nuestro caso, habrá que realizar estudios de imagen<sup>(10)</sup>.

Concluimos señalando la necesidad de descartar este síndrome ante una patología similar, incluso en la edad pediátrica. Un diagnóstico preciso nos orientará sobre la actitud terapéutica más correcta.

### Bibliografía

- 1 Eagle W W. Elongated styloid process. Report of two cases. *Arch Otolaryngol* 1937; **25**:584-587.
- 2 Stafne E C, Hollinshead W H. Roentgenographic observations on the stylohyoid chain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1962; **15**:1195-1200.
- 3 Correll R W, Jensen J L, Taylor J B, Rhyne R R. Mineralization of the stylohyoid-stylomandibular ligament complex. A radiographic incidence study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1979; **48**:286-291.
- 4 James R, Chandler M D. Anatomical variations of the stylohyoid complex. *Laryngoscope* 1977; **87**:1692-1701.
- 5 Camarda A J, Deschamps C, Forest D. I. Stylohyoid chain ossification: a discussion of etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; **67**:508-514.
- 6 Gossman J R, Tarsitano J J. The styloid-stylohyoid syndrome. *J Oral Surg* 1977; **35**:555-560.
- 7 Yoshimura Y, Oka M. Does Eagle's Syndrome always require operative intervention for treatment? Two case reports. *Cranio* 1989; **7**:235-238.
- 8 Catelani C, Cudia G. Stilalgia o síndrome di Eagle. Descripción de un caso. *Dent Cadmos* 1989; **57**:70-74.
- 9 Holloway M K, Wason S, Willging J P, Myer C M, Wood B P. Radiological case of the month. *Am J Dis Child* 1991; **145**:339-340.
- 10 Tom LWC, Rositer J L, Sutto LN, Davidson RS, Potsic WP. Torticolis in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; **105**:1-5.