



Disección de la carótida interna bilateral en paciente con síndrome de Eagle

**Bilateral internal carotid artery
dissection in a patient with
Eagle's syndrome**

10.20960/angiologia.00428

11/22/2022

Disección de la carótida interna bilateral en paciente con síndrome de Eagle

Bilateral internal carotid artery dissection in a patient with Eagle's syndrome

Jennifer Díaz Cruz, Ana B. Arribas Díaz, Alejandro González García, César Aparicio Martínez MD

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Correspondencia: Jennifer Díaz Cruz. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Av. de los Reyes Católicos, 2. 28040 Madrid
e-mail: jennifer.diaz@quironsalud.es

Recibido: 10/05/2022

Aceptado: 24/05/2022

CASO CLÍNICO

Varón de 37 años con los siguientes antecedentes personales: fumador, cifras de TA elevadas ocasionalmente y crisis parciales complejas con generalización secundaria (sin crisis desde 2009).

Durante la realización de ejercicios intensos de tonificación de abdomen y escalada comenzó con cefalea temporal y periocular izquierda asociada a alodinia al tacto del cuero cabelludo en la región frontal izquierda. Al día siguiente, al despertar, presentó ptosis palpebral izquierda. Acudió inmediatamente al servicio de Urgencias, donde fue valorado por el equipo de oftalmología y de neurología. En las pruebas complementarias se objetivó disección de ambas carótidas internas con apófisis estiloides de > 80 mm (Figs. 1 y 2).

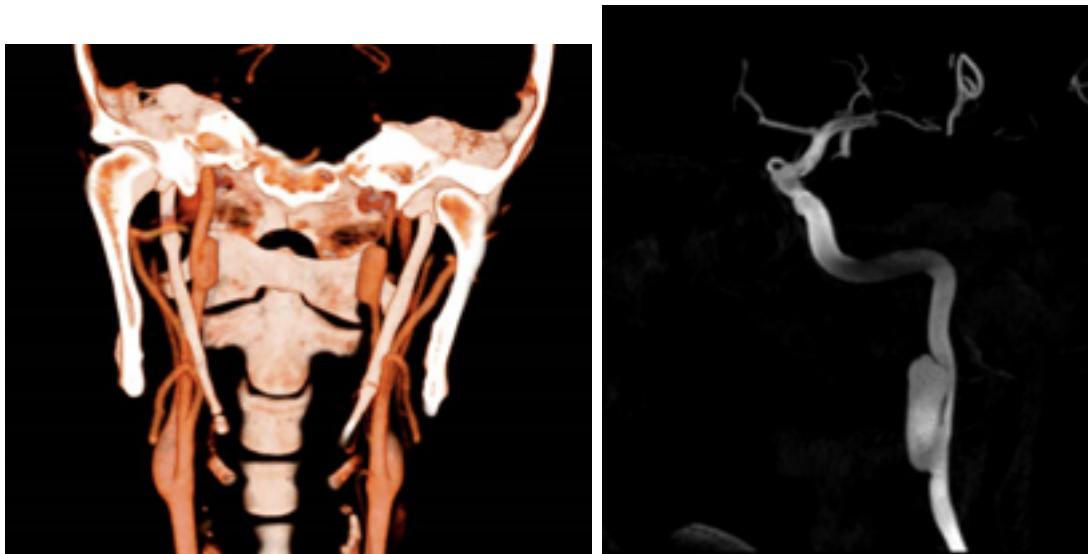


Figura 1. TC angiológico de troncos supraaórticos que muestra disección carotídea bilateral con pseudonaeurisma izquierdo y elongación de apófisis estiloides de 80 mm. **Figura 2.** Arteriografía selectiva del eje carotídeo izquierdo en la que se observa pseudoaneurisma carotídeo izquierdo.

DISCUSIÓN

El síndrome de Eagle debe su nombre al otorrinolaringólogo Watt W. Eagle, quien lo describió por primera vez en 1937. Es una entidad rara definida por la presencia de una apófisis estiloides alargada (> 25 mm) o calcificación del ligamento estilohioideo. Cursa por lo general de forma asintomática. Presenta odinofagia, disfagia, cefalea o cervicalgia en los casos sintomáticos.

Históricamente se divide en dos tipos. El tipo I, o clásico, es el más frecuente y se caracteriza por dolor debido a la estimulación de los nervios craneales. El tipo II, o carotídeo, responde a la compresión de la carótida interna por la apófisis estiloides, con molestias que aumentan típicamente con la rotación contralateral de la cabeza.

El diagnóstico se realiza con una amplia anamnesis, una exploración física dirigida y con la realización de un TC con contraste, considerado en la actualidad el mejor método para descartar una lesión vascular asociada.

En cuanto al tratamiento, se divide en manejo conservador o quirúrgico. Este último se reserva para algunos pacientes sintomáticos. En nuestro caso, se realizó la resección quirúrgica de ambas apófisis estiloides y se mantuvo al paciente con tratamiento anticoagulante.

Dos años después, sigue asintomático desde el punto de vista neurovascular y sin progresión de la disección carotídea bilateral en las pruebas de imagen.

