

“SINDROME DI EAGLE: NOSTRA CASISTICA DEGLI ULTIMI 6 ANNI”

Elena Marchesi - D.Giardini, M.Borin

La sindrome di Eagle (Eagle 1937) è una sindrome algica cranio-faciale correlata alla presenza di un processo stiloideo più lungo della norma (> 3cm) e/o con direzione anomala e/o di un legamento stilo-iodeo calcificato che irritano le strutture neuro-muscolo-vascolari circostanti (muscoli stilieni, nervi cranici il IX in particolare, vasi carotidei...).

Il 4-28% della popolazione ha un processo stiloideo allungato, ma solo il 4-10% risulta sintomatica. È più frequente nelle donne e in pazienti >50 anni.

L'eziopatogenesi non è ancora del tutto chiara (embriologica?, post traumatica?, post-tonsillectomia?, endocrinologica?).

I sintomi sono: faringodinia, odinofagia, senso di corpo estraneo orofaringeo, algia laterocervicale spesso irradiata all' orecchio ed esacerbata da rotazione del capo, deglutizione e protrusione della lingua, ipersalivazione; nel tipo carotideo può esserci cefalea infraorbitaria, temporale, mastoidea, parietale associata ad acufeni e disturbi visivi. La palpazione della loggia tonsillare può evocare vivo dolore e rendere apprezzabile il processo stiloideo allungato/madializzato.

La diagnosi è supportata dal riscontro radiologico (radiografia convenzionale cranio-cervicale in LL e AP, OPT e soprattutto CT meglio se 3D CT).

La terapia può essere medica (infiltrazione di corticosteroidi e anestesia locale) o chirurgica che consiste nella stiloidectomia con approccio transorale (ricovero più breve, non cicatrici esterne) o extra-orale cervicotomico (migliore visualizzazione e minori infezioni postoperatorie).

Presso la Clinica Otorinolaringoiatrica di Ferrara nel periodo 2001-2007, è stata posta diagnosi clinico-radiologica di sindrome di Eagle in 6 pazienti poi sottoposti ad intervento con approccio cervicotomico in anestesia generale.

In questo poster vengono in particolare presentate le immagini radiologiche ed intraoperatorie relative alla paziente n° 3.

I pazienti erano 3 femmine e 3 maschi; l'età media di insorgenza dei sintomi era 46 anni; 2/6 avevano un'anamnesi positiva per tonsillectomia, nessuno per pregresso trauma; 2 pazienti hanno riportato post-operatoriamente un lieve e transitorio stupor del nervo marginalis mandibulae mentre non si sono verificate complicanze maggiori; la durata media del ricovero è stata di 4 ½ giorni; al follow-up 4/6 pazienti hanno riferito una remissione completa della sintomatologia, 1 parziale, 1 nessuna.

Dalla nostra casistica si può rilevare che i due pazienti che non hanno ricevuto un beneficio completo dall'intervento sono gli unici con storia di pregressa tonsillectomia, il che potrebbe essere imputabile alla presenza di tenaci esiti cicatriziali non eliminati dall'intervento. Concludendo, la diagnosi di S. di Eagle è difficile e molto spesso di esclusione; bisogna inoltre tener presente che un processo stiloideo allungato nella maggior parte dei casi è asintomatico.