

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA
POST GRADO
PATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL**



TRABAJO DE GRADO

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE EAGLE Y SU
RELACION SINTOMATOLOGICA
CERVICOFACIAL, EN MUJERES DE LA CIUDAD
DE EL ALTO - LA PAZ, DURANTE JULIO 2014 A
ABRIL DEL 2015**

**TUTOR: DRA. MARITZA ESTHER ALCONCE
COORDINADORA: DRA JANNET LILIAN FLORES RAMOS**

CURSANTE: DR. LUIS FERNANDO SOTO G.

**LA PAZ - BOLIVIA
2016**

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE EAGLE Y SU
RELACION SINTOMATOLOGICA
CERVICOFACIAL, EN MUJERES DE LA CIUDAD
DE EL ALTO - LA PAZ, DURANTE JULIO DEL 2014
A ABRIL DEL 2015**

DEDICATORIA

A mis padres Cesar Soto y Celia Gonzales por su apoyo incondicional, su amor y por trazarnos un sendero lleno de felicidad y tranquilidad; a mi hermano Carlos por su cariño y apoyo incondicional. Y especialmente a mi esposa María del Carmen por su amor, paciencia y por ser un complemento en mi vida, a mis hijos Luis Ángel y Luciana Fernanda que fue lo máspreciado que Dios me dio por que son la fortaleza que me mantiene en pie en los momentos de flaqueza.

Dr. Luis Fernando Soto Gonzales

AGRADECIMIENTO

A la facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Andrés

A todos mis docentes, que brindaron su valioso tiempo en la formación de mi vida profesional.

A la Dra. Maritza Alcancé por su amistad incomparable y el desprendimiento de sus conocimientos hacia mi persona, “Dios lo tenga a su lado”

A la Dra. Jannet Flores por el apoyo, empuje y su iniciativa, de dejarnos su sabiduría y encaminarnos para realizar especialidad en patología Bucomaxilofacial

A todos los colegas que me apoyaron en estos años a seguir adelante.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINAS
CUBIERTA	I
CONTRACUBIERTA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
INDICE	V
INDICE DE TABLAS	VI
INDICE DE FIGURAS	VII
INDICE DE ANEXOS	VIII
RESUMEN EJECUTIVO	IX
GLOSARIO DE TERMINOS	X

CAPITULO PRIMERO

1. GENERALIDADES	1
1.1 Introducción.....	2
1.2 Antecedentes del problema de investigación.....	2
1.3 Planteamiento del problema.....	9
1.3.1 Identificación del problema.....	9
1.3.2 Formulación del problema.....	10
1.4 Objetivos.....	10
1.4.1 Objetivo general.....	10
1.4.2 Objetivos específicos.....	10
1.5 Justificación.....	11
1.5.1 Justificación Teórica	11
1.5.2 Justificación metodológica.....	11
1.5.3 Justificación social.....	12
1.6 Alcance.....	12
1.6.1 Alcance temporal.....	12
1.6.2 Alcance espacial.....	12

CAPITULO SEGUNDO

2. MARCO TEORICO

2.1 Anatomía de la cabeza.....	14
2.2 Embriología de su desarrollo.....	19
2.3 Histología de la apófisis estiloides, hueso hioides y ligamento hioideo.	21
2.4 Osificación del hueso temporal, hueso hioides.....	21
2.5 Teorías de osificación del ligamento estilohioideo.....	22
2.5.1 Primera teoría.....	22
2.5.2. Segunda teoría.....	22
2.5.3 Tercera teoría.....	23
2.5.4 Cuarta teoría.....	23
2.6 Síndrome de Eagle clasificación.....	23
2.6.1 Síndrome clásico.....	23

2.6.2 Síndrome de la apófisis estiloides.....	24
2.7 Patogénesis.....	24
2.8 Fisiopatología del dolor.....	25
2.9 Métodos de detección de la mineralización del ligamento.....	25
2.10. Diagnóstico diferencial.....	26
2.10.1 Neuralgia del Glossofaríngeo.....	26
2.10.2 Disfunción temporomandibular.....	26

CAPITULO TERCERO

3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

3.1 Diseño y tipo de investigación.....	29
3.2 Identificación de las variables.....	29
3.2.1 Variable Independiente.....	29
3.2.2 Conceptualización de variables.....	30
3.2.3 Operacionalización de variables.....	31
3.4 Matriz de Consistencia.....	32
3.5 Población y muestra.....	33
3.6 Criterios de Inclusión.....	33
3.7 Criterios de Exclusión.....	33

CAPITULO CUARTO

4. Desarrollo práctico.....	35
4.1 Recolección de Datos.....	35

CAPITULO QUINTO

5. Presentación de resultados.....	43
------------------------------------	----

CAPITULO SEXTO

6. Conclusiones.....	61
6.1 Recomendaciones.....	62
6.2 Sugerencias para futuras investigaciones.....	62
6.3 Referencias bibliográficas.....	64

INDICE DE TABLAS

TABLA 5.1 Distribución de la longitud de apófisis estiloide derecha según clínica, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto, 2014-2015.....	46
TABLA 5.2 Distribución de la longitud de apófisis estiloide derecha según clínica específica, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto, 2014-2015.....	47
TABLA 5.3 Distribución de la longitud de apófisis estiloide izquierda según clínica, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la, ciudad de El Alto, 2014-2015.....	48
TABLA 5.4 Distribución de la longitud de apófisis estiloide derecha según clínica específica, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto, 2014-2015.....	49
TABLA 5.5 Relación entre Síndrome Eagle, clínica y desdentación Parcial superior, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto, 2014-2015.....	50
TABLA 5.6 Relación entre Síndrome Eagle, clínica y desdentación parcial inferior, pacientes mujeres mayores de 35 años, de la ciudad de El Alto, 2014-2015.....	51
TABLA 5.7 Relación entre Síndrome Eagle, clínica y desdentación total superior, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la, ciudad de el alto, 2014 – 2015.....	52
TABLA 5.8 Relación entre Síndrome Eagle, clínica y desdentación total inferior, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la, ciudad de el alto, 2014 – 2015.....	53
TABLA 5.9 Relación de grupos de edad y el Síndrome Eagle.....	54
TABLA 5.10 Relación de grupos de edad y el Síndrome Eagle (Solo criterios clínicos).....	54
TABLA 5.11 Relación de grupos de edad y el Síndrome Eagle (Solo criterio de longitud de apófisis estiloides).....	55

TABLA 5.12 Relación entre la desdentación y longitud de la apófisis estiloide derecha.....	57
TABLA 5.13 Relación entre la desdentación y longitud de la apófisis estiloide izquierda.....	57
TABLA 5.14 Estadísticos descriptivos de la longitud de la apófisis estiloide izquierda y derecha.....	58

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 4.1 Volante de promoción.....	35
FIGURA 4.2 Carta de consentimiento informado	36
FIGURA 4.3 Ficha Clínica utilizada en centro RADIOMAX.....	36
FIGURA 4.4 Examen clínico limitación del movimiento del cuello.....	37
FIGURA 4.5 Examen Clínico Odinofagia.....	37
FIGURA 4.6 Examen clínico Disfagia.....	38
FIGURA 4.7 Examen clínico Sensación de cuerpo extraño en la faringe.	38
FIGURA 4.8 Programa Easy Dent V4 (centro RADIOMAX).....	39
FIGURA 4.9 Herramienta de medición Easy Dent V4 (Centro RADIOMAX).....	40
FIGURA 4.10 Síndrome de Eagle, Elongación Der 48.1 Izq. 46.6; El Alto Bolivia (Centro RADIOMAX).....	40
FIGURA. 4.11 Apófisis estiloides elongado Der. 43.2, Izq 50.4 (centro RADIOMAX).....	41
FIGURA. 5.1 Distribución porcentual de Síndrome de Eagle, en pacientes Mujeres mayores de 35 años, de la ciudad de El Alto, 2014-2015.....	43

FIGURA. 5.2 Distribución porcentual de Síndrome de Eagle solo con criterio clínico, en pacientes mujeres mayores de 35 años, de la ciudad de El Alto, 2014-2015.....	44
FIGURA. 5.3 Distribución porcentual de Síndrome de Eagle solo con criterio de la longitud de la apófisis estiloides, en pacientes mujeres mayores de 35 años, ciudad de El Alto, 2014 – 2015.....	45
FIGURA. 5.4 distribución porcentual según longitud d la apófisis estiloide derecha.....	55
FIGURA. 5.5 Distribución porcentual según longitud de la apófisis estiloide izquierda.....	56
FIGURA. 5.6 Cajas y bigotes según longitud de la apófisis estiloide Izquierda.....	59
FIGURA. 5.7 Cajas y bigotes según longitud de la apófisis estiloide Derecha.....	59

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Informe de avance del trabajo de Grado.....	66
ANEXO 2: Carta de suficiencia de Tutor.....	67
ANEXO 3: Propaganda para atención gratuita en centro RADIOMAX.....	68
ANEXO 4: Carta de consentimiento informado.....	69
ANEXO 5: Ficha clínica.....	70

RESUMEN EJECUTIVO

El síndrome de Eagle es una patología infrecuente que fue descrito por Eagle en 1937 también denominada síndrome del ligamento estiloideo, se caracteriza por la elongación y/o osificación la apófisis estiloides.

Anatómicamente el aparato hioideo constituido por los siguientes elementos el segmento superior o epihial constituirá la apófisis estiloides (condiciones normales mide 20 y 25 mm), el ceratohial en la parte media, constituido por el ligamento estilo hioideo y un segmento inferior por el hipohial o basihial constituido por el hueso hioideo.

La importancia de la apófisis estiloides radica por la inserción que permite al ramillete estiloideo, el ligamento estiloideo tiene la función de tensor o suspensor del hueso hioideo y el asta del hueso hioideo interviene en el movimiento adoptando eje de vasculación. Al igual que todos los huesos de nuestra ergonomía, esta se osifica por puntos de osificación primarios y secundarios. Embriológicamente se origina del cartílago de Reicher, que se observan tres segmentos los cuales originan a la apófisis estiloides que se encuentra en el hueso temporal, al ligamento estiloideo y en su porción ventral a las astas menores del hueso hioideo y la porción superior de este mismo hueso.

Sus componentes histológicos de las estructuras que forman parte del aparato hioideo son tejido compacto, tejido esponjoso y tejido conectivo denso fibroso que puede conservar algo de tejido embriológico, a este se le atribuye uno de los factores de su elongación u osificación.

El síndrome de Eagle presenta dos categorías: la clásica o síndrome clásico de Eagle y el Síndrome estiloideo, carotideo.

En el síndrome clásico se caracteriza por presentar una elongación de la apofisis estiloides, previo a un trauma o una tonsilectomía, asociado a sintomatología. De acuerdo a investigaciones realizadas la sintomatología que se hace presente es la

Cefalea, odinofagia, sensación de cuerpo extraño en la faringe y limitación en los movimientos del cuello a esto se suman otros, como disfagia, otalgia, tinnitus, sialorrea, disfonía, vértigo.

El síndrome Estilohioideo o carotideos es la elongación de la apófisis estiloides presentando o no sintomatología, sin cirugía previa.

La investigación fue realizada a 100 mujeres de la ciudad de El Alto, que de acuerdo a revisión bibliografía el grupo etareo en la cual se observa esta patología, es en el sexo femenino en personas mayores de 35 años.

Mi objetivo general fue determinar su prevalencia del síndrome de Eagle, en el grupo anteriormente citado. Dentro de los objetivos específicos determinar la frecuencia sintomatológica, relación con la condición de desdentado parcial y total, la edad en la que se presenta con mayor frecuencia.

Dentro de los resultados y conclusiones podemos mencionar que el síndrome de Eagle tuvo una frecuencia del 1%, se presentó en una condición de desdentado total superior con desdentado parcial inferior, en una mujer mayor a 55 años.

Las sugerencias que menciono es realizar dicha investigaciones en la población general de la ciudad de La Paz, y realizar un análisis en relacionar el síndrome de Eagle con el tipo de desdentación, desde el punto de vista fisiopatológico.

GLOSARIO DE TERMINOS

Síndrome de Eagle: Estilohioideo. Elongación calcificación.

Odinofagia: Dolor al tragar o Deglución dolorosa.

Cefalea: Dolor de cabeza intenso y persistente.

Otalgia: Dolor de Oído.

Tinnitus: zumbidos en los oídos.

Sialorrea: Excesiva producción de saliva.

Disfonía: Trastorno de la fonación.

Disfagia: Dificultad o imposibilidad de tragar.

Vértigo: Trastorno del sentido del equilibrio, sensación de falta de estabilidad.

Destentado parcial: Pérdida parcial de las piezas dentaria

Destentado total: Perdida Total de las Piezas dentarias superior o inferior

CAPITULO I

1.7 Introducción

Los hallazgos radiográficos sobre la elongación de la apófisis estilohiideo se ha descrito en mucha literatura y que puede presentar con sintomatología o no, entre estos mencionemos a la cefalea, odinofagia, Dolor en la región del cuello, sensación de cuerpo extraño, disfagia, tinnitus, trismus y otros. Este conjunto de síntomas y signos más la elongación de la apófisis estilohioides nos conllevan al síndrome de Eagle.

Es necesario mencionar que el síndrome de Eagle se clasifica en dos categorías el Síndrome clásico que se presenta por una cirugía previa (tonsilectomía) y el síndrome estilohiideo, Estilocarotideo o simplemente carotideo.

El principal método para su diagnóstico es una historia clínica junto a la evaluación radiográfica. De tal manera el propósito de esta investigación, es la prevalencia del síndrome de Eagle y su relación sintomatológica cervicofacial en mujeres de la ciudad de El Alto.

La importancia de esta investigación se basa en conocer el número de pacientes y su relación sintomatológica que presenta esta patología en El Alto - Bolivia

1.8 Antecedentes del problema de investigación

En 1653 el primero que describió sobre el aparato hioideo fue Prieto Marchetti de Padua quien hace conocer la elongación de la apófisis estiloides. ^{7,9}

En 1818 Geoffroy Saint-hilaire y más tarde Saturnino Thomas citados por Testut los que demostraron por primera vez que lo que conocemos como apófisis estiloides no pertenece al hueso temporal sino que pertenece a uno de los huesos que forman parte de la cadena de huesecillos que unen el hueso hioideo con la base del cráneo.

Lucke 1870 y Weinlecher en 1872 reportó por primera vez los síntomas clínicos preoperatorios y postoperatorios de la osificación de la apófisis estiloides, Varios autores a lo largo del siglo XVI y XIX han descrito casos de aparato hioideo osificado, la mayoría de ellos fueron asintomáticos, Olivier en 1923 describió de forma más detallada el aparato hioideo osificado en el hombre describiendo que habitualmente lo forman 3 huesecillos. Estos huesos son el estilohial este se corresponde con la apófisis estiloides, el hueso ceratohial este corresponde con el ligamento estilohioideo y por último el hueso hipohial que correlaciona con el asta menor del hueso hioides. En 1932 Thigpen reportó once casos de procesos estilohioideos elongados .En 1937, el Dr. Watt W. Eagle publicó varios trabajos referentes a aparato hioideo en el hombre, y de este trabajo derivó el llamado síndrome de Eagle realizado en un grupo de pacientes cuyo síntoma principal manifestado era dolor cervicofaríngeo. Dicha patología, también conocida con el nombre de síndrome de la arteria carótida, síndrome estiloide o síndrome del proceso estiloide alargado y osificado, se caracteriza por una malformación de la apófisis estiloides en donde se evidencia la elongación de dicha estructura o la calcificación de sus ligamentos. Puede existir una asociación del síndrome con un traumatismo previo, una amigdalectomía, o con la pérdida de elasticidad de los tejidos blandos y tendones asociados a la edad. ^{7,9,16}

En el Perú se presentó un caso de elongación y calcificación del ligamento estilohioideo, el caso se presentó en una momia propia de la cultura huari (900 A.D. A.D.-1200), los médicos mediante la autopsia dieron como conclusión general del estudio que se considera que este individuo probablemente se manifestó el síndrome de Eagle durante la vida para lo cual como tratamiento se realizó la luxación de la mandíbula, una trepanación de la apófisis estiloides ^{12,15}

La prevalencia de un proceso estiloide alargado tiene gran variabilidad en la población se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 85%. Del 4% al 28% de la población en general presenta una elongación de la apófisis estiloides pero solo del 4 al 10% de estos casos se acompañan de sintomatología

asociada. Tan solo el 4% de la población posee un ligamento estilohioideo calcificado. En Bolivia no se registran datos sobre la incidencia de esta patología.¹²

Célia Marisa Rizzatti y Col. (2004). Investigaron en la población adulta totalmente desdentada, la prevalencia del alongamiento del proceso estiloides. Analizaron 233 radiografías panorámicas del servicio de tiraje de la FOPUNICAMP en pacientes adultos, de ambos sexos, totalmente desdentados. Fueron realizadas mediciones de las imágenes de los procesos estiloides y fueron consideradas elongadas las imágenes de los procesos estiloides mayores de 25 milímetros conforme a los estudios obtenidos en la revisión de la literatura. Las imágenes que no permitieron realizar las mediciones en forma segura fueron despreciadas. Los resultados fueron organizados en tablas y divididos según los factores de edad, sexo y lado predominante.

Los datos permitieron observar que de las 233 radiografías analizadas que fue posible medir 341 procesos estiloides, siendo que de estos, 50,1%(n=176) presentaron medida mayor de que 30 milímetros. De estas imágenes, 64%(n=113), fueron mujeres y 35%(n=63) hombres. Los valores promedios obtenidos fueron de 33, 5 milímetros para los individuos de sexo masculino y de 31,38 milímetros para los de sexo femenino. En relación con la edad, la mayor prevalencia fue comprendida entre 61 y 70 años, con un porcentaje de 61,8 %, seguida del grupo etario entre 51 años y 60 años, con un porcentaje de 52% para el lado derecho y de 28,4% para el lado izquierdo. Los autores concluyeron que existió una mayor prevalencia de proceso estiloides elongado en individuos de sexo femenino, no ocurrió predominio en cuanto al lado de presencia de la patología , existió una mayor prevalencia de elongamiento del proceso estiloides en los individuos de edades entre 51 y 70 años, y baja prevalencia entre los individuos con menos de 30 años.¹²

Oporto G, Garay; y Col; (2007). Estudiaron 968 radiografías panorámicas de sujetos de ambos sexos con edades entre los 12 y 81 años. Los procesos estiloides fueron medidos sobre las radiografías y se consideraron elongados los

que presentaron una longitud mayor a 25 mm. De la muestra, el 3,61% presentaron procesos estiloides elongados, de éstos, 37,14% correspondieron a personas de sexo masculino, y 62,86% de sexo femenino. Al analizar según sexo, los individuos femeninos presentaron procesos más largos que los individuos masculinos y para ambos sexos se evidenció mayor longitud en el lado derecho. Se observaron más elongaciones unilaterales que bilaterales así como elongaciones continuas en comparación a las discontinuas.¹²

Pinar kursoglu, Fatma Unalam; PhD and Tamer Erdem (2005). En este estudio se observaron las radiografías panorámicas de 55 adultos jóvenes, fue analizado el proceso estilohioideo alargado y se clasificó con el aspecto radiográfico en función de la longitud, la morfología y el patrón de calcificación. Los resultados que se obtuvieron fueron que la apariencia radiográfica más frecuente es la de tipo I y su patrón de calcificación es “parcialmente calcificado”. No se encontró correlación entre el tipo de proceso estilohioideo y el patrón de calcificación. Llegaron a la conclusión que el proceso estilohioideo en los adultos jóvenes es común, sin correlación con el sexo, lateralidad, o la limitación de protrusión mandibular.^{12,16}

José Lacet De Lima y Col (2007). Realizaron una revisión de literatura, enfatizando peculiaridades sobre la anatomía, embriología, etiología, diagnóstico diferencial, sintomatología y tratamiento de este síndrome. La conclusión a la que se llegó es que el síndrome de Eagle es una alteración del complejo estilohioideo y que deberá ser diagnosticado basado en la sintomatología del paciente principalmente en el examen radiográfico (radiografía panorámica o tomografía computarizada). La sintomatología, cuando presente, será la determinante del tratamiento efectuado.^{12,14}

Cantín, L M. y Col.(2007). Reportaron un caso de una paciente de 47 años de edad, género femenino, acude a la unidad de diagnóstico oral en el centro de clínicas Odontológicas de la “Universidad de Talca”, acusando dolor cervical superficial y profundo que se acentúa al momento de realizar movimientos de

lateralidad derecha e izquierda con la cabeza, dolor en la zona facial .Además, la paciente relata molestias a nivel de oído, a la apertura oral, a la masticación y al deglutir, también relata parestesia del miembro superior del lado derecho, sobre todo a nivel de los dedos, consumo de Carbamazepina 800 mg diarios durante los últimos 3 meses y diversos antiinflamatorios no esteroideos sin lograr alivio de los síntomas. La paciente no presenta antecedentes médicos mórbidos de importancia, ni traumatismo facial o cervical previo. Al examen articular, no hay presencia de saltos articulares ni ruidos que puedan acusar patología, el tipo de dolor presentado corresponde a un dolor punzante continuó, que aumenta con el movimiento cervical. A nivel extraoral, no hay presencia de aumento de volumen, alteraciones evidentes, ni signos de asimetrías faciales. A la palpación extraoral, hay respuesta dolorosa a nivel de la región submandibular se tomaron radiografías como la radiografía panorámica la que mostró una longitud anormal de los procesos estiloides bilaterales ,lo que fue corroborado mediante una radiografía lateral de la región cervical derecha. Intraoralmente no se aprecian alteraciones de tejidos blandos ni tejidos duros en general. Existe un aumento claro de dolor al momento de palpar el pilar anterior de la faringe o en relación a la región tonsilar en el lado derecho.^{12,13,16}

Massimo Politi y Col. (2008). Reportaron un caso de un paciente de 42 años de edad de sexo masculino con sintomatología de sensación de cuerpo extraño en la garganta durante más de 1 año. La radiografía panorámica convencional mostró la elongación de la apófisis estiloides derecha. Se utilizó la tomografía computarizada para la definición de longitud, elongación y las relaciones anatómicas de la apófisis estiloides. La tomografía computarizada reveló que la apófisis estiloides presento una longitud mayor en el lado derecho 3, 1 cm a diferencia del lado izquierdo. Se diagnosticó el síndrome de Eagle clásico se hizo y un tratamiento quirúrgico intrabucal con anestesia general. Terminada la cirugía el paciente fue dado de alta y el postoperatorio después 1 año de la cirugía, el paciente estaba libre de síntomas.¹²

Rodolfo Nazar S. y Col, (2008). Presento un caso clínico de un hombre de 44 años de edad, quien presento en su historia odinofagia, sensación de cuerpo extraño y la cervialgia mayor a 6 meses de tras el estudio clínico, endoscópico y diferentes estudio de imágenes, se concluyó que se trataba de un síndrome de Eagle.¹²

Amulfo Torres Guerrero, Liliana Alcalá Cerra (2008). Comparo el abordaje quirúrgico transoral con el transcervical para estiloidectomía en el síndrome de Eagle. El método que se utilizo fue la presentación de casos de síndrome de Eagle, se analizaron las ventajas y desventajas de los abordajes quirúrgicos transoral y transcervical. En este estudio se presentan 8 casos de pacientes de sexo femenino entre 42 y 60 años con dolor cervical como síntoma principal las cuales fueron diagnosticadas con palpación de la fosa amigdalina, y con radiografía simple y tomografía con reconstrucción tridimensional. A 4 de los pacientes se les realizó estiloidectomía utilizando abordaje transoral sin amigdalectomía. En los otros casos se utilizó el abordaje transcervical, realizando procedimiento bilateral en 2 pacientes. Se realizó estiloidectomía unilateral izquierda en 6 casos. No hubo complicaciones dentro de la operación tampoco hubo complicaciones postoperatorias. Uno de los pacientes con estiloidectomía bilateral persistió con dolor cervical que mejoró al tratamiento con inyección local de esteroides. Se llegó a la conclusión de recomendar la técnica transoral por la facilidad en el abordaje, menor tiempo quirúrgico, sin complicaciones infecciosas ni hemorrágicas, menor riesgo de lesión carotidea interna y de ramas marginales del nervio facial y sin cicatrices evidentes.^{14,15}

M. Gelabert-González y A. García-Allut (2008). Presento un caso clínico de una paciente de 49 años con una historia de larga evolución de dolor cervical y en la que los estudios con tomografía computarizada demostraron un alargamiento de ambas apófisis estiloides.¹³

Joel Omar Reyes Velázquez, y Col. (2008). Se presentó un caso clínico de un paciente de sexo femenino de 71 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, artritis reumatoide y gastritis controlados mediante medicamentos, quien durante la anamnesis refirió dolor en región retromandibular y temporal bilateral de 15 años de evolución; se presentó al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Central Militar donde fue valorada el 24 de junio del 2008, a la exploración clínica extraoral presentaba dolor severo en las regiones antes mencionadas; intraoralmente se observó oligodoncia parcial superior e inferior con uso de prótesis removible superior, por lo cual se indicó terminar su rehabilitación protésica antes de iniciar con el tratamiento respectivo; se solicitó estudios radiográficos correspondientes en donde se apreció el crecimiento excesivo de ambas apófisis con todos estos datos se le diagnostica síndrome de Eagle bilateral y se programa para intervención quirúrgica bajo anestesia local.^{12,14}

Juan José Sanz Gonzalo y Col (2009). Presentaron el caso de un paciente varón cuya clínica inicial fue ictus de repetición y en el que el estudio radiológico mostro una osificación completa del ligamento estilohioideo bilateral, articulado doblemente en su extensión y que comprimía la carótida interna.¹³

Marcelo Antonio Villalba Leyton, y Ernesto Miranda Villasana (2009). Describieron un caso clínico de un paciente de sexo femenino de 48 años de edad, sin antecedentes sistémicos, alergia a medicamentos o intervenciones quirúrgicas en área cervical; el motivo de consulta fue dolor difuso nivel 6 (determinado con la escala análoga del dolor de 0 a 10) en región retromandibular bilateral, presento dolor irradiado a región cervical, mandibular, maseterina, auricular bilateral, odinofagia con limitación de movimientos mandibulares y cervicales; los estudios radiográficos de la radiografía panorámica y tomografía computarizada con reconstrucción tridimensional evidenciaron la elongación e hipermineralización del proceso estiloides igual o mayor a 25 mm parámetro característico del síndrome de Eagle. Los resultados obtenidos en el caso clínico descrito tratado en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Regional Gral.

Ignacio Zaragoza del ISSSTE fue exitoso, logrando una remisión total de la sintomatología preoperatoria, sin lesión a estructuras anatómico-quirúrgicas relacionadas y una cicatrización estética aceptable.^{12,13}

1.9 Planteamiento del problema

Al ser el síndrome de Eagle una patología con poca información en nuestro medio, no existe casos reportados ni evidencia científica, realizadas por los odontólogos bolivianos, es conveniente realizar este estudio para su conocimiento y nos coadyuve en los diferentes diagnósticos que implica en macizo craneofacial, su desconocimiento genera la problemática de realizar un mal diagnóstico y un tratamiento errado para el paciente.

De acuerdo a la OMS. Se calcula que la prevalencia mundial es del 50% de la población general que padece de cefaleas. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años. Este síntoma asociado a Odinofagia, otalgia, odinofagia, disfonía, sensación de cuerpo extraño, limitación en el movimiento del cuello, que son síntomas que se encuentran presentes en el síndrome de Eagle, es de importancia su conocimiento para el profesional odontólogo de esta manera realizar un diagnóstico oportuno y/o derivar para la observación de especialistas en Patología y cirugía maxilofacial

1.9.1 Identificación del problema

De acuerdo a literatura internacional es un síndrome que presenta mayor incidencia en el sexo femenino, que se encuentran en edad entre la tercera y séptima década, ya que uno de los factores se encuentra asociado al envejecimiento este, puede generar sintomatología del síndrome de Eagle. Por tal motivo es importante realizar este estudio a este grupo poblacional y de esta manera despejar otros diagnósticos diferenciales que son ligados a desórdenes orofaríngeos y maxilofaciales (en particular temporomandibulares como la

disfunción de la ATM), y en particular con neuralgias craneales (fundamentalmente del glossofaríngeo). Otros como la migraña y en particular trastornos psicósomáticos manifestando episodios de desesperación y ansiedad.

1.9.2 Formulación del problema

¿Existe presencia del síndrome de Eagle en la población femenina mayor a 35 años en la ciudad de El Alto Bolivia?

1.10 Objetivos

1.10.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia del Síndrome de Eagle tomando en cuenta su sintomatología cervicofacial en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto. En el periodo de julio 2014 a abril del 2015.

1.10.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de signos y síntomas más frecuentes que se evidencia en los pacientes con una dimensión según longitud de la apófisis estiloides.
- Relación de la sintomatología con el síndrome de Eagle en pacientes que presentaron desdentación parcial y total
- Relacionar la edad y el síndrome de Eagle, bajo criterios clínicos y de elongación de la apófisis estiloides.
- Determinar la relación de la longitud de la apófisis estiloides y la condición de desdentación parcial y total
- Determinar el promedio y la relación de la longitud de las apófisis estiloides derecha e izquierda

1.11 Justificación

1.11.1 Justificación Teórica

Dado que la información de esta patología es escasa y rara en Bolivia se crea evidencia sobre la existencia de este síndrome, de esta manera busco aportar conocimientos al área de odontología, especialmente a la asignaturas de semiología y Imagenología. Dado que la sintomatología se presenta con Cefalea, odinofagia continua o que empeora con la deglución, dolor caracterizado en la región cervical o en la faringe con irradiación al oído y sensación de cuerpo extraño en la garganta que son áreas de trabajo del profesional odontólogo, Este estudio con la ayuda de la Imagenología aporta como una opción para su diagnóstico dentro de nuestra consulta. Además algunos resultados servirán de bases científicas para posteriores estudios relacionados a la desdentación parcial o total.

1.11.2 Justificación metodológica

Este estudio es importante porque no existen suficientes datos ni evidencia científica en nuestro medio, sobre este síndrome, de tal manera coadyuvara en un diagnóstico acertado y realizar el tratamiento oportuno.

El estudio se realizó en personas de sexo femenino, de la ciudad de El Alto a quienes se les realizó la ficha clínica, examen clínico correspondiente y se procedió a la toma de radiografía panorámica digital, de todos los pacientes

Se realizó la medición de las apófisis estiloides con la técnica actualizada utilizando un aparato radiográfico digital pax 400 y un software especializado en easy dent viewer. En ambos lados (derecha e izquierda) posteriormente se realizó la base de datos de cada uno de los pacientes registrando la ficha clínica, examen clínico y radiológico.

1.11.3 Justificación social

Se pretende, brindar un aporte a las mujeres en el rango etareo mayores de 35 años de la ciudad de El Alto, que padecen los síntomas relacionados con el Síndrome de Eagle de esta manera prevenir, además establecer información al profesional de odontología acerca de esta patología, para que este se encuentre en capacidad de brindarles una mejor atención a los pacientes y un diagnóstico acertado que permita empezar a realizar un tratamiento adecuado, y por consiguiente, eliminar las molestias que esta patología podría presentar. Por otro lado brindar al paciente mayor confianza en los tratamientos propuestos y se eliminarán en gran medida los problemas psicológicos que puede acarrear la falta de un buen diagnóstico.

1.12 Alcance

1.12.1 Alcance temporal

Se realizó desde Julio del 2014 a abril del 2015.

1.12.2 Alcance espacial

La investigación se realizó en una población Femenina proveniente del El Alto que acudió al centro radiológico “RADIOMAX BOLIVIA”. Ubicado en la Av. Zoilo Flores 1266 Mezanine Of.8

CAPITULO II

2. Marco teórico

2.1 Anatomía de la cabeza

El esqueleto de la cabeza está dividido por el esqueleto del cráneo; que aloja y protege a la parte más voluminosa del neuroeje, el encéfalo y el esqueleto de la cara; que aloja a los órganos de los sentidos y los músculos destinados a la masticación. ^{2,3}

El número total de los huesos del cráneo son ocho, que están distribuidos en cuatro impares y de situación media, y dos son pares y de situación lateral simétrica. Entre ellos tenemos el hueso occipital, frontal, etmoides, esfenoides, que son los huesos impares y los pares son el hueso parietal y temporal. ¹

El hueso temporal es hueso par e irregular, está situado en la porción inferior y lateral del cráneo; es posterior al hueso esfenoides, anterior y lateral al hueso occipital e inferior al hueso parietal y su forma varía según la edad. Antes del nacimiento se constituye a partir de tres porciones diferentes la porción escamosa, la porción timpánica y la porción petrosa. A lo largo del desarrollo, estas porciones crecen y, al mismo tiempo, se sueldan unas con otras (sinostosis); no obstante quedan restos de estas soldaduras en forma de fisuras, que permiten comprender la situación y las relaciones que existen en el adulto mediante una exposición somera del desarrollo del hueso temporal sólo la concha conserva casi los mismos límites primitivos, las otras dos porciones cambian su disposición primordial. ^{1,2}

En el recién nacido, la porción escamosa, el hueso, el hueso timpánico y la porción petrosa adoptan la siguiente disposición. La porción petrosa está situada en la parte inferior del hueso temporal. Tiene forma de pirámide de base posterior, cuyo eje mayor es oblicuo anterior y medialmente. La porción escamosa es una lámina ósea vertical, aplanada transversalmente, situada superior y lateralmente a la porción petrosa, a la que se une por su borde inferior, formando la fisura petroescamosa. El hueso timpánico tiene la forma de un anillo incompleto, abierto

superiormente y apoyado sobre la cara inferolateral de la porción petrosa. Esta soldado a la parte inferior de la porción escamosa por sus dos extremos. ¹

A lo largo del desarrollo, la porción petrosa y la porción escamosa crecen en todos los sentidos. La porción escamosa se extiende inferiormente, posterior al cíngulo simpático, uniéndose a este nivel con la base de la porción petrosa y formando con ella la porción mastoidea del hueso temporal. De esta unión resulta la formación de una fisura petroescamosa posterior de la que quedan algunos vestigios en el adulto. Al mismo tiempo, la parte inferior de la porción escamosa, unida a la porción petrosa, se desarrolla de medial a lateral, de forma que, en el adulto, la porción escamosa presenta dos partes distintas; una superior y vertical y otra, inferior y horizontal. Esta permanece soldada al borde anterior de la porción petrosa por medio de la fisura petroescamosa superior, visible en la cara endocraneal del hueso. En la cara exocraneal del hueso temporal, esta fisura está cubierta posteriormente por el hueso timpánico; solo es visible su extremo anteromedial.¹

Porción escamosa o escama presenta dos caras y un borde circunferencial una cara exocraneal está dividida en dos partes, por la apófisis estiloides, una superior o temporal basal que presenta en su cara superior un canal para el músculo temporal y otra inferior o basilar, este segmento inferior presenta las dos raíces de la apófisis cigomática, una es la raíz longitudinal que se dirige hacia atrás presentando el tubérculo cigomático posterior y luego toma la denominación de cresta supra mastoidea. La raíz transversal es el cóndilo del temporal y presenta en la unión con la anterior el tubérculo cigomático anterior. El segmento anterior o apófisis cigomática propiamente dicha es libre y presenta una cara anterior y otra posterior. Un borde superior para la inserción de la aponeurosis del temporal y un borde inferior para la inserción del músculo masetero. La parte superior de la escama es lisa y convexa en esta se inserta el músculo temporal y presenta canales para las ramas de la arteria temporal profunda posterior. La parte inferior de la escama presenta el cóndilo del temporal o raíz transversa de la apófisis

cigomática, cavidad glenoidea, dividida por la cisura de Glasser en un parte anterior articular y un parte posterior no articulada los tubérculos cigomáticos anterior y posterior. La cara endocraneal forma parte del piso medio de la base de cráneo, se encuentra en relación con las cisuras cerebrales y presenta canales para la arteria meníngea media. El borde circunferencial comprende a su vez dos partes una de ellas es la parte adherente y se confunde con la porción mastoidea. La parte libre comienza en el ángulo entre la escama y el peñasco y termina en la cisura parietal que separa la escama de la mastoides articulándose con el parietal y el ala mayor del esfenoideas. La porción mastoidea se encuentra situada por detrás y debajo del conducto auditivo externo presentando dos caras y un borde circunferencial. La cara exocraneal presenta los vestigios de la cisura petroescamosa, por encima la espina suprameática y orificios vasculares y por debajo las rugosidades para la inserción de los músculos occipital, esplenio y esternocleidomastoideo el orificio externo del conducto mastoideo, atraviesa por una vena emisaria. La apófisis mastoides que presenta dos caras separadas por un borde anterior y otro posterior. La cara externa da inserción a los músculos esternocleidomastoideo y complejo menor. La cara interna presenta la ranura digástrica para el digástrico y un canal para la arteria occipital, separada de la anterior por la eminencia yuxtamastoidea. La cara endocraneal se ubica hacia adelante se une con la pirámide petrosa. Hacia atrás presenta el canal de la porción descendente del seno lateral, y el orificio interno del conducto mastoideo el borde circunferencial se articula con el parietal y con el occipital. ^{1,2}

La porción petrotimpánica o peñasco presenta la forma de una pirámide de base cuadrangular, presenta cuatro caras, cuatro bordes, una base y un vértice. En la cara anterosuperior presenta la eminencia arcuata, El hiato de Falopio y los hiatos accesorios por donde discurren los nervios petrosos superficiales y profundos, la fosita que aloja al ganglio de Glasser. El tegmen tympani recorrido por la cisura petroescamosa superior. En la cara posterosuperior presenta el orificio de entrada al conducto auditivo interno, por el que transcurren los nervios facial, intermediario de Wrisberg y auditivo, la fosa subarcuata con el orificio anterior el conducto

petromastoideo y la fosa ungueal con el orificio posterior del acueducto del vestíbulo. La cara anteroinferior presenta la apófisis vaginal, la apófisis tubárica del hueso timpanal, los orificios de los conductos del músculo del martillo y el conducto óseo de la trompa de Eustaquio. Un canal que junto al esfenoides el canal esfenopetroso o tubárico que corresponde a la porción fibrocartilaginosa de la trompa de Eustaquio en la cara posteroinferior se presenta la apófisis estiloides en la cual se inserta el ramillete de Riolo, el agujero estilomastoideo u orificio inferior del acueducto del nervio facial, la carilla yugular para la apófisis yugular del occipital, la fosa yugular para el seno de la vena yugular interna con el ostium introitus para la rama auricular del nervio vago, el orificio inferior del conducto carotideo y el orificio inferior del conducto timpánico que da paso al nervio de Jacobson rama del glossofaríngeo. ^{1,2,3}

Una superficie rugosa para la inserción del periestafilino interno. En el borde superior presenta el canal del seno petroso superior, una escotadura para el nervio trigémino. En el borde anterior por detrás está unido a la escama, por delante está separada de ella por un ángulo entrante, y se articula con el esfenoides y limita el agujero rasgado anterior. El agujero rasgado anterior está atravesado por los nervios petrosos superficiales mayores, petroso profundo menor, y el seno petrooccipital, en el borde inferior está representado por el borde inferior de la apófisis vaginal y de la apófisis tubárica. El borde posterior presenta la carilla yugular, que limita junto al occipital el agujero rasgado posterior, presenta la espina yugular junto a la homónima del occipital divide este en dos partes, por la anterior pasan los nervios glossofaríngeo (IX par), neumogástrico (X par) y espinal (XI par) y por la parte posterior pasa el golfo de la vena yugular. En el segmento posterior se encuentra la fosita petrosa donde se abre el acueducto del caracol y se aloja el ganglio petroso glossofaríngeo, Presenta canales; el superior en relación con el seno petroso inferior y el inferior con el seno petrooccipital, separados por una zona con la que se articula con el fibrocartílago que lo une al occipital. En la base se confunde con la mastoides, y está representada por el orificio del conducto auditivo externo, el contorno de este es liso por arriba y rugosa por abajo

para la inserción del fibrocartílago del conducto auditivo externo. El vértice corresponde al ángulo entre el cuerpo y el ala mayor del esfenoides. Presenta el orificio superior del conducto carotideo, limita junto con el esfenoides el agujero rasgado anterior el cual está dividido en dos partes por la línula del esfenoides, la parte externa está atravesada por los nervios petrosos mayor superficial y superficial menor, la parte interna está en relación con la arteria carótida interna. Su función es proteger el encéfalo y los órganos de la audición.^{1,2}

La cara posterior inferior presenta, posteriormente, la apófisis estiloides soldada a la porción petrosa pero independientemente de ella embriológicamente, este es una prolongación de hueso temporal cilíndrica que se encuentra antero medial a la apófisis mastoides, normalmente varía de longitud de 2 a 2.5 cm. Al proceso estiloides da inserción a elementos del ramillete de Riolo que son tres músculos y dos ligamentos. Los músculos son el estilogloso, estilohioideo y estilofaríngeo. El nervio facial emerge posteriormente al agujero estilomastoideo y pasa lateralmente a través de la glándula parótida medial a la apófisis estiloides de posterior a la anterior, se encuentra la vena yugular interna (junto con los nervios accesorios hipogloso, vago, y glossofaríngeo) y la arteria carótida interna. Medial a la punta de la apófisis estiloides, se encuentra el músculo constrictor superior y la fascia faringobasilar, los cuales están cerca de la fosa amigdalina.^{1,2,3}

El ligamento estilohioideo se encuentra situado en el diafragma estilohioideo por dentro del músculo digástrico, cuya acción es realizar movimientos del hueso hioides lleva hacia arriba y atrás. Está inervado por el ramo para el estilohioideo y el digástrico del nervio facial, por fuera del músculo estilogloso se inserta en la cara posterior externa de la apófisis estiloides, se dirige hacia abajo y adelante y adentro, se desdobra para dar paso al músculo digástrico, termina por una lámina tendinosa en la cara anterior del cuerpo del hueso hioides.^{2,3}

El hueso hioides es impar y se encuentra situado en la línea media, convexo anteriormente, cóncavo posterior e incurvado en forma de herradura, está situado

transversalmente, superior a la laringe, y a la altura de la cuarta vértebra cervical, el cuerpo del hioides es aplanado de anterior a posterior presenta dos caras una anterior y otra posterior, dos bordes no superior y otro inferior y dos extremidades. En la cara anterior del hueso hioides da inserción los músculos geniohioideo, geniogloso, hiogloso, milohioideo, digástrico y estilohioideo y en la cara posterior da inserción lateral e inferiormente al músculo tirohioidea. En el borde superior es delgado proporciona inserción a las membranas hioglosa y tirohioidea y algunas fibras del músculo geniogloso. El borde inferior es más grueso se insertan los músculos esternohioideo, omohioideo y tirohioideo. Las astas mayores prolongan el cuerpo en sus extremos se dirigen posterior, lateral y superiormente, dan inserción al músculo hiogloso por su parte interna, al constrictor medio de la faringe por su parte externa y en la parte inferior con la membrana tirohioidea. Además estas astas mayores sirven para la inserción del ligamento tirohioideo lateral y los músculos digástrico, estilohioideo, hiogloso y constrictor medio de la faringe por su cara superior en las astas menores es el punto de inserción del ligamento estilohioideo además de los músculos hioglosos, estilohioideo, constrictor medio de la faringe y los músculos linguales superior e inferior. ^{1,2,3}

Las astas menores son pequeños huesecillos ovoides que se articulan, por su extremo más grueso o base con el cuerpo y el asta mayor, en estas astas se insertan los músculos longitudinales superior e inferior de la lengua y el constrictor medio de la faringe. ¹

2.2 Embriología de su desarrollo

El desarrollo de la cabeza y el cuello comienza en la vida embrionaria hasta la terminación del crecimiento posnatal al final de la adolescencia. Su crecimiento cefálico estimula su rápida formación del extremo rostral de la placa neural, convirtiendo a este el componente dominante para la formación de la región cráneo facial. Por debajo del cerebro, la cara que se desarrolla tardíamente por la embriogénesis; está representada por el estomodeo que se encuentra separado

del intestino primitivo por la membrana bucofaringe. La futura región cervical se origina de estructuras branquiales compuesta por Bolsas, arcos, y hendiduras faríngeas o branquiales ⁴

Por tanto el desarrollo de la cabeza y el cuello se origina de la cefalización del extremo rostral de la placa neural y de una proliferación del mesodermo de la placa lateral en esta región (faríngea), que origina a los componentes faríngeos o branquiales que aparecen entre la cuarta y quinta semana del desarrollo intrauterino, dando en gran medida el aspecto externo del embrión. Se forman seis engrosamientos cilíndricos (el primero de mayor importancia y el quinto desaparece) que se expanden desde la pared lateral de la faringe, pasan por debajo del piso de ella, y se aproximan a sus contrapartidas anatómicas que se expanden desde el lado opuesto. Al hacer esto, los arcos separan progresivamente el estomodeo primitivo del corazón en desarrollo. ^{4,5}

El desarrollo del cráneo se divide en neurocráneo; estructuras que dan origen a al cráneo por osificación intramembranosa y la base por osificación endocondral; el viscerocráneo estructuras que originan huesos de la cara por osificación endocondral y osificación intramembranoso. La importancia para desarrollar el complejo estilohioideo radica en el viscerocráneo por osificación endocondral; que el primer arco se divide en su origen en dos, uno que desarrolla en el cartílago cuadrado, degenera y solo su segmento dorsal forma a un huesecillo del oído medio el Yunque. El otro, es el cartílago de Meckel, en su porción dorsal origina al martillo, al ligamento esfenomandibular y al ligamento anterior del martillo.

El segundo arco branquial o faríngeo (arco hioideo) desarrolla al cartílago de Reichert, que presenta tres segmentos del dorsal deriva la apófisis estiloides del temporal, y el estribo; de sus extremo ventral derivan el hasta menor y la parte superior del hueso hioides y su porción media deriva el ligamento estilohioideo que se extiende desde la apófisis estiloides y el asta menor del hioides.

El tercer arco solo origina en su porción ventral donde forma el asta mayor y el cuerpo del hueso hioides, el resto desaparece.

El cuarto, quinto y sexto no llegan a osificarse y originan en su segmento ventral los cartílagos cricoides tiroides y los restantes de la laringe. ^{4,5,6}

2.3 Histología de la apófisis estiloides, hueso hioides y ligamento hioideo

El hueso temporal (apófisis estiloides) y el hueso hioideo presentan características propias de tejido compacto y esponjoso¹.

La porción escamosa presenta dos láminas de tejido óseo compacto y una capa intermedia de tejido óseo esponjoso. ^{1,7}

La porción petrosa del hueso temporal está formada sobre todo por tejido óseo compacto y tejido óseo esponjoso. ^{1,7}

El ligamento estilohioideo es un fino cordón compuesto de tejido conectivo denso y fibroso, también puede conservar algo de su cartílago embriológico, lo que puede darle la potencialidad de poderse osificar. Se extiende desde vértice de la apófisis estiloides hasta el vértice del asta menor del hueso hioides. Este ligamento es medial a la arteria carótida y externa al musculo hiogloso. ^{1,7,8}

El hueso hioides está formado por tejido óseo compacto, excepto en la base de las astas mayores y partes laterales del cuerpo, donde presenta una pequeña cantidad de tejido óseo esponjoso ^{1,7}

2.4 Osificación del hueso temporal, hueso hioides

El hueso temporal su porción escamosa y el hueso timpánico son de origen membranoso, la porción petrosa del hueso temporal se forma a partir de tejido cartilaginoso. ^{1,2,3,4}

Según Augier este hueso se desarrolla a partir de 8 centros de osificación. Uno o dos centros principales para la porción escamosa, es decir, un centro escamosocigomatico y a veces un centro post escamosomastoideo. Tres centros para el hueso timpánico y por último tres centros principales para la porción petrosa. ^{1,2,3,4}

El hueso hioides se desarrolla a partir de ocho centros de osificación, dos para el cuerpo dos para las astas mayores, que aparecen al final de la vida intrauterina, dos para los extremos posteriores de las astas mayores, y para las astas menores, que se forman hacia los 15 años de edad. ^{1,3,4}

2.5 teorías de osificación del ligamento estilohioideo

Las teorías para explicar la osificación del ligamento estilohioideo se dan a conocer en 1968 las cuales proponen tres teorías.

2.5.1 Primera teoría; la hiperplasia reactiva afirma que los traumatismos (irritación crónica) o cirugías pueden producir tendinitis, periostitis osificante u osteítis y causar osificación en el extremo de la estiloides, a lo largo del ligamento estilohioideo, ya que este ligamento contiene remanentes de su tejido conectivo y origen fibrocartilaginosa que da un potencial de osificación. Los síntomas post-traumáticos se deben al atrapamiento del sistema arterial carotídeo próximo, especialmente durante la rotación o flexión de la cabeza. ^{9,11,17,18,19}

2.5.2 Segunda teoría; Considera a la metaplasia reactiva corresponde también a una respuesta de curación traumática aberrante. Asociada a una osificación del tejido fibrocartilaginosa del ligamento estilohioideo, Existe, la presencia de centros de osificación en los cuatro segmentos iniciaría la calcificación del ligamento, en consecuencia, los síntomas que aparecen del ligamento endurecido son primariamente de tipo faríngeo. La estructura inelástica provoca la fijación del hueso hioides en la parte posterior y superior, con una reducción en el tamaño del

espacio aéreo faríngeo. Los síntomas esperados en este caso son los de cuerpo extraño atravesado en la garganta", que se nota especialmente al tragar, llegando a haber sensación dolorosa. ^{11,17,18,19}

2.5.3 Tercera teoría; de la variación anatómica, y propone que la elongación temprana de la estiloides y la osificación del ligamento son variaciones anatómicas que ocurren sin evidencia de trauma previo. Esta teoría podría explicar la aparición de la osificación en niños. ^{9,11,18,19}

2.5.4 Cuarta teoría; En 1989 se propone esta teoría, que atribuye a la presencia de síntomas cuando no hay evidencia radiográfica de osificación. Esta teoría denominada la "anomalía del desarrollo" que con la edad asevera que, durante el envejecimiento, a medida que los tejidos pierden su elasticidad, una reacción inflamatoria localizada provoca una tendinitis en la unión del ligamento y el cuerno inferior del hioides. El ligamento se endurece y la respuesta inflamatoria de los tejidos asociados provoca los síntomas. Este no sería un ligamento estiloideo realmente calcificado, sino un proceso con síntomas similares. A este proceso se le denominó "síndrome pseudoestiloideo". El diagnóstico diferencial con el Síndrome de Eagle es la ausencia radiográfica de un proceso estiloideo osificado, elongado, y/o calcificado. ^{9,12,13,14,17,19}

2.6 Síndrome de Eagle Clasificación

Eagle en (1937) dividió el síndrome en dos categorías: El síndrome clásico y el síndrome de la apófisis estiloides.

2.6.1 El síndrome clásico

Para diagnosticar el síndrome clásico de Eagle que requiere la presencia de una cirugía a nivel cervical como una tonsilectomía o trauma, que va acompañado de cefalea, dolor persistente en la faringe (odinofagia) irradiado de la hacia oído (otalgia) (tinnitus) del lado donde se encuentra la apófisis elongada, agravado al tragar (disfagia), sensación de cuerpo extraño en la faringe, limitación en el

movimiento del cuello. También notó que hay un aumento en la salivación (sialorrea), dificultad en la deglución, vertigo. El atribuyó el dolor, a la cicatrización alrededor de la apófisis estiloides después de una amigdalectomía. El dolor cervicofaríngeo en la región inervada por los nervios craneales V, VII, IX y X. 9,11,13,19

2.6.2 Síndrome de la apófisis estilohioides

Síndrome estilohiideo, síndrome de la apófisis estiloides-arteria carotidea en la cual El paciente relata o no sintomatología, no existe trauma o cirugía previa, sin embargo en el examen radiográfico existe la presencia de un proceso estiloides elongado o su osificación. En esta categoría la apófisis estiloides elongada mantiene contacto con la arteria carótida causando dolor en la región carotídea, cefalea, otalgia, sensación de cuerpo extraño y vértigo posicional entre otros. 12,15

El diagnóstico se puede hacer durante el examen físico, llevando a cabo una palpación digital de la apófisis estiloides en la fosa amigdalina, lo que exagera el dolor. Las radiografías que, se deben tomar para completar un examen adecuado si se sospecha de este padecimiento, incluyen la radiografía panorámica y lateral del cráneo. Es muy importante tener la historia completa de la presente enfermedad, junto con una revisión de los signos y síntomas que, pueda presentar la articulación temporomandibular. 9,12,,16,18

2.7 Patogénesis

Se describe una elongación congénita de la Apofisis Estilohioides, así como también la osificación parcial o total de los ligamentos que se insertan en la Apófisis Estilohioides. También se reporta la osificación tardía de estos ligamentos. Existe la posibilidad que la patología sea secundaria a una hiperplasia reactiva post traumática. Por último también se han descrito casos asociados a menopausia precoz 20.

2.8 Fisiopatología del dolor

Para explicar el dolor se describe la compresión de los pares craneanos IX - X – V También se describe que puede gatillarse el síndrome de Eagle, posterior a una tonsilectomía, debido a la irritación de mucosa faríngea y fibrosis posterior del lecho amigdalino. Se ha postulado también que el dolor sea secundario a la formación del callo óseo posterior a la fractura de la Apófisis Estilohioides, el cual haría efecto compresivo sobre estructuras vecinas. La tracción de vasos sanguíneos del espacio parafaríngeo, conocida como carotidinia, se puede observar en estos pacientes, así como también la irritación de la inervación simpática por compresión externa. Finalmente se describen los cambios degenerativos o inflamatorios del ligamento estilohioideo como uno de los posibles responsables del dolor. ^{19,20}

2.9 Métodos de detección de la mineralización del ligamento

Los métodos más frecuentes de la detección de un complejo mineralizado del ligamento estilohioideo son las radiografías extraorales como las radiografías panorámicas y la cefalométricos, radiografías laterales del cráneo, etc.

Mayormente estas radiografías han demostrado la presencia de alargamiento del proceso estilohioideo o la mineralización del ligamento estilohioideo.^{8, 12,19}

Radiográficamente La apófisis estiloides aparece como una formación radiopaca larga delgada a modo de cinta que se estrecha que es más gruesa en su base y se proyecta hacia abajo y adelante. Su longitud media oscila entre 0.5mm y 2.5mm, el ligamento osificado tiene un contorno recto que en algunos casos muestra irregularidades en la superficie externa. Cuando más se extiende el ligamento osificado al hueso hioides, mucho más frecuente es que sea interrumpido por una zona radiolúcida de apariencia de articulación. En una radiografía panorámica la osificación lineal se extiende desde la apófisis

mastoides y cruza la porción posteroinferior de la rama de la mandíbula hacia el hueso hioides este se sitúa casi paralelo o superpuesto a la porción posterior e inferior de la cortical mandibular. Las pequeñas calcificaciones del ligamento estilohioideo aparecen radiopacas y homogéneas a medida que aumenta la longitud y circunferencia de la osificación, la parte cortical de este hueso se empieza a manifestarse con una banda radiopaca en la periferia.¹²

2.10. Diagnóstico diferencial

2.10.1 Neuralgia del Glosofaringeo, IX par craneal

Weisenberg en (1910) fue el primero en describir el dolor en la distribución del nervio glosofaríngeo lo realizó en un paciente con tumor en el ángulo pónico cerebral. Pero fue Harris en (1926) quien otorgo el término de neuralgia del Glosofaríngeo. Esta un trastorno que se caracteriza porque los dolores comienzan en el fondo de la garganta, en la región de la base lingual y amígdalas irradiándose hacia ángulo mandibular, oreja y la fascia del lado afectado, son severos paroxismos de dolor quemante unilateral, es abrupta en su aparición y finalización. Estos síntomas usualmente se presentan en personas mayores de 40 años.^{22,23}

La fisiopatología de la neuralgia del Glosofaringeo es causada por compresión del nervio cerca del tallo cerebral causado por un vaso sanguíneo tortuoso (vena o arteria), lo que produce una torsión mecánica de las fibras nerviosas y una desmielinización secundaria. También puede desarrollarse esta patología por mostrar un proceso de alargamiento de la apófisis estiloides que, en raros casos, puede causar el mismo dolor y se denomina síndrome de Eagle.^{22,23}

2.10.2 Disfunción temporomandibular.

En 1955 Schwartz utiliza el término de síndrome dolor disfunción de la ATM o también llamado síndrome de Costen. es una entidad patológica relacionada con los trastornos funcionales de la ATM y/o de los músculos que controlan el movimiento de la mandíbula. Su índice, se presenta más en el sexo femenino que

en el masculino. Entre los factores de riesgo observamos al gnatológico - protésico que más acertado se tiene sobre su etiología e los trastornos temporomandibulares, también se considera a origen multifactorial, donde aparecen como las principales causas las interferencias o desarreglos oclusales, parafunciones e incompatibilidades estructurales de la ATM, y aunado a todo esto, un factor psicológico-social desencadenante o agravante: el estrés ^{25,26}

Los síntomas más habituales son; chasquidos al abrir o cerrar la boca, limitación de la apertura oral y dolor orofacial (cabeza, oído, mandíbula, cuello). Síntomas que se hacen presentes y/o similares a los que presenta el síndrome de Eagle. ²⁶

CAPITULO III

3. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

3.1 Diseño y tipo de investigación

ENFOQUE:

Cuantitativo

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El trabajo de investigación tiene un diseño metodológico:

Observacional

Porque no se manipularán variables para observar un efecto, se describe la longitud de la apófisis, a través del examen radiográfico.

Descriptivo

Porque se observa si existe aumento, o no de la longitud de la apófisis estiloides. Que se observa en la radiográficamente con un valor normal de 25mm.

Para determinar este trabajo como un estudio descriptivo, se utilizan las mediciones, que se harán en las radiografías panorámicas de los pacientes; también, se evaluará la relación de las mediciones con los síntomas relacionados con el Síndrome de Eagle.

Transversal

Porque se recolecto información en un momento determinado

3.2 Identificación de las variables

3.2.1 Variable independiente

- Síndrome de Eagle

3.2.2 Conceptualización de variables

Tabla 3.1 Conceptualización de variables

VARIABLE	DEFINICION, DESCRIPCION OPERATIVA
Síndrome de Eagle	Patología rara que se caracteriza por la elongación de la apófisis estiloides y/o calcificación del ligamento estilo-hioideo

Fuente: Elaboración propia

3.2.3 Operacionalización de variables



Tabla 3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE	Patología rara que se caracteriza por la elongación de la apófisis estiloides y/o calcificación del ligamento estilo-hioideo	Ausencia elongación de la apófisis estiloides	Elongación de la apófisis estiloides: Normal: menor o igual a 25mm.	Examen radiográfico panorámico
		Presencia de elongación de la apófisis estiloides	Eagle: mayor a 26mm.	
Síndrome de Eagle		Cefalea	Presencia Ausencia	Examen Clínico
		Odinofagia	Presencia Ausencia	
		-Sensación de Cuerpo extraño	Presencia Ausencia	
	-Limitación en el movimiento del cuello	Presencia Ausencia		

Fuente: Elaboración propia

3.4 Matriz de Consistencia

Tabla 3.3 Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVO GENERAL
<p>El síndrome de Eagle es una patología rara, que no se cuenta con información necesaria y con evidencia de su existencia, en nuestro país, debido a esto muchos de los profesionales no reconocen la clínica que se manifiesta ni la característica radiográfica que se muestra a nivel de la apófisis estiloides.</p> <p style="text-align: center;"></p>	<p>Determinar la prevalencia del Síndrome de Eagle tomando en cuenta su sintomatología cervicofacial en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto. En el periodo de julio 2014 a Abril del 2015.</p> <p style="text-align: center;"></p>
PROVOCA	PARA
<p>Que el profesional médico-odontológico no se encuentre capacitado para su diagnóstico por tal motivo no son bien identificados cuando estos se presentan en la consulta odontológica y son diagnosticados de manera errónea.</p>	<p>Para crear información y evidencia. Así el profesional del área odontológica pueda reconocer la signo sintomatología de este síndrome. De tal manera brinde a la población un tratamiento oportuno y eficaz.</p>

Fuente: Elaboración propia

3.5 Población y muestra

UNIVERSO: Población Mujeres de la Ciudad de El Alto.

POBLACIÓN: Mujeres mayores de 35 años.

MUESTRA: 100 Mujeres.

3.6 Criterios de Inclusión

- Pacientes mujeres mayores a 35 años
- Radiografías digitales panorámicas con buena calidad en la imagen.
- Pacientes que cuentan con consentimiento informado firmado
- Pacientes con registros completos de los posibles síntomas y signos presentes en el síndrome de Eagle

3.7 Criterios de Exclusión

- Pacientes mujeres, menores a 35 años.
- Mala visualización de las estructuras anatómicas en las radiografías digitales
- Pacientes que durante el registro se omitió algún dato sobre los signos posibles que presenta el síndrome de Eagle.

CAPITULO IV

4. Desarrollo práctico

El estudio fue realizado en el centro Radiológico RADIOMAX BOLIVIA que cuenta con un ambiente odontológico y otros para el estudio de la radiología panorámica.

4.1 Recolección de Datos

Fase 1: Se procedió en primera instancia a una campaña para realizar exámenes de radiografía panorámica, de forma gratuita para las mujeres que se encontraban en la ciudad de El Alto. Anexo 5

Fig. 4.1 Volante de promoción



Fuente: Elaboración propia

Fase 2: Los pacientes que acudieron al centro radiológico RADIOMAX fueron seleccionados uno por uno de acuerdo a edad, sexo (mayores de 35 años y de sexo femenino)

Fase 3: Se brindó la información sobre el trabajo de investigación, siguiendo la promulgación por la asociación médica mundial y enmarcada en principios éticos. De esta manera se realizó la firma de la carta de consentimiento informado por los pacientes que se iban seleccionando de acuerdo a requerimiento. **Anexo 6.**

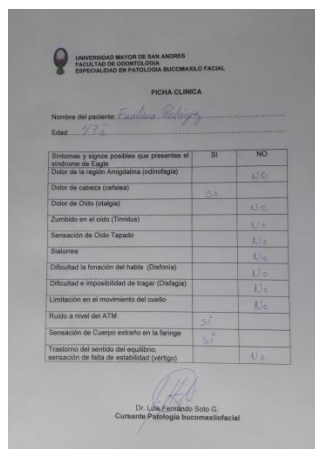
Fig. 4.2 Carta de consentimiento informado



Fuente: Elaboración propia

Fase 4: Con los pacientes seleccionados y teniendo la carta de consentimiento se procedió a realizar el llenado de la ficha clínica y examen clínico para el cual se realizó un listado de la signo y sintomatología presentes el síndrome de Eagle. **Anexo 7.**

Fig. 4.3 Ficha clínica utilizada en centro RADIOMAX BOLIVIA



Fuente: Elaboración propia

Fig. 4.4 Examen Clínico: limitación del movimiento del cuello



Fuente: Elaboración propia

Fig. 4.5 Examen Clínico: odinofagia



Fuente: Elaboración propia

Fig. 4.6 Examen Clínico: Dificultad al tragar



Fuente: Elaboración propia

Fig. 4.7 Examen Clínico: sensación de cuerpo extraño en la faringe

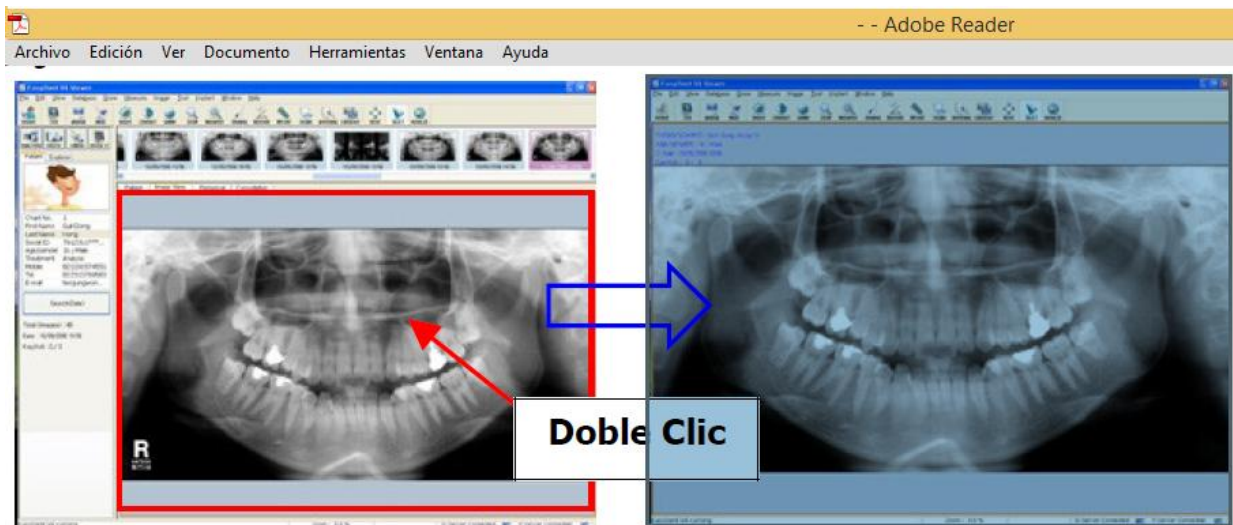


Fuente: Elaboración propia

Fase 5: Posteriormente con la ayuda del Técnico radiólogo (personal permanente del Centro RADIOMAX) y cumpliendo las normas de bioseguridad tanto para el paciente como para el operador se procedió a la toma de las radiografías panorámicas. En un tiempo aproximado de 8 meses, para cumplir con las 100 radiografías.

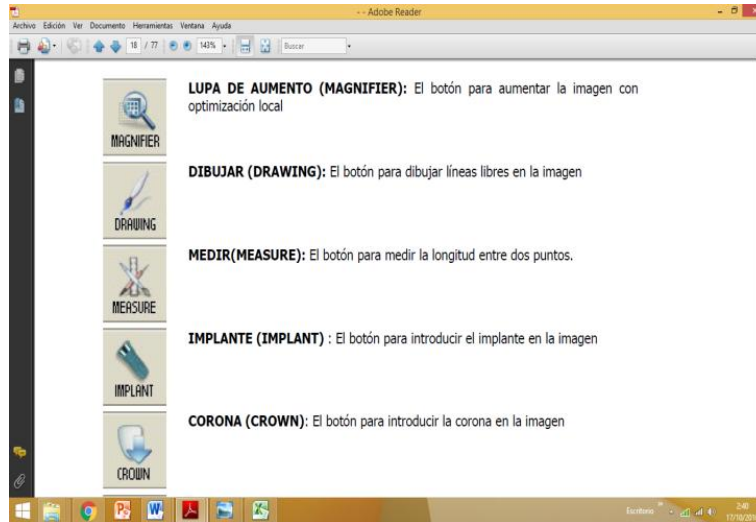
Fase 6: A medida que obtuvimos las radiografías con la ayuda y experiencia de mi tutora (Dra. Maritza Alcancé, Especialista en Radiología e Imagenología maxilofacial) procedió a realizar la medición de cada una de las panorámicas, con un software especializado para la visualización y medición de imágenes (EasyDent V4 Viewer)

Fig. 4.8 Programa EasyDent V4 Viewer (Centro RADIOMAX)



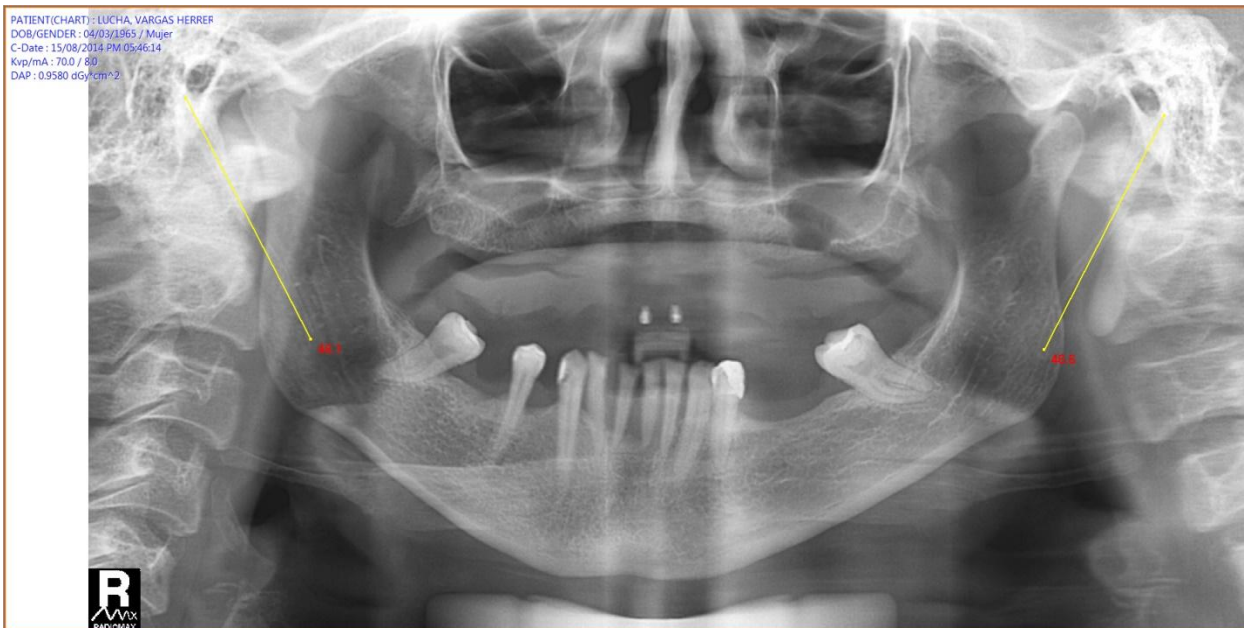
Fuente: Elaboración propia

Fig. 4.9 Herramienta de medición EasyDent V4 Viewer (centro RADIOMAX)



Fuente: Elaboración propia

**Fig. 4.10 Síndrome de Eagle, Elongación Der 48.1 Izq. 46.6;
El Alto Bolivia (centro RADIOMAX)**



Fuente: Elaboración propia

Fig. 4.11 Apófisis estiloides elongado Der. 43.2, Izq 50.4 (centro RADIOMAX)

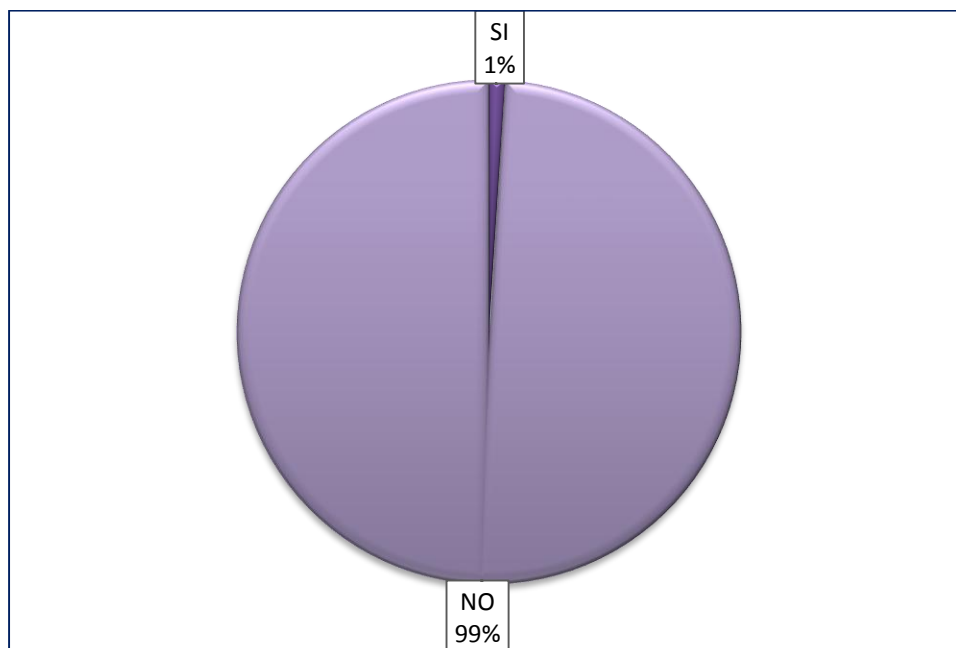


Fuente: Elaboración propia

CAPITULO V

5. Presentación de Resultados

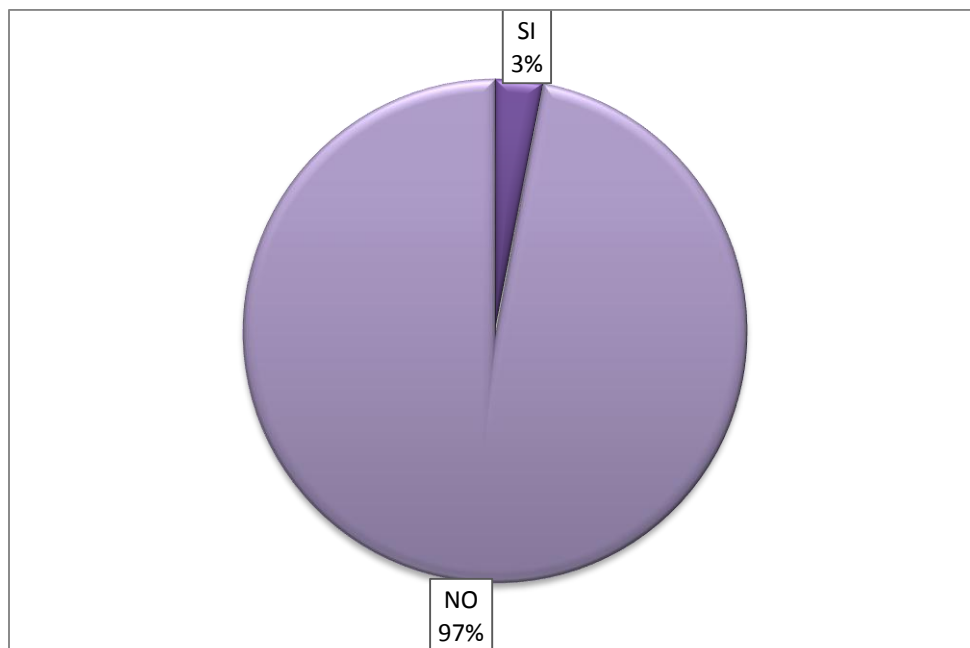
Fig. 5.1 Distribución porcentual de Síndrome de Eagle, en pacientes mujeres mayores de 35 años, de la ciudad de El Alto, 2014-2015



Fuente: Elaboración propia

El gráfico anterior muestra la incidencia de caso de síndrome de Eagle, en pacientes de sexo femenino que representa el 1% de todas la muestra, cabe resaltar que este caso corresponde a un criterio que no se remite solo a la longitud de la apófisis estiloides, sino que además se tomó en cuenta la clínica, es decir manifestaciones que son características de este síndrome, sensación de cuerpo extraño, limitaciones en el movimiento del cuello, dolor en región amigdalina y cefalea.

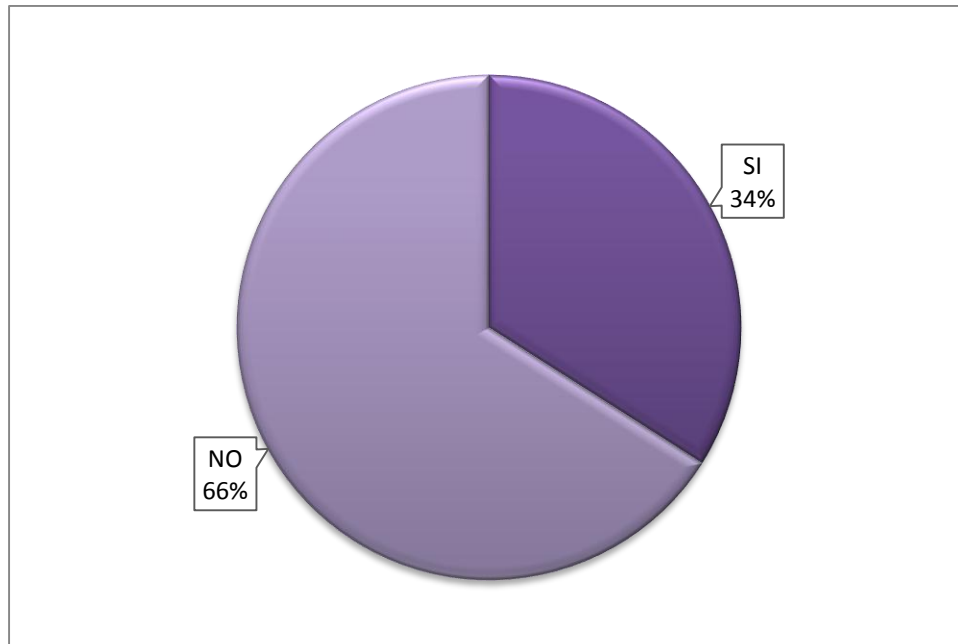
Fig. 5.2 Distribución porcentual de Síndrome de Eagle solo con criterio clínico, en pacientes mujeres mayores de 35 años, de la ciudad de El Alto, 2014-2015



Fuente: Elaboración propia

Al considerar solo la clínica en los pacientes en estudio, el porcentaje de síndrome de Eagle se incrementa en 2 puntos porcentuales, mayor que cuando se consideró la clínica y la longitud de la apófisis estiloides.

Fig. 5.3 Distribución porcentual de Síndrome de Eagle solo con criterio de la longitud de la apófisis estiloides, en pacientes mujeres mayores de 35 años, ciudad de El Alto, 2014 - 2015



Fuente: Elaboración propia

Comparando con los anteriores resultados al considerar solo la longitud el porcentaje de síndrome de Eagle se incrementa en 34 puntos porcentuales respecto al primer resultado.

Tabla 5.1 Distribución de la longitud de apófisis estiloide derecha según clínica, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto, 2014-2015

CLINICA		LONGITUD DE APOFISIS ESTILOIDE DERECHA					
		IGUAL O MENOR A 25		DE 25 A 35,9		IGUAL O MAYOR A 36	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
OTALGIA	SI	6	24	19	28	1	17
	NO	19	76	50	73	5	83
TINITUS	SI	9	36	24	35	3	50
	NO	16	64	45	65	3	50
SENSACION DE OIDO TAPADO	SI	4	16	18	26	1	17
	NO	21	84	51	74	5	83
SIALORREA	SI	3	12	8	12	3	50
	NO	22	88	61	88	3	50
DISFONIA	SI	2	8	5	7	0	0
	NO	23	92	64	93	6	100
DISFAGIA	SI	7	28	19	28	2	33
	NO	18	72	50	73	4	67
RUIDO DE ATM	SI	9	36	28	41	3	50
	NO	16	64	41	59	3	50
VERTIGO	SI	5	20	33	48	3	50
	NO	20	80	36	52	3	50
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN LA FAUCES	SI	2	8	6	9	1	17
	NO	23	92	63	91	5	83
LIMITACION EN EL MOV. DEL CUELLO	SI	5	20	8	12	3	50
	NO	20	80	61	88	3	50
ODINOFAGIA	SI	5	20	16	23	3	50
	NO	20	80	53	77	3	50
CEFALEA	SI	14	56	50	73	5	83
	NO	11	44	19	28	1	17

El cuadro anterior muestra que presentaron otalgia con mayor frecuencia el grupo de pacientes con una medida de 25 a 35,9mm, seguida de los de menos de 25mm. En cambio el tinitus fue más frecuente en el grupo con una longitud mayor a los 36mm, al igual que la sialorrea, los ruidos de la articulación temporomandibular, vértigo, limitaciones en el movimiento del cuello y dolor en la región amigdalina todos con el 50%. La sensación de oído tapado fue más

frecuente en el grupo intermedio con 26%. La disfonía fue más frecuente en el primer grupo es decir menor a 25mm.

La disfagia, sensación de cuerpo extraño en las fauces y la cefalea fueron mayores porcentualmente en el grupo de con la apófisis estiloideas mayor a 36mm, siendo importante la cefalea con 83%.

Tabla 5.2 Distribución de la longitud de apófisis estiloide derecha según clínica específica, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto, 2014-2015

CLINICA		LONGITUD DE APOFISIS ESTILOIDE DERECHA					
		IGUAL O MENOR A 25		DE 25 A 35,9		IGUAL O MAYOR A 36	
		F	%	F	%	F	%
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN LA FAUCES	SI	2	8,00	6	8,70	1	16,70
	NO	23	92,00	63	91,30	5	83,30
LIMITACION EN EL MOV. DEL CUELLO	SI	5	20,00	8	11,60	3	50,00
	NO	20	80,00	61	88,40	3	50,00
DOLOR REGION AMIGDALINA	SI	5	20,00	16	23,20	3	50,00
	NO	20	80,00	53	76,80	3	50,00
CEFALEA	SI	14	56,00	50	72,50	5	83,30
	NO	11	44,00	19	27,50	1	16,70

Se puede apreciar que solo un paciente presentó los cuatro criterios clínicos para síndrome de Eagle, siendo la sensación de cuerpo extraño que no presentaron el resto de los pacientes que con solo tres criterios, la mayor frecuencia fue en el grupo de las pacientes con una apófisis mayor a 36mm.

Tabla 5.3 Distribución de la longitud de apófisis estiloide izquierda según clínica, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la, ciudad de El Alto, 2014-2015

CLINICA		LONGITUD DE APOFISIS ESTILOIDE IZQUIERDA					
		IGUAL O MENOR A 25		DE 25 A 35,9		IGUAL O MAYOR A 36	
		FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
OTALGIA	SI	6	29	17	23	3	75
	NO	15	71	58	77	1	25
TINITUS	SI	7	33	25	33	4	100
	NO	14	67	50	67	0	0
SENSACION DE OIDO TAPADO	SI	4	19	17	23	2	50
	NO	17	81	58	77	2	50
SIALORREA	SI	2	10	9	12	3	75
	NO	19	91	66	88	1	25
DISFONIA	SI	2	10	3	4	2	50
	NO	19	91	72	96	2	50
DISFAGIA	SI	5	24	21	28	2	50
	NO	16	76	54	72	2	50
RUIDO DE ATM	SI	11	52	28	37	1	25
	NO	10	48	47	63	3	75
VERTIGO	SI	8	38	32	43	1	25
	NO	13	62	43	57	3	75
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN LA FAUCES	SI	3	14	5	7	1	25
	NO	18	86	70	93	3	75
LIMITACION EN EL MOV. DEL CUELLO	SI	2	10	12	16	2	50
	NO	19	91	63	84	2	50
ODINOFAGIA	SI	5	24	17	23	2	50
	NO	16	76	58	77	2	50
CEFALEA	SI	15	71	50	67	4	100
	NO	6	29	25	33	0	0

De acuerdo al cuadro anterior se puede apreciar que la totalidad de los pacientes con una longitud mayor a 36 mm de la apófisis estiloides tinitus y cefalea. El 75% de estos pacientes presentó otalgia y sialorrea. La mitad de todos estos mismos pacientes presentaron sensación de oído tapado, disfonía, disfagia, limitaciones en el movimiento del cuello y dolor en región amigdalina.

El 52% de los pacientes del grupo igual o menor a 25mm presentaron ruidos de la articulación temporomandibular. El grupo de 25 a 35,9 presento vértigo siendo el grupo con mayor porcentaje (43%). Finalmente el grupo que más presentó sensación de cuerpo extraño en las fauces fueron los pacientes con una longitud mayor a 36 mm de la apófisis estiloides.

Tabla 5.4 Distribución de la longitud de apófisis estiloide Izquierda según clínica específica, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto, 2014-2015

		LONGITUD DE APOFISIS ESTILOIDE IZQUIERDA					
		IGUAL O MENOR A 25		DE 25 A 35,9		IGUAL O MAYOR A 36	
		F	%	F	%	F	%
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN LA FAUCES	SI	3	14,3	5	6,7	1	25,0
	NO	18	85,7	70	93,3	3	75,0
LIMITACION EN EL MOV. DEL CUELLO	SI	2	9,5	12	16,0	2	50,0
	NO	19	90,5	63	84,0	2	50,0
DOLOR REGION AMIGDALINA	SI	5	23,8	17	22,7	2	50,0
	NO	16	76,2	58	77,3	2	50,0
CEFALEA	SI	15	71,4	50	66,7	4	100,0
	NO	6	28,6	25	33,3	0	0,0

El cuadro anterior muestra un comportamiento similar al resultado anterior, solo una paciente presento los cuatro criterios clínicos con, siendo mayor la frecuencia en los pacientes con elongación mayor a 36 mm de la apófisis estiloides.

Tabla 5.5 Relación entre Síndrome Eagle, clínica y desdentación parcial superior, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de El Alto, 2014-2015

CLINICA		EAGLE							
		SI				NO			
		DESDENTADO PARCIAL SUPERIOR				DESDENTADO PARCIAL SUPERIOR			
		SI		NO		SI		NO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
OTALGIA	SI	0	0	1	100	16	23	9	30
	NO	0	0	0	0	53	77	21	70
TINITUS	SI	0	0	1	100	23	33	12	40
	NO	0	0	0	0	46	67	18	60
SENSACION DE OIDO TAPADO	SI	0	0	1	100	12	17	10	33
	NO	0	0	0	0	57	83	20	67
SIALORREA	SI	0	0	1	100	8	12	5	17
	NO	0	0	0	0	61	88	25	83
DISFONIA	SI	0	0	1	100	4	6	2	7
	NO	0	0	0	0	65	94	28	93
DISFAGIA	SI	0	0	1	100	18	26	9	30
	NO	0	0	0	0	51	74	21	70
RUIDO DE ATM	SI	0	0	1	100	28	41	11	37
	NO	0	0	0	0	41	59	19	63
VERTIGO	SI	0	0	1	100	29	42	11	37
	NO	0	0	0	0	40	58	19	63
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN LA FAUCES	SI	0	0	1	100	5	7	3	10
	NO	0	0	0	0	64	93	27	90
LIMITACION EN EL MOV. DEL CUELLO	SI	0	0	1	100	9	13	6	20
	NO	0	0	0	0	60	87	24	80
ODINOFAGIA	SI	0	0	1	100	15	22	8	27
	NO	0	0	0	0	54	78	22	73
CEFALEA	SI	0	0	1	100	47	68	21	70
	NO	0	0	0	0	22	32	9	30

En la tabla 5.3 se puede identificar que solo los pacientes que no presentaron el síndrome Eagle presentaron manifestaciones clínicas, siendo más evidente está en el grupo de los que no están con desdentación parcial superior, a excepción de los ruidos de la articulación temporomandibular y vértigo que fue mayor en los que tenían desdentación parcial superior.

Tabla 5.6 Relación entre Síndrome Eagle, clínica y desdentación parcial inferior, pacientes mujeres mayores de 35 años, de la ciudad de El Alto, 2014-2015

CLINICA		EAGLE							
		SI				NO			
		DESDENTADO PARCIAL INFERIOR				DESDENTADO PARCIAL INFERIOR			
		SI		NO		SI		NO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
OTALGIA	SI	1	100	0	0	22	25	3	30
	NO	0	0	0	0	67	75	7	70
TINITUS	SI	1	100	0	0	32	36	3	30
	NO	0	0	0	0	57	64	7	70
SENSACION DE OIDO TAPADO	SI	1	100	0	0	17	19	5	50
	NO	0	0	0	0	72	81	5	50
SIALORREA	SI	1	100	0	0	12	14	1	10
	NO	0	0,0	0	0	77	87	9	90
DISFONIA	SI	1	100	0	0	5	6	1	10
	NO	0	0	0	0	84	94	9	90
DISFAGIA	SI	1	100	0	0	24	27	3	30
	NO	0	0	0	0	65	73	7	70
RUIDO DE ATM	SI	1	100	0	0	34	38	5	50
	NO	0	0	0	0	55	62	5	50
VERTIGO	SI	1	100	0	0	37	42	3	30
	NO	0	0	0	0	52	58	7	70
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN LA FAUCES	SI	1	100	0	0	8	9	0	0
	NO	0	0	0	0	81	91	10	100
LIMITACION EN EL MOV. DEL CUELLO	SI	1	100	0	0	15	17	0	0
	NO	0	0	0	0	74	83	10	100
ODINOFAGIA	SI	1	100	0	0	20	23	3	30
	NO	0	0	0	0	69	78	7	70
CEFALEA	SI	1	100	0	0	62	70	6	60
	NO	0	0,	0	0	27	30	4	40

El comportamiento de los datos al contrastar la clínica, el síndrome de Eagle y el estado de desdentación parcial inferior, presento todas las manifestaciones clínicas propias de este síndrome.

Tabla 5.7 Relación entre Síndrome Eagle, clínica y desdentación total superior, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la, ciudad de el alto, 2014 - 2015

CLINICA		EAGLE							
		SI				NO			
		DESDENTADO TOTAL SUPERIOR				DESDENTADO TOTAL SUPERIOR			
		SI		NO		SI		NO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
OTALGIA	SI	1	100	0	0	7	32	18	23
	NO	0	0	0	0	15	68	59	77
TINITUS	SI	1	100	0	0	8	36	27	35
	NO	0	0	0	0	14	64	50	65
SENSACION DE OIDO TAPADO	SI	1	100	0	0	8	36	14	18
	NO	0	0	0	0	14	64	63	82
SIALORREA	SI	1	100	0	0	3	14	10	13
	NO	0	0,0	0	0	19	86	67	87
DISFONIA	SI	1	100	0	0	1	5	5	7
	NO	0	0	0	0	21	96	72	94
DISFAGIA	SI	1	100	0	0	7	32	20	26
	NO	0	0	0	0	15	68	57	74
RUIDO DE ATM	SI	1	100	0	0	9	41	30	39
	NO	0	0	0	0	13	59	47	61
VERTIGO	SI	1	100	0	0	7	32	33	43
	NO	0	0	0	0	15	68	44	57
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN LA FAUCES	SI	1	100	0	0	3	14	5	7
	NO	0	0	0	0	19	86	72	94
LIMITACION EN EL MOV. DEL CUELLO	SI	1	100	0	0	4	18	11	14
	NO	0	0	0	0	18	82	66	86
ODINOFAGIA	SI	1	100	0	0	6	27	17	22
	NO	0	0	0	0	16	73	60	78
CEFALEA	SI	1	100	0	0	14	64	54	70
	NO	0	0	0	0	8	36	23	30

El comportamiento de los datos al contrastar la clínica, el síndrome de Eagle y el estado de desdentación total superior es similar al resultado anterior presentando las manifestaciones propias del Síndrome de Eagle

Tabla 5.8 Relación entre Síndrome Eagle, clínica y desdentación total inferior, en pacientes mujeres mayores de 35 años de la ciudad de el alto, 2014 - 2015

CLINICA		EAGLE							
		SI				NO			
		DESDENTADO TOTAL INFERIOR				DESDENTADO TOTAL INFERIOR			
		SI		NO		SI		NO	
		F	%	F	%	F	%	F	%
OTALGIA	SI	0	0	1	100	2	20	23	26
	NO	0	0	0	0	8	80	66	74
TINITUS	SI	0	0	1	100	4	40	31	35
	NO	0	0	0	0	6	60	58	65
SENSACION DE OIDO TAPADO	SI	0	0	1	100	6	60	16	18
	NO	0	0	0	0	4	40	73	82
SIALORREA	SI	0	0	1	100	2	20	11	12
	NO	0	0	0	0	8	80	78	88
DISFONIA	SI	0	0	1	100	1	10	5	6
	NO	0	0	0	0	9	90	84	94
DISFAGIA	SI	0	0	1	100	3	30	24	27
	NO	0	0	0	0	7	70	65	73
RUIDO DE ATM	SI	0	0	1	100	4	40	35	39
	NO	0	0	0	0	6	60	54	61
VERTIGO	SI	0	0	1	100	4	40	36	40
	NO	0	0	0	0	6	60	53	60
SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO EN LA FAUCES	SI	0	0	1	100	0	0	8	9
	NO	0	0	0	0	10	100	81	91
LIMITACION EN EL MOV. DEL CUELLO	SI	0	0	1	100	1	10	14	16
	NO	0	0	0	0	9	90	75	84
ODINOFAGIA	SI	0	0	1	100	3	30	20	23
	NO	0	0	0	0	7	70	69	78
CEFALEA	SI	0	0	1	100	6	60	62	70
	NO	0	0	0	0	4	40	27	30

La condición de desdentado total inferior de acuerdo a resultado no se evidencia síndrome de Eagle. Se puede evidencia que la frecuencia de las cefaleas son altas seguido de dolor en la región amigdalina

Tabla 5.9 relación de grupos de edad y el Síndrome Eagle

EDAD AGRUPADA	EAGLE				TOTAL	
	SI		NO			
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
De 35 a 45	0	0,00	31	31,30	31	31,00
De 46 a 55	0	0,00	46	46,50	46	46,00
Mayor de 55	1	100,00	22	22,20	23	23,00
Total	1	100,00	99	100,00	100	100,00

En el cuadro anterior que el síndrome Eagle, con todos los criterios clínicos y de medición se presentó en el grupo mayor a 55 años.

Tabla 5.10 Relación de grupos de edad y el Síndrome Eagle

(Solo criterios clínicos)

EDAD AGRUPADA	EAGLE				TOTAL	
	SI		NO			
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
De 35 a 45	0	0,0	31	32,0	31	31,0
De 46 a 55	2	66,7	44	45,4	46	46,0
Mayor de 55	1	33,3	22	22,7	23	23,0
Total	3	100,0	97	100,0	100	100,0

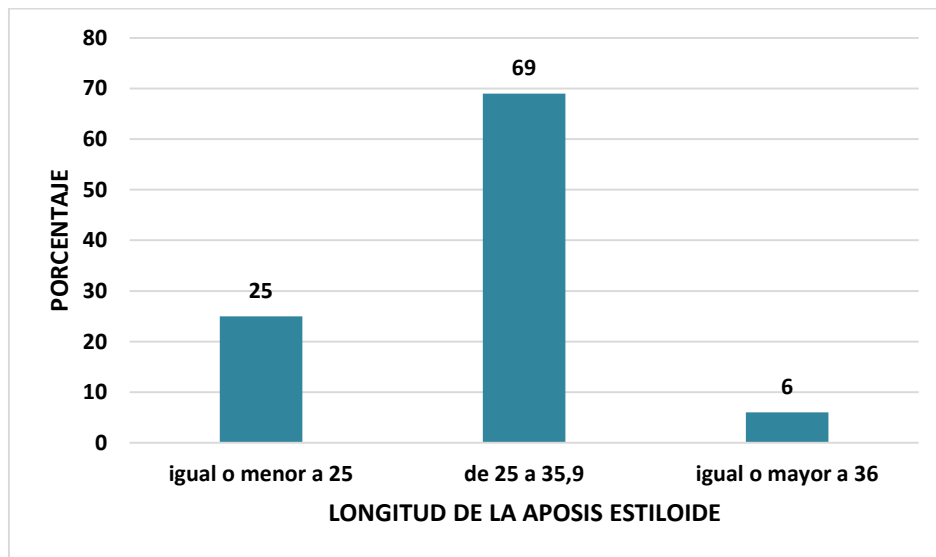
Al considerar solo criterios clínicos del síndrome Eagle además de la paciente mayor de 55 años, se identifica dos pacientes en el rango de edad de 46 a 55 años.

**Tabla 5.11 Relación de grupos de edad y el Síndrome Eagle
(Solo criterio de longitud de apófisis estiloides)**

EDAD AGRUPADA	EAGLE				TOTAL	
	SI		NO			
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
De 35 a 45	8	23,5	23	34,8	31	31,0
De 46 a 55	20	58,8	26	39,4	46	46,0
Mayor de 55	6	17,6	17	25,8	23	23,0
Total	34	100,0	66	100,0	100	100,0

Tomando en cuenta solo la medición de la longitud de la apófisis estiloides el número de casos aumenta a 34 identificándose la mayor frecuencia en el grupo de 46 a 55 años.

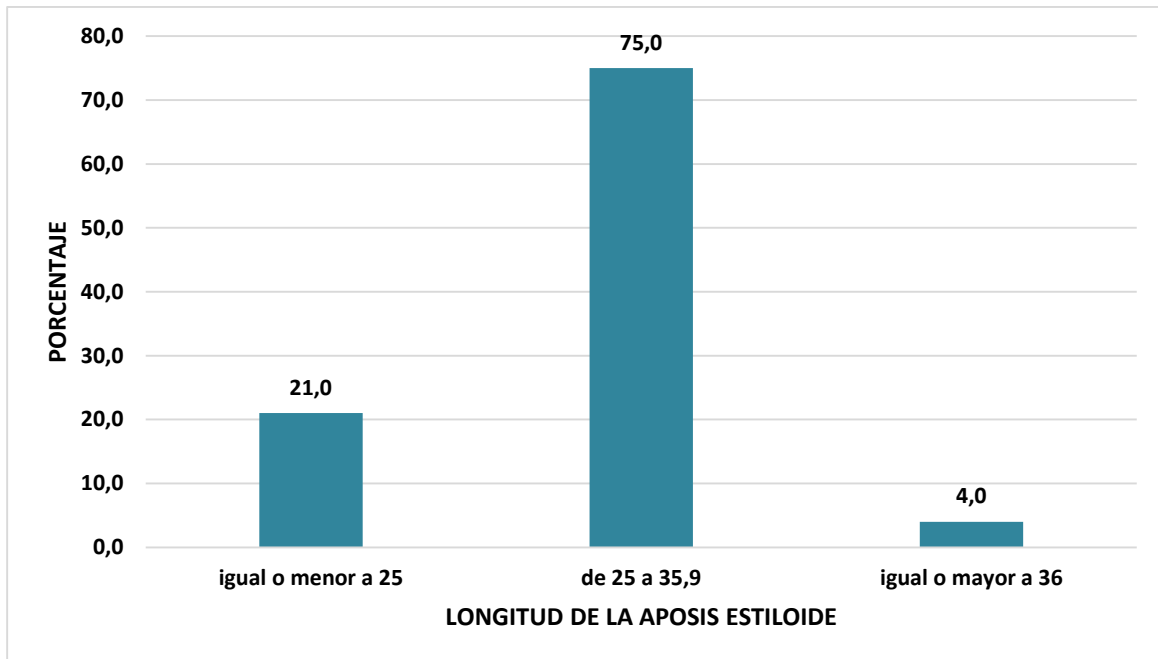
**Fig. 5.4 distribución porcentual según longitud
de la apófisis estiloide derecha**



Fuente: Elaboración propia

En el grafico se pude apreciar que la longitud más frecuente de la apófisis estiloide derecha fue de 25 a 35,9 mm, seguido de igual o menor a 25mm.

Fig. 5.5 Distribución porcentual según longitud de la apófisis estiloide izquierda



Fuente: Elaboración propia

De la misma forma que el anterior resultado la longitud de la apófisis estiloides izquierda guarda el mismo patrón que la derecha.

Tabla 5.12 Relación entre la desdentación y longitud de la apófisis estiloide derecha

DESDENTACION	CATEGORIA	APOFISIS ESTILOIDE DERECHA					
		IGUAL O MENOR A 25		DE 25 A 35,9		IGUAL O MAYOR A 36	
		F	%	F	%	F	%
DESDENTADO PARCIAL SUPERIOR	SI	15	22	50	73	4	6
	NO	10	32	19	61	2	7
DESDENTADO PARCIAL INFERIOR	SI	21	24	62	70	6	7
	NO	4	36	7	64	0	0
DESDENTADO TOTAL SUP	SI	9	39	13	57	1	4
	NO	16	21	56	73	5	7
DESDENTADO TOTAL INF.	SI	4	36	6	55	1	9
	NO	21	24	63	71	5	6

La frecuencia de desdentación parcial superior es mucho mayor en las pacientes con la apófisis estiloide de 25 a 35,9 con 73% cifra mayor en relación a los que están en esta condición. Situación similar en la desdentación parcial inferior. Panorama similar en la desdentación total superior.

Tabla 5.13 Relación entre la desdentación y longitud de la apófisis estiloide izquierda

DESDENTACION	CATEGORIA	APOFISIS ESTILOIDE IZQUIERDA					
		IGUAL O MENOR A 25		DE 25 A 35,9		IGUAL O MAYOR A 36	
		F	%	F	%	F	%
DESDENTADO PARCIAL SUPERIOR	SI	12	17	56	81	1	1
	NO	9	29	19	61	3	10
DESDENTADO PARCIAL INFERIOR	SI	16	18	69	78	4	5
	NO	5	46	6	55	0	0
DESDENTADO TOTAL SUP	SI	7	30	15	65	1	4
	NO	14	18	60	78	3	4
DESDENTADO TOTAL INF.	SI	5	46	5	46	1	9
	NO	16	18	70	79	3	3

Los patrones de los resultados encontrados en el anterior resultado se mantienen al contrastar la desdentación con la longitud de la apófisis estiloides izquierda.

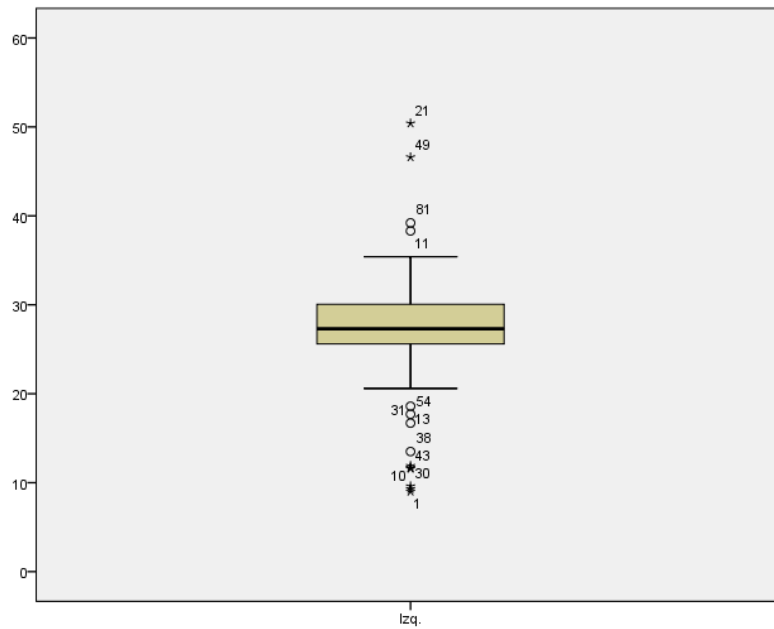
Tabla 5.14 Estadísticos descriptivos de la longitud de la apófisis estiloide izquierda y derecha

ESTADÍSTICO	DER.	IZQ.
MEDIA	27,491	27,048
IC 95% LI	26,2236	25,7317
IC 95% LS	28,7584	28,3643
MEDIA RECORTADA AL 5%	27,6178	27,1533
MEDIANA	28,2	27,3
VARIANZA	40,798	44,008
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	6,38732	6,63385
MÍNIMO	9,3	9
MÁXIMO	48,1	50,4
RANGO	38,8	41,4
RANGO INTERCUARTIL	5,22	4,48
ASIMETRÍA	-0,401	-0,345
CURTOSIS	2,243	2,918

Como se puede apreciar en el cuadro el promedio de la longitud de la apófisis estiloide es similar, siendo la diferencia 0,443mm de la derecha que es mayor respecto a la izquierda, al recortar el 5% de los valores extremos esta diferencia se mantiene, aunque el intervalo de confianza es menor en la derecha. El 50% de los datos están por encima de 28 y 27 mm (derecha e izquierda) y el restante 50% por encima de estos valores. El promedio de dispersión de los datos es mayor en la izquierda respecto al su promedio. Los valores mínimo y máximo varían siendo el rango más amplio para la izquierda. Todos los datos tienen asimetría negativa y son leptocurticas.

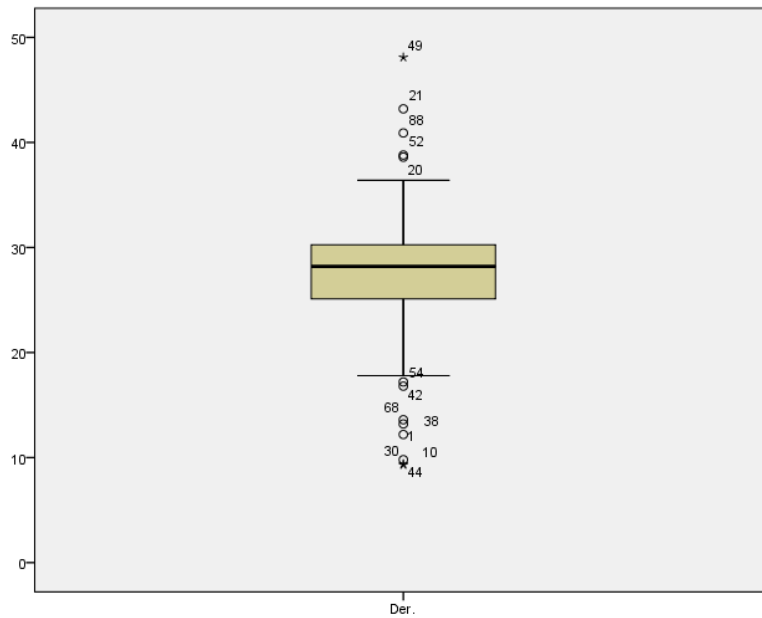
Los datos mencionados anteriormente se pueden corroborar en los siguientes gráficos.

Fig. 5.6 cajas y bigotes según longitud de la apófisis estiloide izquierda



Fuente: Elaboración propia

Fig. 5.7 Cajas y bigotes según longitud de la apófisis estiloide derecha



Fuente: Elaboración propia

CAPITULO VI

6. Conclusiones

- La población femenina mayor a 35 años de la ciudad de El Alto presenta una prevalencia del 1 % de los 100 casos estudiados, con elongación de la apófisis estiloides del lado derecho con 28.4 mm y el lado izquierdo 34.2mm la sintomatología característica del síndrome de Eagle.
- La frecuencia de signos y síntomas se hicieron presentes en la mayoría de los pacientes, pero cabe mencionar que se cumplieron los datos obtenidos de las investigaciones realizadas sobre la sintomatología, es decir cefalea, odinofagia, limitación del movimiento del cuello y sensación de cuerpo extraño en la faringe.
- Es importante tomar en cuenta que la elongación de la apófisis estiloides sin sintomatología presente fue de 34%, por tal motivo, si bien no presento sintomatología en el momento de estudio, esto no lo excluye del síndrome de Eagle.
- Según edad la elongación de la apófisis estiloides se observó en un 58.8%, en Mujeres que se encontraban entre los 46 a 55 años, 20 pacientes.
- Se presenta con mayor frecuencia en una longitud comprendida entre 25 a 35.9mm tanto la elongación de la apófisis estiloides del lado derecho como en el izquierda.
- De acuerdo a resultados que se obtuvieron, la elongación de la apófisis estiloides fueron similares tanto del lado derecho como del lado izquierdo promedio de 27mm, es decir existe un equilibrio de su elongación para ambos lados

- *La elongación de la Apófisis estiloides del lado derecho* se presentó en pacientes que presentaron tanto en desdentación parcial superior e inferior en un 78% y 77%; en desdentados total superior o inferior es de 61% y 69% *La elongación de la apófisis estiloides izquierdo* en la misma condición, se presentó en un 83% en ambas condiciones. En los desdentados totales superior e inferior se presentó en 69% y 54%.

6.1 Recomendaciones

- Es de suma importancia realizar una buena historia clínica y un buen examen clínico de todos los pacientes que se presentan a consulta no solo avocándonos al examen dental. Ya que la sintomatología y el uso de una radiografía panorámica nos servirían para el diagnóstico de este síndrome
- Es fundamental prestar atención a pacientes que presentan desdentación total, ya que demuestran trastornos temporomandibulares y son relevantes por encontrarse relacionada a esta patología, en estos casos realizar un examen clínico minucioso extrabucal.
- Se sugiere solicitar a todos los pacientes con desdentación parcial y total, que acuden a nuestra consulta, radiografías panorámicas que coadyuvaran en el diagnóstico, ya sea para un tratamiento rehabilitador o para los diagnósticos de este tipo de patologías.

6.2 Sugerencias para futuras investigaciones

- Se sugiere Ampliar en número de pacientes sujetos a estudio, siguiendo los mismos lineamientos de la investigación de tal manera se pueda conocer una prevalencia total en la población femenina de El Alto.

- Se sugiere realizar en mismo tipo de investigación en la población femenina de la Ciudad de La Paz. Y correlacionar los resultados obtenidos.
- Se sugiere realizar la relación Fisiopatológica existente entre el síndrome de Eagle y los pacientes que presentan desdentación ya sea parcial o total.

6.3 Referencias bibliográficas

1. H. Rouviere, A. Delmas; Anatomía de Humana Tomo I, 11º Edición, (Ed.) Aleu S.A. 2005, Pag. 69-71
2. Testut L. Tratado de Anatomía Humana, 8ª edición, I, 301, (Ed.) .Salvat, 1969.pag 153-168.
3. O'Rahilly, R. Anatomía De Gardner, 5ºedicion cap.52, (Ed.) editorial interamericana Mcgaw-Hill 1989, Pág. 647-670.
4. Carlson Bruce M; Embriología humana y biología del desarrollo, 2ª Edición, (Ed) Harcourt, 2000 Pág 292-298
5. Langman, Jan; Embriología Médica; 10ª ed. (Ed.). Médica Panamericana.1981. Pág 335-369.
6. Dávalos, F; Embriología y Genética; 4ª 2008. Pag. 151-155.
7. E Gómez de Ferrari; Histología y Embriología buco dentaria, 2º Edición (Ed) Panamericana 2005 Pag 50-58.
8. Goaz Whithe; Radiología Oral Principios E Instrumentación 3º(Ed), Cap. 27 Harcourt Brace; pag 629-631.
9. Tísner Nieto, Tísner Giraldo, Abad Royo, Abad Marco, Calcificación Del Ligamento Estilohioideo: Estilalgia De Aubin y síndrome De Eagle, Asociación Aragonesa De Otorrinolaringología, Vol. 6 - nº 2, 2003.
10. Carmada AJ, Deschamps C, Forest D. Stylohyoid chain ossification: A discussion of etiology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1989, 67:508-14.
11. M. Gelabert Gonzalez y A Garcia, Síndrome de Eagle. Una causa poco precuente de cervicalgia, Universidad de Santiago, Neurocirugía vol.19 no.3 jun. 2008
12. Eduardo prados Serrat, implicaciones miofuncionales en el síndromes de Eagle. Bases diagnósticas, terapéuticas y posturales del funcionalismo cráneo mandibular; 2002 pág. 276- 278.
13. Focasi Ortiz, Frecuencia de los tipos y patrones de calcificación radiográfica del proceso Estilohioideo en las radiografías panorámicas; Universidad "inca garcilaso de la Vega" 2009.

14. Rolando Morales y Mario Cartin Proceso estiloides elongado; criterios de diagnóstico diferencial; J odontostomat 2010; 4(3) p. 223-228.
15. José Lacet De Lima Jr, Julierme Ferreira Rocha, Eduardo Dias Ribeiro, Vânio Santos Costa, Eliane Marques De Sousa, síndrome de eagle: revisión de La literatura, Acta odontológica venezolana; v.45 n.2 caracas2007.
16. Sawyer, Danny R., Allison, Marvin J., Pezzia, Alejandro , "Elongated Styloid Process in a Pre-Columbian Peruvian" ;Journal of Dental Research, Vol. 59 Issue 1, p79.
17. Godden, S Adam, and R T Woodward; Eagle's syndrome: an unusual cause of a clicking jaw; British Dental Journal, volume 186, no. 10, (1999).
18. Cantín, L. M.; Suazo, G. I., Venegas, R. B.; Zavando, M. D. & Muñoz, C. R. Síndrome de Eagle bilateral, reporte de un caso. *Int. J. Odontostomat.*, 1(2):141-145, 2007.
19. Luz, J.G.C., Rodrigues, L., Chilvarquer, I., Soler, J.M.P. ,Mineralization of stylohyoid ligament complex in patients with temporomandibular disorders and asymptomatic individuals: a comparative study. *Journal of Oral Rehabilitation*; (2003), Vol. 30 Issue 9, p909-913, 5p.
20. Célia Maritza rizzatti- barbosa, osvaldo; elongamiento del proceso estiloide en una población adulta totalmente desdentada, acta odontológica venezolana, vol 42 n° 1 / 2004.
21. Rodolfo Nasar y Col. Síndrome de Eagle en otorrinolaringología. *Rev. Hosp. Clin. Universidad de Chile* 2008; 19 156-6.
22. Articulación temporomandibular (ATM) Síndrome, síntomas y tratamiento; Instituto Maxilofacial 2013.
23. Katusic S, Williams DB, Beard CM, Bergstralh E, Kurland LT. Incidence and clinical features of glossopharyngeal neuralgia, Rochester, Minnesota, 1945–1984. *Neuroepidemiology* 1991; 10: 266–75.
24. González, José María y Col.; Neuralgia del glossofaríngeo y examen neurológico - revisión bibliográfica, volumen 48 n° 1 / 2010.
25. Dra. Ileana Grau León, y Col; consideraciones de los trastornos temporomandibulares, *Rev. Cubana Estomatol.* v.42 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2005.
26. Agustín Bescós y Col. Tratamiento de la neuralgia del trigémino: actualización y perspectivas futuras de las técnicas percutáneas *Rev. Neurol* 2015; 61 (3): 114-124.



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ACREDITADA NACIONAL E INTERNACIONALMENTE A PARTIR DEL 2002



La Paz, 21 de noviembre de 2014.
CITE: QDQNP/G/PATOLOGIA/1SR/2014

Señora:
Dra. Maritza Alconce Vedia
TUTOR DE "TRABAJO DE GRADO"
Especialidad de Patología Buco Maxilo Facial - Versión I
Facultad de Odontología - U.M.S.A.
Presente.-

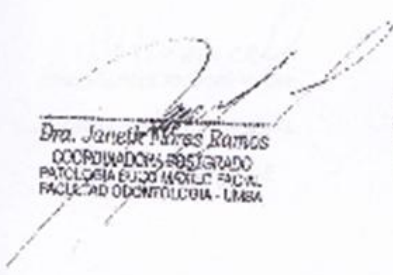
Ref. Solicitud de Informe escrito de avance o conclusión del "Trabajo de grado" del Dr. Soto Gonzales Luis Fernando

Estimada Dra.

A tiempo de saludarla, solicito a usted puede rendir un **INFORME ESCRITO** del porcentaje de avance o conclusión del "Trabajo de Grado: INCIDENCIA DEL SINDROME DE EAGLE Y SU RELACION SINTOMATOLOGICA CERVICO FACIAL. EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS DE LA CIUDAD DE EL ALTO - LA PAZ, DURANTE JULIO A SEPTIEMBRE DEL 2014", del Dr. Soto Gonzales Luis Fernando (Cursante de la Especialidad de Patología Buco Maxilo Facial - Versión I), hasta el viernes 28 de noviembre del presente año de manera impostergradable.

Con la finalidad de tener una información objetiva que será útil para rendir el informe final de la presente gestión, me despido de usted con las atenciones correspondientes.

Atentamente.


Dra. Janette Torres Ramos
COORDINADORA ASISTENTE
PATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL
FACULTAD ODONTOLOGIA - UMSA



La Paz, 28 de Noviembre de 2014



Señora:

Dra. Janeth Flores Ramos

28 NOV. 2014

COORDINADORA DE LA ESPECIALIDAD DE PATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

Facultad de Odontología - UMSA

Presente.-

Ref. Informe de avance del "Trabajo de grado" del Dr. Luis Fernando Soto Gonzales

Estimada Doctora,

A tiempo de hacerle llegar un cordial saludo, tengo a bien informarle que el "Trabajo de Grado: INCIDENCIA DEL SINDROME DE EAGLE Y SU RELACION SIMTOMATOLOGICA CERVICOFACIAL, EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS DE LA CIUDAD DE EL ALTO- LA PAZ DURANTE JULIO A SEPTIEMBRE DEL 2014", del Dr. Luis Fernando Soto Gonzales (Cursante de la Especialidad de Patología Bucó Maxilo Facial Versión I) tiene un **avance del 70%** estando en la etapa del análisis de resultados.

Sin otro particular saludo a Ud. Con las más distinguidas consideraciones.

Atentamente,

Dra. Maritza Alconce Vedia

RADIOLOGA MAXILOFACIAL

UNIVERSIDAD DE CHILE

Cc/Arch

28 NOV 2014

SEÑORA SI USTED PRESENTA ESTOS MALESTARES:

- Le duele la cabeza
- Siente dolor al hacer pasar la saliva o comida
- Si le duele el cuello al mover

No se lo pierda

Acuda a nosotros para realizarse un examen radiológico **GRATUITO**

En "RADIOMAX BOLIVIA"

Nuestra dirección es: Zollo Flores, edificio Figliozzi # 1266, mezzanine of 8 Zona San Pedro

Tel: 2491494

NO ESPERE MAS CUIDE SU SALUD



TE ESPERAMOS

SEÑORA SI USTED PRESENTA ESTOS MALESTARES:

- Le duele la cabeza
- Siente dolor al hacer pasar la saliva o comida
- Si le duele el cuello al mover

No se lo pierda

Acuda a nosotros para realizarse un examen radiológico **GRATUITO**

En "RADIOMAX BOLIVIA"

Nuestra dirección es: Zollo Flores, edificio Figliozzi # 1266, mezzanine of 8 Zona San Pedro

Tel: 2491494

NO ESPERE MAS CUIDE SU SALUD



TE ESPERAMOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Paz _____ de _____ del _____

Estimada señora mediante la presente le hacemos llegar una invitación para realizar un estudio que tiene como propósito conocer si su persona padece los siguientes síntomas: dolor de cabeza; limitación en el movimiento del cuello; dolor al deglutir y si siente la sensación de cuerpo extraño en la faringe. Así podremos coadyuvar en el diagnóstico oportuno de alguna posible enfermedad para evitar numerosas consecuencias.

Si usted acepta, le realizaremos un examen clínico estomatológico y un examen radiológico gratis.

Su participación en el presente estudio es totalmente voluntaria, teniendo derecho a negarse a participar en el momento de la realización de la entrevista.

Los resultados de los exámenes son estrictamente confidenciales; solo serán del conocimiento por el Dr. a cargo del proyecto y del Técnico Radiólogo.

Su colaboración será de mucha importancia para la recolección de información en bien de la ciencia Odontológica, para distinguir signos y síntomas de enfermedades a tiempo y remitir a la especialidad correspondiente.

Si usted tiene dudas, comentarios o quejas respecto al estudio, le rogamos comunicarse con la dirección de Post-Grado de la Especialidad en Patología Buceo maxilofacial de la Facultad de Odontología UMSA.

DR. Luis Fernando Soto Gonzales

Cursante Post-Grado

Especialidad Patología Buceo maxilofacial

CONSETIMIENTO

Acepto participar en el estudio SI () NO ()

NOMBRE _____

FECHA _____

FIRMA _____



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESPECIALIDAD EN PATOLOGIA BUCOMAXILO FACIAL

FICHA CLINICA

Nombre del paciente:.....

Edad.....

Síntomas y signos posibles que presentes el síndrome de Eagle	SI	NO
Dolor de la región Amigdalina (odinofagia)		
Dolor de cabeza (cefalea)		
Dolor de Oído (otalgia)		
Zumbido en el oído (Tinnitus)		
Sensación de Oído Tapado		
Sialorrea		
Dificultad la fonación del habla (Disfonía)		
Dificultad e imposibilidad de tragar (Disfagia)		
Limitación en el movimiento del cuello		
Ruido a nivel del ATM		
Sensación de Cuerpo extraño en la faringe		
Trastorno del sentido del equilibrio, sensación de falta de estabilidad (vértigo)		

Dr. Luis Fernando Soto G.
Cursante Patología bucomaxilofacial