

SUMMARY

With the occasion of the change of policy in the management of penetrating abdominal wounds that took place in the Hospital Universitario del Valle, in Cali, the 1st. of November/73 all cases attended in the year prior and the year after were studied. Compulsory laparotomy was changed for selective laparotomy in case of positive abdominal signs. Frequency of laparotomies descended from 79.4% (177/223) in the year before, to 49.4% (163/330) in the year after. Percentage of negative laparotomies descended from 26 to 5 in the two periods. Although there were more complications in the second period in is considered that selective laparotomy is beneficial for the patients.

REFERENCIAS

1. Fitcher, R. M. y Zaki, M. H.: Selective conservative management of penetrating abdominal injuries. *Surg Gynec Obstet* 130: 677-680, 1971.
2. Lofti, J. W. y Jurani, P.: Comparative study of mandatory and selective surgical intervention in stab wounds of the abdomen. *Surgery* 69: 546-550, 1971.
3. Ritcher, R. M. y Zaki, M. H.: Selective conservative management of abdominal injuries. *Ann Surg* 166: 238-242, 1967.
4. Stein, A. y Lissos, L.: Selective management of penetrating wounds of the abdomen. *J Trauma* 8: 1014-1017, 1968.
5. Shaftan, G. W.: Selective conservation in penetrating abdominal trauma. *J Trauma* 9: 1026-1032, 1969.
6. Mathwson, C.: Positive exploration of stab wounds of the abdomen. *J Trauma* 9: 1028-1030, 1969.
7. Shaftan, G. W.: Selective conservation in penetrating abdominal trauma. *Surgery* 69: 114-119, 1971.
8. Wilder, J. R. y Haberman, R. T.: Selective surgical interventions for stab wounds of the abdomen. *Surgery* 61: 231-236, 1967.
9. Vernaza, A., Echeverry, O. y González, A.: Trauma abdominal: Experiencia de cinco años en el Hospital Universitario del Valle. *Acta Med Valle* 6: 1-3, 1975.
10. Nance, F. C., Wennar, M. H., Johnson, L. W., Ingram, J. C. y Cohn, I.: Surgical judgment in the management of penetrating wounds of the abdomen: Experience with 2.212 patients. *Ann Surg* 179: 639-644, 1974.
11. Muñoz, G., Manzano, C. y Guerrero, R.: Comparación de la colostomía y el cierre primario en el tratamiento de las heridas de colon. *Acta Med Valle* 2: 144-147, 1972.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS SINDROMES ESTILOHIOIDEO Y ESTILOIDE¹

Pedro Blanco S., M. D.²

EXTRACTO

Noventa pacientes con síndrome estilohioideo recibieron como tratamiento una infiltración de un esteroide de depósito, en el punto más hipersensible de la región lateral del cuello. El seguimiento a tres años revela una recidiva del 27%, de los cuales el 90% recibieron dos o tres dosis posteriores con la remisión de sus síntomas. De 20 pacientes con síndrome estiloides, sólo a 5 se les practicó resección quirúrgica de la apófisis estiloides. El grupo restante rehusó el procedimiento. Se presentan y discuten las bases clínicas y radiológicas para el diagnóstico diferencial de estos dos síndromes.

INTRODUCCION

Normalmente la apófisis estiloides mide de 2-3 cms¹ y se encuentra elongada en el 4% de la población en general². Por otra parte el ligamento estilohioideo sufre calcificación asintomática en el 4% de la población³. En algunas ocasiones, sin que conozca hasta el momento la causa, la elongación de la estiloides o la calcificación del ligamento estilohioideo se vuelven dolorosos presentando una sintomatología vaga, frecuentemente, mal interpretada, que da origen a lo que se conoce con el nombre de síndromes estiloides (SE) y estilohioideo (SEH) respectivamente.

Los síntomas principales de estos síndromes son: dolor en la región lateral del cuello, alrededor del hueso hioides, dolor de oído y de garganta.

El diagnóstico clínico diferencial puede hacerse con relativa facilidad. Al examen físico no se encuentra patología a nivel de faringe o laringe en ninguno de los dos síndromes, pero si se realiza una palpación cuidadosa del cuello, se encuentra hipersensibilidad sobre el trayecto del ligamento estilohioideo, en caso del SEH, y reproducción del dolor, a la palpación endoral, en el SE.

Los hallazgos radiológicos muestran un ligamento estilohioideo calcificado en casos de SEH y una apófisis estiloides mayor de 3 cms. en los casos de SE (Figuras 1, 2 y 3)

Con este estudio se pretende establecer una caracterización clínico-patológica de estos síndromes y presentar los resultados de un método de tratamiento a base de infiltración local con un esteroide de depósito para el SEH y quirúrgico para el SE.

MATERIALES Y METODOS

Los casos fueron recogidos a través de un seguimiento prospectivo realizado en la sección de Otorrinolaringología del Hospital Universitario del Valle (HUV), desde el 1o. de Marzo de 1972 al 1o. de Marzo de 1975.

Durante este período se diagnosticaron 90 casos del sín-

1. Trabajo presentado en el IX Congreso Latinoamericano de ORL, Bogotá, Colombia, Junio 22 de 1975.

2. Auxiliar de Cátedra, Sección de Otorrinolaringología, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.



Figura 1. Las flechas indican la calcificación bilateral del ligamento estilohioideo. Nótese que el ligamento está calcificado en la totalidad de su extensión.

drome estilohioide y 20 del estiloide, para un total de 110 pacientes. La información sobre aspectos clínicos, radiológicos y terapéuticos, lo mismo que el seguimiento, iban siendo consignados en un formulario especial diseñado con este fin.

Para las infiltraciones se utilizó una jeringa ordinaria con una aguja No. 22 corta y una mezcla de 1 cc. de esteroide de depósito (betametasona o dexametasona depósito) con 2 cc. de xilocaína simple al 1%.

El tratamiento quirúrgico se practicó bajo anestesia general por vía transamigdalina. Previa disección del constrictor superior de la faringe, se rechazaba el nervio glossofaríngeo y se identificaba la apófisis estiloides. Se hacía sección de la parte prominente de la espina con adenótomo Beckman No. 0.

RESULTADOS

Edad y Sexo

De los 110 casos 87, correspondieron a mujeres cuya edad oscilaba entre los 20 y 39 años. Hay pues, un predominio de las mujeres y la relación hombre-mujer es de 1:4.

El caso más joven fue el de una mujer de 16 años y el más



Figura 2. La flecha muestra calcificación del ligamento estilohioideo en su parte medial.

viejo el de un hombre de 82 años (Cuadro 1). Como antecedente de importancia merece destacarse que 16 de los 20 (80%) pacientes con síndrome del estiloide eran amigdalectomizados.

Síntomas

El 61.1% de los casos consultaron inicialmente por dolor de garganta. Este se acompañó de otalgia en el 36.4%, siendo el síndrome estiloide el que con mayor frecuencia presentó este síntoma (Cuadro 2).

Signos

La hipersensibilidad del cuello a la palpación se presentó en el 85.5% de los casos, de los cuales el 59% correspondió al cuerno menor del hioides y un 39.9% a otros focos situados en el trayecto del ligamento estilohioideo.

Es importante recalcar, que de los 20 casos con diagnóstico de SE, 80% presentaron dolor a la palpación intraoral, con la reproducción de los síntomas originales; el 20% restantes acusaron hipersensibilidad palpatoria en la región lateral del cuello (Cuadro 3).

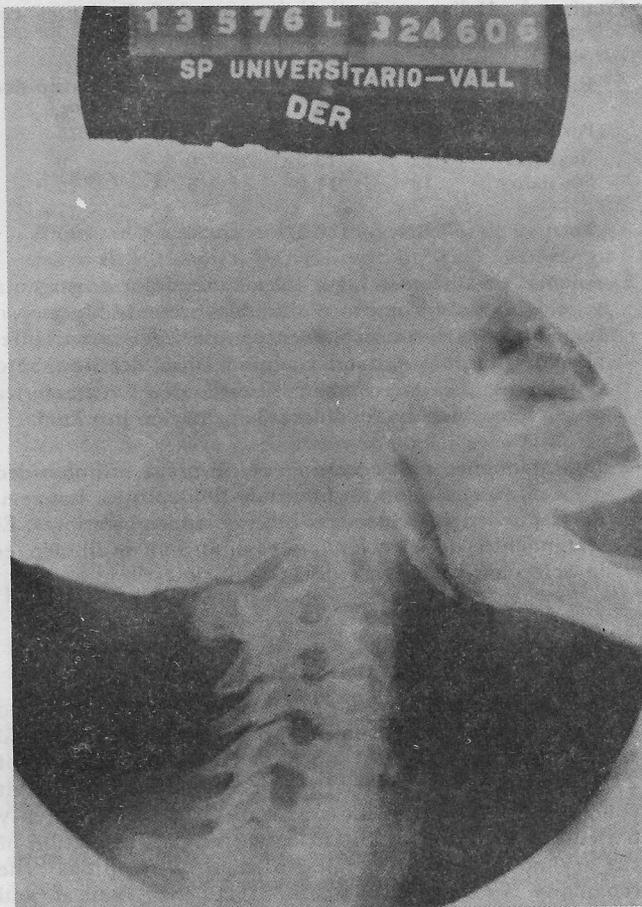


Figura 3. La flecha muestra elongación marcada de la apófisis estiloides.

Correlación clínico-radiológica

De los casos correspondientes al SEH 13% fueron radiológicamente negativos. Sin embargo, el tratamiento hizo desaparecer los síntomas.

En el SE las radiografías fueron positivas en los 15 pacientes que se tomaron las radiografías. Cinco pacientes no lo hicieron y por tanto el diagnóstico no se pudo confirmar radiológicamente.

Seguimiento

De los 20 casos de SE, se operaron 5, todos por vía endoral. Un paciente presentó paresia bilateral del velo palatino, de la cual se recuperó completamente. Los otros 4 no acusaron ninguna complicación. Los 15 restantes rehusaron el tratamiento quirúrgico.

En cuanto al SEH los 90 pacientes recibieron infiltración aunque 27.1% recidivaron después de la primera. Algunos necesitaron 3 ó 4 infiltraciones posteriores, para lograr la desaparición completa del cuadro clínico pero todos respon-

Cuadro 1. Distribución por Edad y Sexo de 110 Pacientes con Síntomas Estilohioideo y Estiloides. Cali, HUV 1972-1975

Grupos de Edad	Sexo		Total	%
	H	M		
10-19		3	3	2.7
20-29	7	40	47	42.7
30-39	6	34	40	36.4
40-49	2	10	12	10.9
50 y más	3	5	8	7.1
Todos	18	92	110	100%

dieron satisfactoriamente.

DISCUSION

Las causas que producen la calcificación del ligamento estilohioideo y la elongación de la apófisis estiloides, no son bien conocidas. Windeureich⁴, propone una teoría que, a la postre, resulta lógica. Este autor afirma que, el tendón contiene tejido conectivo vesicular, cuyas células llegan a ser el componente del tejido osteofibroso, el cual por interacción del calcio y un proceso osteoblástico, se transforma en tejido óseo. Un caso reportado por Steinmann⁵ en 1970, en donde narra el hecho extraordinario de un paciente, a quien 14 años después de reseca de la apófisis estiloides, volvió a su longitud normal, parece confirmar la teoría expuesta anteriormente. Sin embargo, quedan oscuras las causas que desencadenan la aparición de estos fenómenos.

Balasubramanian⁶, en 1964, sugirió como probables causas del dolor, la ruptura de las calcificaciones, producidas por movimientos bruscos de la cabeza. Esta ruptura genera tejido de granulación que al hacer compresión a las estructuras vecinas, precipita el dolor. Es necesario recordar que el ligamento estilohioideo tiene gran movilidad especialmente por su inserción en el hioides. Por este motivo puede ser causa de disrupción del ligamento calcificado, los movimientos bruscos del hioides durante la fonación, la deglución y la respiración.

Las teorías expuestas anteriormente podrían sustentarse con los resultados terapéuticos hallados en el presente estudio. El alivio y remisión de los síntomas después de la aplicación local de un esteroide nos demuestra la existencia de un proceso inflamatorio focal.

Cuadro 2. Causas de Consulta en 110 Pacientes con Síndromes Estilohioideo y Estiloides

Síntomas	Pacientes atendidos	
	N	%
1. Dolor de Garganta	45	40.9
2. Dolor de Oído	6	5.5
3. Dolor de Garganta y Oído	40	36.4
4. Dolor en el Cuello	17	15.4
5. Cefalea	2	1.8
Total	110	100%

Cuadro 3. Hallazgos Clínicos en 110 Pacientes con Síndromes Estilohioideo y Estiloideo

Signos Clínicos	Pacientes examinados	
	N	%
1. Dolor palpatorio sobre cuerpo inferior hiodes	50	45.6
2. Dolor palpatorio por encima del cuerpo mayor hiodes	16	14.5
3. Dolor palpatorio sobre paquete Vásculo-nervioso	16	14.5
4. Dolor palpatorio bajo el ángulo mandíbula	12	10.9
5. Dolor palpatorio intraoral	16	14.5
Total	110	100%

Según los hallazgos del presente trabajo la calcificación puede hacerse en cualquier sitio del trayecto del ligamento estiloideo y la sintomatología se desarrolla en el lugar correspondiente a su ruptura. En contraste, Shenol³, sostiene que la calcificación y el dolor, sólo se producen en el cuerno inferior del hioides. La Figura 2 muestra una calcificación del tercio medio del ligamento únicamente.

En cuanto al síndrome estiloideo sólo 5 pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico, con resultados satisfactorios. Se pudieron establecer hechos clínicos de importancia, tales como la reproducción del dolor original, mediante la palpación de la prominencia ósea en la faringe en el 80% de los casos.

En cuanto a la alta prevalencia de amigdalectomizados, Kauffman¹, sostiene que la amigdalectomía influye poderosamente en la aparición del síndrome, pero no determina el período de latencia entre la operación y la aparición de la estilalgia ni propone mecanismos de acción.

Conclusiones

En resumen podemos concluir:

1. Una parte importante de los dolores de garganta de etiología desconocida corresponde a patología del aparato estilohioideo.
2. Los síndromes estilohioideo y estiloideo, son entidades clínicas diferentes fácilmente diferenciables.

Cuadro 4. Hallazgos Radiológicos en 110 Pacientes con Síndromes Estilohioideo y Estiloideo

Radiografías	S. Estilohioideo		S. Estiloideo	
	N	%	N	%
Positivas	68	75.5	15	75
Negativas	12	13.3	0	0
Sin dato	10	11.2	5	25
Total	90	100%	20	100%

3. Además de síntomas vagos tales como dolor de garganta y otalgia el síndrome estilohioideo presente hipersensibilidad del cuello, no solamente a nivel del cuerno inferior del hiodes, sino en cualquier sitio del ligamento donde sus fibras se rompan. El estiloideo se caracteriza por la reproducción del dolor a la palpación intraoral.
4. El tratamiento de elección en el síndrome estilohioideo es la infiltración con un esteroide de depósito. Las recidivas pueden recibir varias infiltraciones posteriores. El tratamiento de elección en el síndrome estiloideo es la resección quirúrgica de la apófisis estiloides.

SUMMARY

Ninety patients with the stylohyoid syndrome received steroid-depot infiltration in the most sensible part of lateral side of the neck. Follow up shows a recurrent rate of 27%. These patients received 2 or 3 additional treatment courses until full remission was achieved. Out of twenty patients with styloid syndrome 5 had surgical resection of the styloid process with full remission of symptoms. The remaining 15 rejected surgical treatment. Clinical and radiological bases for diagnosis are presented.

REFERENCIAS

1. Kauffman, M. S.: Styloid process variation. *Arch Otol* 91: 460-463, 1970.
2. Mabry, R.: Symptomatic elongate styloid. *Arch Otol* 96: 84-85, 1972.
3. Shenol, P. M.: Stylohyoid syndrome. *J Laring* 86: 1203-1211 1972.
4. Weidenreich, F.: Ueber schneckenverknöcherungen und faktoren der Knochenbildung, 2. *Ant. Entwicklungsgesh* 69: 550-561, 1923. (Tomado de Shenol³)
5. Steinmann E.: A new light on the pathogenesis of the styloid syndrome. *Arch Otol* 91: 171-174, 1970.