

recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

DOI: 10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.442-449

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1578>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de investigación

CÓDIGO UNESCO: 3213.13 Estomatología

PAGINAS: 442-449



Síndrome de Eagle en pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas en el periodo 2019-2

Eagle's syndrome in patients attending the dental clinic of the University of the Americas in 2019-2

Síndrome de Eagle em pacientes que frequentavam a clínica dentária da Universidade das Américas em 2019-2

Jorge Andrés Castro Rentería¹; Pedro Ángel Peñón Vivas²

RECIBIDO: 25/01/2022 **ACEPTADO:** 15/02/2022 **PUBLICADO:** 01/04/2022

1. Odontólogo; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; jorgec_an11@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7739-9433>
2. Master en Atención de Urgencias en Estomatología; Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilo – Facial; Doctor en Estomatología; Universidad de las Américas; Quito, Ecuador; pedropv@infomed.sld.cu;  <https://orcid.org/0000-0003-3623-184X>

CORRESPONDENCIA

Jorge Andrés Castro Rentería
jorgec_an11@hotmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

Como Síndrome de Eagle se conoce como un alargamiento del proceso de la apófisis estiloides y a veces también de la calcificación del ligamento que lleva el mismo nombre, que se diagnostica muy raramente en los pacientes ya que se lo realiza por medio de radiografías panorámicas. El objetivo de este estudio es determinar la presencia del síndrome de Eagle a partir de hallazgos radiográficos en la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas en el periodo de 2014 al 2019. Fueron parte del estudio 31 pacientes de 20 a 65 años, los cuales fueron divididos en tres grupos de edad, el primer grupo de 20 a 35 años, el segundo grupo de 36 a 50 años y el tercer grupo de 51 a 65 años. A cada participante que se eligió se lo evaluó radiográficamente, analizando las radiografías panorámicas y evaluando la longitud de la apófisis estiloides, lo que se tomó como referencia para el estudio fue a aquellas apófisis estiloides que median más 2.5 cm, aparte de eso se evaluó según la clasificación de Langlais, que se diferenció 3 patrones de elongación en las radiografías, el primero fue el elongado propiamente dicho, el segundo segmentado y el tercero el pseudoarticulado. Los resultados mostraron un predominio del sexo femenino con respecto al masculino. En cuanto a la edad el grupo que predominó en mujeres fue de 51 a 65 años, seguidos a la par con un mismo porcentaje por el grupo de 36 a 50 años, así como el grupo de 20 a 35 años. El patrón de elongación que presentó más casos fue el E, seguido después el patrón de elongación S, se presentó más casos de patrones de elongación en el sexo femenino. Los dos casos que presentaron síntomas asociados dentro de toda la muestra fueron mujeres.

Palabras clave: Síndrome de Eagle, radiografías panorámicas, apófisis estiloides, clasificación de Langlais.

ABSTRACT

Eagle syndrome it is known as elongation of the styloid apophysis or sometimes as a ligament calcification that carries the same name. Rarely, it is diagnosed on patients since it is diagnosed via panoramic bone scan. The objective of the study is to determine the presence of Eagle syndrome from radiographic findings in the dental clinic of the University of the Americas in the period from 2014 to 2019. Forces of study 31 patients from 20 to 65 years, which were divided into age groups, the first group from 20 to 35 years, the second group of 36 to 50 years and the third group of 51 to 65 years. A participant who was chosen was evaluated radiographically, analyzing the panoramic radiographs and evaluating the length of the styloid process, which became a reference for the study was a styloid process that measured more 2.5 cm, apart from that it was evaluated according to the classification of language, which differed 3 elongation patterns in the radiographs, the first was the own elongated own, the second segmented and the third the pseudoarticulate. The results of a predominance of the female sex with respect to the male. Regarding age, the group that predominated in women was 51 to 65 years, followed by the same percentage of the group of 36 to 50 years, as well as the group of 20 to 35 years. The pattern of elongation that presented more cases was the E, followed by the pattern of the extension S, there were more cases of elongation patterns in the female sex. The results of the sample were women.

Keywords: PEagle syndrome, panoramic radiographs, styloid process, Langlais classification.

RESUMO

A síndrome da águia é conhecida como alongamento da apófise estilóide ou por vezes como uma calcificação ligamentar que leva o mesmo nome. Raramente é diagnosticada em doentes, uma vez que é diagnosticada através de escaneamento ósseo panorâmico. O objetivo do estudo é determinar a presença da síndrome de Eagle a partir de resultados radiográficos na clínica dentária da Universidade das Américas, no período de 2014 a 2019. Forças do estudo 31 pacientes de 20 a 65 anos, que foram divididos em grupos etários, o primeiro grupo de 20 a 35 anos, o segundo grupo de 36 a 50 anos e o terceiro grupo de 51 a 65 anos. Um participante que foi escolhido foi avaliado radiograficamente, analisando as radiografias panorâmicas e avaliando a duração do processo estilóide, que se tornou uma referência para o estudo foi um processo estilóide que media mais 2,5 cm, além de que foi avaliado de acordo com a classificação da linguagem, que diferenciava 3 padrões de alongamento nas radiografias, o primeiro era o próprio alongamento, o segundo segmentado e o terceiro o pseudoarticulado. Os resultados de uma predominância do sexo feminino em relação ao masculino. Relativamente à idade, o grupo que predominou nas mulheres foi de 51 a 65 anos, seguido da mesma percentagem do grupo de 36 a 50 anos, bem como do grupo de 20 a 35 anos. O padrão de alongamento que apresentou mais casos foi o E, seguido pelo padrão da extensão S, houve mais casos de padrões de alongamento no sexo feminino. Os resultados da amostra foram mulheres.

Palavras-chave: Síndrome de Eagle, radiografias panorâmicas, processo estilóide, classificação de Langlais.

Introducción

El síndrome de Eagle es la alteración, que se diagnostica muy raramente en los pacientes ya que se lo realiza por medio de radiografías panorámicas. En ocasiones no es posible diagnosticar, porque sus síntomas se confunden con la sintomatología de un diente sin vitalidad o con un dolor articular. El síndrome de Eagle es el alargamiento del proceso de la apófisis estiloides y a veces también de la calcificación del ligamento que lleva el mismo nombre. Fue descubierto en un principio por el doctor Watt. W Eagle en el año de 1937 quien dio a conocer varios casos de pacientes que presentaban la apófisis estiloides alargada, tiene también síntomas asociados como dolor de cabeza, oro faringe y cuello. (Balcázar, 2013)

Esta patología debe ser muy bien diagnosticada, porque se puede confundir con varias cervialgias o neuralgia glossofaríngea. Hay varios factores asociados al síndrome de Eagle, uno de ellos es una amigdalotomía por traumatismo previo, por la pérdida o ausencia de elasticidad de tejidos blandos y tendones, también se asocia directamente con la edad. Estudios indican que esta alteración se presenta del 4 al 28% de casos en la población, el 85% se presenta en mujeres. La apófisis estiloides puede ser tocada con el dedo índice en la zona de la fosa tonsilar, se presenta como una estructura sólida, cuando el paciente abre la boca sentirá dolor, cuando este en normalidad este dicho proceso no podrá ser palpado. (Lacet, 2009).

Diferentes autores muestran que el Síndrome de Eagle puede ser una característica de la edad adulta, pero también es posible que se puedan presentar en adolescentes. En pacientes más jóvenes se puede observar una fibrosis del ligamento estiloideo, pudiendo ser esto asintomático, en el momento que este proceso empieza a evolucionar, es ahí donde empieza la calcificación del ligamento estiloides pueda originar o no la manifestación de los síntomas clásicos. Va-

rios pacientes con sintomatología y señales relacionados con el síndrome de Eagle no presentan nada relacionado con aspectos radiográfico relacionado con un proceso alargado de la apófisis estiloides, esto ha sido demostrado por Steimann, que evidencio con 30 pacientes clínicamente positivos, de los que 26 tenía el proceso estiloides alargado o así como también el ligamento estiloideo calcificado. (Raffo, 2012).

El diagnóstico de esta alteración se basa fundamentalmente en el análisis clínico como radiográfico, al examen extra oral se puede palpar la apófisis estiloides dentro de la fosa tonsilar provocando un dolor intenso, en una radiografía

se puede mostrar la extensión de la apófisis estiloides, tomando en cuenta que normalmente mide 2.5 cm la apófisis, pero cuando es anormal puede llegar a medir 3cm inclusive más. (Gelabert, 2008).

Una de las maneras de determinar si es o no síndrome de Eagle es por medio de los síntomas, ejemplo: dolor en la región amigdalina que mucha de las veces, este se distribuye a la zona laríngea y carotídea, se presentan cefaleas, dolor de oído, sensación de oído tapado, tinitus, sialorrea (sobre producción de saliva), movimientos limitados del cuello, ruido en ATM (articulación témporo mandibular), signo de cuerpo extraño en la cara posterior de la boca, por lo que el paciente es obligado a tragar con mucha frecuencia, síncope seguido y transitorio, vértigo. En el examen extraoral se suele presentar dolor cuando se palpa en la zona de la fosa de amígdalas, al realizar infiltración con un anestésico local el dolor suele ceder (Romero, .2015)

Pueden existir varios mecanismos que desencadenen el síndrome de Eagle uno de ellos puede ser fractura de estiloides que ocasiona la proliferación del tejido granuloso de la apófisis estiloides, ocasionando presión sobre las estructuras cercanas. Puede haber la presencia de cambios a nivel hístico como de inflamación,

degenerativos en la inserción del cartílago estiloides, conocida como tendinitis. Se puede presentar irritación en la mucosa de la zona faríngea, ya sea por compresión o por post amigdalotomía. El hecho que se presenten estos síntomas, no es patognómico de este síndrome, los síntomas se pueden presentar o no en los pacientes, ya que el proceso alargado de la apófisis estiloides en varios de los casos es asintomático. (Chuang, 2007)

Etiología

Existen varias teorías que pueden explicar el origen del síndrome de Eagle, una de ellas habla sobre la presencia de una hiperplasia o también metaplasia, que se asocia a un proceso de osificación de los tejidos del ligamento estilohioideo, en especial del tejido fibrocartilaginoso. Esto se produce como una consecuencia a un trauma pasado, la presión del nervio glossofaríngeo cuando pasa por el proceso alargado de la estiloides. En pacientes sin síntomas se presenta calcificación segmentada del proceso estilohioideo. Estas alteraciones dan origen al conocido síndrome de Eagle, que en otros casos se presenta posterior a una amigdalectomía, también puede presentar síntomas con el envejecimiento, ya que existe una pérdida de elasticidad a nivel general del organismo, eso incluye los tejidos, epitelios, etc. Estos cuadros clínicos se presentan en conjunto con tendinitis, procesos inflamatorios que pueden provocar síntomas en la zona de la orofaringe. (González y col. 2011. P.3)

Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome de Eagle se puede dividir en 3 clases diferentes:

El primero síndrome de Eagle propiamente dicho, que se presenta después de una cirugía en la región cervical (amigdalotomía), acompañado de un dolor que se presenta en el examen clínico al palpar el alargamiento de la apófisis estiloides dentro de boca, más un examen de imagen en el cual

se visualice la elongación de dicho proceso. (Raffo, 2012. p. 27)

La segunda forma que es el síndrome estilohioideo, en el que paciente refiere síntomas, no se presenta después de un trauma o de alguna cirugía realizada anteriormente, pero en el análisis radiográfico se evidencia el proceso de AE elongado o con procesos de osificación dentro de una época adulta que oscila entre los 40 años. (Raffo, 2012. p. 27)

En la tercera variante que se conoce como síndrome pseudoestilohioideo, donde el paciente refiere síntomas clásicos del SE, pero no hay evidencia ni radiográfica ni clínicamente de algún tipo de elongación o de alguna especie de osificación, esto se da como secuela del envejecimiento en la que por una pérdida de elasticidad de tejidos, ligamentos, o por tendinitis se dan reacciones inflamatorias a la altura de la región cervical, esta región es inervada por el n. glossofaríngeo dando como resultado molestias por ejemplo; dolor.(Raffo,2012. p. 28)

Tipos:

Síndrome de estiloides clásico:

Se realiza con frecuencia posterior a una amigdalectomía, se caracteriza por un cuadro de faringodinia, en ocasiones se acompaña de hipersalivación, faringodinia y odinofagia. Se localiza en la fosa amigdalina, y da una sensación de cuerpo extraño, muy rara vez se presenta con cambios de voz temporales. (Massimo, 2008)

Síndrome de la arteria carótida:

Este tipo de síndrome no se relaciona con amigdalectomía, en esta circunstancia toda la estructura estiloidea puede comprimir la parte interna como la externa de arterias carótidas y en especial su vascularización. Si están involucradas las fibras simpáticas da como resultado un dolor intenso y persistente, que se irradia hacia la zona carotidea. La patogenia aún está en debate y la irritación local crónica da como consecuencia

una osteítis o una inflamación del periostio de la estiloides, lo que podría provocar una osificación hiperplásica. Como resultado de esto, puede haber residuos de un cartílago llamado de Reichert ya sea por traumatismo o deterioro mecánico por estrés en el desarrollo de este proceso estiloideo. (Massimo, 2008)

Clasificación de Langlais

En el año de 1986 el Dr. Robert Langlais, estableció una clasificación de los patrones de elongación de la AE según su apariencia en la radiografía panorámica, en la actualidad se describen 3 patrones de elongación radiográficos. (Rodríguez, 2017)

- Tipo I (elongada): En la radiografía se observa una integridad obstaculizada de la AE, en la longitud de dicha apófisis se acepta hasta 2.5 cm como normal.
- Tipo II (pseudoarticulada): Radiográficamente la AE se observa adherida al ligamento estilohioideo o al estilomandibular por una pseudoarticulación, esto se encuentra ubicado ligeramente por encima al margen inferior de mandíbula, de tal forma que la AE adquiere una apariencia elongada.
- Tipo III (segmentado): esta variante se trata de porciones de AE que tienen formas largas y cortas, estas porciones son ligamentos que en su superficie se en-

cuentran adheridos minerales de calcio, esto se puede presentar arriba o abajo del borde de la mandíbula.

Materiales y métodos

El universo de la muestra estuvo constituido por pacientes adultos entre edades de 20 a 65 años que poseían radiografías panorámicas en sus historias clínicas y que radiográficamente presentaban la apófisis estiloides elongada con patrones de elongación, se tomó en cuenta a los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas desde el año 2014 hasta el primer semestre del año 2019.

Fueron seleccionados para este estudio 31 pacientes según criterios de inclusión y exclusión.

Se revisó historias clínicas de pacientes que llegaron a la clínica odontológica de la Universidad de Las Américas del año 2014 a los 5 primeros meses del año 2019, para analizar las radiografías panorámicas puesto a que el medio de análisis es radiográfico, estos pacientes deberán presentar ciertos signos radiográficos para confirmar el síndrome de Eagle. Se tomó como referencia en el análisis radiográfico la clasificación de Langlais desarrollado en 1986. Se organizó a la muestra de este estudio en tres grupos según la edad.

Resultados

Tabla 1. Distribución de pacientes según la longitud de la apófisis estiloides elongada, edad y género.

Edad	Longitud de apófisis estiloides elongada				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
20- 35 años	4	12.9	6	19.4	10	32.3
36- 50 años	5	16.1	6	19.4	11	35.4
51- 65 años	3	9.6	7	22.6	10	32.3
Total	12	38.6	19	61.4	31	100

En la tabla se observa la distribución de pacientes, en la que es posible diferenciar un predominio en el sexo femenino con un 61.4% en relación al sexo masculino, en la muestra predomina el grupo de edad de 36 a 50 años con un 35.4%, seguido a la par el grupo de 20 a 35 años y el grupo de 51 a 65 años con un 32.3%, ambos grupos con el mismo porcentaje.

Tabla 2. Distribución de pacientes según patrones de elongación y género.

Patrones de elongación	Género				Total
	Masculino		Femenino		
	N°	%	N°	%	N°
E	11	26.1	10	23.9	21
P	2	4.7	6	14.2	8
S	5	11.9	8	19.1	13
Total	18	42.8	24	57.2	42

En la presente tabla es posible visualizar que el patrón de elongación que presentó más casos, fue el (E) propiamente dicho con un 50%, seguido por el patrón de elongación (S) con 30.9%. En cuanto al género se presentaron más casos en el género femenino con un 57.2% con respecto al género masculino con un 42.8%.

Tabla 3. Distribución de pacientes según patrones de elongación y edades.

Patrones de elongación	Edades						Total	
	20-35 años		36-50 años		51-65 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
E	7	16,7	8	19.1	6	14.2	21	50.0
P	1	2.4	4	9.5	3	7.2	8	19.1
S	5	11.9	2	4.8	6	14.2	13	30.9
Total	13	31.0	14	33.4	15	35.6	42	100

De los 31 pacientes que conformaron la muestra se consideraron para esta tabla el examen de las apófisis estiloides en el lado derecho e izquierdo, para un total de 42 patrones de elongación; en los cuales predominó el grupo de edad de 51 a 65 años de edad con 35.6%, y se presentaron más casos en el grupo de edad de 36 a 50 años con el patrón de elongación (E) con un porcentaje de 19.1%, a su vez en este mismo grupo de edad pero en el patrón de elongación (S) fue donde se presentaron menos casos con un 4.8%.

Tabla 4. Distribución de pacientes según edad, género y síntomas asociados.

Edad	Síntomas asociados				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
20- 35 años	-	-	2	100	2	100
36- 50 años	-	-	-	-	-	-
51- 65 años	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	2	100	2	100

En la tabla de distribución de pacientes en relación a los síntomas asociados, en toda la muestra solo en dos casos se presentaron síntomas, ambos casos de síntomas asociados se debían a odontalgias, esto se presentó en el grupo de 20 a 35 años en el sexo femenino, este pequeño porcentaje en esta tabla se asume a que las historias clínicas no fueron cuidadosamente llenadas o que simplemente no presentaron ningún tipo de sintomatología.

Discusión

El artículo de Lacet (2007. Pag. 4) relata que los pacientes de sexo femenino presentan con mayor incidencia este síndrome y un pequeño porcentaje de los pacientes refirió síntomas, lo cual se corresponde con este estudio donde se halló que solo en mujeres se presentó algún síntoma. El diagnóstico del síndrome de Eagle se lo realiza mediante de radiografías panorámicas, una herramienta muy buena también sería la tomografía axial computarizada puesto a que no habría tanta superposición de imágenes como con la radiografía panorámica, aparte de eso la TAC revela la relación que tienen los tejidos blandos con los tejidos duros.

Ragone (2010 pag 14) señala que el sexo femenino presenta una mayor incidencia de revelar alteraciones en la apófisis estiloides que el sexo masculino, tal y como se demostró en el presente estudio en el cual las mujeres presentaron la apófisis estiloides alargada. Se desconoce esta asociación de presentar más molestias en las mayorías de los casos más en el sexo femenino que el masculino, pero como fue descrito en la investigación antes mencionada, al igual que este estudio hubo un predominio en el sexo femenino con respecto al masculino de presentar el síndrome de Eagle.

Raffo (2016) afirma que el síndrome de Eagle se presenta en la mayoría de los casos como asintomático, que se corresponde con los resultados de este estudio donde de la muestra de 31 pacientes analizados tan solo dos presentaron síntomas, pero puede

ser también que solo en ocasiones tuvieron síntomas como dolores de cuello o cefaleas y estas molestias no fueron tomadas en cuenta por los pacientes puesto a que no fue algo crónico o de mucha intensidad para causar malestares en su diario vivir. Todo ello obedece a que esta patología no necesariamente se diagnóstica solo clínicamente si no que es necesario otros medio evaluación para tener un diagnóstico certero; por lo tanto es necesario la evaluación radiográfica para corroborar el diagnóstico del síndrome de Eagle.

Fue muy necesario realizar esta investigación, ya que como dice en el estudio de Marisio (2015. Pg. 125), el Síndrome de Eagle debe estar considerado dentro de los diagnósticos diferenciales de los dolores orofaciales, ya que las manifestaciones de esta alteración pueden ser bastantes y muy variables; es muy común que los pacientes que padecen de esta alteración para tratarse recorran por varias especialidades médicas inclusive, donde solo tratarán su inconveniente de una forma sintomática, por lo que no será un buen tratamiento si no existe un diagnóstico adecuado. Un correcto diagnóstico dará un buen tratamiento al paciente que solucione sus molestias desde raíz, pero esto se verá interrumpido si no se trata de diagnosticar el síndrome de Eagle con exámenes de imagen; con un análisis radiográfico se aclarará el cuadro que presenta el paciente.

Conclusiones

- Existió un predominio del sexo femenino con respecto al masculino. En cuanto a la edad el grupo que predominó en mujeres fue de 51 a 65 años, seguidos a la par con un mismo porcentaje por el grupo de 36 a 50 años, así como el grupo de 20 a 35 años.
- El patrón de elongación que presentó más casos fue el E, seguido después el patrón de elongación S, se presentó más casos de patrones de elongación en el sexo femenino.

- Los dos casos que presentaron síntomas asociados dentro de toda la muestra fueron mujeres.

Bibliografía

- Balcázar, L., Ramírez, Y. (2013). Síndrome de Eagle. "Gaceta medica de México". 19(2), 107-108. Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n5/GMM_149_2013_5_552-554.pdf el 20-10-18.
- Chuang, W., Short, J. (2007). Reversible Left Hemispheric Ischemia Secondary to Carotid Compression in Eagle Syndrome: Surgical and CT Angiographic Correlation. *American Journal of Neuroradiology*. 28(1), 143-145. Recuperado el 25-08-18 de: <http://www.ajnr.org/content/28/1/143/tab-figures-data>.
- Gelabert, M., García, A. (2008). Síndrome de Eagle. Una causa poco frecuente de cervicalgia. "Scielo". 19(3), 254-257. ISSN 1130-1473
- González, M. y Col. (2011). Síndrome de Eagle. Importancia para el odontólogo. Revisión de la literatura. *Acta odontológica venezolana*. 49(2), 1-6. ISSN: 0001-6365.
- Lacet, J., Col. (2007). Síndrome de Eagle, revisión de la literatura. "Acta odontológica Venezolana". 45(2), 1-5. ISSN: 0001-6365
- Maiz, J. (2016). Síndrome de Eagle. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 61(3), 233-235. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2009.05.009>.
- Massimo, P., Corrado T., and Giulia T. (2008). A Rare Cause for Cervical Pain: Eagle's Syndrome, *International Journal of Dentistry*, vol. 2009, Article ID 781297, 1-4. <https://doi.org/10.1155/2009/781297>
- Raffo, M. (2012). Síndrome Eagle: reporte de un caso. "Scielo Uruguay". 14(20) ,26- 31. ISSN 1688-9339
- Raina, D., Gothi, R., y Rajan, S. (2009). Eagle Syndrome. *La revista india de radiología e imágenes*. 19(2), 107-8. Doi: 10.4103/0971-3026.50826
- Rodríguez, FJ., Rodríguez, J. (2017). Síndrome de apófisis estiloides larga. *An Orl Mex*. 62(2), 81-88. Recuperado el 28-11-18 de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=74364>.
- Romero, G., Nieto, A., Sánchez, A. (2015). Síndrome de Eagle. Manejo del paciente en el Hospital Regional «Licenciado Adolfo López Mateos». *Revista odontológica mexicana*. 19(4), 258-262. Recuperado el 20-10-18 de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-odontologica-mexicana-90-articulo-sindrome-eagle-manejo-del-paciente-S1870199X15000464>
- Paz, F., Barbosa, M. (2012). Biometry and Statistical Analysis of the Styloid Process. *The anatomical record*. 295(5), 742-747. De Wiley online library Base de datos. <https://doi.org/10.1002/ar.22452>.

CITAR ESTE ARTICULO:

Castro Rentería, J. A., & Peñón Vivas, P. Ángel. (2022). Síndrome de Eagle en pacientes que acuden a la clínica odontológica de La Universidad de Las Américas en el periodo 2019-2. *RECIMUNDO*, 6(2), 442-449. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.442-449](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.442-449)

