

Síndrome de Ernest

Ernest's Syndrome

G.P. Sandoval M.D.*, L.M. Ramírez **

Los especialistas en algias craneofaciales deben familiarizarse con las manifestaciones clínicas de la inflamación del ligamento estilomandibular o Síndrome de Ernest (1-3). Las manifestaciones de esta "tendinitis de inserción" están estrechamente relacionadas a las del Síndrome de Eagle y a otros dolores craneofaciales. La injuria del ligamento estilomandibular es un desorden frecuente en el dolor craneomandibular (4, 5).

Los síndromes dolorosos estiloideos no sólo involucran la apófisis estiloideas, el ligamento estiloideo, algunos pares craneales y las arterias carotídeas; también el ligamento estilomandibular en su porción mandibular que al ser estirado o distensionado puede emular un Síndrome de Eagle y el Síndrome Pseudoestiloideo del ligamento estiloideo (6, 7). El significado clínico de la distensión de este ligamento que une el proceso estiloideo al ángulo goniaco mandibular es relevante por su capacidad para mimetizarse en otras posibles dolencias en cabeza y cuello (8, 9).

Una historia clínica adecuada y el examen manual en la inserción de este ligamento en el ángulo goniaco revelarán de una forma sencilla y rápida la presencia del Síndrome de Ernest. La anestesia local en esta zona aliviará inmediatamente la sintomatología local y referida de este desorden, reconfirmando el diagnóstico (10). Las imágenes radiológicas no son de ayuda en el diagnóstico de este Síndrome debido a que en su patogenia solo está involucrada

la inflamación del ligamento estilomandibular, aunque algunos autores como Corell y DuPont propongan la posibilidad de la mineralización de esta estructura (11).

La etiología del Síndrome de Ernest está en el macrotrauma atribuible a golpes en la mandíbula, trauma craneal y síndrome de latigazo o "Whiplash" en accidentes de auto (12, 13). Las osteotomías quirúrgicas mandibulares en donde se produce distracción y movilidad pueden también inflamar este ligamento (14).

Los síntomas del Síndrome de Ernest son muy parecidos al Síndrome de Eagle. El dolor empieza debajo del pabellón auricular con síntomas adicionales ampliados a áreas vecinas; entre los más prevalentes se encuentran: dolor en la articulación temporomandibular, la zona temporal, la orbital, la garganta, los hombros, el cuerpo de la mandíbula, el proceso coronoides, la otalgia y la odontalgia en los molares inferiores. Un hallazgo clínico importante en pacientes con este síndrome es la reducción en los rangos de movimiento mandibular posteroanteriores y laterales (15).

La resolución de esta sintomatología se logra con un abordaje no quirúrgico: una o varias infiltraciones de esteroides en la inserción mandibular del ligamento con resultados predecibles. Es importante de igual manera recomendar dieta blanda a los pacientes, calor húmedo al área infiltrada y analgésicos para el dolor post-infiltración. Si se llega a necesitar la intervención quirúrgica por sintomatología refractaria que no cede al abordaje conservador, la termólisis por radiofrecuencia se ha usado y brindado solución (16, 17). La termólisis por radiofrecuencia se ha usado para el tratamiento de algias craneocervicales de diferentes etiologías incluido el Síndrome de Ernest. Esta técnica genera denervación de las fibras nerviosas nociceptivas en la zona.

* Otorrinolaringólogo Universidad Militar Nueva Granada Jefe de Servicio de Otorrino Clínica Carlos Ardilla Lulle. Profesor Departamento de Cirugía Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

** Odontólogo Universidad Javeriana. Rehabilitador Oral Universidad Javeriana. Entrenamiento en Dolor Craneofacial. Bucaramanga. Colombia.



Imagen modificada de: Shankland WE 2nd. *J Prosthet Dent* 1987 Apr;57(4):501-6.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ernest EA. Three disorders that frequently cause temporomandibular joint pain: internal derangement, temporal tendonitis and Ernest syndrome. *J Neurol Orthop Surg* 1986;7:789-91.
2. Ernest EA 3rd. The orthopedic influence of the TMJ apparatus in whiplash: report of a case. *Gen Dent* 1979 Mar-Apr;27(2):62-4.
3. Shankland WE 2nd. Ernest syndrome as a consequence of stylo-mandibular ligament injury: a report of 68 patients. *J Prosthet Dent* 1987 Apr;57(4):501-6.
4. Brown CR. Ernest syndrome: insertion tendinosis of the stylo-mandibular ligament. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1996 Oct;8(8):762.
5. Okeson J.P.: Orofacial pain. Guidelines for assessment, diagnosis, and management. The American Academy of Orofacial Pain. Quintessence, Chicago, 1996.
6. Carmada AJ. Styloid chain ossification: A discussion of etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;67(5):508-14.
7. Sataloff RT, Price DB. Distention of the stylo-mandibular ligament as a cause of styloid pain syndrome. *Ear Nose Throat J* 1984 Sep; 63(9):412-5.
8. Ernest EA 3rd, Salter EG. Hyoid bone syndrome: a degenerative injury of the middle pharyngeal constrictor muscle with photomicroscopic evidence of insertion tendinosis. *J Prosthet Dent* 1991 Jul; 66(1):78-83.
9. Shankland WE 2nd. Common causes of nondental facial pain. *Gen Dent* 1997 May-Jun;45(3):246-53.
10. Keur JJ, Campbell JP, McCarthy JF, Ralph WJ. The clinical significance of the elongated styloid process. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986 Apr; 61(4):399-404.
11. DuPont JS Jr. Panoramic imaging of the stylohyoid complex in patients with suspected Ernest or Eagle's syndrome. *Cranio* 1998 Jan;16(1):60-3.
12. Koelbaek JM. Generalised muscle hyperalgesia in chronic whiplash syndrome. *Pain* 1999;83:229-234.
13. Keidel M. Antinociceptive reflex alteration in acute posttraumatic headache following whiplash injury. *Pain* 2001;92:319-326.
14. Sataloff RT, Price DB. Mandibular osteotomy complicated by styloid pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1983 Jul;56(1):25-8.
15. Travell JG, Simons DG. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo, Mitad superior del cuerpo. Vol 1 Segunda Edición. Editorial Panamericana 2002.
16. Wilk SJ. Surgical management of refractory craniomandibular pain using radiofrequency thermolysis: a report of thirty patients. *Cranio* 1994 Apr;12(2):93-9.
17. Schaefer JP. Radiofrequency facet denervation in treating headaches associated with chronic neck pain. *J Cranio Pract* 1983;1:77-81.