

SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO CLÍNICO

EAGLE'S SYNDROME: CLINICAL CASE REPORT

Lira Marcela **MONTI**¹
 Diurianne Caroline Campos **FRANÇA**¹
 Cleverson Luciano **TRENTO**²
 Gilberto Carlos **TIANO**³
 Alvimar Lima de **CASTRO**⁴

RESUMO

No presente trabalho, os autores descrevem um novo caso de Síndrome de Eagle, em uma mulher negra desdentada, 71 anos. A principal queixa da paciente foi dor referida no rebordo alveolar inferior direito. Radiografias periapical intra-oral, panorâmica, e antero-posterior convencional mostraram prolongamento bilateral dos processos estilóides, principalmente do lado esquerdo, cujo comprimento se estendia abaixo do ângulo mandibular. A paciente relatou cirurgia na região de glândula tireóide há cinco anos e cefaléia desde então. Ela também se queixava de limitação na rotação de seu pescoço. O diagnóstico foi estabelecido baseado em achados clínicos e radiográficos. Opções terapêuticas para a Síndrome de Eagle incluem acompanhamento clínico, remoção cirúrgica do processo estilóide ou fratura do processo alongado. Nossa paciente foi submetida a acompanhamento clínico, devido a sua idade e história médica. Os autores concluíram que os clínicos devem estar conscientes desta condição com o fim de contribuir para um melhor diagnóstico e conduta.

UNITERMOS: Síndrome de Eagle, Processo Estilóide.

INTRODUÇÃO

O processo estilóide é uma projeção óssea fina que se origina na porção do osso temporal, medial e anteriormente ao forame estilóide, conectado ao corno inferior do osso hióide pelo ligamento estilóide. Primeiramente descrito por Eagle em 1937, o alongamento do processo estilóide ou a calcificação do ligamento estilóide ou estilomandibular foi considerado, pelo autor, de ocorrência incomum. Quando o alongamento está acompanhado de sintomas, caracteriza-se como Síndrome de Eagle. Os sintomas mais comuns, não patognomônicos, são dor craniofacial e cervical podendo assim ser confundidos com uma variedade de doenças da orofaringe e maxilofaciais^{8,10}.

Os primeiros estudos do processo estilóide datam de antes do século XVI, porém Eagle, entre 1937 e 1949, estudando 200 casos, detalhou os sintomas da mineralização do complexo do ligamento estilóideo/estilomandibular, que mais tarde caracterizaria uma síndrome com seu nome⁹.

1 - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Área de Estomatologia, da Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba - UNESP.

2 - Doutorando do Programa de Pós-graduação em Odontologia Área de Estomatologia da Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba - UNESP

3 - Aluno do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba - UNESP.

4 - Professor Adjunto de Estomatologia, Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica, Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba - UNESP

Embriologicamente acredita-se que o processo estilóide, como o osso hióide e seus ligamentos, sejam derivados do segundo arco branquial, sendo que, uma zona de cartilagem persistente ficaria retida, apresentando potencial de crescimento e maturação óssea tardios^{4,7}.

A Síndrome de Eagle tem sido associada a uma variedade de sintomas, destacando-se a dor, usualmente unilateral, referida para a garganta, língua, olhos, terço médio da face, ATM e ouvido. A dor pode ser contínua ou intermitente, sendo freqüentemente descrita como surda e, mais raramente neurálgica. Os sintomas parafaríngeos incluem sensação de corpo estranho, disfagia, dificuldade de abertura bucal, dificuldade de fonação, sensação de queimação, inchaço de língua, parestesia, sialorréia, odontalgia e dificuldade de movimentar a cabeça. Sintomas auditivos como surdez e zumbido podem estar presentes, além de distúrbios visuais⁷.

O comprimento normal do processo estilóide é de 2,5 a 3 cm. Excedendo isso, é

considerado alongado⁵. Processos estilóides alongados e/ou a ossificação dos ligamentos estilomandibular ou estiloíde foram encontrados em 30% de um grupo de 1135 pacientes estudados por KEUR (1986)⁶, confirmando o consenso na literatura de que esse é um achado radiográfico comum.

A etiologia é desconhecida, apesar de uma história de trauma ser descrita por muitos autores, inclusive Eagle. A maioria dos casos ocorre em mulheres com idade acima de 30 anos. O diagnóstico dessa condição requer conhecimento, cuidado e valorização da sintomatologia aparentemente inespecífica. A estilalgia é confirmada pela palpação da fossa tonsilar, infiltração local de anestésico e radiografia. O tratamento se dá por excisão cirúrgica intra ou extrabucal ou por terapia conservadora, apenas para alívio da dor, utilizando-se analgésicos, corticosteróides, e relaxantes musculares^{3,9,11}.

Embora Eagle sugerisse tonsilectomia como a causa do evento, relacionando o sintoma dor à cicatriz da fossa tonsilar, FRITZ (1940) avaliando 43 pacientes com sintomatologia, detectou somente 11 com história de cirurgia tonsilar. Assim, a sintomatologia poderia ser derivada da compressão do nervo glossofaríngeo ou fixação do osso hióide devido à ossificação do ligamento, causando disfagia. Eagle ainda descreveu uma segunda síndrome, associada com os mesmos sintomas, chamada Síndrome da Artéria Carótida, que ocorria quando as artérias carótidas interna ou externa são comprimidas pelo processo estilóide alongado. Nesse caso, a dor localiza-se na região parietal, ao redor dos olhos, podendo ocorrer, além de cefaléia, síncope ou perda visual^{1,2,7}.

CASO CLÍNICO

Mulher negra, 71 anos de idade, hipertensa, queixava-se de dor na região de rebordo alveolar inferior direito, sem alterações de superfície dignas de nota. Foram solicitadas radiografias periapicais, panorâmica (Fig.1e 2) e pósterio-anterior de crânio (Fig.3), onde se constatou alongamento bilateral dos processos estilóides, principalmente do lado esquerdo, cujo comprimento se estendia para abaixo do ângulo da mandíbula. Esses dados suscitaram questões sobre cirurgias na região de pescoço, cefaléias, dores e limitação de movimentação do pescoço. A paciente relatou, ainda, que sofrera cirurgia na glândula tireóide há cerca de cinco anos e que desde então vinha apresentando quadros de cefaléia, com limitação na movimentação do pescoço. Com base nesses dados clínicos, e nas imagens obtidas pelos exames radiográficos, foi proposto o diagnóstico de Síndrome de Eagle ou Síndrome da Artéria Carótida. A conduta adotada foi a expectante, devido à idade da paciente e ao

registro de hipertensão arterial em sua história

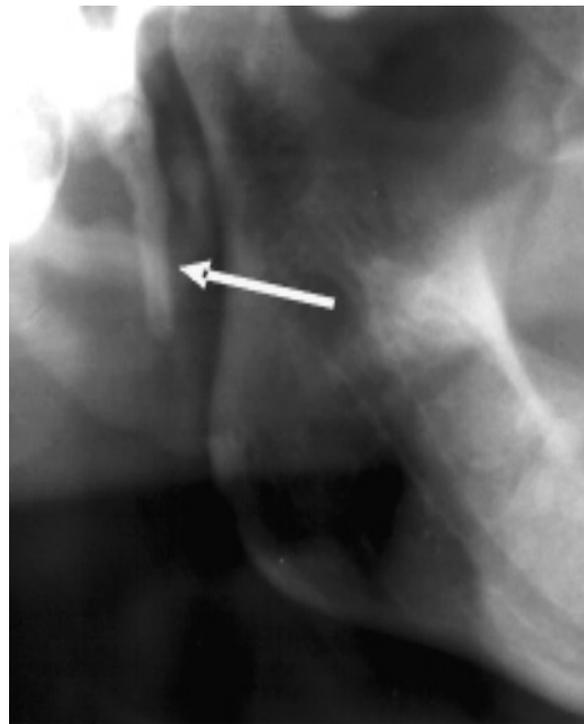


FIGURA 1 – Radiografia lateral de mandíbula evidenciando calcificação do processo estilóide direito

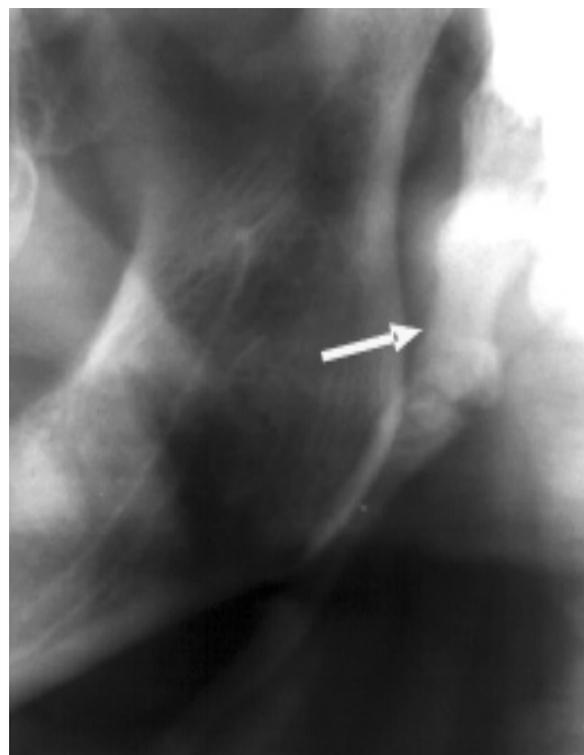


FIGURA 2 – Radiografia lateral de mandíbula evidenciando calcificação do processo estilóide esquerdo



FIGURA 3 – Radiografia P.A. de cabeça, evidenciando calcificação do processo estilóide esquerdo

COMENTÁRIOS

Devido ao aumento do número de solicitações de radiografias panorâmicas, o fenômeno do processo estilóide alongado vem sendo mais freqüentemente observado. A maioria dos pacientes com evidência radiográfica de ossificação do processo estilóide é assintomática e, quando presentes, os sintomas refletem pouca correlação clínica com a extensão da ossificação. Além disso, muitos pacientes sintomáticos não têm história de tonsilectomia ou outro trauma cervicofaríngeo, o que ainda deixa obscura a etiopatogenia desta condição.

Quanto à incidência, a maior parte dos pacientes sintomáticos se encontram acima dos quarenta anos, porém, a evidência radiográfica do alongamento pode estar presente em pessoas mais jovens.

Os sintomas, que podem incluir dor parietal, oftálmica, vertigem, disfagia e síncope, são produzidos pela pressão sobre artérias carótida interna e externa pelo processo estilóide alongado. Carotidinia regional pode estar presente, referindo-se para regiões supridas por esses vasos. No caso apresentado, a paciente relatava cefaléias, limitação de movimentação do pescoço, zumbido

e surdez, após ter sido submetida a cirurgia na região de pescoço para tratamento de distúrbio em glândula tireóide.

A terapêutica, que pode incluir cirurgia para remoção do osso ou fratura do processo estilóide, sem remoção cirúrgica do mesmo, pode também ser transformada em conduta expectante, considerando-se na decisão a complexidade dos sintomas e o estado geral da paciente, conforme o adotado para o paciente objeto deste relato.

CONCLUSÃO

O diagnóstico da Síndrome de Eagle é eminentemente clínico e radiográfico.

O tratamento deve prezar as particularidades de cada caso, observando-se o grau de desconforto presente e o benefício que a terapêutica pode conseguir, considerando-se, evidentemente, a oportunidade e a necessidade cirúrgica.

O exame radiográfico no processo diagnóstico das afecções do complexo ósseo maxilomandibular é de fundamental importância, ao se considerar que grande porcentagem das doenças que o afetam não apresenta aspectos clínicos ou sintomatologia relevantes.

ABSTRACT

In the present paper, the authors describe a new case of Eagle's Syndrome, in an edentulous black woman, 71 years old. Patient's chief complaint was a referred pain in the right inferior alveolar ridge. Intra-oral periapical, panoramic and anterior-posterior conventional radiographs showed bilateral prolongation of the styloid processes, mainly on the left side, which length extended beyond the mandibular border. The patient reported adenectomy of her thyroid gland five years before and chronic headache ever since. She also complained of limitation in her neck rotation. Diagnosis was established on clinical and radiographic basis. Therapeutic options for Eagle's syndrome include clinical follow-up, surgery for removal of the styloid process or surgical fracture of the elongated process. Our patient was placed on a clinical follow-up regimen, due to her age and medical history. The authors concluded that clinicians should be aware of this condition in order to follow the right steps towards diagnosis and management.

UNITERMS: Eagle's Syndrome - Styloid Process

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - CAMARDA, A. J.; DESCHAMPS, C.; FOREST, D. Stylohyoid chain ossification: a discussion of etiology. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*,

- v. 67, p. 508-514, 1989.
- 2 - CARREL, R. W.; NESCOLT, W. B. Eagle syndrome diagnosed after history of headache, disfagia, otalgia, and limited neck movement. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 104, n. 4, p. 491-492, Apr. 1982.
 - 3 - CHASE, D. C.; ZARMEN, A.; BIGELOW, W. C.; MCCOY, J. M. Eagle's syndrome: a comparison of intraoral versus extraoral surgical approaches. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 62, p. 625-629, 1986.
 - 4 - FROMMER, J. Anatomic variations in the stylohyoid chain and their possible clinical significance. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 38, n. 5, p. 659-667, Nov. 1974.
 - 5 - KAWAI, T.; SHIMOZATO, K.; OCHIAI, S. Elongated styloid process as a cause of difficult intubation. **J. Oral Maxillofac Surg**, v. 48, p. 1225-1228, 1990.
 - 6 - KEUR J.J.; CAMPBELL, J. P. S.; McCARTHY, J. F.; RALPH, W. J.; The clinical significance of the elongated styloid process. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 61, p. 399-404, 1986.
 - 7 - MONTALBETTI L; FERRANDI, D; PERGAMI, P; SAVOLDI, F. Elongated styloid process and Eagle's syndrome. **Cephalalgia**, Oslo, v. 15, p. 80-93, 1995.
 - 8 - NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia Oral e Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. 705p.
 - 9 - PRASAD K. C.; KAMATH M. P.; REDDY K. J. M.; RAJU K.; AGARWAL S. Elongated styloid process (Eagle's Syndrome): a clinical study. **J. Oral Maxillofac Surg**, v. 60, p. 171-175, 2002.
 - 10 - REZGUI-MARHOUL L; DOUIRA W; SAID W; BOUSLAMAK; BEN DRIDI M; HENDAOU L. [Eagle syndrome: case report] Le syndrome de Eagle: à propôs d'um câs.. **Rev. Stomatol Chir Maxillofac**, v. 105, n. 1, p. 50-2, Feb. 2004
 - 11 - SMITH R. G.; CHERRY J. E. Traumatic Eagle's syndrome: report of a case and review of the literature. **J. Oral Maxillofac Surg**, v. 46, p. 606-609, 1998.

Endereço para correspondência:

Alvimar Lima de Castro
 Faculdade de Odontologia de Araçatuba
 UNESP - Departamento de Patologia e Prope-
 dêutica Clínica
 Rua José Bonifácio, 1193 - Vila Mendonça
 CEP 16015-050 - Araçatuba - SP
 Fone: (18) 3636-3200
alvimar@foa.unesp.br