

Considerações anatômico-clínicas da síndrome de eagle

Anatomic and clinical considerations of the Eagle's syndrome

Érico Luiz Damasceno Barros¹
Carla Cabral dos Santos Accioly Lins²

1-Cirurgião-Dentista, Especialista em Morfologia Humana – UFPE.

2-Profa. Dra. do Departamento de Anatomia Humana-UFPE

Correspondência
Carla Cabral dos Santos Accioly Lins
Departamento de Anatomia / CCB
Rua Prof. Moraes Rego, 1235, CEP
50670-901
Cid. Universitária – Recife- PE
cabralcarla1@hotmail.com
Fones: 2126-8555/21268554

RESUMO

A Síndrome de Eagle é uma patologia caracterizada pelo alongamento do processo estilóide do osso temporal ou pela calcificação do ligamento estilo-hióideo, apresentando sintomatologia dolorosa na região cérvico-facial. O exame clínico somado à observação de radiografias possibilitará o seu diagnóstico, e a condução de um tratamento adequado, para cada caso. Desta forma, tivemos como objetivo fazer uma revisão da literatura abordando a importância do conhecimento dos aspectos anatômicos, e das manifestações clínicas desta Síndrome, para os cirurgiões-dentistas.

Palavras-chave: Anormalidades Maxilofaciais; Transtornos Craniomandibulares; Radiografia panorâmica.

ABSTRACT

Eagle's syndrome is a pathology characterized by an abnormally long styloid process temporal bone or by calcification of the stylohyoid ligament, presenting painful symptoms in the cervical-facial region. The added clinical examination to the comment of x-rays will make possible its diagnosis, and the conduction of an adjusted treatment, for each case. In such a way, this article had as objective to make a revision of literature approaching the importance of the knowledge of the anatomical aspects, and the clinical manifestations of this Syndrome, for the surgeon-dental.

Key-words: Maxillofacial Abnormalities; Craniomandibular Disorders; Panoramic radiography.

INTRODUÇÃO

O processo estilóide é uma estrutura óssea delgada e pontuda, que se projeta para baixo e para frente da face inferior do osso temporal. Está situado entre as artérias carótidas interna e externa, posteriormente à faringe, onde se originam os músculos: estilo-hióideo, estiloglossos e estilofaríngeo; e os ligamentos: estilo-hióideo e estilomandibular¹. Tem origem embrionária na cartilagem de Reichert do segundo arco branquial e juntamente com o ligamento estilo-hióideo e o corno menor do osso hióide formam o complexo estilo-hióideo ou aparelho estilo-hióideo².

O alongamento do processo estilóide é uma anomalia que pode estar acompanhada pela: calcificação dos ligamentos estilo-hióideo e estilomandibular, podendo desencadear uma série de sintomas como disfagia, odinofagia, dor facial, otalgia, cefaléia, zumbido e trismo; e o conjunto desses sintomas associado ao alongamento do processo estilóide é denominado de Síndrome de Eagle³. A análise de radiografias e manejos no paciente, são importantes instrumentos para a confirmação do seu diagnóstico⁴.

Desta forma, este trabalho teve como objetivo fazer uma revisão da literatura abordando a importância do conhecimento dos aspectos anatômicos, e das manifestações clínicas da Síndrome de Eagle, para os cirurgiões-dentistas.

REVISÃO DA LITERATURA

O aparelho estilo-hióideo ou complexo estilo-hióideo refere-se ao conjunto formado pelo ligamento estilo-hióideo, corno menor do osso hióide e processo estilóide do temporal². O seu comprimento normal situa-se entre 25 e 30mm, podendo variar de pessoa para pessoa e até mesmo entre os dois lados do mesmo indivíduo. Quando os processos excedem essa média atribui-se o termo *alongamento*⁵.

O processo estilóide é alongado quando tanto o comprimento do processo quanto do ligamento estilo-hióide ultrapassam os 40mm⁶. E essa alteração poderá vir acompanhada da ossificação do ligamento estilo-hióideo provocando no indivíduo uma série de sintomas como: disfagia, odinofagia, dor facial, cefaléia, zumbido e trismo. Essa soma de sintomas, mais, a ocorrência do alongamento da apófise

estilóide recebe o nome de Síndrome de Eagle⁴.

A síndrome foi descrita, primeiramente em 1937 por Eagle, que teve como base os sintomas relatados por seus pacientes. A primeira forma relatada por ele foi denominada de Síndrome de Eagle ou estiloalgia, caracterizada por dor faríngea na fossa tonsilar, dificuldade de deglutição, dor ao girar a cabeça, sensação de corpo estranho na garganta e até mudança na voz por alguns instantes; e a segunda forma, chamada de Síndrome estilo-carotídea, caracterizava-se por dor persistente que irradiava para a região da artéria carótida, otalgia, vertigem e cefaléia⁷.

Não existe ainda um consenso sobre a sua etiologia, porém várias teorias como: o alongamento congênito decorrente da persistência de um folheto embrionário cartilaginoso; calcificação do ligamento estilo-hióideo resultando em um processo estilóide alongado; a formação de um tecido ósseo na inserção do ligamento estilo-hióideo² e presença de fibrose pós tonsilectomia⁸, são consideradas como fatores causais.

Para o diagnóstico propõem-se a realização de anamnese para coleta das principais queixas, sinais e sintomas do paciente. Em seguida, a realização de um exame físico que consiste em palpar a fossa tonsilar com o dedo indicador na intenção de identificar o processo estilóide, indicará que o processo encontra-se alongado, caso contrário não poderá ser sentido por esta manobra. O fechamento do diagnóstico é realizado com a solicitação e observação de radiografias PA, lateral de mandíbula ou panorâmica que evidenciarão a presença do processo estilóide alongado⁹.

Deve-se incluir no diagnóstico diferencial das disfunções da articulação têmporomandibular, dos tumores de base de língua, das neuralgias do trigêmeo e do glossofaríngeo⁴; dos quadros de enxaqueca, terceiros molares não irrompidos ou impactados, dor miofacial e artrite cervical¹⁰.

Em várias situações não se necessita de intervenção alguma para realizar o seu tratamento, porém nos casos mais leves em que o paciente faz queixa de dor existe a opção de fazer injeções locais de corticosteróides para aliviar o sintoma¹¹.

A excisão cirúrgica do processo estilóide alongado será aplicada para tratamento dos casos mais severos de dor, optando-se fazê-la via intraoral ou por via extraoral. O

tratamento por via intraoral é mais rápido e não deixa cicatriz externa visível, sendo assim mais estético, porém, a visualização das estruturas adjacentes ao processo estilóide fica bastante prejudicada, expondo o paciente à contaminação dos espaços cervicais; o acesso extraoral é o mais utilizado por permitir melhor campo visual das estruturas nobres próximas ao processo estilóide, como as artérias carótidas e o nervo facial, o que diminui o risco de lesões às mesmas⁷.

DISCUSSÃO

A prevalência do processo estilóide alongado é de 4% a 28% na população¹²; e neste grupo 4 a 10,3% poderão realmente apresentar um quadro de sintomatologia, embora não se tenha dados correlacionando o tamanho do alongamento com o grau de severidade dos sintomas¹³.

Com o alongamento do processo estilóide ou a calcificação do ligamento estilo-hióideo, o indivíduo poderá desenvolver dor não específica ao mudar a cabeça de posição, disfagia e sensação de corpo estranho através da faringe¹⁴. Esta condição clínica anormal do aparelho estilo-hióideo é denominada de Síndrome de Eagle^{12,15}.

Para um diagnóstico bem feito o exame clínico deve ser criterioso, associando os achados à história médica do paciente, seguidos da solicitação e observação de ortopantomografias e/ou tomografias computadorizadas¹⁶.

Artrite têmporomandibular, neuralgias do trigêmeo, do glossofaríngeo e do esfenopalatino, cefaléia histamínica, diverticulose esofagiana, tumores, dentes impactados ou não irrompidos, artrite cervical e enxaquecas são exemplos de diagnósticos diferenciais para a síndrome^{4, 10,14}.

O acesso intraoral no tratamento da Síndrome de Eagle resulta num procedimento rápido, simples e sem cicatriz externa visível. Porém, o preferível é o acesso extra-oral por permitir uma visão mais ampla das estruturas, não expondo a riscos maiores^{7,16}. O seu prognóstico é considerado favorável¹.

CONCLUSÃO

Com base na revisão da literatura, concluímos que a utilização de radiografias panorâmicas em conjunto com a história

clínica dos pacientes deverá ser o alicerce para a construção do diagnóstico diferencial da Síndrome de Eagle, a fim de nortear seu correto tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Lima Júnior, J.L.; Rocha, J.F.; Ribeiro, E.D.; Costa, V. S.; De Sousa, E.M.. Eagle's syndrome: a review of the literature. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2): 290-293, 2007.
2. Sá, A.C.D.; Zardo, M.; Paes Júnior, A.J.O.; Souza, R.P.; Barros Neto, F.; Dreweck, M.O.; Oliveira, R.; Neme, M.P.; Rapoport, A.. Alongamento do processo estilóide (síndrome de Eagle): relato de dois casos. *Radiol Bras*, 37(5), 385-388, 2004.
3. Lages, L.P.D.; Monte, T.L.; Freitas, S.A.P.; Falcão, C. A. M.. Alongamento do processo estilóide e síndrome de Eagle: considerações anatômicas, clínicas, diagnóstico e prevalência. *Odontologia. Clín.-Científ.*, 5 (3): 183-188, 2006.
4. Tiago, R.S.L.; Marques Filho, M.F.; Maia, C.A.S.; Santos, O.F.S.. Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 68(2): 196-201, 2002.
5. Pinto, P.R.O.; Vieira, G. L.; Menezes, L. M.; Rizzatto, S. M. D.; Brucker, M.R.. Avaliação do processo estilóide em sujeitos com discrepância esquelética de Classe III. *Rev. Odonto Ciênc.*, 23(1):44-47, 2008.
6. Rosa, R. R.; Kohatsu, L.I.; Moraes, L.C.; Medici Filho, E.; Moraes, M.E.L.; Castilho, J.C.M.. Síndrome de Eagle: revisão da literatura sobre variações, diagnóstico e tratamento. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(3): 288-94, 2008.
7. Pereira, L.C.; Pastori, C.M.; Marzola, C.; Toledo Filho, J.L.; Moura, L.A. de; Faverani, L.P.. Síndrome de Eagle: relato de caso. *Revista de Odontologia da Academia Tiradentes de Odontologia*, v.11, p. 624-631, 2008.
8. Rovani, G.; Flores, M.E.; Damian, M.F.; Conto, F.. Prevalência da Síndrome de Eagle na Faculdade de Odontologia da UPF. *Revista Médica HSPV*, 16(35): 12 - 14, 2004.
9. Maiello, V.L.; Alves, F.E.M.M.. Síndrome de Eagle: proposição de critério diagnóstico. *Revista da Associação Paulista de Cirurgião-dentista*, 60(5): 403-406, 2006.
10. Guzzo, F.A.V.; Macedo, J.A.G.C.; Barros, R.S.; Almeida, D.C.. Síndrome de Eagle: Relato de caso. *Revista Paraense de Medicina*, 20(4): 47-51, 2006.
11. Neville, B.W.; Damm, D.D.; Allen, C.M.; Bouquot, J.E., *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. pp. 19-20.
12. Silva, H.J.; Moraes, S.R.A.; Tashiro, T.. Análisis morfométrico de los elementos de la cadena estilohióidea. *Rev. Chil. Anat.*, 20(2): 205-210, 2002.
13. Murtagh, R. D.; Caracciolo, J. T.; Fernandez, G., CT. Findings Associated with Eagle Syndrome. *American Journal of Neuroradiology*, 22:1401-1402, 2001.
14. Savranlar, A.; Uzun, L.; Ugur, M. B.; Özer, T.. Three-dimensional CT of Eagle's syndrome: case report. *Diagn Interv Radiol*, 11:206-209, 2005.
15. Raina, D.; Gothi, R.; Rajan, S., Eagle syndrome. *Indian J Radiol Imaging*, 19(2):107-108, 2009.
16. Politi, M.; Toro, C.; Tenani, G.. A Rare Cause for Cervical Pain: Eagle's Syndrome. *International Journal of Dentistry*, 1: 1-3, 2009.

Recebido em 15/03/2010

Aprovado em 08/04/2010