

# Ciência Atual

Revista Científica  
Multidisciplinar das  
Faculdades São José

2018

Volume 12 | Nº2



FACULDADES  
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

# IMPORTÂNCIA DA ASSOCIAÇÃO CLÍNICO-RADIOGRÁFICA NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE EAGLE

The importance of clinic-radiographic association in Eagle Syndrome`s diagnosis

---

## **Rhayany de Castro Lindenblatt**

Professora de Patologia Bucal, Diagnóstico Bucal e Patologia Geral – Odontologia (FSJ). Doutora e Mestre em Patologia Bucal – UFF. Especialista em Estomatologia –OCEX | doutora@drarhaylind.com.br

## **Lilian Therezinha Vieira Lima**

Professora de Diagnóstico por imagem - Odontologia (FSJ) | raioxodontologico@globo.com

## **Thayana Alves Farinha**

Graduando em Odontologia - Faculdades São José (FSJ)

## **Natália Zgur Pinheiro**

Graduando em Odontologia - Faculdades São José (FSJ)

## RESUMO

A Síndrome de Eagle consiste numa alteração de desenvolvimento pouco freqüente, caracterizada pelo alongamento do processo estilóide ou calcificação do ligamento estiloídeo, cujo diagnóstico é obtido através da associação dos sintomas com exames de imagem. O presente caso clínico refere-se a uma paciente cujos sintomas e características radiográficas convergem para um quadro de Síndrome de Eagle. Através desse relato busca-se enfatizar a importância da valorização dos sintomas apresentados pelo paciente, cujas informações fundamentam o raciocínio clínico e devem, sempre que possível, ser associadas a exames de imagem, quando houver suspeita inicial de Síndrome de Eagle.

**Palavras-Chave:** Síndrome de Eagle, sintomas, exames de imagem.

## ABSTRACT

Eagle Syndrome is an unusual development alteration, characterized by styloid process elongation or calcification of stylohyoid ligament. The diagnosis is obtained through association of symptoms and image exams. The present case report is about a patient whom clinical and radiographic aspects were indicative of Eagle Syndrome. This case emphasizes the importance of giving value to patient's symptoms, such informations might confirm clinical judgment and must be, whenever it's possible, associated to image exams, specially when the initial suspicion is Eagle Syndrome.

**Keywords:** Eagle Syndrome, symptoms , image exams.

## INTRODUÇÃO

O processo estilóide do osso temporal consiste numa delgada projeção óssea com 25 mm de comprimento aproximadamente (DESÁ 2004). se origina do aspecto inferior do osso temporal, anterior e medial ao forame estilomastóideo. Está ligado a o menor corno do osso hióide pelo ligamento estilo-hióideo. (NEVILLE et al, 2017).

Nos estudos radiográficos, o processo estilóide é definido como normal quando menor do que 2,5 cm e, alongado, quando maior do que 4,0 cm (DE SÁ 2004).

O alongamento do processo estilóide ou a calcificação do ligamento estiloíóide, historicamente, foi relatado a cerca de 300 anos. Pietro Marchetti, um cirurgião de Pádua, em 1652, descreveu o primeiro relato de caso de ossificação do ligamento estiloíóide. Posteriormente, durante o período de desenvolvimento do diagnóstico radiográfico, Grossman correlacionou o alongamento do processo estilóide à disfagia, dor à deglutição, cefaléia e otalgia (DE SÁ 2004).

Esta alteração defeito de desenvolvimento acomete mais os adultos, manifesta-se, com maior frequência, bilateralmente e sem sintomatologia. Ocorre em 6% da população, sendo ligeiramente mais comum no sexo feminino (ROVANI et al, 2004). Há casos em que os pacientes apresentam em associação a alteração no complexo estilóide um conjunto de sintomas um quadro sindrômico que caracterizado por disfagia, disфонia, otalgia, cefaléia, vertigem e síncope transitória (NEVILLE et al, 2017). A este conjunto de alterações denomina-se Síndrome de Eagle. Além disso, dor facial ao girar a cabeça e à deglutição também podem estar presentes.

A Síndrome de Eagle foi descrita em 1937, sendo dividida clinicamente em duas categorias: Síndrome de Eagle Clássica e a Síndrome da artéria carótida. A primeira revela dor contínua na faringe, com piora à deglutição, associada à otalgia e sensação de corpo estranho na faringe. Já a Síndrome da artéria carótida não está associada a tonsilectomia e, provavelmente, ocorre devido à compressão das artérias carótidas, resultando na estimulação da cadeia simpática presente na parede dos vasos (carotidínia) (DE SÁ, 2004).

As causas desta síndrome não são bem definidas e incluem teorias baseadas no alongamento congênito do processo estilóide, na calcificação do ligamento estiloíóide e na formação de tecido ósseo na inserção do ligamento estiloíóide (DESÁ 2004). Segundo NEVILLE et al (2017), a Síndrome de Eagle, classicamente, ocorre após uma tonsilectomia, e o desenvolvimento do tecido cicatricial resulta em dor.

O diagnóstico diferencial desta patologia inclui nevralgias glossofaríngea e trigeminal, arterite temporal, enxaqueca, dor miofacial, cefaléia histamínica, entre outras. Já o diagnóstico final desta entidade confirma-se através da palpação cuidadosa da fossa tonsilar, havendo relato de dor do paciente, associado às imagens radiográficas que sugerem esta entidade (TIAGO et al, 2002).

O tratamento da síndrome de Eagle depende da gravidade do sintomas. Para casos leves, nenhum tratamento pode ser necessário (exceto resseguro do paciente). A injeção local de corticosteróides, por vezes, proporciona alívio. Em casos mais graves, excisão cirúrgica parcial do processo estilóide alongado ou o ligamento estilo-hioide mineralizado é necessário. Normalmente, isso é realizado através de uma abordagem intra-oral, embora uma abordagem extra-oral também possa ser utilizada. O prognóstico é bom. (NEVILLE et al, 2017). A excisão dos alongamentos é o padrão ouro no tratamento da Síndrome de Eagle, apresentando uma notável regressão dos sintomas. O acesso intraoral proporciona menor tempo cirúrgico, estética favorável sem cicatrizes visíveis e uma ótima recuperação do paciente (CAIO et al, 2014).



## RELATO DO CASO

Paciente G.S.L., sexo feminino, 61 anos, leucoderma, procurou a Clínica de Especialização em Estomatologia da Odontoclínica Central do Exército (OCEX), para consulta de preservação de lesões leucoplásicas sem displasia, diagnosticadas por exame histopatológico em 2003, quando queixou-se de dor à deglutição e na região próxima à loja tonsilar direita.

Durante a anamnese, a mesma relatou ter realizado tonsilectomia há 18 anos e episódios de “choque” durante rotação da cabeça para direita. Afirmou, ainda, visita prévia ao Otorrinolaringologista, o qual descartou a presença de alterações em orofaringe e ouvido. Ao exame intra-bucal, não foram observadas mudanças na coloração e na textura da mucosa, sendo evidenciada sintomatologia dolorosa, à palpação, em região póstero-lateral direita da língua, próximo à loja tonsilar direita. Ao exame de radiografia panorâmica da face e seriografia da ATM (cortes sagital), constatou-se imagem compatível com calcificação do ligamento estiloióide, bilateralmente (Figuras 1 e 2). Após a associação dos sinais e sintomas apresentados pela paciente com as imagens radiográficas apresentada, atribuiu-se o diagnóstico final de Síndrome de Eagle. Diante da pequena intensidade dos sintomas apresentados pela paciente, optou-se pela preservação do quadro, semestralmente.



*Figura 1: Radiografia panorâmica da face (lado direito), demonstrando calcificação do ligamento estiloióide*

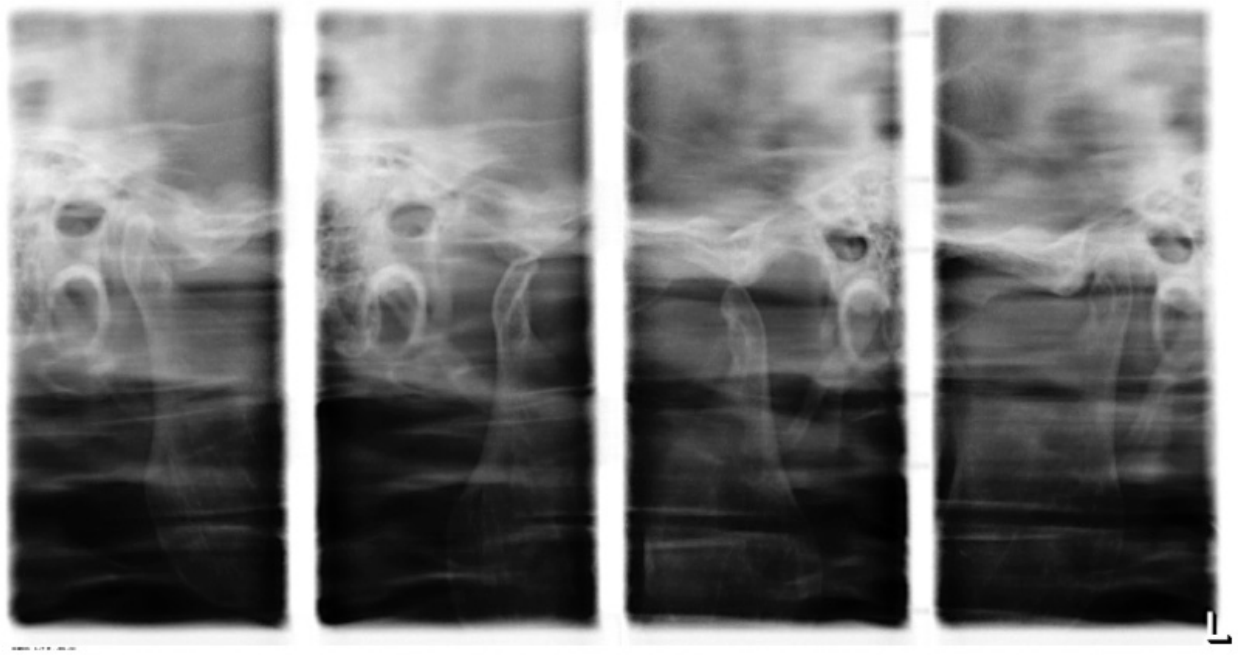


Figura 2: Seriografia da ATM, demonstrando calcificação do ligamento estiloíóide bilateralmente

## DISCUSSÃO

O complexo estilóide é composto pelo processo estilóide, ligamento estiloíóideo e corno menor do osso hióide. No adulto, o ligamento estiloíóideo é composto de tecido conjuntivo fibroso denso, o qual apresenta potencial de se converter em tecido parcial ou totalmente calcificado. Dessa forma, as anomalias estilóideas se manifestam pela calcificação do ligamento e pelo alongamento do processo estilóide (RIZZATTI-BARBOSA 2004).

RIZZATTI-BARBOSA et al (1987) e MORAES & NETO (1992) concordam que o processo estilóide pode ser considerado de tamanho normal quando apresenta até 2,5 cm, admitindo seu tamanho anormal quando maior que 3,0 cm. Entretanto, DE SÁ et al (2004) acreditam que o processo estilóide só se apresenta alongado quando maior que 4,0 cm.

RIZZATTI-BARBOSA et al (1987), em um trabalho sobre a prevalência do alongamento do processo estilóide em pacientes desdentados, atendidos no serviço de triagem da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP), comprovaram que há maior prevalência desta entidade em indivíduos do sexo feminino, com idade entre 51 e 60 anos, o que converge com os dados da paciente de nosso estudo.

O ligamento calcificado pode ser classificado quanto ao tipo de processo, ou seja, se é alongado, pseudoarticular ou segmentado. Também recebe uma classificação em relação ao padrão de mineralização, podendo ser homogêneo, externo, nodular ou parcial. Dessa forma, ROVANI et al (2004), afirmaram que a presença do ligamento estiloíóide do tipo alongado pode provocar maior prevalência de tontura e desmaio nos pacientes. Já aqueles que possuem o ligamento com calcificação pseudoarticular e segmentado, mostram reduzida sintomatologia da Síndrome de Eagle.

O processo estilóide é normalmente ossificado entre os 5 e 8 anos de idade. Entretanto, a articulação do processo estilóide com o osso temporal permanece cartilaginosa até a idade adulta e esses segmentos cartilagosos podem persistir com o ligamento estiloíóide e formar segmentos distintos, explicando o porquê deste processo se encontrar alongado (MORAES & NETO 1992).

A dor do processo estilóide alongado ou calcificação do ligamento em geral está associada à cicatriz da fossa tonsilar subseqüente à tonsilectomia em fases mais recentes da vida. Entretanto, a Síndrome de Eagle pode estar associada a Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa (DISH), a qual também acomete a coluna, o ombro e o joelho. Outra causa de mineralização do ligamento estilóide caracteriza-se por metaplasia, a partir de células do periosteio, na base da inserção do ligamento no osso temporal. O alongamento pode ser, ainda, secundário a um fenômeno de tendinite de inserção, sendo esta tendinite uma degeneração e inflamação na inserção tendinosa do processo estilóide (ROVANI et al 2004).

O diagnóstico desta síndrome deve ser estabelecido pela conjugação de uma boa anamnese e criterioso exame físico, com conhecimentos básicos relativos a anatomia da cabeça e pescoço, associados a uma avaliação de exames de imagem que podem variar desde radiografias convencionais à tomografia computadorizada (MORAES & NETO, 1992).

NORONHA et al (1987), em relato de caso, demonstraram que o diagnóstico desta enfermidade pode se mostrar complexo, sendo muitas vezes tardio. O paciente do referido relato apresentava-se com um conjunto de sintomas vagos, incluindo dor facial, otalgia e sensação de corpo estranho na garganta por dois anos. Foi examinado por muitos especialistas, recebendo diversas terapias, as quais não surtiram o efeito desejado. Posteriormente, foi realizada uma radiografia panorâmica de face por um radiologista, que observou a existência do alongamento do processo estilóide (NORONHA et al 1987).

Segundo NEVILLE et al (2004), o tratamento desta entidade está intimamente relacionado à intensidade dos sintomas, variando desde preservação do quadro, nos casos de sintomatologia leve, à excisão cirúrgica do processo estilóide nos casos mais severos. Para os casos de sintomas moderados, este autor propõe aplicação local de corticosteróides.

ROVANI et al (2004), concordam com a indicação cirúrgica para os casos de maior severidade sintomatológica, admitindo a possibilidade, também de administração local de corticóides.

Em relação ao tratamento cirúrgico, NORONHA et al (1987) descrevem que o encurtamento do processo realiza-se através da fossa tonsilar. Os músculos são removidos da extremidade do processo, o qual é, então, excisado por osteotomia. Uma via extrema para a remoção do processo estilóide foi descrita por Loeser e Caldwell. Uma incisão transversa é feita anteriormente ao músculo esternocleidomastóideo, medialmente ao ângulo da mandíbula, a fim de se obter uma exposição adequada do processo estilóide. Remove-se o osso por cisalha de Linston, após a dissecação de toda a fáscia e dos músculos inseridos na apófise (NORONHA et al, 1987).

NORONHA et al (1987), em estudo sobre o alongamento do processo estilóide e a semelhança de sua sintomatologia com outras enfermidades, também notaram que para chegar ao diagnóstico de certeza, antes de tudo, torna-se necessário pensar na existência dessa alteração, ter conhecimento de seus sintomas clínicos e utilizar todos os meios semiológicos necessários. Afirmam, ainda, que o diagnóstico desta síndrome é demorado, podendo acarretar em tratamentos inadequados e na permanência dos sintomas por longo período.

## CONCLUSÃO

Este caso enfatiza a importância de se valorizar os sintomas apresentados pelo paciente. As informações contidas na queixa principal fundamentam o raciocínio clínico e devem, sempre que possível, ser associadas a exames de imagem quando houver suspeita de Síndrome de Eagle, a fim de se obter um diagnóstico mais preciso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DE SA, A C. D.; ZARDO, M.; PAES JR, A J. O.O et al. Alongamento do processo estilóide (Síndrome de Eagle): relato de dois casos. Radiol. Bras. 2004, v. 37, pg 385-87.

MORAES, S.L.C. & NETO, P.N. Síndrome estilo-estilohioidea. Relato de Caso. Rev HCA, 1992, v.2, pg 14-9.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M. et al. Patologia Oral & Maxilofacial. Guanabara-Koogan: Rio de Janeiro, 2004.

NORONHA, M.J.R. et al Alongamento do processo estilóide: Síndrome de Eagle. RBORL, 1987, v. 53, pg 60-3.

RIZZATTI-BARBOSA, C.M. et al Prevalência del elongamento del proceso estilóide em uma población adulta totalmente desdentada. Acta Odontológica Venezolana. 2004, v.42.

ROVANI, G.; DAMIAN, M.F.; CONTO, F. Prevalência da Síndrome de Eagle na Faculdade de Odontologia da UPF. Rev Médica HSVP, 2004, v.16. pg 12-4.

TIAGO, R.S.L. et al. Síndrome de Eagle: Avaliação do tratamento cirúrgico. Rev Bras. Otorrinolaringol. 2005, p.196-201.

WATANABE, P.C.A; CAMPOS, M.; PARDINI, L.C. Síndrome do processo estilóide alongado (Síndrome de Eagle). Rev Assoc. Paul Cir. Dent., 1998, v. 52, 487-90.

CERQUEIRA, R.C.C; BATISTA, C.C.A.; MEDEIROS, O.J.; SILVA, P.E.; ROSA, S.L.E. Acesso Intraoral em Três casos de Síndrome de Eagle. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.14, n.2, p. 09-14 , abr/jun 2014.





FACULDADES  
SÃO JOSÉ

[www.saojose.br](http://www.saojose.br) | (21) 3107-8600  
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro