

# Ciência Atual

Revista Científica  
Multidisciplinar das  
Faculdades São José

2017

Volume 10 | N°2



FACULDADES  
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

### **LUCAS CARNEIRO COSTA**

Pós graduando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – FSJ

### **PAULA MAURO BOTELHO**

Pós graduanda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – FSJ

### **DANIELLE DARZE ABADDE BARBOSA**

Pós graduanda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – FSJ

### **JOSÉ LUIZ GONZALEZ**

Especialista Bucomaxilofacial e Chefe do Serviço de BucomaxiloFacial do Hospital Municipapl Salgado Filho

### **SÉRGIO PINTO CHAVES JÚNIOR**

Serviço de Cirurgia e Traumatologia do Hospital Municipal Salgado Filho; Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

### **RAFAEL MEIRA PIMENTEL**

Doutorando e Mestre em Odontologia; Coordenador da Especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – FSJ, Especialista Bucomaxilofacial

## RESUMO

A síndrome de Eagle é uma condição rara e de difícil diagnóstico devido aos inúmeros e vagos sintomas. É caracterizada pelo tamanho anormal do processo estilóide ou calcificação do ligamento estilo-hioideo. O objetivo deste trabalho foi fazer um levantamento bibliográfico para melhor entendimento desta rara síndrome, diagnóstico e possibilidades de tratamento.

**Palavras-Chave:** Síndrome de Eagle; Processo Estilóide; Tratamento

## ABSTRACT

Eagle syndrome is a rare and difficult to diagnose disease due to innumerable and vague symptoms. It is characterized by abnormal size of the styloid process or calcification of the stylohyoid ligament. The objective of this work was to make a bibliographic survey to improve the understanding of this syndrome, the diagnosis and the possibilities of treatment.

**Keywords:** Eagle syndrome; Styloid Process; Treatment

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Eagle foi descrita primeiramente em 1937, dividida em síndrome clássica e síndrome da artéria carótida ou estilocarotídea. A síndrome clássica se apresenta normalmente após amigdalectomia ou algum tipo de trauma em região de faringe tendo como sintomatologia mais frequente dor em orofaringe, disfagia, trismo, zumbido, dor cervical e sensação de corpo estranho na faringe. A síndrome estilocarotídea apresenta-se com ossificação ou calcificação do ligamento estilo-hióideo idiopático, desenvolvendo sintomas inespecíficos causados pela compressão das artérias carótidas e fibras simpáticas pelo processo estilóide, devido sua localização que é entre as artérias carótida interna e externa, lateralmente a fossa tonsilar. Em específico na síndrome estilocarotídea podemos encontrar sintomas relacionados à compressão carotídea como pré-síncope, síncope e até eventos isquêmicos transitórios. A síndrome de Eagle pode ser tratada de forma conservadora ou cirúrgica, sendo a cirúrgica o tratamento de escolha por muitos devido a remissão definitiva do quadro e com menor morbidade.

## MÉTODOS

Para esta revisão de literatura, procuramos textos completos publicados com casos clínicos e que revisavam a Síndrome de Eagle em seu diagnóstico e tratamento. A busca foi no banco de dados PubMed, apenas artigos em inglês. As palavras chave utilizadas foram "Síndrome de Eagle"; "Processo Estilóide"; "Síndrome da artéria carotídea"; "Tratamentos". Os artigos que mais se encaixavam com o objetivo deste trabalho foram revisados e citados.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Origem, Características anatômicas e incidência

O primeiro caso de ossificação do ligamento estilo-hióideo foi relatado por Demanchetis em 1652 e o primeiro com sintomatologia descrito por Weinlecher em 1872. Eagle em 1937 descreveu a síndrome que hoje leva seu nome. Em sua análise, Eagle relatou que o tamanho do processo estilóide normal é cerca de 2,5 a 3 cm de comprimento e que apenas 4% dos pacientes apresentam sintomatologia.

### Etiologia, Sintomatologia e Diagnóstico diferencial

A etiologia ainda continua obscura tendo como forte evidência histórico de trauma em faringe ou amigdalectomia previa promovendo hiperplasia ossificante com alongamento do processo estilóide. A sintomatologia pode variar de dor em orofaringe, disfagia, trismo, zumbido, dor cervical e sensação de corpo estranho na faringe. Os possíveis diagnósticos diferenciais sempre devem ser considerados como DTM, enxaquecas, nevralgias trigeminiais, glossofaríngea e eseno-palatina, e refluxo laringofaríngeo crônico antes do diagnóstico definitivo de Síndrome de Eagle.

## Diagnóstico e Exames de Imagem

O diagnóstico se inicia com anamnese e exame físico apurados. Ao se desconfiar de aumento do processo estiloide à palpação, pode-se infiltrar anestésico local no pilar tonsilar para fim de evidenciar fim dos sintomas. O exame de imagem considerado padrão ouro para diagnóstico é a Tomografia computadorizada de face e cervical, evidenciando com clareza o aumento do processo estiloide.

## Tratamento

A literatura relata dois tipos de tratamento, conservador e cirúrgico, sendo conservador não definitivo, através da administração de analgésicos, antiinflamatórios não esteroideais, antidepressivos, anticonvulsivantes, injeções de lidocaína ou esteroides, benzodiazepínicos ou até mesmo aplicação de calor tóxico. O tratamento cirúrgico trata-se da remoção do excesso do processo estiloide que pode ser por acesso intra-oral ou extra-oral. O acesso intra-oral aborda a fossa tonsilar que não promove cicatriz externa mas não permite uma exposição completa do processo estiloide, maior risco de infecção, difícil controle de hemostasia e risco aumentado de hemorragias principalmente pela proximidade da artéria carótida e edema pós-operatório podendo trazer risco a via aérea, sendo assim contra-indicação relativa o acesso intra-oral bilateral. O manejo cirúrgico extra-oral normalmente ocorre por acesso cervical, promovendo uma cicatriz visível mas com diminuição dos riscos à vida do paciente tendo apenas a advertência do risco de lesão do ramo marginal da mandíbula do nervo facial. A abordagem extra-oral promove um acesso mais amplo, expondo todo o processo estiloide com facilidade e diminuindo a morbidade, sendo assim considerado o mais indicado em muitos casos.

## CONCLUSÃO

A síndrome de Eagle é normalmente de difícil e tardio diagnóstico, pode ser tratada de forma conservadora ou cirúrgica sendo que o alívio a longo prazo não pode ser alcançado pelo tratamento conservador. Dentre os acessos cirúrgicos, o que apresenta menor morbidade é o cervical para o tratamento da síndrome sintomática em adultos sendo assim considerado o de primeira escolha.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Badhey A; Jategaonka A; Kovacs AJA, Kadakia S; Deyn PP; Ducic Y; Schantz S; Shin E. Eagle syndrome: A comprehensive review. 2017. 159 (2017) 34–38. Review Article - Clinical Neurology and Neurosurgery, New York, NY, United States, 2017

Elzahaby IA, Elshal EE (2017) Stylohyoid Syndrome and its Surgical Treatment – A Case Report and Review of the Literature. 3(1): 013-016. Arch Otolaryngol Rhinol, Mansoura University, Egypt, 2017

Heim N; Faron A; Martini M; Reich RH. Eagle Syndrome: a Follow-Up Examination of Four Patients After Surgical Treatment Via Cervical Approach. 2016. Volume 00, Number 00. The Journal of Craniofacial Surgery, Month. Department of Oral and Maxillofacial Plastic Surgery, University Clinic Bonn, Bonn, Germany.2017

Liu Y, Yang H, Cui X. A Case of a Very Elongated Styloid Process. Volume 10: 1–3. Clinical Medicine Insights: Ear, Nose and Throat, Case Report, China, 2017

Watt W. Eagle M.D., Durhan, N. C. Elongated Styloid Process: Report of Two Cases. 1937. 584 – 587. Archives of Otolaryngology. Department of Otolaryngology, Duke University Medical School and Hospital, 1937.



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