



Furão S.<sup>1</sup>, Santos P.F.<sup>1</sup>, Silva C.<sup>1</sup>, Santos C.<sup>1</sup>, Teles I.<sup>1</sup>, Delgado A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Consulta Assistencial de Ortodontia- Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

\*E-mail address: susana.furao@gmail.com

### Introdução

O **Síndrome de Eagle (SE)**, descrito em 1937, caracteriza-se por um aumento (superior a 30mm) do comprimento da apófise estiloideia e/ou calcificação do ligamento estilo-hioideu e/ou estilo-mandibular.<sup>1,2,3,4,5</sup>

Nesta apófise inserem-se os músculos estilo-faríngeo, estilo-glosso e estilo-hioideu e os ligamentos estilo-hioideu e estilo-mandibular<sup>4,6,7,8,9</sup> (Fig. 1,2,3).

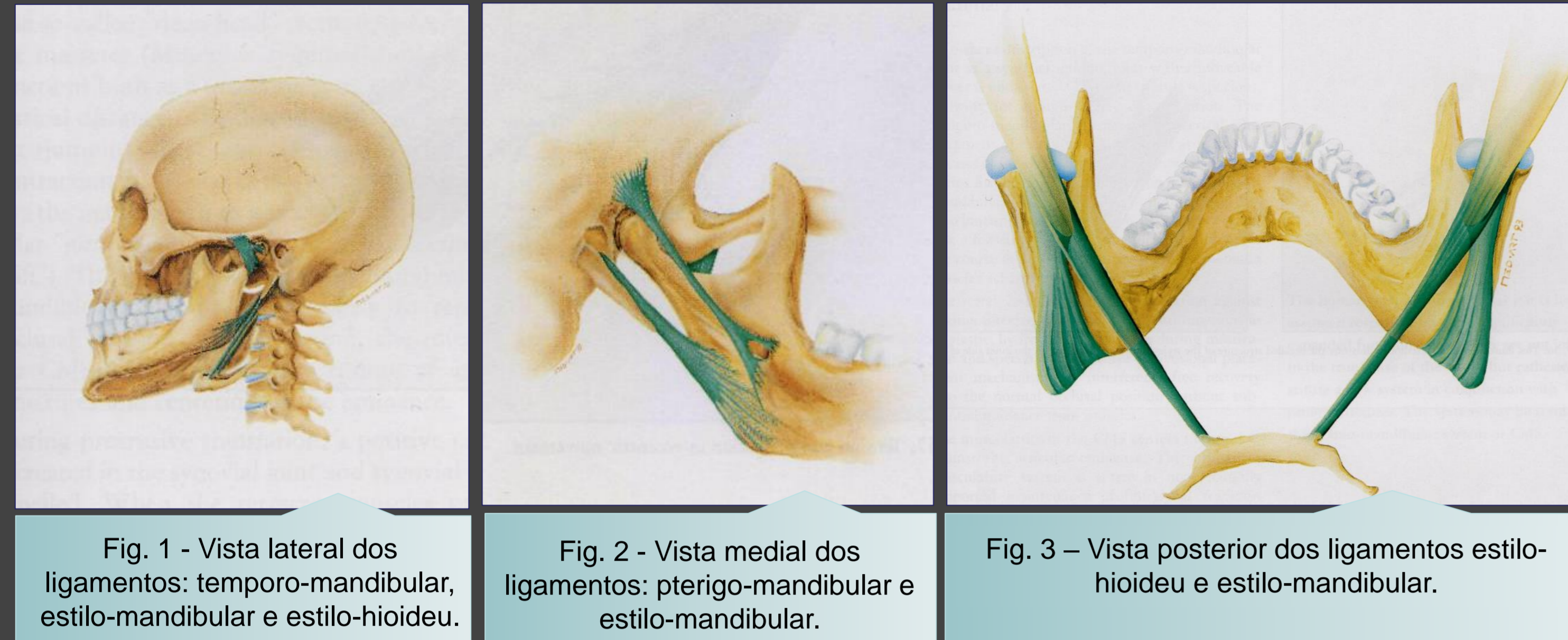


Fig. 1 - Vista lateral dos ligamentos: temporo-mandibular, estilo-mandibular e estilo-hioideu.

Fig. 2 - Vista medial dos ligamentos: pterigo-mandibular e estilo-mandibular.

Fig. 3 - Vista posterior dos ligamentos estilo-hioideu e estilo-mandibular.

Nota: Imagens gentilmente cedidas pelo Prof. R. Slavicek <sup>10</sup>

A **prevalência** do SE varia entre os 4 e os 93% e é mais frequente em mulheres adultas.<sup>1,2,6,7,8</sup> Apesar da **etiologia** permanecer desconhecida foram propostas diferentes teorias: hiperplasia reativa, metaplasia reativa, variação anatômica, desenvolvimento anormal para a idade ("pseudo síndrome estilo-hioideu"), genética, alterações endócrinas em mulheres pós-menopausa e degenerativa.<sup>1,6,7</sup>

Langlais propôs uma **classificação** de acordo com a morfologia (tipo I,II e III) e de acordo com o grau de calcificação (calcificação externa, calcificação parcial, complexo nodular e completamente calcificada).<sup>7,11,12</sup>

Foram descritos dois **tipos** de Síndrome de Eagle: o "clássico" e o síndrome estilo-carotídeo.<sup>1,2,3,5,6,7,8,13,14,15</sup>

#### "Clássico"<sup>1,3,5,6,8,13,14,15</sup>

- Surge após trauma ou tonsilectomia
- Compressão dos V, VII, IX e X pares cranianos
- Disfagia
- Sialorreia
- Zumbidos
- Dor cervicofacial e orofaríngea
- Trismus
- Disfonia
- Otalgia

#### "Síndrome estilo-carotídeo"<sup>1,3,5,6,8,13,14,15</sup>

- Devido ao aumento e desvio da apófise estiloideia
- Compressão das artérias carótidas e plexo nervoso simpático
- Cefaleias
- Síncopes
- Enxaquecas
- Dor ipsilateral
- Acidentes isquêmicos transitórios (AIT)

O **diagnóstico** é feito com base numa anamnese direcionada, num exame clínico criterioso e auxiliado por exames complementares imagiológicos e com o teste de infiltração de lidocaína.<sup>1,4,5,6</sup>

Dependendo do grau de severidade, podem ser consideradas as abordagens **terapêuticas** não cirúrgica e/ou cirúrgica.<sup>1,2,3,4,6,7,8,9,14,15</sup>

### Terapêutica

#### Não Cirúrgica<sup>1,2,3,6,8,9</sup>

- Tratamento de primeira linha
- Analgésicos, anti-convulsionantes, anti-depressivos
- Infiltrações locais com corticoesteróides

#### Cirúrgica<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,14,15</sup>

- Tratamento definitivo
- Pode ser feita uma abordagem intra ou extra-oral

### Objetivo

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de Síndrome de Eagle, com especial enfoque para os critérios de diagnóstico.

### Discussão e Conclusões

Síndrome de Eagle é uma condição que apresenta um quadro clínico inespecífico, dificultando um **diagnóstico definitivo**.

Devido à irradiação da dor para a faringe, ouvidos e pescoço, há vários **diagnósticos diferenciais** possíveis

- Alterações inflamatórias e reumatóides
- Neuralgias (V ou IX)
- Disfunção temporo-mandibular
- Fratura da apófise estiloideia<sup>3,4,5,6,7</sup>

Para enfrentar este desafio, dispomos atualmente de exames complementares imagiológicos de qualidade crescente e cada vez mais acessíveis.

### Anamnese

**Identificação:** sexo feminino, 19 anos

**Motivo consulta:** "Ajudar a articulação e já agora meter os dentes direitinhos" (*sic*)

**História da doença atual:**

- Refere dor: diária na ATM (há cerca de 5 anos que se iniciou com estalidos), no pescoço (com limitação dos movimentos para o lado esquerdo), nos músculos mastigatórios (ao acordar), ao bocejar e ao falar.
- Refere ainda: zumbidos e sialorreia (diariamente), cefaleias (2 a 3/ semana) e bruxismo frequente.
- Controla sintomatologia com Paracetamol 1g.

### Exame Clínico

- **Avaliação funcional:**
  - Palpação da fossa tonsilar e transfaríngea<sup>1,2,4,5</sup>: não foi possível realizar, devido ao reflexo de vômito.
  - Palpação muscular e articular revelou dor no: pterigoideu lateral (bilateral), milo-hioideu, masseter, zona retroarticular bilateral e ligamento temporo-mandibular esquerdo.
- **Inspeção intra-oral:** classe III canina e molar bilateral, mordida cruzada anterior e posterior bilateral, trespasses horizontal e vertical diminuídos, discrepâncias dentomaxilares por defeito (Fig.6).
- **Inspeção extra-oral:** desvio das linhas médias, assimetria, perfil cutâneo côncavo (Fig.7).

### Exames Complementares de Imagem<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

- Ortopantomografia (Fig.4)
- Telerradiografia de perfil (Fig.5)
- Rx com projeção de Towne invertida
- TAC (3D) (paciente ainda não realizou)
- Angiografia do pescoço: não pertence ao âmbito da Medicina Dentária



Fig. 4 – Ortopantomografia – é possível observar as apófises estiloideias com um comprimento superior a 1/3 do ramo da mandíbula.<sup>6</sup>

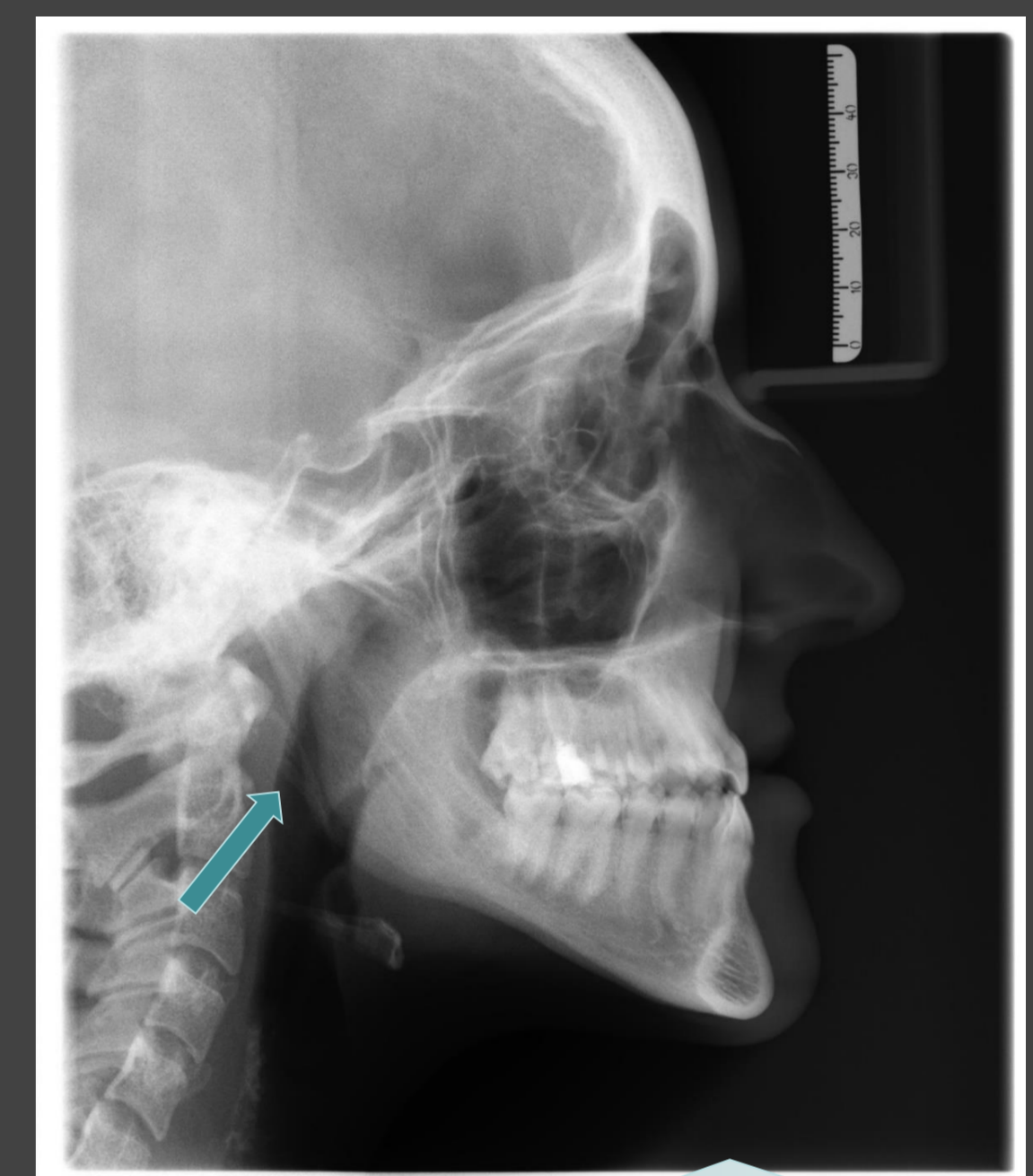


Fig. 5 – Telerradiografia de Perfil – é possível medir o comprimento da apófise<sup>6</sup> (42mm).



Fig. 6 – Fotografias Intra-Orais.



Fig. 7 – Fotografias Extra-Orais.

É fundamental uma **abordagem multidisciplinar** após avaliar a indicação de cada caso, ponderando o risco/benefício e elucidando o paciente sobre as suas vantagens e limitações.

- Encaminhamento para Hospital Garcia de Orta
- Abordagem Cirúrgica (bom prognóstico)<sup>6,9</sup>

Posteriormente tratamento ortodôntico-cirúrgico

O Síndrome de Eagle é uma patologia cuja etiologia ainda não está completamente esclarecida. Se **estudos futuros** identificarem com clareza as suas causas, certamente se abrirão novos horizontes, nomeadamente nas áreas da prevenção.

### Bibliografia

- 1-Moon CS et al- Eagle's syndrome: a case report. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2014;40:43-47. 2-Bahgat M, et al- Eagle's syndrome, a rare cause of neck pain. BMJ Case reports 2012;006278. 3-Taheri A et al- Nonsurgical treatment of stylohyoid (Eagle) syndrome: a case report. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2014;40:246-249. 4-Pithon M-Eagle's syndrome in an orthodontic patient- American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics-2012-v141-1. 5-Orlik, K et al- Unilateral neck pain: a case of eagle syndrome with associated nontraumatic styloid fracture- American journal of emergency medicine 32(2014)112e1-112e2. 6-Piagkou M et al- Eagle's Syndrome: A Review of the Literature. Clinical Anatomy (2009)22:545-558. 7- More C.B, et al- Eagle's Syndrome: Report of Three Cases. (2011) 63(4):396-399. 8- Politi M, et al- A Rare Cause for cervical Pain: Eagle's Syndrome. International Journal of Dentistry. 2009; article ID 781297. 9- Baharudin A, et al- Transoral Surgical Resection of Bilateral Styloid Processes Elongation (Eagle's Syndrome). Acta Inform Med. 2012; 20(2):133-135. 10- Slavicek R. The masticatory organ, functions and dysfunctions. Klosterneuburg: Gamma Med-Wiss. Fortbildungs-GmbH. 11- Blackett J. W, et al- Trigeminal neuralgia post-styloidectomy in Eagle syndrome: a case report. Journal of Medical Case Reports; 2012; 6:333. 12- Jewett J et al- eagle Syndrome: an incidental finding in a trauma patient: a case report. The Journal of Emergency Medicine; 2014; 46(1): e9-e12. 13- Shahnoun H et al- Symptomatic Elongated Styloid Process of Eagle's Syndrome: A Case Report. JODDD; 2008; 2(3): 102-105. 14- de Andrade K.M, et al- Styloid Process Elongation and Calcification in Subjects with TMD: Clinical and Radiographic Aspects. Braz Dent J; 2012; 23(4): 443-450. 15- Reddy R. S, et al- Prevalence of elongation and Calcification patterns of elongated styloid process in south India. J Clin Exp Dent. 2013;5(1): e30-5