

Síndrome de Eagle

Eagle's Syndrome

JENER GONÇALVES DE FARIAS¹
PAULO SÉRGIO FLORES CAMPOS²
VÂNIA CAVALCANTI RIBEIRO DA SILVA³
JOSÉ RODRIGO MEGA ROCHA⁴
MARIA CARMELI CORREIA SAMPAIO⁵

RESUMO

Os autores apresentam o relato de um caso clínico da Síndrome de Eagle. A paciente, do gênero feminino, com 65 anos, leucoderma, referia dor na região bucofaríngea irradiando-se para o ramo da mandíbula, além de queixas de cefaléias constantes e sensação de corpo estranho na garganta. Radiograficamente, foi constatada anormalidade bilateral do complexo estilo-hióide, que somada aos achados do exame clínico, permitiu estabelecer o diagnóstico da síndrome de Eagle. Sabemos que o alongamento do processo estilóide pode ser causa de dor craniofacial e cervical, algumas vezes de difícil diagnóstico, fato que leva pacientes à busca incessante de várias especialidades. Acredita-se que o ideal para tais casos, seja a avaliação multidisciplinar.

DESCRIPTORIOS

Síndrome Estilo-hióide. Síndrome de Eagle. Calcificação.

SUMMARY

The authors present a clinical case report on Eagle's Syndrome. A leukoderma female patient, aged 65, reported pain in the buccopharyngeal region that irradiated to the mandible branch, further to complaints of constant headaches and sensation of a strange body in the throat. The ex-ray showed bilateral abnormality of the stylohyoid complex, which added to the findings of the clinical exam, allowed us to establish the diagnosis of Eagle's syndrome. We understand that the elongation of the styloid process can be caused by craniofacial and cervical pain, which is sometimes difficult to diagnose and leads patients into searching for several specialties. We believe that the ideal for such cases is a multi-subjectivity assessment.

DESCRIPTORS

Stylohyoid Syndrome. Eagle's Syndrome. Calcification.

Dentre as síndromes craniofaciais e cérvico-faríngeas, ressaltamos a Síndrome de Eagle, que apesar de ser conhecida desde o século passado, só teve seus aspectos clínicos e terapêuticos consolidados após a descrição do caso clínico publicado

Among the craniofacial and cervicopharyngeal syndromes, we detach Eagle's Syndrome which, despite being known since the past century, only had its clinical and therapeutic aspects consolidated after the description of the clinical case published by

- 1 Professor da Disciplina de Cirurgia Buco-maxilo-facial da Universidade Estadual de Feira de Santana e Universidade Metropolitana de Educação e Saúde – Bahia – Brasil.
- 2 Professor Adjunto da Disciplina de Radiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Salvador – Bahia – Brasil.
- 3 Professora Assistente da Disciplina de Semiologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Camarajibe – Pernambuco – Brasil.
- 4 Cirurgião-dentista.
- 5 Pesquisadora do IMEPE – Instituto Médico de Ensino e Pesquisa – Brasília – Distrito Federal.

por Eagle em 1937. Expressões como Síndrome de Eagle, estilalgia, síndrome estilóide, síndrome estilo-hióidea, síndrome do processo estilóide alongado, neuralgia estilo-hióidea, síndrome da artéria carótida e síndrome estilo-hióidea têm sido empregados para denominá-la (REIS *et al.*, 2001).

Essa síndrome, que é causa constante de dor craniofacial e cérvico-faríngea, pode ser tratada através de terapia medicamentosa ou cirúrgica. No entanto, o grande problema é o desconhecimento, por parte dos profissionais, das suas características clínico-radiográficas, fato que os impede de diferenciá-la das várias patologias de origem dental, esquelética, muscular, ou ainda, das neuralgias faciais e/ou bucais (FARIAS, 2004).

Os portadores da síndrome de Eagle são divididos em dois grupos: os que apresentam a síndrome típica e os que formam o grupo da síndrome atípica. No primeiro, os sintomas ocorrem em pacientes amidalectomizados e se relacionam ao estiramento das terminações nervosas, principalmente do IX par (glossofaríngeo). No segundo grupo, o fenômeno estaria presente em pacientes amidalectomizados ou não. A dor poderia estar relacionada à pressão e obstrução dos ramos da artéria carótida pelo alongamento ou ossificação do complexo estilo-hióide e conseqüente compressão dos nervos simpáticos que envolvem tais vasos (EAGLE, 1948).

Na síndrome típica, a dor é constante ou surda na região da faringe, lembrando uma “ferida” na garganta, e freqüentemente se irradia para o ouvido, com queixas de disfagia, sensação de corpo estranho na garganta e aumento da salivação. Entretanto, a sintomatologia dolorosa raramente é severa, ao contrário da neuralgia do glossofaríngeo. A dor orofacial vaga ou dor ao longo da distribuição das artérias carótidas interna e externa pode também estar presente (TEIXEIRA, 1994).

O alongamento do processo estilóide ou a ossificação do ligamento estilo-hióideo geralmente é visualizado em radiografias panorâmicas ou em tomadas laterais de mandíbula. Além disso, a anormalidade desse complexo pode ser confirmada através da palpação da fossa tonsilar, manobra geralmente associada a relatos de exacerbação da dor (NEVILLE *et al.*, 1998).

O diagnóstico diferencial deve incluir múltiplas síndromes dolorosas de cabeça e pescoço, destacando-se a neuralgia do glossofaríngeo, a disfunção temporomandibular, patologias de glândulas salivares e otites (POLIZZI e RIOS, 1989).

O tratamento depende da intensidade dos sintomas. Nos casos em que a sintomatologia é de média intensidade, não é preconizado nenhum tratamento, exceto tranquilizar o paciente. Algumas vezes infiltrações locais de corticosteróides aliviam a dor. Em casos graves, recomenda-se a excisão cirúrgica parcial do processo estilóide alongado ou do ligamento estilóide ossificado.

Eagle in 1937. Expressions such as Eagle’s Syndrome, styloalgia, styloid syndrome, stylohyoid syndrome, syndrome of the elongated styloid process, carotid artery syndrome and stylohyoid syndrome have been used to name it (REIS *et al.*, 2001).

This syndrome – which is cause of a constant craniofacial and cervicopharyngeal pain – can be treated either by medicamentous or surgical therapy. However, the great problem is the professionals’ lack of knowledge on its clinic-radiographic characteristics, which impede them from differentiating the various pathologies of dental, skeletal, and muscular origin or still facial and/or buccal neuralgias (FARIAS, 2004).

Patients of Eagle’s Syndrome are divided into two groups: those who present the typical syndrome and those who make the group of the ones with the atypical syndrome. In the first one, the symptoms happen to occur in amygdalectomized patients and are related with the elongation of the nervous terminals, mainly the IX pair (glossopharyngeus). In the second group, the phenomenon would be present in amygdalectomized patients or not. The pain could be related with pressure and obstruction of the branches of the carotid artery throughout the elongation or ossification of the stylohyoid complex and the consequent compression of the sympathetic nerves that involve such vessels (EAGLE, 1948).

In the typical syndrome, the pain is constant or “deaf” in the pharynx zone, as if it were a “wound” in the throat, and frequently irradiates to the ear, with complaints of dysphagia, sensation of a strange body in the throat and salivation increase. Yet, the painful symptomatology is seldom severe if compared to the glossopharyngeal neuralgia. The vague orofacial pain or the pain along the distribution of the internal and external carotid arteries can also be present (TEIXEIRA, 1994).

The elongation of the styloid process or ossification of the stylohyoid ligament is generally visualized in panoramic radiographs or in lateral takes of the mandible. Furthermore, the abnormality of this complex can be confirmed throughout palpation of the tonsil fossa, handling generally associated with reports of pain exacerbation (NEVILLE *et al.*, 1998).

The differential diagnosis must include multiple painful head and neck syndromes, there detaching the neuralgia of the glossopharyngeus, the temporomandibular dysfunction, pathologies of the saliva glands and otitis (POLIZZI and RIOS, 1989).

Treatment depends upon the intensity of the symptoms. In cases in which the symptomatology is of mean intensity, no treatment is required except calming the patient down. Sometimes, local infiltrations of corticosteroids relieve the pain. In severe cases, we recommend the partial surgical excision of the elongated styloid process or the ossified styloid ligament.

RELATO

Paciente do gênero feminino, 65 anos, compareceu ao ambulatório de cirurgia da Universidade Estadual de Feira de Santana – Bahia – Brasil, com queixa de dor na região bucofaríngea irradiando-se para o ramo da mandíbula. A paciente ainda relatava cefaléias constantes e sensação de corpo estranho bilateralmente na garganta.

Durante o exame clínico constatou-se que a paciente sentia dificuldade e dor ao realizar movimentos excursivos com a cabeça, havendo relato de adenoamigdalectomia na adolescência.

Foi solicitada radiografia panorâmica e o laudo sugeriu perda óssea generalizada leve, facetamento bilateral do contorno dos côndilos e alongamento bilateral do processo estilóide (Figuras 1 e 2). Diante da anormalidade do complexo estilo-hióide, realizou-se palpação das fossas tonsilares, tendo-se como resposta a evidenciação dos processos estilóides e exacerbação da dor no decorrer da manobra semiotécnica. Sugeriu-se, então, o diagnóstico de síndrome de Eagle associado à disfunção da ATM.

A terapêutica indicada de início para a disfunção da ATM foi a confecção de uma placa miorelaxante

REPORT

A 65-year-old patient showed up at surgery ambulatory of the Universidade Estadual de Feira de Santana – Bahia – Brazil, complaining about pain in the buccopharyngeal region, which irradiated to the mandible ramus. The patient also reported constant headaches and sensation of bilateral strange body in the throat.

During the clinical exam, we observed that the patient felt difficulty to produce excursive head movements, there showing traces of adenoamigdalectomy in adolescence.

A panoramic x-ray was requested and the exam report suggested a generalized slight bone loss, bilateral faceting of the contour of the condyles and bilateral elongation of the styloid process (Figures 1 and 2). Because of the abnormality of the stylohyoid complex, we exercised palpation of the tonsil fossae, which served to evidence the styloid processes and pain exacerbation during semitechnical handling. We then suggested the diagnosis of Eagle's syndrome associated with ATM dysfunction.

The initial recommended therapeutics for the ATM dysfunction was the confection of a myo-relaxing



Figura 1 - Radiografia panorâmica do paciente mostrando aspecto radiográfico anormal do processo estilóide bilateralmente.

Figure 1 - Patient's panoramic x-ray showing abnormal radiographic aspect of the bilateral styloid process.



Figura 2A - Radiografia panorâmica parcial, lado direito em destaque, evidenciando alongamento do processo estilóide.
Figure 2A - Partial panoramic x-ray, detaching right side, showing elongation of the styloid process.

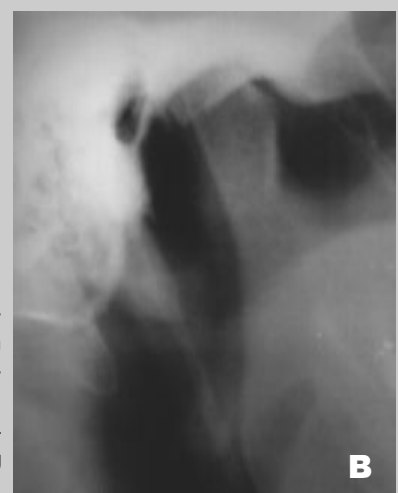


Figura 2B - Radiografia panorâmica parcial, lado esquerdo em destaque, evidenciando alongamento do processo estilóide.
Figure 2B - Partial panoramic x-ray, detaching left side, showing elongation of the styloid process.

para uso noturno durante um mês. Como a paciente não apresentava melhora, recomendou-se o uso da placa mio-relaxante durante todo o dia, até que a reabilitação protética fosse concluída. Após três meses, a paciente relatou desaparecimento progressivo da sintomatologia dolorosa, permanecendo, porém, a sensação de corpo estranho na garganta, principalmente ao deglutir ou girar a cabeça para um dos lados. Foi proposta, então, a terapêutica cirúrgica, com excisão do processo estilóide por via extrabucal, contudo a paciente não aceitou o procedimento, alegando que o desconforto que sentia não justificava submeter-se a uma cirurgia. Manteve-se, dessa forma, o uso da placa, para tratamento da disfunção articular e consultas foram agendadas semestralmente para acompanhamento da síndrome de Eagle.

COMENTÁRIOS

TEIXEIRA (1994) admite que a maior ocorrência de sintomatologia na síndrome de Eagle se dá entre indivíduos do gênero feminino, como no caso relatado, apesar de EAGLE (1948) ter encontrado uma maior frequência da síndrome entre indivíduos do gênero masculino, com faixa etária superior a 30 anos.

A maioria dos autores concordam que o tratamento cirúrgico é o de eleição para resolução definitiva da Síndrome de Eagle (EAGLE, 1948; LEITE *et al.*, 1988; POLIZZI e RIOS, 1989; TEIXEIRA, 1994), mas, NEVILLE (1995) afirma que, em casos de sintomatologia leve, nenhum tratamento é necessário.

No caso descrito, a paciente foi informada da patologia que apresentava e cientificada de todas as possibilidades terapêuticas. No transcorrer do tratamento e na dependência do quadro algico apresentado, diversas possibilidades terapêuticas foram sugeridas, no entanto, nem todas foram aceitas pela paciente, restando-nos monitorar o caso.

REFERÊNCIAS

References

1. EAGLE WW. Elongated styloid process. Further observations and a new syndrome. *Arch Otolaryngol* 47(s.n):630-40, 1948.
2. LEITE HF, NICCOLI FILHO WD, LIBERTI E.A, MADEIRA MC, SIMÕES SS. Prevalência do processo estilóide alongado em crânios humanos. *Rev Odontol UNESP*, 17(s.n)145-51, 1988.
3. NEVILLE BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. *Patología Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
4. POLIZZI, J., RIOS, M. Síndrome de Eagle o de la apófisis estiloides elongada. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 49(2):63 - 67, 1989.
5. REIS SSPM, CARVALHO PL, REIS HSM. Processo estilóide alongado – relato de dois casos. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, 1(4):296-300, 2001.
7. TEIXEIRA, M. J., LIN, T. Y., KASIAMA, H. H. S., AGNER, C. Cefaléia cervicogênica. *Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia* 13(2):57 - 63, 1994.

plate to be used at nighttime for one month. As the patient did not present any positive response, we recommended the myo-relaxing plate use throughout the day until the prosthetic rehabilitation was completed. After three months, the patient reported the progressive disappearance of the painful symptomatology, there remaining the sensation of a strange body in the throat, mainly when swallowing or turning the head aside. We then suggested the surgical therapeutics, with excision of the styloid process by extrabuccal via. Yet, the patient did not accept the procedure, stating that the discomfort she felt did not justify a surgery. Thus, the use of the plate to treat the arthral dysfunction was maintained and half-yearly visits were booked so as to help us follow up her Eagle's syndrome.

COMMENTS

TEIXEIRA (1994) admits that the greater occurrence of the symptomatology of Eagle's syndrome is more frequent among women, as in the reported case, despite EAGLE's (1948) having found it to be more frequent among male individuals over 30 years of age.

Most authors agree that the surgical treatment shall be elected to definitely solve Eagle's syndrome (EAGLEW, 1948; LEITE *et al.*, 1988; POLIZZI and RIOS, 1989; TEIXEIRA, 1994). NEVILLE (1995), however, states that – in cases of slight symptomatology – no treatment is required.

In the above-described case, the patient was informed on the pathology she had and was also told of all therapeutic possibilities. During the period of treatment and on the dependency of the pain scenario shown, we suggested several therapeutic choices. The patient did not accept some of them – our responsibility being limited to monitoring the case.

8. FARIAS, J. G. Estudo clínico-radiográfico do complexo estilóide em uma amostra de pacientes da cidade de Salvador/Bahia. 2004. [Tese de Doutorado] Programa Integrado de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal da Bahia, João Pessoa, 2004. 144p.

CORRESPONDÊNCIA

Correspondence

Jener Gonçalves de Farias
Rua Paraíba, Praça Igaratinga, 206
Edf. Vista Bela aptº 201 – Pituba
41830-290 Salvador – Bahia – Brasil

E-mail
jenerf@terra.com.br
rebrasa@ccs.ufpb.br