

SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO¹

EAGLE'S SYNDROME: A CASE REPORT

Fernando Augusto do Vale GUZZO², José Acúrcio Gomes Cavalleiro de MACEDO³, Renata Silva BARROS²
e Dhiego Chaves de ALMEIDA⁴

RESUMO

Objetivo: relatar a história clínica e o diagnóstico de um caso de síndrome de Eagle e revisar a literatura.
Relato do caso: paciente de 34 anos, sexo feminino, apresentava dor à movimentação cervical, sensação de corpo estranho na garganta, otalgia, odinofagia aos sólidos, dor ao falar, ao inspirar, bocejar e ao protusir a língua, há pelo menos 5 anos. O diagnóstico clínico foi complementado por tomografia computadorizada de base de crânio com reconstrução em três dimensões que evidenciou alongamento bilateral das apófises estilóideas.
Considerações finais: o tratamento cirúrgico instituído promoveu regressão de todos os sintomas, demonstrando que a suspeita clínica de síndrome de Eagle deve fazer parte do diagnóstico diferencial das cervicalgias, evitando, assim, retardar o tratamento adequado.

DESCRITORES: cervicalgia; processo estilóide; tomografia

INTRODUÇÃO

A síndrome de Eagle é caracterizada por uma série de sinais e sintomas faríngeos e cervicais associados a apófises estilóides alongadas ou calcificação do ligamento estilo-hióideo.^{1,2,3}

A apófise estilóide é uma projeção óssea cilíndrica de 2,5cm que se origina na porção timpânica do osso temporal, ântero-medialmente ao processo mastóideo, situando-se entre as artérias carótidas interna e externa, servindo de inserção aos músculos: estilohióideo, estiloglosso e estilofaríngeo, e dando origem a dois ligamentos, estilomandibular e estilo-hióideo, sendo que este último prolonga-se até o corno menor do osso hióide. Medialmente à apófise estilóide encontram-se os nervos cranianos glossofaríngeo, vago e acessório; já o nervo facial, que emerge do forâmen estilomastóideo, situa-se lateralmente através da glândula parótida. O complexo estilo-hióideo representado pela apófise estilóide, ligamento estilo-hióideo e o corno menor do osso hióide são derivados do mesênquima do segundo arco branquial ou cartilagem de Reichert.^{4,5,6}

A sintomatologia da síndrome de Eagle inclui: dor faríngea recorrente, cefaléia, otalgia, odontalgia, dor cervical, facial, em língua e ao longo das artérias carótidas interna e externa, sendo que, durante dor severa pode ocorrer perturbação visual, tontura e síncope. Além disso, há graus variados de disfagia, odinofagia, disфонia, sialorréia, hipoacusia, restrição dos movimentos cervicais, sensação de corpo estranho na garganta e trismo.^{1,2,3,6,7}

No entanto, o alongamento da apófise estilóide não é patognômico, pois muitos pacientes com achados incidentais de apófise estilóide alongada são assintomáticos. A incidência de alongamento dos processos estilóides na população varia de 4% a 28% e deste grupo apenas 4% a 10,3% são sintomáticos.^{1,6}

A sintomatologia desta síndrome pode ser manifestada numa forma clássica que surge após uma tonsilectomia ou numa síndrome estilocarotídea sem este antecedente cirúrgico.^{2,3,6,7,8,9}

A estiloidectomia é o tratamento mais efetivo e satisfatório, podendo ser realizado por acesso transoral ou extraoral.^{5,9}

Recebido em 10.09.2006 - Aprovado em: 20.12.2006

¹ Trabalho realizado no Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)

² Médicos Residentes de Clínica Médica da FSCMP

³ Coordenador da Residência Médica em Radiologia e Diagnóstico por Imagem da FSCMP

⁴ Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA)

Enfim, como a síndrome de Eagle apresenta características clínicas peculiares, foi reconhecida essa nosologia numa paciente do sexo feminino de 34 anos, com queixas de dor à movimentação cervical, sensação de corpo estranho na garganta, otalgia, odinofagia aos sólidos, dor ao falar, ao inspirar, bocejar e ao protrusir a língua, há pelo menos 5 anos, cujo estudo de imagem revelou apófises estilóides alongadas. Assim, objetiva-se com este trabalho relatar a história clínica e o diagnóstico de um caso de síndrome de Eagle e revisar a literatura.

RELATO DE CASO

a) Identificação

JBC, 34 anos, sexo feminino, casada.

b) Queixa principal

Dor no pescoço.

c) História da doença atual

Há 5 anos apresenta dor de moderada intensidade em região do trapézio, bilateralmente, com irradiação para meato acústico externo esquerdo. Há 3 anos surgiu sensação vaga de corpo estranho na garganta que também é percebida no sub-ângulo mandibular bilateralmente. Há 2 anos, a dor em região do trapézio passou a ser desencadeada por extensão do membro superior esquerdo e por extensão da cabeça, associada à sensação de repuxamento retroesternal e a região do sub-ângulo mandibular tornou-se dolorosa, sendo precipitada pela flexão da cabeça. Além disso, a paciente também passou a apresentar dor na região dos escalenos esquerdos ao

realizar rotação da cabeça para a direita. Finalmente, há 1 ano houve piora gradativa da dor cervical que limita os movimentos cervicais, além de dor ao inspirar forçadamente, ao falar, ao bocejar, ao protrusir a língua e odinofagia aos sólidos. Fez tratamento prolongado de anti-inflamatórios não hormonais sem melhora da dor, que a limita socialmente.

d) Antecedentes mórbidos pessoais

Apresentava torcicolo recorrente na adolescência. Não foi submetida à tonsilectomia e não há história de cirurgias ou traumas cervicais.

e) Antecedentes mórbidos familiares

Sem achados relevantes.

f) Exame físico

Paciente normolínea em posição antálgica da cintura escapular, evitando realizar rotações cervicais, sem linfonodomegalias ou tumores palpáveis em região cervical, sub-mandibular, peri-auricular e mentoniana. Cavidade oral com tonsilas visíveis, orofaringe de aspecto normal.

Exame físico cardíaco-pulmonar: sem alterações.

g) Exames Complementares

Tomografia computadorizada da base do crânio (05/12/05): apófises estilóides alongadas com extremidades distais alcançando o plano de C3 (Fig.1) com mais de 3cm de extensão cada (Fig.2), sendo realizada reconstrução da imagem em três dimensões (Fig.3).

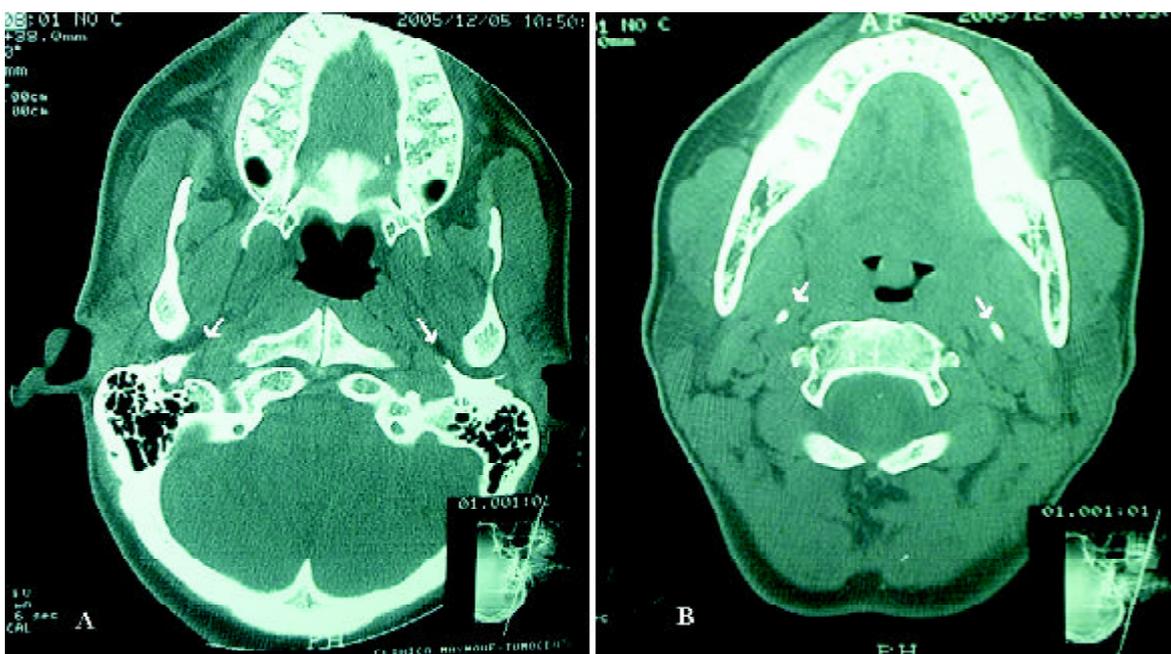


Figura 1 - A - Processo estilóide ao nível das células de ar das mastóides; B - Processo estilóide ao nível de C3.

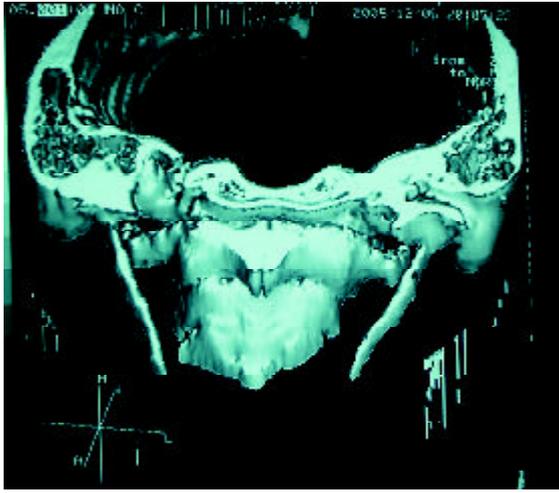


Figura 2—A - Processo estilóide direito com 4,95cm
B - Processo estilóide esquerdo com 4,44cm



Figura 4—Palpação da fossa tonsilar

Fonte: <<http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino31303supl-sindromeagle.htm>>.

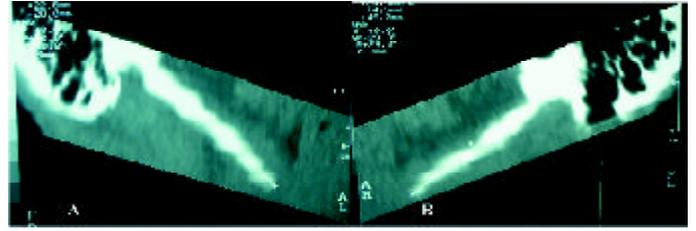


Figura 3—Reconstrução em três dimensões.

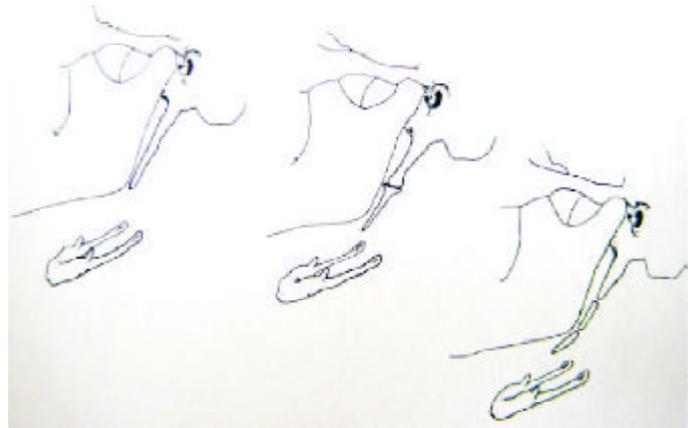


Figura 5—Classificação radiográfica: da esquerda para a direita: alongado (tipo I), pseudoarticulado (tipo II) e segmentado (tipo III).

Fonte: Referência 11.

f) Conduta Terapêutica

A paciente foi encaminhada para avaliação otorrinolaringológica, sendo confirmado diagnóstico de síndrome de Eagle e optado por estiloidectomia intraoral.

DISCUSSÃO

Esta síndrome foi descrita em 1937, por Eagle, ao relatar 200 casos de apófises estilóides alongadas que se associavam a sintomas faríngeos e cervicais.^{2, 10, 11}

A incidência de alongamento da apófise estilóide e/ou calcificação do ligamento estilo-hióideo é maior no gênero feminino, a idade é superior a 30 anos e não há predisposição para uni ou bilateralidade.^{6, 10, 12}

Alguns autores relacionam a síndrome de Eagle à tonsilectomia e o tecido fibroso resultante envolveria o processo estilóide alongado, comprometendo as fibras dos pares cranianos que inervam os músculos inseridos naquela

região: glossofaríngeo, facial, ramo inferior do trigêmeo e hipoglosso, provocando dor faríngea, com irradiação para ouvido ipsilateral, disfagia, odinofagia, sensação de corpo estranho na garganta e dor facial ou cervical. Por mais que os sintomas de odinofagia, dor cervical, otalgia e sensação de corpo estranho fossem presentes no caso relatado, não havia antecedente de tonsilectomia como observado na síndrome de Eagle clássica.^{1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15}

Contudo, é descrita uma segunda apresentação da síndrome, independente de cirurgia faríngea prévia, denominada de síndrome da artéria carótida ou síndrome estilocarotídea, cuja irritação mecânica e a estimulação do plexo simpático da parede da artéria carótida interna ou externa provoca dor cervical com irradiação para regiões respectivas à vascularização, com piora da dor quando o paciente gira a cabeça, conforme ocorria no quadro clínico descrito. Caso haja envolvimento da artéria carótida externa, a dor é frequentemente referida em

regiões infraorbital, temporal, auricular e occipital, quando há comprometimento da artéria carótida interna a dor é referida em região supraorbital e parietal. 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15

A etiologia da síndrome de Eagle ainda é desconhecida, porém existem 3 teorias postuladas por Steinmman. A primeira é a teoria da hiperplasia reativa, em que a apófise estilóide é estimulada a ossificar na sua zona terminal, como por exemplo em um trauma faringeano, com consegüente ossificação do ligamento estilo-hióideo. A segunda teoria é a da metaplasia reativa, em que estímulos traumáticos induzem mudanças metaplásicas, provocando calcificações segmentadas do ligamento. Finalmente, existe a teoria da variação anatômica que explicaria a presença de calcificação dos ligamentos estilóides em crianças e jovens, assim como neste relato, que não apresentam um precedente de trauma cérvico faringeano. Com relação às duas primeiras teorias, Camarca, Deschamps e Forest as relacionam com a síndrome de Eagle clássica. 9, 11

O diagnóstico e a avaliação são baseados no exame clínico e em achados radiográficos. A palpação da apófise estilóide na fossa tonsilar é indicativo do seu alongamento (fig. 4), já que normalmente a mesma não é palpável, e pode exacerbar ou duplicar a sintomatologia clínica 1, 2, 3, 6, 7, 14, 16, 17

Há uma classificação em três graus, de acordo com a localização da apófise estilóide na fossa tonsilar, proposta por Verma, em que o primeiro grau apresenta a extremidade da apófise palpável no pólo superior da fossa tonsilar, no segundo grau a apófise é palpável no centro da fossa e no terceiro grau a apófise é palpada no pólo inferior.⁸

Tanto a ortopantografia como a radiografia cervical lateral e a ântero-posterior permitem identificar o alongamento das apófises estilóides, quando estas superam 3cm de extensão ou quando a extremidade inferior da apófise estilóide ultrapassa a transição C1-C2. Atualmente, a tomografia computadorizada desempenha um papel importante por possibilitar maiores dados sobre

a extensão das apófises, o desvio angular e as relações anatômicas com as estruturas cervicais, possibilitando uma melhor programação cirúrgica. 1, 3, 16, 17

Devido ao variável grau de calcificação e apresentação do complexo estilo-hióideo, alguns autores desenvolveram uma classificação radiográfica (Fig. 5) que descreve o complexo como alongado, pseudoarticulado ou segmentado, sendo o primeiro padrão correspondente à tomografia realizada neste estudo de caso. 11, 13

O diagnóstico diferencial da Síndrome de Eagle envolve: disfunções da articulação temporomandibular, artrite cervical, otite, mastoidite, sialoadenite, sialolitíase, diverticulose esofágica, arterite temporal, dor miofascial, faringoamigdalite crônica, terceiros molares impactados ou não irrompidos, enxaqueca, tumores faringeanos ou da base da língua e neuralgias do trigêmeo, do glossofaríngeo, do laringeo superior e do esfenoalato. 2, 6, 11, 12, 13, 14

O tratamento cirúrgico é efetivo, satisfatório e pode ser realizado por acesso intraoral ou extraoral, sendo que este último apresenta as vantagens de uma boa visualização e reduzida possibilidade de infecção ou hemorragia cervical, todavia resulta em cicatriz cutânea externa, necessita de anestesia geral e o tempo operatório é maior. Por outro lado, a abordagem intraoral permite o uso de anestesia local e evita cicatriz externa, mas há o risco de lesionar os nervos trigêmeo, facial, glossofaríngeo, hipoglosso e vago, além da artéria carótida externa. 1, 2, 9, 12, 13, 14

Há também tratamento conservador baseado no uso de anti-inflamatórios não hormonais e na infiltração local de corticóide ou anestésico com pouca efetividade.^{1, 2, 5, 15}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento cirúrgico instituído promoveu regressão de todos os sintomas, demonstrando que a suspeita clínica de síndrome de Eagle deve fazer parte do diagnóstico diferencial das cervicalgias, evitando, assim, retardar o tratamento adequado.

SUMMARY

EAGLE'S SYNDROME: CASE REPORT

Fernando Augusto do Vale GUZZO, José Acúrcio Gomes Cavalleiro de MACEDO, Renata Silva BARROS e Dhiego Chaves de ALMEIDA

Objective: report a case of Eagle's syndrome, its clinical findings and research the literature. **Report:** a 34-years-old female complain of cervical pain on rotation of the neck, throat foreign body sensation, ear pain, pain on

swallowing solid food, pain on speaking, breathing, yawning and pain on extension of the tongue for 5 years. The clinical diagnosis was complemented by computed tomography of the base of the skull with three-dimensional image, showing elongated styloid processes bilaterally. **Conclusion:** although Eagle's syndrome is rare, its clinical manifestations are peculiar, so the differential diagnosis may include it, avoiding the treatment delay.

KEY WORD: cervical pain; styloid process; tomography.

REFERÊNCIAS

01. MURTAGH, RD; CARACCILO, JT; FERNANDEZ, G. CT findings associated with Eagle syndrome. *Am J Neuroradiol.* 2001;22(7):1401-2.
02. RIVERO, VP; GONZÁLEZ, AP; GARCIA, MM; YÁÑEZ, TK; RUIZ, GT; ROMERO, GP; HUELVA, AB. Síndrome de Eagle. Caso clínico y revisión de la literatura. *An Otorrinolaringol Ibero Am.* 2004;31(5):471-6.
03. MUÑOZ-MARTÍNEZ, V; ROMERO-VIDAL, FJ; GRASSA, BI; AUGER-ACOSTA, C. Síndrome de Eagle: hallazgos por tomografía computarizada. *Rev Neurol.* 2003;36(10):997-8.
04. RIZZATTI-BARBOSA, CM; DI HIPÓLITO, OJ; RIBEIRO, MC; DOMITTI, SS; LEON, BLT. Prevalencia del elongamiento del proceso estilóide en UMA. *Acta odonto. venez.* 2004;42(1):21-26.
05. LOUZEIRO, RST; MARQUES, MFF; MAIA, CAS; SANTOS, OFS. Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002;68(2):196-201.
06. GONÇALES, ES; NARY, HF; ALVAREZ, LC; DE OLIVEIRA, CM; STANGHINI, V. Síndrome de Eagle: estudo radiográfico da incidência de processos estilóides alongados. *Salusvita.* 2003;22(1):15-33.
07. RESTREPO, S; PALACIOS, E; ROJAS, R. Eagle's syndrome. *Ear Nose Throat J.* 2002; 81(10):700-1.
08. PRASAD, KC; KAMATH, MP; REDDY, KJM; RAJU, K; AGARWAL, S. Elongated styloid process (Eagle's syndrome): a clinical study. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 60:171-175.
09. FINI, G; GASPARINI, G; FILIPPINI, F; BECELLI, R; MARCOTULLIO, D. The long styloid process syndrome or Eagle's syndrome. *J Craniomaxillofac Surg.* 2000; 28 (2):123-7.
10. MONTE, LM; FRANÇA, DCC; TRENTO, CL; TIANO, GC; CASTRO, AL. Síndrome de Eagle: relato de caso clínico. *Revista Odontológica de Araçatuba.* 2005; 26 (1):32-35.
11. YAMAGUSHI, CA. Um Estudo da etiologia das alterações dos ligamentos estilohióide (síndrome de Eagle) e estilomandibular (síndrome de Ernest) e suas relações com as DCMs [Tese – Mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2005.
12. QUERESBY, FA; GOLD, ES; ARNOLD, J; POWERS, MP. Eagles's syndrome in an 11-years-old patient. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 59(1): 94-97.
13. DIAMOND, LH; COTTRELL, DA; HUNTER, MJ; PAPAGEORGE, M. Eagle's syndrome: A report of 4 patients treated using a modified extraoral approach. *Oral Maxillofac Surg.* 2001; 59 (12): 1420-1426.
14. MORTELLARO, C; BIANCUCCI, P; PICCIOLO, G; VERCELLINO, V. Eagle's syndrome: importance of a corrected diagnosis and adequate surgical treatment. *Journal of Craniofacial Surgery.* 2002; 13 (6): 755-758.
15. REZGUI-MARHOUL, L; DOUIRA, W; SAÏDE, W; BOUSLAMA, K; DRIDI, MB; HENDAOU, L. Le syndrome de Eagle: à propos d'un cas. *Rev Stomatol Chir maxillofac.* 2004; 105 (1): 50-52.
16. LEE, S; HILLEL, A. Three-dimensional computed tomography imaging of Eagle's Syndrome. *Am J Otolaryngol.* 2004; 25 (2): 109.
17. SÁ, ACD; ZARDO, M; PAES, AJOJ; SOUZA, RP; BARROS, FN; DREWECK, MO *et al.* Alongamento do processo estilóide (síndrome de Eagle): relato de dois casos. *Radiol Brás.* 2004; 37 (5): 385-387.

Endereço para correspondência

Fernando Augusto do Vale Guzzo

Rua dos Tamoios, 1474, apto 401 Bairro: Jurunas. Belém-Pará. CEP: 66.025-540.

Email: fernando.guzzo@terra.com.br