

A DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE EAGLE: RELATO DE CASO

DIFFICULTY DIAGNOSING EAGLE SYNDROME: CASE REPORT

RAFAELA OLIVEIRA FERNANDES **RIBEIRO**¹, VANESSA OLIVEIRA SILVEIRA **AZEVEDO**¹, WANÊSSA ANDRADE GOMES **PEIXOTO**¹, RAMON FELIPE ALVES **TEXEIRA**¹, GABRIEL CAMPOS **SANTANA**¹, SARA MONTEIRO DE **MOURA**¹, VANESSA LOURES **ROSSINOL**^{1*}, RONNY FRANCISCO DE **SOUZA**², LAMARA LAGUARDIA VALENTE **ROCHA**²

1. Acadêmicos de Medicina do Centro Universitário de Caratinga – UNEC; 2. Professor do Centro Universitário de Caratinga – UNEC.

* Centro Universitário de Caratinga, Rua Niterói, 120-134, Nossa Sra. Das Graças, Caratinga, Minas Gerais, Brasil, CEP: 35300-345.
vanessarossinol@hotmail.com

Recebido em 04/09/2018. Aceito para publicação em 24/10/2018

RESUMO

Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino de 40 anos, que apresentava a Síndrome de Eagle. A síndrome de Eagle é uma anomalia anatômica que tem como característica o alongamento do processo estiloide do osso temporal e/ou a calcificação do ligamento estilo-hioideo, apresentando sintomas inespecíficos, o que leva à uma subnotificação da mesma. O diagnóstico deve ser obtido pelo exame físico do paciente e com o auxílio de exames de imagem.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Eagle, processo estiloide, ligamento estilo-hioideo

ABSTRACT

We report the case of a 40 year old female patient with Eagle syndrome. The Eagle syndrome is an anatomical anomaly characterized by the elongation of the styloid process of the temporal bone and/or the calcification of the stylohyoid ligament, presenting unspecific symptoms, which leads to a subnotification. The diagnosis must be obtained by physical examination of the patient and with imaging tests.

KEYWORDS: Eagle syndrome, the styloid process, stylohyoid ligament.

1. INTRODUÇÃO

A projeção óssea localizada no osso temporal, na região lateral do mesmo recebe o nome de processo estiloide. O aumento em tamanho do processo ou até mesmo uma calcificação em seu ligamento, está associado a uma série de sintomas comuns como dor intensa na região craniocervical relacionada à pressão e obstrução dos ramos da artéria carótida interna pelo alongamento ou ossificação do processo estiloide, disfagia, odinofagia, dor facial, otalgia, cefaleia, zumbido e trismo, sendo esta síndrome descrita em 1937 por W. W. Eagle¹.

Embriologicamente acredita-se que o processo estiloide, como o osso hioide e seus ligamentos, sejam derivados do segundo arco branquial, sendo que, uma zona de cartilagem persistente ficaria retida, apresentando potencial de crescimento e maturação óssea tardios².

A Síndrome de Eagle tem sido associada a uma variedade de sintomas, destacando-se a dor que pode ser contínua ou intermitente, usualmente unilateral, referida para a garganta, língua, olhos, terço médio da face, articulação temporomandibular (ATM) e ouvido. O comprimento normal do processo estiloide é de 2,5 a 3 cm, excedendo isso, é considerado alongado. Anomalias relacionadas a esse processo foram encontradas em 30% de um grupo de 1135 pacientes³. A etiologia é desconhecida, apesar de uma história de trauma ser descrita por muitos autores e a maioria dos casos ocorre em mulheres com idade acima de 30 anos.

O diagnóstico dessa condição requer conhecimento, cuidado e valorização da sintomatologia aparentemente inespecífica. A estalgalgia é confirmada pela palpação da fossa tonsilar, infiltração local de anestésico e radiografia¹.

Uma possibilidade de diagnóstico tardio deve-se ao fato de que essa síndrome pode ser confundida com a disfunção da articulação temporomandibular. Sendo necessário afastar outras etiologias que possam originar quadro clínico semelhante⁴. O diagnóstico conclusivo deve ser feito através de exame físico com palpação do processo estiloide na fossa tonsilar e estudos radiológicos panorâmicos ou em tomadas laterais de mandíbula que permite medir o tamanho da apófise estiloide e confirmar o diagnóstico⁵.

O tratamento por sua vez, depende da intensidade dos sintomas, algumas vezes infiltrações locais de corticosteróides aliviam a dor, em casos graves, recomenda-se a excisão cirúrgica parcial do processo estiloide alongado ou do ligamento estiloide ossificado⁵.

O objetivo é mostrar como sintomas simples podem estar relacionados a uma síndrome importante, porém subnotificada, e alertar os profissionais de saúde quanto a importância de um diagnóstico conclusivo não tardio. No artigo é relatado o caso de uma paciente com síndrome de Eagle, diagnosticada por meio de tomografia computadorizada da região cervical. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico mediante cirurgia transoral, e evoluiu para ausência total dos sintomas.

2. CASO CLÍNICO

M.S.D, 40 anos, sexo feminino avaliada pelo médico do Programa de Saúde da Família de sua cidade – Timóteo, Minas Gerais, com queixa de cervicálgia, odinofagia e disfagia persistente e contínua, que irradiava para região cervical, bilateralmente, mais intensa do lado direito, sem melhora com medicação, tal dor influenciava negativamente suas atividades diárias e também em seu desempenho no trabalho. Após consultas com vários médicos do programa de saúde da família e comunidade e sem sucesso no diagnóstico, a paciente procurou um especialista em 12/08/2008 onde obteve o diagnóstico de calcificação dos ligamentos estilo-hioideos – Síndrome de Eagle através de anamnese, exames físicos e achados complementares como a tomografia computadorizada que foi crucial para o diagnóstico.



Figura 1. Tomografia computadorizada – A seta indica a apófise estilóide direita alongada.

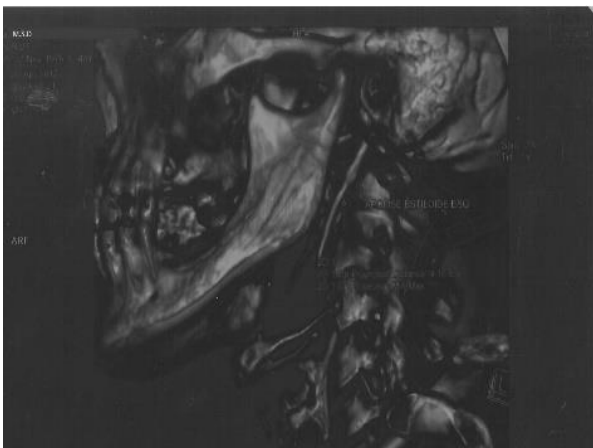


Figura 2. Tomografia computadorizada – A seta indica a apófise estilóide esquerda alongada

Por motivos financeiros e ausência de um plano de saúde a paciente permaneceu com o diagnóstico, porém, sem tratamento até o ano de 2017, o que desencadeou um quadro clínico de depressão. Após 09 anos de dores constantes e uso de medicação sem sucesso e agora com plano de saúde, a mesma dirigiu-se a um especialista com as mesmas queixas já relatadas anteriormente e o diagnóstico conclusivo de Síndrome de Eagle.

Ao exame clínico a paciente apresentou palpação cervical normal, oroscopia normal. Porém, à apalpação

da loja amigdaliana mostrava saliência óssea compatível com ligamento estilofaríngeo calcificado, confirmando o diagnóstico.

A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico por cirurgia transoral, com acesso transfaríngeo após a mesma realizar os exames pré-operatórios, que consistiu em radiografia de tórax, eletroencefalograma, exames de sangue e consulta anestesiológica.

Após 07 dias de realização do procedimento cirúrgico, verificou-se ausência total dos sintomas anteriores, situação essa que permanece até a presente data, e no pós-operatório imediato já não havia mais queixa álgica cervical que motivou a cirurgia.

3. DISCUSSÃO

O processo estiloide é uma projeção óssea que se localiza próxima ao processo mastoideo na parte lateral do crânio, seu comprimento pode variar de 2 a 3 cm, sendo maior que essa medida considerado como alongada⁵. Tal projeção é um importante ponto de inserção muscular, além de ser local de emergência de nervos cranianos o que explica a dor causada pelo seu alongamento, podendo resultar em compressão de nervos. Além disso, vasos importantes como artéria carótida interna e externa, encontram-se medialmente a essa estrutura.

A calcificação do ligamento estilo-hioideo não é uma ocorrência rara e aproximadamente 50% dos casos apresentam a tendência de ocorrer em ambos os lados⁵, o que pode ser reafirmado pelo caso clínico abordado, onde a paciente em questão apresentou calcificação bilateral com um maior alongamento do processo estiloide situado no lado direito.

Os sintomas descritos pelos pacientes acometidos por essa síndrome se devem ao fato da proximidade da apófise estiloide com as artérias carótidas internas e externas, nervo trigêmeo (V par craniano), nervo facial (VII par craniano), nervo glossofaríngeo (IX par craniano) e nervo vago (X par craniano)⁵.

O diagnóstico clínico é baseado no histórico de dor cérvico faríngeo relatado pelo paciente e pela palpação do processo estiloide através da loja amigdaliana, se encontrado uma projeção firme e alongada além de 3 cm, exames de imagem além de comprovar o diagnóstico, permite medir o comprimento e avaliar a calcificação do processo estiloide⁵. A tomografia computadorizada realizada pela paciente, foi confirmatória para o diagnóstico de Síndrome de Eagle.

O caso em estudo contrapõe a literatura que afirma que muitos pacientes que possuem essa síndrome não apresentam sintomatologia clínica. Por outro lado, estudos realizados afirmam que a ocorrência de sintomas é predominante em pacientes do sexo feminino³.

Na literatura observa-se duas formas de tratamento para a Síndrome de Eagle, sendo uma opção a infiltrações com corticoides e anestésicos e a outra, a ressecção cirúrgica⁵, que no caso relatado foi o método de tratamento mais satisfatório para a paciente em questão.

No caso relatado, a equipe cirúrgica dispunha de duas opções cirúrgicas, sendo a primeira uma

cervicotomia, com acesso externo, com posterior remoção das estruturas e a segunda opção seria uma cirurgia transoral com acesso transfaríngeo. Indo de encontro a literatura, que apresenta como vantagens da via externa a melhor exposição das estruturas vâsculo nervosas e recessão mais ampla da apófise estilóide⁶, a escolha da equipe foi pela cirurgia transoral, uma vez que a cervicotomia geraria uma maior morbidade com uma deformidade que seria uma cicatrização externa, além de ser necessário rebater muitas estruturas do feixe vasculo nervoso localizado na região do pescoço. Apesar de o método transoral ser mais rápida e não deixar cicatriz externa visível⁵, ela não possibilita a visualização adequada das estruturas localizadas próxima ao processo estilóide, aumentando o risco de contaminação do espaço cervical além disso, impede recessão mais ampla do processo estilóide.

A opção cirúrgica foi realizada com um acesso transfaríngeo, com utilização de lâminas de abridor de boca, onde a paciente estava sob anestesia geral e intubação orotraqueal, tal intubação foi realizada com colaboração da equipe anestésica que utilizou um tubo de pequeno calibre possibilitando maior espaço na cavidade oral. Sendo que tal fato não condiz com o que a literatura apresenta, pois segundo alguns autores⁵ essa opção cirúrgica não seria a mais viável.

Junto com a recessão da apófise estilóide, foi realizada a remoção da loja amigdalina enviando o material para biopsia o que constatou ausência de tumores mas verificou calcificação bilateral dos ligamentos por isso optou-se pela ressecção bilateral apesar de haver sintomatologia unilateral.

Após 07 dias de realização do procedimento cirúrgico, verificou-se ausência total dos sintomas anteriores, situação essa que permanece até a presente data, e no pós-operatório imediato já não havia mais queixa álgica cervical que motivou a cirurgia.

4. CONCLUSÃO

O diagnóstico da Síndrome de Eagle é eminentemente clínico e radiográfico. O tratamento deve prezar as particularidades de cada caso, observando-se o grau de desconforto presente e o benefício que a terapêutica pode conseguir, considerando-se, evidentemente a oportunidade e a necessidade cirúrgica.

O exame radiográfico no processo diagnóstico das afecções do complexo ósseo maxilomandibular é de fundamental importância, ao se considerar que grande porcentagem das doenças que o afetam não apresenta aspectos clínicos ou sintomatologia relevantes.

REFERÊNCIAS

- [1] Guzzo FAV, Macedo JAGC, Barro RS, Almeida DC. Síndrome de Eagle: relato de caso. *Rev. Para. Med.* 2006 Dez; 20 (4):47-51.
- [2] Giazzi-Nassri PH, Pastori CM, Marzola C, Ferrini-Nassri DL. Síndrome de Eagle – Relato de caso cirúrgico. *Rev. Odont.* 2017 Mai; 17(5):347-359.
- [3] Keur J.J. Radiographic localization techniques. *Aust Dent J* 1986; J Bras Ortodon Ortop Facial 2004.
- [4] Farias JG, Campos PSF, Rocha VCR, Sampaio MCC. Síndrome de Eagle Eagle's Syndrome. *Rev Brasileira de Ciências da Saúde.* 2006; 10(1):99-102.
- [5] Tiago RSL, Filho MFM, Mais CAS, Santos OFS. Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2002 Mar; 68(2):196-201.
- [6] Higino TCM, Tiago RSL, Belentani FM, Do Nascimento GMS, Maia MS. Síndrome de Eagle: relato de três casos. *Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol.* 2008; 12(1):141-144.