

CAÇÃO D¹, RÔLO D², PINTO A³

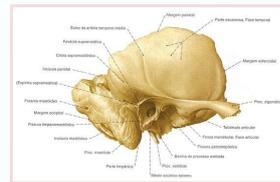
1. Mestre em Medicina Dentária pela Universidade Fernando Pessoa
2. Interno de Formação Específica de Estomatologia do Centro Hospitalar do Porto
3. Diretor da Unidade de Estomatologia do Centro Hospitalar do Porto

INTRODUÇÃO

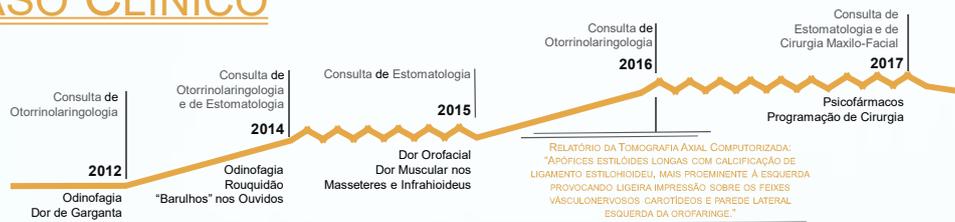
O Síndrome de Eagle caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas resultantes do alongamento do processo estilóide e/ou da calcificação do ligamento estilóide. O processo estilóide pode ser longo o suficiente de forma a comprimir nervos e artérias causando variados sintomas.

Os sintomas são vagos e inespecíficos, difíceis de diagnosticar e inerentes a outras patologias. Em certos casos, o complexo comprime as artérias carótida interna e externa e suas fibras simpáticas perivasculares, resultando numa dor persistente e irradiante no território carotídeo, culminando, muito raramente, em AVC (Acidente Vascular Cerebral). O comprimento normal do processo estilóide está entre 25mm e 30mm, em casos raros pode atingir 73mm. Este alongamento pode ocorrer uni ou bilateralmente.

Este trabalho pretende relatar um caso de um doente do sexo masculino de 70 anos com dor orofacial por alongamento do processo estilóide.



CASO CLÍNICO



DISCUSSÃO

EPIDEMIOLOGIA

Incidência em 4% da população geral

Predominância de ♀♀♀ : ♂

> Incidência após os 30 e pico máximo aos 60 – 79 anos

Apenas 4%-10,3% destes apresentam sintomas

Por norma, o alongamento ocorre bilateralmente, mas cerca de 93% apresenta sintomas unilaterais.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Disestesia Laringofaríngea
- Bursite híóideia
- Otites média
- Dor orofacial atípica associada a disfunção da articulação temporomandibular
- Nevralgia do trigémeo
- Enxaqueca
- Dor glossofaríngea
- Raquitismo do temporal
- Dentes molares impactados ou não erupcionados
- Prótese dentária mal adaptada
- Síndrome de Sluder
- Cefaleia histamínica
- Diverticulose Esofágica
- Neoplasias benignas ou malignas
- Doença das Glândulas Salivares

Uma vez que há uma enorme variedade de diagnósticos diferenciais, deve ser sempre feita uma completa anamnese; uma palpação cervical externa e intraoral da apófise estilóide na região retromolar (se síndrome presente ocorre dor exacerbada); estudos imagiológicos tais como ortopantomografia ou radiografia lateral ao crânio ou tomografia computadorizada a três dimensões e teste de lidocaína (infiltração de 1ml de lidocaína a 2%, na área da apófise estilóide ao nível da fossa tonsilar, considera-se positivo se houver um alívio imediato das queixas).

TRATAMENTO

O tratamento pode ser não cirúrgico, utilizando-se modeladores da dor ou infiltrações de corticóides ou anestésicos. Taheri et al. demonstrou que em 80% dos casos os sintomas reduziram após 6 meses de tratamento com pregabalina (75mg/dia) e amitriptilina (10mg/dia). Em certos casos, associam-se sessões de fisioterapia à medicação para modelação da dor.

Em casos refratários, o tratamento cirúrgico para reduzir o tamanho do processo estilóide será o mais indicado. A estiloidectomia pode ser realizada por abordagem cirúrgica intra ou extraoral. A abordagem intraoral implica um campo operatório mais restrito o que proporciona menor visibilidade, um controlo hemorrágico mais deficitário, um menor controlo de estruturas nervosas e vasculares importantes, uma maior possibilidade de infeção profunda cervical e uma maior possibilidade de edema das vias aéreas, o que em alguns casos bilaterais contra-indica esta abordagem cirúrgica. Por outro lado, é uma técnica sem cicatrizes, mais acessível e rápida. A abordagem extraoral apresenta melhor campo operatório logo melhor visibilidade, melhor controlo vascular e menor risco de infeção cervical profunda. Por outro lado, apresenta cicatrizes externas, hospitalização mais prolongada, maior risco de lesão do ramo mandibular do nervo trigémeo e parestesias cutâneas prolongadas, especialmente no território do nervo auricular maior.

HISTÓRIA

Watt Weems Eagle, um otorrinolaringologista americano, descreveu em 1937 esta síndrome pela primeira vez através do termo *stylalgia*, associando o crescimento anormal do processo estilóide, derivado da palavra grega *stylos*, a dor retroauricular, a odinofagia, a cefaleias e, em casos raros, a AVC.

Steinmann propôs várias teorias para explicar a calcificação do processo estilóide:

- TEORIA DA HIPERPLASIA REATIVA:** Irregularidade pode causar uma ossificação no ápice do processo estilóide e do ligamento estilóide, pois esta deriva de tecidos conjuntivo e fibrocartilaginoso logo o seu potencial de ossificação permanece.
- TEORIA DA VARIÂNCIA ANATÓMICA:** O anormal crescimento do processo e calcificação do ligamento são variações anatômicas que ocorrem sem trauma reconhecível.
- TEORIA DA METAPLASIA REATIVA:** Num cicatrização pós-operatória anormal há-se a calcificação do ligamento estilóide.

SINTOMATOLOGIA

- Dor retroauricular
- Disfagia
- Cefaleias
- Cervicalgias severas na rotação
- Sensação de corpo estranho na faringe
- Odinofagia mesmo após amigdalectomia
- Otalgia, Vertigens, Zumbidos
- Dor facial unilateral com irradiação para o pescoço
- Alterações temporárias de voz
- Redução da abertura de boca
- Sialorreia

Os sintomas podem variar desde ligeiro desconforto crónico a uma dor neurológica aguda.

CONCLUSÃO

O Síndrome de Eagle tem uma grande variedade de apresentações clínicas bem como sintomas inespecíficos partilhados por várias patologias. Representa uma doença de considerável morbidade e muitas vezes negligenciada, podendo mesmo a sua incidência real, na população geral, estar subestimada. Consequentemente, é fulcral um bom diagnóstico com meios auxiliares e exames físicos adequados. Os vários profissionais de saúde devem explorar cuidadosamente o processo estilóide em pacientes que apresentem os referidos sintomas. O tratamento pode ser feito através de uma abordagem farmacológica para alívio dos sintomas, contudo a estiloidectomia continua a ser o tratamento de eleição, ajustando-se a cada paciente.

REFERÊNCIAS

- Pinto, A. L. C. et al. (2017) Retromolar pain caused by Eagle syndrome: A case presentation due to compression by stylal process elongation. *Revista de Associação Médica Brasileira*, 63(3/Março), pp.213-214.
- Shimizu, S. and K. Kamai. (2018) Unilateral elongated stylal process: A report of two cases with literature review. *Annals of Maxillofacial Surgery*, 12(1), pp.79-82.
- Martini, J. D., Sauerbrey, C. A. & Alvarado, A. J. (2016) Síndrome de Eagle: Revisão de literatura. *Revista Otorrinolaringológica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 36(1), pp.121-126.
- Soltes, E. et al. (2017) An Asymptomatic, and Overelongated Stylal Process. *Case Report in Dentistry*, 12(October).
- Singh, C. V. et al. (2016) A case of unilateral stylal elongation pain with Eagle's Syndrome. *Journal of Cancer Research Therapeutics*, 12(4), pp.13-23.
- Balducci, A. et al. (2017) Eagle syndrome: A comprehensive review. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 170(April), pp.34-38.