

## ANÁLISE DESCRITIVA DOS SINAIS E SINTOMAS QUE RELACIONAM SÍNDROME DE EAGLE E DTM: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

SANTANA, Ivone Lima<sup>1\*</sup>  
GONÇALVES, Rafael Henrique<sup>2</sup>  
FRANCO, Marcela Mayana Pereira<sup>3</sup>  
RAPOSO, Carolina Carramilo<sup>3</sup>  
LAGE, Lucas Meneses<sup>4</sup>  
PEREIRA, Adriana de Fátima V.<sup>5</sup>

**Resumo:** A correlação entre a disfunção temporomandibular (DTM) e a síndrome de Eagle ainda não está bem estabelecida. A presente pesquisa teve por objetivo correlacionar a síndrome de Eagle e disfunções temporomandibulares além de identificar a prevalência de alterações morfológicas do processo estilóide em pacientes com DTM. Através de radiografias panorâmicas convencionais de 234 pacientes de ambos os gêneros, que receberam tratamento em um consultório particular em São Luís – MA, foram identificados pacientes portadores da síndrome do processo estiloide. Posteriormente, foram avaliados sinais e sintomas mais frequentes, músculos afetados, idade, gênero, fatores agravantes, fatores atenuantes, hábitos parafuncionais, traumas sofridos, índice de disfunção temporomandibular, diagnóstico e terapia utilizada. A prevalência foi de 196 pacientes (83,7%) que não apresentaram calcificação do ligamento estilohióideo e 16,3% (38) que apresentaram. Dos 38 pacientes apenas 9 (26%) tinham se submetido ao tratamento de DTM por serem sintomáticos, 8 (89%) eram do gênero feminino e 1 (11%) do masculino. As principais queixas nos achados clínicos dos pacientes com Síndrome de Eagle foram similares aos sinais e sintomas encontrados em pacientes com DTMs e os músculos cervicais e da mastigação estavam comprometidos. Conclui-se que quando a calcificação do processo estiloide estava associada a sintomatologia, esta apresentava similaridade aos sintomas relatados na DTM.

**Descritores:** Diagnóstico; Radiografia Panorâmica; Articulação Temporomandibular.

**Abstract: Descriptive analyses of signals and symptoms that relate Eagle syndrome to TMD: a retrospective study.**

The association between temporomandibular disorders (TMD) and Eagle syndrome is not well established. The aim of this study was to correlate Eagle syndrome and Temporomandibular Disorder by signs, symptoms, and differential diagnosis and investigate panoramic radiographs as subsides for diagnosis of that syndrome and its relationship to TMD, as well as the prevalence of morphological alterations of the styloid process in patients with TMD. Conventional panoramic radiographs of 234 patients of both sexes who received treatment in a private practice in São Luís-MA were examined. There were evaluated most frequent signs and symptoms, affected muscles, age, gender, aggravating factors, attenuating factors, parafunctional habits, traumas, temporomandibular disorder index, diagnosis and therapy. The prevalence was 83.7% (196) patients who did not showed calcification of the stylohyoid ligament against 16.3% (38) who have showed. From 38 only 9 (26%) patients symptomatic were treated for TMD, 8 (89%) were female and 1 (11%) male. The main complaints of clinical findings of patients with Eagle syndrome were similar to signs and symptoms found in patients with TMD and cervical and mastication muscles were impaired. It can concluded that when the ossification of stylohyoid process was associated to the sintomatology it has showed similarity to the symptoms of TMD.

**Descriptors:** Diagnosis; Panoramic Radiography; Temporomandibular Joint.

### INTRODUÇÃO

As desordens temporomandibulares (DTMs) referem-se a um conjunto de alterações que afetam a articulação temporomandibular (ATM) e/ou músculos da mastigação e estruturas da face<sup>2</sup>. Por outro lado, a Síndrome de Eagle é citada como uma ocorrência das DTMs. Também conhecida como síndrome do processo estilóide

ou síndrome da artéria carótida<sup>6</sup> compreende as alterações anatômicas do processo estilóide e/ou ligamento estilóide<sup>6,8</sup>.

O processo estilóide é uma projeção óssea cilíndrica de 2,5cm em média onde se inserem os músculos estilohióideo, estiloglosso e estilofaríngeo. Além disso, os ligamentos estilohióide e o estilomandibular estão fixados no processo estilóide com função de suspender o osso hióide<sup>7,10,11,13,14</sup>.

<sup>1</sup> Doutora, Professora do Departamento de Odontologia I, Curso de Odontologia, UFMA.

<sup>2</sup> Cirurgião-Dentista, Universidade Federal do Maranhão.

<sup>3</sup> Cirurgiã-Dentista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia. UFMA.

<sup>4</sup> Cirurgião-Dentista, UFMA.

<sup>5</sup> Doutora, Professora do Departamento de Odontologia II, Curso de Odontologia, UFMA.

O alongamento e/ou calcificação desta estrutura se classifica em três tipos, de acordo com a aparência radiográfica: (1) alongado, onde o processo estilóide e o ligamento aparecem como uma estrutura contínua de 2,5 a 3,2cm de comprimento; (2) pseudo-articulado, parecendo estar unido ao ligamento estilomandibular ou estilóide, por uma única pseudo-articulação; e (3) o segmentado, onde o processo estilóide e ligamentos consistem em vários segmentos mineralizados<sup>6,15</sup>.

Estas alterações anatômicas podem gerar manifestações clínicas tais como dor cervicofacial, otalgia, dor e sensação de “corpo estranho” na garganta, diminuição na salivação, cefaléia, náuseas e dores no ombro<sup>6,9</sup>. Alguns sintomas da Síndrome de Eagle são semelhantes aos sintomas das DTM's<sup>13,16</sup> como artralgia, estalido articular, cefaléia, otalgia, dor muscular, zumbido, dificuldade de abrir a boca, movimentos excursivos limitados, e outros<sup>6,9</sup>.

Assim, o objetivo desse estudo foi relacionar a Síndrome de Eagle e DTM por meio dos sinais, sintomas, diagnósticos diferenciais com auxílio de exames radiográficos panorâmicos.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A avaliação radiográfica, somada aos dados obtidos com os prontuários correspondentes, foram os meios utilizados na pesquisa. O estudo, retrospectivo, foi realizado por examinador calibrado para avaliação do processo estilóide por meio de análise de radiografias para a identificação de pacientes que apresentavam alongamento do processo estilóide e/ou calcificação do ligamento estilohióideo.

### **Avaliação radiográfica do processo estilohióideo**

A radiografia panorâmica foi o exame utilizado, para observação e análise do processo estilóide por ter sido o exame solicitado durante o tratamento dos pacientes. Além disso, o exame radiográfico panorâmico convencional é um método que possibilita a avaliação dos terços médio e inferior da face, inclusive das estruturas ósseas da articulação temporomandibular (ATM) e áreas

adjacentes, sendo o exame de escolha para este tipo de investigação.

As radiografias que foram analisadas fazem parte do arquivo de documentação de pacientes tratados em um consultório particular em São Luís-MA, especializado em Reabilitação Oral. Foram analisadas 234 radiografias panorâmicas. Com base nas observações preliminares destas radiografias foi realizada uma pré-seleção em dois grupos: pacientes que apresentavam alongamento e/ou calcificação do ligamento estilohióideo e pacientes que não apresentavam. As informações encontradas nas radiografias que identificaram a anormalidade investigada foram anotadas.

### **Avaliação dos prontuários**

Dos prontuários em que a alteração do processo estilóide teve identificação radiográfica, foram avaliados aqueles cujos pacientes receberam tratamento para DTM. Os prontuários forneceram dados com relação à anamnese, exame físico e psicológico referentes aos sinais e sintomas mais frequentes nas DTMS, assim como músculos afetados, idade, gênero, fatores agravantes, fatores atenuantes, hábitos parafuncionais, traumas sofridos, índice de disfunção temporomandibular, diagnóstico e terapia utilizada.

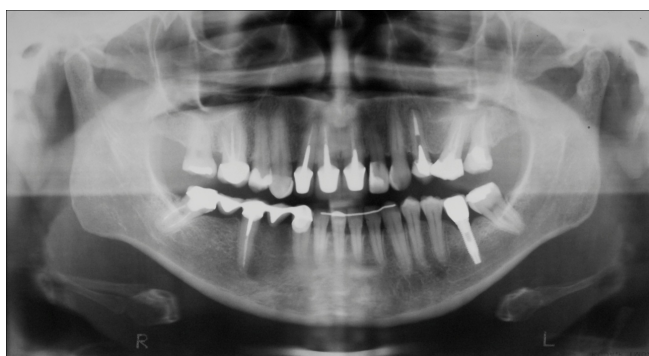
### **Diagnóstico e índice de disfunção**

Ciente das normas que regulamentam os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos (resolução 196/96 do CNS/MS), o diagnóstico de DTM foi feito, pelo profissional que tratou os referidos pacientes, por meio de anamnese, índice anamnésico de Fonseca<sup>4</sup> et al. (1994) exame físico e exame complementar radiográfico.

Os dados foram submetidos à análise descritiva.

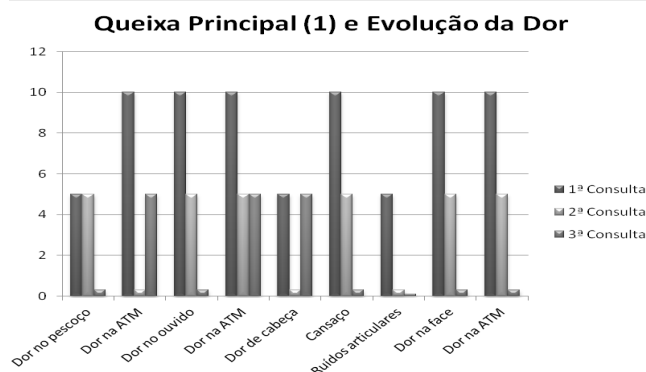
## **RESULTADOS**

Após a análise das radiografias panorâmicas dos pacientes constatou-se que 38 (16,3%) apresentavam alongamento do processo estilohióideo (Figura 1). Destes pacientes apenas 9 tinham se submetidos ao tratamento de DTM por serem sintomáticos, sendo que 8 (89%) eram do sexo feminino e 1 (11%) do sexo masculino.

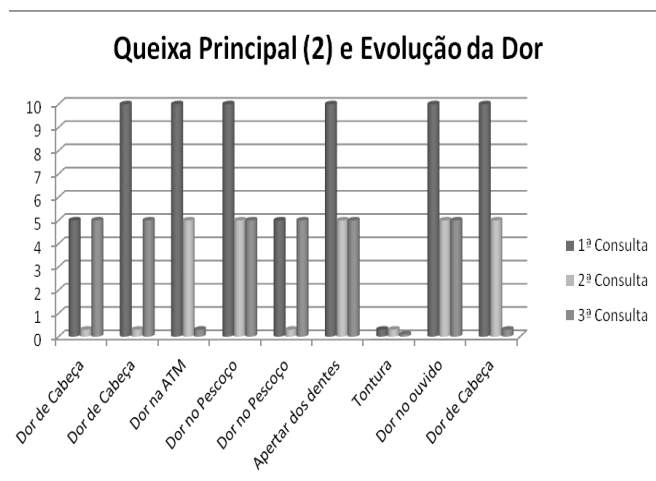


**Figura 1** – Radiografia panorâmica mostrando alongamento do processo estilóideo.

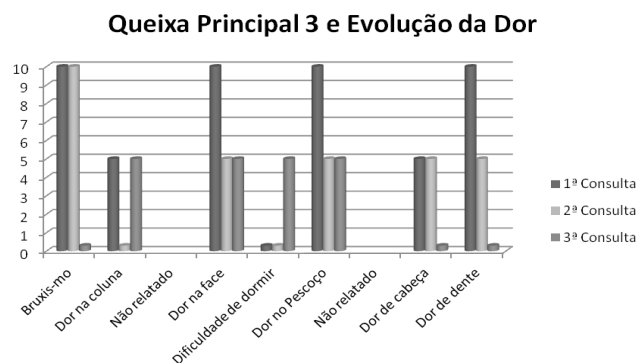
De acordo com a metodologia de tratamento adotada, observou-se que as principais queixas, nos achados clínicos, dos pacientes com DTMs tratados, eram similares aos sinais e sintomas encontrados na Síndrome de Eagle (Figuras 2, 3 e 4). Ao analisar estes gráficos, observa-se que houve melhora nas queixas, ao longo do tratamento.



**Figura 2** - Queixa principal 1 x Evolução da Dor

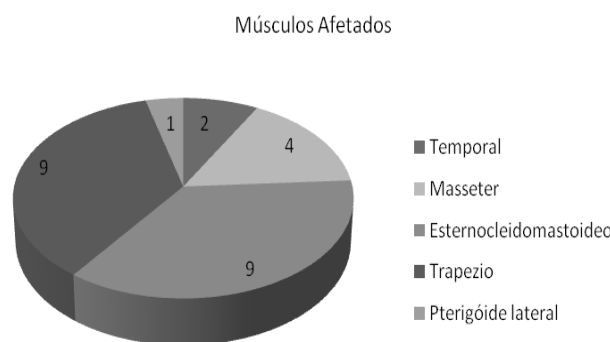


**Figura 3** - Queixa Principal 2 x Evolução da Dor



**Figura 4** - Queixa Principal 3 x Evolução da Dor

Ao analisar a figura 5, observa-se que os músculos cervicais como esternocleidomastoideo e trapézio estavam comprometidos em todos os pacientes com a Síndrome e que os músculos da mastigação também tinham algum comprometimento.



**Figura 5** - Relação número de pacientes e músculos comprometidos

Alguns pacientes já tinham tentado outros tipos de tratamento além do empregado pelo profissional que os tratou e que não tinham tido sucesso. O tratamento relatado nesta pesquisa consistiu em aconselhamento/conscientização, farmacoterapia, fisioterapia cervical caseira associada à confecção de placa miorelaxante e acompanhamento periódico.

## DISCUSSÃO

A radiografia panorâmica foi o método utilizado no estudo para identificar a Síndrome de Eagle. É um exame de imagem acessível para visualizar as alterações morfológicas do processo estilóide. Apesar da impossibilidade de mensuração da extensão do processo pelo exame, este não é um fator determinante na elaboração do diagnóstico da síndrome.

Em relação à frequência de pacientes com Síndrome de Eagle, 16,3% dos pacientes apresentavam a síndrome. Destes apenas 9 eram sintomáticos. Esta síndrome é uma entidade patológica pouco conhecida entre os cirurgiões-dentistas. Devido à grande semelhança dos sintomas com outras patologias, seu diagnóstico se torna difícil, ou podendo até mesmo passar despercebido por muitos profissionais<sup>6</sup>.

O diagnóstico diferencial entre a Síndrome de Eagle e a disfunção da articulação temporomandibular pode ser feito pela história clínica, palpação digital do processo estilóide na área da fossa amigdaliana, infiltração de anestesia local, bem como pela visualização do processo estilóide no exame radiográfico<sup>8</sup>.

Nesta pesquisa, observou-se a prevalência da Síndrome de Eagle no sexo feminino em uma proporção de 8 para 1 o que está em discordância com os dados estabelecidos pelo Instituto Nacional de Saúde dos EUA, segundo Almeida<sup>2</sup> et al. (2005), que é na proporção de 3 para 1. A maioria dos pacientes tratados encontra-se na faixa etária de 35 e 50 anos de idade em concordância com dados obtidos pelo referido Instituto.

A síndrome estilo-hióide clássica seria relacionada na maior parte dos casos com as tonsilectomias, com dor persistente em região faríngea sendo irradiada para os ouvidos. A Síndrome estilocarotídea, não relacionada com as tonsilectomias, está presente apenas quando pela calcificação ou alongamento da apófise estilóide onde haveria uma compressão das artérias carótida externa ou interna, proporcionando dor cervical intensa<sup>6</sup>.

Neste estudo, os sintomas mais observados nos pacientes tratados foram dor de cabeça, dor na ATM, dor no pescoço, dor na face, dor no ouvido, bruxismo e ruídos articulares, sintomas também encontrados por Guimarães<sup>6</sup> et al. (2006).

A terapia observada consistiu em aconselhamento/conscientização, farmacoterapia, fisioterapia cervical caseira associada à confecção de placa mi-relaxante e acompanhamento periódico diferentemente de tratamento cirúrgico recomendado por Tiago<sup>16</sup> et al. (2002). Aliás, segundo Monti<sup>11</sup> et al. (2005) a terapêutica, que pode incluir cirurgia para

remoção do osso ou fratura do processo estilóide, sem remoção cirúrgica do mesmo, deve ser transformada em conduta expectante, considerando-se na decisão a complexidade dos sintomas e o estado geral da paciente.

## CONCLUSÕES

Os dados obtidos permitiram concluir que:

1. A maioria dos pacientes com evidência radiográfica de calcificação do processo estilóide se apresentaram assintomáticos, e que, quando presente, a Síndrome de Eagle parece não representar um fator importante na manifestação da sintomatologia de pacientes com DTM.
2. Quando a calcificação do processo estilóide estava associada à sintomatologia, esta apresentava similaridade aos sintomas relatados na DTM.

## REFERÊNCIAS

1. Alencar JRFG, Friction J, Hathaway K, Decker K. Oclusão, dores orofaciais e cefaleia. São Paulo: Santos, 2005. ed. Santos, 290p.
2. Almeida RAC, Vasconcelos BCE, Cunha SC, Nogueira RVB, Duarte AP. Índices de Helkimo e craniomandibular para diagnósticos de distúrbios temporomandibulares – revisão da literatura. Rev. Cir. Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2005; 5(2): 9-16.
3. Dawson PE. Oclusão funcional – da ATM ao desenho do sorriso. São Paulo: Santos, 2008. ed. Santos, 336p.
4. Fonseca DM, Bonfante G, Vale AL, Freitas FST. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. RGO 1994; 42(1): 23-28.
5. Garcia AR, Sousa V. Distúrbios temporomandibulares: causa de dor de cabeça e limitação da função mandibular. Rev. APCD 1998; 12(6): 480.

6. Guimarães SMR, Carvalho ACP, Guimarães JP, Gomes MB, Cardoso MMM, Reis HN. Prevalência de alteração morfológica do processo estilóide em pacientes com desordem temporomandibular. Rev. Radiol Bras. 2006; 39(6): 407-411.
7. Guzzo FAV, Macedo JAGC, Barros RS, Almeida DC. Síndrome de Eagle: relato de caso. Rev. Para Med. 2006; 20(4): 47-51.
8. Lages LPD, Monte TL, Freitas SAP, Falcão CAM. Alongamento do processo estilóide e Síndrome de Eagle: considerações anatômicas, clínicas, diagnóstico e prevalência. Odontol Clín-Científ 2006; 5(3): 183-188.
9. Maiello VL, Alves FEMM. Síndrome de Eagle: proposição de critério e diagnóstico. Rev. Assoc. Paul Cir. Dent 2006; 60(5): 403-406.
10. Mansk V. Síndrome de Eagle [monografia]. Duque de Caxias: Curso de Especialização em Imagenologia Dento Maxilo Facial, Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO; 2005.
11. Monti 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.
12. Noronha MJR, Gandelmann I, Araújo JRGP, Shunemann WG. Alongamento do processo estilóide. Síndrome de Eagle. Rev. Bras. Otorrinolaringol 1987; 53:60–63.
13. Okeson JP. Dor orofacial – guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence Ltda., 1998.
14. Paiva HJ. Oclusão: noções e conceitos básicos. São Paulo: Santos, 1997. ed. Santos, 366p.
15. Sá ACD, Zaro M, Paes Jr AJO, Sousa RP, Barros FN, Dreweck MO et al. Alongamento do processo estilóide (Síndrome de Eagle): relato de dois casos. Radiol Bras. 2004; 37(5): 385-387.
16. Tiago RSL, Marques MFF, Maia CAS, Santos OFS. Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. Rev. Bras. Otorrinolaringol 2002; 68(2): 196-201.

**\*Autora para correspondência:**

Profª Dra. Ivone Lima Santana

**E-mail:** ilima@usp.br