

Aspectos cirúrgicos no tratamento da Síndrome de Eagle

Surgical aspects in the treatment of Eagle's Syndrome

Aspectos quirúrgicos en el tratamiento del Síndrome de Eagle

Recebido: 28/07/2022 | Revisado: 09/08/2022 | Aceito: 12/08/2022 | Publicado: 21/08/2022

Mariana Helena Trinta Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1654-0939>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: marianatrinta0106@gmail.com

Nicole Serra Diniz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6896-1148>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: Nicole_sdiniz99@hotmail.com

Wendy Saureana Maior de Oliveira Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6698-487X>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: wendysaureana@gmail.com

Luana Barbieri Trinta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5625-3299>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: academico.barbieri@gmail.com

Lara Carlyne de Sousa Flor

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5525-4572>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: laracarolynef@gmail.com

Anna Carolina Azevedo Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9849-4648>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: carol_as@hotmail.com

Bruno Nascimento Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5609-9500>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: bnsantosfisio@gmail.com

Luís Gustavo Soares Lula de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9697-3063>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: gustavosoareslula@gmail.com

Ana Karla Torres Dos Santos Nepomuceno

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2450-0574>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: anakarlatsn@icloud.com

Gabriela Dias Cardoso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2555-9073>
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Brasil
E-mail: gabddias7@gmail.com

Resumo

O processo estiloide é uma estrutura óssea que se projeta para baixo e para frente da face, estando em posição anterior ao osso Temporal, e com característica delgada e pontuda. A Síndrome de Eagle ocorre em função ou o alongamento do processo estiloide, posteriormente a uma ossificação de um remanescente embriológico da cartilagem do segundo arco branquial, ou devido à calcificação do ligamento estilo-hióideo. O presente trabalho tem como objetivo discorrer sobre as possíveis formas de tratamento cirúrgico para a Síndrome de Eagle, e trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de publicações científicas em bases de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed/Medline, Scielo e Google Acadêmico, utilizando descritores em nas línguas portuguesa e inglesa. Para o tratamento da Síndrome de Eagle, é considerada a severidade dos sintomas, assim, em casos de dor leve a moderada, o tratamento inicial é o tratamento farmacológico, com administração de antiepilépticos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes ou realização de infiltrações de esteroides e/ou anestésicos locais. Entretanto, nos casos de dor intensa e severa, o tratamento proposto é a ressecção cirúrgica completa do processo estiloide (estiloidectomia), que pode ser realizada pela via intrabucal ou extrabucal, na qual a escolha de uma das duas estará baseada na experiência

do cirurgião e as condições de trabalho. Dessa forma, conclui-se que a escolha do tratamento depende da avaliação minuciosa feita pelo cirurgião-dentista e pelo quadro do paciente.

Palavras-chave: Anormalidades maxilofaciais; Odontologia; Síndrome de Eagle.

Abstract

The styloid process is a bony structure that projects downwards and forwards of the face, being in an anterior position to the Temporal bone, and with a thin and pointed characteristic. Eagle's syndrome occurs as a result of elongation of the styloid process, after ossification of an embryological remnant of the cartilage of the second branchial arch, or due to calcification of the stylohyoid ligament. The present work aims to discuss the possible forms of surgical treatment for Eagle's Syndrome, and it is a literature review, carried out from scientific publications in databases such as the Virtual Health Library (VHL), Pubmed/Medline, Scielo and Google Scholar, using descriptors in Portuguese and English. For the treatment of Eagle's Syndrome, the severity of the symptoms is considered, so, in cases of mild to moderate pain, the initial treatment is pharmacological treatment, with administration of antidepressants, benzodiazepines, anticonvulsants or steroid injections and/or local anesthetics. However, in cases of intense and severe pain, the proposed treatment is complete surgical resection of the styloid process (styloidectomy), which can be performed intraorally or extraorally, in which the choice of one of the two will be based on the surgeon's experience and the working conditions. Thus, it is concluded that the choice of treatment depends on a thorough evaluation made by the dentist and the patient's condition.

Keywords: Maxillofacial abnormalities; Dentistry; Eagle's syndrome.

Resumen

La apófisis estiloides es una estructura ósea que se proyecta hacia abajo y adelante de la cara, estando en una posición anterior al hueso Temporal, y con una característica delgada y puntiaguda. El síndrome de Eagle se produce como consecuencia de la elongación de la apófisis estiloides, tras la osificación de un remanente embriológico del cartílago del segundo arco branquial, o por calcificación del ligamento estiloideo. El presente trabajo tiene como objetivo discutir las posibles formas de tratamiento quirúrgico del Síndrome de Eagle, y es una revisión de la literatura, realizada a partir de publicaciones científicas en bases de datos como la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Pubmed/Medline, Scielo y Google Scholar, utilizando descriptores en portugués e inglés. Para el tratamiento del Síndrome de Eagle se considera la gravedad de los síntomas, por lo que, en casos de dolor leve a moderado, el tratamiento inicial es el tratamiento farmacológico, con administración de antidepresivos, benzodiazepinas, anticonvulsivantes o inyecciones de esteroides y/o anestésicos locales. No obstante, en casos de dolor intenso y severo, el tratamiento propuesto es la resección quirúrgica completa de la apófisis estiloides (estiloidectomía), que puede realizarse por vía intraoral o extraoral, en la que la elección de una de las dos estará en función de la experiencia del cirujano y las condiciones de trabajo. Así, se concluye que la elección del tratamiento depende de una evaluación minuciosa realizada por el odontólogo y del estado del paciente.

Palabras clave: Anomalías maxilofaciales; Odontología; Síndrome de Eagle.

1. Introdução

O processo estiloide é uma estrutura óssea que se projeta para baixo e para frente da face, estando em posição anterior ao osso Temporal, com característica delgada e pontuda. Esse osso está em contato com algumas estruturas anatômicas nobres como as Artérias Carótidas Interna e Externa, e sua origem embrionária parte na cartilagem de Reichert, do segundo arco braquial (Souza et al, 2020).

A etiopatologia da Síndrome de Eagle (SE) consiste em nas possíveis causas: a) o alongamento do processo estiloide, posteriormente a uma ossificação de um remanescente embriológico da cartilagem do segundo arco branquial, ou b) a calcificação do ligamento estilo-hióideo (Higino et al. 2008). Para ser definido de forma adequada, o diagnóstico deve considerar, além da sintomatologia relatada pelo paciente(a), os resultados dispostos nos exames complementares de imagem. Quanto a sintomatologia, o paciente pode relatar disfagia, odinofagia, otalgia, zumbido, trismo, cefaleia e dor facial (Silva et al., 2020).

Dentre os exames de imagem, o considerado “padrão ouro” para o fechamento do diagnóstico da Síndrome de Eagle é a tomográfica computadorizada (TC) de cabeça e pescoço. Além desse, podem ser realizados a radiografia panorâmica, telerradiografia pósterio-anterior de mandíbula (PA) ou “Towne” (Gonzales et al, 2011; Silva et al., 2020).

A escolha do tratamento da SE possui estreita relação com o nível de desconforto, ocorrência de dor crônica e severidade dos sintomas. Dessa forma, em casos de dor de média intensidade, a terapia conservadora é executada, enquanto

que nos casos de dor intensa e severa é realizada a terapia invasiva por meio de cirurgia (Borges et al., 2021). No tratamento conservador, pode-se optar pela fisioterapia, infiltração transfaríngea com anestésicos locais, corticoides, anticonvulsivantes, antidepressivos ou analgésicos. Entretanto, os resultados são efetivos e favoráveis apenas a curto prazo, existindo recidiva dos sintomas na maioria dos pacientes (Morett, Morales, 2013; Marisio, et al., 2016).

Com relação ao tratamento cirúrgico, na abordagem intraoral têm-se como vantagens o menor tempo cirúrgico, menor tempo de recuperação e ser mais simples de realizar. Por outro lado, como desvantagens cita-se menor visibilidade e a maior possibilidade de lesões neurovasculares. Adiciona-se também que a amidalectomia pode ser necessária quando houver pouca visibilidade para execução da ressecção da apófise estilóide. Já na abordagem extraoral, as vantagens são melhor exposição da área, logo, melhor visibilidade, possuindo menor incidência de complicações por lesão de estruturas vizinhas, porém, suas desvantagens são maior tempo cirúrgico, cicatriz e risco de lesão do nervo facial. Em ambas as abordagens intensivas, o prognóstico é favorável e revelam ser seguras, sendo a escolha da via de acesso baseada na preferência, experiência e técnica do cirurgião, bem como na condição de trabalho (Morett, Morales, 2013; Marisio, et al., 2016).

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é discorrer sobre as possíveis formas de tratamento cirúrgico para a Síndrome de Eagle.

2. Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de publicações científicas em bases de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Pubmed/Medline, Scielo e Google Acadêmico, utilizando descritores em nas línguas portuguesa “anormalidades maxilofaciais”; “odontologia” e “Síndrome de Eagle”; e inglesa, “maxillofacial abnormalities”; “dentistry” e “Eagle Syndrome”, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DEcS). Foram incluídos artigos completos relacionados ao tema, sendo estes: revisões de literatura narrativa, relatos de caso, trabalhos de conclusão de curso e meta-análises, e foram desconsiderados artigos que não tiveram correspondência com o tema pesquisado.

Quadro 1. Artigos selecionados.

Autores e ano	Objetivo	Conclusão
Araújo; Cruz & Larroudé (2017).	Relato de caso com análise de exames de imagem durante os períodos pré e transoperatório.	O tratamento de escolha continua a ser a abordagem cirúrgica de estiloidectomia, por via transoral ou cervical externa.
Barros & Lins (2010).	Fazer uma revisão da literatura abordando a importância do conhecimento dos aspectos anatômicos, e das manifestações clínicas desta Síndrome, para os cirurgiões-dentistas.	a utilização de radiografias panorâmicas em conjunto com a história clínica dos pacientes deverá ser o alicerce para a construção do diagnóstico diferencial da Síndrome de Eagle, a fim de nortear seu correto tratamento.
Borges et al (2021).	Relatar o caso de um paciente portador da Síndrome de Eagle, o qual foi tratado cirurgicamente	A abordagem intraoral da terapêutica invasiva é realizada por meio da tonsilectomia ou amigdalectomia. Possui melhor visibilidade da área e confere acesso adequado ao processo estilóide.
Cerqueira et al (2014).	Apresentar três casos de Síndrome de Eagle (SE) tratados por abordagem intraoral.	A excisão cirúrgica do processo estilóide é o padrão ouro para o tratamento da SE, apresentando uma notável remissão dos sintomas
Duarte-Celada et al (2021).	Relato de caso com análise de exames de imagem durante os períodos pré e transoperatório, além de discutir sobre os procedimentos realizados (a angioplastia bilateral estagiada e colocação de stentcoberto, seguido de estiloidectomia).	Dadas as consequências cerebrovasculares significativas e a recorrência dos eventos dessa condição, os médicos precisam estar cientes dessa doença rara. Informações limitadas estão disponíveis sobre o manejo agudo e a longo prazo da dissecação da artéria carótida secundária à ES.
Esiobu et al (2018).	Relatar o uso de testes laboratoriais vasculares no manejo da síndrome de Eagle.	A ultrassonografia do TCD com manobras provocativas pode ser um complemento útil para confirmar esse diagnóstico e evitar a necessidade de estudos extensos. Também pode ser usado como uma ferramenta para confirmação do sucesso do tratamento.
González et al (2011).	Apresentar o caso clínico de um paciente de 49 anos com história de dor cervical de longa data e	O tratamento é inicialmente farmacológico, incluindo infiltrações locais com esteroides e anestésicos

	cujos exames de tomografia computadorizada mostraram alongamento de ambos os processos estilóides.	locais. Quando o tratamento clínico falha, indica-se a ressecção cirúrgica com abordagem orofaríngea ou por via lateral no pescoço.
Guzzo et al (2006).	Relatar a história clínica e o diagnóstico de um caso de síndrome de Eagle e revisar a literatura.	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.
Hernández et al (2011).	Discorrer sobre a etiologia da Síndrome, bem como os exames de imagem que podem ser utilizados para chegar ao diagnóstico correto.	A Síndrome de Eagle ocorre mais frequentemente entre a 3ª e 5ª década de vida, em maior proporção no sexo feminino, independentemente do lado acometido
Higino et al (2008).	Apresentar três casos de pacientes com diagnóstico de síndrome de Eagle e discutir a apresentação clínica e o tratamento desta doença	O tratamento cirúrgico com ressecção de parte do processo estilóide está relacionado a remissão dos sintomas nos pacientes com diagnóstico de síndrome de Eagle. A abordagem a partir de cervicotomia alta determina boas condições de exposição do processo estilóide, com ressecção mais ampla e preservação de estruturas vasculonervosas.
Marisio; Santamaria & Alzerreca (2016).	Apresentar uma revisão e atualização sobre a síndrome de Eagle, abordando seus aspectos clínicos relevantes, seu diagnóstico e tratamento.	A síndrome de Eagle deve ser considerada no diagnóstico diferencial de um paciente com dor orofacial crônica.
Matsumoto et al (2012).	Discorrer sobre a viabilidade do exame endoscópico como forma de tratamento para a Síndrome de Eagle.	A ressecção transoral assistida por endoscopia pode resolver a desvantagem deste procedimento, e representa um procedimento cirúrgico alternativo favorável para a síndrome de Eagle.
Morett & Morales (2013).	Explicitar as características clínicas da Síndrome de Eagle.	Uma apófise estilóide alongada não é patognomônica da síndrome de Eagle, pois haverá muitas pessoas que terão este alongamento sem sintomas associados à síndrome.
Piemonte; Mello & Bepalhok (2014).	Descrever, baseado em levantamento bibliográfico, a morfometria do processo estilóide associado a Síndrome de Eagle.	Não foi encontrado padrão para medida do processo estilóide, alguns não descreveram como mediram as apófises, o que poderia causar uma divergência de tamanho encontrado.
Sá et al. (2004).D	Descrever dois casos de alongamento do processo estilóide e seus aspectos de imagem, principalmente por meio da tomografia computadorizada.	O diagnóstico da Síndrome de Eagle é estabelecido pela associação de dados de história clínica, exame físico e exames complementares.
Sampaio et al (2021).	Apresentar um relato de caso clínico, de um paciente 40 anos de idade, do gênero masculino, diagnosticado com síndrome de Eagle após apresentar sintomatologia dolorosa à abertura de boca, disfagia e otalgia e exame tomográfico evidenciar o processo estilóide com 30mm de comprimento.	O tratamento de escolha foi bem sucedido, com regressão total da sintomatologia, sem complicações.
Silva et al (2020).	Relatar um caso de processo estilóide alongado em crânio humano seco e apresentar seus valores biométricos.	O processo estilóide do antímero direito apresentou 28,90 mm de comprimento, o que é considerado dentro dos parâmetros de normalidade, enquanto o antímero esquerdo apresentou um processo estilóide de 65,94 mm, que se caracteriza como alongado e pode auxiliar no melhor entendimento quanto à base anatômica para a síndrome da água
Souza et al (2020).	Demonstrar parâmetros anatômicos para o diagnóstico da Síndrome de Eagle.	A Síndrome de Eagle é uma patologia caracterizada por sintomas compressivos causados pelo alongamento do processo estilóide.
Tiago et al (2002).	Relatar um grupo de quatro pacientes com Síndrome de Eagle, bem como discutir a apresentação clínica e tratamento mais adequado desta doença.	O tratamento cirúrgico para pacientes que apresentam a apófise estilóide alongada com sintomas compatíveis com a Síndrome de Eagle é a melhor forma de conduzir estes casos.
Verbel et al (2014).	Consiste em descrever os aspectos gerais da Síndrome de Eagle e a aplicabilidade dos auxílios de imagem atuais na sua identificação e diagnóstico.	A tomografia computadorizada de feixe cônico é uma ferramenta útil e eficaz no diagnóstico de patologias ósseas e dentárias.

Fonte: Autores.

3. Resultados e Discussão

O processo estilóide é uma estrutura óssea alongada e pontuda, projetando-se para baixo e para frente da face inferior do osso temporal. Encontra-se localizado entre as artérias carótidas interna e externa, em seguida à faringe, no qual originam-se os músculos estilo-hióideo, estiloglossos e estilofaríngeos; e os ligamentos estilomandibular e estilo-hióideo. Em pacientes

normais, o comprimento do referido processo situa-se entre 25 a 30 mm, podendo encontrar variações entre pessoas e até os lados do mesmo indivíduo (Barros, 2010)

A apófise estilóide é uma projeção óssea de formato cilíndrico com 2,5cm que se origina na região timpânica do osso Temporal, ântero-medialmente ao processo mastóideo, estilofaríngeo e estiloglosso. A partir de uma vista medial à apófise estilóide, encontram-se os nervos cranianos vago, acessório e glossofaríngeo. O nervo facial emerge do forame estilomastóideo, e localiza-se lateralmente através da glândula parótida. Todo o complexo estilo-hióideo, que representa a apófise estilóide, ligamento estilo-hióideo e o corno menor do osso hióide são resultantes do mesênquima do segundo arco braquial de Reichert (Guzzo, 2006).

A síndrome de Eagle possui etiologia ainda desconhecida, no entanto, em seu estudo Guzzo (2006) elenca três teorias que buscam explicar a origem dessa patologia. A primeira teoria trata-se da hiperplasia reativa, que consiste em uma estimulação ocorrida após um trauma faríngeo, gerando, por consequência, a calcificação do ligamento estilo-hióideo em sua zona terminal. A segunda teoria é conhecida como “Teoria metaplasia reativa”, que supõe que estímulos traumáticos tem o potencial de provocar alterações metaplásicas que ocasionem a calcificações segmentadas do ligamento estilo-hióideo. Por fim, a terceira teoria sugere que a origem da Síndrome está em variações anatômicas, levando à calcificação do ligamento em decorrência de um trauma cérvico-faríngeo (Guzzo, 2006; Piemonte, et al., 2014).

Além dessas três, Barros (2010) elenca outras possíveis causas relacionadas à etiopatologia da Síndrome: alongamento congênito consecutivo da persistência de um folheto embrionário cartilaginoso, calcificação do ligamento estilo-hióideo ocasionando um alongamento do processo do processo estilo-hióideo, formação de um tecido ósseo na inserção do ligamento estilo-hióideo e presença de fibrose pós tonsilectomia.

Para chegar ao diagnóstico, além da anamnese detalhada e dos exames de imagem (radiografia PA, lateral de mandíbula, panorâmica e tomografia computadorizada), deve-se realizar o exame físico, que consiste na palpação da fossa tonsilar com o dedo indicador visando identificar o processo estilo-hióideo (Barros, 2010). Além disso, é levado em consideração uma classificação em três graus postulado por Verma que classifica como primeiro grau a extremidade da apófise palpável no polo superior da fossa tonsilar, segundo grau, a apófise é palpável no centro da fossa tonsilar e no terceiro grau, a apófise é palpável no polo inferior (Guzzo, 2006).

O exame clínico deve se basear no histórico de dor cérvico-faríngea e palpação do processo estiloide através da loja amigdalina ou cervical alta. A apófise estiloide normalmente não é palpável, logo, uma resistência pontiaguda e firme na loja amigdalina indica o alongamento da apófise, além da dor causada por essa manobra, a qual é semelhante à relatada pelo paciente. Pode-se realizar ainda a confirmação do diagnóstico com a infiltração de lidocaína no local, havendo o alívio da dor (Tiago et al., 2002).

De acordo com Borges et al. (2021), as radiografias panorâmica, lateral do crânio e de Towne são exames imaginológicos que auxiliam no diagnóstico. O padrão ouro no diagnóstico da SE é a reconstrução multiplanar de tomografia computadorizada, pois pode determinar a exata posição do processo estiloide. Sendo assim, de acordo com os autores previamente citados e com Verbel et al. (2014), a imagem da tomografia computadorizada oferece maior facilidade ao diagnóstico e planejamento cirúrgico pelos benefícios relacionados ao detalhamento patológico e anatômico, os quais podem ser associados com os sintomas do paciente.

São considerados diagnósticos diferenciais da Síndrome de Eagle: artrite cervical, disfunções temporomandibares, arterite temporal, otite, faringoamigdalite crônica, mastoidite, tumores, sialoadenite, diverticulose esofágica, dor miofascial, terceiros molares impactados, enxaquecas, sialolitíase, neuralgias dos nervos: trigêmeo, glossofaríngeo, vago, hipoglosso, facial, esfenopalatino e laríngeo superior (Guzzo, 2006).

Para o tratamento da Síndrome de Eagle, é considerada a severidade dos sintomas, assim, em casos de dor leve a moderada, o tratamento inicial é o tratamento farmacológico, com administração de antidepressivos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes ou realização de infiltrações de esteroides e/ou anestésicos locais. Entretanto, nos casos de dor intensa e severa, o tratamento proposto é a ressecção cirúrgica completa do processo estiloide (estiloidectomia), que pode ser realizada pela via intrabucal ou extrabucal, na qual a escolha de uma das duas estará baseada na experiência do cirurgião e as condições de trabalho (Hernández et al., 2011; Marisio, et al., 2016).

Morett e Morales (2013) e Sampaio et al. (2021) defendem que a abordagem extraoral tem como vantagens uma melhor exposição da área, menor risco de infecções e menor incidência de complicações por dano a estruturas adjacentes. Entretanto, possui como desvantagens maior duração do tempo cirúrgico, cicatriz no pescoço e risco de lesão do nervo facial. Em concordância, Marisio, et al., (2016) também apresentam um melhor campo, menor risco de infecções profundas no pescoço, bem como um melhor controle vascular como vantagens da técnica extraoral. E como desvantagens expõem as cicatrizes, hospitalização mais prolongada, maior risco de lesão do nervo facial (ramo mandibular) e de parestesias cutâneas prolongadas, especialmente na região do nervo auricular magno. Hernández et al. (2011) indicam que a abordagem transcervical é preferível em casos que o ligamento estilohioideo está calcificado, pois permite adequada exposição e ampla recessão.

Quanto ao tratamento por via intraoral, segundo Marisio, et al., (2016), essa abordagem têm como vantagens a ausência de cicatrizes, ser mais simples e mais rápida, porém apresenta como desvantagens pouca capacidade de controle vascular em caso de lesão da carótida, menor visibilidade, possibilidade de infecção cervical profunda, maior risco de lesão neurovascular e maior probabilidade de edema de via aérea, o que contraindica a cirurgia bilateral de forma simultânea, recomendação também realizada por Cerqueira et al. (2014).

Em consonância com os autores supracitados, Morett e Morales (2013) ainda acrescentam que há casos em que é necessário realizar amigdalectomia quando a ressecção da apófise estiloide fica limitada por falta de uma boa exposição. Ademais, relatam que a abordagem transoral pode ter como complicação abscessos no pescoço, entretanto, em nenhum de seus casos foi encontrada essa complicação.

Sá et al. (2004) Matsumoto et al. (2012) apresentam a cirurgia intraoral assistida por endoscopia como alternativa para minimização das desvantagens da técnica intraoral, visto que, com o auxílio da endoscopia, pode-se ampliar a visão cirúrgica, melhorando a identificação de pequenos vasos, nervos e outras estruturas anatomicamente importantes. Nesse sentido, os autores também afirmam que a cauterização de pequenos vasos por cauterização bipolar antes de danificá-los é também uma técnica para garantir uma melhor visibilidade. Outrossim, a palpação do processo estiloide é importante para sua localização ser confirmada, evitando o direcionamento errado, além disso, o fechamento do leito tonsilar com fios absorvíveis também é uma alternativa que pode minimizar o risco de infecção cervical por contaminação.

Ademais, estudos mostram que cicatrização pós-cirúrgica poderia gerar estiramento ou compressão dos nervos glossofaríngeo, trigêmeo, vago e facial na proximidade da apófise estiloide. Quanto a artéria carótida, a compressão da mesma e do plexo simpático pericarotídeo por uma apófise estiloide longa ou por um ligamento estilohioideo calcificado pode causar cervicalgia com irradiação orbitária na rotação ipsilateral da cabeça – compressão da artéria carótida externa – ou cefaleia occipitofrontal e periorbitária – compressão da artéria carótida interna e plexo simpático-carotidinia (Araujo & Larroudé, 2017).

Araújo e Larroudé (2017) também afirmam que foi provado que a Síndrome de Eagle poderia causar acidentes vasculares cerebrais por dissecação da carótida ou acidentes isquêmicos transitórios por compressão carotídea. Em concordância, Duarte-Celada et al. (2021) relatam que a SE pode causar doença da artéria carótida, incluindo a dissecação da artéria, estenose do vaso ou pseudoaneurisma, além de poder ser complicada por eventos cerebrovasculares. A dissecação

bilateral da artéria carótida é rara, com poucos casos relatados na literatura disponível.

4. Conclusão

Quanto ao tratamento da Síndrome de Eagle, o manejo conservador é a primeira opção, no uso de injeções locais de corticosteróides para aliviar os sintomas. Em casos mais complexos, é necessário o uso de intervenção cirúrgica, em que é realizada uma excisão do processo estilóide, que tem por opção duas vias de acesso: intraoral e extraoral. Por via intraoral é mais rápido e sem cicatriz visível, em contrapartida, é mais difícil de visualizar as estruturas adjacentes. Já a via extraoral, que se encontra como a mais utilizada, permite uma boa visualização de estruturas nobres próximas ao processo, como exemplos, nervo facial e artérias carótidas, diminuindo, assim, o risco de lesões.

Há necessidade de mais estudos a respeito das repercussões do manejo cirúrgico a longo prazo em pacientes acometidos pela Síndrome, bem como quais técnicas cirúrgicas utilizar para um procedimento mais seguro, visto que se trata de uma região muito próxima a estruturas nobres.

Referências

- Araújo, B. C., Cruz, P. V., & Larroude, A. (2017). Síndrome de Eagle-Relato de caso e revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 55 (1), 55-58.
- Barros, E. L. D., & Lins, C. C. S. A. (2010). Considerações anátomo-clínicas da Síndrome de Eagle. *IJD. International Journal of Dentistry*, 9 (2), 90-92.
- Borges, M. M. C., et al (2021). Síndrome de Eagle tratada cirurgicamente: relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, 4 (2), 7471-7480.
- Carqueira, C. C. R., et al (2014). Acesso Intraoral em Três casos de Síndrome de Eagle. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, 14 (2) 09-14.
- Duarte-Celada, W. R., et al (2021). Bilateral carotid dissection due to Eagle syndrome in a young female. *Neurologicalsci*, 24 (1), 100353.
- Esiobu, P. C., et al (2018). The role of vascular laboratory in the management of Eagle syndrome. *Journal of Vascular Surgery Cases, Innovations and Techniques*, 4 (1), 41-44.
- González, L. F., et al (2011). Eagle Syndrome importance for practitioner: a literature review. *Acta odontol. venez.*, 49 (2), 1.
- Guzzo, F. A. V., et al (2006). Síndrome de eagle: relato de caso. *Rev. Para. Med*, 20 (4), 47-51.
- Hernández, J. M. G., et al (2011). Síndrome de Eagle: Importancia para el odontólogo, revisión de la literatura. *Acta odontológica venezolana*, 49 (2), 47-48.
- Higino, T., et al (2008). Síndrome de Eagle: Relato de Três Casos. *International Archives Of Otorhinolaryngology*, 12 (1), 1-4.
- Marisio, L. G., Santamaria, A. C. A., & Alzerreca, J. Á. (2016). Eagle syndrome: Literature review. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 76 (1), 121-126.
- Matsumoto, F., et al (2012). Endoscopy-assisted transoral resection of the styloid process in Eagle's syndrome. Case report. *Head & Face Medicine*, 8 (1), 1-4.
- Morett, L. E., & Morales, M. R. (2013). Características clínicas del síndrome de Eagle. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18 (3), 264-270.
- Piemonte, J. L. L., Mello, J. M., & Bepalhok, D. N. (2014). Morfometria do processo estilóide relacionado a Síndrome de Eagle: revisão de literatura. *Revista UNINGÁ*, 42 (1), 85-92.
- Sampaio, T. R. C., et al (2021). Eagle Syndrome with surgical removal of the calcified styloid process: A clinical case report. *Research, Society and Development*, 10 (8), e1610817096.
- Sá, A. C. D., et al (2004). Alongamento do processo estilóide (síndrome de Eagle): relato de dois casos. *Radiol Bras*, 37 (5), 385-387.
- Silva, J. M. G., et al (2020). Elongated styloid process in a dry human skull and its relation to the Eagle's Syndrome: case report and biometrical assessment. *Research, Society and Development*, 9 (9), e961998374.
- Souza, M. P., et al (2020). Importance of anatomical knowledge in Eagle Syndrome: report on dry skulls. *Research, Society and Development*, 9 (11), e149119488.
- Tiago, R. S. L., et al (2002). Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68 (1), 196-201.
- Verbel, B. J., et al (2014). Application of the cone beam computed tomography in the diagnosis of Eagle syndrome. *Avances en odontoestomatología*, 30 (6), 315-323.