



PREVALÊNCIA DO ALONGAMENTO DO PROCESSO ESTILOIDE EM PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DA UNICESUMAR – ESTUDO RETROSPECTIVO

Ingrid Bruna de Menezes Rabelo¹, Ariela Lucia Menezes Aguiar², Carolina Ferrairo Danieletto Zanna³

¹Acadêmica do Curso de Odontologia, Campus Maringá-PR, Universidade Cesumar - UNICESUMAR. Bolsista PIBIC/ICETI- UniCesumar. ingridbrunademenezesrabelo@gmail.com

²Acadêmica do Curso de Odontologia, Campus Maringá-PR, Universidade Cesumar - UNICESUMAR. arimenezesaguiar@gmail.com

³Orientadora, Mestre, Docente no Curso de Odontologia, UNICESUMAR. Carolina.danieletto@unicesumar.edu.br

RESUMO

A Síndrome de Eagle não é rara e tem sua etiologia nas alterações morfológicas que ocorrem no complexo estilo-hioideo, sendo comum o alongamento do processo estiloide e a calcificação do ligamento estilo-hioideo e acompanhada de sintomatologia dolorosa uni ou bilateralmente, como dor cervical, trismo, disfagia, cefaleia, otalgia e sensação de “corpo estranho” na região do pescoço. O objetivo do presente estudo é analisar a prevalência de pacientes portadores de alongamento do processo estiloide nos atendimentos odontológicos da Clínica de Odontologia da UniCesumar. Foram analisadas radiografias panorâmicas armazenadas na Clínica de Radiologia da UniCesumar nos anos de 2019 e 2020. Através do uso de régua digital foi realizada mensuração do comprimento dos processos estilóides, aqueles que apresentaram 30 mm ou mais foram considerados alongados. Os dados coletados foram armazenados em tabela no Excel e analisados de forma descritiva. Dentre 160 radiografias panorâmicas analisadas, 29 apresentaram processo estilóide alongado, sendo encontrado unilateral em 16 e bilateralmente em 13. Conclui-se que a prevalência do alongamento do processo estiloide nos pacientes em atendimento odontológico na clínica da UniCesumar entre os anos de 2019 e 2020 foi de 18%.

PALAVRAS-CHAVE: Anatomia; Cervicalgia; Radiografia Panorâmica.

1 INTRODUÇÃO

O complexo estilo-hioideo, derivado do mesênquima do segundo arco braquial ou cartilagem de Reichert, é composto pela apófise estiloide, ligamento estilo-hioideo e o corno menor do osso hioide (GUZZO *et al.*, 2006). O processo estiloide é uma estrutura óssea tênue e pontiaguda projetada para baixo e para frente da face inferior do osso temporal, situado entre as artérias carótida interna e externa (BARROS; LINS, 2010), posterior a parede da faringe, na região da fossa palatina e inserção de 3 músculos: estiloglossos (sensibilizado pelo nervo hipoglossos), estilohióideo (nervo facial) e estilofaríngeo (nervo glossofaríngeo) (LEITE *et al.*, 1988), dando origem aos ligamentos estilomandibular e estilo-hioideo (GUZZO *et al.*, 2006).

Eventualmente é comum que alterações morfológicas e estruturais ocorram no complexo estilo-hioideo, sendo mais recorrente o alongamento do processo estiloide do osso temporal e a calcificação do ligamento estilo-hioideo, apresentando quadro sintomatológico (OLIVEIRA; MASSUCATO, 2009). O alongamento pode ocorrer por processo de ossificação do ligamento estilohioideo ou por crescimento da apófise decorrente de fatores como o trauma, que podem desencadear a osteogênese (TIAGO *et al.*, 2002). O comprimento médio do processo estiloide é de 25 mm, sendo considerado alongado quando sua medida excede a 30 mm (LEITE *et al.*, 1988).

Segundo Oliveira e Massucato (2009), a Síndrome de Eagle foi descrita pela primeira vez por W. W. Eagle, no ano de 1937, responsável por reportar vários casos de processos estiloides alongados e sua associação com sintomatologias dolorosas em região cérvico-faríngea, visto que esse alongamento causa compressão de nervos cranianos do pescoço.



De acordo com Reyes-Castillo e Moisés-Hernandez (2021), Eagle propôs que uma causa secundária para o alongamento do processo estiloide eram as cicatrizações traumáticas e a hiperplasia relacionadas a uma amigdalectomia prévia. Os autores afirmam que atualmente acredita-se que a conversão embrionária mesenquimal à matriz osteóide, alterações osteoartríticas e doenças relacionadas ao cálcio e fosfato contribuam para o surgimento da SE. Estimou também que a frequência da SE era de 4 a 8 a cada 10.000 pessoas, sendo apresentada sintomatologia dolorosa de 4 a 10,3% dos portadores da síndrome.

Os autores Reyes-Castillo e Moisés-Hernandez (2021) afirmam que a síndrome é facilmente confundida com transtornos funcionais da articulação temporomandibular, neuralgia glossofaríngea inespecífica e neuralgia do nervo occipital, retardando assim o tratamento adequado dos portadores da Síndrome de Eagle. Portanto, para o diagnóstico diferencial da Síndrome de Eagle e de outras disfunções craniomandibulares é vital o conhecimento da anatomia e fisiologia das articulações temporomandibulares e estruturas adjacentes, incluindo a parte óssea, muscular, ligamentar e o disco articular (GUIMARÃES *et al.* 2006), tal como considerar a má oclusão bucal, neuralgia dos pares V e IX, artrite temporomandibular, faringoamigdalite crônica, arterite temporal, divertículo esofágico e tumores de pescoço (SARTORI; PRIETO, 2019).

Dentre os sintomas da SE podem ser encontrados dor cervical e dor ao movimentar a cabeça, dores de cabeça e no ouvido, dor durante a deglutição e sensação de “corpo estranho” na garganta (GUIMARÃES *et al.* 2006) trismo e zumbido uni ou bilateralmente (BARROS; LINS, 2010). O diagnóstico é dado por meio de exame físico (palpação na região do processo estiloide) confirmado através do exame radiográfico para avaliar o comprimento do alongamento. (OLIVEIRA; MASSUCATO, 2009). O tratamento varia de acordo com os sintomas e a compressão vascular BEDINI *et al.*, 2021). Podendo ser conservador, com o auxílio de esteroides, anticoagulantes ou drogas anestésicas; ou cirúrgico, com a remoção cirúrgica ou tratamento endovascular com “Stent” (FARINA *et al.*, 2021).

O objetivo do presente estudo é analisar a prevalência de pacientes portadores de alongamento do processo estiloide nos atendimentos odontológicos da Clínica de Odontologia da UniCesumar.

2 MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, observacional, retrospectivo, de natureza descritiva e analítica, realizado através da análise de radiografias panorâmicas armazenadas no banco de dados da Clínica de Radiologia da UniCesumar. Foram incluídas radiografias panorâmicas realizadas nos últimos 05 (cinco) anos e exames com distorções ou de pacientes com até 12 anos foram excluídos.

O processo estiloide foi considerado alongado quando apresentou tamanho ≥ 30 mm. A mensuração foi realizada utilizando ferramenta automática do Software Cliniview 11.5.3 (Kavo™), levou em consideração a base do crânio até o ápice do prolongamento (parte mais inferior) e foi analisado apresentava-se alongado uni ou bilateralmente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com 160 radiografias panorâmicas, sendo 44 do ano de 2019 e 116 do ano de 2020, de ambos os sexos, pertencentes aos arquivos da Clínica de Radiologia da Unicesumar.



Dentre as radiografias analisadas até o momento, 29 (18%) apresentaram alongamento do processo estilóide. Sendo que, 13 (45%) pacientes apresentaram alongamento bilateral e 16 (55%) unilateral, predominando o lado esquerdo.

Ao analisar o sexo dos pacientes, 15 (52%) eram do sexo masculino e 14 (48%) do sexo feminino, com idade média de 40 anos (Tabela 1).

Tabela 1- Média de idade e intervalo dos pacientes com alteração

Com alteração	Média de Idade	40
Com Alteração	Frequência	
	Absoluta	Percentual (%)
Idade 21 a 50	20	69
Idade 51 a 95	9	31
Total	29	100

Fonte: Dados da Pesquisa

O estudo apresentou limitações como a imprecisão na determinação da base do processo estilóide devido a sobreposição de imagem em algumas radiografias panorâmicas e a dificuldade de observar a calcificação do processo estilóide em radiografias de pacientes jovens e adolescentes.

Constatou-se que o alongamento do processo estilóide se desenvolve de maneira particular em cada indivíduo, independente do sexo e da idade (Goldstein e Scopp, 1973) (Aral, Karaca e GÜNGÖR, 1997). Acredita-se que, se o paciente com alongamento do processo estilóide também apresentar sintomas de dor e incômodo na região, será necessária a intervenção multidisciplinar de radiologistas, otorrinolaringologistas, cirurgiões-dentistas, neurologistas, ortopedistas, fisioterapeutas e outras especialidades de acordo com a particularidade do paciente. É importante o olhar clínico e imaginológico do cirurgião-dentista frente a pacientes com alongamento do processo estilóide, visto que este sinal associado à sintomatologia dolorosa, leva a um possível diagnóstico de Síndrome de Eagle.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a prevalência do alongamento do processo estilóide nos pacientes em atendimento odontológico na clínica da UniCesumar entre os anos de 2019 e 2020 foi de 18%. Sendo que, 13 (45%) radiografias apresentaram alongamento bilateral e 16 (55%) unilateral, predominando o lado esquerdo.

REFERÊNCIAS

ARAL, I. L, KARACA, I., GÜNGÖR, N. Eagle's syndrome masquerading as pain of dental origin. Case report. **Australian Dental Journal**, v. 42, n. 1, p. 18-19, 1997.

BARROS, E. L. D., LINS, C. C. S., Considerações anátomo-clínicas da Síndrome de Eagle. **Int J Dent**, v. 9 (2), p. 90-92, abr/jun 2010.



BEDINI, I., et al., Resección transoral de la apófisis estiloides por síndrome de Eagle. Caso clínico. **Rev Hosp Ital B.Aires**, v. 41, n. 3, p. 119-122, set 2021.

FARINA, R. et al., Stylo-jugular venous compression syndrome: lessons based on a case report. **Am J Case Rep**, v. 22, ago 2021.

GUIMARÃES, S. M. R., et al., Prevalência de alteração morfológica do processo estilóide em pacientes com desordem temporomandibular. **Radiol Bras**, v. 39 (6), p. 407-411, dez 2006.

GUZZO, F. A. V., et al., Síndrome de Eagle: relato de caso. **Rev Para Med**, v. 20, n. 4, Belém, dez 2006.

GOLDSTEIN, G. R., SCOPP, I. W. Radiographic interpretation of calcified stylomandibular and stylohyoid ligaments. **The Jour of Prosth Dent**, v. 30, n.3, p. 330-334, 1973.

LEITE, H. F., et al., Prevalência do processo estilóide alongado em crânios humanos. **Rev Odont UNESP**, v. 17 (1/2), p. 145-151, São Paulo, 1988.

OLIVEIRA, A. C. M., MASSUCATO, E. M. S., Síndrome de Eagle – prevalência do alongamento do processo estilóide e calcificação do ligamento estilo-hioideo. **Rev Faculd Odontologia**, v. 14, n. 3, p. 222-226, set/dez 2009.

REYES-CASTILLO, K. M., MOISÉS-HERNÁNDEZ, J. F., Síndrome de Eagle tratado por médio de um abordaje transoral: reporte de caso. **Cir Cir**, v. 89, n. 2, p. 41-44, 2021.

SARTORI, P., PRIETO, J., Síndrome de Eagle. **Rev Argent Radiol**, v. 83, n. 2, p. 65-67, 2019.

TIAGO, R. S. L., et al. Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. **Rev bras Otorrinolaringol**, v. 68, n. 2, p. 196-201, mar/abr 2002.