

SÍNDROME DE EAGLE: CORRELAÇÕES ANATÔMICAS E REPERCUSSÕES CLÍNICAS NO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA DAS DORES OROFACIAIS

Fábio Júnior de Abreu Reis¹
Isabela das Graças Martins Bicalho¹
Livia Caroline Gomes Rodrigues¹
Moisés Stoffel de Andrade¹
Nívia Aparecida Lages Borges Mesquita¹
Adriano Carlos Soares²

professoradrianosoares@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

A Síndrome de Eagle é uma condição clínica rara associada ao alongamento do processo estilóide ou à ossificação do ligamento estilo-hióideo, podendo desencadear sintomas como dor orofacial, disfagia e cefaleia. Apesar de sua baixa prevalência, apresenta grande relevância clínica, uma vez que frequentemente é subdiagnosticada, sendo confundida com outras causas de dor facial. O presente estudo tem como objetivo descrever os principais aspectos relacionados à síndrome, incluindo etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. Trata-se de uma revisão descritiva baseada na literatura científica disponível. Os resultados evidenciam que a sintomatologia está diretamente relacionada à compressão de estruturas neurovasculares adjacentes, podendo variar desde quadros leves até manifestações mais graves, como eventos isquêmicos. O diagnóstico baseia-se na correlação entre achados clínicos e exames de imagem, especialmente a tomografia computadorizada. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, sendo a intervenção cirúrgica indicada em casos refratários. Conclui-se que o reconhecimento precoce da Síndrome de Eagle é fundamental para evitar diagnósticos equivocados e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: síndrome; dor facial; anatomia; diagnóstico; apófises.

1 INTRODUÇÃO

Conforme Guzzo *et al.*, (2006), a Síndrome de Eagle corresponde a um conjunto de manifestações clínicas na região faríngea e cervical, geralmente

¹ Alunos do Curso de Odontologia integrantes da Liga Acadêmica de Dor Orofacial e Patologias Orais da Univértix - (LADOPOU)

² Farmacêutico Bioquímico (UFOP); Doutor em Bioquímica Aplicada (Biotecnologia) (UFV); Mestre em Ciências Naturais e da Saúde (UNEC); Especialista em Docência do Ensino Superior (UCAM, RJ); Especialista em Implante (FACSETE/Ipatinga); Especialista em Prótese (FACSETE/Ipatinga); Professor dos cursos de Farmácia, Psicologia, Enfermagem, Biomedicina, Medicina e Odontologia do Centro Universitário Vértice – UNIVÉRTIX.

relacionadas ao alongamento da apófise estilóide ou à calcificação do ligamento estilo-hióideo. A apófise estilóide consiste em uma projeção óssea cilíndrica, com cerca de 2,5 cm, que se origina na porção timpânica do osso temporal, posicionando-se ântero-medialmente ao processo mastóide. Localiza-se entre as artérias carótidas interna e externa e serve como ponto de inserção para os músculos estilohióideo, estiloglosso e estilofaríngeo. Além disso, dá origem aos ligamentos estilomandibular e estilo-hióideo, sendo este último contínuo até o corno menor do osso hióide.

O autor esclarece que do ponto de vista anatômico, medialmente à apófise encontram-se os nervos cranianos glossofaríngeo, vago e acessório, enquanto o nervo facial emerge lateralmente pelo forame estilomastóideo, atravessando a glândula parótida. O chamado complexo estilo-hióideo, é formado pela apófise estilóide, o ligamento estilo-hióideo e o corno menor do osso hióide sendo derivado do mesênquima do segundo arco branquial, também conhecido como cartilagem de Reichert (Guzzo *et al.*, 2006).

Sob esse viés, para nortear a maneira pela qual o conhecimento anatômico e clínico sindrômico pode contribuir na conduta frente a dores orofaciais a presente revisão sistemática de literatura busca identificar a existência de tal patologia, a qual possui relação direta com dores recorrentes na região faríngea, cefaleia, otalgia, odontalgia, além de dor cervical, facial, lingual e ao longo das artérias carótidas interna e externa. Atrelado a isso, em episódios de dor intensa, podem surgir manifestações como alterações visuais, vertigem e síncope. Outros sinais frequentemente relatados são disfagia em diferentes graus, odinofagia, disfonia, sialorreia, hipoacusia, limitação dos movimentos cervicais, sensação de corpo estranho na orofaringe e trismo, sendo justificável e de grande valia o conhecimento da síndrome em trabalhos como esse para análise dos exames complementares e diagnóstico diferencial de alterações craniofaciais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo Guimarães *et al.*, (2025), a dor facial é uma condição clínica bastante comum e de origem variada, podendo inclusive ser o único sintoma de diferentes doenças que acometem estruturas cranianas. Na prática odontológica e médica,

identificar sua causa, definir os exames necessários e estabelecer o tratamento adequado representa um desafio.

Acerca disso, o autor menciona que a chamada dor facial “pura” ocorre sem sinais neurológicos associados e pode estar relacionada a diversas condições, como rinossinusites, disfunções da articulação temporomandibular, alterações na cavidade oral e nas glândulas salivares, dor referida ou ainda dor facial persistente idiopática. Desse modo, destacam-se também síndromes raras, de etiologia multifatorial, que se manifestam com dor orofacial, como a Síndrome de Eagle, a qual deve ser considerada no diagnóstico diferencial. Portanto, apesar de pouco comum, possui relevância clínica significativa, uma vez que frequentemente é negligenciada, fazendo com que o paciente percorra um longo e incerto caminho até alcançar um diagnóstico preciso. Ademais, a etiologia da Síndrome de Eagle ainda é discutida na literatura, sendo considerada multifatorial, envolvendo fatores como traumas cirúrgicos, processos inflamatórios crônicos e alterações metabólicas que contribuem para o crescimento anormal do processo estilóide (Eagle, 1937; Gokce *et al.*, 2008).

Ainda em consonância com Guimarães *et al.*, (2025), a síndrome está associada a um conjunto de sintomas decorrentes do alongamento do processo estilóide ou da mineralização parcial ou total do ligamento estilo-hióideo. Embora não exista consenso absoluto, considera-se como parâmetro de normalidade um comprimento máximo de 3 cm para o processo. Essa alteração anatômica foi inicialmente descrita por Pietro Marchetti, em 1652, na cidade de Pádua, sendo posteriormente reconhecida como síndrome por Watt Eagle, em 1937. Nos anos seguintes, Eagle propôs a subdivisão em duas formas clínicas distintas. Dessa forma, a fisiopatologia da síndrome está relacionada à compressão ou irritação de estruturas neurovasculares adjacentes ao processo estilóide alongado, especialmente nervos cranianos e vasos sanguíneos, o que explica a diversidade de manifestações clínicas observadas (Pagano *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, o autor define a forma clássica da síndrome, caracterizada por dor faríngea persistente, geralmente unilateral, que pode irradiar para a orelha ipsilateral. Eagle atribuiu esses sintomas à presença de tecido cicatricial próximo ao processo estilóide após procedimentos como a amigdalectomia. Já a variante vascular

não está relacionada às cirurgias prévias, mas sim ao contato do processo estilóide alongado com a artéria carótida interna extracraniana, podendo ocasionar compressão ou até dissecação arterial, resultando em quadros de isquemia ou hemorragia. Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que cerca de 4% da população apresente alongamento do processo estilóide; entretanto, apenas uma pequena parcela desenvolve sintomas, evidenciando o caráter subdiagnosticado da síndrome (Eagle, 1937).

Conforme Dua e Mohseni (2023), são descritos dois padrões clínicos distintos: a forma clássica da Síndrome de Eagle, geralmente relacionada a antecedentes de trauma faríngeo ou procedimentos como a amigdalectomia, e a variante estilocarotídea (vascular), na qual o contato com a artéria carótida e a irritação simpática perivascular podem provocar dor ao longo de sua distribuição e, em situações pouco frequentes, levar a complicações de caráter isquêmico. Assim, o processo diagnóstico exige uma anamnese detalhada, exame físico direcionado com palpação da fossa amigdalina e confirmação por meio de exames de imagem, especialmente a tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional, que possibilita mensuração, análise da angulação e adequado planejamento cirúrgico quando há indicação.

De acordo com Pagano *et al.*, (2023), a sintomatologia pode ser dividida em duas categorias principais, de acordo com o envolvimento de estruturas neurais ou vasculares. A odinofagia, a dor facial e cervical, a cefaleia e a disfagia geralmente decorrem da compressão de nervos cervicais pelo processo estilóide alongado. Já na forma vascular da síndrome de Eagle, ocorre o comprometimento de vasos sanguíneos, podendo provocar compressão significativa. Péus *et al.* (2018) descreve em seus estudos os primeiros casos de paralisia facial periférica decorrente de inflamação e compressão do nervo facial decorrente do alongamento e espessamento do processo estilóide. Esse mecanismo pode resultar em dissecação da artéria carótida ou em episódios de isquemia nos territórios irrigados pela artéria carótida interna ou pela artéria cerebral média. No que se refere ao diagnóstico, este baseia-se na associação entre anamnese, exame físico e exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada considerada o método de escolha para confirmação, devido à sua

precisão na avaliação do processo estilóide e estruturas adjacentes (Sharifi e Kouhi, 2023).

O reconhecimento precoce é fundamental para evitar atrasos na instituição do tratamento, sendo o diagnóstico baseado na associação entre exame físico, sintomas clínicos e exames de imagem, com destaque para a tomografia computadorizada, considerada o padrão-ouro por possibilitar a avaliação detalhada da anatomia do processo estilóide. Além disso, variações anatômicas das estruturas neurovasculares adjacentes desempenham papel importante na fisiopatologia da síndrome, devendo ser consideradas durante a investigação clínica. A escolha terapêutica depende da gravidade dos sintomas e do grau de alongamento do processo estilóide, podendo envolver tratamento conservador ou cirúrgico, sendo este último frequentemente indicado nos casos sintomáticos persistentes e associado a bom prognóstico, com melhora significativa dos sintomas e baixa taxa de recorrência (Sharifi; Kouhi, 2023; Shereen *et al.*, 2019).

3 METODOLOGIA

A revisão bibliográfica constitui uma etapa essencial que sustenta toda pesquisa científica, envolvendo levantamento, seleção e organização de informações teóricas já publicadas (Amaral, 2007). Nessa lógica, ao reunir estudos relacionados e analisar as metodologias utilizadas, esta revisão possibilita a construção de textos sob uma ótica histórica, abrangendo tanto o cenário nacional quanto o internacional. Tal abordagem demanda um conhecimento aprofundado, considerado essencial para o avanço das investigações na área em questão. Para tanto, o presente trabalho configura-se como uma revisão narrativa, de caráter qualitativo, voltada para a existência da Síndrome de Eagle e sua consideração no diagnóstico de dores orofaciais, que por vezes fica subentendida ou subtratada.

Como etapa metodológica, realizaram-se buscas, nas bases PubMed, Google Scholar, Revista Brasileira de Odontologia, Minha Biblioteca (biblioteca digital do Centro Universitário Vértice) e SciELO, de artigos publicados no período entre 2006 e 2025, nos idiomas inglês e português e disponíveis na íntegra para consulta com descritores: síndrome; dor facial; anatomia; diagnóstico; apófises. Como critério de

elegibilidade, selecionaram-se 9 conteúdos publicados nos últimos 19 anos e que atendiam ao eixo temático. Como critério de exclusão, retiraram-se estudos não correlatos ao tema, duplicidade e artigos com metodologia inconclusiva.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do ponto de vista epidemiológico, para Guimarães *et al.*, (2025), a síndrome apresenta dados controversos. Estima-se que cerca de 4% da população possua alongamento do processo estilóide, mas apenas uma pequena parcela manifesta sintomas clínicos. A maioria dos casos apresenta alongamento bilateral, embora os sintomas tendam a se manifestar de forma unilateral. Situações em que há alongamento bilateral acompanhado de sintomas também bilaterais são consideradas raras. Além disso, observa-se discreta predominância em mulheres.

No que diz respeito às opções terapêuticas, Pagano *et al.*, (2023), reitera que pacientes com a forma clássica da síndrome podem ser manejados de maneira conservadora, utilizando analgésicos, corticoides ou infiltrações anestésicas locais. Entretanto, em situações mais complexas, especialmente quando há complicações neurológicas ou vasculares, a intervenção cirúrgica torna-se a abordagem preferencial. O procedimento indicado é a estiloidectomia, que pode ser realizado por via transoral ou transcervical, sendo a abordagem técnica determinada pela experiência e preferência do cirurgião. Montevecchi *et al.*, (2019) destacam que a cirurgia robótica transoral (TORS) representa uma alternativa às abordagens cirúrgicas convencionais, oferecendo melhor visualização do campo operatório, melhor manipulação das estruturas neurovasculares e menor risco de complicação, sendo especialmente vantajosa em casos bilaterais. Como a associação entre dissecção da artéria carótida e processo estilóide alongado é rara, ainda não existem protocolos específicos que definam o tratamento ideal nesses casos.

Para Sharifi e Kouhi (2023), a constatação precoce dessa condição rara é fundamental para evitar atrasos na escolha do tratamento clínico ou cirúrgico. Como não há um consenso universal sobre o comprimento considerado normal do processo estilóide, costuma-se confirmar o diagnóstico quando ele ultrapassa um terço do tamanho do ramo mandibular, associado a sinais e sintomas característicos. Para o

manejo, existem alternativas tanto farmacológicas quanto cirúrgicas, que podem ser indicadas conforme o quadro clínico do paciente.

Os estudos analisados demonstram consenso quanto à classificação clínica da Síndrome de Eagle em duas apresentações principais: a forma clássica e a variante estilocarotídea. Enquanto Eagle (1937) relaciona a forma clássica à presença de tecido cicatricial após amigdalectomia, Dua e Mohseni (2023) ampliam essa compreensão ao destacar que a variante vascular decorre do contato do processo estilóide alongado com a artéria carótida, podendo ocasionar desde dor irradiada até complicações isquêmicas de maior gravidade. Esses achados evidenciam que a manifestação clínica da síndrome depende não apenas do alongamento do processo estilóide, mas também de sua relação anatômica com as estruturas adjacentes.

Além disso, observa-se concordância entre os autores quanto à importância do diagnóstico preciso. Embora o alongamento do processo estilóide esteja presente em parcela considerável da população, apenas uma pequena porcentagem desenvolve sintomas, o que contribui para o subdiagnóstico da síndrome. Nesse contexto, a associação entre anamnese detalhada, exame físico direcionado e tomografia computadorizada com reconstrução tridimensional constitui a estratégia mais eficaz para confirmação diagnóstica e planejamento terapêutico, reduzindo a possibilidade de diagnósticos equivocados e favorecendo a indicação adequada do tratamento.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos entre 2006 e 2025 incluídos na presente revisão de literatura.

Autor	Ano	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados	Dados estatísticos coletados	Concordância com o tema do estudo
Amaral	2007	Apresentar orientações para realização de pesquisa bibliográfica.	Manual metodológico	Descreve etapas para busca, seleção e análise de referências científicas.	Não se aplica.	Sim. Fundamenta a metodologia da revisão de literatura.
Dua e Mohseni	2023	Revisar aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento da	Revisão narrativa	Descreve a forma clássica e vascular, critérios diagnósticos, exames de	Relata que cerca de 4% da população apresenta alongament	Sim. Constitui uma das principais bases teóricas sobre

		Síndrome de Eagle.		imagem e o do etiologia, diagnóstico e tratamento.
			opções terapêuticas.	processo estilóide, porém apenas pequena parcela é sintomática.
Guzzo et al.,	2006	Relatar um caso clínico de Síndrome de Eagle.	Relato de caso	Demonstra melhora clínica após diagnóstico e tratamento cirúrgico, destacando a importância do diagnóstico diferencial. Não apresenta análise estatística. Sim. Evidencia aspectos clínicos e terapêuticos da síndrome.
Guimarães et al.,	2025	Relatar caso de Síndrome de Eagle como diagnóstico diferencial de dor facial.	Relato de caso	Ressalta a necessidade de incluir a síndrome entre os diagnósticos diferenciais de dor orofacial e reforça o papel da tomografia computadorizada. Não apresenta análise estatística. Sim. Reforça a abordagem diagnóstica discutida na revisão.
Montevecthi et al.,	2019	Avaliar o uso da cirurgia robótica transoral no tratamento da Síndrome de Eagle bilateral.	Relato de caso	A técnica mostrou-se segura e eficaz, com boa recuperação pós-operatória. Não apresenta análise estatística devido ao delineamento do estudo. Sim. Complementa as alternativas de tratamento cirúrgico.
Pagano et al.,	2023	Atualizar os conhecimentos sobre etiologia, diagnóstico e manejo da Síndrome de Eagle.	Revisão de literatura	Reúne evidências sobre fisiopatologia, manifestações clínicas, exames de imagem e modalidades terapêuticas. Confirma baixa frequência de casos sintomáticos entre indivíduos com processo estilóide alongado, sem meta-análise quantitativa. Sim. Revisão abrangente diretamente relacionada ao tema.
Péus et al.,	2018	Relatar caso de paralisia facial recorrente	Relato de caso	Demonstra manifestação clínica incomum da síndrome e Não apresenta análise estatística. Sim. Amplia o conhecimento sobre

			associada ao processo estilóide alongado.		melhora após intervenção terapêutica.		apresentações atípicas da síndrome.
Sharifi e Kouhi	2023	Revisar estratégias de manejo da Síndrome de Eagle.	Revisão narrativa		Discute tratamento conservador e cirúrgico, enfatizando a individualização da conduta.	Não apresenta dados estatísticos próprios.	Sim. Contribui para a discussão das opções terapêuticas.
Shereen et al.,	2019	Revisar a neuralgia glossofaríngea a pediátrica.	Revisão de literatura		Aborda etiologias da neuralgia glossofaríngea, incluindo a Síndrome de Eagle como possível causa secundária.	Não apresenta análise estatística específica sobre Síndrome de Eagle.	Parcialmente. Contribui para compreender um diagnóstico diferencial e uma manifestação associada à síndrome.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base em Amaral (2007), Dua e Mohseni (2023), Guzzo *et al.* (2006), Guimarães *et al.* (2025), Montevecchi *et al.* (2019), Pagano *et al.* (2023), Péus *et al.* (2018), Sharifi e Kouhi (2023) e Shereen *et al.* (2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mecanismo fisiopatológico da Síndrome de Eagle é determinado pelo apertamento de estruturas anatômicas neurovasculares ao redor de uma apófise estilóide alongada, na suspeita do diagnóstico clínico e radiográfico o padrão ouro de exame complementar é a tomografia computadorizada do crânio.

Na forma clássica da síndrome (neural), a compressão dos nervos provoca dor na região craniofacial e cervical, podendo também irritar o plexo simpático próximo à artéria carótida interna, o que pode levar a episódios de vertigem e até síncope. Já a forma vascular ocorre quando o processo estilóide alongado pressiona diretamente a carótida interna extracraniana, podendo resultar em ataques isquêmicos transitórios (AIT), acidente vascular cerebral (AVC) e, em alguns casos raros, dissecação arterial com sangramento oral.

Por fim, cabe a importância de trazer à tona a existência da síndrome, que embora rara pode levar a interpretações errôneas e tratamentos ineficazes para dores orofaciais e cervicais pelo desconhecimento de tal patologia.

REFERÊNCIAS

AMARAL, João J. F. **Como fazer uma pesquisa bibliográfica**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Materno Infantil, 2007. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C5_Como_fazer_pesquisa_bibliografica.pdf. Acesso em: 04 abr. 2026.

DUA, Anterpreet; MOHSENI, Michael. **Eagle Syndrome**. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Faculdade de Medicina da Geórgia, 2023. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430789>>. Acesso em: 28 jun. 2026.

EAGLE, Watt W. **Elongated styloid process**: report of two cases. Archives of Otolaryngology, v. 25, n. 5, p. 584-587, 1937. DOI: 10.1001/archotol.1937.00650010656008.

GUZZO, Fernando Augusto do Vale; MACEDO, José Acúrcio Gomes Cavalleiro de; BARROS, Renata Silva; ALMEIDA, Dhiego Chaves de. **Síndrome de Eagle**: relato de caso. Revista Paraense de Medicina, Belém, v. 20, n. 4, p. 49-54, dez. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400009>. Acesso em: 4 abr. 2026.

GUIMARÃES, Pedro Figueiredo; ANDRADE, Bianca de Figueiredo Moreira; GUIMARÃES, Natalia Silveira Ferreira Figueiredo; MANSUR, Guilherme; SOUSA, Lucas Silva; DUTRA, Sâmela Carvalho Ramos; BASTOS, Francisco Antônio Dias de Azeredo; BASTOS, Fernando Dias de Azeredo; LOPES, Dionisio de Figueiredo. **Síndrome de Eagle (SE) como diagnóstico diferencial de dor facial**: relato de caso. RevistaFT, Ciências da Saúde, v. 29, n. 143, fev. 2025. DOI: 10.69849/revistaft/ma102402041955. Disponível em: <<https://revistaft.com.br/sindrome-de-eagle-se-como-diagnostico-diferencial-de-dor-facial-relato-de-caso>>. Acesso em: 4 abr. 2026.

MONTEVECCHI, F.; CARANTI, A.; CAMMAROTO, G.; MECCARIELLO, G.; VICINI, C. **Cirurgia robótica transoral (TORS) para síndrome de Eagle bilateral**. ORL Journal for Oto-Rhino-Laryngology and Its Related Specialties, v. 81, n. 1, p. 36-40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000493736> Acesso em: 30 jun. 2026.

PAGANO, Serena; RICCIUTI, Vittorio; MANCINI, Fabrizio; BARBIERI, Francesca Romana; CHEGAI, Fabrizio; MARINI, Alessandra; MARRUZZO, Daniele; PARACINO, Riccardo; RICCIUTI, Riccardo Antonio. **Eagle's syndrome: an updated review**. Cureus, [S. l.], v. 15, n. 11, p. e38053694, nov. 2023. DOI: 10.7759/cureus.38053694. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10695462>>. Acesso em: 4 abr. 2026.

PÉUS, D.; KOLLIAS, S. S.; HUBER, A. M.; HUBER, G. F. **Paralisia facial periférica unilateral recorrente em paciente com processo estiloide aumentado**. Head & Neck, v. 41, n. 3, p. E34-E37, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hed.25384>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SHARIFI, Alireza; KOUHI, Ali. **Manejo da síndrome de Eagle**. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, v. 31, n. 4, p. 276-280, ago. 2023. DOI: 10.1097/MOO.0000000000000903. Disponível em: <https://journals.lww.com/otolaryngology/abstract/2023/08000/management_of_eagle_syndrome.13.aspx>. Acesso em: 30 jun. 2026.

SHEREEN, R.; GARDNER, B.; ALTAFULLA, J.; SIMONDS, E.; IWANAGA, J.; LITVACK, Z.; LOUKAS, M.; TUBBS, R. S. **Neuralgia glossofaríngea pediátrica: uma revisão abrangente**. Child's Nervous System, v. 35, n. 3, p. 395-402, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00381-018-3995-3>>. Acesso em: 30 jun. 2026.