

Síndrome de Eagle: do diagnóstico ao tratamento

Pedro Abecasis ^{1,2*}, Carlos Zagalo ¹

¹ Escola de Saúde e Ciência Egas Moniz, Lisboa, Portugal.

² Universidade Internacional da Catalunha, Barcelona, Espanha.

* Correspondência: pedroabecasis@hotmail.com.

Resumo: Não aplicável.

Palavras-chave: Síndrome de Eagle; Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico; Dor.

Citação: Abecasis P, Zagalo C. Síndrome de Eagle: do diagnóstico ao tratamento. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr27.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr27>

Recebido: 19 Setembro 2024

Aceito: 11 Outubro 2024

Publicado: 14 Outubro 2024



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

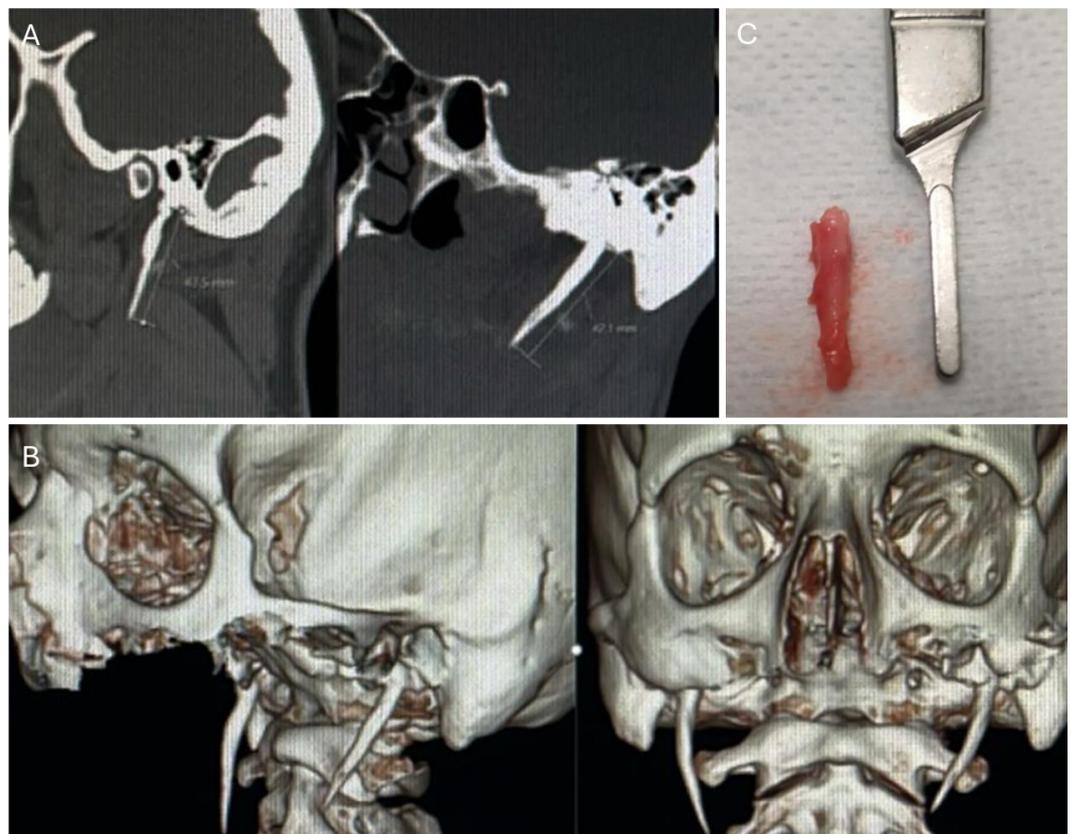


Figura 1: A. TCFC mostrando um aumento no tamanho das apófises estilóides. B. Reconstrução 3D de TCFC das mega apófises estilóides. C. Apófise estilóide removida cirurgicamente.

A imagem clínica retrata um caso de 2024 da Síndrome de Eagle, diagnosticada por tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC). As apófises estilóides alongadas, medindo aproximadamente 4,3 cm bilateralmente, são claramente visíveis na varredura da TCFC (Figura 1A e 1B). O paciente apresentava dor de garganta recorrente, dor no pescoço e disfagia, sendo inicialmente diagnosticado de forma equivocada, apesar de ter

realizado uma biópsia e múltiplos exames. A TCFC forneceu a evidência crucial para confirmar o diagnóstico, mostrando o alongamento significativo de ambas as apófises estilóides, uma característica marcante da Síndrome de Eagle. Este achado levou à realização de uma estiloidectomia e amigdalectomia no lado esquerdo (Figura 1B), que aliviou com sucesso os sintomas do paciente.

Após esse diagnóstico, foram realizadas a amigdalectomia e estiloidectomia no lado esquerdo (que apresentava sintomas e era palpável) para eliminar os sintomas do paciente (Figura 1C). Esta imagem clínica demonstra vividamente a importância da TCFC no diagnóstico da Síndrome de Eagle, especialmente em casos em que modalidades de imagem padrão falham. O alongamento distinto do processo estilóide, conforme visualizado neste caso, serve como uma característica diagnóstica chave que os clínicos e radiologistas devem reconhecer ao encontrar sintomas semelhantes [1-5].

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o estudo foi aprovado pelo representante legal da criança, que assinou um termo de consentimento informado, e o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Não se aplica.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Bafaqeeh SA. Eagle syndrome: classic and carotid artery types. *J Otolaryngol.* 2000;29(2):88–94.
2. Chrcanovic BR, Custódio ALN, de Oliveira DRF. An intraoral surgical approach to the styloid process in Eagle's syndrome. *Oral Maxillofac Surg.* 2009;13(3):145–151. <https://doi.org/10.1007/s10006-009-0164-6>.
3. Fini G, Gasparini G, Filippini F, Becelli R, Marcotullio D. The long styloid process syndrome or Eagle's syndrome. *J Cranio-Maxillofac Surg.* 2000;28(2):123–127. <https://doi.org/10.1054/jcms.2000.0128>.
4. Fonseca HB, Costa SM da, Jamil LC. Eagle syndrome: a case report. *Rev Bras Cir Plást (RBCP) – Braz J Plast Surg.* 2019;34(2):287–290. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2019RBCP0147>.
5. Keur JJ, Campbell JPS, McCarthy JF, Ralph WJ. The clinical significance of the elongated styloid process. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1986;61(4):399–404. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(86\)90426-3](https://doi.org/10.1016/0030-4220(86)90426-3).