

# Migrâneas e Cefaléias

Publicação da SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALÉIA

ANO III

Nº 1

SETEMBRO 1996

## EDITORIAL

Migrâneas e Cefaléias é o veículo de comunicação entre os membros da Sociedade Brasileira de Cefaléia. Estamos enviando mais um número. É o primeiro fascículo elaborado pela nova diretoria da Sociedade. Procuraremos oferecer em cada fascículo o seguinte conteúdo básico:

- 1. Revisão didática:** Nesta edição "Síndrome de Eagle", escrita pelo colega Dr. Lineu Domingos Miziara, de Uberaba.
- 2. Resumo de livro ou tese:** Neste número publicaremos o resumo da Dissertação de Mestrado do colega Dr. Jano Alves de Souza que fez o curso de Pós-graduação na Universidade Federal Fluminense orientado pelo Prof. Dr. Pedro Ferreira Moreira Filho.
- 3. Resumos de artigos:** Teremos seis resumos gentilmente elaborados pelos Drs. Carlos Alberto Bordini, Ana Luiza de Lima Antoniazzi, José Geraldo Speciali e Lineu D. Miziara.
- 4. Correspondências:** Pensamos que esta sessão dinamizará nossa publicação. Gostaríamos de receber grande número de correspondência para serem publicadas. Esperamos sugestões para os Artigos de Revisão, podemos elaborá-los de acordo com a necessidade dos colegas. Receberemos as críticas e conselhos com espírito aberto e, na medida do possível, servirão de orientação para os futuros fascículos
- 5. Outros:** Colocaremos neste item, informações gerais de nossa Sociedade e notícias sobre congressos, revistas, publicações, etc. que possam interessar aos estudiosos do tema Cefaléia.

Agradecemos antecipadamente a colaboração de todos. Enviem-nos resumos de artigos, teses, livros, notícias gerais, revisões didáticas e, na medida do possível nós a publicaremos.

Vamos fazer Migrâneas e Cefaléias juntos.

Até breve

## ARTIGO DE REVISÃO DIDÁTICA

### SÍNDROME DE EAGLE

Dr. Lineu Domingos Miziara

A síndrome de Eagle é uma entidade rara, caracterizada por dor contínua ou intermitente, "surda", às vezes lancinante, geralmente unilateral, acometendo a garganta, língua, face, pescoço, ombro, irradiando-se para o ouvido e a mastóide. Frequentemente, ocorrem desconfortos e parestesias na boca e sensação de corpo estranho na garganta, o que pode facilmente levar ao diagnóstico errôneo de neurose. A dor também pode se localizar no olho, região temporal e parietal do crânio, articulação têmporo-mandibular, ou mesmo na face, abaixo do nível do olho. Os sintomas agravam-se com a rotação da cabeça, deglutição, bocejo, abertura da boca, com o ato de discursar longamente e até o de cantar. Hipoacusia, sensação de plenitude no ouvido do lado da dor são relatados. O paciente pode referir gosto amargo e salivação. São descritos tonturas, tinitus e amaurose fugaz.

Ao exame físico, a palpação da fossa tonsilar, entre os pilares amigdalianos anterior e posterior, pode revelar o processo estilóide aumentado, e imediatamente reproduz a dor. Esta também pode ser causada ao se pressionar um ponto localizado entre a mastóide e o ramo ascendente da mandíbula. Sopro intra-craniano pode ser identificado.

A radiografia simples do crânio pode revelar comprimento anormal do processo estilóide, contribuindo para o estabelecimento do diagnóstico (Fig. 1).

Há, todavia controvérsias sobre os limites normais desse

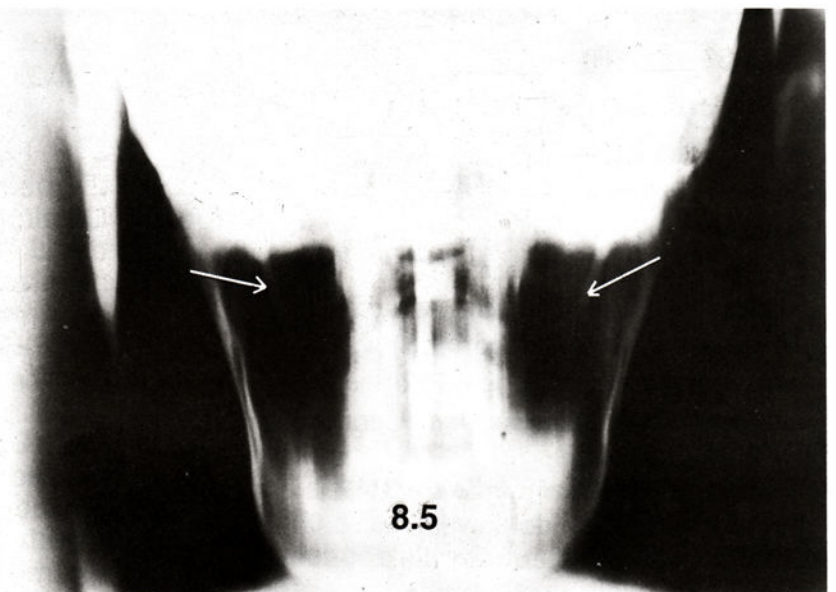


Figura 1: Radiografia (planigrafia) mostrando processo estilóide alongado bilateralmente, em paciente com Síndrome de Eagle unilateral. Estudos radiológicos postulam um processo estilóide normal de até 2,5 cm enquanto outros consideram-no alongado acima de 4. Acredita-se que os sintomas sejam decorrentes desse comprimento excessivo ou da calcificação do ligamento estilo-hióideo.

Muitas pessoas - segundo Eagle, 4% da população normal - têm processo estilóide longo e assintomático. Outras têm a síndrome com o processo de comprimento normal. Eagle especulava que o processo estilóide alongado ou mesmo anormalmente curvo, levaria à compressão da artéria carótida interna ou externa. Na primeira situação, justificam-se as dores no olho, região parietal e temporal do crânio, perdas visuais transitórias, tonturas e tinitus; na segunda, a

compressão da carótida externa, causaria dores abaixo do nível do olho. As dores se explicariam pela compressão da luz do vaso ou pelo acometimento do plexo simpático da parede vascular. Não se dispõem, entretanto, de dados definitivos mostrando que as dores são devidas à compressão vascular.

A íntima relação do nervo glossofaríngeo com o processo estilóide torna inevitável imaginar que a compressão do primeiro leva à dor irradiada ao ouvido. A salivação e o gosto salgado decorrem provavelmente do envolvimento da corda do tímpano.

Ainda são desconhecidas as causas responsáveis pelo crescimento do processo estilo-hióideo. Muitos pacientes revelam antecedentes de tonsilectomia, tonsilite, faringite, fratura do processo estilóide. Eagle acreditava que a tonsilectomia ocasionaria a formação de tecido fibrótico ao redor do processo estilóide, envolvendo o V, VII, IX e X nervos cranianos. Grande número de pacientes, entretanto, submetidos à tonsilectomia, jamais apresentaram a síndrome.

Inúmeras outras foram propostas:

- a) a síndrome de Eagle seria um traço autossômico recessivo.
- b) o arco de Reichert (que dá origem embrionária ao complexo estilo-hióideo) conteria unidades mesenquimais que provocariam ossificação;
- c) traumas no período fetal causariam metaplasia e ossificação do arco de Reichert;
- d) haveria uma tendinite reativa nas inserções do músculo estilo-hióideo, causando calcificação e ossificação. Essa tendinite decorreria de irritação crônica ou mesmo cirurgia;

e) a calcificação do ligamento estilo-hióideo seria uma alteração reumática.

O diagnóstico diferencial da síndrome de Eagle deve ser feito com neuralgia do glossofaríngeo, neuralgia do laríngeo superior, neuralgia do intermédio, carotidinia, alterações da articulação têmporo-mandibular, cefaléia cervicogênica e migrânea.

O tratamento pode ser realizado através de infiltração local de prednisolona e anestésico ou cirurgia.

#### **Bibliografia**

Bruyn, G.W.: *Stylohyoid syndrome (Eagle)*. In: *Handbook of Clinical Neurology*, vol 4 (48): *Headache*. Editado por F. Clifford Rose. Elsevier Science Publishers B.V., 1986.

Montalbetti, L.; Ferrandi, D.; Pergani, P.; Levoldi, F.: *Elongated styloid process and Eagle's syndrome*. *Cephalalgia*, 1995; 15:80-93.

## **RESUMO DE TESE**

### **CEFALÉIA PÓS-TRAUMÁTICA CRÔNICA EM TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS LEVES**

Dissertação de Mestrado de:

**JANO ALVES DE SOUZA**

Orientador:

**Prof. Dr. PEDRO FERREIRA MOREIRA FILHO**  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (1995)

Foram analisados os aspectos clínicos de 27 pacientes atendidos no Ambulatório de Cefaléia do Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense, com cefaléia pós-traumáticas crônica (CPTc) decorrente de traumatismos crânio-encefálicos (TCE) leves. A casuística estudada constituiu-se de 14 mulheres e 13 homens, com idade variando entre 16 e 64 anos e média de 30.2 anos.

Os critérios diagnósticos para TCE leves utilizados foram: 1) perda da consciência igual ou menor do que 30 minutos; 2) resultado na Escala de Coma de Glasgow entre 13 e 15; 3) exame neurológico normal; 4) ausência de fraturas de crânio com afundamento; 5) ausência de lesões intracranianas na tomografia axial computadorizada de crânio, para os pacientes que apresentaram perda da consciência.

Onze pacientes (40.7%) apresentaram perda da consciência. Outros onze (40.7%) mantiveram-se vigis durante todo o período pós-traumático, porém, manifestaram obnubilação. Os cinco restantes (18,6%) não tiveram perda da consciência, obnubilação ou amnésia pós-traumática.

Quanto ao mecanismo principal do TCE, em 81,5% (22 pacientes) este foi do tipo em que a cabeça, com seus movimentos livres, é submetida

## **Diretoria da Sociedade Brasileira de Cefaléia**

### **Biênio 96-97**

**Presidente:** Carlos Alberto Bordini

**Secretário:** Marco Antonio Arruda

**Tesoureiro:** Marcelo Cedrinho Ciciarelli

**Assessor Científico:** Edgard Raffaelli Jr.

**Assessor de Divulgação:** José Geraldo Speciali.

### **Redatores de Migrâneas e Cefaléias**

Prof. Dr. José Geraldo Speciali

Prof. Dr. Carlos Alberto Bordini

### **Correspondências**

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Setor Neurologia

Av. Bandeirantes, 3900

CEP: 14049-900 - Ribeirão Preto -SP (Brasil)

Fone/Fax: (016) 633-0866

e-mail: brheadache@netsite.com.br

### **Delegados para Norte e Nordeste**

José Martonio Ferreira Almeida

José Lucio Oliveira Dantas