

# Dor miofascial ou síndrome de Eagle? A importância do diagnóstico diferencial

*Myofascial pain or Eagle's syndrome? The importance of the differential diagnosis*

Rejane Maria Schommer Hatje\*

Liliane Pinto Vidor\*\*

Daniela Disconzi Seitenfus\*\*\*

Karine Wagner Butzke\*\*\*\*

Karen Dantur Batista Chaves\*\*\*\*\*

## Resumo

A síndrome do processo estiloide alongado ou síndrome de Eagle e a dor miofascial fazem parte das disfunções craniomandibulares. Vários relatos de casos clínicos encontrados na literatura enfatizam as anormalidades do complexo estiloideo associadas a vários sintomas, como dor muscular, tender points, trigger points, que confundem o diagnóstico ou associam esses sintomas a outras enfermidades. Nesse sentido, é importante a obtenção de um diagnóstico preciso, em virtude de sintomatologia confundente. Este artigo relata um caso de dor miofascial no qual a paciente se apresentava com dor em região de cabeça e pescoço com o processo estiloide alongado em torno de 78 mm (observado em radiografia panorâmica). O diagnóstico final foi obtido por meio de exame clínico investigatório associado a imagens.

*Palavras-chave:* Síndrome da disfunção da articulação temporomandibular. Dor facial. Anormalidades do sistema estomatognático. Diagnóstico diferencial. Dor orofacial.

## Introdução

### *Síndrome do processo estiloide alongado*

A síndrome do processo estiloide alongado, também conhecida como “síndrome de Eagle”, é uma enfermidade de desenvolvimento e/ou de calcificação óssea ou ligamentar, podendo, eventualmente, causar compressão das estruturas adjacentes e, dessa forma, apresentar sintomatologias como disfagia, odinofagia, dor facial, otalgia, cefaleia, zumbido e trismo<sup>1-3</sup>, além de dor em região cervicofaríngea e dor facial recorrente<sup>4,5</sup>. Pode ser confundida com dor temporomandibular, pois induz tipicamente a sensação persistente de dor referida para a região articular, com limitação de movimentos do pescoço. A síndrome de Eagle também é descrita como presença de dor contínua na faringe, com piora durante a deglutição, associada à otalgia reflexa ipsilateral do processo estiloide alongado, aumento de salivagem e sensação de corpo estranho na faringe (“espinha de peixe”)<sup>1,6,7</sup>.

\* Especialista em DTM e Dor Orofacial – Abors. Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial – Abors.

\*\* Cirurgiã-dentista, aluna do curso de mestrado em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da UFRGS.

\*\*\* Especialista em DTM e Dor Orofacial pela Abors, aluna do curso de mestrado em Prótese Dentária pela PUCRS.

\*\*\*\* Especialista em DTM e Dor Orofacial pela Abors, mestre em Clínica Odontológica/Radiologia pela UFRGS.

\*\*\*\*\* Doutora em Fisiopatologia Experimental pela USP, mestre em Patologia Bucal pela UFRGS, especialista em DTM e Dor Orofacial – CFO, especialista em Biologia Celular pela Unifesp.

## *Anatomia do processo estiloide*

O processo estiloide é descrito como uma projeção óssea alongada, cilíndrica e pontiaguda, que se origina anteromedialmente ao processo mastoideo. Seu comprimento varia de 20 a 30 mm, podendo, em alguns casos, chegar a 105 mm. É uma estrutura que serve como ponto de origem (inserção) para os músculos estilo-hioideo, estiloglosso e estilofaríngeo<sup>8</sup>. O ligamento estilomandibular, que se origina no processo estiloide, insere-se no ramo ascendente da mandíbula, próximo ao ângulo, na sua face medial, separando as glândulas parótida e submandibular. Já o ligamento estilo-hioideo, que também se origina no processo estiloide, descreve um trajeto para baixo e para frente, inserindo-se no osso hioide, sendo de grande importância no estudo da síndrome de Eagle, pois sua calcificação é também representada como um alongamento do processo estiloide<sup>9</sup>.

O processo estiloide é normalmente ossificado entre os cinco e os oito anos de idade. A articulação deste com o osso temporal permanece cartilaginosa até a idade adulta, admitindo-se seu alongamento com o passar dos anos<sup>10</sup>.

### *Sintomas*

A síndrome de Eagle pode estar presente após a exposição cirúrgica do processo estiloide<sup>11</sup>. A dor faríngea, teoricamente, é causada pela compressão das fibras nervosas do V, VII, X e XI pares cranianos na fase de cicatrização ou durante a cirurgia de tonsilectomia; é extremamente raro o aparecimento desses sintomas quando as tonsilas não são removidas<sup>2,12</sup>.

Em virtude de localização anatômica do processo estiloide, entre as artérias carótidas interna e externa, a ossificação do ligamento estilo-hioideo pode acarretar desvios destas<sup>2,6,7,11,13</sup>. O paciente, então, pode referir dor nas regiões de irrigação da artéria carótida externa, ou seja, no crânio, face e pescoço. Pode haver também queixa de dor junto à distribuição da artéria oftálmica, com o escurecimento da visão, vertigens e dores de grande intensidade, principalmente em zonas supridas por esse vaso. Em alguns casos podem ocorrer irritações das fibras nervosas simpáticas que suprem as paredes da artéria carótida<sup>2,6,7,11,13</sup>.

No exame físico podem estar presentes hipermia e espessamento do pilar anterior da tonsila do lado afetado. Na palpação da loja tonsilar nota-se uma projeção com consistência endurecida, pontiaguda, podendo ser uni ou bilateral, com aumento da intensidade da dor. Esta geralmente é de longa duração<sup>2,13</sup>, associada a dor cervical alta no lado afetado, com irradiação para orelha (tipo pontada) e disfagia leve<sup>13,14</sup>. Os sintomas são desencadeados ou agravados durante a deglutição e, às vezes, durante a abertura da boca, na mastigação, na protrusão da língua, na rotação da cabeça ou com o

falar prolongado<sup>2,15,16</sup>. A dor cervicofacial pode se irradiar para a ATM (articulação temporomandibular) ou lábio superior<sup>17</sup>. Em razão do desconforto, pode haver desvio lateral da mandíbula nos movimentos de abertura e fechamento com limitação de abertura<sup>18</sup>. Associa-se a sensação de corpo estranho na faringe<sup>15,16</sup> desconforto ou parestesia na cavidade bucal, choques e/ou queimor na hemilíngua ipsilateral e alterações da voz<sup>15</sup>.

### *Diagnóstico*

O diagnóstico da síndrome do processo estiloide alongado pode ser confirmado clinicamente pela palpação cuidadosa da fossa tonsilar com a boca semiaberta, seguindo-se o plano oclusal até a fossa tonsilar com o dedo; uma firme estrutura nessa área irá provocar dor no local onde ela se reflete: olhos, ouvidos, cabeça ou outro local<sup>6,7,19</sup>. Quando de tamanho normal, o processo estiloide não pode ser identificado por este procedimento<sup>2,5,11</sup>, devendo ser associado a sinais radiográficos sugestivos<sup>5,13,14,20</sup>. A angiografia é bem indicada para diagnóstico e visualização das estruturas adjacentes quando se suspeita de compressão da artéria carótida, cuidando-se sempre para realizar o diagnóstico diferencial de DTM (disfunção temporomandibular)<sup>19</sup>.

### *Exames indicados*

A radiografia panorâmica fornece importantes informações que confirmam o aumento do processo estiloide e a calcificação do ligamento estilo-hioideo<sup>2,6,7,10,12-14,16,18,20,21</sup>. Este aumento, quando atinge mais de um terço do comprimento do ramo da mandíbula, é considerado patológico<sup>18</sup>. Entretanto, a panorâmica pode ter um valor de diagnóstico limitado<sup>21</sup>. A tomografia computadorizada (TC) é considerada o método mais seguro para esta avaliação, pois permite medir precisamente o comprimento do processo estiloide e avaliar a ossificação do ligamento<sup>2,14</sup>. Porém, em virtude do alto custo da TC, a radiografia panorâmica permanece sendo exame de eleição.

### *Epidemiologia*

A ossificação do ligamento estilo-hioideo ou o crescimento do processo estiloide do osso temporal não é rara, podendo estar presente em cerca de 4% a 28% da população<sup>7,19</sup>. Observa-se uma ocorrência maior na população melanoderma do que na leucoderma, em apenas 4% dos processos estiloides alongados apresentando sintomas positivos<sup>7,19</sup>. Além disso, aproximadamente 50% dos casos apresentam uma tendência a ocorrerem bilateralmente<sup>22</sup>.

### *Tratamento*

O tratamento cirúrgico para pacientes que apresentam o processo estiloide alongado com sintomas compatíveis com a síndrome de Eagle é a melhor forma de conduzir estes casos<sup>9,11,16,23,24</sup>.

Souza et al.<sup>25</sup> (1996) e Albuquerque Junior et al.<sup>20</sup> (2003) chamam atenção para as DTMs associadas à síndrome de Eagle, em que estresse, ansiedade e depressão são fatores importantes no agravamento dos sintomas, afetando a qualidade de vida do indivíduo. Ressaltam que, antes de se realizar um tratamento invasivo como o cirúrgico para a remoção do processo estilóide, deve ser colocada uma placa interoclusal para diferenciar a sintomatologia causada por problemas de DTM da sintomatologia da síndrome de Eagle.

### **Síndrome dolorosa miofascial**

Trata-se de uma condição clínica caracterizada pela dor crônica, sendo uma das causas mais comuns de dor musculoesquelética<sup>26</sup>. Apresenta pontos de gatilho localizados nos músculos, inserções tendinosas e fâscias, podendo ser confundida com outras afecções.

A síndrome miofascial é uma disfunção regional proveniente de pontos de gatilho (pontos hipersensíveis ou *trigger points*) localizados nos músculos, inserções tendinosas e fâscias; pode manifestar efeitos de sensibilização central ou hiperexcitabilidade, possibilitando que a dor seja referida a estruturas normais. Impulsos da dor profunda tendem a provocar dores referidas, hiperalgesia secundária, efeitos autônomos localizados e cocontração muscular secundária<sup>27</sup>.

### **Epidemiologia**

A prevalência da síndrome dolorosa miofascial apresenta grande variabilidade na população. De acordo com Simons et al.<sup>26</sup> (2005), isso se deve à diferença no treinamento e grau de habilidade dos avaliadores para detectar os pontos de gatilho e bandas de tensão nos músculos. Além disso, o grau de cronicidade e a presença de afecções associadas ou de doenças de base<sup>27</sup> podem interferir na diferença dos achados. Estudos sugerem que as mulheres são mais acometidas que os homens e, de maneira semelhante, observa-se que os indivíduos com faixas etárias mais ativas possuem pontos de gatilho ativos com maior frequência do que aqueles com as idades mais avançadas. Durante o envelhecimento há redução das atividades, predomínio da presença de pontos de gatilho latentes e limitação da amplitude de movimento, com consequente diminuição da síndrome dolorosa miofascial<sup>27</sup>.

### **Etiologia**

As causas mais comuns de síndrome dolorosa miofascial são traumatismos, microtraumatismos repetitivos, sobrecargas agudas, descondição físico, acidentes automobilísticos (“efeito chicote” com comprometimento da região cervical ou lombar) e estresse emocional. Além disso, a literatura apresenta como fatores predisponentes assimetria dos membros inferiores, malformação da pelve (hemipelve), posturas inadequadas, imobilismo pro-

longado, anormalidades nutricionais (deficiências vitamínicas ou de sais minerais, ou dietas inadequadas), endócrinas (deficiência de estrógeno, hipotireoidismo), reumatológicas (artrites e artralguas), bem como infecções crônicas virais ou bacterianas e infestações parasitárias<sup>27</sup>.

### **Diagnóstico**

O diagnóstico depende exclusivamente da anamnese e do exame físico. O exame físico baseia-se na identificação dos pontos de gatilho, bandas de tensão muscular e reprodução da dor. Dessa forma, para que se possam detectar os pontos de gatilho, é importante destacar o treinamento e a habilidade do examinador, respeitando-se os critérios para estabelecimento dos referidos pontos e o grau de cronicidade apresentado pelo paciente.

Os pontos de gatilho miofasciais, quanto à situação, podem estar: ativos, caracterizados por presença de dor espontânea, disfunção motora (rigidez e amplitude de movimento restrita), reconhecimento do local pelo paciente, quando digitalmente comprimido e produção de efeito excitatório central; ou latentes (mais comum), caracterizados por ausência de dor espontânea, mas presença de dor referida, percepção do paciente quando é aplicada pressão sobre ele, disfunção motora, além de tensão muscular aumentada.

A ativação de pontos de gatilho latentes pode ser de duas formas: direta, gerando sobrecarga aguda, fadiga por excesso de trabalho, trauma por impacto direto e/ou radiculopatia; ou indireta, causada por outros pontos de gatilho existentes, doenças virais, articulações artríticas, disfunções articulares e angústia emocional<sup>27</sup>.

Segundo Lin et al.<sup>27</sup> (2001), quanto à localização, os pontos de gatilho miofasciais podem ser responsáveis pela ativação de um ou mais pontos de gatilho satélites, sendo reconhecidos clinicamente quando a inativação também inativa pontos de gatilho satélites; ou satélites, caracterizados por um ponto de gatilho central – agrupamento de locais eletricamente ativos que estão associados com um nódulo contrátil e uma disfunção de placa motora terminal no músculo esquelético.

O ponto de gatilho é uma fonte constante de dor profunda, podendo produzir efeitos excitatórios centrais. As seguintes disfunções podem estar, então, relacionadas com a dor miofascial: dor referida, distúrbios das funções autonômicas (lacrimagem ou secreção nos olhos, coriza persistente, salivação excessiva), e/ou motoras (espasmos musculares, perda da coordenação motora), hiperalgesia secundária, que ocorre em resposta a um estímulo, além de distúrbios proprioceptivos, como tontura e zumbido. Salienta-se que os efeitos excitatórios centrais na região trigeminal raramente cruzam a linha média<sup>26,28</sup>.

## Tratamento

A avaliação deve ser completa, com uma boa anamnese questionando sobre fatores de melhora e de agravamento da dor, fatores psicossociais e alterações no padrão de sono. Os portadores da síndrome normalmente devem ser tratados de forma abrangente por equipes multidisciplinares.

A localização dos pontos de gatilho miofasciais e o padrão de referência de dor são indispensáveis para um correto diagnóstico. O tratamento muitas vezes requer uma abordagem medicamentosa com o uso de analgésicos (AINE), relaxantes musculares de ação central ou antidepressivos tricíclicos. Quando necessário, pode-se tratar com placa oclusal tipo Michigan para diminuir microtraumatismos sobre a musculatura. Adicionalmente, pode ser necessário encaminhar o paciente para tratamento psiquiátrico<sup>26,27</sup>.

O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso de dor miofascial no qual a paciente “apresentava” com dor em região de cabeça e pescoço, mostrando o processo estiloide alongado em torno de 78 mm.

## Relato do caso clínico

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 34 anos de idade, procurou o serviço de atendimento da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS) relatando dores fortes na face, bilateralmente, na região dos músculos masseter e temporal, que haviam iniciado há aproximadamente um mês. Previamente, havia sido atendida num serviço médico, onde foi administrado Voltaren® 75 mg/1 mL IM, (Novartis, Ag, Basileia, Suíça / distribuído pela Novartis Biociências S/A), ocorrendo alívio imediato. A paciente ainda fazia uso de paracetamol 500 mg, dois comprimidos, quando apresentava dor.

Ao exame clínico observou-se dor bilateral à palpação do masseter, referida para o músculo temporal (*trigger point*) e ângulo posterior da mandíbula com maior intensidade, apresentando limitação, em razão da sensibilidade, no movimento lateral da cabeça. Notaram-se também desgastes dentários significativos (todos os dentes), com sensibilidade à água/ar. Esses desgastes eram ativos, pois a paciente realizava bruxismo, tanto diurno (cêntrico) quanto noturno (excêntrico), e possuía hábitos parafuncionais (roer unhas e morder lábios) desde a infância.

Foi solicitada radiografia panorâmica para diagnóstico diferencial de outras enfermidades, inclusive de síndrome de Eagle (pela dor no ângulo da mandíbula). Na primeira consulta prescreveu-se somente calor úmido (20min, uma vez ao dia), objetivando o relaxamento e a maior irrigação das fibras musculares. Não foi instituído tratamento medicamentoso, já que não havia diagnóstico de-

finitivo. Também se orientou a paciente para que evitasse os hábitos parafuncionais, bem como o bruxismo diurno.

Na segunda consulta, realizada após duas semanas, a paciente relatou alívio total dos sintomas. A radiografia panorâmica revelou a presença de alongamento do processo estiloide e/ou calcificação do ligamento estilo-hioideo (segmentado) do lado direito (Fig. 1). Na ausência de sintomatologia dolorosa concluiu-se que essa condição seria um mero achado anatômico, de forma que o diagnóstico definitivo foi de dor miofascial associada aos hábitos parafuncionais. Apesar de possuir alongamento do processo estiloide, a sintomatologia não foi compatível com a síndrome do processo estiloide alongado (síndrome de Eagle).



Figura 1 - Radiografia panorâmica parcial do lado direito ilustrando o processo estiloide alongado

Na consulta de acompanhamento, trinta dias após o início do tratamento houve completa remissão dos sintomas, corroborando o diagnóstico de dor miofascial.

A paciente em questão autorizou a publicação do caso por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

## Discussão

Conforme Okeson<sup>1</sup> (2003) afirmou, a sintomatologia da síndrome de Eagle manifesta-se como sensação de dor referida na região auricular e oftálmica, limitação do movimento do pescoço, podendo ocorrer desmaio ou síncope quando a cabeça é girada de um lado para o outro.

O processo estiloide alongado promoveria diminuição do calibre vascular e irritação do plexo simpático das fibras nervosas envoltas na artéria. Se a carótida externa fosse inadvertidamente submetida à pressão, a dor se propagaria ao longo das várias áreas supridas pela mesma; clinicamente, o paciente poderia apresentar aumento da dor ao giro da cabeça. Quando a carótida interna fosse submetida à

pressão, poderia promover quadro álgico por meio da distribuição da artéria oftálmica no lado comprometido ou cefaleia na área carotídea<sup>2,6,7,11-13</sup>.

A síndrome de Eagle pode ser confundida com DTM, neuralgia do trigêmeo, neuralgia do glossofaringeo e outras enfermidades. Assim, é de suma importância o diagnóstico diferencial, não se restringindo somente ao exame radiográfico panorâmico no qual o processo estiloide alongado está presente, evitando-se partir diretamente para um tratamento definitivo, a estiloidectomia<sup>19</sup>.

A variedade de afecções de cabeça e pescoço deve, no entanto, ser considerada para diagnóstico diferencial entre a síndrome do processo estiloide alongado e as dores orofaríngeas.

Souza et al.<sup>25</sup> (1996) e Albuquerque Junior et al.<sup>20</sup> (2003) chamam atenção para as DTM associadas à síndrome de Eagle, em que estresse, ansiedade e depressão são fatores importantes no agravamento dos sintomas, afetando a qualidade de vida do indivíduo. Os autores ressaltam que, antes de se realizar um tratamento invasivo como o cirúrgico para a remoção do processo estiloide, deve ser colocada uma placa interoclusal para diferenciar a sintomatologia causada por problemas de DTM da sintomatologia da síndrome de Eagle.

Neste relato de caso, porém, o diagnóstico foi de dor miofascial em virtude da total remissão dos sintomas, inclusive da restrição do movimento lateral da cabeça, apenas mediante utilização de analgésico e calor úmido local. Assim, a suspeita de síndrome de Eagle foi descartada e o tratamento realizado foi direcionado para a afecção muscular.

## Considerações finais

O presente relato mostra uma larga variedade de sintomatologias, em algumas situações dificultando o diagnóstico diferencial entre processo estiloide alongado e DTM. É importante lembrar que algumas situações são comuns às duas enfermidades, como, por exemplo, dor à palpação do ângulo posterior da mandíbula com maior intensidade e limitação graças a sensibilidade no movimento lateral da cabeça. A presença do processo estiloide alongado, associado a sintomatologia dolorosa na região mandibular posterior, não caracteriza a síndrome do processo estiloide alongado e muitas vezes pode ser somente um achado anatômico. Deve-se, portanto, tomar cuidado para que não ocorram falsos diagnósticos e tratamentos mal direcionados. Para isso, é imprescindível um exame completo e detalhado, de forma que seja possível a diferenciação de outras enfermidades orofaciais.

## Abstract

*Elongated styloid process or Eagle syndrome and miofascial pain syndrome are part of craniomandibular disorders. Various clinical case reports found in the literature emphasize the abnormalities of the styloid complex associated to various symptoms, such as muscular pain, tender points, trigger points, which may make the diagnosis confusing or associate these symptoms to other pathologies. This way, it is important to obtain an exact diagnosis because of the confounding symptomatology. This article reports a case of miofascial pain in which the patient presented pain in the head and neck region with an elongated styloid process of about 78 mm (observed in a panoramic radiography). The final diagnosis was obtained through an investigative clinical examination associated to images.*

*Key words: Temporomandibular joint dysfunction syndrome. Facial pain. Stomatognathic system abnormalities. Differential diagnosis. Orofacial pain.*

## Referências

- Okeson JP. Artralgias temporomandibulares, dores bucofaciais de Bell. 5. ed. São Paulo: Quintessence; 2003. p. 330.
- Babad MS. Eagle's syndrome caused by traumatic fracture of a mineralized stylohyoid - Literature review and a case report. *J Craniomandib Pract* 1995; 13(3):188-92.
- Glogoff MR, Baum SM, Cheifets I. Diagnosis and treatment of Eagle's syndrome. *J Oral Surgery* 1981; 39:941-4.
- Fini G, Gasparini G, Filippini F, Becelli R, Marcotullio D. The long styloid process syndrome or Eagle syndrome. *J Cranio-Maxillofac Surg* 2000; 28:123-7.
- De Sá ACD, Zardo M, Paes Junior AJO, Souza RP, Barros Neto F, Dreweck MO et al. Alongamento do processo Estiloide (síndrome de Eagle): relato de dois casos. *Radiol Bras* 2004; 37(5):385-7.
- Eagle WW, Durham NC. Elongated styloid processes: report of two cases. *Arch Otolaryng* 1937; 25:584-6.
- Eagle WW, Durham NC. Elongated styloid processes: Further observations and a new syndrome. *Arch Otolaryng* 1948; 47:630-40.
- Gonsalves ES, Filho HN, Alvares LC, Oliveiram CM, Stanghini V. Síndrome de Eagle: estudo radiográfico da incidência de processos estilóides alongados. *Salusvita* 2003; 22(1):15-24.
- Barros JJ, Rodi SM. Tratamento das disfunções crânio-mandibulares; ATM. São Paulo: Santos; 1995. p. 341-5.
- Teixeira MJ, Siqueira SRDT. Neuralgia do segmento facial. *JBA* 2003; 3(10):101-10.
- Watanabe PAC, Campos M, Pardini LC. Síndrome do processo estiloide alongado (Síndrome de Eagle). *APCD* 1998; 52(6):487-90.
- Baddour HM, Mcanear JT, Tilson HB. Eagle's syndrome. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978; 4(46):486-94.
- Ribas MO, Santos IMV, Costa NP. Síndrome de Eagle. *Rev Odonto Ciência* 1990; 5(10):26-35.
- Prasad KC, Kamath MP, Reddy KJM, Raju K, Agarwal S. Elongated styloid process (Eagle's syndrome): a clinical study. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60:171-5.
- Teixeira MJ, Yeng LT, Oliveira Jr. JO, Velasco O, Agner C, Shu EBS et al. Síndrome de Eagle. *Arq Bras Neurocirurg* 1994; 13(2):57-63.

16. Yetiser S, Gerek M, Ozkapatani Y. Elongated styloid process: problems related to symptomatology. *J Craniomandib Pract* 1997; 15(3):236-41.
17. Sobral APV, Freitas C, Gomes APN. Síndrome de Eagle: relato de caso. *Rev Cons Fed Odontol Pernambuco* 1999; 2(2):126-30.
18. Mendelsohn AH, Berke Gerald S, Chhetri DK. Heterogeneity in the clinical presentation of Eagle's syndrome. *Otolaryngology-head and neck surgery* 2006; 134(3):389-93.
19. Quereshy F, Gold ES, Arnold J, Powers MP. Eagle's syndrome in an 11 – year-old patient. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59:94-7.
20. Albuquerque Junior RF, Müller K, Hotta TH, Gonçalves M. Temporomandibular disorder or Eagle's syndrome? A clinical report. *J Prosthet Dent* 2003; 90:317-20.
21. Heitz C, Rocha JRM, Souza PHC, Costa NP. Mineralização atípica do complexo estilóide-relato de caso. *BCI* 1999; 6(3):31-7.
22. Guo B, Jaovisidha S, Sartoris DJ, Ryu KN, Berthiaume MJ, Clopton P et al. Correlation between ossification of the stylohyoid ligament and osteophytes of cervical spine. *J Rheumatol* 1997; 24(8):1575-81.
23. Tiago RSL, Marques Filho MF, Maia CAS, Santos OFS. Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2002; 68(2):196-201.
24. Moraes S, Nakonechnyj PCA. Síndrome de Eagle. Relato de um caso. *RBO* 1991; XLVIII(2):30-6.
25. Souza EA, Hotta TH, Bataglioni C. Association of a temporomandibular disorder and Eagle's syndrome: case report. *Braz Dent J* 1996; 7(1):53-8.
26. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Dor e disfunção miofascial. Manual dos pontos gatilhos. Volume I – Parte superior do corpo. 2. ed. São Paulo: Artes Medicas; 2005. p. 800.
27. Lin TY, Kaziyama HHS, Teixeira MJ. Síndrome dolorosa miofascial. *Rev Medicina* 2001; 80:94 -110.
28. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 500.

**Endereço para correspondência:**

Rejane Maria Schommer Hatje  
 Rua Teixeira de Freitas, 100, Bairro Santo Antonio  
 90640-220 Porto Alegre, RS, Brasil  
 Fones: (51) 3223-3471 ou (51) 9901-4714  
 E-mail: piter@cpovo.net

Recebido: 18/12/2008 Aceito: 29/06/2009