

# **SÍNDROME DE EAGLE COM DOR PSICOGÊNICA ASSOCIADA: UM RELATO DE CASO**

*EAGLE SYNDROME WITH PSYCHIC PAIN ASSOCIATED: CASE REPORT*

## **Autores:**

**Karla Falcão dos Santos – acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)**

**Marcos Vinício Dias Marchi – Cirurgião de Cabeça e Pescoço, chefe da divisão médica do Hospital Napoleão Laureano**

**Este trabalho foi desenvolvido no Hospital Memorial São Francisco, em João Pessoa-PB.**

## **Endereço para correspondência:**

**Rua Durval Ribeiro de Lima, s/n – Miramar**

**João Pessoa – PB CEP 58032-085**

**[karlinha.falcao@gmail.com](mailto:karlinha.falcao@gmail.com)**

**(83)9805-9852**

## **RESUMO**

Apesar de ter sido descrita em 1937, a síndrome de Eagle continua sendo pouco conhecida pela maioria dos clínicos. É definida pela presença de alongamento do processo estilóide e/ou ossificação do ligamento estilohióide associado a manifestações clínicas, que podem abranger um grande leque de sintomas como dor em cabeça e pescoço, sensação de corpo estranho na faringe e otalgia, dentre outros. O tratamento é principalmente cirúrgico por acesso intra ou extra-oral. Como o diagnóstico é, na maioria das vezes, feito tardiamente, há o desenvolvimento de dor crônica, gerando grande sofrimento para o paciente e frustração para o médico assistente. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de síndrome de Eagle há 12 anos e que apresentou recorrência do quadro álgico quando em exacerbação de transtorno depressivo, mesmo após ter sido submetida às duas abordagens cirúrgicas preconizadas para o tratamento da síndrome.

**DESCRITORES:** cefaléia, ossificação heterotópica, osso temporal.

## **ABSTRACT**

**Despite being described in 1937, Eagle syndrome remains poorly understood by most clinicians. It is defined by the presence of elongated styloid process and / or ossification of estilohióide ligament associated to a wide range of symptoms such as such as dysphagia, odynophagia, facial pain, otalgia, cephalea, tinnitus and trismus. The treatment is mainly surgical and can be done by internal or external approach. As the diagnosis is most often made lately, there is the development of chronic pain, causing great suffering to patient and frustration to physician. The objective of this study is to report the case of a patient diagnosed with Eagle's syndrome 12 years ago and had recurrence of pain when exacerbation of depressive disorder, even after having been subjected to the two surgical approaches advocated for the treatment of the syndrome.**

**KEY WORDS:** Eagle syndrome , [Elongated styloid process syndrome](#) , ossification.

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Eagle foi descrita em 1937 mas ainda é uma entidade patológica pouco conhecida entre os clínicos gerais. Devido à grande semelhança dos sintomas com outras patologias, passa despercebido por muitos profissionais, dificultando assim seu diagnóstico.

A etiologia não está bem definida, com diversas teorias propostas para justificar a ossificação do ligamento estilo-hióideo, apesar da maioria dos paciente não relatarem sintomas.

## REVISÃO DE LITERATURA

Em 1652, um cirurgião italiano chamado Pietro Marchetti descreveu pela primeira vez sintomas clínicos associados com alongamento do processo estilóide [1]. A síndrome de Eagle foi descrita apenas em 1937 pelo otorrinolaringologista alemão Watt Weems Eagle em pacientes submetidos a amigdalectomia[2]. Eagle descreveu uma coletânea de características clínicas comuns a cerca de 200 pacientes, cada um apresentando processo estilóide alongado, calcificação do ligamento estilo-hióide ou ambos[1].

Síndrome de Eagle é o termo dado ao alongamento sintomático do processo estilóide ou mineralização do ligamento estilohióideo ou estilomandibular. Eagle considerou que qualquer processo estilóide maior que 25 mm é alongado e geralmente responsável pela Síndrome de Eagle[3].

A prevalência de um processo estilóide alongado tem grande variabilidade na população. Eagle, em sua publicação original, relatou o processo estilóide alongado em 4% dos seus casos, sendo que apenas 4% destes apresentavam sintomas positivos [4].

O processo estilóide pode apresentar diversos comprimentos, larguras e formas, apresentando tamanho normal muito variável, com relatos de séries de estudos em cadáveres, cujos comprimentos variaram entre 1,52 cm e 4,77 cm. Nos estudos radiográficos, o processo estilóide é definido como normal quando menor do que 2,5 cm e estando alongado quando maior do que 4,0 cm, quando a ocorrência da síndrome de Eagle é bastante provável[4,5].

As causas do alongamento do processo estilóide não são bem definidas e várias teorias têm sido propostas [5,6]:

- o alongamento congênito decorrente da persistência de um folheto

embrionário cartilaginoso;

- a calcificação do ligamento estilo-hióideo, resultando na aparência de um processo estilóide alongado;
- formação de tecido ósseo na inserção do ligamento estilo-hióideo ;
- tentou-se, ainda, relacionar esta síndrome, sem evidência demonstrada, com tonsilectomia prévia, traumatismo cervicofaríngeo ou tendinite na união do ligamento estilohioideo com a borda menor do osso hióide.

Eagle originalmente descreveu duas síndromes distintas:

**Síndrome clássica:** geralmente se segue a uma amigdalectomia, inclui os sintomas que se assemelham a sensação de um corpo estranho alojado na faringe , com dor constante ou surda na região da faringe, lembrando uma “ferida” na garganta, e freqüentemente se irradia para o ouvido, com queixas de disfagia, e aumento da salivação. Trismo, movimentos mandibulares laterais excursivos limitados, e sensibilidade da loja amigdalina e retromandibular também são comuns[3]. Estridor inspiratório e expiratório é raro e normalmente só é visto em crianças quando a via aérea é já estreita [7]. Alterações do paladar é rara, mas tem sido relatada [1].

**Síndrome da artéria carótida:** não é dependente de cirurgia prévia de faringe, não está relacionada com efeito traumático ou com tonsilectomia, e tem como etiologia, irritações mecânicas e estimulações do plexo simpático das paredes das artérias carótidas interna e/ ou externa pela ponta do processo estilóide alongado ou do ligamento ossificado, gerando os sintomas. A dor se incia normalmente no pescoço e segue o território de irrigação das artérias carótidas. Se este envolvimento for com artéria carótida externa, a dor é referida as regiões infra orbital, temporal, auricular e occipital; podendo também apresentar-se durante o movimento de rotação da cabeça. Se a artéria carótida interna for envolvida repentinamente a dor será em toda a cabeça a partir da região oftálmica até a occipital [3,5,8].Tonturas, perda visual transitória, síncope, acidente vascular cerebral, dor de cabeça durante esforço, e até mesmo a morte súbita têm sido também descritos como conseqüência da compressão da artéria carótida interna [1].

Apesar do grande leque de sintomas que podem ser desencadeados pela pressão da apófise estilóide contra estruturas vizinhas , a maioria dos pacientes com alongamento do processo estilóide é assintomática [9].

O diagnóstico pode ser considerado naqueles pacientes que apresentam sintomas

compatíveis com a Síndrome de Eagle. A palpação digital da loja amigdaliana aumenta a dor relatada pelo paciente e confirma o diagnóstico. Durante a palpação o profissional irá identificar o processo alongado ou o ligamento ossificado devido a uma resistência firme e pontiaguda. Em pessoas normais, o processo não é palpável [3,7;10]

A avaliação radiológica fornece parâmetros mais objetivos e permite medir o tamanho da apófise estilóide(7) Atualmente a tomografia computadorizada tem sido muito utilizada com a finalidade de complementar o diagnóstico feito por exames radiográficos convencionais [10]

Devido à aparência variável e ao grau de ossificação do complexo estilohióide, LANGLAIS(1986) propôs a seguinte classificação radiográfica dos tipos de ossificação (Fig. 1):

-Tipo I ou alongado; caracterizado por uma contínua e íntegra mineralização do complexo.

-Tipo II ou pseudo-articulado; aparentemente o processo estilóide se articula com os ligamentos estilomandibular e estilohióide, por uma única pseudoarticulação.

-Tipo III ou segmentado; caracterizado pela falta de contigüidade de mineralização do processo ou do ligamento estilohióide.

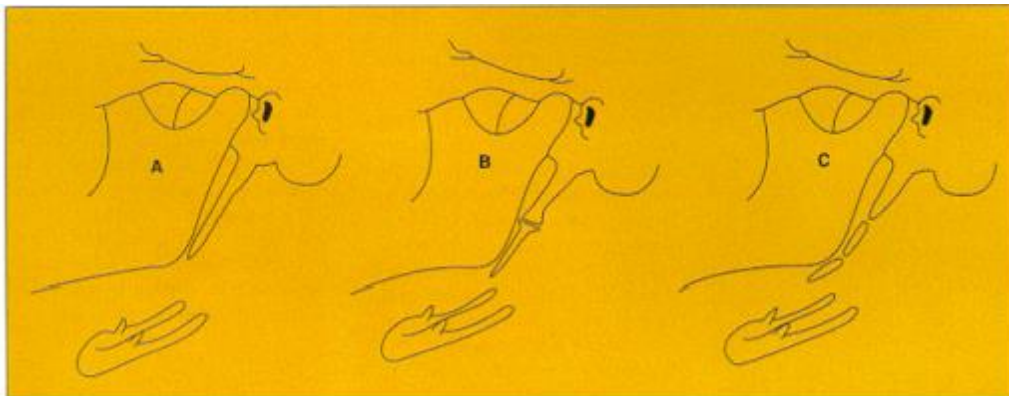


Figura 1 – Classificação dos tipos de processos estilóides alongados.

Fonte: LANGLAIS *et al.*

Na literatura são descritas as seguintes formas de tratar as síndrome de Eagle: infiltração de corticóide ou anestésico, ruptura manual do processo estilóide alongado por meio de manipulação transfaríngea ou o tratamento considerado mais efetivo que seria a ressecção cirúrgica do processo estilóide, que pode ser por acesso intraoralextra-oral [12, 13].

Algumas patologias como a disfunção da ATM, dor odontogênica (dentes retidos; geralmente terceiros molares e dentes mal-posicionados), disfunção esofagiana, otite, neoplasias benignas ou malignas na base da língua e na faringe, neuralgias diversas (como a do glossofaríngeo, trigeminal, laríngeo superior e gânglio genicular primário), próteses mal adaptadas, artrite temporal, faringotonsilite crônica, sialodenite mandibular ou sialolitíase, enxaquecas, síndrome da disfunção dolorosa da ATM (Miofascial) e alterações degenerativas da coluna cervical devem ser consideradas no diagnóstico diferencial [5,13].

A síndrome da disfunção dolorosa da ATM tem como etiologia: a ansiedade ou depressão, má oclusão ou espasmos musculares. Os sintomas relatados pelo paciente são dores nos músculos temporal, masseter, pterigóideo lateral, medial, esternocleidomastóideo e trapézio. Esses sintomas normalmente pioram no início do período diurno e no período noturno, com ocasionais estalidos e rigidez muscular[5]. Para diagnosticar a possibilidade de ser otite deve ser feita tração do pavilhão auricular para baixo e para fora, com dor em casos positivos[14]

Além dos já mencionados, devemos incluir também como diagnóstico diferencial a dor crônica psicogênica. O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) considera a dor como sendo crônica após seis meses de duração.

A dor crônica pode ainda ser classificada em três tipos: a) nociceptiva: resultante de distúrbios orgânicos que provocam alterações na função neuronal; b) neuropática: decorrente de lesões das vias nociceptivas, como dor do membro fantasma, por exemplo; c) psicogênica: causada predominantemente por fatores psicológicos. Dor abdominal, facial e cefaleia são exemplos típicos de dor cujas causas predominantes são variáveis psicológicas.[15]

Nos doentes com dor crônica a prevalência de depressão chega a variar entre 22 e 78%. Por outro lado, queixas dolorosas persistentes ocorrem entre 30 e 100% dos doentes deprimidos. [15]

A dor crônica pode originar-se de doenças estruturais ou funcionais, persistindo após a cura da lesão tecidual, inexistindo uma patologia orgânica responsável pela dor nesse período[16]. Ao contrário da dor aguda, não exerce papel de alerta para a presença de perigo ou doença subjacente, sendo causa de intenso sofrimento, ansiedade, estresse e incapacidade. Neste último caso, o fator causal pode já não estar mais atuante ou não ser passível de remoção. Nessas eventualidades, a dor deve ser tratada como um processo patológico distinto e não mais como um mero sintoma[15].

## **OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de síndrome de Eagle com persistência de quadro álgico mesmo após múltiplos tratamentos cirúrgicos, com provável dor de origem psicogênica.

## **METODOLOGIA**

Relato de caso clínico de uma paciente com síndrome de Eagle submetida a tratamento cirúrgico no Hospital Memorial São Francisco, em João Pessoa, em fevereiro de 2010. Os dados foram coletados através de revisão de prontuário e entrevistas com a paciente, após aprovação pelo Comitê de Ética local (CAAE 16069713.2.0000.5183 ). Trabalho realizado com financiamento próprio dos autores.

## **APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO:**

Paciente de 45 anos, sexo feminino, casada, professora, natural de Diamantes-PB e residente em João Pessoa-PB. Queixa principal de dor na nuca há 14 anos.

A paciente relatou que a dor era de grande intensidade, em forma de peso, associada a otalgia bilateral, mais intensa do lado esquerdo. Dor contínua, não incapacitante para atividade laborativa, que piora no decúbito dorsal e à movimentação cervical e sem melhora com analgésicos comuns. A paciente relatou ainda dor à movimentação da língua, dor nos ombros, dor ao abrir a boca (principalmente do lado esquerdo), dor em região temporal bilateral e occipital e dor à rotação da cabeça.

A paciente contou ter procurado vários serviços de atenção à saúde, incluindo clínica geral, odontologia, neurologia e otorrinolaringologia. Apenas em 2001, dois anos após o início dos sintomas, a paciente foi diagnosticada com Síndrome de Eagle pela primeira vez, através de exame de imagem e dor à palpação da loja amigdalina. Foi submetida no mesmo ano a cirurgia para exereses de parte do processo estilóide esquerdo, por via intra-oral, realizada por outra equipe médica. Nessa ocasião foi realizada também retirada de amígdalas. A paciente relatou melhora total dos sintomas após abordagem cirúrgica.

Em 2009, oito anos após o tratamento cirúrgico, os sintomas reapareceram, com maior intensidade do lado direito. O reaparecimento dos sintomas coincidiu com uma intensa crise de transtorno depressivo. A paciente foi então avaliada pelo serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, com solicitação de novos exames de imagem (Fig. 2 e 3). Em fevereiro de 2010, a paciente foi submetida a cirurgia extra-oral bilateral, realizada no



Hospital Memorial São Francisco, em João Pessoa -PB. Nessa abordagem, foram retirados 31 milímetros do lado direito e 23 milímetros do lado esquerdo. A paciente compareceu, após um mês, ao serviço de Cabeça e Pescoço para consulta de controle pós-operatório, relatando persistência de dor, que chegou a desaparecer completamente algumas semanas depois.

Aproximadamente um ano após a cirurgia extra-oral, no entanto, os sintomas reapareceram de forma menos intensa. Esse episódio coincidiu também com uma crise de transtorno depressivo. No contexto do reaparecimento dos sintomas, a paciente foi submetida a uma nova tomografia computadorizada de seios da face, evidenciando processos estilóides de extremidades rombas, medindo 17 mm à direita e 12 mm à esquerda.

A paciente nega uso de prótese dentária.

Antecedentes pessoais patológicos: transtorno de ansiedade (síndrome do pânico), transtorno depressivo (há oito anos). Em uso de Bupropiona e Clonazepam.

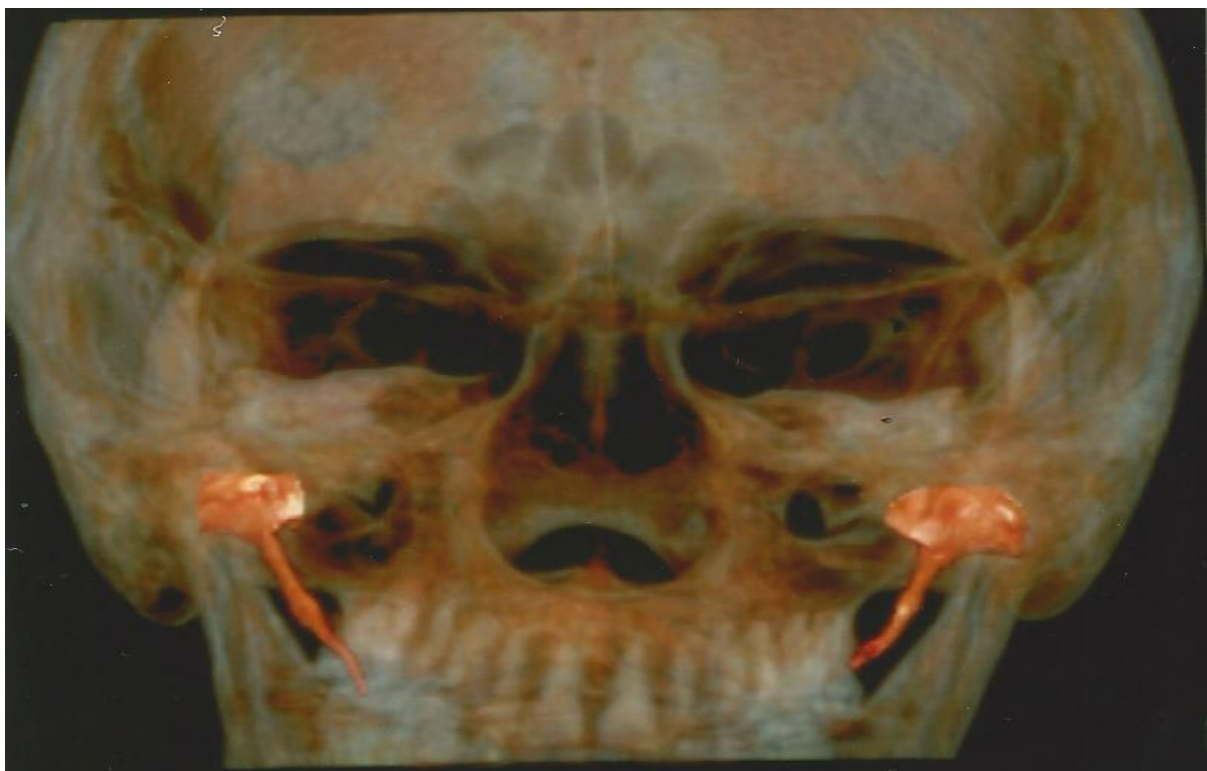


FIGURA 2 – Tomografia computadorizada de seios da face realizada antes da segundo procedimento cirúrgico: processos estilóides alongados bilateralmente, medindo aproximadamente 48 e 35 mm à direita e esquerda, respectivamente.



FIGURA 3 – Tomografia computadorizada de seios da face realizada antes do segundo procedimento cirúrgico. Lateral direita e esquerda, respectivamente.

## DISCUSSÃO

A paciente em questão apresentou sintomatologia rica e compatível com Síndrome de Eagle. Como é de se esperar em uma patologia de difícil diagnóstico, a paciente recorreu a vários especialistas até obter um diagnóstico que explicasse os sintomas apresentados, levando a intenso e prolongado sofrimento da paciente.

O caso pode ser caracterizado como síndrome da artéria carótida, de acordo com a classificação proposta por Eagle, e como tipo I ou alongado segundo a classificação radiológica proposta por Langlais.

Em 2001, devido à severidade dos sintomas, o tratamento inicial foi cirúrgico, por via intra-oral. O acesso transfaríngeo ou intraoral foi indicado e utilizado por EAGLE (1958), tem a vantagem de não deixar cicatrizes externas, tempo cirúrgico menor, período de recuperação reduzido e anestesia local [13]. Porém como desvantagens, há um risco maior de contaminação que, se ocorrer, pode gerar uma profunda infecção cervical pela abertura da faringe (cirurgia potencialmente contaminada) e possibilidade de lesão por trauma nos pares cranianos ou na artéria carótida devido à difícil visualização obtida com esse acesso[17].

Em um segundo momento, devido a recorrência do quadro álgico associado a exame de imagem compatível com síndrome de Eagle, optou-se, em 2010, por uma abordagem mais invasiva: a cirurgia por acesso extra-oral. Esse tipo de procedimento possui as seguintes vantagens: a) exposição anatômica do processo estilóide e de

estruturas adjacentes, permitindo visualização da bifurcação da artéria carótida externa, facilitando assim seu manuseio e evitando lesões de estruturas nobres; b) técnica cirúrgica estéril, com diminuição do risco de contaminação bacteriana [5]. O acesso extra-oral permitiu ainda a retirada de fragmentos maiores dos processos estilóides (31mm à direita e 23 mm à esquerda). As desvantagens seriam a cicatriz externa, a necessidade de anestesia geral e intubação endotraqueal e dissecação mais trabalhosa [17].

A paciente apresentou, após ter sido submetida às duas cirurgias, uma tomografia computadorizada dos seios da face evidenciando processos estilóides de extremidades inferiores rombas, medindo 17mm à direita e 12mm à esquerda. Os valores encontrados enquadram os processos estilóides da paciente dentro da normalidade. A partir disso, podemos dizer que os processos estilóides não apresentam mais alongamento capaz de justificar o quadro álgico apresentado pela paciente.

A despeito de ter sido submetida às duas técnicas cirúrgicas preconizadas para o tratamento da síndrome de Eagle e com normalização do tamanho dos processos estilóides (<25mm) após a segunda cirurgia, a paciente permaneceu com sintomatologia compatível com a síndrome, contrariando as expectativas. Era esperada a resolução completa das manifestações clínicas da paciente após a retirada do objeto causador de dor. Somam -se a isso alguns fatores, que em conjunto nos levam a pensar na ocorrência de dor psicogênica: não identificação de outras patologias capazes de justificar a dor referida pela paciente, presença de uma doença de base (depressão) que tem estreita relação com dor crônica e a coincidência temporal entre as exacerbações do transtorno depressivo e recorrência do quadro álgico.

O fato de a paciente queixar-se de sintomas compatíveis com a síndrome de Eagle na ausência de exames de imagem alterados dificulta muito ao médico a identificação da origem da dor, se corresponde ainda à síndrome de Eagle ou se corresponde a uma dor de origem psíquica. Essa avaliação é ainda mais complexa ao levarmos em consideração que a dor é subjetiva, com repercussões que mudam de pessoa para pessoa. Além disso, muitas dores da face e do crânio, por serem queixas subjetivas, com poucos (ou nenhum) achados objetivos confirmatórios tendem a ser classificadas como psicogênicas. A não-resposta do paciente ao que se considera um tratamento apropriado aumenta ainda mais a possibilidade da etiologia ser de natureza psicogênica ao invés de orgânica[16]. Essa dificuldade traz ainda grandes prejuízos à paciente, pois torna árdua a identificação do tratamento adequado para o momento.

Tanto a avaliação diagnóstica quanto a avaliação do tratamento se tornam laboriosas nesses casos, especialmente para médicos não habituados a essas situações.

Para a obtenção de diagnóstico e tratamento adequados, é fundamental a construção de uma boa comunicação e de um bom relacionamento médico-paciente . Ouvir as queixas do paciente e interpretá-las de forma adequada é a base inicial para o diagnóstico e o começo de um tratamento efetivo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A dor foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências”. Podemos inferir, a partir dessa definição, que o sentir dor envolve mecanismos tanto físicos quanto psíquicos e culturais.

A dor se manifesta de forma diferente para cada pessoa e torna difícil a diferenciação pelo médico do que é dor orgânica do que é dor psicogênica, principalmente na presença de alterações emocionais e de fatores estruturais causadores de dor.

A dor crônica, seja ela psicogênica ou não, traz grande sofrimento ao paciente e tem relação estreita com os transtornos depressivos. Antes, no entanto, de categorizar a paciente como portadora de dor psicogênica, é importante uma criteriosa avaliação de um especialista no assunto. Pacientes assim, necessitam de um acompanhamento multidisciplinar, que deve incluir dentre outros, psiquiatria, psicologia, e fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

- 1- FUSCO, David J.;ASTERAKI, Shahab; SPETZLER, Robert F. Eagle's syndrome: embryology, anatomy, and clinical management. *Acta Neurochir* (2012) 154:1119–1126
- 2- CAÑIBANO, Rebeca de la Fuente; GONZÁLEZ, Juan Luis Gómez. Forma atípica de odinofagia: síndrome de Eagle. *Form Med Contin Aten Prim*.2010; 17 :537-8 - vol.17 núm 08
- 3 – Eagle WW. Elongated styloid process. Further observations and a new syndrome. *Arch Otolaryngol.*, 1948; 47: 630-40.
- 4-SA, Antonio Carlos Domingues de et al . Alongamento do processo estilóide (síndrome de Eagle): relato de dois casos. *Radiol Bras, São Paulo, v. 37, n. 5,Oct. 2004* . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842004000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842004000500015&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842004000500015>.
- 5-Sanz Gonzalo, Juan José;Maiz Cal, Javier;Lao Luque, Xavier;Viscasillas Pallàs, Guillem;Zschaeck Luzardo, Christiane. Síndrome de Eagle: ictus de repetición como presentación clínica;calcificación estilohioidea completa. Publicado en *Acta Otorrinolaringol Esp*.2010; 61 :233-5 - vol.61 núm 03
- 6-TIAGO, Romualdo Suzano Louzeiro et al . Síndrome de Eagle: avaliação do tratamento cirúrgico. *Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo, v. 68, n. 2,Mar. 2002* . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992002000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992002000200007&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992002000200007>
- 7- MANSK, Vanessa. Síndrome de Eagle. 2005. 48f. Monografia (Especialidade em Imagenologia Dento Maxilo Facial). Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO. Duque de Caxias – RJ.
- 8- Eagle WW. Elongated styloid processes: Report of twocases. *Arch Otolaryngol.*, 1937; 25: 584-87
- 9- BUENO, Javier Mareque; ALFARO, Federico Hernández; TEJADA, Maria José Biosca; ANGLADAB, Manel Coll; BUÁ, Jorge Arenaz. Abordaje intraoral en el síndrome de Eagle. Presentación de un caso clínico. *Rev esp cir oral maxilofac*.2011;33(4):157–161.
- 10- Quereshy FA, Gold ES, Arnold J, et al. Eagle's syndrome in an 11- year- old patient. *J Oral Maxillofac Surg.*, 2001; 59: 94-97.
- 11- Langlais RP, Miles DA, Van Dis MI, et al. Elongated and mineralized stylohyoid ligament complex: A proposed classification and report of a case of Eagle's syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 1986; 61: 527-32
- 12-Chase DC, Zarmen A, Bigelow WC, et al. Eagle's syndrome: A comparison of intraoral versus extra oral surgical approaches. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 1986; 62: 625-29.
- 13-Eagle WW. Elongated styloid process: Symptoms and treatment. *Arch Otolaryngol.*, 1958; 67: 172-76.
- 14-Martins WD. Distúrbios da articulação temporomandibular. In: Tommasi AF editor. *Diagnóstico em patologia bucal*. São Paulo: Pancast; 1989. Cap 31, p. 626-27 apud MANSK, Vanessa. Síndrome de Eagle. 2005. 48f. Monografia (Especialidade em Imagenologia Dento Maxilo Facial). Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO. Duque de Caxias – RJ.
- 15-CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). *Dor : um estudo multidisciplinar*. São Paulo. Summus. 1999. Páginas 174-218.
- 16-CAILLIET, R. Síndromes dolorosas da cabeça e da face. Rio de Janeiro. Revinter. 1997. 233 p.
- 17-Strauss M, Zohar Y, Laurian N. Elongated styloid procees syndrome: Intraoral versus extraoral approach for styloid surgery. *Laryngoscope*, 1985; 95: 976-79.

