

SÍNDROME DE ERNEST: REVISÃO DA LITERATURA

ERNEST'S SYNDROME: LITERATURE REVIEW

Lima Júnior, José Lacet de*
Araujo, Túlio Neves de**
Honfi Júnior, Evaldo Sales**
Ribeiro, Eduardo Dias**
Lucena, Luciana Barbosa Sousa de***
Marzola, Clóvis****

RESUMO

A Síndrome de Ernest, componente da dor orofacial, é caracterizada pela inflamação do ligamento estilomandibular. O exame radiográfico não é de grande ajuda no diagnóstico desta síndrome, porém alguns autores sugerem uma possível calcificação desse ligamento. Uma história adequada, a palpação da inserção do ligamento estilomandibular e um bloqueio anestésico local da inserção ligamentosa afetada são de grande utilidade na confirmação diagnóstica. O objetivo do presente estudo é realizar uma revisão de literatura sobre essa síndrome, com intuito de ampliar os conhecimentos a despeito de sua etiologia, sintomas, diagnóstico diferencial e tratamento. Pôde-se concluir que a Síndrome de Ernest apesar das semelhanças com outras condições álgicas orofaciais existem sintomas que podem diferenciá-las. Com relação ao uso do laser e de sua eficácia terapêutica, sugere-se que este pode ser utilizado isoladamente ou como coadjuvante em tratamentos convencionais, principalmente pelas suas ações analgésicas, antiinflamatórias e como reparador tecidual.

UNITERMOS: doenças maxilomandibulares; transtornos da articulação temporomandibular; ligamento estilomandibular.

SUMMARY

The Ernest syndrome, orofacial pain component, is characterized by the inflammation of the stylomandibular ligament. The radiograph exam is not essential in the diagnosis of this syndrome, but some authors suggest a possible calcification of this ligament. An adequate history, the palpitation of the insertion of the stylomandibular ligament and an anesthetic block of the affected insertion can be very useful in the diagnosis. The objective of this study is to realize a literary review of this syndrome, as to enlarge the knowledge of its etiology, symptoms, differential diagnosis and treatment. Concluded that in spite of the similarities with other orofacial pain, the Ernest's Syndrome have symptoms that can be differentiate. About the laser's use and the therapeutic effectiveness, suggests that it's can be used separately or as supporting in conventional treatments, mainly for their analgesic actions, antiinflammatory and tecidual reparation.

UNITERMS: *jaw diseases; temporomandibular joint disorders; stylomandibular ligament.*

* Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (BMF) pela APCD Regional de Bauru, Cirurgião BMF do Serviço de Cirurgia e Trauma BMF do Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB e Mestrando em Clínicas Odontológicas – Universidade Potiguar, Natal/RN.

** Graduandos em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Estagiários do Serviço de Cirurgia e Trauma BMF do Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB.

*** Doutora em Estomatologia – UFPB/UFBA, Professora da Disciplina de Anatomia Topográfica – UFPB, João Pessoa/PB.

**** Professor titular aposentado de Cirurgia BMF da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo (FOB-USP) e Professor titular da UNIP de Bauru/SP.

INTRODUÇÃO

A dor orofacial é um termo que comumente descreve a dor que envolve as estruturas duras e moles da face, da cabeça, da cavidade oral e da região cervical (Dupont Jr,⁶ 1998; Dupont Jr,⁷ 2002). Dentro desse contexto, várias doenças podem estar relacionadas como fatores predisponentes, precipitantes e perpetuantes da dor orofacial, destacando-se a Síndrome de Ernest, pouco conhecida na literatura.

A Síndrome de Ernest é caracterizada pela inflamação do ligamento estilomandibular (Ernest,¹⁰ 1979; Ernest,⁹ 1986; Shankland,²⁸ 1987), uma lâmina fibrosa que se origina próximo do ápice do processo estilóide do osso temporal e termina, alargando-se, na margem posterior do ramo da mandíbula, no nível do seu ângulo, onde as fibras se confundem com as inserções do músculo pterigóideo medial (Figún et al.,¹¹ 1994). Além desse ligamento, outras estruturas anatômicas também estão associadas ao processo estilóide: os ligamentos estilohióideo e estilomandibular e os músculos estilohióideo, estilo-hioglosso, estilo-faríngeo, os quais são inervados, respectivamente, pelos nervos facial, hipoglosso e glossofaríngeo (Frommer,¹³ 1974; Correll et al.,⁵ 1979; Sá et al.,²⁵ 2004). Algum dano comprometendo o ligamento estilomandibular pode ser causa freqüente de dor (Keur et al.,¹⁵ 1986; Brown,² 1996).

A etiologia da Síndrome de Ernest está comumente relacionada ao trauma mandibular, crânio e/ou facial (Koelbaek,¹⁶ 1999; Keidel,¹⁴ 2001). Ressaltam-se ainda as osteotomias mandibulares onde se produz a distração e mobilidade, fatores que podem também inflamar o ligamento estilomandibular (Sataloff et al.,²⁶ 1983; Ortiz et al.,²³ 2003).

Com relação ao diagnóstico, pode ser baseados em uma anamnese adequada, palpação da inserção do ligamento estilomandibular e bloqueio anestésico local na inserção do referido ligamento (Shankland,²⁸ 1987; Ortiz et al.,²³ 2003). O exame radiográfico não é de grande auxílio, pois a patologia da referida síndrome está mais relacionada apenas à inflamação do ligamento estilomandibular, e não à sua calcificação (Ortiz et al.,²³ 2003), apesar da possibilidade de calcificação ligamentar não ser totalmente descartada (Dupont Jr,⁶ 1998).

A principal manifestação da Síndrome de Ernest é uma tendinite de inserção do ligamento estilomandibular, estando intimamente relacionada à Síndrome de Eagle (Brown,² 1996; Okeson,²¹ 1996). Os sintomas podem envolver, em ordem

decrecente de ocorrência: dor na articulação temporomandibular (ATM) e dor na região temporal, dor na região auricular e mandibular, sensibilidade dos dentes posteriores, dor ocular e dor na região de orofaringe. Além do mais, dor nos ombros também pode estar relacionada (Shankland,²⁸ 1987). Assim como a tendinite temporal e a neuralgia trigeminal atípica, a Síndrome de Ernest pode ser confundida com a dor odontogênica (Shankland,²⁹ 1997).

A tendinite temporal é simplesmente uma inflamação da inserção do músculo temporal. Essa tendinite tem como sintomas: dor próximo à articulação temporo-mandibular, pressão e dor no ouvido, odontalgia na região posterior da maxila, dor que se irradia do osso zigomático para o olho e dor na região temporal com irradiação para a região posterior da orelha, occipital e pescoço (Shankland,²⁹ 1997).

A neuralgia trigeminal atípica, geralmente sintomática, unilateral, caracteriza-se por impulsos dolorosos paroxísticos, breves (menos de 2 minutos), que se localizam na distribuição de um ou vários ramos do trigêmeo, impulsos lancinantes, espontâneos ou desencadeados por certos estímulos, como: falar, mastigar, sorrir, bocejar e palpação de pontos-gatilho (Marta et al.,¹⁷ 2000).

As odontalgias são as causas mais comuns de dor orofacial e em geral se associam a inflamação pulpar oriundas da cárie dental, o que facilita o diagnóstico. Como diagnóstico diferencial de outras dores orofaciais são realizados testes de vitalidade pulpar, percussão e bloqueios anestésicos, com o propósito de aliviar ou agravar a condição dolorosa. Radiografias periapicais também são de grande valia no diagnóstico de patologias dentárias (Ortiz,²² 2001).

Classicamente, duas fases diferentes dessa síndrome foram identificadas por Dr. Ernest (1986). A fase inicial caracteriza-se pela sensibilidade infra-auricular e na mandíbula, próximo ao ângulo gonial. Em fase posterior podem surgir dores na ATM, no olho e na área posterior do olho com possíveis alterações visuais, nas regiões da mandíbula, orofaringe, zigomática, do processo coronóide, temporal e nos dentes posteriores inferiores. Outros sintomas como dor auricular, freqüentemente associado com sensação de ouvido cheio, estalidos, restrição do movimento mandibular e quadros de torcicolos também podem ser relatados (Schaerer,²⁷ 1983; Ernest,⁹ 1986; Dupont Jr,⁶ 1998; Dupont Jr,⁷ 2002; Ortiz et al.,²³ 2003).

Para o tratamento da Síndrome de Ernest, a princípio, a conduta é não-cirúrgica, sendo mais

utilizado a infiltração de uma associação de anestésico local e corticoesteróides na área da inserção do ligamento estilomandibular. Deve-se ainda orientar ao paciente manter uma dieta leve e realizar compressas de calor. A intervenção cirúrgica, quando necessária, é melhor realizada pela termólise de radiofrequência na inserção do ligamento (Wilk,²⁹ 1994; Shankland,²⁹ 1997; Ortiz et al.,²³ 2003). A radiofrequência gera a deservação das fibras nervosas nociceptoras da região. Originalmente a radiofrequência foi usada para tratar distúrbios dolorosos de etiologias discrepantes e diversas, principalmente na área cervical, ATM extracapsular, isto é, tendinite temporal, onde tentativas conservadoras não tiveram sucesso (Wilk,²⁹ 1994; Ortiz et al.,²³ 2003). A técnica cirúrgica é segura e de baixo custo operacional podendo ser indicada em portadores de afecções clínicas em que os procedimentos de grande porte são contra-indicados (Teixeira et al.,³⁰ 1999).

Atualmente, a laserterapia é amplamente empregada na odontologia, mostrando-se como mais uma opção terapêutica efetiva nas diferentes especialidades clínicas, inclusive no tratamento das disfunções temporomandibulares (DTM). Os lasers de baixa potência apresentam ações analgésicas, antiinflamatórias e atuam como reparador tecidual (Freitas et al.,¹² 2001; Brugnera Jr et al.,³ 2003). A sua ação antiinflamatória é exercida pela aceleração da microcirculação originando alterações de pressão hidrostática capilar, com reabsorção de edema e eliminação do acúmulo de catabólitos intermediários como o ácido pirúvico e láctico. Ocorre assim uma transformação no metabolismo celular, por maior vascularização e formação abundante de tecido de granulação (Catão,⁴ 2004).

DISCUSSÃO

A Síndrome de Ernest e a Síndrome de Eagle estão intimamente relacionadas, especialmente pelo fato de comprometerem a mesma região. No entanto, a Síndrome de Ernest caracteriza-se pela inflamação do ligamento estilomandibular (Ernest,¹⁰ 1979; Ernest,⁹ 1986), enquanto que a Síndrome de Eagle consiste no alongamento do processo estilóide ou na ossificação do ligamento estilohióideo (Eagle,⁸ 1948). Ambas podem apresentar sintomatologia algica semelhante (Ortiz et al.,²³ 2003), porém na Síndrome de Eagle, além da dor, a dificuldade de deglutição, disfagia, sensação de corpo estranho na garganta, vertigem, perturbações visuais e restrições nos movimentos laterais do pescoço, podem estar presentes concomi-

tantemente (Moraes et al.,¹⁹ 1991; Milner et al.,¹⁸ 1996; Reis et al.,²⁴ 2001; Albuquerque JR et al.,¹ 2003; Neville et al.,²⁰ 2004; Sá et al.,²⁵ 2004), o que de certa forma contribui para o diagnóstico diferencial.

Uma anamnese adequada e a palpação da inserção do ligamento estilomandibular, no ângulo goníaco, contribui de modo simples e rápido a possibilidade de constatação da Síndrome de Ernest. A infiltração de anestésico local nessa área poderá aliviar imediatamente a sintomatologia local, corroborando o diagnóstico (Keur et al.,¹⁵ 1986). Contudo, vale salientar que este alívio da dor é temporário. É importante também que seja pesquisado ainda o diagnóstico diferencial com várias condições algicas orofaciais como: tendinite temporal, neuralgia trigeminal atípica e odontalgias, pois diferentes condições dolorosas podem apresentar quadro sintomatológico similar, ou até se manifestar como co-morbidades.

A tendinite temporal é simplesmente uma inflamação da inserção do músculo temporal, enquanto a Síndrome de Ernest é a inflamação do ligamento estilomandibular (Ernest,¹⁰ 1979; Ernest,⁹ 1986; Shankland,²⁹ 1997). Como os sintomas da tendinite temporal são semelhantes aos da Síndrome de Ernest, Shankland²⁹ (1997) sugere como diagnóstico diferencial à palpação intrabucal do processo coronóide da mandíbula.

A neuralgia trigeminal atípica é caracterizada por estímulos dolorosos paroxísticos, breves, intensos, lancinantes, intermitentes e podem ser desencadeados por certos estímulos (Marta et al.,¹⁷ 2000), diferentemente da Síndrome de Ernest.

Para diferenciar a Síndrome de Ernest das odontalgias, Ortiz²² (2001) indica testes de vitalidade pulpar, percussão e bloqueios anestésicos, com o propósito de aliviar ou agravar a condição dolorosa, ressalta também a importância do uso de radiografias periapicais para o diagnóstico de lesões associadas ao elemento dental.

Embora o exame radiográfico não seja imprescindível para o diagnóstico da Síndrome de Ernest, uma vez que está relacionada à inflamação do ligamento estilomandibular, Dupont Jr⁶ (1998) refere a possibilidade de calcificação do referido ligamento. Dessa maneira, faz-se necessária a realização de futuras pesquisas clínicas que avaliem a relação do diagnóstico clínico com o exame radiográfico em portadores de dessa síndrome.

Com relação ao tratamento, um estudo realizado por Shankland²⁸ (1987), com 68 pacientes com a Síndrome de Ernest, revelou que aproximadamente 78% dos portadores obtiveram su-

cesso apenas com a conduta não-cirúrgica, mostrando-se ser a alternativa terapêutica de eleição. Enquanto que a termólise de radiofrequência na inserção do ligamento é reservada apenas, quando necessária, como complementação do tratamento.

A despeito da não existência de pesquisas utilizando-se o laser de baixa potência em portadores da Síndrome de Ernest, sugere-se que este pode ser utilizado isoladamente ou como coadjuvante em tratamentos convencionais, principalmente pelas suas ações analgésicas, antiinflamatórias e como reparador tecidual.

CONCLUSÃO

De acordo com a literatura científica pesquisada, conclui-se que é importante o conhecimento sobre a Síndrome de Ernest, especialmente pelos cirurgiões-dentistas, uma vez que o diagnóstico diferencial pode envolver várias condições álgicas orofaciais com quadro sintomatológico semelhante (Síndrome de Eagle, tendinite temporal, neuralgia trigeminal atípica e odontalgias). Ressalta-se ainda que se faz necessária a efetivação de futuras pesquisas clínicas relacionadas tanto ao diagnóstico como ao tratamento, contribuindo assim para um melhor entendimento de tal condição. Com relação ao uso do laser e de sua eficácia terapêutica, não foi encontrado nenhum relato na literatura, porém sugere-se que este pode ser utilizado isoladamente ou como coadjuvante em tratamentos convencionais, principalmente pelas suas ações analgésicas, antiinflamatórias e como reparador tecidual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albuquerque JR RF, Müller K, Hotta TH, Gonçalves M. Temporomandibular disorder or Eagle's syndrome? A clinical report. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2003;90(4):316-319.
2. Brown CR. Ernest syndrome: insertion tendinosis of the stylomandibular ligament. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1996;8(8):762.
3. Brugnera JR A, Santos AECG, Bologna ED, Cadalaro TCCGP. Atlas de laserterapia aplicada a clínica odontológica. São Paulo: Ed. Santos; 2003.
4. Catão MH. Os benefícios do laser de baixa intensidade na clínica odontológica na estomatologia. *RBPO*. 2004;3(4).
5. Correll RW, Jensen JL, Taylor JB, Rhyne RR. Mineralization of the stylohyoid-stylomandibular ligament complex: A radiographic incidence study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1979;48(4):286-291.
6. Dupont JR JS. Panoramic imaging of the stylohyoid complex in patients with suspected Ernest or Eagle's syndrome. *Cranio*. 1998;16(1):60-63.

7. Dupont JR JS. TMJ disorder mimic: Ernest syndrome diagnosis and treatment. *Prat Pain Management*. 2002.
8. Eagle WW. Elongated styloid process. Further observation and a new syndrome. *Arch Otolaryngol*. 1948;47:630-640.
9. Ernest EA. Three disorders that frequently cause temporomandibular joint pain: internal derangement, temporal tendonitis and Ernest syndrome. *J Neurol Orthop Surg*. 1986;7:789-791.
10. Ernest EA 3rd. The orthopedic influence of the TMJ apparatus in whiplash: report of a case. *Gen Dent*. 1979;27(2):62-64.
11. Figún ME, Garino RR. Anatomia odontológica funcional e aplicada. 3^a ed. São Paulo: Panamericana; 1994. p. 668.
12. Freitas AC, Pinheiro ALB, Miranda P, Thiers FA, Vieira ALB. Assessment of anti-inflammatory effect of 830 nm laser light using c-reactive protein levels. *Braz Dent J*. 2001;12(3):187-190.
13. Frommer J. Anatomic variations in the stylohyoid chain and their possible clinical significance. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1974;38(5):659-667.
14. Keidel M. Antinociceptive reflex alteration in acute posttraumatic headache following whiplash injury. *Pain*. 2001;92:319-326.
15. Keur JJ, Campbell JP, McCarthy JF, Ralph WJ. The clinical significance of the elongated styloid process. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986;61(4):399-404.
16. Koelbaek JM. Generalised muscle hyperalgesia in chronic whiplash syndrome. *Pain*. 1999;83:229-234.
17. Marta J, Marta E, Santolaria L, Gracia M, Oliveros A. Essential neuralgia of the trigeminal and other cranial nerves. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000;7:Supl. II,26-35.
18. Milner E, Donato AC, Fregonesi M, Mistro FZ, Moreira CA, Kignel S, Fregonesi F. Síndrome de Eagle-apresentação de 3 casos clínicos e revisão da literatura. *Rev Paulist de Odontol*. 1996;18(6):26-28.
19. Moraes S, Nakonechnyj P, Chaia A. Síndrome de Eagle: relato de um caso. *Rev Bras Odontol*. 1991;48(2):30-36.
20. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 21-22.
21. Okeson JP. Orofacial pain: Guidelines for assessment, diagnosis, and management. The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence; 1996.
22. Ortiz AR. Diagnóstico diferencial del dolor orofacial I. Asociado a estructuras intracraneanas, extracraneanas y desórdenes sicogénicos. *Rev Fac Odont Univ Ant*. 2001;13(1):5-16.
23. Ortiz GP, Aristeguieta LM, Villamizar JR. Síndrome de Ernest. *Acta de Otorrinolaringol & Cirurgia de Cabeza y Cuello*. 2003;31(3).
24. Reis SSPM, Carvalho PL, Reis HSM. Processo estilóide alongado-relato de dois casos. *J Bras de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*. 2001;1(4):296-300.
25. Sá ACD, Zardo M, Paes Jr AJO, Souza RP, Neto FB, Dreweck MO, Oliveira R, Neme MP, Rapoport A. Alongamento do processo estilóide (síndrome de

- Eagle): relato de dois casos. Radiol Bras. 2004; 37(5):385-387.
26. Sataloff RT, Price DB. Mandibular osteotomy complicated by styloid pain. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1983;56(1):25-28.
27. Schaerer JP. Radiofrequency facet denervation in treating headaches associated with chronic neck pain. J Cranio Pract. 1983;1:77-81.
28. Shankland WE. Ernest syndrome as a consequence of stylomandibular ligament injury: a report of 68 patients. J Prosthet Dent. 1987;57(4):501-506.
29. Shankland WE. Common causes of nondental facial pain. Gen Dent. 1997; 45(3):246-253.
30. Teixeira MJ, Amaral AC, Labruna R. Rizotomia percutânea por radiofrequência no tratamento das algias ororrinofaringofaciais resultantes de tumores malignos. Arq Brasileiros de Neurocirurgia. 1999; 18(4).
31. Wilk SJ. Surgical management of refractory cranio mandibular pain using radiofrequency thermolysis: a report of thirty patients. Cranio. 1994;12(2): 93-99.

Recebido para publicação em: 05/12/2006; aceito em: 22/05/2007.

Endereço para correspondências:

EDUARDO DIAS RIBEIRO
Rua Severino Alves Ayres, 1271 – Tambauzinho
CEP 58042-120, João Pessoa, Paraíba, Brasil
Fone: (0xx83) 3225-1636 ou 9903-1968
E-mail: eduardodonto@yahoo.com.br