

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**MATEUS GRACIANO FURTADO TEIXEIRA**

**ROBSON SANTIAGO SCRAMIN**

**THOMPSON LUIZ DE ALMEIDA NESPOLI**

**SINDROME DE GARDNER: DIAGNÓSTICO PRECOCE PELAS  
MANIFESTAÇÕES BUCAIS**

**VOLTA REDONDA**

**2023**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SINDROME DE GARDNER: DIAGNÓSTICO PRECOCE PELAS  
MANIFESTAÇÕES BUCAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunos: Mateus Graciano Furtado Teixeira

Robson Santiago Scramin

Thompson Luiz De Almeida Nespoli

Orientadora: Roberta Mansur Caetano

Coorientador: Alcemar Gasparini Netto

**VOLTA REDONDA**

**2023**

## **FICHA CATALOGRÁFICA**

Bibliotecária:Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

T266sTeixeira, Mateus Graciano Furtado  
Síndrome de Gardner: diagnóstico precoce pelas manifestações  
bucais./Mateus Graciano Furtado Teixeira; Robson Santiago Scramin;  
Thompson Luiz de Almeida Nespoli. – Volta Redonda: UniFOA,  
2023.29 p. II

Orientador(a): Profa. Roberta Mansur Caetano  
Coorientador (a): Prof. Alcemar Gasparini Netto

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2023.

1. Odontologia - TCC. 2. Síndrome de Gardner.3. Polipose adenomatosa do colo.4.Osteoma. I. Caetano, Roberta Mansur. II. Netto, Alcemar Gasparini. III. Centro Universitário de Volta Redonda. IV. Título.

CDD 617.6



## FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: "Síndrome de Gardner: Diagnóstico Precoce pelas Manifestações Bucais".

Elaborado por: Mateus Graciano Furtado Teixeira

Robson Santiago Scramin

Thompson Luiz de Almeida Nespoli

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 22 de Maio de 2023.

Banca Avaliadora:

.....  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Roberta Mansur Caetano

.....  
Prof.<sup>o</sup> Especialista Alcemar Gasparini Netto

.....  
Prof.<sup>o</sup> Especialista Romeu Luiz de Paula

## DEDICATÓRIA

Dedico a conclusão deste trabalho, que significa a materialização de um sonho, a minha família, em especial minha esposa Maria Aparecida Lustosa Teixeira, aos meus pais Gilson Furtado Teixeira e Marli Graciano Teixeira e a minha irmã Mariana Teixeira, a minha sogra Sra Marlene Lustosa e ao Sr Paulo Lustosa e a todos aqueles que na medida do possível me ajudaram a concretizar esse sonho.

Mateus Graciano Furtado Teixeira

Dedico este trabalho a minha querida esposa e filhas que me apoiaram em todos os momentos em que me ausentei de momentos familiares para estudar ou trabalhar, e dedico aos professores que somaram e dividiram conosco seus conhecimentos, a nossa orientadora Roberta Mansur “maravilhosa”, que em todos os momentos sempre atenciosa, objetiva e dedicada.

Robson Santiago Scramin

Dedico este trabalho aos meus pais, esposa e filhos, pelo esforço de todos em prol desse objetivo. A orientadora professora Dra. Roberta Mansur por toda dedicação. A todos os professores, e aos colegas que me ajudaram nessa trajetória.

Thompson Luiz de Almeida Nespoli

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço à Deus, pela força de todos os dias, pelos momentos bons e também pelos ruins que me ajudaram, me ensinaram e me amadureceram até aqui. Agradeço a Sra minha esposa Maria Aparecida Lustosa Teixeira, pelo apoio, pelo incentivo, por ser meu exemplo de como deve ser uma pessoa forte, sempre com sua paciência, carinho, dedicação e por nunca me deixar desistir desse sonho. Ao meu pai Gilson, meu melhor amigo e meu herói, que sempre foi exemplo de pai, homem e honestidade em todas as situações da vida. A Sra minha mãe Marli, que sempre fez o possível e impossível por mim, sempre mostrando o caminho de Deus e de como se fazer o melhor pelas pessoas sempre. A minha irmã Mariana Teixeira, pelo apoio, carinho e atenção comigo e minha família também. Aos meus sogros Paulo Lustosa e Marlene Lustosa, por me tratarem como um verdadeiro filho, por fazer tudo por mim e também minha esposa. Aos meus amigos Sérgio Petronilho e Solange Petronilho, que são verdadeiros pais para mim e minha esposa nessa cidade de Resende, que me acolheram, me incentivaram, abriram as portas de casa para minha família em todos os momentos possíveis e que me ajudaram a dar o ponta pé inicial nesse novo caminho. Aos companheiros Robson Santiago e Thompson Nespoli, por dividirem esse início de jornada comigo, estando sempre nos bons e maus momentos. A Sra professora e orientadora Roberta Mansur, pelo carinho, pela atenção, pelo tempo que foi muito para estar conosco nesse trabalho de conclusão de curso, aos professores pelos ensinamentos, experiências e conselhos. A minha equipe de trabalho da Academia Militar das Agulhas Negras, em especial ao Coronel Maciel Junior, Major Vergílio, Tenente Josemar, Sargentos: Leite, Sergio, Célio e Simplício e aos Cabos e Soldados que caminharam essa maratona comigo, sempre me dando força, motivação e apoio, um desafio, que foi superado. Aos funcionários da Instituição do UniFOA, principalmente meu amigo Miguel, por todo suporte e assistência que precisei, as meninas da sala de esterilização e recepção e a todos que de alguma forma me ajudaram a chegar até aqui.

Mateus Graciano Furtado Teixeira

Agradecimento a Deus em primeiro lugar pela força e saúde depositado em mim para que eu possa lutar por meus objetivos. A minha esposa Marcelle, minhas filhas Gabrielle e Isabella, aos meus pais Manoel e Tereza e aos meus sogros Manoel e Lúcia que me apoiaram e me ajudaram a conquistar meu objetivo, e aos meus amigos da caminhada que lutamos juntos até o fim sem deixar a peteca cair, obrigado Thompson e Mateus.

Robson Santiago Scramin

Agradeço primeiramente a DEUS, por tudo. Aos meus pais, Celso e Edneth, minha esposa Tatiane e meus filhos, Luiz Arthur e Letícia por todo carinho e compreensão nos momentos em que estive ausente em função desse objetivo. Aos professores Dra Roberta Mansur e Alcemar Gasparini, aos meus colegas Mateus Teixeira e Robson Santiago e todos que de alguma forma contribuíram com esse trabalho.

Thompson Luiz de Almeida Nespoli

## EPÍGRAFE

"Uma das maiores descobertas que uma pessoa faz, uma de suas grandes surpresas, é descobrir que pode fazer o que temia não poder fazer".

Henry Ford

## RESUMO

A síndrome de Gardner é uma condição patológica, autossômica dominante caracterizada pelo desenvolvimento de polipose adenomatosa familiar, além de anormalidades ósseas e em tecidos moles. Os osteomas são extremamente característicos na síndrome de Gardner, se desenvolvendo principalmente no crânio e maxilares, podendo invadir os seios paranasais. Também podem ser identificados: cistos epidermóides na pele; tumores dermóides do tecido mole; lesões pigmentadas do fundo de olho. O objetivo dessa revisão da literatura foi discutir sobre o diagnóstico precoce da Síndrome de Gardner pelas manifestações na cavidade oral. Devido a presença da polipose adenomatosa, causada pelo gene APC mutacional, pacientes com a síndrome apresentam predisposição ao câncer colorretal, portanto, é fundamental o diagnóstico precoce. Frequentemente os osteomas se desenvolvem antes da formação dos pólipos intestinais, possibilitando o diagnóstico precoce com auxílio do cirurgião-dentista. Pacientes com a síndrome podem apresentar: anomalias dentárias (dentes supranumerários, raízes fusionadas, hipercementose), erupções tardias, dentes inclusos, cistos dentígeros, odontomas. O diagnóstico é realizado a partir do histórico familiar, características clínicas, exame intestinal e testes genéticos. O tratamento dos pólipos e do tumor dermóide é cirúrgico, enquanto, os osteomas dos maxilares e os cistos epidermóides são removidos com finalidade estética. Concluiu-se que a participação do cirurgião-dentista é fundamental na detecção dos osteomas maxilares, principalmente em mandíbula por serem mais prevalentes na síndrome e precederem o desenvolvimento dos pólipos intestinais, auxiliando no diagnóstico precoce dos pacientes acometidos.

Palavras-chave: Síndrome de Gardner; Polipose Adenomatosa do Colo; Osteoma.

## ABSTRACT

Gardner's syndrome is an autosomal dominant pathological condition characterized by the development of familial adenomatous polyposis, in addition to bone and soft tissue abnormalities. Osteomas are extremely characteristic of Gardner syndrome, they develop mainly in the skull and jaws and can invade the paranasal sinuses. They can also be identified: epidermoid cysts in the skin; soft tissue demoid tumors; pigmented lesions of the fundus. The objective of this literature review was to discuss the early diagnosis of Gardner's Syndrome through manifestations in the oral cavity. Due to the presence of adenomatous polyposis, caused by the APC mutational gene, patients with the syndrome are predisposed to colorectal cancer, so their early diagnosis is essential. Osteomas often develop before the formation of intestinal polyps, which allows an early diagnosis with the help of a dentist. Patients with the syndrome may have: dental abnormalities (supernumerary teeth, fused roots, hypercementosis), late rashes, teeth included, dental cysts, odontomas. The diagnosis is based on family history, clinical characteristics, intestinal examination and genetic tests. The treatment of polyps and demroid tumor is surgical, while the osteomas of the jaws and epidermoid cysts are removed for aesthetic purposes. It was concluded that the participation of the dental surgeon is fundamental in the detection of maxillary osteomas, mainly in the jaw, since they are more prevalent in the syndrome and precede the development of intestinal polyps, helping in the early diagnosis of affected patients.

Keywords: Gardner's Syndrome; Adenomatous Polyposis Colon; Osteoma.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Paciente com Síndrome de Gardner apresentando vários osteomas e ilhotas ósseas em ambos maxilares, além dos pré-molares inferiores do lado esquerdo impactados .....	15
Figura 2: Vista frontal e lateral da deformidade facial. ....	18
Figura 3: Imagem radiopaca do ângulo ao ramo ascendente da mandíbula, do lado direito sugestiva de osteoma. Áreas radiopacas delimitadas por bordas radiolúcidas, compatíveis com odontomas, no ápice radicular dos elementos 12 e 32. ....	18
Figura 4: Retenção dos dentes decíduos 51 e 61, apinhamento dentário superior e má oclusão .....	19
Figura 5: Dentes decíduos e odontomas removidos .....	20
Figura 6: Exame físico extra oral com tumor em região mandibular esquerda e pequeno aumento em região maxilar infraorbital direita, sugestivos de lesões ósseas .....	21
Figura 7: Imagens radiopacas, bem delimitadas e circunscritas na mandíbula, sugestivas de osteomas.....	22

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AINEs	Antiinflamatório Não Estereoidal
COX 2	Ciclo-Oxigenase-2
et al.	e colaboradores
PA	Pósterio-Anterior
PAF	Polipose Adenomatosa Familiar
SG	Síndrome de Gardner

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Manifestações Sistêmicas e Craniofaciais.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Diagnóstico, Prognóstico e Tratamento.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Relatos de Casos com Diagnóstico Precoce.....</b>	<b>17</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Gardner é descrita como uma desordem rara, de herança autossômica dominante, que faz parte de um espectro de doenças caracterizadas pela polipose colorretal familiar, apresentando diversas anormalidades ósseas e em tecidos moles, além de diversas anormalidades dentárias, dentre outras alterações (NEVILLE et al., 2016; CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022).

Apresenta como características a presença de osteomas nos ossos frontais, maxila, mandíbula e esfenóide, principalmente na faixa etária da puberdade. Entretanto, os osteomas podem não estar presentes e podem ser encontradas cinco ou mais ilhotas ósseas densas (osteoesclerose idiopáticas periapicais). Ocorrem ainda na síndrome, múltiplos dentes permanentes e supra numerários não irrompidos, além de odontomas (WHITE, PHAROAH, 2015).

A prevalência do indivíduo com a Síndrome de Gardner herdar o gene mutacional APC de seus pais é de 75% e os outros 25% dos casos acontecem como consequência de mutações. Quando um paciente é diagnosticado com a referida síndrome, um teste genético é capaz de fazer o mapeamento de possíveis membros familiares acometidos pela mesma, possibilitando o acompanhamento das pessoas que futuramente possam vir a se tornar casos de risco (YU et al., 2018).

O diagnóstico precoce e preciso é fundamental pelo risco extremamente alto de transformação dos pólipos presentes no intestino em tumores malignos como é o caso dos adenocarcinomas (NEVILLE et al., 2016). O cirurgião dentista consegue auxiliar no diagnóstico precoce quando observa radiograficamente, imagens sugestivas de osteomas, que são as primeiras manifestações da síndrome, apresentando-se como áreas com espessamento leve até uma região com grande volume, comum nos seios paranasais, ângulos mandibulares e crânio (SZEREMETA, 2020).

O objetivo dessa revisão da literatura foi discutir sobre o diagnóstico precoce da Síndrome de Gardner pelas manifestações na cavidade oral, e assim, o cirurgião dentista promover a melhor qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Manifestações Sistêmicas e Craniofaciais**

A Síndrome de Gardner é uma variante da polipose adenomatosa familiar (PAF), com associação de pólipos intestinais disseminados, tumores ósseos e de tecidos moles. Estima-se que 50% dos pacientes com PAF apresentem manifestações extraintestinais, usualmente subclínicas (CAMPOS et al.,2014; CRUZ et al.,2017).

A PAF é uma síndrome de predisposição ao câncer colorretal, que se manifesta na forma clássica ou atenuada. Na PAF clássica são identificados centenas a milhares de pólipos adenomatosos, iniciando em média aos 16 anos de idade (faixa de 7 a 36 anos), sendo que 95% dos casos apresentam o câncer colorretal aos 35 anos de idade. Na forma atenuada há o risco do câncer colorretal em 70% dos casos ao longo da vida, com média do diagnóstico aos 50- 55 anos (YEN et al.,2022).

Os pacientes podem ser assintomáticos (CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022), como também, apresentar sintomas relacionados aos pólipos colônicos, como secreção mucosa intermitente com defecação, sangramento retal, diarreia, constipação e dor abdominal, com diagnóstico da SG entre 13 e 31 anos (D' AGOSTINO et al., 2023).

As manifestações gastroenterológicas são de extrema importância devido a alta prevalência em pacientes acometidos pela síndrome. Os pólipos são comumente localizados no cólon e no reto (STEWART, 2013), começam seu desenvolvimento aproximadamente aos 20 anos de idade e em 100% dos casos se tornar malignos. No sistema digestivo, os pólipos geralmente ocorrem no estômago, fígado, duodeno e cólon, como também em locais atípicos, como o baço, rins e cerebelo. O desenvolvimento de tumores dermóides, que são lesões neoplásicas benignas, mas localmente agressivas do tecido conjuntivo, ocorrem em 3,5 a 13% dos pacientes (TIOL-CARRILLO; TIOL-MORALES; BAHENA-MARTINEZ, 2021).

Podem ser detectados um ou vários cistos epidermóides na pele, tumores dermóides do tecido mole, lesões pigmentadas do fundo de olho, e ainda, maior prevalência de carcinoma de tireóide (NEVILLE et al., 2016; CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022).

Manifestações oftalmológicas são detectadas em 80% dos casos, particularmente a hipertrofia congênita do epitélio pigmentado da retina (CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022; D' AGOSTINO et al., 2023).

As alterações craniofaciais são extremamente características, podem se desenvolver em qualquer lugar do esqueleto, entretanto, o crânio e os maxilares são os principais locais onde os osteomas se manifestam, como lesões osteogênicas benignas de crescimento lento, que podem se desenvolver em osso compacto, trabecular e misto, durante a puberdade. Podem invadir os seios frontal, maxilar e etmoidal. Clinicamente, os osteomas são identificados como saliências, sólidas e indolores a palpação (exostose), ou como uma enostose, não sendo visível ou palpável (NEVILLE et al., 2016; TIOL-CARRILLO; TIOL-MORALES;BAHENA-MARTINEZ,2021). Quando identificados em mandíbula, comumente se localizam na região do ângulo, podendo gerar deformidades faciais. Osteomas de grandes proporções na cabeça da mandíbula podem dificultar a abertura de boca do paciente (NEVILLE et al., 2016).Apresentam dois padrões de distribuição, focal em 80% dos casos e generalizado em 20% (D' AGOSTINO et al., 2023).

Radiograficamente os osteomas se apresentam como lesões radiopacas, com uma densidade aumentada (TIOL-CARRILLO; TIOL-MORALES;BAHENA-MARTINEZ,2021), podendo conter aparência delimitada ou difusa, com limites que se confundem com o tecido ósseo normal, sem atividade inflamatória ou reacional (TOMMASI, 2014), variando de um leve espessamento a áreas com grande aumento de volume (NEVILLE et al., 2016).

A presença de osteomas associados são identificados na segunda década de vida e frequentemente se desenvolvem antes da formação dos pólipos intestinais, permitindo o diagnóstico precoce da síndrome (WHITE; PHAROAH, 2015) (Figura 1).

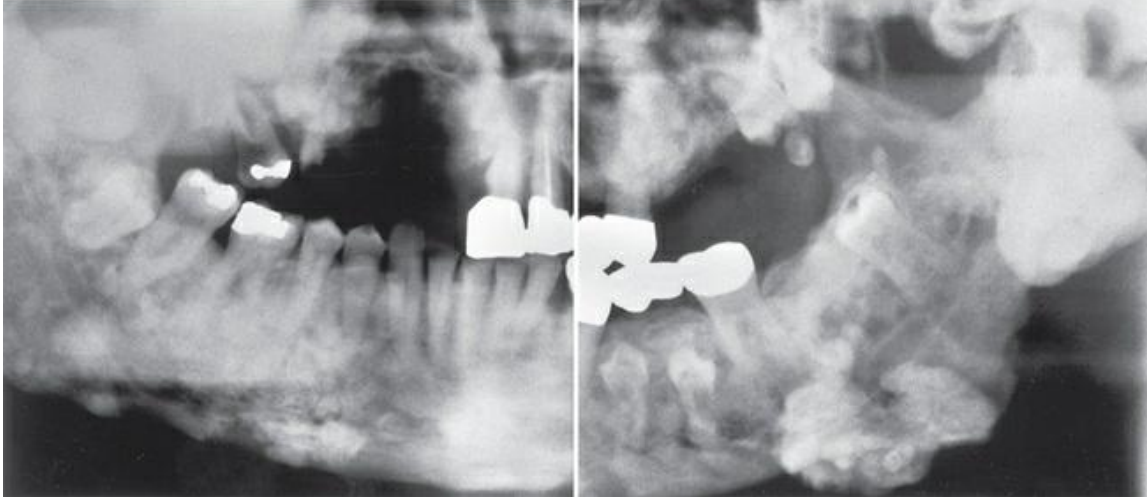


Figura 1: Paciente com Síndrome de Gardner apresentando vários osteomas e ilhotas ósseas em ambos maxilares, além dos pré-molares inferiores do lado esquerdo impactados.

Fonte: WHITE; PHAROAH, 2015.

O número de pacientes com Síndrome de Gardner que apresenta alguma anomalia dentária pode variar de 30 a 75% (AGRAWAL, 2013), incluindo dentes supranumerários, erupções tardias podendo estar associadas a lesões císticas (AGRAWAL, 2013; WHITE; PHAROAH, 2015; ANTONIO et al., 2017), odontomas, raízes fusionadas, hipercementose, cistos dentígeros, dentes inclusos (ANTONIO et al., 2017; YU et al., 2018), sinalizando para essa alta prevalência quando se compara a pacientes não acometidos por essa síndrome (GAZELLE, 2019).

O estudo observacional realizado por D' Agostino et al. (2023) analisou casos coletados do banco de dados de dois hospitais italianos, no período de 2018 a 2021. Os autores também realizaram uma revisão sistemática sobre a presença de osteomas orais antes do diagnóstico da SG. Para a amostra utilizaram como critério de inclusão, casos com suspeita de um ou múltiplos osteomas nos maxilares ou casos já confirmados histologicamente; teste genético positivo para mutação do gene APC, totalizando 19 pacientes. Foram encontrados 24 osteomas orais, localizados 66,7% na mandíbula; 33,3% na maxila; 26,3% em regiões cranianas. 31,6% dos pacientes apresentavam assimetria facial. 68,4% apresentavam polipose e 5,2% câncer coloretal. 31,6% dos pacientes apresentavam cistos dermóides e cistos epidermóides. Nenhuma anormalidade dentária foi detectada nos pacientes. Os autores concluíram que os osteomas de mandíbula e do esqueleto maxilofacial

podem indicar um sinal preditivo da SG, portanto, os dentistas devem estar cientes da possibilidade desse diagnóstico precoce.

## **2.2 Diagnóstico, Prognóstico e Tratamento**

Para o diagnóstico avalia-se o histórico familiar, as características clínicas. o exame intestinal e os testes genéticos para triagem das mutações (CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022; D' AGOSTINO et al., 2023).

Portanto, alguns exames são necessários, como a colonoscopia para a detecção da polipose intestinal, testes genéticos para avaliação da mutação do gene APC, como também, a oftalmoscopia e radiografia panorâmica para detecção de osteomas e anomalias dentárias (ANTONIO et al., 2017). A tomografia computadorizada por feixe cônico permite melhor identificação do número exato de osteomas comparado às radiografias panorâmicas (D' AGOSTINO et al., 2023).

A prevenção é a abordagem mais comum de tratamento para aqueles indivíduos que apresentam histórico familiar, incluindo: dieta saudável; uso de AINEs ou um inibidor de COX2 , que podem auxiliar a impedir o desenvolvimento dos pólipos no cólon; monitoramento com endoscopia digestiva baixa (CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022).

No tratamento recomenda-se a colectomia profilática. A remoção de osteomas dos ossos gnáticos e dos cistos epidermóides são indicados com finalidade estética. O prognóstico a longo prazo depende do comportamento dos adenocarcinomas intestinais (NEVILLE et al., 2016; ANTONIO et al., 2017).

A cirurgia é a única modalidade terapêutica curativa na abordagem dos pólipos e do tumor dermóide, sendo um procedimento extenso, que exige muitas vezes, grandes reconstruções, resultando em elevada mortalidade. Fazem parte do tratamento do paciente o acompanhamento clínico e as constantes reavaliações no sentido oncológico (ANTONIO et al., 2017). A radioterapia não é eficaz, portanto, não é indicada (CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022).

As extrações dentárias em pacientes com Síndrome de Gardner podem apresentar maior grau de dificuldade, pelo espessamento do osso cortical

interdental, já exames histológicos de dentes extraídos sugerem que pode estar relacionado com a ausência quase completa do espaço periodontal causado por uma extensa hiper cementose (ANTONIO et al., 2017).

### **2.3 Relatos de Casos com Diagnóstico Precoce**

Sarmiento et al. (2006) fizeram um relato de caso de um paciente do gênero masculino, com 16 anos de idade, internado devido a deformidade facial. A mãe relatou que o filho sofreu um trauma facial (por limão arremessado), levando posteriormente a aumento de volume de crescimento lento e dor incômoda espontânea. Ao ser encaminhado para o serviço especializado, no exame físico foi constatado um tumor de 5 cm de diâmetro na região do músculo masseter do lado esquerdo, com dor leve e consistência dura na palpação, fixado no ramo mandibular e pele com coloração normal. Nos exames radiográficos extra orais, PA e panorâmica, foi observada esclerose óssea e estendendo do ângulo ao ramo ascendente da mandíbula, do lado direito. Também foram observadas áreas radiopacas, difusas e irregulares, delimitadas por borda radiolúcida, compatíveis com odontomas, nos ápices radiculares dos elementos 12 e 32. A retossigmoidoscopia constatou presença de pólipos intestinais. Os exames laboratoriais estavam normais. A hipótese diagnóstica foi de síndrome de Gardner. Foi realizada a remoção cirúrgica do osteoma, sob anestesia geral. O diagnóstico histopatológico foi de osteoma osteóide. Um ano após o procedimento cirúrgico, a evolução do paciente era satisfatória, entretanto, não foi relatado o tratamento dos pólipos intestinais (Figuras 2 e 3).



Figura 2: Vista frontal e lateral da deformidade facial.

Fonte:SARMIENTO et al., 2006.



Figura3: Imagem radiopaca do ângulo ao ramo ascendente da mandíbula, do lado direito sugestiva de osteoma. Áreas radiopacas delimitadas por bordas radiolúcidas, compatíveis com odontomas, no ápice radicular dos elementos 12 e 32.

Fonte:SARMIENTO et al., 2006.

O relato de caso clínico descrito por Antonio et al. (2017) trata-se de um paciente de oito anos de idade, gênero feminino, melanoderma, atendido na clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cuja queixa principal era a retenção dos dentes decíduos 51 e 61 e ausência clínica dos elementos permanentes 11 e 21. No exame físico intraoral foi observado apinhamento dentário superior e má oclusão. Na radiografia panorâmica foi detectado presença de odontomas compostos múltiplos e possíveis osteomas na mandíbula e maxila, com hipótese diagnóstica de Síndrome de Gardner. A paciente foi encaminhada para a realização de uma colonoscopia que constatou presença de sete pólipos, todos sésseis, de cor rósea, medindo de 3 a 5 mm. A paciente foi submetida a polipectomia, que revelou displasia epitelial moderada, sugerindo uma possível transformação maligna. Os dados coletados confirmou o diagnóstico de Síndrome de Gardner. O tratamento odontológico consistiu na realização de extração dos dentes 51 e 61, assim como a remoção cirúrgica dos odontomas compostos. A paciente encontrava-se em monitoramento clínico médico e odontológico há 10 anos, sem recidiva, portanto, os autores concluíram que o diagnóstico precoce foi fundamental para que o câncer intestinal não tenha se desenvolvido (Figuras 4 e 5).



Figura4: Retenção dos dentes decíduos 51 e 61, apinhamento dentário superior e má oclusão.

Fonte: ANTONIO et al., 2017.



Figura5: Dentes decíduos e odontomas removidos.

Fonte:ANTONIO et al., 2017.

Freitas-Filho et al. (2017) apresentaram um caso de paciente do gênero masculino, 25 anos de idade, com queixa principal de ausência de elementos dentários e deformidade facial. No exame extra oral foram observadas lesões expansivas, bem delimitadas nas regiões de couro cabeludo, região cervical e nas costas; na palpação detectou-se aumento de volume bilateral no ângulo e ramo mandibular. No exame intra-oral foram observados má higiene bucal, presença de dentes decíduos, ausências dentárias, secreção purulenta e elementos dentários em posições anormais. Na radiografia panorâmica foram detectadas áreas radiopacas bilaterais, na região de ângulo/ramo mandibular compatíveis com osteomas, dentes supranumerários e impactados, além de áreas radiopacas compatíveis com odontomas em maxila e mandíbula. A hipótese diagnóstica era de síndrome de Gardner, que foi confirmada pela detecção de pólipos intestinais na retrocolonoscopia. Após a constatação orientou-se ao paciente em relação à transformação maligna dos pólipos intestinais e realizado acompanhamento médico e odontológico.

Fraga (2019) relatou um caso de paciente com 23 anos de idade, gênero feminino que buscou atendimento na Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. A paciente apresentava queixa de aumento de volume na face há 2 anos, relatou exérese de cisto sebáceo na perna esquerda há 5 anos e histórico de câncer colorretal na família. No exame físico extraoral foram observados tumor em região mandibular esquerda e pequeno aumento em região

maxilar infraorbital direita, indolor, consistência dura, sugestivo de lesão óssea. Na radiografia panorâmica foram detectadas imagens bem delimitadas, radiopacas e circunscritas na mandíbula, sugestivas de osteomas. A paciente foi encaminhada ao serviço de coloproctologia para avaliação e realização de exames complementares, sendo constatada a polipose colônica, com resultado do histopatológico de alguns pólipos de adenoma, sem sinal de malignidade. Associando todos os dados coletados o diagnóstico foi de Síndrome de Gardner. Como tratamento odontológico foram realizadas sob anestesia geral, osteoplastia em maxila direita para fins estéticos e na mandíbula bilateralmente, a remoção cirúrgica das lesões, que após análise anatômico patológica foi confirmada diagnóstico de osteoma. A paciente aguardava a realização da colectomia total e a anastomose ileorretal (Figuras 6 e 7).



Figura6: Exame físico extra oral com tumor em região mandibular esquerda e pequeno aumento em região maxilar infraorbital direita, sugestivos de lesões ósseas.

Fonte: FRAGA, 2019.



Figura 7:Imagens radiopacas, bem delimitadas e circunscritas na mandíbula, sugestivas de osteomas.

Fonte: FRAGA, 2019

### **3 METODOLOGIA**

Para construção do referencial teórico foram analisados trabalhos científicos, a partir de 2006, indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO, Google Acadêmico e livros de autores renomados.

A elaboração desse trabalho, com apoio das fontes de pesquisas, procurou seguir o seguinte roteiro: Quais são as manifestações sistêmicas e orofaciais de um paciente com Síndrome de Gardner, e como ela pode ser diagnosticada precocemente, seguido dos principais achados radiográficos na cavidade oral, prognóstico e a importância de se realizar o tratamento precoce, finalizando com a exposição de 4 relatos de casos clínicos.

## 4 DISCUSSÃO

A Síndrome de Gardner é uma condição patológica, autossômica dominante caracterizada pelo desenvolvimento de polipose adenomatosa familiar, além de anormalidades ósseas e em tecidos moles (CAMPOS et al.,2014; NEVILLE et al., 2016; CHARIFA; CRUZ et al.,2017;JAMIL; ZHANG, 2022).

Devido a presença da polipose adenomatosa, causada pelo gene APC mutacional, pacientes com a síndrome apresentam predisposição ao câncer colorretal, portanto, é fundamental o diagnóstico precoce (NEVILLE et al., 2016;YU et al., 2018; YEN et al.,2022).

As colônias de pólipos intestinais podem ser assintomáticos ou não (CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022; D' AGOSTINO et al., 2023), podendo ocorrer ainda no estômago, fígado, duodeno, baço, rins e cerebelo (TIOL-CARRILLO; TIOL-MORALES; BAHENA-MARTINEZ, 2021).

Também podem ser identificados: cistos epidermóides na pele; tumores dermóides do tecido mole; lesões pigmentadas do fundo de olho (NEVILLE et al., 2016; CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022).

Os osteomas são extremamente característicos na síndrome de Gardner, se desenvolvendo principalmente no crânio e maxilares, podendo invadir os seios paranasais. Radiograficamente se apresentam como imagens radiopacas, com densidade aumentada, com contorno delimitado ou difuso, variando de leve espessamento a grandes aumentos de volume (NEVILLE et al., 2016; TIOL-CARRILLO; TIOL-MORALES; BAHENA-MARTINEZ, 2021; D' AGOSTINO et al., 2023).

Importante ressaltar que frequentemente os osteomas se desenvolvem antes da formação dos pólipos intestinais, possibilitando o diagnóstico precoce com auxílio do cirurgião-dentista (WHITE, PHAROAH, 2015; SZREMETA, 2020).

Pacientes com a síndrome podem apresentar: anomalias dentárias (dentes supranumerários, raízes fusionadas, hipercementose), erupções tardias, dentes

inclusos, cistos dentígeros, odontomas (AGRAWAL, 2013; WHITE, PHAROAH, 2015; ANTONIO et al., 2017; YU et al., 2018).

O diagnóstico da síndrome é realizado a partir do histórico familiar, pois em 75% dos casos é herdado, além das características clínicas, exame intestinal (colonoscopia) e testes genéticos (CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022; D' AGOSTINO et al., 2023), além da oftalmoscopia e exame radiográfico das estruturas crâniofaciais (panorâmica e tomografia computadorizada por feixe cônico)(ANTONIO et al., 2017).

Os indivíduos com histórico familiar da polipose adenomatosa podem utilizar uma abordagem preventiva, com dieta saudável; uso de antiinflamatórios não esteróides (AINEs ou um inibidor COX2) para impedir o desenvolvimento dos pólipos; monitoramento com endoscopia baixa(CHARIFA; JAMIL; ZHANG, 2022).

O tratamento dos pólipos e do tumor dermóide é cirúrgico. Os osteomas dos maxilares e os cistos epidermóides são removidas com finalidade estética. É necessário acompanhamento clínico com reavaliações, no sentido oncológico (ANTONIO et al., 2017).

Os quatro casos clínicos apresentados no presente estudo retratam casos de pacientes jovens, com 8, 16, 23 e 25 anos de idade, nos quais foi realizado o diagnóstico precoce. A queixa principal de 3 desses pacientes foi a deformidade facial e o outro a retenção prolongada de incisivos centrais decíduos, sendo que já havia sido feito a troca de todos os outros dentes decíduos. Nos exames radiográficos, nos 4 pacientes detectou-se imagem radiopaca compatível com osteoma na mandíbula e 1 na maxila; 3 casos apresentavam odontoma. Conseqüentemente, todos os 4 pacientes com hipótese diagnóstica de síndrome de Gardner, sendo encaminhados para colonoscopia, todos com resultado positivo para a presença de pólipos, sendo que o paciente de 8 anos apresentava suspeita de possível transformação maligna (SARMIENTO et al., 2006; ANTONIO et al., 2017; FREITAS-FILHO et al., 2017; FRAGA, 2019).

Associando as informações coletadas nos casos clínicos relatados com as informações do estudo realizado por D'Agostino et al. (2023) vale sinalizar como um alerta ao cirurgião dentista, para a possibilidade de diagnóstico precoce da

síndrome de Gardner, a partir da identificação de osteomas nos maxilares, particularmente em mandíbula.

## **5 CONCLUSÃO**

O conhecimento sobre as manifestações orais da Síndrome de Gardner pode ser determinante para evitar uma possível evolução da polipose adenomatosa intestinal para adenocarcinoma, independente da idade do paciente.

Sabendo que os osteomas maxilares, principalmente em mandíbula por serem mais prevalentes na síndrome, precedem o desenvolvimento dos pólipos intestinais, a participação do cirurgião-dentista é fundamental na detecção dos osteomas, auxiliando no diagnóstico precoce, proporcionando qualidade e longevidade de vida aos pacientes acometidos.

## 6 REFERÊNCIAS

AGRAWAL, D.; NEWASKAR, V.; SHRIVASTAVA, S.; NAYAK, P. A. External manifestations of Gardner's syndrome as the presenting clinical entity. **BMJ Case Rep**, London, p. 1-5 , ago. 2014.

ANTONIO, N. C. Z.; PINHEIRO, G. L.; MEIRA, M. L. D.; HEIMLICH, F. V.; FREIRE, N. A.; ISRAEL, M. S. Síndrome de Gardner em paciente pediátrico diagnosticada a partir das manifestações bucais: relato de caso. **Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 2-9, 2017.

CHARIFA, A.; JAMIL, R.T.; ZHANG, X. Gardner Syndrome. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29493967/>. Acesso em: 21 mar. 2023.

CRUZ, I. A. N.; VERGÍLIO, F. S.; SILVA, L. L. C.; CRUZ, G. A. N. Síndrome de Gardner: relato de caso e breve revisão da literatura. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 5, p. 326-332, 2017.

D'AGOSTINO, S.; DELL'OLIO, F.; TEMPESTA, A.; CERVINARA, F.; D'AMATI, A.; DOLCI, M.; FAVIA, G.; CAPODIFERRO, S.; LIMONGELLI, L. Osteoma of the Jaw as First Clinical Sign of Gardner's Syndrome: The Experience of Two Italian Centers and Review. **J Clin Med.**, Basel, v.12. n.4, p.1-10 , 2023.

FRAGA, L. S. **Diagnóstico Precoce da Síndrome de Gardner: Importância da anamnese odontológica**. 2019. 30p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2019.

FREITAS-FILHO, S. A. J.; SOUSA, E.A.; ARAÚJO, A.J.M.; ASSIS, M.H.R.; ASSIS, M.R.; OLIVEIRA, D.T. Síndrome de Gardner com manifestações bucais: relato de caso. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v.25, p.121, 2017.

GAZELLI, A. **Síndrome de Gardner: complicações/manifestações na cavidade oral e relação com a saúde oral**. 2019. 29p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária)- Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2019.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; CHI, A.C. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

SANTOS, L. F. G.; CONCEIÇÃO, J. G.; RAMOS, M. E. B.; ISRAEL, M. S. Diagnóstico de Síndrome de Gardner Através de Manifestações Oraís. **Revista Dens.**, Curitiba, v. 15, n. 2, p.47, 2007.

SARMIENTO, M. E.; LESCALLE, G.R.; BORBOLLA, B.T.; ESPINOSA, I.V.. Osteoma gigante da mandíbula em um paciente com síndrome de Gardner. **Acta odontol. venez**, Caracas , v. 44, n. 2, p. 236-239, ago. 2006.

STEWART, J.C.B. Tumores não odontogênicos benígnos. In: REGEZI, J.; SCIUBBA, J.; JORDAN, R. **Patologia Oral. Correlações Clínicopatológicas**. 6ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SZEREMETA, P.A. **O Importante Papel do Cirurgião Dentista Frente ao Diagnóstico Precoce da Síndrome de Gardner: Revisão de Literatura**. 2020. 15p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Faculdade Cesumar Unicesumar, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Maringá, Paraná, 2020.

TIOL-CARRILLO, A.; TIOL-MORALES, A.; BAHENA-MARTÍNEZ, E. Síndrome de Gardner: informe de un caso y revisión de la literatura. **RevADM**, Cidade do México, v.78,n.6, p. 356-360, 2021.

TOMMASI, A. F. Tumores Ósseos. In: TOMMASI, M.H. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. 4ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

WHITE, S.C.; PHAROAH, M.J. **Radiologia Oral. Princípios e Interpretação**. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

YU, D.; BENJAMIN, N.G. C.W.; ZHU, H.; LIU, J.; LIN, Y. Bone and dental abnormalities as first signs of familial Gardner' syndrome in a Chinese family: a literature review and a case report. **Med Sci**, Paris, v. 34, p. 20-25, 2018.

YEN, T.; STANICH, P.P.; AXELL, L.; PATEL, S.G. APC- Associated Polyposis Conditions. Gene Reviews. 2022. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1345/pdf/Bookshelf\\_NBK1345.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1345/pdf/Bookshelf_NBK1345.pdf). Acesso em: 14 nov. 2022.

ZAMPIERI, A. R. S. **Síndrome De Gardner: Uma Revisão De Literatura**. 28p. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)- Centro Universitário Guairacá. Guarapuava, 2021.