



CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES - UniGOYAZES

CURSO DE ODONTOLOGIA

SÍNDROME DE GARDNER: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Chistiany Guimarães de Oliveira

Rayssa Neves de Freitas

Orientador: Prof. Me. Renerson Gomes dos Santos

Trindade-GO

2021



CENTRO UNIVERSITÁRIO GOYAZES – UniGOYAZES

CURSO DE ODONTOLOGIA

SÍNDROME DE GARDNER: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Chistiany Guimarães de Oliveira

Rayssa Neves de Freitas

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
Goyazes – UniGOYAZES como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel
em Odontologia.**

Orientador: Prof. Me. Renerson Gomes dos Santos

Trindade – GO

2021

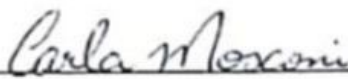
Chistiany Guimarães de Oliveira
Rayssa Neves de Freitas

SÍNDROME DE GARDNER: UMA REVISÃO DE LITERATURA

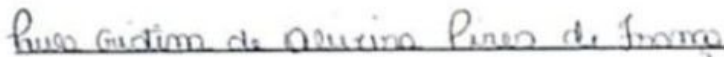
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário
Goyazes – UniGoyazes como
requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel em Odontologia
aprovada pela seguinte banca
examinadora:



Prof. Me. Renerson Gomes dos Santos
Centro Universitário Goyazes – UniGoyazes



Prof. Dra. Carla Mosconi
Centro Universitário Goyazes – UniGoyazes



Esp. Dra. Paula Cristina de Oliveira Pires de França

Trindade - GO

2021

SÍNDROME DE GARDNER: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Chistiany Guimarães de Oliveira¹, Rayssa Neves de Freitas¹, Renerson Gomes dos Santos².

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Gardner, autossômica dominante, é uma variante *Adenomatous polyposis coli* (APC), afeta o cromossomo 5q21. Ela é considerada uma Polipose Adenomatosa Familiar, afeta de forma igual homens e mulheres. É caracterizada por manifestações intestinais e extraintestinais. As manifestações intestinais ocorrem pelo crescimento múltiplo do colón, conhecido como pólipos, apresenta alto potencial de malignidade, o controle dessas lesões se dá pelo gastroenterologista. As manifestações extraintestinais, podem ocorrer tanto em tecido mole quanto em tecido ósseo, o paciente pode apresentar dentes supranumerários, osteomas, cistos, lipomas, fibromatoses, odontomas, tumores ósseos e de tecido mole. O diagnóstico e controle dessas alterações se dá pelo acompanhamento do cirurgião-dentista, radiologista e cirurgião de cabeça e pescoço bucomaxilofacial. **OBJETIVOS:** O objetivo deste trabalho, através de uma revisão da literatura, é abordar sobre a importância dos sinais e sintomas, do diagnóstico e do acompanhamento do cirurgião-dentista no tratamento da Síndrome de Gardner. **METODOLOGIA:** A metodologia aplicada é parte revisão literária, alinhada a pesquisa bibliográfica e jurisprudência de caráter qualitativo e descritivo. **CONCLUSÃO:** O exame feito de forma minuciosa e detalhada, mostrará que não são fatos raros e isolados, portanto, o quanto antes levar o paciente ao cirurgião-dentista o diagnóstico poderá ser feito e tratado, começando o tratamento com uma equipe multidisciplinar, ou seja, a ação conjunta levará ao sucesso do tratamento, não ocasionando alterações em outras partes do corpo. **PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Gardner. Pólipos. Bucomaxilofacial. Gastroenterologista.

¹ Acadêmico do Curso de Odontologia do Centro Universitário Goyazes - UniGoyazes

²Orientador: Professor do curso de Odontologia do Centro Universitário Goyazes – UniGOYAZES.

GARDNER'S SYNDROME: A LITERATURA REVIEW

Chistiany Guimarães de Oliveira¹, Rayssa Neves de Freitas¹, Renerson Gomes dos Santos².

ABSTRACT

INTRODUCTION: Gardner's syndrome, autosomal dominant, is a variant (APC) *Adenomatous polyposis coli* that affects chromosome 5q21. It is considered a Familial Adenomatous Polyposis, affecting men and women equally. It is characterized by intestinal and extraintestinal manifestations. Intestinal manifestations occur due to the multiple growth of the colon, known as polyps, which have a high potential for malignancy, these lesions are controlled by the gastroenterologist, while extraintestinal manifestations can occur both in soft tissue and in bone tissue, such as supernumerary teeth, osteomas, cysts, lipomas, fibromatosis, odontomas, bone and soft tissue tumors, where the diagnosis and control of these changes is given by the follow-up of the dentist, radiologist and head and neck surgeon, maxillofacial. **OBJECTIVES:** The objective of this work, through a literature review, is to approach the importance of symptoms, diagnosis and the dentist in the treatment of Gardner's Syndrome. **METHODOLOGY:** The applied methodology is part of a literary review, aligned with bibliographical research and jurisprudence of a qualitative and descriptive character. **CONCLUSIONS:** The thorough and detailed examination will show that these facts are not rare and mandatory, therefore, as soon as possible to take the patient to the dentist, the diagnosis can be made and treated, starting the treatment with a multidisciplinary team, or that is, a joint action will lead to a successful treatment, not causing changes in other parts of the body.

KEYWORDS: Gardner's Syndrome. Polyps. Maxillofacial. Gastroenterologist.

¹ Academic of the Dentistry Course at Faculdade União de Goyazes - UniGoyazes

² Advisor: Prof. Master of the Dentistry course at Faculdade União de Goyazes – UniGoyazes.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer primeiramente à Deus por sempre estar conosco em nossos corações. Por estar nos guiando e iluminando todos os dias, nos momentos difíceis por pegar em nossas mãos, nos momentos de falhas e tristeza, nos dando esperança para jamais desistir.

À nossa família, em especial às nossas mães, Elisângela Neves e Gilda Maria por nos proporcionar realizar nossos sonhos, sempre em contato conosco, nos motivando, dando incentivos para continuar, pelas noites de insônia e preocupações, é com muito orgulho que dizemos a vocês que essa etapa finalmente terminou e que jamais esqueceremos o processo e toda luta para nos fazer chegar até aqui, sem vocês, nada disso seria possível.

Aos nossos professores, orientadores e profissionais que nos acompanharam, deixamos nosso muito obrigado. Obrigada por cada ensinamento, por cada puxão de orelha, por sempre estar ajudando e demonstrando que a odontologia funcional não foi esquecida, que fazer o seu melhor diante de circunstâncias difíceis tem seu valor, por nos incentivar e mostrar o outro lado da odontologia, a odontologia humanizada, seus ensinamentos ficaram em nossos corações.

Por fim, queremos agradecer e dedicar à pessoa que esteve ao nosso lado, dando conselhos, ensinando e o mais importante, que não nos deixou desistir desse sonho. A sua forma de falar e o seu jeito, nos fez entender que existe algo maior e estamos aqui para aprender e levar o melhor para as pessoas, seja a forma de conversar, de dar uma notícia, o jeito de atender um paciente, o sorriso que se pode tirar e deixar, ao Prof. Dr. Cláudio Maranhão, o nosso muito obrigado. Jamais esqueceremos de você!

SUMÁRIO

Introdução	8
Objetivos	10
Metodologia	11
Revisão de literatura	12
Anomalias dentárias	12
Manifestações específicas da Síndrome de Gardner	13
1 Cistos epidermóides, dermóides e sebáceos	13
2 Fibromas e fibromatoses de tecido mole	14
3 Hipertrofia congênita do epitélio pigmentar da retina	15
4 Osteomas	15
5 Pólipos no estômago e intestino	18
6 Diagnóstico	19
7 Tratamento	20
Discussão	22
Conclusão	23
Referências	24

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Gardner é uma alteração genética, variante da Polipose Adenomatosa Familiar que afeta por igual tanto homens quanto mulheres. Tem alterações intestinais e extrasintestinais que juntas causam a síndrome, podendo causar alterações no paciente como carcinoma de tireoide, aumento de volume facial unilateral, lesões intestinais, cistos, alterações dentárias, lesões ósseas e hipertrofia da retina (OLIVEIRA T *et al*, 2013; AL-OUF K *et al*, 2018).

As alterações ósseas são comumente encontradas no crânio, como na mandíbula, ossos faciais e seios paranasais. Na mandíbula encontra-se facilmente como o primeiro achado clínico os osteomas e dentes supranumerários (DR. KESHARWAWANI NP *et al*, 2018).

Alteração genética que afeta o cromossomo, a síndrome pode ser diagnosticada de várias formas, mas o principal diagnóstico se dá pelas alterações extrasintestinais, porém, com as intestinais há sua descoberta. Sua primeira ocorrência acontece no exame de rotina no consultório através de uma radiografia, aumento de volume, cistos ou através de uma queixa do paciente, cujo exames detalhados levará a sua descoberta (BRUCOLI M *et al*, 2011).

Diagnosticado, o paciente é acompanhado por um gastroenterologista e dermatologista, pois outras alterações podem surgir, como cistos na pele, cistos sebáceos, cistos dermóides, tumores de pele e de tecido conjuntivo benigno, no intestino pode ocorrer a presença de vários pólipos adenomatosos que se não tratados podem transformar em adenocarcinoma. No cólon é feita colectomia e proctocolectomia (CAHUANA A *et al*, 2005; SANTANA P *et al*, 2012).

Visto as informações preliminares, entende-se que os exames são de suma importância para diagnóstico diferencial da Síndrome de Gardner, onde são utilizados exames histopatológicos, teste genético, radiografia, tomografia e colonoscopia. Portanto esta revisão tem a importância do cirurgião-dentista e do cirurgião de cabeça e pescoço, bucomaxilofacial, no acompanhamento dos pacientes e exames complementares para melhor diagnóstico (OLIVEIRA T *et al*, 2013).

Tendo em vista que a Síndrome de Gardner é variável por ser uma tríade, pois ela envolve manifestações intestinais, dermatológicas e craniofaciais que

podem desenvolver durante a infância e adolescência, o diagnóstico é comumente atrasado apesar da presença de pistas durante um período significativo, por isso a importância da junta médica para maior avaliação dos sintomas e a certeza de um diagnóstico (GU *et al*, 2008).

OBJETIVOS

Como a Síndrome envolve diferentes órgãos seu tratamento geralmente é difícil, pois o efeito terapêutico é incerto. Justifica-se a realização desse estudo, uma vez que o diagnóstico e tratamento feito tardiamente pode gerar maior risco ao paciente, transformando em malignidades. Por isso se faz necessário a realização desse trabalho, alertando o cirurgião-dentista sobre os sintomas e sinais clínicos, pois o primeiro contato do profissional com a síndrome será no consultório, ocorrendo na consulta de rotina, portanto é de suma importância saber conhecer a síndrome para um diagnóstico precoce.

Considerando que é uma alteração genética, hereditária, deve-se ficar atento, ou seja, necessita-se de uma investigação parental passada e futura, tornando o diagnóstico precoce, tornando maiores as chances de tratamento e diminuição da morbimortalidade.

METODOLOGIA

Foi realizado uma revisão integrativa do tema abordado, contendo as seguintes etapas: identificação do tema, formulação da questão de pesquisa, elaboração dos critérios de inclusão e exclusão de artigos encontrados, edificação de instrumento para coleta de dados relevantes dos artigos encontrados, avaliação e análise dos artigos previamente selecionados, interpretação e discussão dos resultados obtidos e apresentação da revisão. (MATA, MADEIRA; 2010).

A busca foi realizada na base eletrônica de dados “PUBMED, GOOGLE ACADÊMICO, ScELO” com os seguintes descritores oficiais, Gardner, pólipos estomacais, supranumerários, odontomas, cistos epidermóides, gene APC. Foi encontrado trinta trabalhos, divididos em artigos e monografias, utilizado como base principal o livro Patologia Oral e Maxilofacial dos escritores Neville, Damm, Allen e Chi, 3ª edição, foram discutidos e selecionados, os de maior importância foram utilizados como referência do trabalho realizado, ou seja, ao final foi escolhido dezessete artigos e a base principal, o livro Patologia Oral e Maxilofacial que ao final mostrará notoriedade do cirurgião-dentista desde o diagnóstico até a etapa final do tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

A síndrome, uma doença hereditária, herdada de forma dominante não apresenta predileção por gênero e idade, contudo a doença pode se elevar através de mutações esporádicas no gene APC, podendo afetar, crianças, adultos e idosos, ou seja, afeta de forma geral a população. A doença foi descrita por Elton John Gardner em 1953 pela primeira vez, deriva da mutação de um gene que afeta o cromossomo 5.

Desordem variável, pois é uma tríade, envolve manifestações, intestinais, dermatológicas e craniofaciais. Definida por seus diversos sintomas tanto intestinais quanto extraintestinais. Como característica principal tem os pólipos no colón que é aparente em 80% dos pacientes e as anomalias dentárias.

Anomalias dentárias

Um dos primeiros sinais aparentes nos pacientes são as anomalias dentárias, pois o número de deslocamento de pessoas ao consultório é de alto nível, sendo desde a infância até a velhice.

No consultório através de exames complementares é observado algumas alterações, que investigado com outros sintomas se dá o diagnóstico da síndrome.

Essas alterações dentárias incluem:

- Odontomas;
- Hipodontia;
- Dentes supranumerários;
- Dentes impactados ou inclusos;
- Cisto dentífero.

Estudos mostraram novas alterações, os pacientes diagnosticados com a síndrome têm maior densidade óssea e hiper cementose, outra alteração encontrada é a redução do espaço periodontal reduzido que levará a dificuldade de extrações e impossibilidade de fazer tratamento ortodôntico.

A alteração que mais afeta os pacientes é a hipodontia, pois leva o paciente a ter baixa autoestima, deficiência mastigatória e problemas digestivos.

Manifestações específicas da Síndrome de Gardner

A síndrome por sofrer uma mutação no gene, ela tem manifestações em lugares diferentes do corpo, pele, osso, intestino, podendo ter suas variações, os sintomas são:

- Cistos epidermóides, dermóides e sebáceos;
- Fibromas e fibromatoses de tecido mole;
- Hipertrofia congênita do epitélio pigmentar da retina.
- Osteomas;
- Pólipos no estômago e intestino.

1. Cistos epidermóides, dermóides e sebáceos

Os tumores de tecido mole manifestados na síndrome, são os cistos epidermóides, cistos dermóides, cistos sebáceos, fibromas ou lipomas, ocorrem entre 50% a 70% dos casos, sua manifestação ocorre na adolescência antes do aparecimento dos pólipos. Na figura 1, a seguir pode ser observado os cistos epidermóides. São encontrados geralmente na face, couro cabeludo e extremidades, mas podem acometer toda superfície cutânea.

Os cistos dermóides tem prevalência em tecidos moles profundos, infiltrativo e com recorrência local. São assintomáticos, mas podem causar danos pelo seu tamanho e localização.

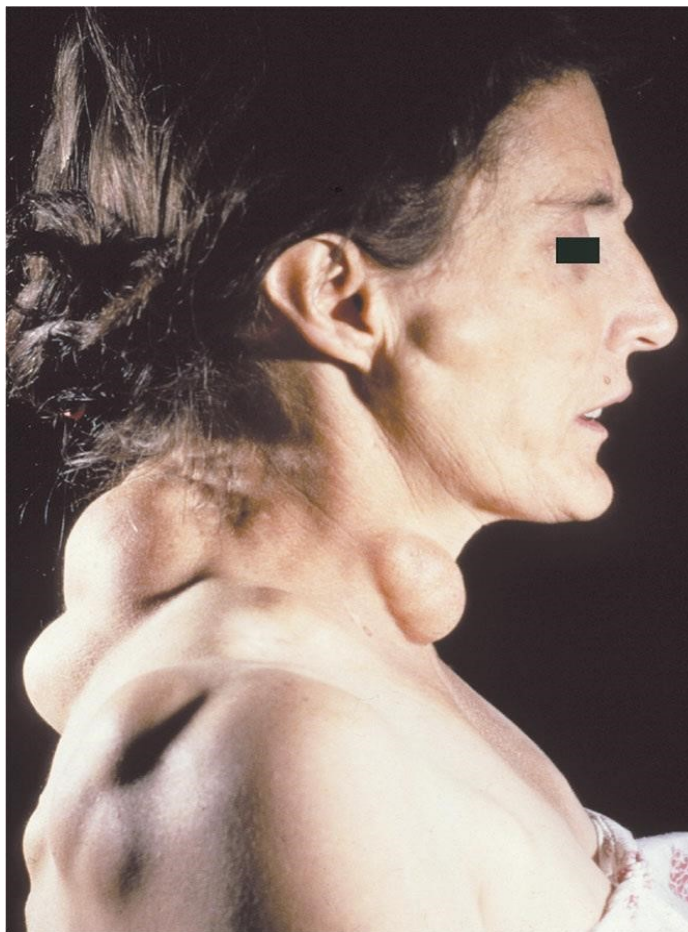


Figura 1- Síndrome de Gardner. Paciente apresenta múltiplos cistos epidermóides. **Fonte:** Neville, 2016.

2. Fibromas e fibromatoses de tecido mole

Dentro da síndrome ele manifesta por volta de 40 anos de idade. Formado por tecido mole, caracterizado por suas massas serem infiltrativas e bem fibrosas, sua origem advém do fibroblasto.

Esses tumores são benignos, mas tem grande índice de mortalidade, pois através de seu crescimento excessivo ele criará pressão sobre outros órgãos.

O tratamento mais adequado para esses tumores é ressecção cirúrgica de margem livre, quando a ressecção é insatisfatória se tem 80% de chances de reincidência.

Com o passar dos tempos novos estudos foram feitos trazendo novas formas de tratamento, outro método utilizado é à administração de antiinflamatórios não estereodais e antiestrogênicos cujo resultado é diminuição do tumor e sintomatologia.

3. Hipertrofia congênita do epitélio pigmentar da retina

Lesão pigmentada e plana, não causa dano a saúde do paciente, é uma descoloração no fundo ocular. Para seu diagnóstico é necessário que ela esteja de forma bilateral ou múltipla, caso seja encontrada é necessário apenas acompanhamento.

4. Osteomas

Assintomáticos, são tumores benignos, causado pela proliferação de osso compacto e esponjoso.

Classificado de três formas:

- I. Centrais – originam do endóstio (camada de tecido conjuntivo que reveste as cavidades medulares dos ossos);
- II. Periféricos – originam do perióstio (membrana de tecido conjuntivo denso que envolve os ossos);
- III. Extraesqueléticos – formado a partir de tecido mole.

Tem manifestações múltiplas ou única, variando seu tamanho. De fácil localização no crânio, mas podem manifestar na mandíbula, maxila e cavidades sinusais.

Os osteomas que manifestam no crânio causam dores de cabeça, sinusite recorrente e alterações na visão.

Os periféricos se encontram nos seios paranasais, ângulo e corpo da mandíbula, levam a deformidades faciais e trismo .

Histologicamente tem dois tipos: osteomas compactos, compostos de osso denso com mínima quantidade de tecido medular, osteomas centrais, compostos de osso trabeculado e de medula fibrogordurosa, levando a uma atividade osteoblástica evidente, porém há uma terceira classificação, a junção de ambos.

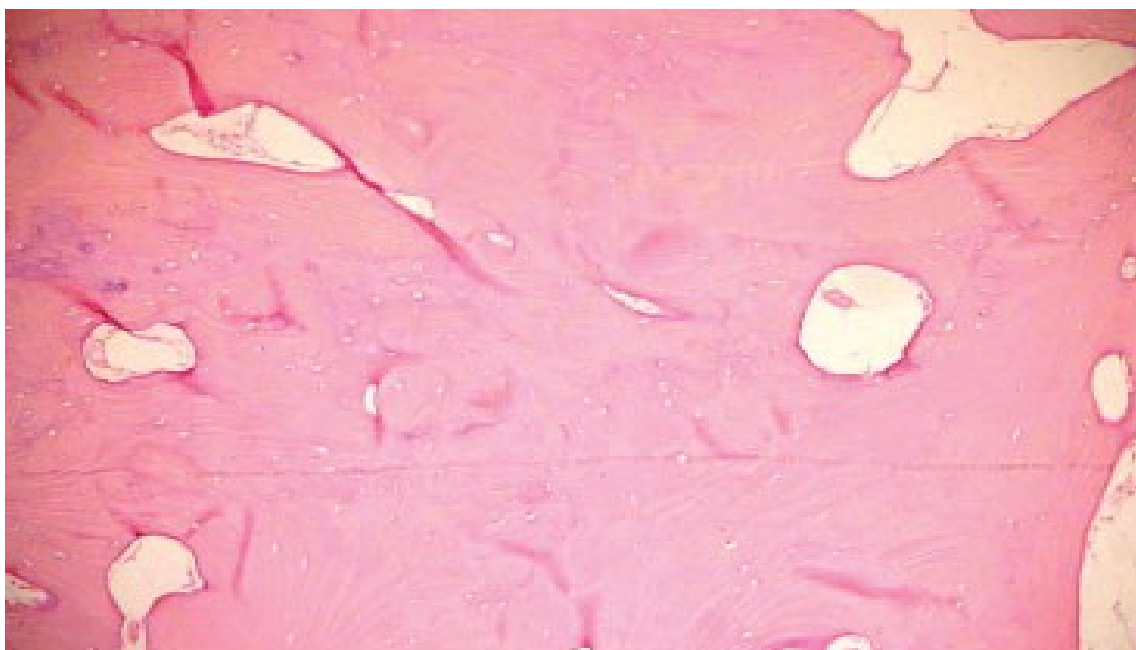


Figura 2- Osteoma, aspecto histopatológico osso denso, com poucos elementos medulares. **Fonte:** Horikawa. F; Freitas. R; Maciel. F; Gonçalves. A; Peripheral osteoma of the maxillofacial region: a study of 10 cases. Original article. Braz.j. otorhinolaryngol. 5.oct.2012

Radiograficamente aparecem com massas escleróticas radiopacas bem circunscritas. Os osteomas endosteais são descobertos nos exames radiográficos de rotina, porém os osteomas periféricos necessitam de um exame mais detalhado, por isso a tomografia computadorizada.



FIGURA 3. Radiografia panorâmica evidenciando radiopacidades múltiplas na mandíbula. **Fonte:** Fraga. L; Diagnóstico precoce da Síndrome de Gardner: a importância da anamnese odontológica. 2019.29 Monografia. (Trabalho para Conclusão de Curso)-UFS. Universidade Federal do Sergipe-Campos Professor Antônio Garcia Filho-Departamento de Odontologia Lagarto DOL, Sergipe.2019.

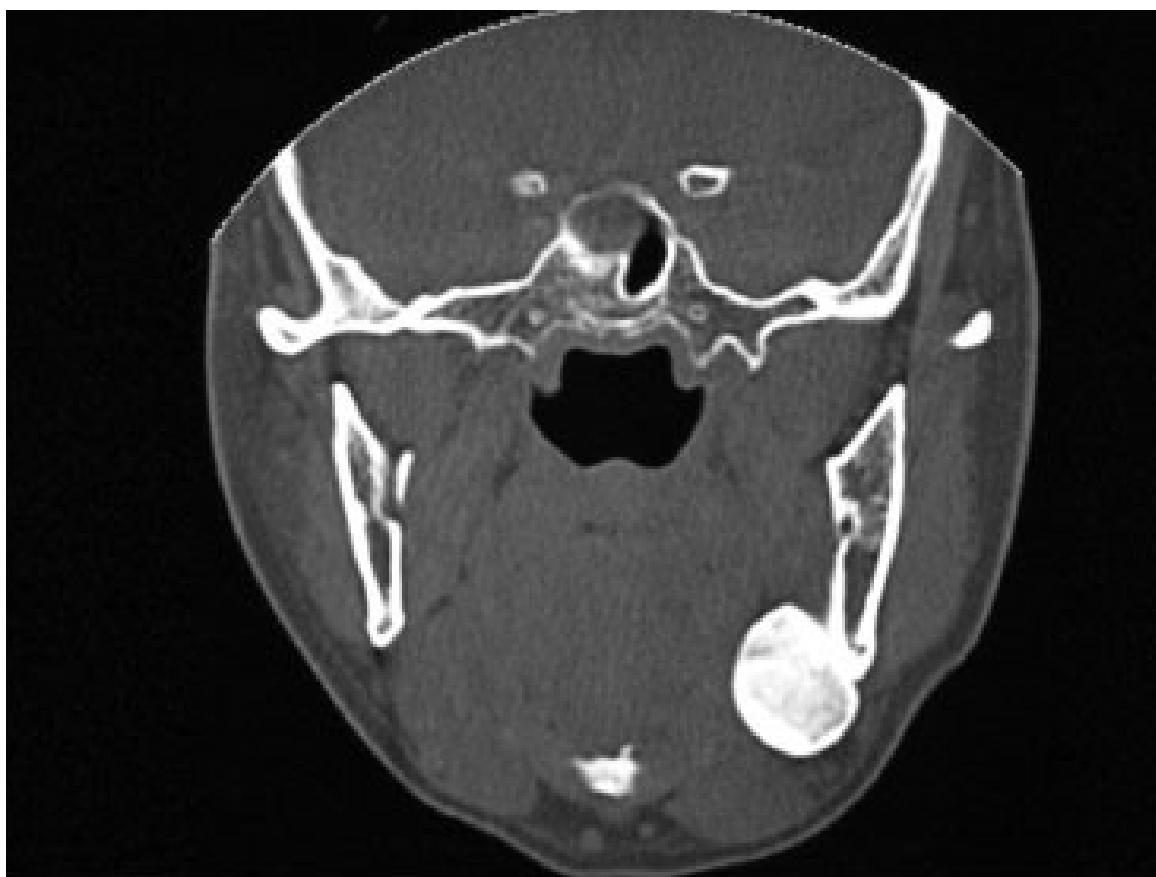


Figura 4- Tomografia computadorizada em vista coronal mostrando osteoma periférico em ângulo mandibular esquerdo. **Fonte:** Horikawa. F; Freitas. R; Maciel. F; Gonçalves. A; Peripheral osteoma of the maxillofacial region: a study of 10 cases. Original article. Braz.j. otorhinolaryngol. 5.oct.2012

Osteomas grandes que são os de ângulo de mandíbula ou de corpo de mandíbula são tratados de forma cirúrgica, excisão conservadora, as lesões de côndilo de tamanho excessivo necessitam de condilectomia, entretanto os pequenos, que são assintomáticos não necessitam ser tratados, mas é de suma importância fazer o acompanhamento da lesão.

São lesões benignas e não há transformação malignas, portanto a recidiva depois da excisão é extremamente rara.

5. Pólipos no estomago e intestino

As manifestações começam na puberdade, pois é a fase onde ocorre o maior pico hormonal. São encontradas nas mucosas do reto e cólon, mas há casos que manifestam no trato digestivo superior (estomago e duodeno) e intestino delgado.

Por uma visão histológica, podem ser classificados em tubulares, vilosos ou em uma junção de ambos.

Diagnosticados, são instruídos sobre o desenvolvimento de câncer colorretal e de sua taxa de 100%, portanto são indicados a fazerem colectomia profilática.

Para avaliação é feito colonoscopia e endoscopia, descobrindo os pólipos, necessário fazer sua retirada, não realizado, a lesão se transformará em adenocarcinoma. Lesões de grandes proporções podem causar sangramento, obstrução intestinal e intussuscepção.



FIGURA 5- Colonoscopia exibindo múltiplos pólipos. **Fonte:** Fraga. L; Diagnóstico precoce da Síndrome de Gardner: a importância da anamnese odontológica. 2019.29 Monografia. (Trabalho para Conclusão de Curso)-UFS. Universidade Federal do Sergipe-Campus Professor Antônio Garcia Filho-Departamento de Odontologia Lagarto DOL, Sergipe.2019.

6. Diagnóstico

O diagnóstico da síndrome é complexo, portanto é necessário uma investigação detalhada, por isso os seguintes itens devem ser feitos de forma minuciosa:

- I. Anamnese;
- II. Exame físico;
- III. Exames complementares, (radiografia, tomografia computadorizada, endoscopia, colonoscopia).

A síndrome por ser uma doença assintomática, se torna de difícil diagnóstico e percepção. O primeiro profissional a se deparar com as alterações é o cirurgião-dentista nas consultas de rotinas. Esse fato se dá por uma

anamnese detalhada, inspeção extra oral e radiografias panorâmicas que juntos apontam alterações ósseas e cutâneas durante a palpação da face, havendo esses

sintomas, o cirurgião-dentista deve encaminhar o paciente para um gastroenterologista e bucomaxilofacial.

Podendo manifestar de forma dupla ou tripla, portanto os sintomas são encontrados em conjunto, o diagnóstico fica visível e de fácil conclusão.

Por isso, após as manifestações isoladas ou duplas, como, anomalias dentárias e osteomas o gastroenterologista entra solicitando endoscopias, retossigmoidoscopia com biópsia dos pólipos, enema com duplo contraste, radiografia do crânio, da face e dos ossos longos e radiografia com contraste do esôfago, estômago, duodeno e do trânsito intestinal para melhor diagnóstico.

O papel do cirurgião-dentista é de suma importância, através de exames radiográficos e de consultas de rotina o paciente pode ser diagnosticado de forma precoce, não deixando que aja evolução nas manifestações intestinais e ósseas.

Tendo em vista que é uma doença hereditária e mutação genética, é preciso examinar o histórico familiar, caso encontre histórico de câncer é necessário submeter a exames de rotina, como, radiografias de ossos longos e do crânio, trato intestinal alto e baixo e exames endoscópicos e se necessário, confirmar o diagnóstico com o teste genético.

Após diagnóstico definitivo da Síndrome de Gardner os pacientes devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar. Visto que é uma síndrome que afeta de forma geral a estética do paciente, a autoestima ficará baixa, acarretando em problemas psicológicos, por isso além do cirurgião-dentista, bucomaxilofacial, gastroenterologista é importante incluir na equipe um psicólogo.

7. Tratamento

O protocolo de tratamento para os pacientes diagnosticados com Síndrome de Gardner ocorre de forma isolada, pois cada manifestação e sintoma é diferente, atuam em áreas distintas das afetadas, ou seja, diferentes tipos de tratamentos

são indicados, visando diminuir a mortalidade e morbidade, prevenindo assim as funções anatômicas.

Para os cistos o ideal é fazer acompanhamento com médico dermatologista, já as manifestações de tamanho exacerbado são indicadas tratamento cirúrgico amplo e com margens de segurança.

Sabendo que os pólipos podem se transformar em malignos, câncer colorretal, o tratamento mais indicado é a proctocolectomia total, dessa forma evita o desenvolvimento do câncer.

Outras formas de tratamento são: colectomia total com anastomose ileorretal, colectomia subtotal e se necessário retossigmoidoscopias com qualidade. (CAMPOS et al., 2014).

Em ambos os casos, tanto intestinais quanto cutâneos, em que as neoplasias não poderão ser retiradas por ressecção, pode ser indicado quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal. (CAMPOS et al., 2014).

Os osteomas são tratados de formas distintas, podem manifestar na face e mandíbula, apresentam sintomatologia diferente. Os de grandes manifestações devem ser tratados de forma cirúrgica, os osteomas presente em côndilo são indicados condilectomia e os periféricos ressecção local.

Em casos de manifestações em mandíbula e côndilo a melhora pós-operatória é imediata, entretanto o paciente ainda necessita de acompanhamento e reabilitação a longo prazo (CAMPOS et al., 2014).

DISCUSSÃO

Oliveira *et al*, (2013), AL-OUF K *et al* (2018) e NEVILLE *et al*, (2009), afirmaram que a Síndrome de Gardner é uma alteração genética, variante da Polipose Adenomatosa Familiar. Os autores declaram que as alterações podem se manifestar de forma intestinal e extrasintestinal que juntas causam a síndrome, podendo causar alterações no paciente como, aumento de volume facial, lesões intestinais, cistos e lesões ósseas.

Hirose *et al*, (2020) e Campos *et al* (2014), consideraram que é uma alteração genética, hereditária, que necessita de uma investigação parental passada e futura, tornando o diagnóstico precoce e as chances de tratamento maior, em consequência levando a diminuição da morbimortalidade.

Cahuana *et al*, (2005), Sanatana *et al*, (2012) e Campos *et al* (2014), afirmaram que diagnosticado, o paciente deve ser acompanhado por gastroenterologista, pois no intestino pode ocorrer a presença de vários pólipos adenomatosos que se não tratados se transformar em adenocarcinoma.

Costa *et al* (2014) e Neville *et al* (2009) concluíram que o prognóstico e preservação depende tanto do comportamento biológico e acompanhamento quanto do paciente.

Hirose *et al*, (2020) e Cahuana *et al*, (2005) concordaram da importância da participação do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce no tratamento da síndrome e na prevenção do desenvolvimento de neoplasias colorretais.

CONCLUSÃO

Como foi exposta, a Síndrome de Gardner ocorre em decorrência de uma mutação genética rara a qual pode ocorrer o desenvolvimento de lesões graves, como, aumento de volume facial unilateral, lesões intestinais, cistos, alterações dentárias, lesões ósseas e hipertrofia da retina.

É importante que tenham a atenção redobrada às características que os pacientes podem apresentar. Muitas vezes o cirurgião-dentista acaba sendo o primeiro profissional da área da saúde a identificar os sinais de que a síndrome está se manifestando, tendo assim um papel fundamental, visto que ele irá orientar o paciente a investigar imediatamente junto ao médico.

A investigação familiar precoce é de extrema necessidade, levando em conta que 80% dos casos de Síndrome de Gardner são hereditários com penetrância completa.

Com um diagnóstico precoce, exame genético e controle de forma minuciosa e detalhado das manifestações através de uma ação conjunta do cirurgião-dentista, bucomaxilofacial, gastroenterologista e radiologista resultam no sucesso do tratamento, não ocasionando alterações em outras partes do corpo e obtendo uma boa preservação do paciente portador.

REFERÊNCIAS

ADISEN, MZ. OKKESIN, A. MILRSILIOGLU, M. **The Importance of Early Diagnosis of Gardner's Syndrome in Dental Examination**, Nigerian Journal of Clinical Practice, Vol. 21, Nº 1, p. 114-116, fevereiro/2018.

BALDINO, M E. FIGUEIREDO, M A. KOTH, V. SALUM, F. CHERUBINI, K. SILVA, D. **Gardner Syndrome With Maxillofacial Manifestation: A Case Report**, Special Care Dentistry Association and Wiley Periodicals, Vol. 39, Nº 1, p. 65-71, março/outubro 2018.

BOFFANO, P. MD. BOSCO, G. MD, DDS. GERBINO, G. MD, DDS. **The Surgical Management Of Oral and Maxillofacial Manifestations of Gardner Syndrome**. Vol. 68, Nº10, p.2549-2554, outubro/2010

BRUCOLI, M. MD, GIARDA, M. MD, BENECH, A. PhMD. **Gardner Syndrome: Presurgical Planning and Surgical Management of Craniomaxillofacial Osteomas**, The Journal of Craniofacial Surgery, Volume 22, Nº 3, p. 946-948, Maio/2011.

CAHUANA, A. PALMA, C. PARRI, F. **Oral Manifestation of Gardner's Syndrome in Young Patients: report of three cases**, Supplement to European Journal of Paediatric Dentistry, Vol. 6, nº 3, p. 23-27, março/2005.

CAMPOS, E. RIBEIRO, S. MANFREDINI, R. KFOURI, D. CALCIOLARI, C. CALVALCANTI, T. **Síndrome de Gardner: Mutação do gene APC associada à neoplasia desmóide de parede abdominal**, Rev. Med. Res. Curitiba, v. 16, n. 2, p. 139- 143, abril/junho 2014.

CAMPOS, F. HABR-GAMA, A. KISS, D. ATUÍ, F. KATAYAMA, F. GAMA-RODRIGUES, J. **Manifestações extracolônicas da polipose adenomatosa familiar: incidência e impacto na evolução da doença**, Arq.Gastroenterol, Vol. 40, nº 2, abril/junho 2003.

CHIMENOS-KÜSTNER, E. PASCUAL, M. BLANCO, I., FINESTRES, F. **Hereditary familial polyposis and Gardner's syndrome: Contribution of the odontostomatology examination y descripción de un caso**, Med. Oral. Patol. Oral Cirur. Bucal, v. 10, n. 5, p. 402-409, novembro/2005.

Dr. KESHARWANI, P. Dr. TIWARI, R. Dr. RAMAIAH, A. Dr. JAIRAJ, A. Dr. ANAND, R. Dr. TIWARI, H. **Multiple Odontoma in Gardner syndrome: unusual report**, International Journal of Applied Dental Sciences, Vol.4, nº 3, p. 284-286, maio/junho 2018.

GAMBA, T. OLIVEIRA, M. FLORES, I. ALMEIDA, S. HAITER-NETO, F. BRADLEY, R. XAVIER, J. LOPES, S. **Gardner's syndrome suggested by radiographic findings, Stomatol**, Vol. 19, Nº 37, p. 4-9, Julho/Dezembro 2013.

GU, G. WANG, S. WEI, X. BAI, L. **Diagnosis and treatment of Gardner syndrome with gastric polyposis: a case report and review of the literature**, World Journal Of Gastroenterology United States, v. 14, n. 13, p. 2121-2123. Abril/2008.

HIROSE, P. HUBIE A. LANDGRAF H. **GARDNER'S SYNDROME: CASE REPORT**, Revista Thêma et Scientia, Vol. 10, nº 1, p. 234-240, janeiro/junho 2020.
Journal of Oral Maxillofacial Surgery, Vol. 68, Nº10, p.2549-2554, outubro/2010.

LONCAVERIC, S. BRAJKOVIC, D. POPOVIC, M. GARDASEVIC, M. SEKULIC, M. MATEJIC, S. **The Surgical Management of Gardner Syndrome Manifestation in The Maxillofacial Region: A Case report**, Serbian. Journal of Experimental and Clinical Research, Volume 20, edição 1, p. 89-91, maio/2019.

MATA, L. MADEIRA, A. **Análise da produção científica sobre educação profissionalizante da enfermagem brasileira: uma revisão integrativa**, Rev. Min. Enferm, v.14, n.3, p.424-433, abril/2010.

NETO, L. SUDBRACK, C. KREBS, P. KELLERMANN, M. BORBA, T. BORBA, A. **Polipose adenomatosa de cólon e Síndrome de Gardner: relato de caso clínico**. Caderno de Debates da RBORL, vol. 71, ed. 6, p. 21-24, novembro/dezembro 2005.

NEVILLE, BW. DAMM, DD. ALLEN, CM. BOLQUOT, JE. **Patologia oral e maxilofacial**. 3º edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SALTI, L. RASSE, M. AL-OUT, K. **Maxillofacial Radiographic study of Gardner's syndrome presenting with odontogenic myxoma: A rare case report**, Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal, Vol. 20, Nº 2, p. 59-64, junho/2018.

SANTANA, D. FIGUEIREDO, J. MEYER, M. FERREIRA, P. VALENTE, G. REIS, M. **Giant Desmoid Tumor of The Abdominal Wall in The Patient With Gardner Syndrome**, Journal of Coloproctol, Vol. 32, Nº3, p. 316-320, Julho/Setembro 2012.

