EDIÇÃO XXII

Fundamentos e Práticas

Pediátricas e Neonatais

Capítulo 08

LESÕES BUCAIS FREQUENTES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: REVISÃO DE LITERATURA

CAMILLA FIGUEIREDO RAPOSO BRILHANTE[1]
HELBERT HENRIQUE ROCHA ARAGÃO[1]
JÉSSIKA GUILHERME DE ALMEIDA GONÇALVES[1]
MARIA CAROLINA MAGALHÃES DE CARVALHO[1]
RENATA ROQUE RIBEIRO[1]
SARAH EMMILY DA SILVA[1]
DÉBORAH GONDIM LAMBERT MOREIRA[2]
ÚRSULA COSTA[2]
LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ[3]

[1]Mestrando - Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
[2]Doutorando – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
[3]Doutora, Docente – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-Chave: *Patologia Bucal; Diagnóstico; Odontopediatria.*

10.59290/978-65-6029-210-9.8

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

De acordo com o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, as crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos, constituem 33,0% da população total do país (IBGE, 2023), configurando um grupo representativo e de interesse dentro das políticas governamentais com a finalidade de garantir um desenvolvimento saudável. Nesse sentido, é essencial uma atenção direcionada à saúde bucal da população pediátrica, em especial às patologias orais e maxilofaciais, visto que esses pacientes apresentam particularidades anatômicas e fisiológicas que variam substancialmente conforme a faixa etária, modificando a natureza das lesões bucais e influenciando, portanto, aspectos como histopatologia, comportamento clínico e abordagens terapêuticas (BETTEGA *et al.*, 2019; ALY *et al.*, 2022).

Nesse contexto, em pacientes pediátricos, relata-se uma prevalência de lesões da mucosa oral que varia de 4,1% a 69,7% (OWCZAREK-DRABIŃSKA *et al.*, 2022). Neste grupo, as principais patologias são de natureza neoplásica, infecciosa, inflamatória, reacional, além de alterações de desenvolvimento (ALY *et al.*, 2022). No entanto, apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) alertar sobre a necessidade de avaliações epidemiológicas dessas lesões, grande parte da literatura referente a essa temática tem-se restringido aos cuidados com a preservação da dentição e dos tecidos periodontais, expressada basicamente pela prevenção e tratamento da cárie, doença periodontal e máoclusão, marginalizando o diagnóstico e tratamento de outras patologias bucais que podem acometer esses pacientes (SALIAN & SHETTY, 2019; ALY *et al.*, 2022).

Dessa forma, o surgimento de lesões orais representa uma preocupação para saúde geral das crianças, visto que problemas nutricionais, fonéticos e estéticos podem ser decorrentes de alterações ou de patologias bucais. Assim, é crucial que o cirurgião-dentista (CD) esteja bem informado e vigilante às lesões mais frequentes nesse grupo (PEREIRA *et al.*, 2021). Portanto, o objetivo deste capítulo é abordar as lesões bucais mais comuns em crianças e adolescentes, destacando sua origem, características clínicas e opções de tratamento, a fim de apoiar o CD no diagnóstico e manejo adequado dessas condições, contribuindo para o aprimoramento do cuidado e da atenção à saúde bucal dos pacientes pediátricos.

MÉTODO

Esta pesquisa consiste em uma revisão integrativa acerca das lesões bucais mais frequentes em pacientes pediátricos. Para sua elaboração, as etapas de delineamento propostas por Hermont *et al.* (2021) foram utilizadas segundo as especificações da **Tabela 8.1**:

Tabela 8.1 Elaboração de revisões integrativas por Hermont (2021)

Etapa	Objetivo
1	Elaboração da pergunta de pesquisa
2	Determinação dos critérios de elegibilidade
3	Busca de estudos em base de dados eletrônicos a partir da estratégica de busca reproduzível
4	Extração dos dados dos estudos
5	Análise de dados obtidos
6	Interpretação e discussão dos dados

A centralidade do desenvolvimento metodológico foi pautada na seguinte pergunta de pesquisa: “Quais são as lesões bucais mais frequentes em pacientes pediátricos?”. A fim de investigar tal questionamento, foram definidos critérios de elegibilidade, os quais delimitaram

a inclusão de estudos observacionais, transversais e epidemiológicos que abordassem lesões bucais de natureza infecciosa, reacional, inflamatória, cística e genética, comuns em pacientes pediátricos (de 0 a 19 anos de idade), publicados nos últimos 10 anos (2014-2024), nos idiomas inglês e português. Foram excluídos estudos em modelo animal, cartas, editoriais, além de artigos duplicados, incompletos e indisponíveis para acesso.

As buscas na literatura foram realizadas nas bases de dados PubMed, Scopus e *Web of Science* através dos descritores: *"Diagnosis"*, *"Oral cavity"*, *"Oral pathology"*, *"Child"* e *"Paediatrics"* associados ao uso de operadores booleanos *"AND"*, *"OR"* e *"NOT"*, conforme finalidade específica. Os dados extraídos foram armazenados em planilhas Excel apropriadas (*Microsoft Vista Home Edition*®), as quais continham informações sobre ano e país de publicação, tamanho da amostra, dados clínico-demográficos (idade, sexo, tipo de lesão, localização anatômica, apresentação clínica e presença de sinais secundários), exames complementares (caso houvesse aplicabilidade) e modalidades terapêuticas desempenhadas.

Os dados tabulados foram analisados de forma descritiva, a fim de observar e discutir a frequência dessas lesões na população avaliada, bem como os principais achados clínicos, tipos de exames auxiliares aplicáveis e efetividade dos tratamentos propostos para as patologias bucais frequentes no público infanto-juvenil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De início, foram selecionados 17 artigos, os quais seguiram para leitura do título e resumo. Com base nos critérios de elegibilidade, todos os artigos selecionados permaneceram para leitura do texto na íntegra. No entanto, apenas 6 foram incluídos nesta revisão integrativa, conforme os critérios de inclusão e exclusão referendados. Adicionalmente, 23 artigos foram incorporados à amostra, a fim de complementar as especificidades de determinadas patologias. Dessa forma, a amostra desta revisão foi constituída por 29 artigos. Dentre as lesões e manifestações orais mais comuns na população pediátrica, as principais serão descritas a seguir, tendo como enfoque a descrição dos fatores etiológicos, características clínicas, métodos de diagnóstico e manejo terapêutico.

NEONATOS E BEBÊS

Nódulos de Bohn

Os nódulos de Bohn, descritos inicialmente por Heinrich Bohn em 1861, são lesões involutivas que afetam a mucosa oral durante o nascimento ou até cerca de três meses de vida. Sua etiologia ainda é incerta, porém acredita-se no surgimento a partir de restos epiteliais da lâmina dentária ou das glândulas salivares, os quais se aglomeram e formam pequenos cistos queratinizados ao longo da mucosa oral (NEVILLE *et al.*, 2016; KHORSAND & SIDBURY, 2018).

Embora sejam inofensivas e relacionadas ao desenvolvimento dentário, essas formações patológicas podem gerar dúvidas diagnósticas, em virtude da sua semelhança com outras alterações na cavidade oral neonatal, como as pérolas de Epstein. Clinicamente, são assintomáticos e apresentam-se como múltiplos nódulos de queratina esbranquiçados ou amarelados, frequentemente de dois a seis, encontrados ao longo das regiões bucais e linguais das cristas alveolares, distantes da linha média e mais comuns em maxila do que mandíbula (BETTEGA *et al.*, 2019; GONZÁLEZ LOJA *et al*., 2023).

Quanto à evolução, percebe-se que esses nódulos autolimitados regridem prontamente

em poucas semanas ou meses. Logo, o tratamento indicado é o acompanhamento até completa involução. Intervenções não são indicadas, a menos que existam dúvidas quanto ao diagnóstico ou quando exista associação com outra condição clínica (BETTEGA *et al.*, 2019).

Pérolas de Epstein

As pérolas de Epstein foram descritas inicialmente por Alois Epstein em 1980. São caracterizadas como lesões patológicas raras, as quais ocorrem em aproximadamente 80% dos recém-nascidos, sendo mais frequentemente observadas em pacientes do sexo feminino e geralmente surgem na vida intrauterina. Se originam de restos de tecido epitelial durante a fusão do palato primário e secundário (NEVILLE *et al.*, 2016; BETTEGA *et al.*, 2019).

Clinicamente, apresentam-se como pápulas indolores esbranquiçadas ou amareladas, semelhantes a "grãos de arroz", com diâmetro entre 2 a 3 mm, de consistência firme e formato delimitado, similares aos nódulos de Bohn, porém se distinguem pela localização, visto que aparecem normalmente ao longo da linha mediana do palato ou da rafe palatina mediana (KHORSAND & SIDBURY, 2018; BETTEGA *et al.*, 2019).

O tratamento dessa lesão consiste no acompanhamento do desenvolvimento involutivo, pois desaparecem espontaneamente em poucas semanas ou meses. Caso os responsáveis percebam que a criança demonstra incômodo, é recomendado realizar massagens digitais pressionando suavemente a região afetada (NEVILLE *et al.*, 2016; BETTEGA *et al.*, 2019).

É importante saber que, embora as pérolas de Epstein sejam benignas, outras condições podem se assemelhar a elas, como a candidíase oral. Portanto, se houver dúvidas sobre o diagnóstico, é recomendável consultar um profissional de saúde para uma avaliação adequada.

Anquiloglossia

A anquiloglossia é uma anomalia congênita caracterizada pela presença de um frênulo curto ou inserido muito próximo à ponta da língua, com aspecto fibroso ou muscular, o qual diminui a mobilidade lingual. Popularmente conhecida como "língua presa", essa condição ocorre em 1,7% a 4,4% dos neonatos e é quatro vezes mais frequente na população masculina. Embora possa estar associada a algumas síndromes, geralmente trata-se de uma anormalidade primária e isolada (GLICKMAN & KARLIS, 2016; BETTEGA *et al.*, 2019).

A gravidade da anquiloglossia é variável, podendo manifestar-se desde um frênulo curto inserido anormalmente, o qual restringe os movimentos da língua (anquiloglossia parcial), até a condição em que a língua está completamente fixa ao assoalho da boca (anquilose completa) (BETTEGA *et al.*, 2019). Na maioria das situações, os pacientes conseguem compensar a mobilidade limitada. No entanto, em alguns relatos, a condição pode dificultar a mastigação e/ou a fala. Além disso, é possível que esta condição esteja associada à presença de diastema na linha média, disfunção motora oral e recessão gengival lingual mandibular (GLICKMAN & KARLIS, 2016; BETTEGA *et al.*, 2019).

Em crianças, a anquiloglossia pode levar a uma série de distúrbios relacionados a dificuldades na amamentação, na fonação e na manutenção de uma higiene oral adequada, além de ser causa de possíveis problemas psicológicos relacionados à autoestima e confiança do indivíduo no futuro (BETTEGA *et al.*, 2019). Diante disso, na maioria dos casos, não há indicação de tratamento. Quando necessário, uma intervenção cirúrgica (frenectomia) é aconselhada, sendo, em rigor, recomendada quando há comprometimento da função mastigatória ou da fonação. O acompanhamento conjunto a fonoa-

udiólogo e psicólogo é fundamental para a reabilitação integral do paciente (GLICKMAN & KARLIS, 2016; BETTEGA *et al.,* 2019).

Cisto gengival do recém nascido

Observado em 28–75% dos casos neonatais, o cisto gengival do recém-nascido ou cisto da lâmina dentária consiste em uma lesão cística que se localiza entre a gengiva e a superfície do osso alveolar, revestida por um fino epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado. O lúmen é preenchido por queratina descamada (BETTEGA *et al.,* 2019; SUMMERSGILL, 2023).

Acredita-se que sua a etiologia esteja relacionada com os remanescentes epiteliais da lâmina dentária, chamados de restos de Serres (SUMMERSGILL, 2023).

Clinicamente, é possível notar pápulas múltiplas que são indolores e de coloração esbranquiçada. Elas ocorrem com maior frequência na mucosa alveolar da maxila (BETTEGA *et al.,* 2019). Um dos principais problemas clínicos ocorre quando essas lesões císticas são diagnosticadas incorretamente e tratadas como candidose pseudomembranosa, resultando na prescrição inadequada de antifúngicos (BILODEAU & HUNTER, 2021).

Essa condição é raramente submetida à biópsia. Sendo assim, não requer tratamento, pois com o passar do tempo, devido à sua localização superficial, os cistos tendem a romper-se em consequência de traumas, desaparecendo espontaneamente (BILODEAU & HUNTER, 2021).

Doença de Riga-Fede

A presença de dentes em recém-nascidos pode ocorrer desde o nascimento ou durante o primeiro mês de vida, de modo que estes dentes passam a ser classificados como natais e neonatais, respectivamente. Embora incomum, a ocorrência desta condição é factível e apresenta chance de desencadear desconforto durante a amamentação, dificuldades de deglutição e sucção, além de desenvolvimento de lesões traumáticas em bebês (VOLPATO *et al.,* 2015; BETTEGA *et al.,* 2019).

Dentre as alterações promovidas por trauma, a doença de Riga-Fede figura como a principal, visto que surge em decorrência do dano crônico propiciado pelas bordas incisais cortantes de dentes natais ou neonatais durante a amamentação ou sucção (BETTEGA *et al.,* 2019). Clinicamente, é perceptível a formação de área ulcerada, com bordas elevadas e endurecidas, de coloração branco-acinzentada margeada por um halo eritematoso. Esta lesão ocorre em maior frequência na porção ventral de língua, embora outras regiões possam ser afetadas, a depender da localização do elemento dentário (VOLPATO *et al.,* 2015; BETTEGA *et al.,* 2019).

Com base na história pregressa relatada pelos responsáveis e principalmente a partir dos achados clínicos, torna-se fundamental que os profissionais de saúde reconheçam esta condição e atuem no diagnóstico, encaminhamento e manejo adequado, a fim de atenuar a irritabilidade e desconforto dos pacientes, além de diminuir as chances de mutilação da língua, desidratação, ingestão inadequada de nutrientes e susceptibilidade a infecções (VOLPATO *et al.,* 2015; BETTEGA *et al.,* 2019).

Dessa forma, o tratamento da doença de Riga-Fede é baseado no desgaste das bordas incisais, sobretudo quando o dente integra a série decídua ou pode ser pautado na execução de exodontias, principalmente quando há mobilidade dentária ou pela ocorrência de dente supranumerário. O acompanhamento é fundamental, a fim de avaliar a efetividade da medida proposta ou necessidade de novas modalidades terapêuticas (BETTEGA *et al.,* 2019).

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Gengivoestomatite herpética primária

A gengivoestomatite herpética primária (GHP) é a manifestação clínica mais frequente da infecção inicial pelo vírus herpes simplex (HSV 1–2), ocorrendo em aproximadamente 25-30% das crianças e adolescentes expostos ao vírus. Embora a maioria dos pacientes contaminados pelo HSV-1 seja assintomática, a infecção primária pode evoluir para uma sintomatologia grave e notória entre 10–12% dos casos. Nos casos sintomáticos, é perceptível um pico de incidência em crianças de 6 meses a 5 anos de idade. Contudo, adolescentes próximos à fase universitária que não foram expostos na infância podem também desenvolver a infecção sintomática (HUANG *et al*., 2020; BADERLLINI *et al*., 2022).

Inicialmente, essa condição manifesta-se por febre e sinais prodrômicos que incluem calafrios, náusea, perda de apetite, letargia, irritabilidade, mal-estar, linfadenopatia cervical e cefaleia. Em crianças, esses sintomas frequentemente demandam atenção dos responsáveis, em virtude da inquietação e comportamento alterado dos infantes. Por outro lado, a GHP em jovens no final da adolescência também exige atenção, devido à ocorrência dos mesmos sintomas inespecíficos. Em ambos, o curso clínico da doença costuma se iniciar de 24 a 36 horas após o contato com saliva ou lesões peri-orais ativas (BETTEGA *et al*., 2019; HUANG *et al*., 2020).

Clinicamente, a GHP em crianças apresenta-se como vesículas puntiformes e dolorosas que se multiplicam nas regiões da gengiva, língua, lábios, mucosa oral, orofaringe e região perioral. Após rompimento, estas vesículas evoluem para úlceras recobertas por fibrina de coloração amarelada. Embora a apresentação clínica em jovens seja semelhante, as lesões tendem a ocorrer na faringe, tonsilas e órgãos linfoides cervicais, provocando quadros de faringotonsilites. O diagnóstico é clínico, baseado nas características e história do paciente. Trata-se de uma condição autolimitada, com duração média de 7 a 14 dias (BETTEGA *et al.*, 2019; HUANG *et al*., 2020; BADERLLINI *et al*., 2022).

Com relação ao tratamento, preconiza-se que, apenas nas primeiras 72 horas de identificação de sintomas claros de GHP, seja feito o uso de terapias antivirais (aciclovir, valaciclovir ou famciclovir). Na maioria dos casos, o tratamento dessas lesões se dá de maneira tópica e a terapia antibiótica pode ser necessária visando reduzir o risco de infecções bacterianas concomitantes. Aliado a esse tratamento, o uso de analgésicos sistêmicos, como o paracetamol, é adequado para controlar a dor e o mal-estar associados. Além disso, recomenda-se uma dieta líquida e proteica, visto que a gravidade e a quantidade de lesões podem levar o paciente a uma baixa ingestão de nutrientes e a um quadro de desidratação. Outras terapias de suporte locais incluem o uso de antissépticos e anestésicos tópicos (BETTEGA *et al.*, 2019; HUANG *et al*., 2020; BADERLLINI *et al*., 2022).

Cisto de erupção

Também denominado hematoma de erupção, o cisto de erupção (CE) é considerado a contraparte, em tecido mole, do cisto dentígero. Trata-se de um cisto odontogênico benigno de etiologia incerta, para o qual são apontadas diversas causas, como cáries precoces, trauma, infecção, falta de espaço para erupção e predisposição genética. No entanto, a teoria mais aceita atribui seu surgimento ao acúmulo de fluido ou sangue dentro de um espaço folicular dilatado. A separação do folículo dentário presente no interior dos tecidos moles que envolve a coroa de um dente em erupção, caracteriza a formação desse cisto (PARAMPILL *et al*., 2020; BILODEAU & HUNTER, 2021).

Clinicamente, o CE apresenta-se como um inchaço indolor, de coloração azulada, violácea ou translúcida, em forma de cúpula, localizado sobre um dente permanente ou, menos comumente, sobre um dente decíduo em erupção. O CE pode ocorrer de maneira solitária ou múltipla, unilateral ou bilateral. É encontrado mais frequentemente na maxila, envolvendo principalmente incisivos e molares, e costuma afetar pacientes na primeira década de vida, especialmente entre os 4 e 7 anos de idade (média de 5,4 anos) (BILODEAU & HUNTER, 2021; WODJA & WIELGOSZ, 2024). Embora incomum, alguns estudos relatam o surgimento em pacientes neonatos (DE OLIVEIRA *et al*., 2018). Em relação ao sexo, é perceptível predomínio de ocorrência em indivíduos do sexo masculino com uma proporção de 2:1 (WODJA & WIELGOSZ, 2024).

Considerando que o CE, na maioria dos casos, se resolve espontaneamente, não há necessidade de intervenção cirúrgica. O profissional deve, portanto, observar e monitorar rigorosamente a erupção dentária e a condição dos tecidos circundantes em conjunto aos responsáveis. Nos casos em que houver sintomatologia ou atraso na erupção dentária, é indicada a realização de marsupialização, que consiste na remoção do retalho de tecido mole que recobre a coroa do dente, a fim de facilitar a erupção e a drenagem do cisto. Por outro lado, para o tratamento do CE em recém-nascidos, considera-se a extração de dentes primários caso apresentem mobilidade aumentada ou interfiram na amamentação. Em alguns casos, exames clínicos regulares e observação são suficientes (WODJA & WIELGOSZ, 2024).

Mucocele

A mucocele é a lesão não neoplásica mais comum das glândulas salivares, resultante da ruptura de um ducto glandular e consequente extravasamento de muco para os tecidos circundantes (MIRANDA *et al*., 2022). Acomete principalmente crianças e adolescentes, com pico de incidência na segunda década de vida, devido à maior propensão a traumas mecânicos, principais fatores etiológicos dessa lesão (CHOI *et al*., 2019).

Clinicamente, se apresenta como um nódulo ou bolha assintomática em formato de cúpula, com superfície lisa e coloração azulada, translúcida ou normocrômica. Além disso, o lábio inferior é o sítio mais comum de envolvimento para mucocele, seguido pelo assoalho de boca e ventre de língua (BEZERRA *et al.*, 2016). O tamanho das lesões geralmente se encontra entre 5 e 9 mm, podendo variar durante o curso clínico, conforme o processo de remissão e exacerbação (CHOI *et al*., 2019). Com isso, o diagnóstico clínico é presuntivo de diagnóstico (BEZERRA *et al.*, 2016).

Embora algumas mucoceles se rompam e cicatrizem espontaneamente, a excisão cirúrgica local, associada à remoção das glândulas salivares menores circundantes é a terapêutica mais indicada para evitar recidivas (MIRANDA *et al*., 2022). A possibilidade de recorrência parece estar associada ao tamanho da lesão, ao local, a faixa etária e ao tratamento realizado (MIRANDA *et al*., 2022). Por fim, é importante destacar que a análise histopatológica da peça cirúrgica é fundamental para confirmar o diagnóstico e descartar outros tipos de patologias salivares (MENEZES *et al*., 2019).

Ulceração aftosa recorrente

A ulceração aftosa recorrente (UAR) é a forma mais comum de estomatite oral presente em crianças, afetando cerca de 40% desta população. Caracterizada por úlceras dolorosas na mucosa bucal, esta condição pode interferir significativamente na qualidade de vida dos infantes. Embora a maioria dos casos seja isolada, a associação da UAR com condições sistêmicas,

como febres periódicas, faringite e adenite é factível, assim como o desenvolvimento correlato a doenças sistêmicas, como a síndrome de Behçet. Deste modo, essa condição pode representar um desafio diagnóstico para pediatras e odontopediatras (YANG *et al*., 2020).

O diagnóstico deste tipo de estomatite é estabelecido por meio de uma avaliação completa, que inclui a coleta detalhada da história clínica do paciente e a observação das características clínicas das lesões, caso estejam presentes no momento da consulta. Nos jovens, fatores como traumas, estresse, alterações hormonais e a ingestão de determinados alimentos são frequentemente identificados como desencadeantes. A presença de histórico familiar também é um fator relevante. As ulcerações típicas dessa condição, apresentam-se geralmente como lesões arredondas ou ovais, com um centro esbranquiçado ou amarelado e bordas avermelhadas. É importante destacar que a UAR apresenta três padrões distintos, com base no número, tamanho e duração da lesão: ulcerações menores (MiRAS), ulcerações maiores (MaRAS) e herpetiformes (MONTGOMERY-CRANNY *et al*., 2015; GIRARDELLI *et al*., 2021).

O tratamento dessas ulcerações ainda é um tema bastante estudado, mas permanece pautado no manejo sintomático, a fim de aliviar a dor, reduzir a inflamação e acelerar o processo de cicatrização. Atualmente, não há tratamento capaz de interromper completamente o processo patogênico da UAR. Dessa forma, o tratamento tópico é a primeira opção terapêutica, devido a efetividade na prevenção de infecções secundárias, analgesia e promoção da epitelização. Já a terapia sistêmica é reservada para casos refratários ou associados a imunodeficiências. Dentre os principais medicamentos utilizados, os mais frequentes são os corticosteroides, como a betametasona, além de anti-inflamatórios não esteroidais, como o cloridrato de benzidamina e anestésicos tópicos como a lidocaína, sendo os dois últimos disponíveis comercialmente em formato de spray. É fundamental considerar a idade e a cooperação do paciente na escolha do tratamento, priorizando opções com boa tolerabilidade e eficácia. (MONTGOMERY-CRANNY *et al*., 2015; KOBEROVÁ *et al*., 2020).

Terapias alternativas são amplamente estudadas, como demonstra Bardellini *et al*. (2020), o qual utilizou a terapia fotobiomoduladora com laser diodo no comprimento de onda (λ) de 645 nm em pacientes pediátricos com lesões do tipo MiRAS, o qual obteve, em resultância, diferença estatística na redução da dor nesses pacientes. Em contraparte, o estudo de Yang *et al*. (2020) fez uma avaliação da eficácia e segurança de gel de ácido hialurônico 0,2% e a pomada de dexametasona no tratamento de úlceras aftosas recorrentes em crianças. Os resultados sugerem que ambos os tratamentos são igualmente eficazes no manejo da UAR em crianças, embora sejam necessários estudos prospectivos randomizados para confirmar esses achados.

Úlceras traumáticas

Dentre as lesões provocadas por trauma mais comuns na mucosa oral de crianças e adolescentes, destacam-se as úlceras traumáticas (UT). Embora a prevalência desta condição seja variável nos levantamentos, é perceptível que estas lesões podem acometer qualquer sexo, apesar de haver pesquisas que apontam predileção pelo sexo masculino (BETTEGA *et al*., 2019; HONG *et al.*, 2019; OWCZAREK-DRABIŃSKA *et al.*, 2022).

Por definição, as UTs surgem devido à ação de um fator irritante sobre os tecidos moles orais, o qual provoca a perda de continuidade epitelial com subsequente exposição do conjuntivo subjacente. A natureza do trauma é plural,

de modo que vincula-se a mordidas involuntárias no lábio após anestesia, uso de aparelhos ortodônticos desadaptados, presença de restaurações insatisfatórias ou dentes fraturados em contato com a mucosa, além de acidentes, queimaduras térmicas e químicas e, por vezes, são causadas pela própria intencionalidade do paciente (BETTEGA *et al.*, 2019).

A apresentação clínica depende do tipo e da intensidade do trauma. Agressões moderadas e frequentes tendem a desenvolver úlceras crônicas que caracterizam-se por bordas firmes e esbranquiçadas que são atribuídas, por sua vez, à hiperceratose. Por outro lado, às úlceras agudas possuem conformação mais planas e ovoides, com área central necrótica e esbranquiçada, circunscrita por um halo eritematoso (BETTEGA *et al.*, 2019).

No exame clínico, é fundamental que o profissional avalie a natureza iatrogênica ou auto induzida do trauma, a fim de propor uma modalidade terapêutica efetiva. Normalmente, as úlceras traumáticas cicatrizam espontaneamente em um período de sete a dez dias devido a identificação e remoção do agente causal. Contudo, quando se tornam crônicas, é necessário o uso de corticosteroides tópicos, por vezes associados à terapia fotobiomoduladora. Nos casos em que percebe-se autoindução e intencionalidade do trauma, é fundamental uma avaliação combinada com psicólogos, a fim de propor medidas terapêuticas eficazes (BETTEGA *et al.*, 2019; OWCZAREK-DRABIŃSKA *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

As lesões orais mais frequentes em pacientes pediátricos apresentam múltiplas causas etiológicas, sobretudo de origem infecciosa, reacional e idiopática. É fundamental que os profissionais de saúde, especialmente os cirurgiões-dentistas, desenvolvam habilidades relacionadas à percepção e ao reconhecimento destas lesões em crianças e adolescentes, a fim de promover diagnósticos adequados e manejos eficazes. Estes profissionais precisam estar cientes das especificidades dessas lesões, que, por vezes, podem mimetizar outras condições, tendo como enfoque questões relacionadas à incidência destas patologias na população pediátrica, bem como na frequência relativa das características sócio demográficas e clínico-patológicas. Dessa forma, as informações contidas neste capítulo ressaltam a variedade de lesões estomatológicas que podem acometer crianças e adolescentes, a fim de auxiliar na identificação e diagnóstico dessas condições visando, portanto, o bem-estar dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALY, M.M. *et al.* A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathological lesions in a group of Egyptian children over 21 years. BMC Oral Health, v. 22, n. 1, p. 2, 2022. doi: 10.1186/s12903-021-02037-6.

BARDELLINI, E. *et al*. Photobiomodulation therapy for the management of recurrent aphthous stomatitis in children: clinical effectiveness and parental satisfaction. Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal, v. 25, n. 4, p. e549, 2020. doi: 10.4317/medoral.23573.

BARDELLINI, E. *et al.* Adolescents and primary herpetic gingivostomatitis: an Italian overview. Irish Journal of Medical Science, v. 191, n. 2, p. 801, 2022. doi: 10.1007/s11845-021-02621-3.

BETTEGA, P.V.C. *et al*. Lesões bucais de maior frequência clínica em crianças – revisão de literatura. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, v. 60, n. 2, 2019. doi: 10.22456/2177-0018.90274.

BEZERRA, T.M.M. *et al*. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 82, n. 5, p. 536, 2016. doi: 10.1016/j.bjorl.2015.09.013.

BILODEAU, E.A. & HUNTER, K.D. Odontogenic and Developmental Oral Lesions in Pediatric Patients. Head and Neck Pathology, v. 15, n.1, p. 71, 2021. doi: 10.1007/s12105-020-01284-3.

CHOI, Y.J. *et al.* Identification of predictive variables for the recurrence of oral mucocele. Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal, v. 24, e.231, 2019. doi: 10.4317/medoral.22690.

DE OLIVEIRA, A.J. *et al*. Eruption Cyst in the Neonate. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry, v. 11, n. 1, p. 58, 2018. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1485.

GLICKMAN, A. & KARLIS, V. Pediatric benign soft tissue oral and maxillofacial pathology. Pediatric Oral and Maxillofacial Pathology, An Issue of Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America, v. 28, n. 1, p. 1, 2016. doi: 10.1016/j.coms.2015.07.005.

GIRARDELLI, M. *et al.* Genetic and immunologic findings in children with recurrent aphthous stomatitis with systemic inflammation. Pediatric Rheumatology Online Journal, v. 19, n. 1, p. 70, 2021. doi: 10.1186/s12969-021-00552-y.

GONZÁLEZ LOJA, T.M. *et al*. Patología Oral del Recién Nacido: Nódulos de Bohn en Paciente Masculino: Reporte de caso. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, v. 7, n. 5, p. 6197, 2023. doi: 10.37811/cl_rcm.v7i5.8212.

HERMONT, A.P. *et al*. Revisões integrativas: conceitos, planejamento e execução. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte, v. 57, p. 3, 2021. doi: 10.7308/aodontol/2021.57.e01.

HONG, C.H.L. *et al.* World Workshop on Oral Medicine VII: relative frequency of oral mucosal lesions in children, a scoping review. Oral Diseases, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 193, 2019. doi: 10.1111/odi.13112.

HUANG, C.W. *et al*. Clinical features of gingivostomatitis due to primary infection of herpes simplex virus in children. BMC Infectious Diseases, v. 20, n. 1, p. 782, 2020. doi: 10.1186/s12879-020-05509-2.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cenário da Infância e Adolescência no Brasil. 10ª ed. Brasil: Fundação ABRINQ, p. 8-9, 2023.

KOBEROVÁ, R. *et al.* Recurrent Aphthous Stomatitis in Children: A Practical Guideline for Paediatric Practitioners. Acta Medica (Hradec Kralove, Czech Republic), v. 63, n. 4, p. 145, 2020. doi: 10.14712/18059694.2020.56.

KHORSAND, K. & SIDBURY, R. Common newborn dermatoses. Avery's Diseases of the Newborn. ScienceDirect, p. 1503, 2018. doi: 10.1016/B978-0-323-40139-5.00106-6.

MENEZES, B.N.F. *et al.* Schwannoma of the lower lip mimicking a mucocele in children. Autopsy & Case Reports., v. 10, n. 1, p. e2019134, 2019. doi: 10.4322/acr.2019.134.

MIRANDA, G.G.B. *et al*. Oral mucoceles: A Brazillian Multicenter Study of 1,901 Cases. Brazilian Dental Journal, v. 33, n. 5, p. 81, 2022. doi: 10.1590/0103-6440202204965.

MONTGOMERY-CRANNY, J.A. *et al.* Management of recurrent aphthous stomatitis in children. Dental Update, v. 42, n. 6, p. 564, 2015. doi: 10.12968/denu.2015.42.6.564.

NEVILLE, B.W. *et al.* Patologia oral e maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2016. p. 435-439.

OWCZAREK-DRABIŃSKA, J.E. *et al.* The Prevalence of Oral Mucosa Lesions in Pediatric Patients. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 18, p. e.11277, 2022. doi: 10.3390/ijerph191811277.

PARAMPILL A.J. *et al.* Eruption cyst: A case report. Saudi Journal of Oral Sciences, v. 7, n. 2, p. 120, 2020. doi: 10.4103/sjos.SJOralSci_89_19.

PEREIRA, M.A.D. *et al.* Prevalência de lesões bucais em crianças e adolescentes. Revista Odontológica do Brasil Central, v. 30, n. 89, p. 161, 2021. doi: 10.36065/robrac.v30i89.1493.

SALIAN, V. & SHETTY, P. Clinicopathologic Trends in Pediatric Oral Biopsies: A 10-Year Institutional Archival Study. International Journal of Applied and Basic Medical Research, v. 9, n. 1, p. 44, 2019. doi: 10.4103/ija-bmr.IJABMR_253_18.

SUMMERSGILL, K.F. Pediatric Oral Pathology: Odontogenic Cysts. Pediatric Pathology and the Paediatric Pathology Society, v. 26, n.6, p. 609, 2023. doi: 10.1177/10935266231176245.

VOLPATO, L.E.R. *et al.* Riga-Fede Disease Associated with Natal Teeth: Two Different Approaches in the Same Case. Case Reports in Dentistry, v. 2015, n. 1, p. 234961, 2015. doi: 10.1155/2015/234961.

WOJDA M. & WIELGOSZ, A. Tooth Eruption Disorders: Literature Review and Clinical Case Reports. Quality in Sport. Online. v. 23, p. 54662, 2024. doi: 10.12775/QS.2024.23.54662.

YANG, Z. *et al*. Hyaluronic acid versus dexamethasone for the treatment of recurrent aphthous stomatitis in children: efficacy and safety analysis. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, v. 53, n. 8, p. e9886, 2020. doi: 10.1590/1414-431X20209886.