



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
CURSO DE MESTRADO**

**CARACTERIZAÇÃO CLINICOPATOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS  
MAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM  
LEVANTAMENTO INSTITUCIONAL**

**AMANDA CLAUDINO GOMES**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2025**

**AMANDA CLAUDINO GOMES**

**CARACTERIZAÇÃO CLINICOPATOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS  
MAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM  
LEVANTAMENTO INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

**Área de Concentração:** Clínica Odontológica

**Orientadora: Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves**

**CAMPINA GRANDE – PB**  
**2025**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

G633c Gomes, Amanda Claudino.

Caracterização clinicopatológica dos diagnósticos maxilofaciais em crianças e adolescentes [manuscrito] : um levantamento institucional / Amanda Claudino Gomes. - 2025.  
68 f.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2025.

"Orientação : Prof. Dra. Pollianna Muniz Alves, Departamento de Odontologia - CCBS".

1. Adolescente. 2. Criança. 3. Diagnóstico oral. 4. Estudos epidemiológicos. 5. Lesões maxilofaciais. I. Título

21. ed. CDD 617.6

AMANDA CLAUDINO GOMES

CARACTERIZAÇÃO CLINICOPATOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS  
MAXILOFACIAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM LEVANTAMENTO  
INSTITUCIONAL

Dissertação apresentada à  
Coordenação do Curso de Mestrado em  
Odontologia da Universidade Estadual  
da Paraíba, como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestra em  
Odontologia

Linha de Pesquisa: Estudo das  
Alterações do Sistema  
Estomatognático.

Aprovada em: 04/06/2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Ramon Targino Firmino** (\*\*\*.539.864-\*\*), em **04/07/2025 20:16:43** com chave f2f1cb6e592c11f0b7822618257239a1.
- **Cassiano Francisco Weege Nonaka** (\*\*\*.819.324-\*\*), em **03/07/2025 11:27:24** com chave d67c3208581911f0aec206adb0a3afce.
- **Pollyanna Muniz Alves** (\*\*\*.882.724-\*\*), em **03/07/2025 11:16:18** com chave 49d8ecca581811f085b306adb0a3afce.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura  
do QrCode ao lado ou acesse [https://suap.uepb.edu.br/comum/  
autenticar\\_documento/](https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/) e informe os dados a seguir.

**Tipo de Documento:** Folha de Aprovação do Projeto Final

**Data da Emissão:** 10/07/2025

**Código de Autenticação:** 0b71bc



*Dedico esta dissertação a Deus, principal responsável por eu ter chegado até aqui.*

*Ao meu namorado e futuro marido, Joádson Crislian de Souza Dias, por ser meu alicerce em todos os momentos da minha vida.*

*Ao meu pai, Arnaldo Gomes, obrigada por sempre sonhar os meus sonhos. A minha mãe Gilvana Claudino Gomes, minha gratidão por lutar para que eu pudesse alcançar meus sonhos.*

*A minha avó paterna, Cristina Gomes, seu amor e cuidado foram essenciais nessa trajetória.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, cuja presença nunca faltou em toda minha caminhada. Por me capacitar, dar sabedoria e ser minha fortaleza em todos os momentos. A Nossa Senhora por sua intercessão junto ao seu filho, eu nada seria sem sua proteção, minha mãe santíssima.

Estendo esses agradecimentos a minha família, especialmente aos meus pais: Arnaldo Gomes e Gilvana Claudino Gomes. Pai, eu nada seria sem seu apoio, obrigada por estar presente em todos os momentos, o senhor foi o maior incentivador da pequena Amanda na luta pelos sonhos dela, estamos realizando-os juntos. Mãe, a senhora sempre foi um exemplo de mulher batalhadora, agradeço por seus esforços na minha educação, por seu cuidado e suas orações em todos os momentos.

Ao meu namorado e futuro marido, Joádson, palavras não podem descrever sua importância em minha vida, seu apoio, cuidado e amor, foram fundamentais para chegar até aqui. Você nunca mediou esforços para ver minha felicidade, enxugou minhas lágrimas e sorriu com o meu riso. Mas acima de tudo, me amou incondicionalmente ao longo desses anos. Obrigado por acreditar que nós conseguíamos, conseguimos!

A minha avó paterna, Cristina Gomes, seu amor tão puro e verdadeiro foram minha calmaria nos dias em casa e minha força nos dias em Campina Grande. As minhas irmãs Maria Luiza e Allice Bianca, que me incentivaram nesse sonho.

Aos meus sogros Ana Cristina e Joaquim Dias, sempre tão presentes em minha vida, obrigada por cuidarem de mim como uma filha, nossos domingos a tarde significam lar e calmaria para mim. Minha cunhada, Joaysly, agradeço por sempre acreditar e incentivar os meus sonhos, por ser minha parceira em todos os momentos, e por me amar como uma irmã. Ao meu cunhado, Joanderson por ser tão presente em nossas vidas.

As minhas amigas Thaisla, Karol e Rita, por sempre me apoiarem, ajudarem na construção da mulher que me tornei, e por serem presentes mesmo com a distância que nos maltrata, uma amizade tão verdadeira que nem a distância física conseguiu abalar. A Thalita minha companheira de apartamento e amiga, que tantas vezes cuidou de mim, obrigada.

Aqui quero deixar meus agradecimentos a minha prima, Profa. Dra. Hellen Bandeira, um ser de luz na vida de quem a tem por perto, você foi um dos pilares na minha formação e, além de prima, uma grande amiga em todas as horas.

Aos colegas de Laboratório de Imunoistoquímica e Histopatologia Oral da UEPB: Talytha, Camila, Elton, Lucas, Jefferson, Natália, Vanessa, Laís, Christany e Denize. Nossas conversas e cafés na copa sempre foram momentos de alegria, que nunca imaginei vivenciar.

Agradeço especialmente, a Talytha, um presente de Deus durante o mestrado, sua amizade foi sinônimo de cuidado e fortaleza, obrigada por compartilhar tantos momentos especiais, sejam eles de felicidade ou angústia. A Camila Monteiro, a aluna de iniciação científica a quem tenho uma imensa gratidão, por auxiliar na construção dessa pesquisa.

Em especial, expresso minha gratidão a Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves, pela qual tenho uma imensa admiração. A senhora me deu segurança nos momentos de ansiedade, me guiou no caminho do aprendizado e me mostrou que a responsabilidade deve caminhar junto com o acolhimento. Obrigado por ensinar o quanto a didática é importante em uma aula e que nossos alunos aprendem mais quando “a aula é ministrada como uma história”, seu amor pela docência é um dom encantador. Acima de tudo obrigada por me acolher como sua orientanda sem me conhecer.

Ao Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka, o primeiro com quem tive contato na pós-graduação, obrigado pelas conversas, pelos puxões de orelha, por me acalmar nos momentos de aflição e pelas madrugadas ajeitando estatística, o senhor é um exemplo de profissional.

Além disso, agradeço aos professores Dr. Manuel Antonio Gordón-Núñez e Dr. João Goulart, é uma alegria poder conviver e aprender com os senhores no laboratório. As conversas e incentivos sempre foram extremamente importantes para mim.

Nesse momento, aproveito também para agradecer ao professor Dr. Ramon Targino Firmino, por aceitar participar da minha banca e pelas palavras de apoio e incentivo.

Gostaria de estender meus agradecimentos aos professores do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UEPB, Dra. Ana Flávia Granville-Garcia, Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes, Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa, Dra. Jozinete Vieira Pereira, Dra. Andreza Cristina de Lima Targino Massoni, Dr. Alessandro Leite Cavalcanti e Dra. Patrícia Meira Bento, pela importância na minha formação profissional e pelos conselhos durante as aulas. Tão importante quanto, quero expressar minha gratidão aos meus colegas de turma do Mestrado 2023.2, em especial a minha amiga Caren, você foi luz em meio ao caos dos primeiros semestres e a Myrelle, você é uma amiga muito especial, sinônimo de dias quentes e comidas gostosas. Meu agradecimento à Ahyanna, secretária do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UEPB, sempre solícita e disposta a ajudar.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), por todo auxílio financeiro na realização desta dissertação (código de financiamento 001).

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desse sonho, minha sincera gratidão!

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, **o seu Deus**, estará com você por onde você andar.” (Josué 1:9)

## RESUMO

Lesões que se desenvolvem na região maxilofacial de crianças e adolescentes possuem características clínicas, prevalência e comportamento variados. Estudos mostram que nessa faixa etária as principais correspondem a processos inflamatórios e reacionais, cistos odontogênicos e neoplasias benignas. No Brasil, alguns estudos analisaram a prevalência dessas lesões, embora dados sobre o estado da Paraíba ainda não estão presentes na literatura. O objetivo desse estudo foi avaliar o perfil clinicopatológico dos diagnósticos histopatológicos maxilofaciais em crianças e adolescentes. Trata-se de uma pesquisa observacional, analítica e com corte transversal, caracterizada pela análise das fichas clínicas de crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos), provenientes do Serviço de Patologia Oral/ UEPB, durante o período de 2011 a 2015. Foram incluídas as fichas dos pacientes com idade entre 0 e 19 anos e que continham informações acerca do diagnóstico histopatológico. As variáveis do estudo foram avaliadas de modo descritivo e analítico, os dados foram analisados através do teste do Qui-quadrado. Os resultados mostraram que dos 7.039 diagnósticos histopatológicos, 707 (10,1%) foram em indivíduos de 0 a 19 anos. A faixa etária de 10 a 19 anos foi a mais acometida (n=522; 3,8%), o sexo masculino foi mais frequente nos adolescentes (n=270; 51,7%) e o sexo feminino, nas crianças (n=99; 53,5%), embora sem diferença significativa ( $p=0,221$ ). A raça não-branca foi a mais frequente em ambos os grupos etários. A região de tecido mole foi mais acometida em ambas as faixas etárias (n=419), nas crianças essa localização corresponde a 72,4% (n=131) e nos adolescentes a 55,8% (n=288), apresentando diferença significativa ( $p<0,001$ ). Em ambos os grupos etários as categorias mais prevalentes foram lesões reacionais e inflamatórias, cistos odontogênicos e não odontogênicos, e neoplasias benignas. Os diagnósticos mais prevalentes nessas categorias foram, respectivamente, fenômeno de extravasamento de muco, cisto dentígero e papiloma. A concordância entre hipótese clínica e diagnóstico histopatológico foi observada em 58,8% dos casos. Esta pesquisa demonstrou que o perfil dos pacientes mais acometidos correspondeu a adolescentes, do sexo masculino e da raça não branca. A mucocele, o cisto dentígero e o odontoma foram os diagnósticos histopatológicos mais frequentes, observou-se uma concordância moderada entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos. Dessa forma, destaca-se a importância do conhecimento dos tipos histopatológicos em crianças e adolescentes e reforça o incentivo para a realização de biópsias orais e encaminhamento a Laboratórios de Patologia Oral.

**PALAVRAS-CHAVE:** adolescente; criança; diagnóstico oral; estudos epidemiológicos; lesões maxilofaciais.

## ABSTRACT

Lesions that develop in the maxillofacial region of children and adolescents exhibit varied clinical and pathological characteristics, prevalence, and behavior. Studies have shown that the most common lesions in this age range primarily involve inflammatory and reactive processes, odontogenic and non-odontogenic cysts and benign neoplasms. In Brazil, although some studies have analyzed the prevalence of these lesions, data specific to the state of Paraíba remain scarce in the literature. This study aimed to evaluate the clinicopathological profile of maxillofacial histopathological diagnoses in children and adolescents. This observational, analytical, and cross-sectional study was based on an analysis of clinical records of children aged 0–9 years and adolescents aged 10–19 years from the Oral Pathology Service at UEPB, covering the period from 2011 to 2025. Patient records of individuals aged between 0 and 19 years that contained information regarding the histopathological diagnosis were included. The study variables were evaluated using descriptive and analytical methods, and the data were analyzed using the Chi-square test. Our results showed that, out of 7,039 histopathological diagnoses, 707 (10.1%) were from individuals aged 0 to 19 years. The 10–19 age group was the most affected ( $n = 522$ ; 73.8%). Among adolescents, males were slightly more prevalent ( $n = 270$ ; 51.7%), while among children, females were more frequently affected ( $n = 99$ ; 53.5%); however, this difference was not statistically significant ( $p = 0.221$ ). Non-white individuals were the most prevalent in both age groups. The soft tissue region was the most commonly affected anatomical site across both groups ( $n = 419$ ), corresponding to 72.4% ( $n = 131$ ) in children and 55.8% ( $n = 288$ ) in adolescents, with a statistically significant difference ( $p < 0.001$ ). Regarding diagnostic categories, the most prevalent were reactive and inflammatory lesions, odontogenic and non-odontogenic cysts, and benign neoplasms. The most frequent diagnoses within these categories were, respectively, mucus extravasation phenomenon, dentigerous cyst, and papilloma. Agreement between clinical hypotheses and histopathological diagnoses was observed in 58.8% of cases. This study showed that the most affected patient profile consisted of non-white male adolescents. Mucocele, dentigerous cyst and odontoma were histopathological diagnosis more frequent, moderate agreement was observed between the clinical and histopathological diagnoses. These findings highlight the importance of understanding the histopathological types in children and adolescents, and reinforce the need to encourage the performance of oral biopsies and referrals to Oral Pathology Laboratories.

**Keywords:** adolescent; child; oral diagnosis; epidemiologic studies; maxillofacial injuries.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CAPES:</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
<b>CEP:</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CCE:</b>	Carcinoma de células escamosas
<b>CME:</b>	Carcinoma mucoepidermoide
<b>CNO:</b>	Cisto não-odontogênico
<b>CO:</b>	Cisto odontogênico
<b>CD:</b>	Cisto dentígero
<b>ECA:</b>	Estatuto da criança e do adolescente
<b>FOP:</b>	Fibroma ossificante periférico
<b>GP:</b>	Granuloma piogênico
<b>IBGE:</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>HFI:</b>	Hiperplasia fibrosa inflamatória
<b>HPV:</b>	Papilomavírus humano
<b>IBGE:</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>LB:</b>	Linfoma de Burkitt
<b>LPCG:</b>	Lesão periférica de células gigantes
<b>LR:</b>	Lesões reacionais
<b>PPGO:</b>	Programa de Pós-graduação em Odontologia
<b>OMS:</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>TO:</b>	Tumor odontogênico
<b>UEPB:</b>	Universidade Estadual da Paraíba
<b>WHO:</b>	Do inglês, <i>World Health Organization</i> , traduzido como Organização Mundial da Saúde

## **LISTA DE TABELAS**

ARTIGO		Página
Tabela 1 –	Distribuição de dados absolutos e relativos dos parâmetros clínicos das crianças e adolescentes.....	45
Tabela 2 –	Distribuição absoluta e relativa dos diagnósticos histopatológicos nos grupos etários estudados de acordo com a localização anatômica.....	46
Tabela 3 –	Distribuição absoluta e relativa das categorias diagnósticas de acordo com a faixa etária.....	47
Tabela 4 –	Distribuição absoluta e relativa das lesões orais biopsiadas segundo diagnóstico histopatológico.....	48
Tabela 5 –	Distribuição absoluta e relativa dos parâmetros clínicos das lesões de acordo com os diagnósticos categorizados.....	50

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

	<b>Página</b>
Quadro 1 – Estudos epidemiológicos brasileiros de lesões orais em crianças e adolescentes.....	15
Quadro 2 – Variáveis avaliadas no estudo .....	29

## SUMÁRIO

	Página
<b>1</b> <b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	14
<b>2</b> <b>OBJETIVOS.....</b>	26
<b>2.1</b> <b>Objetivo geral.....</b>	26
<b>2.2</b> <b>Objetivos específicos.....</b>	26
<b>3</b> <b>METODOLOGIA.....</b>	28
<b>3.1</b> <b>Aspectos éticos.....</b>	28
<b>3.2</b> <b>Caracterização do estudo .....</b>	28
<b>3.3</b> <b>População .....</b>	28
<b>3.4</b> <b>Amostra .....</b>	28
<b>3.5</b> <b>Critérios de inclusão e exclusão .....</b>	28
<b>3.6</b> <b>Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	28
<b>3.7</b> <b>Procedimento de Coleta de Dados .....</b>	30
<b>3.8</b> <b>Processamento e Análise dos Dados.....</b>	30
<b>4</b> <b>ARTIGO.....</b>	32
<b>4.1</b> <b>Apresentação.....</b>	32
<b>4.2</b> <b>Artigo a ser submetido.....</b>	33
<b>5</b> <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	52
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	54
<b>APÊNDICE A – Ficha para coleta de dados clínicos e histopatológicos dos casos .....</b>	59
<b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) UEPB.....</b>	61
<b>ANEXO B – Normas para submissão a revista .....</b>	64

## ***CONSIDERAÇÕES INICIAIS***

---

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Crianças e adolescentes exibem lesões na região maxilofacial com características clínicas, sintomatologia, prevalência e comportamento diverso dos observados na população adulta (Binmadi, AlDehlawi, 2024). Apesar do incentivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca da avaliação epidemiológica de lesões orais em pacientes pediátricos, a maioria dos estudos é focado na análise da cárie dentária, doença periodontal, má oclusão e traumatismo dental (Rêgo *et al.*, 2020; Lopes *et al.*, 2021; Schwendicke *et al.*, 2021).

Lesões maxilofaciais em crianças e adolescentes não são incomuns, exibindo uma prevalência que varia de 5,2% até 14,5% (Barros *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018). De acordo com a literatura as principais lesões orais encontradas nesse grupo etário correspondem a lesões reativas e inflamatórias, cistos odontogênicos e tumores odontogênicos (Jones, Franklin, 2005; Pessoa *et al.*, 2015; Ataíde *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2016; Shuhairi *et al.*, 2020; Aly, Abdul-Aziz, Elchaghaby, 2022; Mohammad *et al.*, 2022; Costa *et al.*, 2023; Rezende *et al.*, 2024; Binmandi, Aldehlawi, 2024). Em menor frequência, neoplasias malignas também são diagnosticadas, tais como carcinoma mucoepidermoide e osteossarcoma (Arruda *et al.*, 2017).

A realização de biópsias orais em crianças e adolescentes é importante para indicar os tipos de lesões mais comuns nessa população (Prosdócimo *et al.*, 2018). O estudo clinicopatológico de lesões orais, realizado por Vale *et al.*(2013) analisou a presença de lesões orais na faixa etária de 0 a 18 anos, que correspondeu a 13,1% (n=315) do total de casos. Nesse estudo 38,5% das lesões estudadas não apresentaram concordância entre a hipótese clínica e o diagnóstico histopatológico. Esse dado indica a necessidade do domínio da estomatologia para guiar o diagnóstico clínico, bem como, a importância do encaminhamento das biópsias para os laboratórios de histopatologia oral (Rezende *et al.*, 2024).

Estudos epidemiológicos de lesões maxilofaciais em crianças e adolescentes foram realizados no Reino Unido (Jones, Franklin, 2005), Tailândia (Dhanuthai, Banrai, Limpanaputtajak, 2007), Taiwan (Wang *et al.*, 2009), Chile (Zuñiga *et al.*, 2012), Australia (Há *et al.*, 2014), Estados Unidos (Kwok *et al.*, 2015), Malásia (Shuhairi *et al.*, 2020), Egito (Aly; Abdul-Aziz; Elchaghaby, 2022) e Arábia Saudita (Binmadi; AlDehlawi, 2024).

Nas bases de dados Pubmed, BVS e Scopus, até o momento são encontrados 18 estudos, multicêntricos ou uni institucionais, em variadas regiões do Brasil (Cavalcante *et al.*, 1999; Maia *et al.*, 2000; Sousa *et al.*, 2002; Lima *et al.*, 2008; Vale *et al.*, 2013; Martins-Filho *et al.*, 2015; Pessoa *et al.*, 2015; Ataíde *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2016; Arruda *et al.*, 2017; Barros *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018; Prosdócimo *et al.*, 2018; Almeida *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2023; Melo *et al.*, 2023; Rezende *et al.*, 2024), como mostra o quadro 1.

Os dados demográficos brasileiros do último censo, realizado em 2022, revelam que o Brasil possui uma população estimada em 203 milhões de pessoas, sendo 13,02% crianças menores que 9 anos, e 13,81% adolescentes entre 10 e 19 anos (IBGE, 2022). O estado da Paraíba é composto por 3.974.687 de pessoas, onde as crianças correspondem a 13,62% (n=541.486) e os adolescentes a 14,63% (n=581.710) do total de habitantes (IBGE, 2022). Entretanto, até o momento não foi publicado nenhum estudo clinicopatológico de lesões orais que inclua a faixa etária de crianças e adolescentes no estado da Paraíba, o que evidencia a importância de realizar esse tipo de estudo.

**Quadro 1.** Estudos epidemiológicos brasileiros de lesões orais em crianças e adolescentes.

Autores/ Ano	Local	Faixa etária (Anos)	Total de casos	Casos incluídos	Categorias/ lesões mais prevalentes n (%)
Cavalcante <i>et al.</i> , 1999*	São Paulo	0-14	-	370	1- Mucocele 25,4% 2- Processo inflamatório crônico 9,45 % 3- Cisto dentígero 5,7%
Maia <i>et al.</i> , 2000	Minas Gerais	0-12	-	1018	1- Tumores de tecidos moles 24,1% 2- Cistos odontogênicos 21,9% 3- Patologia pulpar e periapical 14,3%
Sousa <i>et al.</i> , 2002	São Paulo	0-14	-	2356	1- Lesões inflamatórias/reactivas 21,6% 2- Lesões císticas 18% 3- Patologia das glândulas salivares 13,5%
Lima <i>et al.</i> , 2008	Rio Grande do Sul	0-14	9.465	625	1- Patologia de glândulas salivares 19,3% 2- Lesões císticas 18,7% 3- Tecidos/dentes saudáveis 12,4%
Vale <i>et al.</i> , 2013	Pernambuco	0-18	2.395	315	1- Lesões inflamatórias/reactivas 64,4% 2- Neoplasias epiteliais e de tecidos moles 8,6% 3- Tecido normal 6,3%
Martins- Filho <i>et al.</i> , 2015	Sergipe Pernambuco	0-18	4.690	564	1- Patologia de glândulas salivares 27% 2- Tumores não odontogênicos 21% 3- Lesões diversas 48%
Pessoa <i>et al.</i> , 2015	Bahia	0-19	4.137	360	1- Lesões inflamatórias 46,9% 2- Tumores odontogênicos 10,2% 3- Cistos odontogênicos 9,7%
Ataíde <i>et al.</i> , 2016	São Paulo	0-16	34.138	2539	1- Patologia de glândulas salivares 37,1% 2- Patologia da mucosa 13,6% 3- Cistos odontogênicos 11,3%
Cavalcante <i>et al.</i> , 2016	Ceará	0-16	9.100	1240	1- Patologia das glândulas salivares 30,4% 2- Patologia diversa 15,8% 3- Cistos maxilofaciais 12,6%

Arruda <i>et al.</i> , 2017*	Minas Gerais Goiás Pernambuco Rio Grande do Sul Santa Catarina	0-19	85.105	58	1- Carcinoma mucoepidermoide 22,4% 2- Osteossarcoma 13,8% 3- Carcinoma de células escamosas 12,1%
Barros <i>et al.</i> , 2018	Rio Grande do Norte	0-19	14.565	2191	1- Lesões inflamatórias/reactivas 42,9% 2- Neoplasias benignas 15,7% 3- Cistos odontogênicos 14%
Prosdócimo <i>et al.</i> , 2018	Rio de Janeiro	0-19	19.095	2408	1- Patologia das glândulas salivares 24,3% 2- Lesões inflamatórias/reactivas 405 16,8% 3- Cistos odontogênicos 14,6%
Silva <i>et al.</i> , 2018	Pernambuco Minas Gerais Rio Grande do Sul	0-12	32.506	1706	1- Lesões inflamatórias/reactivas 51,8% 2- Cistos odontogênicos e não odontogênicos 21,3% 3- Neoplasias benignas 16,9%
Almeida <i>et al.</i> , 2021	Minas Gerais	0-19	32.842	3040	1- Lesões reativas/inflamatórias 52% 2- Cistos 15,7% 3- Neoplasias benignas 12,9%
Souza <i>et al.</i> , 2021	Amazonas	0-18	2.437	225	1- Patologia das glândulas salivares 22,2% 2- Patologias diversas 12% 3- Tumores odontogênicos 11,6%
Costa <i>et al.</i> , 2023	Minas Gerais	0-14	19.456	1480	1- Patologia das glândulas salivares 35,7% 2- Lesões inflamatórias/reactivas 18,8% 3- Lesões císticas 16,2%
Melo <i>et al.</i> , 2023	Santa Catarina	0-19	4.180	385	1- Lesões reativas das glândulas salivares 27,2% 2- Lesões reativas do tecido conjuntivo 20% 3- Cistos odontogênicos 12,4%
Rezende <i>et al.</i> , 2024*	São Paulo	0-3	93.950	250	1- Mucocele 13,6% 2- Papiloma 4,4% 3- Fibroma de células gigantes 2,4%

\* Artigos com lesões não categorizadas em grupos

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Nesses estudos não há consenso em relação ao método de classificação dos diagnósticos e a faixa etária analisada. A classificação de Jones e Franklin (2005) foi utilizada para categorizar as lesões maxilofaciais em 22% dos estudos brasileiros (Cavalcante *et al* 2015; Ataíde *et al.*, 2016; Prosdócimo *et al* 2018). Entretanto, a maioria dos estudos utilizou conjuntos diversos de categorias (Sousa *et al.*, 2002; Lima *et al.*, 2008; Vale *et al.*, 2013; Martins- filho *et al.*, 2015; Pessoa *et al.*, 2015; Barros *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018; Melo *et al.*, 2023). A falta de uniformidade nos critérios dos estudos prejudica a compreensão adequada da prevalência dessas lesões (Vale *et al.*, 2013).

Os critérios estabelecidos pela OMS (1986), determinam que a infância corresponde ao período entre 0 e 9 anos e a adolescência o período entre 10 e 19 anos, dados esses utilizados em diversos países. No Brasil, a Lei 8.069/90 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), compreende a infância como o período entre 0 e 12 anos e a adolescência acima de 12 e até 18 anos (BRASIL, 1990). Devido ao seu caráter menos abrangente, este último é menos utilizado, quando comparado com o critério da OMS.

Em relação a faixa etária, 33% dos estudos brasileiros analisaram uma faixa etária entre 0 e 19 anos (Pessoa *et al.*, 2015; Arruda *et al.*, 2017; Barros *et al.*, 2018; Prosdócimo *et al.*, 2018; Almeida *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2023), de acordo com o preconizado pela OMS. A faixa etária de 0 a 18 anos foi utilizada em 17% dos estudos (Vale *et al.*, 2013; Martins-Filho *et al.*, 2015; Souza *et al.*, 2021), conforme o que dispõe a Lei 8.069/90. Os demais estudos não seguiram critérios pré-estabelecidos e avaliaram de maneira diversa, a faixa etária de 0 a 14 anos foi utilizada em 22% dos estudos (Cavalcante *et al.*, 1999; Sousa *et al.*, 2002; Lima *et al.*, 2008; Costa *et al.*, 2023), as faixas etárias de 0 a 16 anos (Ataíde *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2016) e 0 a 12 anos (Maia *et al.*, 2000; Silva *et al.*, 2018) foram utilizadas em 11% dos estudos e a faixa etária de 0 a 3 anos foi utilizada em 6% dos estudos brasileiros (Rezende *et al.*, 2024).

### **1.1 Estudos brasileiros de lesões maxilofaciais na faixa etária de 0 a 19 anos**

Os estudos realizados no Brasil apresentam diferenças em relação a categorização das lesões e a faixa etária. Dentre os estudos que avaliaram a faixa etária de 0 a 19 anos enquadram-se Pessoa *et al.*(2015), Arruda *et al.*(2017), Barros *et al.*(2018), Prosdócimo *et al.*(2018), Almeida *et al.*(2021) e Melo *et al.*(2023).

O estudo realizado por Pessoa *et al.*(2015), avaliou 360 (8,7%) fichas clínicas de indivíduos de 0 a 19 anos, sendo a maior parte adolescentes 74,8% (n=266), do sexo feminino 74,1% (n=266) e negros em 44,9% (n=137) dos casos. Lesões localizadas em tecido mole foram mais prevalentes, correspondendo a 64,4% (n=232) dos casos. Em relação as categorias diagnósticas, as Lesões Reacionais (LR) foram as mais prevalentes, correspondendo a 46,9% (n=169) dos casos, seguidas pelos tumores odontogênicos em 10,3% (n=37) dos casos, cistos odontogênicos em 9,7% (n=35) dos casos, tumores não odontogênicos em 5,6% (n=20) e doenças ósseas em 4,7% (n=17) dos casos.

O grupo de lesões mais prevalente no estudo, as LR, também denominadas de proliferações não-neoplásicas, são encontradas de forma bastante frequente na cavidade oral (Hunasgi *et al.*, 2017). Dentro do grupo de LR as mais frequentes são mucocele, Granuloma

Piogênico (GP), Lesão Periférica de Células Gigantes (LPCG), Fibroma Ossificante Periférico (FOP) e Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (HFI) (Manlove *et al.*, 2024).

O estudo clinicopatológico multicêntrico realizado por Arruda *et al.*(2017) analisou a ocorrência de neoplasias malignas na faixa etária de 0 a 19 anos. Foi observado que, de uma amostra total de 9.411 casos, as neoplasias malignas corresponderam a 0,61% (n=58) dos casos, sendo o Carcinoma Mucoepidermoide (CME) (n=13; 22,4%) o mais prevalente, seguido pelo osteossarcoma (n=8; 13,8%), Carcinoma de Células Escamosas (CCE) (n=7; 12,1%) e Linfoma de Burkitt (LB) (n=8; 12,1%).

As neoplasias malignas formam um grupo diverso de lesões com características agressivas, crescimento rápido e invasivo, baixa diferenciação celular, numerosas figuras de mitose e metástase (Deng *et al.*, 2022). O CME é uma neoplasia maligna que acomete glândulas salivares, sendo as glândulas salivares maiores as mais afetadas (Alsanie *et al.*, 2022). Em comparação aos adultos, a incidência do CME em crianças é rara, entretanto, corresponde a metade das malignidades em glândulas salivares nessa faixa etária (Dombrowski *et al.*, 2019).

Barros *et al.*(2018), também, avaliaram a ocorrência de lesões orais em pacientes de 0 a 19 anos. O estudo foi composto por 14.565 registros, desses 15% (n=2.191) corresponderam a crianças e adolescentes. A maior parte dos pacientes eram adolescentes de 10 a 19 anos (n=1.706; 80,7%), do sexo feminino (n=954; 43,5%) e indivíduos brancos (n=825; 37,6%). Esse estudo avaliou a ocorrência de patologias neoplásicas e não neoplásicas. As patologias não neoplásicas foram as mais prevalentes no estudo (n=1605; 73,2%), sendo a mucocele (n=462) a lesão reativa/inflamatória mais comum no grupo e no estudo. No grupo de neoplasias, as neoplasias benignas foram mais comuns (n=346; 15,7%), principalmente em adolescentes (n=288; 80,7%), sendo o odontoma (n=77) e o papiloma (n=68) as lesões mais prevalentes nesse grupo.

A mucocele foi a lesão reativa/inflamatória mais frequente no estudo de Barros *et al.*(2018), sua etiologia está relacionada ao extravasamento de muco após trauma ou irritação crônica nas glândulas salivares menores (Miranda *et al.*, 2022; WHO *et al.*, 2022). O rompimento ou danos causados às glândulas salivares menores provocam o extravasamento de mucina na submucosa, que gera uma resposta inflamatória no local da lesão (Manlove *et al.*, 2024). Sua apresentação clínica mais comum é um aumento de volume arredondado, de coloração azulada, devido ao extravasamento de mucina abaixo da mucosa, ou coloração semelhante a mucosa, em razão da profundidade da lesão (Miranda *et al.*, 2022).

Da mesma forma, o estudo realizado por Prosdócimo *et al.*(2018) avaliou lesões orais na faixa etária de 0 a 19 anos, que corresponderam a 12,6% (n=2.408) do total de casos. O

perfil geral dos pacientes mais acometidos foram adolescentes (n=1748; 72,6%) e indivíduos do sexo feminino (n=1300; 54%). Em relação as categorias diagnósticas as patologias das glândulas salivares (n=585; 24,3%), lesões reativas (n=405; 16,8%) e cistos odontogênicos (n=353; 14,6%), foram as mais observadas no estudo. Nessas categorias os diagnósticos histopatológicos mais frequentes foram fenômeno de extravasamento de muco (n=523), HFI (n=155) e CD (n=156), respectivamente.

De maneira diferente dos demais, o levantamento clinicopatológico realizado por Almeida *et al.*(2021) analisou em dois diferentes serviços a ocorrência de lesões maxilofaciais na faixa etária de 0 a 19 anos, que correspondeu a 9,8% (n=3237) do total de casos. A maior parte eram adolescentes (74,8%; n=2.419), do sexo feminino (n=1219; 51,6%) e não-brancos (n=1376; 61,4%). Em ambos os grupos etários, as categorias diagnósticas mais prevalentes foram lesões reativas/ inflamatórias e cistos odontogênicos/não odontogênicos. Os diagnósticos histopatológicos mais prevalentes no estudo foram fenômeno de extravasamento de muco (n=745; 24,5%), folículo pericoronário (n=229; 7,5%), HFI (n=202; 6,6%) e CD (n=196; 6,4%).

Assim como os demais, o levantamento clinicopatológico realizado por Melo *et al.*(2023) avaliou lesões maxilofaciais na faixa etária de 0 a 19 anos, correspondendo a 9,21% (n=385) do total de casos. A maior parte dos pacientes estava na faixa etária de 10 a 19 anos (72,4%; n=279), o sexo masculino foi levemente mais acometido (n=195; 50,39%) e a raça branca foi mais prevalente (n=248; 64,4%). Considerando a localização anatômica, a mandíbula foi a região mais afetada (31,9%), seguida pelos lábios (26,23%). As categorias diagnósticas mais observadas foram lesões reativas das glândulas salivares (n=105; 27,2%), lesões reativas do tecido conjuntivo (n=77; 20%) e CO (n=48; 12,4%). Os diagnósticos histopatológicos mais prevalentes em todo o estudo foram fenômeno de extravasamento de muco (24,68%), lesão central de células gigantes (5,97%) e GP (5,97%).

## **1.2 Estudos brasileiros de lesões maxilofaciais em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 18 anos**

Os estudos de lesões maxilofaciais que utilizaram a faixa etária de 0 a 18 anos foram Vale *et al.*(2013), Martins-Filho *et al.*(2015) e Souza *et al.*(2021).

Vale *et al.*(2013) realizaram um estudo uni institucional que avaliou lesões maxilofaciais em uma faixa etária de 0 a 18 anos, que correspondeu a 13,1% (n=315) dos casos. Como visto em outros estudos, a segunda década de vida (n=216; 68,5%) e o sexo feminino foram mais acometidos (n=180; 58,6%). Em relação a localização anatômica a mucosa labial foi a região

mais afetada (n=151; 47,9%). Entre as categorias diagnósticas as lesões reativas e inflamatórias foram o grupo mais prevalente (n=203; 64,4%), seguido pelas neoplasias epiteliais e de tecidos moles (n=27; 8,6%) e tecido normal (n=20; 6,3%). Esse estudo revelou que 38,5% das lesões estudadas, não apresentaram concordância entre a hipótese clínica e o diagnóstico histopatológico.

Da mesma forma, o estudo de Martins-Filho *et al.*(2015) realizado em dois centros universitários, avaliou a frequência de lesões orais em pacientes de 0 a 18 anos, correspondendo a 12% (n=564) dos registros. Diferente dos demais estudos a faixa etária não foi subdividida em crianças e adolescentes. O sexo mais acometido foi o feminino (n=312) e o lábio foi o sítio anatômico mais atingido (n=155). As categorias diagnósticas mais prevalentes foram patologia das glândulas salivares (n=154), seguida por tumores não odontogênicos/ lesões semelhantes a tumores (n=121), e patologias diversas (n=100). As duas principais lesões observados no estudo foram a mucocele (n=138) e o granuloma piogênico (n=46).

O GP, segunda lesão mais observada no estudo, possui etiologia relacionada a irritação local, higienização precária ou trauma (Maymone *et al.*, 2019). A apresentação clínica do GP corresponde a uma lesão nodular, de superfície lisa ou lobulada, séssil ou pediculada, de coloração variável e sangrante ao toque, devido à alta vascularização (Gordón-Núñez *et al.*, 2010). A semelhança clínica entre GP e outras lesões reacionais destaca a importância de seu conhecimento clínico, histopatológico e epidemiológico (Maymone *et al.*, 2019).

Souza *et al.*(2021) na mesma linha dos demais estudos, avaliaram as lesões orais na faixa etária de 0 a 18 anos, essa amostra correspondeu a 9,2% (n=225) dos casos. Diferentes dos demais estudos os pacientes do sexo masculino foram mais acometidos (n=125; 55,6%). Os grupos de lesões mais prevalentes nesse estudo foram patologia das glândulas salivares (n=50; 22,2%), seguida por patologias diversas (n=27; 12%) e tumores odontogênicos (n=26; 11,6%).

Os Tumores Odontogênicos (TO), segundo grupo de lesões mais prevalente no estudo, constituem um grupo complexo de lesões orais, devido a variedade clínica e histopatológica que eles apresentam (Vered, Wright, 2022). São classificados em 3 grupos, sendo eles os tumores odontogênicos epiteliais, tumores odontogênicos mesenquimais e tumores odontogênicos mistos (WHO *et al.*, 2023).

### **1.3 Estudos brasileiros de lesões maxilofaciais em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 16 anos**

Na faixa etária de 0 a 16 anos apenas 2 estudos avaliaram a ocorrência de lesões orais em crianças e adolescentes, sendo eles Ataíde *et al.*(2016) e Cavalcante *et al.*(2016).

Ataíde *et al.*(2016) analisaram a ocorrência de lesões orais em pacientes de 0 a 16 anos, que correspondeu a 7,4% (n=2539), esse estudo chama atenção pelo quantitativo de lesões avaliadas. Em relação ao perfil demográfico, observou-se que o sexo feminino (n=1416; 55,7%) e a faixas etária de 13 a 16 anos (n=1004; 39,6%), foram os mais afetados. As categorias diagnósticas mais prevalentes nesse estudo foram doenças das glândulas salivares em 37,1% (n=943) dos casos, seguida por patologia da mucosa em 13,6% (n=344) e cistos odontogênicos em 11,3% (n=287) dos casos. Os diagnósticos histopatológicos mais frequentes no estudo foram fenômeno de extravasamento de muco (6,3%; n=922), hiperplasia fibrosa (n=143; 5,6%), folículo dentário (n=131; 5,2%), cisto dentígero (n=128; 5%), hiperplasia gengival (n=113; 4,4%), papiloma escamoso (n=90; 3,5%), cisto radicular (n=85; 3,4%) e odontoma (n=80; 3,4%).

O cisto dentígero (CD) é o mais comum dentre os cistos de desenvolvimento observados no estudo. Ele caracteriza-se por envolver a coroa de um dente não irrompido a partir de sua junção amelo-cementária (Soluk-Tekkesin, Wright, 2022). Sua patogênese está relacionada ao acúmulo anormal de fluido entre o órgão do esmalte e a coroa do dente (Batra *et al.*, 2024). Ao exame radiográfico, observa-se uma área radiolúcida unilocular associada a coroa de um dente inclusivo, com margens bem definidas (Austin, Nelson, 2021; Soluk-Tekkesin, Wright, 2022). O CD possui delgado epitélio escamoso não-queratinizado, sua cápsula pode conter ilhas ou cordões de restos epiteliais odontogênicos (Summersgill, 2023).

Da mesma forma, Cavalcante *et al.*(2016) realizaram um estudo uni-institucional, que avaliou lesões maxilofaciais na faixa etária de 0 a 16 anos, correspondendo a 13% (n=1240) dos casos. Nesse estudo a idade média da amostra correspondeu a  $11,42 \pm 3,72$  anos e o sexo masculino foi o mais acometido (n=688; 55,5%). Em relação as categorias diagnósticas, patologia da glândula salivar foi a mais prevalente correspondendo a 30,4% (n=377) dos casos, seguida por patologia diversa em 15,8% (n=196) e cistos maxilofaciais em 12,6% (n=156). Mucoceles foram as lesões mais diagnosticadas em todo o estudo (n=336; 21,1%), seguidas por cistos foliculares dentais (n=70; 5,6%) e fibroma (n=54; 4,4%).

#### **1.4 Estudos brasileiros de lesões maxilofaciais em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos**

Os estudos que avaliaram as lesões maxilofaciais na faixa etária de 0 a 14 anos foram Cavalcante *et al.*(1999), Sousa *et al.*(2002), Lima *et al.*(2008) e Costa *et al.*(2023).

O estudo de Cavalcante *et al.*(1999) foi o primeiro a realizar levantamento de lesões orais em crianças e adolescentes no Brasil. A amostra foi composta por pacientes de 0 a 14 anos,

que corresponderam a 370 casos, não observando predileção por sexo ou idade. Os diagnósticos histopatológicos prevalentes no estudo foram a mucocele ( $n=94$ ; 25,4%), seguida por processo inflamatório crônico inespecífico ( $n=35$ ; 9,4%), cisto dentígero ( $n=21$ ; 5,6%), granuloma periapical ( $n=20$ ; 5,4%) e granuloma piogênico ( $n=20$ ; 5,4%).

Da mesma forma, o levantamento de lesões orais realizado por Sousa *et al.*(2002) também analisou pacientes de 0 a 14 anos, que corresponderam a 2356 casos. Em relação ao perfil demográfico da amostra, os pacientes de 9 a 14 anos foram acometidos em 70% dos casos, não foi observada predileção por sexo e a raça branca foi a mais acometida correspondendo a 69% dos casos. Em relação as categorias diagnósticas, as lesões reacionais e inflamatórias foram as mais prevalentes correspondendo a 21,6% ( $n=510$ ) dos casos, seguidas por lesões císticas em 18% ( $n=423$ ) e patologia de glândulas salivares em 13,5% ( $n=317$ ) dos casos.

Assim como os demais estudos, Lima *et al.*(2008) realizaram um levantamento un institucional, que avaliou lesões maxilofaciais em pacientes de 0 a 14 anos. Essa amostra correspondeu a 6,6% ( $n=625$ ) dos casos, a maior parte dos pacientes estava na faixa etária de 7 a 14 anos (89%) e do sexo feminino (53%). Em relação as categorias diagnósticas, as mais prevalentes foram lesões de glândulas salivares em 19,3% ( $n=121$ ) dos casos, seguida por lesões císticas em 18,7% ( $n=117$ ) e tecidos/ dentes saudáveis em 12,4% ( $n=78$ ) dos casos. Entre os diagnósticos histopatológicos o fenômeno de extravasamento de muco foi o mais comum ( $n=108$ ; 17,2%), seguidas por folículo pericoronário ( $n=57$ ; 9,1%) e cisto dentígero em ( $n=54$ ; 8,6%).

As lesões císticas incluíram os Cistos Odontogênicos (CO) e Cistos Não-odontogênicos (CNO). Os COs são subclassificados de acordo com sua origem podendo ser cisto de desenvolvimento ou inflamatórios (WHO *et al.*, 2023). Os CNO formam um grupo distinto de lesões que se desenvolvem na região maxilofacial (Nonaka *et al.*, 2011). São caracterizados pela presença de uma cavidade patológica revestida por epitélio não-odontogênico, entretanto, a etiopatogenia dessas lesões é bastante variada e muitas vezes está relacionada a sua localização (Soluk-Tekkesin, Wright, 2022).

Costa *et al.*(2023) realizaram o mais recente levantamento de diagnósticos histopatológicos orais na faixa etária de 0 a 14 anos, composto por 7,6% ( $n=1480$ ) dos casos. A faixa etária mais prevalente foi de 10 a 14 anos, correspondendo a 60% ( $n=888$ ) dos casos, o sexo mais acometido foi o feminino em 55,1% ( $n=816$ ) e a localização anatômica mais afetada foi a região de tecidos moles, em 53% ( $n=637$ ) dos casos. As categorias diagnósticas mais prevalentes nos pacientes de 10 a 14 anos foram as lesões de glândulas salivares em 31,2% ( $n=277$ ) dos casos, seguidas por lesões reativas e inflamatórias em 18% ( $n=160$ ) e cistos em

18% (n=160) casos. Os pacientes de 0 a 9 anos, também foram mais afetados por essas lesões ainda que em menor quantidade, as lesões de glândulas salivares foram as mais prevalentes, correspondendo a 42,4% (n=252) dos casos, seguida por lesões reativas e inflamatórias em 19,9% (n=118) e cistos em 13,5% (n=80) dos casos.

### **1.5 estudos de lesões maxilofaciais em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 12 anos**

Os estudos que avaliaram as lesões maxilofaciais em pacientes de 0 a 12 anos foram Maia *et al.*(2002) e Silva *et al.*(2018).

Maia *et al.*(2002) realizaram um levantamento epidemiológico uni institucional das lesões orais em pacientes de 0 a 12 anos, correspondendo a 1018 amostras. Entre as categorias diagnósticas tumores em tecidos moles foram o grupo mais prevalentes, correspondendo a 24,1% dos casos (n=238), seguido por cistos/tumores odontogênicos em 21,9% (n=216) e doenças pulparas e perirradiculares em 14,3% (n=141) dos casos.

Na mesma linha dos demais estudos, Silva *et al.*(2018) no estudo multicêntrico analisaram as lesões maxilofaciais na faixa etária de 0 a 12 anos, a amostra correspondeu a 5,2% (n=1706) dos casos. Os pacientes mais acometidos estavam na faixa etária de 9 a 12 anos (n=1036; 60,7%) e eram do sexo feminino (n=885; 51,9%). O sítio anatômico mais acometido na região de tecido mole foi o lábio, correspondendo a 34,5% (n=587). As categorias de diagnóstico mais prevalentes presentes no estudo foram lesões inflamatórias/reactivas (n=884), seguidas por cistos odontogênicos e não odontogênicos em 21,3% (n=363), neoplasias benignas em 16,9% (n=289) e lesões ósseas não neoplásicas em 4,3% (n=73) dos casos.

As neoplasias benignas compreendem um grupo diversificado de distúrbios patológicos, com características histopatológicas e clínicas distintas (Allon *et al.*, 2013; Jo, Demicco 2022). Essas lesões, em geral apresentam crescimento lento, são bem delimitadas e não invasivas (Allon *et al.*, 2013; Blochowiak *et al.*, 2018). Esse grupo é definido de acordo com o tecido de origem da neoplasia, podendo ser epitelial ou mesenquimal (Jo, Demicco; 2022).

### **1.6 Estudo de lesões maxilofaciais em crianças na faixa etária de 0 a 3 anos**

Diferente dos demais estudos, Rezende *et al.*(2023) realizaram um levantamento de lesões orais especificamente na faixa etária de 0 a 3 anos, que correspondeu a 0,27% (n=250) do total de casos. Destes 250 casos, 52% (n=130) ocorreram em indivíduos do sexo masculino, os lábios foram o sítio anatômico mais acometido 16% (n=40). A mucocele foi a lesão mais frequente (n=34; 13,6%), seguida pelo papiloma (n=11; 4,4%).

O papiloma consiste em uma proliferação benigna do epitélio pavimentoso estratificado induzida pelo papilomavírus humano (HPV) (Spirito *et al.*, 2023). Na mucosa oral também podem ser observadas outras lesões relacionadas ao HPV, como verruga vulgar e condiloma acuminado (Ardekani *et al.*, 2022). As crianças e adolescentes com diagnóstico histopatológico dessas lesões requerem uma maior atenção, pois a transmissão pode ocorrer tanto de forma vertical, durante o parto devido o contato com áreas infectadas, ou por via sexual, devendo-se levar em consideração uma possível situação de abuso sexual (Boguna *et al.*, 2019). Pediatras e cirurgiões-dentistas devem manter-se atentos diante desses diagnósticos uma vez que são os principais profissionais de saúde a identificar esse tipo de lesão (Alramadhan *et al.*, 2022).

Diante desse contexto, torna-se necessária a realização de pesquisas voltadas a análise dos diagnósticos histopatológicos orais em crianças e adolescentes. O conhecimento das lesões maxilofaciais que acometem pacientes pediátricos é de extrema importância para profissionais de saúde, pois conhecendo as características nessa faixa etária eles serão capazes de fornecer diagnósticos precoces, condutas adequadas e tratamentos corretos para os pacientes. É válido salientar que a realização de estudos dessa natureza pode auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas de saúde bucal e alocação de recursos específicos para essa faixa etária.

## **OBJETIVOS**

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Traçar o perfil clinicopatológico dos diagnósticos histopatológicos da região maxilofacial em crianças e adolescentes, diagnosticadas em um serviço referência de Patologia Oral.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra de acordo com dados clínicos do paciente (sexo, idade e raça).
- Traçar o perfil da amostra de acordo com as características dos diagnósticos histopatológicos (localização anatômica, sintomatologia, crescimento, tipo de biópsia, diagnóstico clínico e histopatológico).
- Relacionar as características dos diagnósticos histopatológicos com os parâmetros clínicos dos grupos etários (crianças e adolescentes);
- Avaliar a concordância entre as hipóteses diagnósticas clínicas e o diagnóstico histopatológico.

## **METODOLOGIA**

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Base de Registros de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (Plataforma Brasil) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), seguindo as normas exibidas na Lei 14.874/2024/CONEP e RN 738/2024 do CNS, recebendo o parecer de aprovação nº 6.839.466/ CAAE 79217324.5.0000.5187 (ANEXO A).

#### **3.2 Caracterização do estudo**

O estudo consistiu em uma pesquisa observacional e analítica, com corte transversal. Caracterizada pela análise dos achados clínicos e diagnósticos histopatológicos da região maxilofacial de crianças e adolescentes. Os registros foram obtidos das fichas clínicas e laudos do Laboratório de Histopatologia Oral do Departamento de Odontologia da UEPB.

#### **3.3 População**

A população do estudo foi constituída por todos os casos de crianças e adolescentes diagnosticados e arquivados no Laboratório de Histopatologia Oral do Departamento de Odontologia da UEPB- Campus I, no período de 2011 a 2025.

#### **3.4 Amostra**

A amostra foi constituída dos casos de diagnósticos histopatológicos maxilofaciais em crianças, de 0 a 9 anos de idade, e adolescentes, de 10 a 19 anos de idade, através do levantamento de dados de fichas clínicas e laudos histopatológicos.

#### **3.5 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos no estudo as fichas clínicas dos pacientes com idade entre 0 e 19 anos, que continham informações necessárias a pesquisa, como idade e diagnóstico histopatológico, no período de 2011 a 2025. Foram excluídos diagnósticos histopatológicos inconclusivos.

#### **3.6 Instrumento de Coleta de Dados**

Foram utilizados os dados presentes nas fichas clínicas do Laboratório de Histopatologia Oral do Departamento de Odontologia da UEPB, as variáveis coletadas estavam relacionadas ao paciente: idade, sexo e raça. A variável idade foi definida conforme os critérios da WHO *et al.*(1986), que determinou a infância como o período de 0 a 9 anos e a adolescência como o período de 10 a 19 anos.

Em relação aos parâmetros das lesões, foram coletadas as variáveis: localização anatômica, sintomatologia, crescimento, tipo de biópsia, diagnóstico clínico e diagnóstico histopatológico. Essas variáveis foram categorizadas de acordo com o quadro abaixo.

**Quadro 2.** Variáveis avaliadas no estudo

Variáveis	Definição	Categorização	Tipo de variável (qualitativa)
Idade	Idade em anos	- 0 a 9 anos (crianças) - 10 a 19 anos (adolescentes)	Qualitativa nominal
Sexo	Sexo do Paciente	- Feminino - Masculino	Qualitativa nominal
Raça	Cor de pele autodefinida pelo paciente	- Branco - Não branco	Qualitativa nominal
Localização anatômica	Sítio anatômico da lesão	- Tecidos moles - Intraósseo	Qualitativa nominal
Localização intraóssea	Sítio anatômico da lesão, categorizado em região intraóssea	- Mandíbula - Maxila	Qualitativa nominal
Localização em tecidos moles	Sítio anatômico da lesão, categorizado em região de mucosa bucal	- Lábios - Língua - Palato - Mucosa jugal - Gengiva - Assoalho	Qualitativa nominal
Crescimento	Período de crescimento da lesão	- Lento - Rápido	Qualitativa nominal
Sintomatologia	Sintomas relatados pelo paciente	- Sim - Não	Qualitativa nominal
Tipo de biópsia	Procedimento cirúrgico que envolve a remoção de uma amostra de tecido	- Incisional - Excisional	Qualitativa nominal
Diagnóstico clínico	Processo de identificação de alterações nos tecidos bucais	Diagnóstico clínico dado de acordo com a origem, classificação e apresentação clínica.	Qualitativa nominal

Diagnóstico histopatológico	Diagnóstico final da lesão, a partir de um estudo histopatológico, realizado por um patologista	Diagnóstico conclusivo dado de acordo com a mais recente classificação	Qualitativa nominal
-----------------------------	---	--	---------------------

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

Os diagnósticos histopatológicos coletados nas fichas foram agrupados de acordo com os critérios da OMS (2022) e adaptados de Costa *et al.* (2023). Os diagnósticos histopatológicos foram categorizados em 9 grupos:

- Grupo 1: Lesões reacionais e reativas
- Grupo 2: Cistos odontogênicos e não odontogênicos
- Grupo 3: Doenças imunorreativas
- Grupo 4: Tumores odontogênicos
- Grupo 5: Neoplasias benignas de tecidos moles
- Grupo 6: Neoplasias malignas
- Grupo 7: Alterações ósseas
- Grupo 8: Malformações vasculares
- Grupo 9: Outros diagnósticos

### 3.7 Procedimento de Coleta de Dados

Os dados referentes aos pacientes (idade, sexo e raça) e a lesão (localização anatômica, sintomatologia, crescimento, tipo de biópsia, diagnóstico clínico e diagnóstico histopatológico) foram coletados a partir das fichas clínicas dos pacientes, disponibilizadas pelo Laboratório de Histopatologia Oral do Departamento de Odontologia da UEPB.

### 3.8 Processamento e Análise dos Dados

Os resultados obtidos com as análises clínicas e histopatológicas foram digitados em planilha eletrônica Excel (Microsoft Office 2016®) e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 21.0; IBM Corp., Armonk, NY, USA), no qual foram realizadas as análises estatísticas apropriadas.

As variáveis do estudo foram avaliadas de modo descritivo e analítico, sendo realizada a caracterização dos dados referentes ao paciente e a lesão. A associação foi realizada por meio do teste do Qui-quadrado, considerando o valor de  $p < 0,05$ . A razão de prevalência foi calculada nos casos em que se observou diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.

***ARTIGO***

---

## 4. ARTIGO

### 4.1 Apresentação

O presente projeto de pesquisa desenvolvido foi apresentado e aprovado em qualificação pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO) da UEPB. Como resultado da execução desse projeto, um artigo é apresentado nesta dissertação: **“Caracterização clinicopatológica dos diagnósticos maxilofaciais em crianças e adolescentes em um serviço de referência em Patologia Oral”.**

Após as considerações da banca, este artigo será submetido a revista *“International Journal of Paediatric Dentistry”* (ISSN: 1365-263X; Fator de impacto: 2.3; Qualis A2). As normas para submissão desse trabalho a revista IJPB são apresentadas no Anexo B.

#### **4.2 Artigo a ser submetido**

**Caracterização clinicopatológica dos diagnósticos maxilofaciais em crianças e adolescentes em um serviço de referência em Patologia Oral**

Título breve: **Análise dos diagnósticos maxilofaciais em uma população pediátrica**

Amanda Claudino Gomes<sup>1</sup>, Talytha Barbosa da Rocha<sup>1</sup>, Camila Monteiro Cavalcante Soares,  
Manuel Antonio Gordón-Núñez<sup>1</sup>, Cassiano Francisco Weege Nonaka<sup>1</sup>, Pollianna Muniz Alves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, UEPB,  
Campina Grande-PB, Brasil

#### **Autor Correspondente:**

Pollianna Muniz Alves

Universidade Estadual da Paraíba.

Departamento de Odontologia - Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Rua das Baraúnas, 351 - Bairro Universitário – 58429-500 - Campina Grande, PB – Brasil.

CEP: 58429-500 Telefone: (83) 3315-3471.

#### **Declaração de Ética**

Todos os procedimentos realizados em estudos envolvendo participantes humanos estavam de acordo com as normas éticas do comitê de pesquisa institucional e/ou nacional e com a Declaração de Helsinque de 1964 e suas emendas posteriores ou padrões éticos comparáveis. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Aprovação nº 6.839.466)

#### **Conflito de interesses**

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

#### **Declaração de disponibilidade dos dados**

Não se aplica

## ABSTRACT

**Background:** Understanding maxillofacial lesions in children and adolescents through clinicopathological studies is essential to determine the prevalence of these conditions and to support the development of public health policies targeted at this population.

**Aim:** To determine the clinicopathological profile of maxillofacial diagnoses in children and adolescents in an Brazilian Oral Pathology service.

**Design:** This study involved the analysis of clinical records of children aged 0 to 9 years and adolescents aged 10 to 19 years, from the Oral Pathology Service, covering the period from 2011 to 2025. The collected data included information about the patients and their diagnoses. The frequency of diagnoses and associations were calculated using Pearson's chi-square test.

**Results:** Out of 7,039 histopathological diagnoses, 707 (10.1%) were from individuals aged 0 to 19 years. The 10–19-year-old age group was the most affected, accounting for 73.8% (n=522) of cases. Among these, males (n=270; 51.7%) and non-white individuals (n=135; 35.1%) were more frequently affected. Soft tissue lesions were more common in children (n=131; 72.4%) and adolescents (n=288; 55.8%), with a statistically significant difference ( $p<0.001$ ). The category of reactive and inflammatory lesions was the most prevalent, representing 60% (n=111) of diagnoses in children and 55.9% (n=292) in adolescents. Agreement between clinical hypotheses and histopathological diagnoses was observed in 58.8% of cases.

**Conclusion:** The most affected patient profile were of non-white male adolescents. Lip was region more affected. Mucocele, dentigerous cyst and odontoma were histopathological diagnosis more frequent. A moderate agreement was observed between clinical and histopathological diagnoses. These findings highlight the importance of knowlegment of the histopathological types of maxillofacial lesions in these age groups, especially for pediatric dentists and oral medicine specialists.

**Keywords:** Adolescent; Child; Oral diagnosis; Epidemiologic Studies; Maxillofacial Injuries.

## Introdução

O conhecimento das lesões maxilofaciais por meio de estudos epidemiológicos é essencial para o melhor desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde de crianças e adolescentes (Aly, Abdul-Aziz, Elchaghaby, 2022). Essa população está sujeita a uma gama de características específicas da faixa etária que diferem das condições que acometem pacientes adultos (Costa *et al.*, 2023). Entretanto, grande parte dos estudos relacionados ao padrão e frequência de patologias orais em crianças e adolescentes analisam desfechos relacionados a

doença periodontal, má oclusão, cárie e trauma dentário (Rêgo *et al.*, 2020; Schwendicke *et al.*, 2021).

A realização de biópsias orais em pacientes pediátricos e o encaminhamento para os laboratórios de histopatologia oral são importantes para caracterizar as lesões (Prosdócimo *et al.*, 2018). Na literatura, encontram-se estudos epidemiológicos de lesões maxilofaciais em crianças e adolescentes no Reino Unido (Jones, Franklin, 2005), Austrália (Há *et al.*, 2014), Estados Unidos (Kwok *et al.*, 2015), Malásia (Shuhairi *et al.*, 2020), Egito (Aly; Abdul-Aziz; Elchaghaby, 2022) e Arábia Saudita (Binmadi, AlDehlawi, 2024).

No Brasil, a literatura encontrada mostra a existência de 18 estudos (Cavalcante *et al.*, 1999; Maia *et al.*, 2000; Sousa *et al.*, 2002; Lima *et al.*, 2008; Vale *et al.*, 2013; Martins-Filho *et al.*, 2015; Pessoa *et al.*, 2015; Ataíde *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2016; Arruda *et al.*, 2017; Barros *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018; Prosdócimo *et al.*, 2018; Almeida *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2023; Melo *et al.*, 2023; Rezende *et al.*, 2024). Esses estudos apresentam divergências em relação a padronização da faixa etária e categorização dos diagnósticos histopatológicos. Fato este que pode ocorrer devido a diversidade e miscigenação da população brasileira tornando-se, portanto, necessário compreender melhor o perfil desses pacientes.

Os dados derivados de estudos clinicopatológicos são fundamentais na formação de profissionais de saúde bucal, principalmente odontopediatras (Há *et al.*, 2014; Aly, Abdul-Aziz, Elchaghaby, 2022). Através desses dados os profissionais podem identificar o perfil das lesões maxilofaciais que mais acometem crianças e adolescentes, fornecer diagnósticos adequados, realizar encaminhamentos e tratamentos mais assertivos, e melhor diferenciar patologias comumente vistas na faixa etária de crianças e adolescentes.

De acordo com a literatura, as principais lesões orais encontradas nesse grupo etário correspondem a lesões reativas e inflamatórias, cistos e tumores odontogênicos, lesões neoplásicas, patologia em glândulas salivares e patologia óssea (Jones; Franklin, 2005; Há *et al.*, 2014; Ataíde *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2016; Shuhairi *et al.*, 2020; Aly, Abdul-Aziz, Elchaghaby, 2022; Costa *et al.*, 2023). Em menor frequência, neoplasias malignas também são diagnosticadas, tais como carcinoma mucoepidermoide e osteossarcoma (Arruda *et al.*, 2017).

Nos estudos encontrados na literatura até o momento, os diagnósticos histopatológicos em crianças e adolescentes variam de 5,2% até 14,5% (Barros *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018) do total de diagnósticos nos serviços de patologia oral. Estudos que analisem a ocorrência desses diagnósticos em diferentes regiões geográficas são necessários para auxiliar no melhor entendimento e conhecimento dos diagnósticos histopatológicos nos grupos etários estudados (Ataíde *et al.*, 2016).

Portanto, torna-se necessária a realização de estudos voltados ao conhecimento dos diagnósticos histopatológicos orais mais comuns em crianças e adolescentes. É válido salientar que a realização de estudos dessa natureza pode auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas de saúde bucal e alocação de recursos específicos para essa faixa etária. Baseado nesse contexto, este estudo objetivou determinar o perfil clínicopatológico dos diagnósticos histopatológicos maxilofaciais em crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos, em um Serviço de Patologia Oral de referência.

#### Material e Métodos

O presente estudo foi conduzido em um Serviço de Patologia Oral localizado no nordeste brasileiro, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Declaração de Helsinque. Esta pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos (no 6.839.466) e consistiu em estudo observacional e analítico, com corte transversal, caracterizado pela análise dos achados clínicos e diagnósticos histopatológicos de lesões da região maxilofacial de crianças e adolescentes. Os registros foram obtidos das fichas clínicas e laudos histopatológicos no período de 2011 a 2025. Foram incluídas fichas clínicas que continham informações necessárias à pesquisa, como idade e diagnóstico histopatológico, e excluídos casos com diagnósticos histopatológicos inconclusivos.

Os pacientes foram agrupados em 2 grupos: crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos). Registros com dados incompletos quanto ao diagnóstico histopatológico e a idade foram excluídos. A categorização dos diagnósticos histopatológicos maxilofaciais foi realizada de acordo com os critérios da OMS (2022) e adaptadas de Costa *et al.*(2023), sendo divididas em 9 grupos: grupo 1 (lesões reacionais e reativas); grupo 2 (cistos odontogênicos e não odontogênicos); grupo 3 (doenças imunorreativas); grupo 4 (tumores odontogênicos); grupo 5 (neoplasias benignas de tecidos moles); grupo 6 (neoplasias malignas); grupo 7 (alterações ósseas), grupo 8 (malformações vasculares); grupo 9 (outros diagnósticos). Foram coletados dados referentes ao paciente (idade, sexo e raça), e dados referentes a lesão (localização anatômica, sintomatologia, crescimento, tipo de biópsia, hipótese clínica e diagnóstico histopatológico).

Os dados foram tabulados no Excel 2016® (Microsoft, Redmond, Washington, EUA) e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 21.0; IBM Corp., Armonk, NY, USA). Foi realizada a análise descritiva das variáveis, o cálculo da razão de prevalência, em alguns casos, e aplicação do teste qui-quadrado para comparar as variáveis de interesse entre as faixas etárias, considerando o valor de  $p < 0,05$ .

#### Resultados

Dentre os 7.039 diagnósticos histopatológicos realizados no período de 2011 a 2025, 10,1% (n=707) acometeram pacientes de 0 a 19 anos, a idade média dos indivíduos correspondeu a  $12,6 \pm 4,5$  anos. O grupo de crianças correspondeu a 26,2% (n=185), o sexo feminino (n=99; 53,5%) e a raça não branca (n=80; 63%) foram os mais afetados. Os adolescentes corresponderam a 73,8% (n=522) dos diagnósticos, compreendendo a faixa etária mais acometida nesse estudo, o sexo masculino (n=270; 51,7%) e a raça não branca (n=135; 35,2%) foram os mais afetados (Tabela 1).

Quanto à localização anatômica, as lesões em tecido mole foram mais prevalentes correspondendo em crianças a 72,4% (n=131) dos casos, com associação significativa ( $p < 0,001$ ). Nos adolescentes as lesões em tecido mole também foram as mais frequentes (n=288; 55,8%). Os lábios foram o sítio anatômico mais afetado em crianças (n=81) e em adolescentes (n=167). A mandíbula posterior foi a região intraóssea mais afetada em crianças (n=12; 42,4%) e adolescentes (n=75; 52,8%) (Tab. 2).

Em relação às categorias diagnósticas, tanto nas crianças quanto nos adolescentes as lesões reacionais e inflamatórias foram as mais frequentes, seguidas pelo grupo dos cistos odontogênicos e não odontogênicos, neoplasias benignas, tumores odontogênicos e alterações ósseas (Tabela 3).

Em relação aos diagnósticos mais prevalentes dentro de cada categoria, no grupo das crianças o fenômeno de extravasamento de muco foi o mais frequente, correspondendo a 43,8% (n=81), seguida pelo papiloma (n=16; 8,6%), cisto radicular (n=7; 3,8%) e odontoma composto (n=6; 3,2%) (Tabela 4). No grupo dos adolescentes, o fenômeno de extravasamento de muco também foi o diagnóstico mais prevalente correspondendo a 28,4% (n=148), seguido pelo cisto dentígero (n=34; 6,5%), papiloma (n=17; 3,3%) e odontoma composto (n=15; 2,9%).

Aspectos clínicos referentes ao crescimento, sintomatologia e tipo de biópsia foram analisados em relação às categorias diagnósticas. O crescimento ocorreu de modo lento em 80,3% (n=359) dos casos. Em relação à sintomatologia, observou-se que a maior parte dos pacientes eram assintomáticos, correspondendo a 82,5% (n=363) dos casos. O tipo de biópsia mais realizada foi a excisional (n=525; 86,1%) (Tabela 5). A concordância entre hipótese clínica e diagnóstico histopatológico em crianças e adolescentes foi identificada em 58,8% (n=416) dos casos.

#### Discussão

Análise dos diagnósticos histopatológicos maxilofaciais em crianças e adolescentes é necessária para determinar a prevalência nessa faixa etária (Aly, Abdul-Aziz, Elchaghaby, 2022). O conhecimento e distribuição dessas lesões é necessário principalmente para

profissionais que atendem essa faixa etária, como odontopediatras, estomatologistas e pediatras, pois a partir do conhecimento dos tipos histopatológicos eles serão capazes de fornecer diagnósticos precoces, condutas adequadas e tratamentos corretos para os pacientes (Silva *et al.*, 2018).

Dos estudos encontrados na literatura, no que concerne à faixa etária de 0 a 19 anos de idade, a maior parte das lesões são diagnosticadas em adolescentes (Pessoal *et al.*, 2015; Arruda *et al.*, 2017; Barros *et al.*, 2018; Proscódimo *et al.*, 2018; Almeida *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2023), resultado semelhante ao observado em nosso estudo. Sugere-se assim, que esse achado pode estar relacionado a maior dificuldade em realizar biópsias em pacientes pediátricos devido o comportamento mais resistente, bem como a falta de compreensão dos pais ou responsáveis pela importância em realizar as biópsias.

Entre os estudos realizados no Brasil foi observado um maior acometimento do sexo feminino em ambos os grupos etários (Pessoal *et al.*, 2015; Arruda *et al.*, 2017; Barros *et al.*, 2018; Prosdócimo *et al.*, 2018; Almeida *et al.*, 2021; Melo *et al.*, 2023) de encontro a esse achado, no presente estudo o sexo masculino foi o mais afetado entre os adolescentes e o sexo feminino entre as crianças. Esses resultados sugerem que o sexo mais acometido muda conforme o grupo etário analisado. No que se refere a raça apenas os estudos de Sousa *et al.*(2002), Almeida *et al.*(2021) e Melo *et al.*(2023) analisaram esse dado, sendo a raça não branca a mais acometida, semelhante ao observado em nosso estudo.

Dos dados presentes na literatura, no que diz respeito à localização anatômica, a região de tecido mole, especificamente os lábios, são os mais acometidos (Vale *et al.*, 2013; Martins-filho *et al.*, 2015; Arruda *et al.* 2017; Barros *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2023), resultados esses semelhantes ao encontrado em nosso estudo, principalmente no grupo das crianças. Dessa forma, o odontopediatra precisa ficar atento a presença de lesões em tecidos moles.

Dentre os estudos analisados, as lesões reacionais e inflamatórias são o grupo de lesões mais prevalente em crianças e adolescentes (Vale *et al.*, 2013; Pessoa *et al.*, 2015; Barros *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018; Almeida *et al.*, 2021), corroborando os dados encontrados em nossa pesquisa. Sugere-se assim, que as lesões relacionadas a traumas, acúmulo de biofilme ou higienização precária, são mais frequentes nessa população.

O biofilme consiste em uma camada esbranquiçada aderida aos dentes, composta por restos de alimentos e colônias de bactérias proveniente da higienização precária (Schwendicke *et al.*, 2021). Nesse contexto, o odontopediatra deve estar atento, pois o acúmulo de biofilme não está apenas relacionado a lesão cariosa, mas também, as lesões em tecido mole a exemplo

do granuloma piogênico, fibroma ossificante periférico, lesão periférica de células gigantes. Uma vez que a doença cária não é tratada ela pode ocasionar o desenvolvimento de lesões do periápice, a exemplo do granuloma periapical e cisto radicular.

Em nosso estudo, o fenômeno de extravasamento de muco, diagnosticado clinicamente como mucocele, foi a lesão mais frequente em ambos os grupos etários, resultado semelhante é observado na literatura (Vale *et al.*, 2013; Martins-Filho *et al.*, 2015; Pessoa *et al.*, 2015; Ataíde *et al.*, 2016; Cavalcante *et al.*, 2016; Barros *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018; Almeida *et al.*, 2021, Costa *et al.*, 2023). Sua etiologia está relacionada à obstrução ou ruptura dos ductos das glândulas salivares menores após trauma ou irritação crônica (Miranda *et al.*, 2022). Áreas mais suscetíveis a traumas, como lábio inferior, apresentam maior ocorrência dessa lesão. Sendo assim, o odontopediatra deve reforçar o cuidado durante a realização de procedimentos como anestesia do nervo alveolar inferior para tratamento restaurador, exodontias e tratamentos ortodônticos que podem ocasionar lesões de tecido mole na cavidade oral.

Os cistos odontogênicos e não-odontogênicos foram o segundo grupo de lesões mais prevalentes nos estudos de Sousa *et al.*(2002), Lima *et al.*(2008), Silva *et al.*(2018) e Almeida *et al.*(2021), da mesma forma que os resultados obtidos no presente estudo. Nesse grupo foi observado que entre os cistos odontogênicos o dentígero e o radicular foram os mais prevalentes. O cisto dentígero, caracteriza-se como um cisto odontogênico de desenvolvimento, que envolve a coroa de um dente não irrompido a partir de sua junção amelo-cementária (WHO, 2022; Soluk-Tekkesin, Wright, 2022). Sugere-se que a alta prevalência desse cisto esteja relacionada aos processos de desenvolvimento próprios dessa faixa etária como a formação da dentição primária e permanente, e a ocorrência de dentes inclusos, principalmente terceiros molares.

Cistos radiculares, caracterizam-se como cistos odontogênicos inflamatórios localizados no ápice de dentes não vitais (Soluk-Tekkesin, Wright, 2022). Acredita-se que sua origem esteja relacionada à proliferação dos restos epiteliais de Malassez como consequência de lesões cariosas avançadas e não tratadas frequentemente observadas na população pediátrica (Khetan *et al.*, 2024). Dessa forma, o odontopediatra deve direcionar sua atenção não apenas a doença cária, mas também as possíveis consequências geradas por ela, que podem ser encontradas na cavidade oral desses pacientes.

No que concerne às neoplasias benignas, nosso estudo mostrou que essas lesões compreenderam o terceiro grupo mais prevalente, semelhante a Silva *et al.* (2018) e Almeida *et al.* (2021). Entre as neoplasias benignas o papiloma foi a mais diagnosticada em ambos os grupos etários. O condiloma acuminado e a verruga vulgar também foram diagnosticados,

embora em menor frequência. Estas lesões estão relacionadas ao papilomavírus humano (HPV), sua transmissão que pode ser vertical, durante o parto, ou por via sexual (Alramadhan *et al.*, 2022). Esse achado demonstra a necessidade dos odontopediatras dar uma maior atenção para o diagnóstico dessas lesões orais em pacientes pediátricos, pois quando presentes em crianças e adolescentes, deve-se levar em consideração uma possível situação de abuso sexual.

No estudo atual foi identificado que a categoria de tumores odontogênicos correspondeu ao quarto grupo de lesões mais prevalentes, entretanto, nos estudos de Martins-Filho *et al.* (2015), Pessoa *et al.* (2015) e Souza *et al.* (2021) essa categoria estava entre as mais prevalentes em pacientes jovens. O subtipo composto foi o tumor odontogênico mais frequente em ambos os grupos etários, assim como observado na literatura em que esse subtipo é o mais frequente em pacientes jovens (Boffano *et al.*, 2023). Sua alta frequência em pacientes nas duas primeiras décadas de vida, associa-se ao fato dessa lesão ser uma variação dos tecidos normais que ocorre durante a erupção dos dentes. O que demonstra a necessidade do odontopediatra compreender o perfil dos pacientes para realizar uma anamnese adequada a cada faixa etária.

No que se refere ao grupo de alterações ósseas, o cisto ósseo simples, displasia fibrosa e fibroma ossificante central foram os mais diagnosticados, na literatura apenas a displasia fibrosa tem sido citada como a mais comum (Pessoa *et al.*, 2015; Barros *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2018). O cisto ósseo simples, embora não seja um cisto verdadeiro apresenta-se como cavidade intraóssea, preenchida na maior parte das vezes por material serossanguinolento, onde sua patogênese está mais relacionada a processos traumáticos (Soluk-Tekkesin, Wright, 2022; WHO, 2022). A displasia fibrosa consiste em uma alteração óssea, na qual o osso é substituído por tecido fibroso, sendo a maxila e as regiões paranasais mais comumente afetadas (WHO, 2022). O desenvolvimento das lesões e o surgimento de sintomas ocorre por volta da primeira década de vida (Vilos *et al.*, 2024).

Em relação às neoplasias malignas, o CME, o linfoma de Burkitt e a histiocitose de células de Langerhans foram os diagnósticos histopatológicos encontrados em nosso estudo, corroborando o observado na literatura (Sousa *et al.*, 2002; Ataíde *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2028; Costa *et al.*, 2023). O CME é uma neoplasia maligna que acomete, principalmente as glândulas salivares maiores e nessa faixa etária, corresponde a neoplasia maligna mais comum (Arruda *et al.*, 2017; Alsanie *et al.*, 2022). Arruda *et al.* (2017), em seu estudo multicêntrico, observaram que além do CME (n=13; 22,4%), o osteossarcoma (n=8; 13,8%), CCE (n=7; 12,1%) e LB (n=7; 12,1%), foram as lesões mais frequentes.

Em relação à análise dos aspectos clínicos, a maior parte dos artigos encontrados na literatura não avaliam esses parâmetros, com exceção dos estudos de Arruda *et al.* (2017) e

Pessoa *et al.* (2015), os quais demonstraram em seus resultados dados referentes a sintomatologia e tipo de biópsia, respectivamente. No estudo de Arruda *et al.* (2017) a maior parte das lesões foram assintomáticas e no artigo de Pessoa *et al.* (2015) as biópsias excisionais foram as mais prevalentes, corroborando assim os resultados da presente pesquisa.

No presente estudo também foram avaliados o tipo de crescimento das lesões e a concordância entre hipótese clínica e diagnóstico histopatológico. O crescimento lento foi o tipo mais prevalente, ocorrendo em 80,3% (n=359) dos casos. A concordância entre hipótese clínica e diagnóstico histopatológico foi observada em mais da metade dos casos, enquanto que, na literatura, apenas o estudo de Vale *et al.* (2013) avaliou esse parâmetro, os quais os autores encontraram resultados semelhantes ao nosso estudo. Esses resultados reforçam a importância da realização de capacitações diagnósticas para os cirurgiões-dentistas e, também, a necessidade da maior abordagem dessa temática durante a graduação nas disciplinas de odontopediatria e estomatologia.

Em suma, nossa pesquisa auxilia em uma maior compreensão da prevalência das lesões maxilofaciais em crianças e adolescentes. Demonstrando-se necessária para os cirurgiões-dentistas especialmente, odontopediatras e estomatologistas, bem como pediatras. É válido destacar a importância desses resultados na conscientização de políticas públicas e no incentivo ao diagnóstico preciso dessas lesões.

## Referências

1. Aly MM, Abdul-Aziz MAM, Elchaghaby MA. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathological lesions in a group of Egyptian children over 21 years. *BMC Oral Health.* 2022;22(1):2.
2. Costa ARGF, Silva Duarte PV, Moreira MR, Mello FAA, Ferreira MC, de Faria PR, Cardoso SV, Loyola AM. Histopathological diagnosis in pediatric stomatology: A 43-year retrospective study of 1,480 cases from a Brazilian institution. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2023;166 (1):111-481.
3. Rego ICQ, Vilarinho SMM, Rodrigues CKF, Correia PVAR, Junqueira JLC, Oliveira LB. Oral and cranio-maxillofacial trauma in children and adolescents in an emergency setting at a Brazilian hospital. *Dent Traumatol.* 2020;36(2):167-173.
4. Schwendicke F, Walsh T, Lamont T, Al-Yaseen W, Bjørndal L, Clarkson JE, Fontana M, Gomez Rossi J, Göstemeyer G, Levey C, Müller A, Ricketts D, Robertson M, Santamaría RM, Innes NP. Interventions for treating cavitated or dentine carious lesions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;7(7):130-139.

5. Prosdócimo ML, Agostini M, Romañach MJ, de Andrade BA. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in a pediatric population from Rio de Janeiro-Brazil over a 75-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2018;23(5):511-517.
6. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Int J Paediatr Dent.* 2006;16(1):19-30.
7. Ha WN, Kelloway E, Dost F, Farah CS. A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian paediatric population. *Aust Dent J.* 2014;59(2):221-5.
8. Kwok EY, Dovigi EA, Eversole LR, Dovigi AJ. Pediatric Oral Pathology: A Retrospective Survey of 4,554 Biopsies. *Pediatr Dent.* 2015 Nov-Dec;37(7):546-9.
9. Shuhairi NNb, Jalil ABA, Lau SH, Ghazali SBM, Kee CC. A retrospective analysis of oral and maxillofacial biopsied specimens in Malaysian newborns and infants. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(4):496-503.
10. Binmadi NO, AlDehlawi H. Pediatric oral pathology in Saudi Arabia: A 10-year retrospective study at an academic dental hospital. *Saudi Dent J.* 2024;36(5):751-755.
11. Cavalcante ASR, Marsilio AL, Kühne SS, Carvalho YR. Lesões bucais de tecido mole e ósseo em crianças e adolescentes. *Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos.* 1999; 2(1): 67-75.
12. Maia DM, Merly F, Castro WH, Gomez RS. A survey of oral biopsies in Brazilian pediatric patients. *ASDC J Dent Child.* 2000;67(2):128-31.
13. Sousa FB, Etges A, Corrêa L, Mesquita RA, de Araújo NS. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. *J Clin Pediatr Dent.* 2002;26(4):413-418.
14. Lima GS, Fontes ST, de Araújo LM, Etges A, Tarquinio SB, Gomes AP. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. *J Appl Oral Sci.* 2008;16(6):397-402.
15. Vale EB, Ramos-Perez FM, Rodrigues GL, Carvalho EJ, Castro JF, Perez DE. A review of oral biopsies in children and adolescents: A clinicopathological study of a case series. *J Clin Exp Dent.* 2013;5(3):144-149.
16. Martins-Filho PR, de Santana Santos T, Piva MR, da Silva HF, da Silva LC, Mascarenhas-Oliveira AC, de Souza Andrade ES. A Multicenter Retrospective Cohort Study on Pediatric Oral Lesions. *J Dent Child (Chic).* 2015;82(2):84-90.
17. Pessoa CP, Alves TD, dos Santos NC, dos Santos HL, Azevedo Ade C, dos Santos JN, Oliveira MC. Epidemiological survey of oral lesions in children and adolescents in a Brazilian population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015;79(11):1865-71.
18. Ataíde AP, Fonseca FP, Santos Silva AR, Jorge Júnior J, Lopes MA, Vargas PA. Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southeastern population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016;90:241-244.

19. Cavalcante RB, Turatti E, Daniel AP, de Alencar GF, Chen Z. Retrospective review of oral and maxillofacial pathology in a Brazilian paediatric population. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2016;17(2):115-22.
20. Arruda JAA, Silva LVO, Kato CNAO, Schuch LF, Batista AC, Costa NL, Tarquinio SBC, Rivero ERC, Carrard VC, Martins MD, Sobral APV, Mesquita RA. A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. *Oral Oncol.* 2017;75(1):39-45.
21. Barros CC, da Silva LP, Gonzaga AKG, de Medeiros AMC, de Souza LB, da Silveira ÉJD. Neoplasms and non-neoplastic pathologies in the oral and maxillofacial regions in children and adolescents of a Brazilian population. *Clin Oral Investig.* 2019;23(4):1587-1593.
22. Silva LVO, Arruda JAA, Martelli SJ, Kato CNAO, Nunes LFM, Vasconcelos ACU, Tarquinio SBC, Gomes APN, Gomez RS, Mesquita RA, Silveira MMFD, Sobral APV. A multicenter study of biopsied oral and maxillofacial lesions in a Brazilian pediatric population. *Braz Oral Res.* 2018;32(1):e20
23. Almeida AS, Kato CNO, Jácome-Santos H, Pinheiro JJ, Mesquita RA, Abreu LG. A retrospective analysis of oral and maxillofacial lesions in children and adolescents reported in two different services. *J Clin Exp Dent.* 2021;13(9):894-905.
24. Souza VG, Gomes BP, Cavalcanti TR, Câmara J, Libório-Kimura TN. Oral lesions in children/teenagers: a cross-sectional study of 225 reports in a pathology service in Amazon. *Minerva Dent Oral Sci.* 2021;70(6):263-268.
25. Melo G, Batistella EÂ, Bett JVS, Grando LJ, Rivero ERC. Prevalence of oral and maxillofacial lesions in children and adolescents at a regional Brazilian oral pathology service: a retrospective study and the relevant literature review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2023 Aug;24(4):451-459.
26. Rezende KM, de Barros Gallo C, Nogueira GP, Corraza AC, Haddad AE, Gallottini M, Bönecker M. Retrospective study of oral lesions biopsied in babies and toddlers. *Oral Dis.* 2024;30(3):1242-1244.
27. Miranda GGB, Chaves-Junior SC, Lopes MP, Rocha TBD, Colares DF, Ito FA, Cavalcante IL, Cavalcante RB, Andrade BAB, Nonaka CFW, Alves PM, Albuquerque-Júnior RLC, Cunha JLS. Oral mucoceles: A Brazilian Multicenter Study of 1,901 Cases. *Braz Dent J.* 2022;33(5):81-90.
28. World Health Organization. Classification of head and neck tumours. 5th ed. Lyon: IARC Press; 2022.
29. Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. *Turk Patoloji Derg.* 2022;38(2):168-184.
30. Khetan RR, Reche A, Basra AS, Awghad SS. Radicular Cyst: The Sequelae of Untreated Caries. *Cureus.* 2024;16(5):260-269.
31. Boguñá N, Capdevila L, Jané-Salas E. Relationship of human papillomavirus with diseases of the oral cavity. *Med Clin (Barc).* 2019;153(4):157-164.

32. Alramadhan SA, Fitzpatrick SG, Bhattacharyya I, Islam MN, Cohen DM. Changing Trends in Benign Human Papillomavirus (HPV) Related Epithelial Neoplasms of the Oral Cavity: 1995-2015. *Head Neck Pathol.* 2022;16(3):738-745.
33. Boffano P, Cavarra F, Brucoli M, Ruslin M, Forouzanfar T, Ridwan-Pramana A, Rodríguez-Santamarta T, de Vicente JC, Starch-Jensen T, Pechalova P, Pavlov N, Doykova I, Konstantinovic VS, Jezdić Z, Barrabé A, Louvrier A, Meyer C, Snäll J, Hagström J, Dovšak T, Birk A, Rocchetti V. The epidemiology and management of odontomas: a European multicenter study. *Oral Maxillofac Surg.* 2023 Sep;27(3):479-487. doi: 10.1007/s10006-022-01091-w. Epub 2022 Jun 17. Erratum in: *Oral Maxillofac Surg.* 2023;27(4):721.
34. Vilos I, Nieminen MT, Mäkitie RE. Fibrous dysplasia of the head and neck in Southern Finland: a retrospective study on clinical characteristics, diagnostics, and treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024;281(6):3189-3195.
35. Alsanie I, Rajab S, Cottom H, Adegun O, Agarwal R, Jay A, Graham L, James J, Barrett AW, van Heerden W, de Vito M, Canesso A, Adisa AO, Akinshipo AO, Ajayi OF, Nwoga MC, Okwuosa CU, Omitola OG, Orikpete EV, Soluk-Tekkesin M, Bello IO, Qannam A, Gonzalez W, Pérez-de-Oliveira ME, Santos-Silva AR, Vargas PA, Toh EW, Khurram SA. Distribution and frequency of salivary gland tumours: an international multicenter study. *Head Neck Pathol.* 2022;16(4):1043-1054.

## Tabelas

**Tabela 1.** Distribuição de dados absolutos e relativos dos parâmetros clínicos das crianças e adolescentes.

Parâmetros clínicos	0 a 9 anos		10 a 19 anos		<i>P</i>
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					
Feminino	99	53,5	252	48,3	0,221
Masculino	86	46,5	270	51,7	
<b>Raça*</b>					
Branco	47	37,0	135	35,2	0,706
Não Branco	80	63,0	249	64,8	

\*Informação indisponível em 196 casos.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

**Tabela 2.** Distribuição absoluta e relativa dos diagnósticos histopatológicos nos grupos etários estudados de acordo com localização anatômica.

<b>Localização anatômica</b>	0-9 anos		10-19 anos		<i>p</i>	<i>RP 95%</i>
	n	%	n	%		
<b>Localização*</b>						
Intraósseo	50	27,6	228	44,2	<0,001 <sup>a</sup>	1,19 (1,09-1,3)
Tecido mole	131	72,4	288	55,8		
<b>Localização intraóssea**</b>						
Maxila	23	46,9	73	35,3	0,129 <sup>a</sup>	NA
Mandíbula	26	53,1	134	64,7		
<b>Localização intraóssea ***</b>						
Maxila anterior	12	36,4	36	25,4	NA	NA
Maxila posterior	2	6,1	15	10,6		
Mandíbula anterior	5	15,1	16	11,2		
Mandíbula posterior	14	42,4	75	52,8		
<b>Localização em tecido mole****</b>						
Lábios	81	68,1	167	68,4	NA	NA
Língua	21	17,6	41	16,8		
Mucosa jugal	5	4,2	19	7,8		
Palato	4	3,4	10	4,1		
Assoalho	8	6,7	7	2,9		

\*Informação indisponível em 10 casos

\*\* Informação indisponível em 22 casos

\*\*\*Informação indisponível em 59 casos

\*\*\*\*Informação indisponível em 56 casos

<sup>a</sup> Teste qui-quadrado de Pearson

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

**Tabela 3.** Distribuição absoluta e relativa das categorias diagnósticas de acordo com a faixa etária

<b>Grupos de lesões</b>	<b>Total</b>		<b>Idade média</b>	<b>0-9 anos</b>		<b>10-19 anos</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>(±DP)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lesão reacional e inflamatória	403	57,0	12,5±4,6	111	60,0	292	55,9
Cistos odontogênicos e não-odontogênicos	123	17,4	13,4± 4,2	23	12,4	100	19,2
Neoplasias benignas	76	10,7	11,1±4,9	31	16,8	45	8,6
Tumores odontogênicos	48	6,8	12,7±3,8	11	5,9	37	7,1
Alterações ósseas	21	3,0	13,4±3,3	4	2,2	17	3,3
Outros diagnósticos	25	3,5	14,5±3,3	3	1,6	22	4,2
Malformações vasculares	6	0,8	12±6,3	1	0,5	5	1,0
Neoplasias malignas	3	0,4	12±6,2	1	0,5	2	0,4
Doenças imunomediadas	2	0,3	16	0	0,0	2	0,4
<b>Total</b>	<b>707</b>	<b>100</b>	<b>NA</b>	<b>185</b>	<b>100</b>	<b>522</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

**Tabela 4.** Distribuição absoluta e relativa dos diagnósticos histopatológicos.

	Total n	Total %	0 a 9 anos n	0 a 9 anos %	10 a 19 anos n	10 a 19 anos %
<b>Lesão reacional e inflamatória</b>						
Fenômeno de extravasamento de muco	229	32,4	81	43,8	148	28,4
Granuloma periapical	49	6,9	3	1,6	46	8,8
Hiperplasia gengival	35	5,0	6	3,2	29	5,6
Granuloma piogênico	32	4,5	7	3,8	25	4,8
Hiperplasia fibrosa inflamatória	21	3,0	4	2,2	17	3,3
Processo inflamatório inespecífico	15	2,1	4	2,2	11	2,1
Lesão periférica de células gigantes	5	0,7	3	1,6	2	0,4
Hiperceratose	6	0,8	1	0,5	5	1,0
Melanose focal	3	0,4	0	0	3	0,6
Fibroma ossificante periférico	2	0,3	1	0,5	1	0,2
Abcesso periapical	1	0,1	0	0	1	0,2
Linfonodo aumentado	1	0,1	0	0	1	0,2
Pulpite crônica hiperplásica	1	0,1	0	0	1	0,2
Gengivite descamativa	1	0,1	0	0	1	0,2
Hiperplasia linfoide	1	0,1	1	0,5	0	0
Mucosite psoriasiforme	1	0,1	0	0	1	0,2
Total	403	57,0	111	60,0	292	55,9
<b>Cistos Odontogênicos e Não Odontogênicos</b>						
Cisto dentígero	40	5,7	6	3,2	34	6,5
Cisto radicular	39	5,5	7	3,8	32	6,1
Ceratocisto odontogênico	25	3,5	2	1,1	23	4,4
Cisto de natureza odontogênica	9	1,3	4	2,2	5	1,0
Cisto odontogênico calcificante	2	0,3	0	0	2	0,4
Cisto epidermoide	2	0,3	1	0,5	1	0,2
Cisto parodontário	2	0,3	0	0	2	0,4
Cisto da bifurcação vestibular	1	0,1	1	0,5	0	0
Cisto dermoide	1	0,1	1	0,5	0	0
Cisto Linfoepitelial oral	1	0,1	0	0	1	0,2
Cisto lingual com epitélio respiratório	1	0,1	1	0,5	0	0
Total	123	17,4	23	12,4	100	19,2
<b>Neoplasias benignas</b>						
Papiloma	33	4,7	16	8,6	17	3,3
Fibroma	9	1,3	1	0,5	8	1,5
Verruga vulgar	6	0,8	3	1,6	3	0,6
Fibroblastoma	14	2,0	5	2,7	9	1,7
Hemangioma	3	0,4	2	1,1	1	0,2
Adenoma pleomórfico	2	0,3	0	0	2	0,4
Tumor neuroectodérmico melanótico da infância	2	0,3	2	1,1	0	0
Lipoma	1	0,1	0	0	1	0,2
Nevo intramucoso	1	0,1	0	0	1	0,2

Adenoma policístico esclerosante	1	0,1	0	0	1	0,2
Neurilemoma	1	0,1	0	0	1	0,2
Neurofibroma	1	0,1	0	0	1	0,2
Condiloma acuminado	1	0,1	1	0,5	0	0
Epílide Congênita do Recém-nascido	1	0,1	1	0,5	0	0
Total	76	10,7	31	16,8	45	8,6
<b>Tumores odontogênicos</b>						
Odontoma composto	21	3,0	6	3,2	15	2,9
Ameloblastoma	8	1,1	0	0	8	1,5
Ameloblastoma unicístico	2	0,3	0	0	2	0,4
Tumor odontogênico adenomatoide	8	1,1	3	1,6	5	1,0
Fibroma ameloblástico	5	0,7	2	1,1	3	0,6
Odontoma complexo	3	0,4	0	0	3	0,6
Tumor dentinogênico de células fantasmas	1	0,14	0	0	1	0,2
Total	48	6,78	11	5,9	37	7,1
<b>Outros diagnósticos</b>						
Folículo dentário	23	3,3	2	1,1	21	4,0
Tecido cicatricial	2	0,3	1	0,5	1	0,2
Total	25	3,3	3	1,6	22	4,2
<b>Alterações ósseas</b>						
Cisto ósseo simples	6	0,9	1	0,5	5	1,0
Displasia fibrosa	5	0,7	1	0,5	4	0,8
Fibroma ossificante central	5	0,7	2	1,1	3	0,6
Exostose	2	0,3	0	0	2	0,4
Cisto ósseo aneurismático	1	0,1	0	0	1	0,2
Hiperplasia condilar	1	0,1	0	0	1	0,2
Osteoesclerose idiopática	1	0,1	0	0	1	0,2
Total	21	3,0	4	2,2	17	3,3
<b>Malformações vasculares</b>						
Malformações linfáticas	3	0,4	0	0	3	0,6
Malformações sanguíneas	3	0,4	1	0,5	2	0,4
Total	6	0,8	1	0,5	5	1,0
<b>Neoplasias malignas</b>						
Carcinoma mucoepidermoide	1	0,14	0	0	1	0,2
Linfoma de Burkitt	1	0,14	0	0	1	0,2
Histiocitose de células de Langerhans	1	0,14	1	0,5	0	0
Total	3	0,42	1	0,5	2	0,4
<b>Doenças imunomediatadas</b>						
Líquen plano reticular	2	0,3	0	0	2	0,4
Total	2	0,3	0	0	2	0,4

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

**Tabela 5.** Distribuição absoluta e relativa dos parâmetros clínicos das lesões de acordo com os diagnósticos categorizados

Categorias diagnósticas	Aspectos clínicos											
	Crescimento*				Sintomatologia**				Tipo de biopsia***			
	Lento n	%	Rápido n	%	Presença n	%	Ausência n	%	Excisional n	%	Incisional n	%
Lesão reacional e inflamatória	201	45,0	65	14,5	38	8,6	201	45,7	327	53,6	24	3,9
Cistos odontogênicos e não-odontogênicos	54	12,1	10	2,2	20	4,5	58	13,2	74	12,1	29	4,8
Neoplasias benignas	49	11,0	7	1,6	4	0,9	50	11,4	64	10,5	3	0,5
Tumores odontogênicos	27	6,0	0	0	9	2	25	5,7	32	5,2	12	2,0
Alterações ósseas	11	2,5	3	0,7	3	0,7	12	2,7	6	1,0	11	1,8
Outros diagnósticos	9	2,0	2	0,4	2	0,5	10	2,3	16	2,6	2	0,3
Malformação vasculares e linfáticas	5	1,1	0	0	0	0	4	0,9	6	1,0	0	0,0
Neoplasias malignas	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	3	0,5
Doenças imunomedidas	2	0,4	0	0	0	0	2	0,5	0	0,0	1	0,2
Total	359	80,3	88	19,7	77	17,5	363	82,5	525	86,1	85	13,9

\*Informação indisponível em 260 casos

\*\*Informação indisponível em 268 casos

\*\*\*Informação indisponível em 97 casos

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

## ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

---

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa contribui para auxiliar na caracterização clinicopatológica das lesões maxilofaciais das crianças e adolescentes paraibanos. O perfil dos pacientes mais acometidos correspondeu a adolescentes, do sexo masculino e da raça não branca. Em relação aos parâmetros das lesões, a região de tecido mole foi a mais acometida, especificamente a região de lábio. Dados clínicos como o crescimento lento e a ausência de sintomatologia foram identificados na maior parte dos casos e a biópsia excisional foi a mais realizada.

No que se refere aos diagnósticos histopatológicos o fenômeno de extravasamento de muco foi o mais prevalente em ambos os grupos etários. Uma concordância moderada entre hipótese clínica e diagnóstico histopatológico foi observada. Dessa forma, os nossos resultados demonstram ser importantes para um melhor conhecimento dos profissionais de saúde, principalmente pediatras, odontopediatras e estomatologistas, acerca dessa população. Além de auxiliar no estabelecimento de diagnósticos adequados e condutas assertivas.

## **REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

- ALLON, I. *et al.* The clinical characteristics of benign oral mucosal tumors. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 19, n. 5, p. 438-43, 2014.
- ALMEIDA, A. S. C. *Bet al.* A retrospective analysis of oral and maxillofacial lesions in children and adolescents reported in two different services. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 13, n. 9, p.894-905, 2021.
- ALRAMADHAN, S. A. *et al.* “Changing trends in benign human papillomavirus (HPV) related epithelial neoplasms of the oral cavity: 1995-2015.” **Head and Neck Pathology**, v. 16, n. 3, p. 738-745, 2022.
- ALSANIE, I. *et al.* “Distribution and frequency of salivary gland tumours: an international multicenter study.” **Head and Neck Pathology**, v. 16, n. 4, p. 1043-1054, 2022.
- ALY, M. M.; ABDUL-AZIZ, M.A; ELCHAGHABY, M.A. 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, sp, 2022.
- ARDEKANI, A. *et al.* Human papillomavirus infection during pregnancy and childhood: A Comprehensive Review. **Microorganisms**, v.10, n.10, p.1932, 2022.
- ARRUDA, J. A. A. *et al.* A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. **Oral Oncology**, v. 75, n.1, p.39-45, 2017.
- ATAÍDE, A. P. *et al.* Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southeastern population. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 90, n.1, p. 241-244, 2016.
- BARROS, C. C. S. *et al.* Neoplasms and non-neoplastic pathologies in the oral and maxillofacial regions in children and adolescents of a Brazilian population. **Clinical Oral Investigations**, v. 23, n. 4, p.1587–1593, 2019.
- BATRA, P. t al. “Management and Rehabilitation of Dentigerous Cyst With 10-Year Follow-Up: A Case Report.” **Cureus**, v.16, n. 8, p.67867, 2024.
- BINMADI, N. O.; ALDEHLAWI, H. Pediatric oral pathology in Saudi Arabia: A 10-year retrospective study at an academic dental hospital. **The Saudi dental journal**, v. 36, n. 5, p. 751–755, 2024.
- BOFFANO, P. *et al.* “The epidemiology and management of odontomas: a European multicenter study.” **Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 27, n. 3, p. 479-487, 2023.
- BOGUNA, N. *et al.* “Relationship of human papillomavirus with diseases of the oral cavity.” “El virus del papiloma humano y su relación con la patología de la cavidad oral.” **Medicina clínica**, v. 153, n. 4, p. 157-164, 2019.
- BRASIL. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023\\_2026/2024/lei/L14874.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023_2026/2024/lei/L14874.htm). Acesso em: mar 2025.

CAVALCANTE, A.S.R. *et al.* Oral lesions found in children and adolescents. **Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos**, v. 2, n. 1, p. 67-75, 1999.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* Retrospective review of oral and maxillofacial pathology in a Brazilian paediatric population. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 17, n. 2, p. 115–122, 2016.

COSTA, A. R. G. F. *et al.* Histopathological diagnosis in pediatric stomatology: A 43-year retrospective study of 1,480 cases from a Brazilian institution. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 166, n.1, p. 111481, 2023.

DENG, S. *et al.* microenvironment in oral potentially malignant disorders: multi-dimensional characteristics and mechanisms of carcinogenesis. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 16, p. 8940, 2022.

DHANUTHAI, K.; BANRAI, M.; LIMPANAPUTTAJAK, S. A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 17, n. 4, p. 248–253, 2007.

DOMBROWSKI, N.D. *et al.* Mucoepidermoid carcinoma of the head and neck in children. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v.120, n.1, p.93-99, 2019.

GORDÓN-NÚÑEZ, M. A. *et al.* Oral pyogenic granuloma: a retrospective analysis of 293 cases in a Brazilian population. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 68, n. 9, p. 2185–2188, 2010.

HA, W. N. *et al.* A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in an Australian paediatric population. **Australian Dental Journal**, v. 59, n. 2, p. 221–225, 2014.

HUNASGI, S. *et al.* Assessment of reactive gingival lesions of oral cavity: A histopathological study. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 21, n. 1, p. 180, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE. 2022.

JO, V. Y.; DEMICCO, E. G. Update from the 5th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: soft tissue tumors. **Head and Neck Pathology**, v. 16, n. 1, p. 87–100, 2022.

JONES, A. V.; FRANKLIN, C. D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. **International journal of paediatric dentistry**, v. 16, n. 1, p. 19–30, 200.

KHETAN, R.R. *et al.* Radicular cyst: the sequelae of untreated caries. **Cureus**, v. 16, n. 5, p. e60269, 2024.

- KWOK, E.Y. *et al.* Pediatric oral pathology: a retrospective survey of 4,554 biopsies. **Pediatric Dentistry**, v.37, n.7, p.546-9, 2015.
- LIMA, G. S. *et al.* A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. **Journal of Applied Oral Science**, v. 16, n. 6, p.397-402, 2008.
- LOPES, L. *et al.* Molar-incisor hypomineralization: an umbrella review. **Acta Odontologica Scandinavica**, v.79, n.5, p. 359-369, 2021.
- MAIA, D.M. *et al.* A survey of oral biopsies in Brazilian pediatric patients. **ASDC J Dent Child**. Chicago, v. 67, n. 2, p. 128-31, 2000.
- MANLOVE, A.E. *et al.* Benign Intraoral Soft Tissue Lesions in Children. **Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 36, n.3, p. 265-282, 2024.
- MARTINS-FILHO, P.R. *et al.* A multicenter retrospective cohort study on pediatric oral lesions. **Journal of Dentistry for Children**, v. 82, n.2, p.84-90, 2015.
- MAYMONE, M.B.C. *et al.* Benign oral mucosal lesions: clinical and pathological findings. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 81, n.1, p. 43-56, 2019.
- MELO, G. *et al.* Prevalence of oral and maxillofacial lesions in children and adolescents at a regional Brazilian oral pathology service: a retrospective study and the relevant literature review. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v.24, n.4, p. 451-459, 2023.
- MIRANDA, G.G. B. *et al.* “Oral mucoceles: A Brazilian multicenter study of 1,901 cases.” **Brazilian Dental Journal**, v. 33, n. 5, p. 81-90, 2022.
- MOHAMMAD, D.N. *et al.* histopathological records of oral and maxillofacial lesions among pediatric and adolescent patients in Sulaimani Governorate. **Children**, v.26, n.9, p. 156, 2022.
- NONAKA, C.F.W. *et al.* Nonodontogenic cysts of the oral and maxillofacial region: demographic profile in a Brazilian population over a 40-year period. **European Archives of Otorhinolaryngology**, v. 268, n.6, p. 917-22, 2011.
- PESSOA, C.P. *et al.* Epidemiological survey of oral lesions in children and adolescents in a Brazilian population. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 11, p.1865-71, 2015.
- PROSDÓCIMO, M.L. *et al.* A retrospective analysis of oral and maxillofacial pathology in a pediatric population from Rio de Janeiro-Brazil over a 75-year period. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 23, n.5, p.e511-e517, 2018.
- REGO, I.C. *et al.* Oral and crano-maxillofacial trauma in children and adolescents in an emergency setting at a Brazilian hospital. **Dental Traumatology**, v. 36, n. 2, p. 167-173, 2020.
- REZENDE, K.M. *et al.* Retrospective study of oral lesions biopsied in babies and toddlers. **Oral Diseases**, v.30, n.3, p.1242-1244, 2024.
- SCHWENDICKE, F. *et al.* Interventions for treating cavitated or dentine carious lesions. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.7, n.7, p.13039, 2021.

- SHUHAIRI, N.N.B. *et al.* A retrospective analysis of oral and maxillofacial biopsied specimens in Malaysian newborns and infants. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 31, n.4, p. 496-503, 2020.
- SILVA, L.V.O. *et al.* A multicenter study of biopsied oral and maxillofacial lesions in a Brazilian pediatric population. **Brazilian Oral Research**, v. 32, n.1, p. e20, 2018.
- SOLUK-TEKKESIN, M.; WRIGHT, J.M. The World Health Organization Classification of odontogenic lesions: a summary of the changes of the 2022 (5th) edition. **Turk Patoloji Derg.**, v. 38, n.2, p. 168-184, 2022.
- SOUSA, F.B. *et al.* Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 26, n.4, p. 413-418, 2002.
- SOUZA, V.G. *et al.* Oral lesions in children/teenagers: a cross-sectional study of 225 reports in a pathology service in Amazon. **Minerva Dental and Oral Science**, v. 70, n.6, p. 263-268, 2021.
- SPIRITO, F *et al.* Oral human papillomavirus benign lesions and HPV-related cancer in healthy children: a systematic review. **Cancers**, v.15, n.4, p. 1096, 2023.
- VALE, E.B. *et al.* A review of oral biopsies in children and adolescents: A clinicopathological study of a case series. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v.5, n.3, p.e144-9, 2013.
- VERED, M.; WRIGHT, J.M. Update from the 5th Edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: odontogenic and maxillofacial bone tumours. **Head and Neck Pathology**, v. 16, n.1, p.63-75, 2022.
- VILOS, I. *et al.* Fibrous dysplasia of the head and neck in Southern Finland: a retrospective study on clinical characteristics, diagnostics, and treatment. **Head and Neck Surgery**, v. 281, n. 6, p. 3189-3195, 2024.
- WANG, Y.L. *et al.* Retrospective survey of biopsied oral lesions in pediatric patients. **Journal of the Formosan Medical Association**, v. 108, n.11, p.862-871, 2009.
- WHO. Classification of head and neck tumours. 5th ed. Lyon, France: IARC Press, 2022.
- WHO. Young people's health--a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and "health for all by the year 2000". **World Health Organ Tech Rep Ser.**, v. 731, n.1, p. 1-117, 1986.
- ZUÑIGA, M.D. *et al.* Paediatric oral pathology in a Chilean population: a 15-year review. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, n.5, p. 346-351, 2013.

## ***APÊNDICES***

---

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Ficha para coleta de dados clínicos e histopatológicos dos casos

Variáveis	Nº do caso			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	...
Idade				
Sexo				
Raça				
Localização da lesão				
Localização em tecido mole				
Locazalição intraóssea				
Sintomatologia				
Crescimento				
Aspectos radiográficos				
Tipo de biopsia				
Diagnóstico clínico				
Diagnóstico histopatológico				

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

## **ANEXOS**

**ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DE LESÕES DO COMPLEXO MAXILOFACIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

**Pesquisador:** POLLIANNA MUNIZ ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79217324.5.0000.5187

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.839.466

**Apresentação do Projeto:**

O projeto está bem estruturado, apresentando resumo, revisão de literatura e metodologia exequível. O título e os objetivos apresentam coerência. Todos os itens do projeto obedecem às Resoluções 466/12 e 510/16 do Ministério da Saúde

**Objetivo da Pesquisa:**

**ONDE LÊ-SE:** "Objetivo Primário:

Traçar o perfil clínico e morfológico das lesões da região maxilofacial em crianças e adolescentes diagnosticadas em um serviço de patologia oral.

**Objetivo Secundário:**

✓ Caracterizar a amostra de acordo com dados clínicos do paciente (sexo, idade e raça).

✓ Descrever a amostra de acordo com os dados das lesões (localização anatômica, coloração, aspecto, consistência, sintomatologia, tipo de crescimento, implantação, duração, diagnóstico clínico e histopatológico).

✓ Correlacionar as hipóteses diagnósticas clínicas com o diagnóstico histopatológico.

✓ Relacionar os grupos de lesões com os parâmetros clínicos dos pacientes."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**ONDE LÊ-SE:** "Os riscos desse

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

**Bairro:** Bodocôngô

**CEP:** 58.109-753

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)3315-3373

**Fax:** (83)3315-3373

**E-mail:** cep@selor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP**



Continuação do Parecer: 6.839.466

estudo poderiam envolver constrangimento ou desconforto referente a identificação de algum paciente por meio das informações contidas nos prontuários. Este risco, no entanto, será minimizado pelo uso de codificações que garantirão a privacidade e confidencialidade dos dados, assegurando que não sejam utilizadas quaisquer indicações que possam identificar os participantes da pesquisa.

**Bebefícios:**

- Informações relevantes sobre a prevalência das lesões maxilofaciais diagnosticadas em crianças e adolescentes;
- Conhecimento acerca das características clínicas das lesões diagnosticadas;
- Conhecimento acerca do perfil destas lesões nas crianças e adolescentes do estado da Paraíba"

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância científica e segue o que preconizam as Resoluções 466/12 e 510/16 do MS. O texto apresenta-se de fácil entendimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos e anexos apresentam-se em consonância com o que se pretende analisar e conforme o solicitado pelo CEP.

**Recomendações:**

nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todos os termos e anexos apresentam-se em consonância com o que se pretende analisar e conforme o solicitado pelo CEP, portanto emitimos parecer favorável.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_2327604.pdf	18/04/2024 16:17:02		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	18/04/2024 16:15:52	AMANDA CLAUDIO GOMES	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO_DE_PESQUISA_LESOES_	18/04/2024	AMANDA	Aceito

Endereço:	Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário				
Bairro:	Bodocongó				
UF:	PB	Município:	CAMPINA GRANDE	CEP:	58.109-753
Telefone:	(83)3315-3373	Fax:	(83)3315-3373	E-mail:	cep@selor.uepb.edu.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA - UEPB / PRPGP**



Continuação do Parecer: 6.839.466

/ Brochura Investigador	AIS_EM_CRIANCAS_E_ADOLESCENT ES.pdf	15:26:29	CLAUDINO GOMES	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_ UTILIZACAO_DE_DADOS_DE_ARQUI VO_assinado_assinado_assinado.pdf	18/04/2024 15:20:17	AMANDA CLAUDINO GOMES	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITU CIONAL_PARA_USO_E_COLETA_DE_ DADOS_EM_ARQUIVOS_assinado.pdf	18/04/2024 15:19:14	AMANDA CLAUDINO GOMES	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITU CIONAL_assinado.pdf	18/04/2024 15:18:49	AMANDA CLAUDINO GOMES	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA_ COM_PROJETO_DE_PESQUISA_assin ado_assinado.pdf	18/04/2024 15:17:57	AMANDA CLAUDINO GOMES	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PE SQUISADOR_RESPONSAVEL_EM_CU MPRIR_OS_TERMOS_DA_RESOLUCA O_466_assinado.pdf	18/04/2024 15:17:41	AMANDA CLAUDINO GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_PARA_DISPENSA_D O_TCLE_assinado.pdf	18/04/2024 15:12:50	AMANDA CLAUDINO GOMES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 22 de Maio de 2024

---

**Assinado por:**  
**Patricia Meira Bento**  
(Coordenador(a))

<b>Endereço:</b> Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário	<b>CEP:</b> 58.109-753
<b>Bairro:</b> Bodocongó	
<b>UF:</b> PB	<b>Município:</b> CAMPINA GRANDE
<b>Telefone:</b> (83)3315-3373	<b>Fax:</b> (83)3315-3373
	<b>E-mail:</b> cep@selor.uepb.edu.br

## ANEXO B - Normas para submissão a revista

### Original Articles

Divided into: Abstract, Introduction, Material and methods, Results, Discussion, Bullet points, Acknowledgements, References, Figure legends, Tables and Figures arranged in this order. 3500 word limit (Introduction to Discussion), with an exception of qualitative papers which allow a 5000 word limit (Introduction to Discussion).

- **Abstract** should be structured using the following subheadings: Background, Aim, Design, Results and Conclusion and should be less than 200 words.
- **Introduction** should be brief and end with a statement of the aim of the study or hypotheses tested. Describe and cite only the most relevant earlier studies. Avoid presentation of an extensive review of the field.
- **Material and methods** should be clearly described and provide enough detail so that the observations can be critically evaluated and, if necessary repeated. Use section subheadings in a logical order to title each category or method. Use this order also in the results section. Authors should have considered the ethical aspects of their research and should ensure that the project was approved by an appropriate ethical committee, which should be stated. Type of statistical analysis must be described clearly and carefully.
- **Results** should clearly and concisely report the findings, and division using subheadings is encouraged. Double documentation of data in text, tables or figures is not acceptable. Tables and figures should not include data that can be given in the text in one or two sentences.
- **Discussion** section presents the interpretation of the findings. This is the only proper section for subjective comments and reference to previous literature. Avoid repetition of results, do not use subheadings or reference to tables in the results section.
- **Bullet Points:** Authors will need to provide no more than 3 ‘key points’ that summarise the key messages of their paper to be published with their article. The key points should be written with a practitioner audience in mind under the heading:  
\*Why this paper is important to paediatric dentists.

References:	Maximum	30.
-------------	---------	-----

### PREPARING THE SUBMISSION

Before you submit, you will need:

- Your manuscript: this should be an editable file including text, figures, and tables, or separate files – whichever you prefer. All required sections should be contained in your manuscript, including abstract, introduction, methods, and results. Figures and tables should have legends. Figures should be uploaded in the highest resolution possible. References may be submitted in any style or format, as long as it is consistent throughout the manuscript. Supporting information should be submitted in separate files. If the manuscript, figures or tables are difficult for you to read, they will also be difficult for the editors and reviewers, and the editorial office will send it back to you for revision. Your manuscript may also be sent back to you for revision if the quality of English language is poor.
- An ORCID ID, freely available at <https://orcid.org>. (*Why is this important? Your article, if accepted and published, will be attached to your ORCID profile. Institutions and funders are increasingly requiring authors to have ORCID IDs.*)
- The title page of the manuscript, including:
  - Your co-author details, including affiliation and email address. (*Why is this important? We need to keep all co-authors informed of the outcome of the peer review process.*)
  - Statements relating to our ethics and integrity policies, which may include any of the following (*Why are these important? We need to uphold rigorous ethical standards for the research we consider for publication*):
    - data availability statement
    - funding statement
    - conflict of interest disclosure
    - ethics approval statement
    - patient consent statement
    - permission to reproduce material from other sources

*If you are invited to revise your manuscript after peer review, the journal will also request the revised manuscript to be formatted according to journal requirements as described below.*

### Cover Letters

Cover letters are not mandatory; however, they may be supplied at the author's discretion.

### Parts of the Manuscript

The manuscript should be submitted in separate files: title page; main text file; figures.

## Title page

The title page should contain:

- i. A short informative title that contains the major key words. The title should not contain abbreviations (see Wiley's [\*\*best practice SEO tips\*\*](#));
- ii. A short running title of less than 50 characters;
- iii. The full names of the authors and a statement of author contributions, e.g.  
Author contributions: A.S. and K.J. conceived the ideas; K.J. and R.L.M. collected the data;  
R.L.M. and P.A.K. analysed the data; and A.S. and K.J. led the writing;
- iv. The author's institutional affiliations where the work was conducted, with a footnote for the author's present address if different from where the work was conducted;
- vi. Acknowledgments;
- vii. Word count (excluding tables)

## Authorship

Please refer to the journal's authorship policy the Editorial Policies and Ethical Considerations section for details on eligibility for author listing.

## Acknowledgments

Contributions from anyone who does not meet the criteria for authorship should be listed, with permission from the contributor, in an Acknowledgments section. Financial and material support should also be mentioned. Thanks to anonymous reviewers are not appropriate.

## Conflict of Interest Statement

Authors will be asked to provide a conflict of interest statement during the submission process. For details on what to include in this section, see the section 'Conflict of Interest' in the Editorial Policies and Ethical Considerations section below. Submitting authors should ensure they liaise with all co-authors to confirm agreement with the final statement. Conflict of Interest Forms, if submitted, need to submitted with the file designation "Supplementary File not for Review or Publication".

## Main Text File

As papers are double-blind peer reviewed the main text file should not include any information that might identify the authors.

The main text file should be presented in the following order:

- i. Title, abstract and key words;
- ii. Main text;
- iii. References;
- iv. Tables (each table complete with title and footnotes);

- v. A clinical trial registration number should be provided (when relevant)
- vi. Figure legends;
- vii. Appendices (if relevant).

Figures and supporting information should be supplied as separate files.

### **Abstract**

Abstracts and keywords are required for some manuscript types. For details on manuscript types that require abstracts, please refer to the ‘Manuscript Types and Criteria’ section.

### **Main Text**

- As papers are double-blind peer reviewed, the main text file should not include any information that might identify the authors.
- The journal uses British spelling; however, authors may submit using either option, as spelling of accepted papers is converted during the production process.

### **References**

All references should be numbered consecutively in order of appearance and should be as complete as possible. In text citations should cite references in consecutive order using Arabic superscript numerals. For more information about AMA reference style please consult the [AMA Manual of Style](#)

Sample references follow:

#### *Journal article*

1. King VM, Armstrong DM, Apps R, Trott JR. Numerical aspects of pontine, lateral reticular, and inferior olivary projections to two paravermal cortical zones of the cat cerebellum. *J Comp Neurol* 1998; 390:537-551.

#### *Book*

2. Voet D, Voet JG. *Biochemistry*. New York: John Wiley & Sons; 1990. 1223 p.

#### *Internet document*

3. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures* 2003.  
<http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2003PWSecured.pdf> Accessed March 3, 2003

### **Tables**

Tables should be self-contained and complement, not duplicate, information contained in the text. They should be supplied as editable files, not pasted as images. Legends should be concise but comprehensive – the table, legend, and footnotes must be understandable without reference to the text. All abbreviations must be defined in footnotes. Footnote symbols: †, ‡, §, ¶, should

be used (in that order) and \*, \*\*, \*\*\* should be reserved for P-values. Statistical measures such as SD or SEM should be identified in the headings.

### **Figure Legends**

Legends should be concise but comprehensive – the figure and its legend must be understandable without reference to the text. Include definitions of any symbols used and define/explain all abbreviations and units of measurement.

### **Figures**

Although authors are encouraged to send the highest-quality figures possible, for peer-review purposes, a wide variety of formats, sizes, and resolutions are accepted.

[\*\*Click here\*\*](#) for the basic figure requirements for figures submitted with manuscripts for initial peer review, as well as the more detailed post-acceptance figure requirements.

In the text, please reference figures as for instance 'Figure 1', 'Figure 2' to match the tag name you choose for the individual figure files uploaded.

**Colour Figures.** Figures submitted in colour may be reproduced in colour online free of charge. Please note, however, that it is preferable that line figures (e.g. graphs and charts) are supplied in black and white so that they are legible if printed by a reader in black and white.

### **Data Citation**

[\*\*Please review Wiley's data citation policy here.\*\*](#)

### **Additional Files**

#### *Appendices*

Appendices will be published after the references. For submission they should be supplied as separate files but referred to in the text