



O que o Médico Pediatra deve saber sobre patologias dos tecidos moles orais na população pediátrica

Ana Pinto, Daniela Soares, Mariana Seabra, Viviana Macho, David Andrade

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Resumo

A manutenção da saúde geral da criança é essencial para permitir um desenvolvimento físico, intelectual e social correcto. Quando estes factores não se encontram equilibrados, surge a doença. Quando a saúde oral de uma criança se encontra comprometida, o grau de incómodo associado pode ser bastante elevado, pelo que se torna imprescindível o conhecimento dos factores disruptivos que levam a este comprometimento para os poder eliminar ou, quando tal não é possível, pelo menos tentar minorar os seus efeitos. Através de uma revisão sistemática da informação disponível sobre as patologias dos tecidos moles orais, focamos as que mais frequentemente podem ser encontradas, assim como qual deverá ser a atitude do Médico Pediatra perante elas, com o objectivo de alertar estes profissionais para a importância de um exame cuidadoso da cavidade bucal, permitindo que seja feito um planeamento correcto e eficaz da saúde oral infanto-juvenil.

Palavras-chave: Patologias dos tecidos moles orais, criança

Acta Pediatr Port 2009;40(1):15-21

What Paediatric Physicians should know about Children's Oral Mucosal Pathologies

Abstract

The maintenance of the general health of the child is essential to allow to an accurate physical, intellectual and social development. When these factors are not balanced, illness may appear. When the child's oral health is faulty, the degree of bother associated can be sufficiently prominent, for what the knowledge of the disruptive factors becomes essential to allow us to be able to eliminate them or, when such is not possible, at least try to limit its effect. Through a systematic revision of the available information on oral mucosal pathologies, we report the ones that more frequently can be found, as well as which should be the attitude of the Paediatric Physician before them, with the objective of alerting these professionals for the importance of a careful examination of the buccal

cavity, which will allow them to make the correct and efficient planning of the child's oral health.

Key-words: Oral mucosal pathologies, Child.

Acta Pediatr Port 2009;40(1):15-21

Introdução

Geralmente no início da sua vida, as crianças são apenas vigiadas de forma rotineira pelo seu médico pediatra, figura que por este motivo assume um papel fulcral no desenvolvimento adequado da criança.

Sendo a Pediatria uma área muito vasta, as consultas das crianças não devem tornar-se muito extensas, devendo no entanto permitir a realização de um resumo sucinto do estado de saúde do paciente pediátrico.

A saúde oral é parte integrante da saúde geral do paciente pediátrico, pelo que não deve ser descurada. Na infância, a boca apresenta desenvolvimento constante, estando em relação dinâmica com outros sistemas e órgãos também em desenvolvimento. Por isso apresenta estruturas anatómicas únicas, transitórias e características desse período de vida. Assim como os processos fisiológicos são típicos, também existem alterações do desenvolvimento e patologias próprias dessa faixa etária. Segundo Friend et al (cit. por Baldani) tais alterações, geralmente comuns, na grande maioria das vezes são inócuas e resolvem-se com a idade, sem necessidade de tratamento¹.

No entanto, o Médico Pediatra poderá ser o primeiro a detectar estas alterações que podem ter origem local ou sistémica, devendo saber diferenciá-las dos desvios individuais da normalidade. A sua distinção é importante, porque o seu reconhecimento precoce através da realização de um diagnóstico correcto e a aplicação do tratamento atempado podem determinar o seu prognóstico a longo prazo^{2,3}.

Durante o exame clínico oral do paciente pediátrico, é fácil focalizar a atenção exclusivamente nos problemas dentários da criança e deixar de perceber protuberâncias, tumefacções, alterações da textura e da cor que podem significar a presença

Recebido: 24.09.2008
Aceite: 29.10.2008

Correspondência:
Ana Reis Pinto
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva
4200-392 - Porto
Telefone 936775960
E-mail - anareispinto@gmail.com

de uma alteração benigna ou maligna⁴. A correcta exploração da mucosa bucal pode proporcionar ferramentas importantes para o diagnóstico de alterações do desenvolvimento, infecciosas, inflamatórias ou neoplásicas⁵.

Compreender a distribuição, etiologia, história natural e epidemiologia das patologias da mucosa oral é essencial para a promoção da prevenção primária, diagnóstico precoce e diferencial correcto e rapidez na instituição do tratamento apropriado, fazendo assim com que a provisão dos serviços de saúde seja a mais adequada^{6,7}. Só a realização de um diagnóstico precoce e preciso permite alcançar a melhor eficácia do tratamento⁵.

Estudos apontam para a existência de uma grande diversidade de lesões dos tecidos moles orais nestes pacientes^{2,8}.

Parece-nos fundamental que o Médico Pediatra seja capaz de efectuar um diagnóstico correcto das lesões que maior número de indivíduos afectam, e que, por este motivo, serão as que mais frequentemente poderão necessitar de intervenção por parte do Odontopediatra.

Num estudo realizado em pacientes pediátricos (3-14 anos de idade) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto em 2006, verificou-se que as alterações mais prevalentes eram a mordedura da bochecha/lábio (21,9%), língua fissurada (14,0%), ulcerações aftosas recorrentes (7,1%), lesões traumáticas (5,9%) e fístula (4,9%)⁹.

Estas alterações serão abordadas de forma pormenorizada, enquanto as restantes patologias descritas na literatura como sendo frequentes serão descritas de uma forma mais resumida.

a) Mordedura da bochecha

A mordedura da bochecha pode ocorrer acidentalmente durante mastigação¹⁰, pode ser devida à presença de um irritante local (por exemplo um dente fracturado), ou pode ainda revelar a presença de um hábito (crónico) de morder a bochecha^{11,12}.

Quando é provocada por uma causa aguda, as erosões, petéquias ou ulcerações observadas na mucosa bucal localizam-se junto do plano oclusal e em relação próxima



Figura 1 – Mordedura acidental da bochecha

com o agente etiológico, confirmando deste modo a presença de uma mordedura ocasional⁶ (Figura 1).

Quando existe um hábito crónico de morder a bochecha, surgem placas brancas causadas por uma abrasão ligeira mas prolongada da membrana mucosa^{13,14}. Este hábito é auto-infligido, podendo ocasionalmente ser observado em crianças¹⁵. A localização destas placas é sempre próxima da linha oclusal¹⁶, podendo atingir a mucosa bucal, a mucosa labial e a face lateral da língua¹⁵. Este tipo de alteração surge mais em pacientes do sexo feminino, indivíduos sob stress/ansiedade ou com patologia psicológica^{10,17}.

b) Língua fissurada

É uma alteração relativamente comum caracterizada pela presença de sulcos ou fissuras na superfície dorsal ou lateral da língua (principalmente nos 2/3 anteriores)^{10,18} (Figura 2).

A sua causa é incerta, embora a hereditariedade pareça ter um papel significativo, através de herança poligénica ou de transmissão autossómica dominante com penetrância incompleta. Factores ambientais locais ou deficiência vitamínica do complexo B podem estar associados^{4,17}.



Figura 2 – Língua fissurada

Verifica-se o aumento da frequência desta alteração com o aumento da idade do paciente^{6,19}.

Esta condição é mais frequente nas crianças portadoras de Trissomia 21²⁰, nos portadores de hipotiroidismo⁴ e nos portadores de Síndrome de Melkersson-Rosenthal^{21,22}.

Esta condição é geralmente assintomática, podendo ocorrer uma ligeira sensação de desconforto ou queimadura^{17,23}.

É descrita uma forte associação entre esta alteração e a presença de língua geográfica, sendo frequente a associação de ambas as patologias^{18,20,24}.

A explicação dada para este facto é de base hereditária, pensando-se que os mesmos genes estariam envolvidos no aparecimento de ambas as condições²¹. Segundo alguns autores^{4,6,17}, a língua geográfica precede a língua fissurada.

c) Ulcerações aftosas recorrentes

Constituem uma das mais comuns patologias da mucosa oral, afectando em média cerca de 20% da população^{25,26}. Os

Quadro I - Possíveis factores etiológicos/agravantes das ulcerações aftosas recorrentes

Predisposição genética
 Trauma
 Infecções
 Anomalias imunológicas
 Desordens gastrointestinais
 Deficiências hematológicas
 Menstruação
 Distúrbios endócrinos/hormonais
 Deficiências nutricionais
 Alergias/intolerâncias alimentares (queijo, chocolate, nozes, tomate, citrinos, etc.)
 Stress

factores etiológicos e agravantes estão descritos na Quadro I. Correspondem a uma ulceração dolorosa da mucosa oral que ocorre em crianças em idade escolar e adultos⁴, e que recorre em intervalos variando entre dias, meses ou anos²⁷. Ocorre principalmente em mucosa não-queratinizada (mucosa bucal, mucosa labial, língua, pavimento da boca, palato mole e úvula)^{26,28,29}.

Existem três variações clínicas da ulceração aftosa recorrente, que são as aftas minor, as aftas major e a ulceração herpetiforme.

O tipo mais comum nas crianças é o das aftas minor³⁰, que afectam a mucosa não queratinizada¹⁶ (mais a mucosa bucal e labial).

As úlceras¹⁷:

- são superficiais, redondas, com um diâmetro entre 3-10mm, apresentando um fundo amarelo ou acinzentado, e sendo rodeadas por uma margem eritematosa (Figura 3).
- geralmente variam entre 1 a 6 unidades em simultâneo



Figura 3 – Ulceração aftosa recorrente

- curam num período entre 7 e 14 dias
- resolvem sem deixar cicatriz.

O seu desenvolvimento inicia-se na infância ou adolescência, sendo a recorrência variável, e o sexo feminino mais atingido^{17,30,31}.

d) Lesões traumáticas

O trauma é uma causa muito comum de lesões orais e provavelmente responsável pela maioria das consultas de

emergência em Medicina Dentária³⁵.

As lesões traumáticas da mucosa podem surgir devido a actividade parafuncional, de forma accidental (quedas, cabeçadas, acidentes relacionados com objectos contundentes), por anestesia local dos tecidos, ou por introdução de objectos estranhos à cavidade oral ou potencialmente lesivos (material ortodôntico como bandas e brackets, uso desadequado de material dentário, escovagem demasiado zelosa, etc.)^{29,35,36} (Figura 4).



Figura 4 – Lesão traumática dentária e de tecidos moles da cavidade oral

Quando se apresentam na forma de úlceras traumáticas, pode observar-se uma úlcera com pavimento amarelado e bordos avermelhados, sem qualquer endurecimento. Geralmente estas úlceras curam poucos dias após ser eliminado o factor causal^{7,23}.

e) Fístula

Corresponde geralmente ao local de drenagem de um abscesso periapical, quando este está espalhado difusamente nos tecidos moles¹⁷. Através deste canal, há libertação de secreção purulenta³ (Figura 5). Tem origem numa cavidade supurativa, quisto ou abscesso e dirige-se à superfície³¹.

A presença de uma fístula está frequentemente associada com a cronicidade de um abscesso alveolar⁴. À sua superfície existe geralmente uma massa de tecido de granulação inflamado sub-agudamente conhecido como parúlide^{17,31}.

A maioria dos abscessos relacionados com dentes fistulizam



Figura 5 – Fistula associada a dente necrosado

para vestibular, pois o osso é mais fino nesta superfície. No entanto, infecções associadas com incisivos laterais maxilares, as raízes palatinas de molares maxilares e os 2^{os} e 3^{os} molares maxilares geralmente drenam através da cortical óssea palatina/língual¹⁷.

f) Língua saburrosa

Caracteriza-se pela presença de uma camada esbranquiçada composta por restos alimentares, microrganismos e epitélio queratinizado depositados nas papilas filiformes e à sua volta^{7,37}. É acompanhada de halitose e sabor amargo⁷.

Esta alteração aparece e desaparece num curto espaço de tempo, contrariamente a muitas outras alterações patológicas que atingem a língua³⁸.

Poderá estar associada a deficiência congénita ou adquirida do fluxo salivar, febre ou desidratação, respiração bucal, ulceração oral dolorosa ou má higiene oral^{16,37,39}.

g) Mácula Melanótica

Uma mácula melanótica oral é uma lesão benigna pigmentada causada por aumento da produção de melanina sem aumento do número de melanócitos, sendo a epiderme normal⁴⁰⁻⁴². A lesão típica é uma mácula solitária (podendo ser múltipla por vezes), bem demarcada, assintomática, uniforme, com cor acastanhada (clara ou escura mas homogénea) de forma redonda ou oval^{12,41} e diâmetro inferior a 7mm⁴²⁻⁴⁴.

A zona mais comum de aparecimento é o vermelhão do lábio inferior, podendo aparecer também na mucosa bucal e na gengiva^{40,41}. Factores genéticos e hormonais podem estar envolvidos, assim como irritação mecânica e alguns fármacos^{12,45} (fenobarbital, antibióticos [minociclina, por exemplo] e heroína⁴²).

h) Língua geográfica (Eritema migrans, Glossite migratória benigna)

Nesta condição existe um aparecimento e desaparecimento recorrente de áreas avermelhadas na face dorsal da língua^{23,46,47}, podendo afectar mais raramente outras zonas da mucosa oral^{44,48}. Essas áreas irregulares mudam constantemente de forma, estendem-se durante uns dias, depois curam, para aparecer novamente numa nova localização^{17,48,49}.

A sua causa é desconhecida, podendo no entanto haver história familiar evidente da sua presença em várias gerações^{31,47}. Em muitos pacientes parece ser uma anomalia do desenvolvimento¹⁴. Algumas associações estão descritas na Quadro II.

A maioria dos pacientes não apresenta sintomatologia

Quadro II - Associações descritas com Língua Geográfica

Distúrbios emocionais
Atopia
Factores hormonais
Psoríase
Língua fissurada

dolorosa, embora alguns pacientes refiram hipersensibilidade provocada pela ingestão de alguns alimentos (quentes, condimentados ou ácidos como o tomate)^{8,10,48}.

i) Queilite angular

Corresponde a uma infecção que envolve os cantos da boca, caracterizada por eritema, fissuração e descamação desta zona⁸.

Vários são os factores indicados como responsáveis pelo aparecimento desta patologia, alguns dos quais particularmente em crianças (*) (Quadro III).

Quadro III - Factores etiológicos da Queilite angular

Infecção com *Cândida albicans* e/ou *Staphylococcus aureus*
Deficiência de ferro ou vitaminas
Defeito imune
(*) Irritação mecânica
(*) Má-oclusão
(*) Dermatite atópica
(*) Sucção e maceração dos cantos da boca

j) Herpes labial recorrente

Os episódios de herpes labial recorrente surgem após a infecção herpética primária (pois os anticorpos neutralizantes produzidos em resposta à infecção primária não são protectores¹⁴), por reactivação do vírus que estava latente nos gânglios dos nervos sensoriais^{50,51}. Esta reactivação surge quando há quedas das defesas imunológicas dos indivíduos ou traumas locais, em cerca de 20-30% dos pacientes^{3,25}. (Quadro IV)

Estas ulcerações localizam-se mais frequentemente no bordo

Quadro IV - Factores desencadeantes de HLR

Exposição solar exagerada
Trauma
Febre
Imunossupressão
Constipações ou infecções
Stress
Menstruação
Transtornos emocionais
Irritação local como um tratamento dentário

vermelho do lábio e pele adjacente a este^{26,52}.

Clinicamente, as alterações seguem um decurso consistente: num período prodrómico ocorre parestesia e sensação de queimadura^{8,46}, após o qual ocorre eritema no local do ataque^{8,14,53}. Vesículas formam-se pouco tempo depois, geralmente em grupos na junção muco-cutânea dos lábios, podendo no entanto estender-se para a pele adjacente¹⁶. Estas vesículas alargam, coalescem e concentram exsudado. Após 2 ou 3 dias elas rompem-se deixando pequenas úlceras sobre as quais se forma uma crosta. Geralmente as crostas desaparecem após 1 ou 2 dias curando finalmente, sem cicatriz. O ciclo completo pode durar até 10 dias¹⁴.

k) Abscesso dento-alveolar

Nos pacientes pediátricos, os abscessos dentários não são raros pois muitas crianças apresentam ainda risco de cárie dentária

e infecção pulpar na dentição temporária⁵⁴.

Um abscesso periapical é uma acumulação de células inflamatórias agudas junto ao ápice de um dente não vital. A acumulação de matéria purulenta junto ao alvéolo faz com que este se torne sintomático^{3,17}.

Os sintomas podem ser dor forte, sensibilidade térmica exacerbada, dor à mastigação, febre, mal-estar e linfadenopatia. A cor da alteração é avermelhada ou amarelada³.

A partir do momento em que há drenagem do abscesso, este geralmente torna-se assintomático por deixar de haver acumulação de matéria purulenta junto ao alvéolo¹⁷.

l) Nevo

Os nevos são lesões benignas de melanócitos que formam placas circunscritas azuladas, acastanhadas ou negras de 5-6 mm de diâmetro, e que são assintomáticas^{14,40}.

Localizam-se geralmente no palato duro, gengiva, mucosa bucal e no vermelho do lábio, podendo ser congénitos ou adquiridos^{12,16,43}.

m) Fossetas labiais comissurais

As fossetas labiais comissurais são pequenas invaginações de fundo cego ou depressões da mucosa que ocorrem nos cantos da boca, no bordo vermelho⁵⁵.

A sua localização sugere que estas possam representar uma falha na normal fusão dos processos embrionários maxilar e mandibular^{10,31}.

Apesar de serem muitas vezes consideradas lesões congénitas, os números parecem apontar para o seu desenvolvimento mais tarde na vida, uma vez que a prevalência em crianças é mais baixa que em adultos (0,2 - 0,7%)¹⁷.

São mais comuns em rapazes do que em raparigas¹⁰, podendo haver transmissão autossómica dominante em alguns casos¹².

Não costumam estar associadas a fendas faciais ou palatinas, ao contrário das fossetas labiais paramedianas, que se associam a síndromes como o Síndrome de Van der Woude, o Síndrome Oro-Dígito-Facial tipo I e o Síndrome de Kabuki entre outros^{55,56}.

n) Hemangioma

Os hemangiomas são a maioria das malformações vasculares¹⁴, caracterizando-se pela proliferação anormal do endotélio dos vasos^{13,23}.

São os mais comuns tumores da infância^{17,57}.

Na cavidade oral afectam mais comumente⁴:

- a língua,
- os lábios e
- as bochechas.

Clinicamente apresentam-se como lesões que podem variar do vermelho intenso a arroxeadas ou azul-escuro, indolores, chatas ou nodulares bem delimitadas, que empalidecem sob pressão por conterem sangue³¹.

o) Candidíase aguda pseudo-membranosa

As infecções por *Cândida albicans* podem causar um espectro variável de lesões, entre as quais se encontra a candidíase pseudo-membranosa aguda, que é a que afecta mais frequentemente as crianças⁸. A candidíase neonatal (uma das formas desta patologia que afecta as crianças) resulta da imaturidade da resposta imunitária do recém-nascido, sendo a

Quadro V - Factores etiológicos de Candidíase

Imunodeficiência/imunodepressão
 Supressão da flora bacteriana oral normal por terapêutica anti bacteriana
 Uso de esteróides
 Xerostomia
 Quimioterapia e radioterapia anti cancerígena
 Anemia

infecção provavelmente adquirida durante a passagem pelo canal de parto^{7,14}.

São vários os factores etiológicos desta patologia (Quadro V). Esta patologia caracteriza-se pela presença de placas brancas aderidas à mucosa oral de consistência mole e cremosa, semelhantes a queijo fresco/leite coalhado⁴⁶.

Essas placas são compostas por uma massa emaranhada de hifas, leveduras, células epiteliais descamadas e restos alimentares¹⁷.

Localizam-se caracteristicamente^{12,13}:

- na mucosa bucal,
- no palato e
- no dorso da língua.

As placas de candidíase são facilmente removíveis por raspagem, podendo a mucosa subjacente estar normal, eritematosa ou ligeiramente hemorrágica⁴⁷.

Conclusões

Conclui-se que são inúmeras as patologias que afectam os tecidos moles da população pediátrica, e que o Médico Pediatra pode ter um papel fundamental na detecção precoce das mesmas, devendo orientar estas crianças para o tratamento adequado, ou enviá-las a um especialista capaz de o fazer, o Odontopediatra.

Referências

1. Baldani MH, Lopes CM, Scheidt WA. Prevalence of oral changes in children attending public pediatric dental clinics in Ponta Grossa, PR, Brazil. *Pesqui Odontol Bras*. 2001;15:302-7.
2. Sklavounou-Andrikopoulou A, Piperi E, Papanikolaou V, Karakoulakis I. Oral soft tissue lesions in Greek children and adolescents: a retrospective analysis over a 32-year period. *J Clin Pediatr Dent*.;29:175-8.
3. Van-Waes HJ, Stöckli PW. *Odontopediatria*. Brasil: Thieme; 2001.
4. McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. Brasil: Guanabara-Koogan; 2001.
5. Espinosa-Zapata M, Loza-Hernandez G, Mondragon-Ballesteros R. Prevalence of buccal mucosa lesions in pediatric patients. Preliminary report. *Cir Cir*. 2006;74:153-7.
6. Bessa CF, Santos PJ, Aguiar MC, do Carmo MA. Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12 years old. *J Oral Pathol Med*. 2004;33:17-22.
7. Rioboo-Crespo Mdel R, Planells-del Pozo P, Rioboo-Garcia R. Epidemiology of the most common oral mucosal

- diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10:376-87.
8. Flaitz CM, Baker KA. Treatment approaches to common symptomatic oral lesions in children. *Dent Clin North Am*. 2000;44:671-96.
 9. Pinto AR. Estudo de Patologias dos Tecidos Moles numa População Odontopediátrica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Porto; 2007.
 10. Canaan TJ, Meehan SC. Variations of structure and appearance of the oral mucosa. *Dent Clin North Am*. 2005;49:1-14, vii.
 11. Scully C, Porter, S. *Orofacial Disease - Update For The Dental Clinical Team*. Churchill-Livingstone; 2003.
 12. Laskaris G. *Color Atlas Of Oral Diseases In Children And Adolescents*. Thieme; 2000.
 13. Laskaris G. *Atlas de Enfermedades Orales*. 1ª ed. Masson; 2005.
 14. Cawson RA, Odell EW. *Cawson's Essentials Of Oral Pathology And Oral Medicine*. Seventh ed. Churchill Livingstone; 2002.
 15. Flaitz CM, Felefl S. Complications of an unrecognized cheek biting habit following a dental visit. *Pediatr Dent*. 2000;22:511-2
 16. Scully C, Welbury R, Flaitz C, Almeida OP. *A Color Atlas Of Orofacial Health & Disease In Children And Adolescents*. Second ed. Martin Dunitz; 2002
 17. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Second ed. W. B. Saunders Company; 2002
 18. Voros-Balog T, Vincze N, Banoczy J. Prevalence of tongue lesions in Hungarian children. *Oral Dis*. 2003;9:84-7
 19. Martinez Diaz-Canel AI, Garcia-Pola Vallejo MJ. Epidemiological study of oral mucosa pathology in patients of the Oviedo School of Stomatology. *Med Oral*. 2002;7:4-9
 20. Barankin B, Guenther L. Dermatological manifestations of Down's syndrome. *J Cutan Med Surg*. 2001;5:289-93
 21. Khouri JM, Bohane TD, Day AS. Is orofacial granulomatosis in children a feature of Crohn's disease? *Acta Paediatr*. 2005;94:501-4.
 22. El-Hakim M, Chauvin P. Orofacial granulomatosis presenting as persistent lip swelling: review of 6 new cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004;62:1114-7.
 23. Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 7ª ed: Editora Santos; 2003.
 24. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med*. 2000;29:331-5.
 25. Katz J, Chaushu G, Peretz B. Recurrent oral ulcerations associated with recurrent herpes labialis-two distinct entities? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29:260-3.
 26. Scully C, Felix DH. *Oral Medicine - Update for the dental practitioner*. Aphthous and other common ulcers. *Br Dent J*. 2005;199:259-64.
 27. Fritscher AM, Cherubini K, Chies J, Dias AC. Association between *Helicobacter pylori* and recurrent aphthous stomatitis in children and adolescents. *J Oral Pathol Med*. 2004 Mar;33:129-32.
 28. Tilliss TS, McDowell JD. Differential diagnosis: is it herpes or aphthous? *J Contemp Dent Pract*. 2002; 3:1-15.
 29. Fauci, al. *Harrison's Principles Of Internal Medicine*. McGraw-Hill; 2000.
 30. Jurge S, Kuffer R, Scully C, Porter SR. Mucosal disease series. Number VI. Recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis*. 2006;12:1-21.
 31. Langlais RP, Miller CS. *Atlas Colorido De Doenças Comuns Da Boca*. 2ª ed. Guanabara Koogan Editora; 2002.
 32. Shulman JD. An exploration of point, annual, and lifetime prevalence in characterizing recurrent aphthous stomatitis in USA children and youths. *J Oral Pathol Med*. 2004;33:558-66.
 33. Murray JJ, Nunn JH, Steele JG. *Doenças Oraís - Medidas Preventivas*. 4ª ed. Guanabara-Koogan; 2005.
 34. Laskaris G, Scully C. *Manifestações Periodontais De Doenças Locais e Sistémicas*. 1ª ed. Santos Livraria Editora; 2005.
 35. Pinto A. Pediatric soft tissue lesions. *Dent Clin North Am*. 2005; 49:241-58, x.
 36. Flaitz CM, Felefl S. Complications of an unrecognized cheek biting habit following a dental visit. *Pediatric Dent*. 2000;22:511-2.
 37. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med*. 2001 Jan;30(1):22-8.
 38. Garcia-Pola MJ, Garcia-Martin JM, Gonzalez-Garcia M. Prevalence of oral lesions in the 6-year-old pediatric population of Oviedo (Spain). *Med Oral*. 2002;7:184-91.
 39. Avcu N, Ozbek M, Kurtoglu D, Kurtoglu E, Kansu O, Kansu H. Oral findings and health status among hospitalized patients with physical disabilities, aged 60 or above. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;41:69-79.
 40. Cicek Y, Ertas U. The normal and pathological pigmentation of oral mucous membrane: a review. *J Contemp Dent Pract*. 2003; 4:76-86.
 41. Kauzman A, Pavone M, Blanas N, Bradley G. Pigmented lesions of the oral cavity: review, differential diagnosis, and case presentations. *J Can Dent Assoc*. 2004;70:682-3.
 42. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of solitary melanocytic lesions of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2004;33:550-7.
 43. Scully C, Porter, S. *Orofacial Disease - Update For The Dental Clinical Team*. Churchill-Livingstone; 2003.
 44. Sapp JP, Eversole LR, Wysocki GP. *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*. Second ed. Mosby; 2003.
 45. Pais S, Hegde SK, Bhat SS. Oral melanotic macule-a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2004;22:73-5.
 46. Gonsalves WC, Chi AC, Neville BW. Common oral lesions: Part I. Superficial mucosal lesions. *Am Fam Physician*. 2007 Feb 15;75:501-7.
 47. Scully C. *Oral and maxillofacial medicine*: Elsevier; 2004.
 48. Villalón G, Cardoso C, Edo MM, Leache EB. *Lengua geográfica en Odontopediatria*. *Gaceta Dental*. 2007;179:128-40.
 49. Assimakopoulos D, Patrikakos G, Fotika C, Elisaf M. Benign migratory glossitis or geographic tongue: an enigmatic oral lesion. *Am J Med*. 2002 Dec 15;113:751-5.
 50. Shulman JD. Recurrent herpes labialis in US children and youth. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32:402-9.

51. Nikkels AF, Pierard GE. Treatment of mucocutaneous presentations of herpes simplex virus infections. *Am J Clin Dermatol.* 2002;3:475-87.
52. Lowhagen GB, Bonde E, Eriksson B, Nordin P, Tunback P, Krantz I. Self-reported herpes labialis in a Swedish population. *Scand J Infect Dis.* 2002;34:664-7.
53. Raborn GW, Grace MG. Recurrent herpes simplex labialis: selected therapeutic options. *J Can Dent Assoc.* 2003;69:498-503.
54. Seow WK. Diagnosis and management of unusual dental abscesses in children. *Aust Dent J.* 2003;48:156-68.
55. Zarandy MM, Givehchi G, Mohammadi M. A familial occurrence of lip anomaly. *Am J Otolaryngol.* 2005;26:132-4.
56. Guner U, Celik N, Ozek C, Cagdas A. Van der Woude syndrome. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2002;36:103-5.
57. Maia DM, Merly F, Castro WH, Gomez RS. A survey of oral biopsies in Brazilian pediatric patients. *ASDC J Dent*