UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DE FEIRA DE SANTANA
RHAYSSA RHAYLLA ABREU GOMES
SHÊNIA DO NASCIMENTO SILVA

ASPECTO CLÍNICO E CONDUTAS TERAPÊUTICAS DAS PRINCIPAIS LESÕES ORAIS EM PACIENTES INFANTOJUVENIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Feira de Santana - BA
2021

Rhayssa Rhaylla Abreu Gomes
Shênia Do Nascimento Silva

ASPECTO CLÍNICO E CONDUTAS TERAPÊUTICAS DAS PRINCIPAIS LESÕES ORAIS EM PACIENTES INFANTOJUVENIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana, como requisito para obtenção de título de cirurgião-dentista.

Orientadora**:** Profª. Drª. Alessandra Laís Pinho Valente Pires

Feira de Santana - BA
2021

O Senhor é a nossa força e o nosso escudo; nEle o nosso coração confia, e dEle recebemos ajuda. Nosso coração exulta de alegria, e com o nosso cântico lhe daremos graças.
Salmos 28:7

DEDICATÓRIA

Antes de tudo, dedicamos esse trabalho à Deus, pois dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas.
Pelo apoio e carinho oferecidos em todos os momentos de nossa vida, à nossa família dedicamos o resultado dos esforços realizados ao longo deste percurso.
A todos os pacientes que cuidamos e iremos cuidar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente queremos agradecer a Deus por toda força, ânimo e por ter nos ajudado até aqui.

À nossa família, que é o reflexo do cuidado de Deus, agradecemos pelo incentivo e por não pouparem esforços para a realização desse sonho.

Aos grandes professores pelo ensino e dedicação. Especialmente, a professora Alessandra por ter nos aceitado como orientandas com amor, e responsabilidade.

Às nossas amigas de turma, pelo companheirismo, amizade e pela troca de experiências ao longo desta trajetória. Tornaram nossos dias mais leves e felizes.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a nossa formação acadêmica, o nosso muito obrigada.

SUMÁRIO

RESUMO.....6
PALAVRAS-CHAVE.....6
ABSTRACT.....6
KEYWORDS.....6
1. **INTRODUÇÃO**.....7
2. **REVISÃO DE LITERATURA**.....8
2.1 MUCOCELE.....8
2.1.1 **Aspecto clínico e Tratamento**.....9
2.2. ESTOMATITE AFTOSA RECORRENTE.....10
2.2.1 **Aspecto clínico e tratamento**.....10
2.3. GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA PRIMÁRIA.....12
2.3.1 **Aspecto clínico e tratamento**.....12
2.4. CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA.....13
2.4.1 **Aspecto clínico e tratamento**.....14
3. **METODOLOGIA**.....14
3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ESTUDOS.....14
3.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA.....15
3.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....15
4. **RESULTADOS E DISCUSSÃO**.....15
5. **CONCLUSÃO**.....19
REFERÊNCIAS.....20
ANEXO.....23

RESUMO

As lesões de mucosa bucal são condições que ocorrem nos tecidos moles da boca, reconhecidas sob a forma de diferentes patologias que se apresentam por diversos aspectos clínicos como alterações de cor, formações sólidas, coleções líquidas e perdas teciduais, apresentando predileção por certos grupos etários. O presente estudo teve como objetivo descrever as principais lesões estomatológicas orais que acometem pacientes infantojuvenis, bem como os aspectos clínicos e condutas de tratamento. Foi realizado um estudo do tipo revisão de literatura, elaborado através de um levantamento da literatura com critérios de seleção que se restringiram a artigos indexados nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico nos idiomas português e inglês, seguida de seleção, tradução e leitura de artigos. Foram escolhidas quatro afecções estomatológicas que mais acometem crianças na fase infantojuvenil. É possível concluir que a maior prevalência é de lesões benignas e a presença dessas lesões podem gerar dor e desconforto para esses pacientes. As principais alterações estomatológicas encontradas na literatura foram mucocele, estomatite aftosa recorrente, genvivoestomatite herpética primária e candidíase pseudomembranosa e devem ser tratadas de maneira precoce, pois interferem na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Odontopediatria; Mucocele; Estomatite herpética; Candidíase; Estomatite Aftosa.

ABSTRACT

Oral mucosal lesions are conditions that occur in the soft tissues of the mouth, recognized in the form of different pathologies that present themselves by various clinical aspects such as color changes, solid formations, fluid collections and tissue loss, with a predilection for certain age groups. The present study aimed to describe the main oral stomatological lesions that affect children and adolescents, as well as the clinical aspects and treatment approaches. A literature review-type study was carried out through a literature survey with selection criteria that were restricted to articles indexed in the PubMed, SciELO and Academic Google databases in Portuguese and English, followed by selection, translation and reading of articles. Four stomatological conditions that most affect children in the infant-juvenile stage were chosen. It is possible to conclude that the highest prevalence is of benign lesions and the presence of these lesions can generate pain and discomfort for these patients. The main stomatological alterations found in the literature were mucocele, recurrent aphthous stomatitis, primary herpetic gingivostomatitis and pseudomembranous candidiasis, and they must be treated early, as they interfere with the patients' quality of life.

Keywords: Pediatric dentistry; Mucocele; Herpetic stomatitis; Candidiasis; Aphthous stomatitis.

1. INTRODUÇÃO

As afecções estomatológicas são lesões que ocorrem nos tecidos moles da boca, podendo ser de diferentes tipos, formas e aspectos, cuja etiologia pode ser tanto viral, bacteriana, fúngica, por irritações locais de traumas, quanto por manifestação de doenças sistêmicas (ANDRADE et al., 2020).

São diversos os aspectos característicos abordados sobre a cavidade oral dos pacientes infantojuvenis. Indivíduos dessa faixa etária estão em constante crescimento, caracterizando um desenvolvimento simultâneo com todos os órgãos do corpo. Por esta razão, as estruturas relacionadas à boca na infância são únicas e transitórias (BALDANI, LOPES, SCHEIDT; 2001). O conhecimento sobre as anormalidades que podem ser encontradas nessa fase de vida é imprescindível, já que essas alterações podem ocasionar limitações, sendo o diagnóstico precoce de grande importância (SCHMITT et al., 2012).

A estimativa atual da população brasileira é de 213 milhões de habitantes, estando 29,83% na faixa etária de 0 a 14 anos (BRASIL, 2021). Com relação às lesões orais mais observadas em pacientes infantojuvenis se destacam a candidíase, estomatite aftosa recorrente (EAR), gengivoestomatite herpética primária (GEH), lesões de glândulas salivares, lesões reacionais e tumores benignos dos tecidos moles (ARAGÃO; SOUSA, 2018).

A presença de lesões acaba gerando dor e desconforto para os pacientes. Crianças e adolescentes com esses sintomas, têm limitações na mastigação, problemas para dormir, dificuldade no aprendizado e de realizar suas atividades diárias, além que seu bem-estar social e emocional afetados. Consequentemente, a família é impactada em relação a perder dias de trabalho e nas despesas financeiras para tratamento, apesar do sentimento de culpa dos pais frente à condição do filho (ANDRADE et al., 2020).

Com base nessas informações, ao observar a cavidade oral da criança, o cirurgião-dentista deve atentar-se às alterações de estrutura que podem ocorrer nessa faixa etária. Essas alterações podem estar presentes tanto no nascimento, quanto manifestar-se no decorrer do tempo influenciando no crescimento e no desenvolvimento das estruturas orais (GUEDES-PINTO, 2010).

As lesões orais que acometem os pacientes infantojuvenis são comuns e necessitam de conhecimento por parte dos profissionais, a fim de se chegar a um correto diagnóstico e favorecer uma conduta terapêutica adequada.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo descrever as principais lesões estomatológicas orais que acometem pacientes infantojuvenis, bem como os aspectos clínicos e condutas de tratamento.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A maioria dos trabalhos relativos às práticas estomatológicas pediátricas, ressalta as doenças dentárias, especialmente a cárie, doença periodontal e problemas relacionados à má oclusão. São poucos os estudos que investigaram outros tipos de doenças nessa faixa etária, limitando-se àqueles de caráter epidemiológico de base populacional ou a descrição de casos clínicos isolados (PADOVANI et a., 2013).

Há uma variedade de lesões estomatológicas que pode acometer a cavidade oral de crianças e adolescentes. Desse modo, é de fundamental importância que o cirurgião-dentista saiba identificar, diagnosticar e tratar essas lesões, favorecendo bem-estar para esses pacientes (SCHMITT et al., 2012; PEREIRA, SILVA, GARCIA; 2021). Neste estudo será abordado sobre Mucocele, EAR, GEH, Candidíase Pseudomembranosa, seus aspectos clínicos e as principais condutas terapêuticas.

2.1 MUCOCELE

A mucocele é a lesão mais prevalente em crianças e adolescentes. Por definição, é uma lesão oral exofítica comum, benigna, assintomática, que envolve as glândulas e os ductos salivares. Sua etiologia está relacionada ao trauma local. A mordida é a causa mais comum devido à compressão dos ductos das glândulas salivares menores. É classificada como cisto de retenção de muco ou como extravasamento de muco. O fenômeno de extravasamento de muco é o tipo mais comum e está relacionada a danos ao ducto excretor da glândula salivar menor. São diferentes apenas no exame histopatológico. Portanto, seu tratamento, prognóstico e incidência de recidiva são similares (DANELON et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2020).

O extravasamento de muco é ocasionado por traumas no ducto excretor, resultando em acúmulos de fluidos para o tecido conjuntivo da glândula afetada. Na retenção de muco, o que ocorre é uma obstrução desse ducto, derivado, por exemplo, de cálculos no interior do ducto ou sialolitíase, ou também pela contração do tecido conjuntivo ao redor do ducto após uma lesão traumática (WOLTMANN, 2008).

2.1.1 Aspecto clínico e Tratamento

Clinicamente, a mucocele apresenta-se como uma bolha/nódulo assintomático, na cor rosa ou azulada, e o tamanho pode variar e não há predileção por sexo. O sítio de maior acometimento é o lábio inferior, porém pode estar presente em outras regiões da cavidade bucal como: assoalho, mucosa jugal, superfície ventral da língua e em menor prevalência, no lábio superior (WU et al., 2011; DANELON et al., 2013).

São geralmente arredondadas, azuladas ou translúcidos, possuem um crescimento lento e são mais comuns entre crianças e jovens. O tamanho varia de 1 mm a vários centímetros de diâmetro e duração de dias a anos. Para diagnóstico diferencial, deve ser considerado hiperplasia fibrosa, papiloma focal, lipoma ou fibroma (VALÉRIO, 2013).

Existem diversas formas de tratamento para os casos de mucocele, como: excisão por meio de bisturi ou a laser, criocirurgia e micromarsupialização. Esta última técnica é a menos traumática entre as outras, sendo altamente indicada nas intervenções em crianças e em adultos que apresentam alguma limitação nos procedimentos cirúrgicos, contudo, esta técnica não é indicada sem o diagnóstico clínico concluído, pois não fornece exame anatomopatológico para análise (LUCIANO, FERREIRA, VIEIRA; 2019).

Apesar da existência dessas técnicas apropriadas para o tratamento de mucocele, como a micromarsupialização, o tratamento ideal continua sendo a enucleação total da lesão, com bastante atenção e cuidado para que seja eliminada toda a lesão, para evitar recidivas. Um ponto importante é o uso da pinça no transoperatório, pois facilita o ato cirúrgico e melhor divulsão e remoção da lesão. Desta forma, destaca-se, a diminuição do sangramento, facilitando a visualização e uma correta execução da técnica (DANELON et al., 2013).

2.2. ESTOMATITE AFTOSA RECORRENTE

A EAR é uma doença ulcerativa mais comum da mucosa oral, que se manifesta através de múltiplas ulcerações dolorosas e recorrentes. Podem ser ovóides ou redondas com bordas definidas, tendo fundo amarelo ou cinza com halos eritematosos circundantes. Afetam crianças, adolescentes, adultos e até 25% da população (BARDELLINI, 2020).

Muitos fatores predisponentes foram identificados, incluindo especialmente traumas locais, fatores genéticos, deficiências nutricionais, infecções virais, bacterianas, doenças imunes e endócrinas. Todas as formas das lesões ulcerativas recorrentes têm um impacto significativo na qualidade de vida e interfere diretamente no bem-estar da criança (KOBEROVÁ, MERGLOVÁ, RADOCHOVÁ; 2020).

Essas lesões são particularmente desafiadoras em crianças, pois interfere nas atividades diárias como comer, engolir e falar. Pacientes pediátricos são mais propensos a infecções e hipersalivação e também podem sofrer de falta de apetite, fadiga, dificuldades de concentração e nervosismo. Na infância, portanto, é importante reduzir sintomas para acelerar o processo de cicatrização (BARDELLINI, 2020).

São uma das lesões que causam maior sensação dolorosa em crianças, por conta da exposição do tecido conjuntivo e à inflamação relacionada ao processo. Sua causa ainda é desconhecida, porém alguns estudos trazem a deficiência imunológica associada ao aparecimento de úlceras aftosas. O desconforto é o responsável pela maior busca pelo tratamento odontológico, sendo assim uma maior prevalência encontrada nos estudos (ANDRADE et al., 2020).

2.2.1 Aspecto clínico e tratamento

As lesões são arredondadas com centro fibromembranoso branco e amarelado, rodeadas por um halo periférico de eritema. Existem três formas clínicas principais: menor, maior e herpetiforme, sendo a aftose menor a mais prevalente. Nesta forma clínica, as aftas apresentam duração de 4 a 7 dias sem deixar cicatriz, enquanto na maior precisam de um maior período de tempo e podem deixar cicatriz (OLIVEIRA, 2017).

O tratamento adequado da EAR depende da frequência, tamanho e número das úlceras. O tratamento ideal é aquele que consegue controlar a dor, as úlceras por mais tempo e menor efeito colateral. O conforto da terapia deve ser levado em

consideração em pacientes pediátricos. O lado positivo é que as crianças sofrem mais com lesões menores, mas a modalidade de tratamento é limitada pela idade e cooperação da criança. (CHAVAN et al., 2012).

A terapêutica deve sempre começar com medicação tópica e as outras opções de terapia medicamentosa incluem antissépticos, anti-inflamatórios e analgésicos. Outro efeito eficaz é o uso de Clorexidina 0,2% em enxágues ou gel, três vezes ao dia (sem engolir). O triclosan também pode ser usado em forma de gel ou enxágue, três vezes ao dia sem engolir. Todos devem ser usados enquanto as lesões persistirem. O diclofenaco tópico a 3% com Ácido hialurônico 2,5% pode ser aplicado para diminuir a dor. O uso de enxaguatórios orais com cloridrato de benzidamina, também oferece alívio temporário da dor (GUALLAR, SORIANO, LOZANO; 2014).

Outros agentes ideais para esses casos são as pastas protetoras, como Orabase que tem ingrediente ativo a carmelose, Gengigel (ingrediente ativo hialuronato), Gelclair (ingrediente ativo hialuronato) e analgésicos tópicos incluindo 0,15% cloridrato de benzidamina (Difflam) ou um spray de lidocaína a 5%. É necessário, sempre, aconselhar os pacientes a usar lauril de sódio e cremes dentais sem o composto sulfato, pois podem ser úteis na redução do número de úlceras (CRANNY et al., 2015).

O tratamento sistêmico é apropriado somente para casos graves, com grande recorrência e quando o tratamento tópico não é eficaz. As opções de tratamento sistêmico incluem o uso de drogas imunomoduladoras, como corticosteroides, dapsona, colchicina, tetraciclina, talidomida ou agentes biológicos (inibidores de TNF-α). O uso desses compostos é significativamente limitado em crianças, enquanto o uso de esteróides a longo prazo em EAR não é indicado (KOBEROVÁ, MERGLOVÁ, RADOCHOVÁ; 2020).

Para pacientes com EAR que comprometem a qualidade de vida, o uso supervisionado de corticosteróides tópicos podem ser usados para reduzir a inflamação e a frequência de novas ulcerações, sendo uma alternativa o fosfato dissódico de betametasona (Betnesol), onde os comprimidos podem ser dissolvidos em água como um enxaguante bucal. Outro corticosteroide tópico em spray é o propionato de fluticasona (Flixonase). Além desses, a doxiciclina demonstrou diminuir o tempo de cicatrização, onde sua preparação consiste em dissolver um comprimido de 100mg em 10 ml de água, manter na boca por 3 minutos e

administrar até 4 vezes ao dia. Para esses casos, é necessário a maturidade do paciente pediátrico (CRANNY et al., 2015).

2.3. GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA PRIMÁRIA

A GEH é a manifestação clínica mais comum causada pelo vírus herpes simples (HSV). Ocorre em 25 a 30% das crianças infectadas com maior prevalência no grupo etário entre os 6 meses aos 5 anos de idade, e os principais sintomas incluem excesso de saliva, desconforto, dor ao engolir, ulceração oral, linfadenopatia submandibular, febre, irritabilidade, cefaléia e artralgia (THOMAS, 2007).

Essa condição em crianças é caracterizada por pródomo de febre com ulcerações dolorosas, lesões presentes na mucosa e gengiva, podendo ser vesiculares. A transmissão pode ocorrer através do contato direto ou por gotículas de secreções de uma pessoa sintomática ou assintomática. O indivíduo que foi infectado pelo HSV, a infecção pode reaparecer na forma de herpes labial com reativação ao longo da vida (FARIAS et al., 2019).

2.3.1 Aspecto clínico e tratamento

As lesões são caracteristicamente vesiculares, tendo uma base eritematosa, porém se rompem rapidamente, originando úlceras de cor acinzentada e friável. Estão localizadas normalmente nos lábios, gengivas, porções anteriores da língua e do palato duro (SILVA; SALGADO, 2005).

Os sinais e sintomas estão relacionados à virulência específica do HSV e a resposta imune do hospedeiro. Quando o HSV penetra no hospedeiro ocorre uma replicação viral nas células do hospedeiro, o HSV entra em contato com as terminações nervosas sensoriais e são transportadas para o gânglio correspondente, sendo o local mais comum o gânglio trigêmeo, se tornando latente ou inativo. É na replicação viral no gânglio que ocorre o período de incubação, é um período que pode variar de dias a três semanas, na maioria dos casos essa variação é de uma semana (MARZUQI et al., 2019).

É no gânglio trigeminal que o vírus permanece latente após a resolução das lesões, durante esse período, o vírus não tem impacto sobre as células infectadas, entretanto pode ser reativada por estímulos como, por exemplo o estresse, febre, imunossupressão e quando o indivíduo se expõe frequentemente a luz solar (STONA et al., 2014).

O manejo dessa condição é determinado através de uma anamnese detalhada e exame cínico para eliminar o diagnóstico de outras lesões e para um correto tratamento de acordo com a gravidade da infecção. O tratamento consiste em uma combinação de paliativos e terapia de suporte para o controle da dor, febre, desidratação e diminuição do tempo das lesões (MARZUQI et al., 2019).

Quando o vírus não está mais presente na cavidade oral, a terapia tópica do antivírus não é tão eficaz, especificamente após o 5° dia, entretanto as lesões dolorosas estão presentes em média 12 dias. O tratamento pode ser feito com o uso de anestésicos tópicos, antissépticos e AINES. A terapia de suporte inclui uma hidratação adequada e banhos bucais com clorexidina. O aciclovir oral é bastante eficaz na fase prodrômica que são os primeiros 4 dias. Esses medicamentos antivirais como o aciclovir oral (Zovirax) para gengivoestomatite e penciclovir tópico (Denovir) para herpes labial, pode encurtar a duração das lesões e é importante para um prognóstico favorável (FORGHANI, POLICHRONIADOU, MITOVA; 2020).

2.4. CANDIDÍASE PSEUDOMEMBRANOSA

Os fungos é uma das espécies encontradas na cavidade oral que se manifesta clinicamente em determinados casos quando o mecanismo de defesa do hospedeiro está comprometido, sendo a Cândida Albicans o responsável pela maioria das infecções (GAMA et al., 2018).

O fungo Cândida albicans está presente em todos as pessoas que possuem um bom estado de saúde, a manifestação acontece quando o fungo penetra nos tecidos. Quando a flora microbiana está abaixo do normal, há um crescimento do fungo, que pode o ser ocasionado pelos fatores sistêmicos ou fatores locais (ROSA et al.,2021).

A cândida Albicans que pertence à família das Cryptococcaceae é o mais comum patógeno fúngico oportunista causador da candidíase. Dentre as formas de candidíase bucal, a pseudomembranosa é a mais conhecida, sendo popularmente chamada de “sapinho”. Pode se apresentar em áreas da mucosa, tendo a capacidade de aderir às células epiteliais bucal, intestinal e vaginal por meio de adesinas presente em sua parede celular (MOURA et al., 2019).

2.4.1 Aspecto clínico e tratamento

A candidíase pseudomembranosa apresenta-se clinicamente em formas de placas, nódulos de coloração branco-amarelados sendo facilmente removidos. São assintomáticas, mas nas áreas ulceradas ocorrem geralmente dor e ardência. Aparecem comumente na mucosa jugal, língua, palato ou qualquer outra área da cavidade oral (GAMA et al., 2018).

Os recém-nascidos que apresentam baixo peso, podem ter candidose pseudomembranosa considerados assim, infecção neonatal ou congênita. A infecção pode ser adquirida posteriormente pelo bebê no ambiente hospitalar, sendo conhecida como uma infecção nosocomial (COLTO et al., 2011).

As placas que são ocasionadas pela candidíase, são removidas por meio da raspagem, com uma compressa de gaze ou swab, deixando a mucosa com regiões eritematosas de cor rosadas e sensíveis (VIANA, 2010).

O tratamento dessa infecção é feito através de antifúngicos como, por exemplo, o antimicótico nistatina que é o fármaco de primeira escolha por sua ausência de efeitos colaterais, custo baixo e grande eficácia. Seu mecanismo de ação consiste em impedir o funcionamento correto na união aos esteróis na membrana celular fúngica, cumprindo o objetivo do tratamento. A indicação da dose pediátrica é de 1 a 6ml, quatro vezes ao dia, quando é em forma de suspensão, ou quatro pastilhas por dia, se for em forma de pastilhas, com período de uma a duas semanas (GAMA et al., 2018).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, em que foram selecionados artigos científicos indexados no *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (*MEDLINE/PubMed) e Google Acadêmico.

3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ESTUDOS

Nesse estudo foram incluídos: artigos científicos, publicados na íntegra, nos idiomas Português e Inglês, na modalidade de revisão de literatura, relatos de casos e estudos epidemiológicos que abordassem sobre o tema. Foram

descartados: os artigos que não correspondem aos objetivos e áreas de interesse do estudo.

3.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

As palavras-chaves utilizadas na busca foram selecionadas previamente, identificando descritores consultados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Os descritores foram: “Odontopediatria ”, “Mucocele”, “Estomatite aftosa”, “Estomatite herpética”, “Candidíase” e seus correspondentes em inglês. Após testar os termos isoladamente, identificaram-se grafias alternativas e sinônimos. Os termos foram combinados com auxílio de operadores booleanos AND e OR.

3.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Realizou-se uma leitura seletiva dos títulos e, posteriormente, uma análise dos resumos dos artigos. Vale ressaltar que uma busca manual foi feita nas referências dos estudos selecionados. Foram encontrados 37 artigos científicos publicados no período entre 2001 a 2021. Os dados de 10 dos artigos elegíveis foram extraídos e listados em um quadro elaborado no Microsoft® Word, com suas informações: nome dos autores; ano de publicação, manifestações orais e tratamento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as desordens mais comuns encontradas na mucosa oral de pacientes infantojuvenis (faixa de 0-18 anos) são as lesões de glândulas salivares, lesões reacionais e tumores benignos dos tecidos moles (ARAGÃO; SOUZA, 2018). As lesões mais comuns estão apresentadas no Quadro 1.

Em relação à prevalência de lesões da mucosa oral em crianças de 0-12 anos, Majorana et al. (2010) abordaram a candidíase, língua geográfica, EAR, GEH, HSV e eritema multiforme, corroborando com Hong (2019).

Andrade et al. (2020) descreveram que a mucocele é mais frequentemente encontrada em pacientes com idade entre 10 a 14 anos, já que esses indivíduos apresentam maior frequência de trauma. No estudo conduzido por Pereira, Silva e Garcia (2021) houve predileção desta lesão em região de lábio inferior nos pacientes infantojuvenis. A escolha da modalidade do tratamento da mucocele deverá ser

baseada na idade do paciente e nas características como localização, tamanho e profundidade da lesão, e o tipo de trauma envolvido (DANELON et al., 2013). Para Wu et al. (2011) relatam que no tratamento da mucocele com a vaporização com laser de CO2 não é necessário suturar a ferida, por ter menos sangramento, isso economiza tempo e parece especialmente adequado para crianças. Valerio et al. (2013) apontam que enucleação cirúrgica é uma técnica para remoção definitiva da lesão, com margem de segurança para prevenir a recorrência. Luciano, Ferreira e Vieira (2019) fazem uma abordagem da Micromarsupialização, essa técnica também se mostra como uma das mais apropriadas por ser pouco traumática, não havendo necessidade de uso de anestésico infiltrativo e de aplicação fácil e rápida, mas apresenta contraindicações. Entretanto, Stuani et al. (2010) afirmam que as contraindicações dessa técnica estão relacionadas à localização das lesões como no palato e mucosa jugal, pois tumores malignos e benignos das glândulas salivares são frequentes nessas áreas, mesmo sendo raras em crianças da faixa etária do presente estudo.

O protocolo de tratamento da EAR ainda não está totalmente definido, e deve atuar no alívio dos sintomas e o tamanho das úlceras, promovendo a cicatrização e reduzindo a frequência de recorrência. Para Oliveira (2017), o tratamento tópico é totalmente eficaz para a maioria dos pacientes com EAR. Porém, o tratamento sistêmico pode ser considerado para pacientes com múltiplos episódios de EAR menor ou pacientes com EAR maior. Outros autores como Koberová, Merglová e Radochová (2020) também afirmam que o tratamento tópico previne a superinfecção, é uma proteção de úlceras existentes, analgesia e tratamento de úlceras ativas. Em relação à terapia tópica, a prescrição delas são apropriadas e podem incluir enxaguatórios bucais antimicrobianos, como 0,2% gluconato de clorexidina o que ajudará no controle da placa e reduzindo a superinfecção. Outros agentes incluem pastas protetoras e analgésicos tópicos incluindo 0,15% cloridrato de benzidamina (Difflam), um spray de lidocaína a 5% ou enxaguatório bucal antes de comer ou escovar os dentes. Sempre aconselhar os pacientes a usar lauril de sódio e cremes dentais sem sulfato, pois podem ser benéficos na redução do número de úlceras (WALLACE et al., 2015).

Os corticóides tópicos permanece sendo o principal recurso para o tratamento da EAR. O alcance dos diferentes corticóides tópicos podem melhorar os sintomas. Um composto em orabase, disponível é o acetonido de triancinolona. A combinação

de orabase com corticosteróide forte como fluonamida, clobetasol ou halbetasol é uma alternativa eficaz (FRAIHA, BITTENCOURT, CELESTINO; 2002). Outros autores como Guallar, Soriano e Lozano (2014) apontam que o tratamento para esses casos, deve sempre começar com medicação tópica, as terapias de primeira escolha são antissépticos e anti-inflamatórios, analgésicos, como 0,2% de clorexidina em enxágues e triclosan podem ser usados três vezes ao dia enquanto as lesões persistirem. O Diclofenaco tópico a 3% com Ácido hialurônico 2,5% pode ser aplicado para diminuir a dor. São relatados enxaguatórios orais com cloridrato de benzidamina que oferece alívio da dor.

No tratamento da GEH, os analgésicos e antipiréticos são úteis (SILVA; SALGADO, 2005). Segundo Lawall et al. (2005), o tratamento da GEH aguda baseia-se primeiramente tratar os sintomas e evitar infecções secundárias e aumentar a hidratação do paciente. Colutórios bucais anestésicos são úteis por diminuírem a dor do paciente durante as refeições. Sendo o aciclovir por via oral ou tópica amplamente utilizado. Stona et al. (2014) fazem uma abordagem sobre a terapia a laser de baixa potência no tratamento de HSV, uma terapia que tem muitos efeitos fisiológicos, anti-inflamatórias, analgésicas e estimulação da cicatrização de feridas.

Para o tratamento de candidíase pseudomembranosa deve ser feito um tratamento tópico, e em casos mais graves é utilizada a associação da terapia sistêmica com a local (MOURA et al., 2019). A Nistatina é o fármaco de primeira escolha, por apresentar ação fungicida e fungistática, não é absorvido pelo trato gastrointestinal e é um agente local. É necessário que a medicação fique em contato possível com a região acometida. Sua posologia é de 1 a 6ml a cada 6 horas por um período de 7 a 14 dias (GAMA et al., 2018).

Diante da relevância do tema e de estudos ainda incipientes a esse respeito, sugere-se que essas patologias sejam melhor investigadas através de novos estudos. Existem diferentes de lesões orais que podem acometer crianças e adolescentes, o que indica a importância do conhecimento da estomatologia para o correto diagnóstico e consequente tratamento dessas lesões.

Quadro 01– Alguns estudos que apresentaram as principais manifestações orofaciais em pacientes infanto-juvenis.

Autor	Ano	Manifestações Orais	Tratamento
BALDANI; LOPES; SCHEIDT.	2001	Candidíase	Higienização com solução saturada de bicarbonato de sódio e um antifúngico à base de nistatina (Micostatin). As mães foram instruídas a realizarem também a higienização dos seios antes e após a amamentação, para evitar a recontaminação.
SILVA; SALGADO.	2005	GEH	A administração de aciclovir oral, na dose de 15 mg/kg/dose em cinco tomadas diárias (com pausa noturna de 8 horas) durante 7 dias, ou a dose diária dividida em apenas 4 tomadas, é útil na redução dos dias de febre e das manifestações orais, e na redução da eliminação viral, mas desde que iniciado nos três primeiros dias de doença.
DANELON et al.	2013	Mucocele	Remoção completa da lesão e das glândulas salivares acessórias.
PADOVANI et al.	2013	GEH e Candidíase	Antipiréticos e analgésicos para controlar a febre e a dor, além da ingestão de líquidos para prevenir a desidratação. Em alguns casos, anestésico tópico leve, como lidocaína viscoso, antes das refeições pode ser necessário. Medicamentos antifúngicos sistêmicos, tratamento tópico e aconselhamento quanto à higiene bucal são necessários.
CRANNY et al.	2015	EAR	Uso regular e supervisionado de tópicos corticosteróides podem ser introduzidos para reduzir a inflamação, promover a cura e reduzir a frequência de novas ulcerações. Os comprimidos de Fosfato dissódico de betametazona podem ser dissolvidos em água como um enxaguatório bucal. É importante que a criança seja madura o suficiente para usar um enxaguatório bucal corretamente para não ingerir a solução.

OLIVEIRA.	2017	EAR	Medicamentos tópicos contendo ácido hialurônico apresentam eficácia no alívio da dor e na aceleração da cicatrização das lesões.
GAMA et al.	2018	Candidíase pseudomembranosa oral	O tratamento de candidíase pseudomembranosa em neonatos compreende a utilização de Nistatina, sendo este o fármaco de primeira escolha por apresentar ação fungicida e fungistática e por não ser absorvido pelo trato gastrointestinal e por ser um agente local.
LUCIANO; FERREIRA; VIEIRA.	2019	Mucocele	Remoção tanto da mucocele quanto das glândulas adjacentes para que os índices de recidivas sejam diminuídos.
KOBEROVÁ; MERGLOVÁ; RADOCHOVÁ	2020	EAR	Anestésicos locais (lidocaína, benzocaína, polidocanol) tem um benefício no alívio da dor. Antissépticos (gluconato de clorexidina, benzidamina cloridrato, triclosan, cloreto de cetilpirimidium) previnem a infecção secundária e podem aliviar os sintomas.
MAGALHÃES et al.	2020	Mucocele	Excisão cirúrgica total da lesão e remoção das glândulas acessórias menores.

5. CONCLUSÃO

As principais alterações estomatológicas encontradas na literatura foram mucocele, estomatite aftosa recorrente, genvivoestomatite herpética primária e candidíase pseudomembranosa. Conhecer essas lesões que envolvem crianças e adolescentes é fundamental, não apenas para o odontopediatra, mas também para o cirurgião-dentista e profissionais da saúde, já que são lesões de grande

prevalência nesses indivíduos e que quando não tratadas de maneira precoce interferem na qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.C.S. et al. Prevalência das lesões de mucosa oral e seu impacto na qualidade de vida de escolares. **Arquivos em odontologia**, Belo horizonte, v.23, n.56, 2020.

ARAGÃO, M.M.S.; SOUSA, M.V.N. **Levantamento epidemiológico de lesões orais biopsiadas em uma população pediátrica nordestina**. 2018. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2018.

BALDANI, M.H.; LOPES, C.M.D.L.; SCHEIDT, W.A. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa-PR, Brasil. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, Ponta Grossa-PR, v.15, n.4, p. 302-307, 2001.

BARDELINNI, E. et al. Photobiomodulation therapy for the management of recurrent aphthous stomatitis in children: clinical effectiveness and parental satisfaction. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.25, n.4, p.549-53, 2020.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Population projection of Brazil and Federative Units, 2020. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acessado em 09 de outubro de 2021.

CHAVAN, M. et al. Recurrent aphthous stomatitis: a review. **J Oral Pathol Med,** v.41, n.8, p.577-83, 2012.

COLTO, E. M. P. et al. Candidíase em neonatos: Uma revisão epidemiológica. **Ensaios e Ciência**, v. 15, n. 4, p.197-213, 2011.

CRANNY, J.A.M. et al. Management of Recurrent Aphthous Stomatitis in Children. **OralMedicine,** v.42, n.6, p.564-572, 2015.

DANELON, M. et al. Diagnóstico e Tratamento de Mucocele em Odontopediatria: Relato de Caso. **Arch Health Invest**, v.5, n.2, p. 47-53, 2013.

FARIAS, A.B.L. et al. Acute Primary Herpetic Gingivostomatitis In A Child: Strategies for Pain Suppression and to Improve Oral Intake. I**nter Ped Dent Open Acc J,** v.3, n.1, p. 194-196, 2019.

FORGHANI, P.; POLICHRONIADOU, I.; MITOVA, N. Oral herpetic infections in children. **MedInform,** v.7, n.1, p.1110-1114, 2020.

FRAIHA, P.M; BITTENCOURT, P.G; CELESTINO, L.R. Estomatite aftosa recorrente Revisão bibliográfica. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v..68, n.4, p.571-8, 2002.

GAMA, M.R.D. et al. Candidíase pseudomembranosa oral em neonato: Relato de caso. **RvACBO**, v.27, n.1, p.116-120, 2018.

GUALLAR, I.B; SORIANO, Y.J; LOZANO, A.C.Treatment of recurrent aphthous stomatitis. A literature review. **J Clin Exp Dent,** v.6, n.2, p.168-174, 2014.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 8.ed. São Paulo: Ed. Santos, Cap. 23, p. 381-395, 2010.

HONG, C. H. et al. World Workshop on Oral Medicine VII: Relative frequency of oral mucosal lesions in children, a scoping review. **Oral Diseases,** v. 25, n.1, p. 193-203, 2019.

KOBEROVÁ, R; MERGLOVÁ, V; RADOCHOVÁ, V. Recurrent Aphthous Stomatitis in Children: A Practical Guideline for Paediatric Practitioners. **Acta Medica (Hradec Králové),** v.63, n.4, p.145-149, 2020.

LAWALL, M. A. et al. Gengivoestomatite Herpética Primária em Adulto: Relato de caso clínico**. Revista Odonto Ciência-Fac.** Odonto/PUCRS, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 48, p. 191-194, 2005.

LIMA-RIVERA, L.M. et al. Prevalência de lesões bucais em crianças de 6 a 12 anos. **SALUSVITA**, Bauru, v. 35, n. 3, p. 411- 422, 2016.

LUCIANO, M.A.F.; FERREIRA, R.B.; VIEIRA, L.D.S. **Aspectos clínicos da mucocele em pacientes pediátricos: uma revisão de literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) **-** Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, 2019.

MAGALHÃES, L.S. et al. Diagnosis and treatment of mucocele in a pediatric patient: case report. **RGO, Rev Gaúch Odontol,** v. 68, 2020.

MAJORANA, A.M. et al. Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. **Elsevier,** v.110, n.1, p.13-18, 2010.

MARZUQI, N. et al. Management of Acute Primary Herpetic Gingivo-stomatitis in Children. **Indonesian Journal of Dental Medicine,** v.2, n. 2, p.29-31, 2019.

MOURA, A.B.R. et al. Candidíase pseudomembranosa em crianças com idade pré-escolar: Uma breve revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR,** v..26, n.2, p.80-84, 2019.

OLIVEIRA, M.J.F. Caracterização da Estomatite Aftosa Recorrente Numa População Infantojuvenil. **Artigo de Investigação Médico Dentário,** Porto, 2017.

PADOVANI, M.C.R.L. et al. Oral Manifestations of Systemic Alterations in Early Childhood. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, v.14, n.2, p.327-331, March-April 2013.

PEREIRA, M.A.D; SILVA, L.M; GARCIA, N.G. Prevalêcia de lesões bucais em crianças e adolescentes. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v.89, n.30, p.162-170, 2021.

ROSA, C. et al. Candidíase Bucal: Aspecto Clínico e Tratamento. **Revista FAIPE**, v.11, n.1, p. 155-163, 2021.

SCHMITT, B.H.E. et al. Características da Cavidade Oral de Bebês Recém-Nascidos, Blumenau-SC, **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 12, n.1, p.89-92, 2012.

SILVA, N.V.A. **Doenças Exantemáticas da Infância com Manifestações Orais**. 2010. 39 f. Monografia – Artigo de revisão Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Porto, 2010.

SILVA, T.R; SALGADO, M. Gengivoestomatite herpética na criança. **Saúde infantil**. V.3, n.27, p.11-19, 2005.

STONA, P. et al. Recurrent Labial Herpes Simplex in Pediatric Dentistry: Low-level Laser Therapy as a Treatment Option. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v.7, n.2, p.140-143, 2014.

STUANI, A.S. et al. Mucoceles: lesões frequentes na cavidade bucal de crianças. **Pediatria**, São Paulo, v.32, n.4, p.288-92, 2010.

THOMAS. E. A complication of primary herpetic gingivostomatitis. **British Dental Journal**, v.203, n.1, 2007.

VALÉRIO, R.A. et al. Mucocele and Fibroma: Treatment and Clinical Features for Differential Diagnosis. **Brazilian Dental Journal**, v.24, n.5, p.537-541, 2013.

VIANA, R. S**. Candidíase em idosos portadores de prótese oral e procedimentos de tratamento: Revisão de Literatura.** 2010. 48 f. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo horizonte, 2010.

WOLTMANN, M. et al. Mucocelo do Lábio Inferior: Relato de Caso Atípico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial,** v.49, n.3, p. 165-169, 2008.

WU, C.W. et al. Mucoceles of the oral cavity in pediatric patients. **Kaohsiung Journal of Medical Sciences,** v.27, n.7, p.276-279, 2011.

ANEXO

AUTORIZAÇÃO

Declaro, a partir desta data, que eu, Alexandra Saís Pinho Valente Pires autorizo a defesa e publicação na biblioteca virtual da Instituição o Trabalho de Conclusão de Curso do (a, os, as) discente (s) Rhayssa Rhaylla Alves Gomes ; Sônia do Nascimento Silva, intitulado Aspecto clínico e condutas terapêuticas das principais lesões orais em pacientes infanto-juvenis, produzido como requisito parcial para conclusão do curso de graduação de Odontologia desta Instituição.

Feira de Santana, 22 / 11 / 2021

Alexandra Saís Pinho Valente Pires

Assinatura do Orientador(a)