

Patologías bucales en niños y adolescentes en el Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología. Universidad de la República. Uruguay

De Pró Lizuain, Carlos Mario* ; Keochgerián Basmayean, Verónica Galilea** ;
Cuestas Guido, Mariela Amanda***

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las lesiones bucales en niños y adolescentes de 0 a 19 años en base a las biopsias de la Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, Universidad de la República, Uruguay, entre 1982 y 2002. En 5.301 biopsias, 746 correspondieron al rango de edad propuesto (14%). Se consideraron tres grupos de lesiones: intraóseas (54.6%), extraóseas (43%) y patologías dentarias (2.4%). Los quistes radicales, los tumores y pseudotumores de la mucosa bucal fueron las lesiones más frecuentes. Los odontomas resultaron los tumores odontogénicos más comunes (46.3%) y la displasia fibrosa la lesión osteogénica de mayor proporción (28.6%). Las neoplasias malignas constituyeron el 0,4% del total de la muestra. Conclusión: en la franja etaria considerada, la mayor proporción de lesiones son de naturaleza benigna y de carácter no neoplásico.

Abstract

A retrospective descriptive study of oral diseases among children and adolescents aged 0-19 was accomplished from biopsy records of Dental School Oral Pathology Service, Universidad de la República, Uruguay, from 1982 to 2002. Out of 5.301 biopsy cases, 746 corresponded to the proposed age range (14%). Lesions were divided into three groups: intraosseous (54.6%), extraosseous (43%) and dental diseases (2.4%). The radicular cysts, the tumors and the pseudotumors of the oral mucosa were the most frequent lesions. Odontomas were the most common odontogenic tumors (46.3%) while fibrous dysplasia was the most frequent osteogenic lesion (28.6%). Malignant tumors constituted 0.4 % of the cases.

In summary, within the range of age considered, a higher frequency of non-neoplastic benign lesions was found.

Palabras clave: Lesiones bucales, niños y adolescentes, biopsias, estudio retrospectivo.

Key words: Mouth diseases; child; adolescent; biopsy; retrospective studies.

* Prof. Adjunto de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la UdeLAR

** Prof. Agregada a la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la UdeLAR

*** Asistente de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la UdeLAR. Asistente de la Cátedra de Patología y Semiología Bucomaxilofacial y Clínica de Estomatología de la UdeLAR

Fecha recibido: 01.09.11 - Fecha aceptado: 03.11.11

Introducción

Las patologías del área odontológica, de resolución quirúrgica o médica, presentan características particulares que las definen y muestran predilección por determinados grupos etarios.

En términos generales existen pocos trabajos centrados en el conocimiento de las patologías que más frecuentemente afectan a niños y adolescentes (1). En las diferentes publicaciones académicas hay discrepancias de criterios en cuanto a las franjas de edad consideradas y las agrupaciones taxonómicas propuestas, lo que hace difícil arribar a conclusiones universales. Por otra parte muchos trabajos toman en cuenta grupos específicos de patologías y no la totalidad de las lesiones de manifestación bucal.

El presente trabajo tiene como objetivo establecer la frecuencia de las biopsias bucales en pacientes de 0 a 19 años, recibidas en el Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República del Uruguay (UdelaR), en el período de 1982 a 2002, comparar estos resultados con los obtenidos en otras áreas geográficas determinando la influencia de esta variable.

Materiales y métodos

Se recopilaron las biopsias de pacientes de 0 a 19 años ingresadas al laboratorio de Anatomía Patológica en el lapso de 1982 a 2002. En este Servicio se concentra la mayor parte de las lesiones biopsiadas de la esfera bucomaxilar del país tanto del sector público como privado. Se registraron los siguientes datos: edad, género, ubicación de la lesión y diagnóstico histopatológico. Se consideraron tres franjas etarias:

0 a 5, 6 a 12 y 13 a 19, y se clasificaron tres categorías de lesiones: extraóseas, intraóseas y patologías dentarias. Las lesiones extraóseas se subdividieron en tumorales y seudotumorales de la mucosa bucal, hiperplasias gingivales y lesiones misceláneas. Las intraóseas se subdividieron en granulomas apicales, quistes de los maxilares, sacos pericoronarios, tumores de los maxilares (odontogénicos y no odontogénicos) y lesiones misceláneas.

Los datos fueron ingresados en planillas Excel.

Resultados

Sobre un total de 5301 biopsias, 746 correspondieron al rango de edad propuesto, marcando una prevalencia de 14% en total. De las tres franjas etarias consideradas, 0.7% pertenecieron al grupo de 0 a 5 años, 5.8% de 6 a 12 y 7.5% de 13 a 19 (Tabla 1).

Tabla 1- Prevalencia de n 746 lesiones en pacientes de 0-19 años y distribución de acuerdo a diferentes franjas etarias

Edades	0 a 19 años (n = 746)	0 a 5 años (n = 35)	6 a 12 años (n = 310)	13 a 19 años (n = 401)
Prevalencia	14%	0,7%	5,8%	7,5%

328 biopsias fueron del género masculino, 398 del género femenino y 20 carecieron de ese dato. Surge una razón hombre-mujer 0.82 a 1.

Se contabilizaron 407 biopsias intraóseas (54.6%), 321 extraóseas (43%) y 18 patologías dentarias (2.4%). La tabla 2 hace referencia a estos resultados y las diferencias por franjas etarias.

Tabla 2- Prevalencia de n 746 lesiones en pacientes de 0-19 años de acuerdo a su localización y distribución por franjas etarias

Edad	Nº intraóseas	Nº extraóseas	Patología dentaria	TOTAL	%
0 a 5	n = 12	n = 21	N = 2	n = 35	4,7
6 a 12	n = 164	n = 137	N = 9	n = 310	41,6
13 a 19	n = 231	n = 163	N = 7	n = 401	53,7
TOTAL 0 a 19	n = 407	n = 321	n = 18	n = 746	100

De las 407 biopsias intraóseas, 45 fueron granulomas apicales (11%), 86 quistes inflamatorios (21%), 49 quistes de desarrollo (12%), 3 quistes odontogénicos sin especificar (0.7%), 10 pseudoquistes de los maxilares (2.4%), 49 sacos pericoronarios (12%), 54

tumores odontogénicos (13.2%), 56 tumores no odontogénicos (14.2%) y 55 lesiones misceláneas (13.5%). Estas últimas involucran secuestros óseos e inflamaciones crónicas inespecíficas (Tabla 3).

Tabla 3- Frecuencia de los diferentes sub-tipos lesiones intraóseas

Lesiones intraóseas	Casos n 407	% en relación al grupo	% en relación al total n 746
Granulomas apicales	45	11%	6.0%
Quistes inflamatorios	86	21%	11.5%
Quistes de desarrollo	49	12%	6.6%
Quistes odontogénicos s/e	3	0.7%	0.4%
Tumores odontogénicos	54	13.2%	7.2%
Tumores no odontogénicos	56	14.2%	7.5%
Seudoquistes	10	2.4%	1.3%
Sacos pericoronarios	3	0.7%	0.4%
Lesiones misceláneas	55	13.5%	7.4%

En el grupo examinado de 54 tumores odontogénicos se registraron 4 Ameloblastomas unicústicos (7.4%), 3 Tumores Odontogénicos Queratoquísticos esporádicos (5.5%), 11 casos de Tumor Odontogénico Queratoquístico Múltiple, formando parte del Síndrome de Nevo-Baso-Celular (20.4%), 1 Tumor

Odontogénico Epitelial Calcificante (1.9%), 3 Tumores Odontogénicos Adenomatoides (5.5%), 25 Odontomas (46.3%), 1 Fibroma Ameloblástico (1.9%), 3 Fibrodontomas Ameloblásticos (5.5%), 2 Cementoblastomas (3.7%) y 1 lesión odontogénica sin clasificar (1.9%) (Tabla 4).

Tabla 4 - Distribución de los tumores odontogénicos en diferentes franjas etarias con respecto a edad y género

Tumores odontogénicos	0 a 5 años		6 a 12 años		13 a 19 años		Totales
	M	F	M	F	M	F	
Ameloblastoma uniuquístico					4		4
Cementoblastoma					1	1	2
Fibro-odontoma-ameloblástico					2	2	4
Fibroma ameloblástico					2		2
Odontoma complejo	1		1	2	2	2	8
Odontoma compuesto		1	7	3	3	2	16
Odontoma complejo-compuesto						1	1
QOO				1	2		3
Síndrome de nevo-basocelular				3	4	4	11
Adenomatoides		1			1	1	3
Epitelial Calcificante						1	1
TOTALES	1	2	8	9	21	13	54

En 56 tumores no odontogénicos se encontraron 16 Displasias Fibrosas (28.6%), 9 Fibromas Osificantes (16%), 2 Fibromas Osificantes Juveniles (3.6%), 8 Granulomas de Células Gigantes (14.3%), 4 Fibromas Desmoplásicos (7%), 5 Fibromatosis (8.9%), 1 Osteoma (1.8%), 1 Osteoma Osteoide (1.7%), 1 Osteoblastoma Benigno (1.8%), 3 Granulomas Eosinófilos (5.4%), 1 Querubismo (1.8%), 1 Hemangioma Arteriovenoso (1.8%) y 1 lesión benigna sin clasificar (1.8%). Con respecto a los tumores malignos se encontró 1 Fibrosarcoma (1.8%), 1 Osteosarcoma (1.8%) y 1 Tumor Neuroectodérmico Primitivo (PNET) (1.8%) (Tabla 5).

Tabla 5- Distribución de los tumores no odontogénicos en diferentes franjas etarias, con respecto a edad y género

Tumores no odontogénicos	0 a 5 años		6 a 12 años		13 a 19 años		Totales
	M	F	M	F	M	F	
Displasia fibrosa			3	3	1	9	16
Fibroma osificante			3	2	2	2	9
Fibroma osificante juvenil			2				2
Fibroma desmoplásico		1		2		1	4
Fibromatosis juvenil	1		3	1			5
Osteoma compacto						1	1
Osteoma osteoide				1			1
Osteoblastoma						1	1
Gran. de células gigantes	2		1	3		2	8
Querubismo						1	1
Granuloma eosinófilo		1		1		1	3

Tumores no odontogénicos	0 a 5 años		6 a 12 años		13 a 19 años		Totales
	M	F	M	F	M	F	
Hemangioma art - venoso					1		1
Fibrosarcoma					1		1
Osteosarcoma						1	1
PNET						1	1
Lesiones sin diagnosticar					1		1
TOTALES	3	2	12	13	6	20	56

Los quistes odontogénicos fueron 138, correspondiendo al 33% de las lesiones intraóseas. En la tabla 6 se establece la frecuencia de cada tipo quístico. Las dos formas quísticas más frecuentes son los radiculares, 9.7% y los dentígeros, 5.2% de la totalidad de la casuística. En las tablas 7 y 8 se representa la cantidad de quistes por rango de edad.

Tabla 6- Frecuencia de los diferentes subtipos quistes de los maxilares

QUISTES	Nº de casos	% en relación al grupo	% en relación al total
Radicular	72	53,3	9,7
Residual	6	4,4	0,8
Folicular inflamatorio	5	3,7	0,7
Paradental inflamatorio	3	2,2	0,4
Dentígero	39	28,9	5,2
De erupción	6	4,4	0,8
Gingival recién nacido	1	0,7	0,1
Periodontal lateral	1	0,7	0,1
Conducto nasopalatino	2	1,5	0,3

Tabla 7- Distribución de los quistes de los maxilares inflamatorios en diferentes franjas etarias, con respecto a edad y género

QUISTES INFLAMATORIOS	0 a 5		6 a 12		13 a 19		Totales
	M	F	M	F	M	F	
Quiste radicular apical	-	-	11	12	24	25	72
Quiste residual	-	-	-	-	3	3	6
Folicular inflamatorio	-	-	5	-	-	-	5
Paradental inflamatorio	-	-	1	1	-	1	3
Totales	-	-	17	13	27	29	86

Tabla 8 - Distribución de los quistes de desarrollo de los maxilares en diferentes franjas etarias, con respecto a edad y género

QUISTES DE DESARROLLO	0 a 5		6 a 12		13 a 19		Totales
	M	F	M	F	M	F	
Q. dentígero	1	1	9	9	15	4	39
Q. de erupción			4	2			6
Q. gingival del recién nacido		1					1
Q. periodontal lateral					1		1
Q. conducto nasopalatino						2	2
TOTALES	1	2	13	11	16	6	49

De las 321 lesiones extraóseas, 143 fueron crecimientos de naturaleza tumoral y pseudotumoral (44.5%), 101 hiperplasias gingivales localizadas y generalizadas (31.5%). Dentro de las localizadas se hallaron 50 hiperplasias gingivales granulomatosas (granuloma piógeno), 34 hiperplasias gingivales fibromatosas y 14 granulomas periférico a células gigantes. Las hiperplasias generalizadas fueron tres, 2 por dilantina sódica y 1 caso de etiología desconoci-

da. Setenta y siete lesiones fueron misceláneas (24%). En el grupo de hiperplasias gingivales localizadas consideramos tres tipos: granuloma piógeno, granuloma periférico a células gigantes y la hiperplasia fibrosa localizada.

Las lesiones misceláneas correspondieron, en su mayoría, a inflamaciones de carácter inespecífico (Tabla 9). En la tabla 10 se desglosan los subtipos de estas lesiones.

Tabla 9 -Frecuencia de los diferentes sub-tipos de las lesiones extraóseas.

Lesiones extraóseas	Casos n 321	% en relación al grupo	% en relación al total n 746
Tumorales y pseudotumorales	143	44.5%	19.2%
Hiperplasias gingivales localizadas y generalizadas	101	31.5%	13.5%
Lesiones misceláneas	77	24%	10.3%

Tabla 10 - Distribución de los tumores y pseudotumores de partes blandas en diferentes franjas etarias, con respecto a edad y género

Tumores y pseudotumores de partes blandas	0 a 5		6 a 12		13 a 19		Totales n143
	M	F	M	F	M	F	
Adenoma pleomórfico			1				1
Cistoadenoma			1				1
Mucocele	2		11	9	8	9	39 (27%)
Angioma venoso						1	1

Tumores y pseudotumores de partes blandas	0 a 5		6 a 12		13 a 19		Totales n143
	M	F	M	F	M	F	
Fibrohemangioma capilar	1		1				2
Hemangioma capilar		1		1			2
Hemangioma juvenil				1			1
Linfangioma cavernoso				1	1		2
Hemangioendotelioma						1	1
Fibroma de células gigantes			1				1
Fibroma- Hiperplasia fibrosa		1	4	8	9	9	31
Osteoma de partes blandas (coristoma)						1	1
Hiperplasia fibroepitelial			2	3	2	3	10
Fibromatosis agresivas		2	1	1	1		5
Fibropapiloma				1	1	2	4
Papiloma	2		4	5	3	5	19
Verruga virósica					1		1
Granuloma piógeno				2	1	1	4
Fibroma odontogénico periférico			1				1
Fibroma osificante periférico			1		2	7	10
Tumor od. adenomatoide periférico				1			1
Neurofibroma					1		1
Tumor de células granulosas						1	1
Nevus pigmentado						1	1
Hamartoma - fibroma odontogénico					1		1
Quiste de inclusión epidermoide					1		1
Totales	5	4	28	33	32	41	143

En 18 patologías dentarias (2.4%) se encontraron 5 casos de odontodisplasia regional, 3 reabsorciones dentarias (1 idiopática interna y 2 externas), 3 dientes supernumerarios, 2 dens in dente, 1 pulpa atrófica, 1 gangrena pulpar, 1 cambio regresivo pulpar y 2 lesiones sin especificar.

De acuerdo a todos estos datos la prevalencia de neoplasias malignas en la franja de 0 a 19 años en nuestro estudio fue del 0.4%.

Discusión

Del análisis de los resultados obtenidos en este trabajo surge que la prevalencia de las lesiones biopsiadas en niños y adolescentes en el Uruguay es de 14%. Este resultado es comparable

al de Skinner y col (1) en USA, que en pacientes con rango de edad similar al presente trabajo, hallaron 12.8%. Estudios como el de Das y Das (2) en Chicago, en pacientes de hasta 20 años encontraron una prevalencia de 12.3% y Dhanuthai y col (3) en Thailandia, 15% en pacientes de 0 a 16 años.

Otros estudios marcan algunas diferencias con los resultados antedichos. Jones y col (4) en el Reino Unido, en pacientes de 0 a 16 años obtuvieron 8.2%; Suhani y col (5) en San Francisco-USA, en el mismo rango de edad obtuvieron una prevalencia de 7% y Keszler y col. (6) en la Argentina, en pacientes de hasta 15 años, 6.8%.

Las diferencias cuantitativas entre los distintos trabajos publicados, no son de fácil ex-

plicación; se podría especular que la causa de los resultados disímiles tiene que ver con los variados criterios metodológicos usados. Así por ejemplo, las diferentes agrupaciones taxonómicas en las muestras consideradas y los diferentes rangos de edad manejados por los distintos autores, son factores que pueden generar estas discrepancias. Por otra parte, no surge una clara influencia zonal geográfica, puesto que la prevalencia obtenida en este trabajo se acerca más a la de Tailandia o USA y se aleja de los resultados comunicados en países más cercanos como Argentina. Aún dentro de USA hay trabajos con divergencias de resultados (1, 5).

A pesar de estas diferencias, todos los trabajos son coincidentes en el aumento del número de patologías bucales en relación al aumento de la edad (2, 6-8). En el presente trabajo la mayor concentración de lesiones se ubica en pacientes de la franja etaria más alta, 13 a 19 años. Es clara la baja prevalencia en los niños más pequeños 0.7% (Tabla 1).

En cuanto al género existe un leve predominio femenino. Gültenkin (8) también halló más lesiones en mujeres, en cambio Jones y col. (4) y Keszler y col. (6), encontraron leve predominio masculino. Otros autores como Bitu Sousa y col. (7) y Danuthai y col. (3) encontraron igual distribución de género.

De las tres categorías de lesiones que aquí analizamos, las intraóseas son las más frecuentes. En segundo lugar se ubican las lesiones extraóseas y por último las patologías dentarias. Los porcentajes de estas últimas, 2.4%, no reflejan la realidad de su frecuencia a nivel nacional o internacional, puesto que no son comúnmente biopsiadas. Se destacan los 5 casos de odontodisplasia regional, una patología muy infrecuente, con anomalías morfológicas de los tejidos duros y blandos dentarios (pulpa y capuchón pericoronario) que determinan su frecuente estudio histopatológico.

Fonseca Maia (9) en Brasil comunicó que el 1.8% de las lesiones fueron patologías dentarias, en cambio en el estudio de Jones asciende a 22.1%, debido a la inclusión de los granulomas apicales dentro de este grupo. Estos constituyen patologías de alta frecuencia, que en el presente trabajo fueron consideradas dentro de las lesiones intraóseas. Fonseca Maia (9), al igual que en el presente trabajo, incluye en este grupo sólo las anomalías dentarias.

Un importante subgrupo de patologías son los quistes odontogénicos de los huesos maxilares que constituyen las lesiones intraóseas más frecuentes. Le siguen las osteogénicas tumorales y pseudotumorales y en tercer lugar los tumores odontogénicos. Las diferencias cuantitativas entre estos dos últimos subgrupos, es escasa (14.2% vs 13.2%).

Los quistes odontogénicos en conjunto son el 33.7% de las lesiones intraóseas. Para Bitu Souza son 18% (7), para Jones 11.8% (4), y para Keszler (6) 25.4%.

Los quistes radicales inflamatorios son los más comunes y en segundo lugar los quistes dentígeros de desarrollo (Tabla 6). Estos resultados son coincidentes con los de otros autores (2, 4, 6-8).

Los tumores odontogénicos más frecuentes son los odontomas, 46% del total. En Argentina Guerrisi y col (10) encontraron 50.9%, Jones 54% (4) y Bitu Souza 69% (7). Los odontomas son alteraciones de alta proporción en este grupo etario. Este resultado es razonable considerando que son trastornos del desarrollo (hamartomas) más que neoplasias verdaderas, manifestándose por lo tanto en la niñez o adolescencia. En la tabla 4 podemos ver que son más frecuentes entre los 6 a 12 años, en cambio para Bitu Souza (7) se concentran en mayor número entre los 9 y 14 años.

Un resultado excepcional es el de Tailandia (3) y Nigeria (11) donde el tumor odontogé-

nico más frecuente es el ameloblastoma. Aquí, razones de orden étnico-geográficas podrían explicar las diferencias encontradas.

Dentro de este grupo destacamos al Tumor Odontogénico Queratoquístico en su presentación múltiple. Las formas esporádicas son raras en este grupo etario, en cambio las formas múltiples, formando parte del Síndrome de Nevobasocelular, son el 20.4% de los tumores odontogénicos. El cuadro 4 muestra las diferencias de frecuencia y distribución en las franjas etarias consideradas de ambos tipos.

Este síndrome se caracteriza por presentar una mutación genética del PTCH, gen supresor tumoral localizado en el cromosoma 9q22-3. Los múltiples tumores odontogénicos quísticos queratinizantes son el signo más representativo y consistente de este síndrome (12). Se presentan principalmente en la 1era o 2da década de la vida. Según Le Muzio (12) el 13% de los pacientes tienen este tumor odontogénico desarrollado a los 10 años y 51% a los 20. La génesis de estas lesiones es más temprana en la vida que en aquellas personas que no portan el síndrome.

Las lesiones tumorales y pseudotumorales de los tejidos blandos se encuentran explicitadas en la tabla 10. Se destacan los mucocelos que constituyen el 27% del total, en segundo lugar los fibromas y en tercer lugar los papilomas. Para Bitu Souza (7) los papilomas son los más frecuentes.

Los resultados de algunos trabajos destacan a los hemangiomas como las alteraciones más frecuentes de este grupo (13, 15). En el presente trabajo no son numerosos (Tabla 10).

En el grupo de hiperplasias gingivales localizadas se incluye al granuloma piógeno, al granuloma periférico a células gigantes y a la hiperplasia fibrosa localizada. En su conjunto son el 31.5% de todas las lesiones extraóseas. Para Wang y Chang las neoplasias malignas fueron 5% (14). Sato y col. (15) en Japón comunicaron una prevalencia de 7% en pacien-

tes hasta 15 años, siendo los sarcomas los más frecuentes. Estos resultados son mayores que en nuestra casuística donde constituyen 0.7%.

Conclusiones

Las lesiones más numerosas en pacientes de 0 a 19 años son, en orden de frecuencia, los quistes radicales apicales, las hiperplasias gingivales localizadas de tipo granulomatoso, los quistes dentígeros de desarrollo, los mucocelos, los fibromas de partes blandas y los odontomas. Por lo tanto la mayor proporción de estas lesiones son de naturaleza benigna y de carácter no neoplásico. Las neoplasias malignas son de baja frecuencia; los casos registrados fueron todos intraóseos, dos sarcomas y un tumor neuroectodérmico primitivo periférico (pPNET).

No existen diferencias significativas de género; el número de lesiones aumenta en proporción a la edad y no surge de la comparación con otros trabajos, influencia zonal geográfica. En cambio, teniendo en cuenta en particular a los tumores odontogénicos, hay diferencias con respecto a lo comunicado en países como Nigeria y Tailandia donde el ameloblastoma se destaca por su alta frecuencia contrastando con los resultados de la mayoría de los países donde, el odontoma es el más frecuente en este grupo etario.

Referencias bibliográficas

1. Skinner RL, Davenport WD, Weir JC, Carr RF. A survey of biopsied oral lesions in pediatric dental patients. *Pediatr Dent* 1986; 8(3): 163-167.
2. Das S, Das AK. A review of pediatric oral biopsies from a surgical pathology service in a dental school. *Pediatr Dent* 1993; 15(3): 208-11.
3. Dhanuthai K, Banrai M, Limpanaputta-

- jak S. A retrospective study of paediatric oral lesions from Thailand. *Int J Paediatr Dent* 2007; 17(4): 248-53.
4. 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.
 5. Suhani K, Shah SK, Le MC, Carpenter WM. Retrospective review of pediatric oral lesions from a dental school biopsies service. *Pediatr. Dent.* 2009; 31(1): 14-9.
 6. Keszler A, Guglielmotti MB, Dominguez FV. Oral pathology in children: frequency, distribution and clinical significance. *Acta Odontol Latinoam* 1990; 5(1): 39-48.
 7. Sousa FB, Etges A, Correa L, Mesquita RA, de Araujo NS. Pediatric oral lesions: a 15-year review from Sao Paulo, Brasil. *J. Clin Pediatr Dent* 2002; 26 (4): 413-418.
 8. Gultelkin SE, Tokman B, Türkseven A. A review of a paediatric oral biopsies in Turkey. *Int Dent J* 2003; 53(1): 26-32.
 9. Maia DM, Merly F, Castro WH, Gomez RS. A survey of oral biopsias in Brazilian pediatric patients. *ASDC J Dent Chil* 2000; 67(2): 128-31, 83.
 10. Guerrisi M, Piloni MJ, Keszler A. Odontogenic tumor in children and adolescents. A 15-year retrospective study in Argentina. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [en línea] 2007 [Acceso 22 de agosto de 2011]; 12: E180-5. Disponible en: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv12_i3_p180.pdf
 11. Ajayi O, Ladeinde A, Adeyemo W, Ogunlewe M. Odontogenic tumors in Nigerian children and adolescents- a retrospective study of 92 cases. *World J Surg Oncol* [en línea] 2004 [Acceso 22 de agosto de 2011]; 2: 39. Disponible en: <http://www.wjso.com/content/2/1/39>
 12. Lo Muzio L. Nevroid basal cell carcinoma syndrome (Gorlin syndrome). *Orphanet J Rare Dis* [en línea] 2008 [Acceso 22 de agosto de 2011]; 3: 32. Disponible en: <http://www.ojrd.com/content/3/1/32>
 13. Maaita J. Oral tumors in children: a review. *J Clin Pediatr Dent.* 2000; 24(2): 133-35.
 14. Wang YI, Chang HH, Chang JY, Huang GI, Guo MK. Retrospective survey of biopsied lesions in pediatric patients. *J Formos Med Assoc.* 2009; 108 (11): 862-71.
 15. Sato M, Tanaka N, Sato T, Amagasa T. Oral and maxillofacial tumours in children: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1997; 35(2): 92-95.

Prof. Agdo. Verónica Keochgerián - verokeoc@hotmail.com