



Revisión de Alcance: Tumores orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica (1990–2025)

Autores:

Angie Tatiana Poveda Hernández

Daniel Clemente Sanabria Pulido

Directora de Tesis:

Ángela María Pinzón Rondón

Título por el que optan:

Magister en Salud Pública

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Facultad de Medicina

Maestría en Salud Pública

Universidad del Rosario

Bogotá- Colombia

2026

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	3
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	100
OBJETIVOS	10
MARCO METODOLÓGICO	81
ANÁLISIS DE DATOS	14
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA	15
CONSIDERACIONES ÉTICAS	17
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	40
LIMITACIONES	41
REFERENCIAS	42
ANEXO 1. DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE ARTÍCULOS INCLUIDOS	47
ANEXO 2. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE METODOLÓGICA DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS	64

RESUMEN:

Los tumores orales y maxilofaciales (TOMF) en adolescentes y adultos jóvenes (AAJ) comprenden un grupo heterogéneo de lesiones con impacto clínico, funcional y psicosocial significativo. Aunque su epidemiología ha sido ampliamente estudiada en población adulta, la evidencia disponible en AAJ sigue siendo limitada y fragmentada, especialmente en Latinoamérica, donde persisten desigualdades en el acceso a la atención especializada y deficiencias en los sistemas de registro epidemiológico. El objetivo de esta revisión de alcance fue describir la naturaleza, distribución y perfil epidemiológico de los TOMF en AAJ latinoamericanos, a partir de estudios publicados entre 1990 y 2025.

Se realizó una revisión de alcance conforme a las directrices PRISMA-ScR. La búsqueda sistemática se efectuó en las bases de datos PubMed, Scopus, LILACS y SciELO, incluyendo estudios observacionales y descriptivos realizados en población latinoamericana de 10 a 24 años, publicados en inglés o español y con texto completo disponible. La selección de los estudios y la extracción de datos se llevaron a cabo de manera independiente por dos revisores. La calidad metodológica y los estándares de reporte fueron evaluados según el diseño de cada estudio mediante herramientas internacionalmente reconocidas. Los resultados se sintetizaron de forma descriptiva.

Un total de 24 estudios cumplieron los criterios de inclusión, predominando los diseños retrospectivos, con mayor representación de Brasil y Argentina. Las lesiones benignas e inflamatorias/reactivas fueron las más frecuentemente reportadas, seguidas por quistes odontogénicos y neoplasias benignas. Las neoplasias malignas representaron menos del 5% de los casos, observándose con mayor frecuencia en adolescentes mayores y adultos jóvenes, especialmente en varones. Se evidenció un patrón bifásico, con predominio femenino en lesiones benignas y masculino en tumores malignos. La mandíbula fue el sitio anatómico más afectado, mientras que las lesiones malignas se asociaron principalmente a lengua, labio y piso de boca.

En conclusión, los TOMF en AAJ en Latinoamérica son mayoritariamente benignos; sin embargo, las lesiones malignas, aunque poco frecuentes, generan una carga clínica relevante. Persisten brechas significativas en el diagnóstico, el acceso a la atención y el reporte epidemiológico, lo que resalta la necesidad de fortalecer registros multicéntricos y estrategias de detección temprana.

Palabras clave: Neoplasias bucales, Neoplasias maxilofaciales, Adolescentes, Adulto joven, América Latina, Neoplasias benignas, Neoplasias malignas, Salud bucal

ABSTRACT:

Oral and maxillofacial tumors (OMTs) in adolescents and young adults (AYAs) comprise a heterogeneous group of lesions with significant clinical, functional, and psychosocial impact. Although their epidemiology has been extensively studied in adult populations, the evidence available in AYAs remains limited and fragmented, particularly in Latin America, where inequalities in access to specialized care and deficiencies in epidemiological recording systems persist. The aim of this scoping review was to describe the nature, distribution, and epidemiological profile of OMTs in Latin American AYAs based on studies published between 1990 and 2025.

A scoping review was conducted in accordance with the PRISMA-ScR guidelines. A systematic search was performed in PubMed, Scopus, LILACS, and SciELO, including observational and descriptive studies conducted in Latin American populations aged 10 to 24 years, published in English or Spanish and with full text available. Study selection and data extraction were carried out independently by two reviewers. Methodological quality and reporting standards were assessed according to each study design using internationally recognized tools. Results were synthesized descriptively.

A total of 24 studies met the inclusion criteria, with a predominance of retrospective designs and greater representation from Brazil and Argentina. Benign and inflammatory/reactive lesions were the most frequently reported, followed by odontogenic cysts and benign neoplasms. Malignant neoplasms accounted for less than 5% of cases and were more frequently observed in older adolescents and young adults, particularly males. A biphasic pattern was identified, with a female predominance in benign lesions and a male predominance in malignant tumors. The mandible was the most frequently affected anatomical site, whereas malignant lesions were mainly associated with the tongue, lip, and floor of the mouth.

In conclusion, OMTs in AYAs in Latin America are predominantly benign; however, malignant lesions, although infrequent, represent a clinically relevant burden. Significant gaps persist in diagnosis, access to care, and epidemiological reporting, highlighting the need to strengthen multicenter registries and early detection strategies in the region.

Keywords: Mouth Neoplasms, Jaw Neoplasms, Maxillary Neoplasms, Mandibular Neoplasms, Adolescent, Latin America, Neoplasms, Benign , Neoplasms, Malignant, Oral Health.

INTRODUCCIÓN:

Los tumores orales y maxilofaciales (TOMF) representan un conjunto muy variado de lesiones que pueden ir desde procesos inflamatorios benignos y de manejo relativamente sencillo, hasta neoplasias malignas altamente agresivas que comprometen estructuras vitales de la cavidad oral y los huesos maxilares. Aunque la mayor parte del conocimiento epidemiológico proviene de poblaciones adultas; existe un creciente reconocimiento de

que los adolescentes y adultos jóvenes (AAJ), definidos entre los 10 y 24 años según organismos internacionales y teorías del desarrollo humano (1)(2), constituyen un grupo con características clínicas y necesidades particulares (3)(4)(5)(6); durante la adolescencia y la adultez temprana, se producen intensos procesos de crecimiento craneofacial, erupción dentaria y remodelación ósea, que pueden favorecer la expresión clínica de lesiones previamente latentes. Este contexto, sumado a factores etiológicos como procesos inflamatorios crónicos, traumatismos, infecciones virales ---particularmente virus de Epstein-Barr y virus del papiloma humano---, alteraciones del desarrollo y susceptibilidad genética, contribuye a la aparición de una amplia variedad de lesiones orales y maxilofaciales (3)(6)(7)(8)(9)(10)(11). En este segmento de la población, la presencia de TOMF no sólo afecta la salud física, sino también dimensiones psicosociales, funcionales y estéticas en una etapa clave para la identidad y la integración social.

Los tumores orales y maxilofaciales constituyen un grupo heterogéneo de entidades patológicas que afectan los tejidos duros y blandos de la cavidad oral, los maxilares y las estructuras anatómicas adyacentes. Estas neoplasias presentan una notable diversidad en cuanto a su origen histogenético, comportamiento biológico, presentación clínica y potencial de agresividad, lo que representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo en la práctica clínica especializada (9).

Desde el punto de vista histopatológico, los tumores orales pueden originarse a partir del epitelio escamoso, el tejido conectivo, el hueso, el tejido neurovascular, el músculo, el tejido linfóide y las glándulas salivales mayores y menores. Esta diversidad celular condiciona una amplia variedad de patrones morfológicos y conductas biológicas, que van desde lesiones benignas de crecimiento lento, bien delimitadas y con bajo potencial infiltrativo, hasta neoplasias malignas altamente invasivas, con capacidad metastásica regional y a distancia (12)(13).

Clínicamente, estas lesiones pueden manifestarse como masas exofíticas o endofíticas, ulceraciones persistentes, áreas eritroplásicas o leucoplásicas, deformidades faciales, expansión ósea, movilidad dentaria, dolor, parestesias y compromiso funcional de la masticación, fonación y deglución. La inespecificidad de algunos signos y síntomas

iniciales puede contribuir al retraso diagnóstico, lo cual impacta negativamente en el pronóstico, particularmente en las neoplasias malignas (12)(14).

La clasificación de los tumores orales y maxilofaciales se fundamenta principalmente en su comportamiento biológico (benignos y malignos) y en su origen histogenético. La clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) agrupa estas entidades en tumores epiteliales, mesenquimales, odontogénicos, hematolinfoides, neuroectodérmicos y de glándulas salivales, considerando además criterios moleculares y genéticos que aportan información relevante sobre su patogénesis, pronóstico y respuesta terapéutica (13)(15).

Dentro de los tumores benignos destacan los fibromas, lipomas, hemangiomas, papilomas escamosos y los tumores odontogénicos benignos, como el ameloblastoma y el tumor odontogénico adenomatoide, caracterizados por un crecimiento localmente expansivo y baja tendencia a la metástasis. En contraste, los tumores malignos, encabezados por el carcinoma epidermoide oral, representan más del 90 % de las neoplasias malignas de la cavidad oral y se caracterizan por un comportamiento infiltrativo, elevada tasa de recurrencia y un pronóstico estrechamente relacionado con el estadio clínico al momento del diagnóstico (9)(14)(16).

En América Latina, esta problemática adquiere mayor relevancia debido a la coexistencia de brechas en acceso a servicios odontológicos, escasez de especialistas en patología oral y maxilofacial, infraestructura diagnóstica limitada y registros epidemiológicos fragmentados que dificultan conocer la verdadera magnitud del problema (3)(4)(5)(6)(17)(18). Diversos estudios retrospectivos latinoamericanos muestran que la mayoría de las lesiones diagnosticadas en menores de 24 años corresponden a procesos benignos, especialmente lesiones inflamatorias/reactivas y quistes odontogénicos (3)(4)(5)(6)(19)(20). A pesar de ello, la proporción —aunque baja— de tumores malignos en este grupo etario implica retos diagnósticos importantes y un impacto considerable en la morbilidad y mortalidad, como han demostrado investigaciones multicéntricas en Brasil y Argentina (6)(17).

Algunas series clínicas representativas de la región destacan que los mucocelos tienden a ser frecuentes en adolescentes (19)(8), mientras que quistes dentígeros, radiculares y otras lesiones odontogénicas constituyen un grupo significativo en el rango de 10 a 19 años (5)(21)(22). Entre las neoplasias benignas, los odontomas sobresalen como uno de los diagnósticos recurrentes en pacientes pediátricos y adolescentes (6)(20)(23)(22).

Aunque la frecuencia de lesiones malignas en AAJ es baja (0,06–2% según reportes regionales), la agresividad de tumores como linfoma de Burkitt, carcinoma mucoepidermoide, osteosarcoma y rhabdomyosarcoma convierte su identificación temprana en un asunto crítico de salud pública (5)(6)(17)(10)(3). Los estudios brasileños de gran tamaño han mostrado que el porcentaje de biopsias malignas es marcadamente bajo (0,06%), pero al mismo tiempo reflejan la dificultad de diagnóstico oportuno y la existencia de subregistros debido a limitaciones estructurales y a la falta de consulta temprana en zonas rurales (6)(19)(1).

Estas disparidades se profundizan en un contexto donde los sistemas de salud de múltiples países latinoamericanos presentan debilidades en vigilancia epidemiológica, falta de integración entre niveles de atención y acceso desigual a laboratorios especializados (5)(6)(23)(1). Como consecuencia, muchos casos llegan al sistema especializado en estadios avanzados, lo que aumenta la necesidad de tratamientos invasivos, secuelas estéticas y funcionales, y un impacto considerable en la calidad de vida de pacientes y familias, un aspecto sugerido por estudios que relacionan enfermedades orales con afectación sustancial de la calidad de vida en la región (24).

En síntesis, el estudio de los TOMF en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica no sólo constituye un ejercicio académico de clasificación epidemiológica, sino una herramienta esencial para comprender una problemática compleja que articula dimensiones clínicas, sociales y estructurales (13)(15)

JUSTIFICACIÓN:

La adolescencia y la juventud constituyen etapas críticas para la consolidación del desarrollo corporal y la salud integral del individuo. Las alteraciones orales y maxilofaciales en estas fases, derivadas de tumores benignos o malignos, pueden afectar de manera significativa la calidad de vida, el desarrollo emocional, la nutrición, la fonación, la estética facial y la integración social (8)(9)(10)(11).

En Latinoamérica, las inequidades sociales, el limitado acceso a atención odontológica preventiva y especializada, sumados a la carencia de sistemas de vigilancia epidemiológica integrada y registros multicéntricos robustos, dificultan la detección precoz y el manejo adecuado, especialmente en comunidades rurales o marginales (5)(6)(23). Estas limitaciones estructurales favorecen diagnósticos tardíos, tratamientos más invasivos y la posibilidad de mayores secuelas funcionales, estéticas y psicológicas, con un impacto sustancial sobre la calidad de vida y la carga socioeconómica familiar (25)(26)(17).

El conocimiento científico y actualizado del perfil epidemiológico de los tumores orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes es fundamental para comprender su frecuencia, distribución y patrones de presentación en la población latinoamericana, permitiendo identificar grupos de mayor riesgo, orientar estrategias de detección temprana y optimizar la planificación de recursos en salud, contribuyendo así a la toma de decisiones basadas en evidencia y a la reducción de la carga de enfermedad y de las desigualdades en salud oral a nivel regional (19)(7)(25)(26)(17)(8).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuál es la naturaleza, distribución y perfil epidemiológico de los tumores orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica, de acuerdo con publicaciones entre los años 1990 y 2025?

OBJETIVOS:

General: Conocer la naturaleza, distribución y perfil epidemiológico de los tumores orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica, de acuerdo con publicaciones entre los años 1990 y 2025

Específicos:

- Identificar el perfil demográfico (edad y sexo) de los adolescentes y adultos jóvenes afectados por tumores orales y maxilofaciales en Latinoamérica.
- Determinar la frecuencia, distribución y el tipo de lesión predominante (benigna o maligna) de los tumores orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes (10–24 años) en Latinoamérica.

MARCO METODOLÓGICO:

Diseño del estudio: Se eligió una metodología de revisión de alcance de acuerdo con la lista de verificación PRISMA Sc-R (para Scoping Reviews) y PCC (población, concepto y contexto) según parámetros del JBI, con el fin de mapear la evidencia disponible, recopilar y sintetizar los principales hallazgos epidemiológicos, acerca de la naturaleza, distribución y frecuencia de los tumores orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica, de acuerdo con la literatura disponible entre los años 1990 y 2025 (27)(28). Se eligió este tipo de diseño debido a que la pregunta de investigación se orienta a la validación descriptiva y exploratoria de la temática planteada, permitiendo identificar vacíos del conocimiento y caracterizar la producción científica regional (29)(30).

Se seleccionaron los artículos objeto de estudio de esta investigación de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Documentos que incluyan la población específica de adolescentes y adultos jóvenes (edades entre los 10 y 24 años)
- Estudios realizados en población latinoamericana
- Estudios publicados entre los años 1990 – 2025, en revistas indexadas y con acceso a texto completo.
- Los documentos en idioma español e inglés.

Criterios de exclusión:

- Estudios realizados en población latina viviendo fuera de la región
- Literatura gris

Búsqueda de datos:

Se realizó búsqueda de la literatura en las bases de datos Pubmed, Scopus, LILACS y Scielo, consideradas fuentes relevantes para la identificación de estudios biomédicos y epidemiológicos en el contexto latinoamericano (31)(32)(33); Se utilizaron los descriptores de búsqueda en términos MeSH en inglés: Mouth Neoplasms, Maxillary Neoplasms, Head and Neck Neoplasms, Odontogenic Tumors, Maxillofacial Bones, Adolescent, Young Adult; Términos equivalentes en español (DeCS) Neoplasias Bucales, Neoplasias Maxilares, Neoplasias de Cabeza y Cuello, Tumores Odontogénicos, Huesos Maxilofaciales, Adolescente, Adulto Joven. Se utilizaron los conectores booleanos AND y OR para generar las siguientes ecuaciones de búsqueda:

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda

Buscador	Ecuaciones de búsqueda (booleanos AND y OR)	Observaciones
Pubmed	-("Mouth Neoplasms" AND ("Adolescent" OR "Young Adult")) -("Head and Neck Neoplasms" AND ("Adolescent" OR "Young Adult")) -("Maxillary Neoplasms" AND ("Adolescent" OR "Young Adult")) -("Odontogenic Tumors" AND ("Adolescent" OR "Young Adult")) -(("Mouth Neoplasms" OR "Maxillary Neoplasms" OR "Odontogenic Tumors" AND ("Adolescent" OR "Young Adult") AND ("Latin America" OR "South America" OR "Central America"))	Usamos MeSH y filtros de edad y región ("Latin America")
LILACS/SciELO	-("Neoplasias Bucales" AND ("Adolescente" OR "Adulto Joven")) -("Neoplasias Maxilares" AND ("Adolescente" OR "Adulto Joven")) -("Tumores Odontogénicos" AND ("Adolescente" OR "Adulto Joven")) -(("Neoplasias Bucales" OR "Neoplasias Maxilares" OR "Tumores Odontogénicos") AND ("Adolescente" OR "Adulto Joven") AND ("América Latina" OR "Sudamérica"))	Usamos DeCS en español y filtros geográficos
Scopus	-(("Mouth Neoplasms") AND ("Adolescent") AND ("Young Adult") AND ("Latin America")) -(("Head and Neck Neoplasms") AND ("Adolescent") AND ("Young Adult")) -(("Odontogenic Tumors") AND ("Adolescent") AND ("Young Adult")) -(maxillofacial tumor/exp AND (adolescent/exp OR young adult/exp))	Uso de palabras clave en español e inglés, no usa MeSH

Nota: Creación autores

Extracción y selección de datos:

La revisión de datos estuvo a cargo de 2 revisores. Luego de la búsqueda de los artículos en las bases de datos, se extrajeron un total de 107 artículos; se realizó revisión de títulos y resumen descartándose 42 artículos por duplicación, se revisaron 65 artículos de texto completo: 40 de Pubmed, 18 de LILACS/SciELO, 7 de Scopus, de los cuales se descartaron 41 por no cumplir criterios de inclusión y finalmente se incluyeron 24 artículos. No hubo discrepancia entre los dos revisores en la inclusión de los artículos.

Evaluación de la calidad metodológica

Los artículos seleccionados fueron evaluados mediante listas de chequeo específicas según el diseño de cada estudio:

- Estudios observacionales (n = 18): evaluados mediante la lista STROBE (34).
- Reportes y series de casos (n = 4): evaluados con la guía CARE (35).
- Revisión sistemática (n = 1): evaluada con la declaración PRISMA 2020 (36).
- Artículo de opinión (n = 1): evaluado mediante las herramientas críticas del Joanna Briggs Institute (JBI) (37).

Con base en la puntuación total alcanzada mediante los instrumentos de evaluación crítica, los estudios fueron clasificados en tres niveles de calidad metodológica, de acuerdo con criterios ampliamente utilizados en revisiones sistemáticas y de alcance biomédicas (37)(38)(30):

- Alta calidad (STROBE ≥ 11 puntos; CARE ≥ 10 puntos; PRISMA ≥ 22 puntos; JBI 6 puntos): estudios con bajo riesgo de sesgo, adecuada descripción metodológica y análisis estadístico riguroso (37)(38).
- Calidad media (STROBE 7-10 puntos; CARE 7-9 puntos; PRISMA 17-21 puntos; JBI 4-5 puntos): estudios con aceptable calidad metodológica, aunque con limitaciones parciales en algunos dominios, tales como la descripción incompleta del muestreo, potencial sesgo de selección o análisis estadístico limitado (38)(30).
- Baja calidad (STROBE ≤ 6 puntos; CARE ≤ 6 puntos; PRISMA ≤ 16 puntos; JBI ≤ 3 puntos): estudios con deficiencias metodológicas significativas, escasa transparencia en los procedimientos, inadecuada validez interna y alto riesgo de sesgo (37)(38)(30).

ANÁLISIS DE DATOS

Extracción y clasificación de datos

Extracción sistemática: A partir de los estudios incluidos se realizó una extracción sistemática de la información, considerando las siguientes variables:

- Año de publicación
- País y región geográfica
- Tipo de estudio
- Tamaño muestral
- Grupo etario
- Distribución por sexo
- Tipo de lesión (benigna o maligna)
- Diagnóstico histopatológico
- Localización anatómica

La información fue organizada en matrices de datos diseñadas para facilitar el análisis comparativo.

Evaluación de la calidad metodológica: La calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada mediante herramientas específicas según el diseño de cada estudio, con el fin de garantizar una evaluación válida y adecuada, Cada estudio recibió un puntaje final, permitiendo clasificar la calidad metodológica como baja, moderada o alta, sin que el puntaje fuese utilizado como criterio de exclusión, como podemos ver en la Tabla 2:

Tabla 2. Síntesis de clasificación de calidad metodológica de los artículos incluidos

AUTOR (AÑO)	TIPO DE ESTUDIO	ESCALA PERTINENTE	PUNTAJE FINAL	CALIFICACIÓN
Almeida et al., 2021	Retrospectivo descriptivo	STROBE	18/22	ALTA
da Silva Barros et al., 2019	Retrospectivo descriptivo	STROBE	18/22	ALTA
Lima et al., 2008	Retrospectivo monocéntrico	STROBE	18/22	ALTA
de Arruda et al., 2017	Multicéntrico malignos	STROBE	20/22	ALTA
Piloni et al., 2009	Multicéntrico malignos	STROBE	20/22	ALTA
Sousa et al., 2002	Retrospectivo descriptivo	STROBE	18/22	ALTA
Ataíde et al., 2016	Retrospectivo descriptivo	STROBE	18/22	ALTA
Mercado Montañez, 2016	Serie de casos	CARE	10/13	ALTA
Cadena-Piñeros et al., 2011	Reporte de caso	CARE	10/13	ALTA
Keszler et al., 1990	Estudio epidemiológico descriptivo	STROBE	18/22	ALTA
Jiménez Palacios et al., 2007	Transversal descriptivo	STROBE	18/22	ALTA
Vale et al., 2013	Serie de casos / biopsias	STROBE	18/22	ALTA
Amadeu et al., 2015	Retrospectivo 20 años	STROBE	18/22	ALTA
Ataíde et al., 2016	Retrospectivo descriptivo	STROBE	18/22	ALTA
Mouchrek et al., 2011	Retrospectivo biopsias	STROBE	18/22	ALTA
Piloni & Molina, 2009	Retrospectivo malignos	STROBE	18/22	ALTA
Belardo et al., 2012	Reporte de caso	CARE	10/13	ALTA
Piloni et al., 2002	Retrospectivo malignos	STROBE	18/22	ALTA
Martins-Filho et al., 2015	Multicéntrico retrospectivo	STROBE	20/22	ALTA
Yactayo-Alburquerque et al., 2021	Revisión sistemática	PRISMA	23/27	ALTA
Parra Sanabria & Peña Vega, 2018	Retrospectivo hospitalario	STROBE	18/22	ALTA
Gilligan et al., 2025	Multicéntrico observacional	STROBE	20/22	ALTA
Schussel et al., 2025	Opinión / política científica	JBI Text & Opinión	6/6	ALTA
González et al., 2025	Reporte de caso	CARE	13/13	ALTA

Nota: Creada por autores

Análisis de la información: Los datos extraídos fueron organizados en matrices de análisis y tablas de frecuencia. Se realizó un análisis descriptivo, expresando los resultados en frecuencias absolutas y porcentajes, según:

- Sexo
- Grupo etario
- Tipo de lesión (benigna / maligna)
- Distribución anatómica
- País / Región geográfica

No se realizaron análisis inferenciales debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos.

Los datos fueron extraídos directamente de:

- Tablas de resultados
- Gráficos epidemiológicos
- Texto descriptivo de los resultados
- Secciones de discusión cuando aportaban porcentajes consolidados

Posteriormente, la información fue sistematizada en matrices comparativas, permitiendo la estandarización de categorías diagnósticas y epidemiológicas entre los distintos estudios. Las tablas que se incluyen en el estudio corresponden a tablas de creación de los autores con la extracción de datos de cada uno de los artículos incluidos.

Los porcentajes presentados corresponden a valores reportados directamente por los autores o calculados a partir de las frecuencias absolutas publicadas en cada estudio. En los casos en que los trabajos agruparon entidades diagnósticas amplias, los valores se expresan como rangos descriptivos, sin intención de inferencia estadística. Los porcentajes representan proporciones internas de cada estudio y no estimaciones poblacionales.

LIMITACIONES

El presente estudio presenta algunas limitaciones inherentes a su diseño metodológico. En primer lugar, la evidencia disponible muestra una concentración geográfica desigual, con mayor número de estudios provenientes de determinados países de Latinoamérica, lo que puede generar sesgos en la representación regional y limitar la generalización de los resultados a toda la población latinoamericana. Adicionalmente, la ausencia o debilidad de sistemas de registro oncológico y patológico en algunos contextos contribuye al subregistro de casos, especialmente de lesiones malignas.

La dependencia de estudios histopatológicos y registros clínicos (posible subregistro), heterogeneidad en criterios etarios y diagnósticos entre trabajos incluidos, y ausencia — en muchos estudios— de información sobre factores de riesgo (VPH/EBV, hábitos). Estas limitaciones reducen la capacidad para estimar incidencia real y comparar entre países; sin embargo, la coherencia del patrón (predominio benigno, baja proporción de malignidad, concentración en 10–19 años) y su concordancia parcial con series internacionales sustentan la validez de las conclusiones principales (3)(4)(5)(6)(17)(18)(39).

Asimismo, la revisión se basó exclusivamente en artículos publicados en español e inglés y en bases de datos seleccionadas, lo que podría haber excluido estudios relevantes no indexados o literatura gris, generando un posible sesgo de publicación. No fue posible realizar un metaanálisis debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos y a la falta de datos cuantitativos comparables.

Finalmente, dado que la información analizada corresponde a datos secundarios, el estudio depende de la exactitud y exhaustividad del reporte original, sin posibilidad de verificación individual de los casos ni de evaluación directa de variables clínicas, socioeconómicas o de acceso a servicios de salud que podrían influir en la ocurrencia y el diagnóstico de los tumores orales y maxilofaciales.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio corresponde a una revisión de alcance de la literatura científica, fundamentada en el análisis secundario de información previamente publicada en artículos científicos y documentos institucionales disponibles en bases de datos de acceso público. En el desarrollo del estudio no se realizó intervención alguna sobre seres humanos, no se estableció contacto directo con participantes, ni se recolectaron datos primarios de carácter clínico, biológico o personal.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, el presente trabajo se clasifica como una investigación sin riesgo, dado que emplea exclusivamente técnicas documentales y fuentes secundarias, sin manipulación de variables biológicas, psicológicas o sociales de individuos identificables (Artículo 11).

La información analizada proviene de estudios que, según lo reportado por sus autores, fueron realizados bajo la aprobación de los respectivos comités de ética en investigación y en cumplimiento de los principios éticos establecidos para la investigación en seres humanos. El análisis se realizó a partir de resultados agregados, garantizando la confidencialidad, el anonimato y la imposibilidad de identificación individual de los sujetos incluidos en los estudios primarios.

El presente estudio se desarrolló bajo los principios de rigor metodológico, integridad científica, transparencia y respeto por los derechos de autor, garantizando una adecuada citación de las fuentes originales y el uso responsable de la información científica.

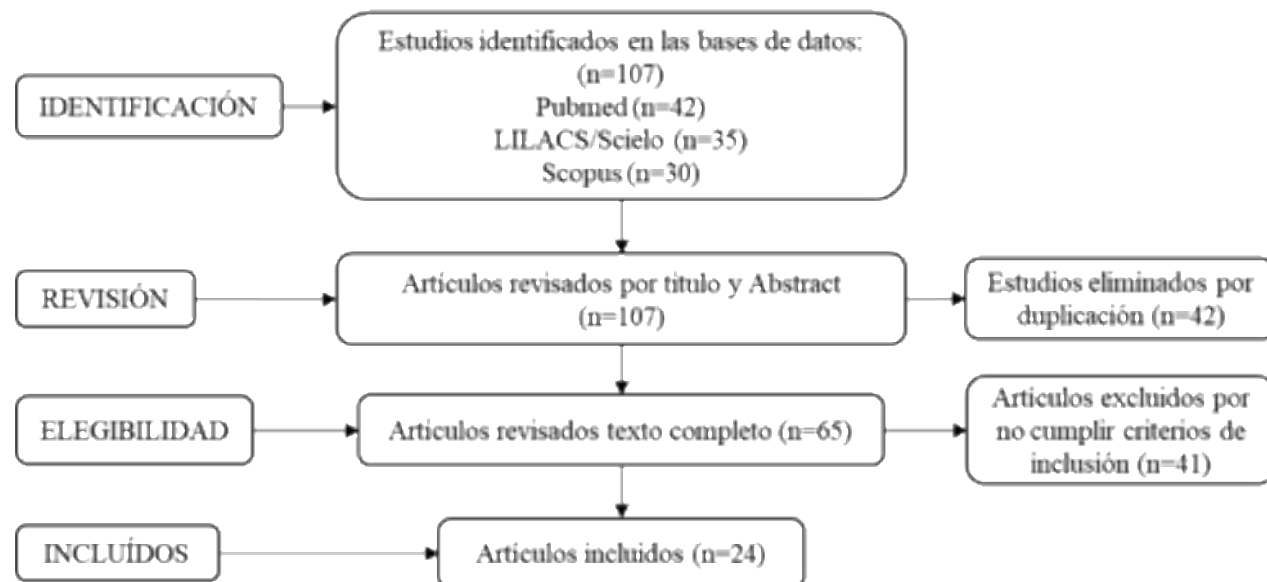
RESULTADOS

Descripción y caracterización de artículos incluidos en el anexo 1.

Evaluación de calidad metodológica de los estudios incluidos en el anexo 2.

En la figura 1 a continuación, se puede evidencia el diagrama de flujo realizado según la metodología PRISMA ScR., para la obtención de los artículos incluidos en la revisión.

Figura 1. Diagrama de flujo según metodología PRISMA ScR.



Nota: Creación autores

Para comenzar, hablaremos un poco de la distribución geográfica. De los 24 estudios incluidos, la mayor proporción se desarrolló en Brasil, que concentra casi la mitad de los estudios incluidos (45,8%), con predominio de series retrospectivas de largo periodo, multicéntricas y estudios basados en servicios universitarios de referencia. La mayoría de estos trabajos evalúan lesiones orales y maxilofaciales en niños y adolescentes, con subanálisis en adolescentes mayores y adultos jóvenes, especialmente para neoplasias benignas y malignas. Esta sobrerrepresentación sugiere una mayor capacidad diagnóstica

y sistematización histopatológica, lo que fortalece la validez externa de los patrones epidemiológicos observados en este país. La distribución geográfica de los estudios muestra una asimetría regional significativa, con predominio de Brasil y Argentina como principales generadores de evidencia. Esta concentración condiciona la interpretación de los resultados, pero al mismo tiempo permite identificar patrones consistentes en la población adolescente y adulta joven, especialmente en relación con el aumento progresivo de neoplasias benignas y malignas en edades mayores. La menor representación de otros países latinoamericanos evidencia la necesidad de fortalecer redes multicéntricas regionales, con el fin de mejorar la comparabilidad epidemiológica y el diseño de políticas públicas orientadas a la detección temprana del cáncer oral en jóvenes. (3)(4)(5)(6)(19)(21)(20)(40)(23)(41).

Argentina aporta el 20,8% de los estudios, con énfasis en lesiones malignas y en adolescentes y adultos jóvenes, incluyendo estudios multicéntricos y análisis específicos de carcinoma escamocelular oral. Estos trabajos permiten identificar una transición epidemiológica clara hacia mayor frecuencia de neoplasias malignas en edades jóvenes, con predominio masculino, reforzando la relevancia de esta población como grupo emergente de riesgo (17)(10) (22)(42).

Colombia, Los estudios procedentes de Colombia (8,3%) se caracterizan por series institucionales hospitalarias, centradas en población pediátrica y adolescente. Aunque el número de estudios es menor, aportan datos relevantes sobre frecuencia y distribución de patologías orales en contextos clínicos de referencia nacional, contribuyendo a la comprensión del perfil epidemiológico andino (7)(11)(43).

Adicionalmente, se incluyó un estudio de alcance multinacional, que representó 4.2% del total, correspondiente a una revisión sistemática sobre enfermedades orales en América Latina y el Caribe (24). Asimismo, una publicación de carácter regional latinoamericano aportó 4.2%, enfocada en el fortalecimiento de la investigación colaborativa en cáncer oral en la región (44).

En conjunto, la distribución geográfica evidencia que América del Sur concentra la totalidad de los estudios incluidos, con un marcado predominio de investigaciones provenientes de Brasil y Argentina, que en conjunto representan 70.8% del total de artículos analizados. Lo anterior se describe en la tabla 3.

Tabla 3. Distribución geográfica de los estudios incluidos (n = 24)

PAÍS / REGIÓN	NÚMERO DE ESTUDIOS (N)	PORCENTAJE (%)
Brasil	11	45.8
Argentina	6	25.0
Colombia	2	8.3
Venezuela	1	4.2
México	1	4.2
Perú	1	4.2
Multinacional	1	4.2
Latinoamérica (regional)	1	4.2
Total	24	100.0

Nota: Creación autores

En los estudios analizados, predominantemente retrospectivos y basados en registros histopatológicos tenemos los siguientes resultados:

Análisis de la caracterización por tipo de estudio, número de casos incluidos, país en el que se realizó el estudio, tipo de lesión predominante en los resultados de cada estudio y ubicación anatómica de la lesión predominante en cada estudio.

El análisis integral de los 24 estudios incluidos sugiere un predominio consistente del sexo femenino en las lesiones benignas, particularmente aquellas de origen reactivo e

inflamatorio, mientras que las lesiones malignas y los tumores odontogénicos muestran mayor frecuencia en el sexo masculino, patrón observado de manera homogénea en diferentes países de América Latina (3)(4)(19)(21)(10)(41)(45).

En cuanto a la ubicación anatómica, la mucosa bucal, la encía y los labios constituyen los sitios frecuentemente reportados para las lesiones benignas predominantes en los estudios analizados, lo cual puede reflejar la influencia de traumatismos mecánicos, hábitos parafuncionales y procesos inflamatorios crónicos (3)(19)(21)(10)(23)(41)(45). Por otro lado, la mandíbula fue el sitio frecuentemente reportado en estudios centrados en lesiones odontogénicas, particularmente en aquellos que analizaron quistes y tumores de origen odontogénico, lo cual puede relacionarse con la alta actividad osteogénica durante el crecimiento y desarrollo craneofacial. (5)(20)(40)(22)(43). Lo anterior se describe en la tabla 4.

Tabla 4. Síntesis de artículos con caracterización por tipo de estudio, número de casos, país, tipo de lesión predominante con ubicación anatómica de lesión más frecuente y sexo predominante

AUTOR (AÑO)	TIPO DE ESTUDIO	Nº DE CASOS	PAÍS	LESIÓN PREDOMINANTE	PREDOMINIO DE SEXO	UBICACIÓN ANATÓMICA PREDOMINANTE
Almeida et al., 2021	Retrospectivo multicéntrico	3,040	Brasil	Lesiones reactivas	Femenino	Mucosa bucal, encía
Da Silva Barros et al., 2019	Retrospectivo	1,065	Brasil	Lesiones no neoplásicas	Femenino	Mandíbula, maxilar
Lama et al., 2008	Retrospectivo	1,002	Brasil	Quistes odontogénicos	Masculino	Mandíbula
De Arruda et al., 2017	Retrospectivo multicéntrico	85,105 biopsias	Brasil	Tumores malignos	Masculino	Mandíbula, lengua
Sousa et al., 2002	Retrospectivo	1,447	Brasil	Lesiones reactivas	Femenino	Labios, mucosa yugal
Ataide et al., 2016	Retrospectivo	1,429	Brasil	Lesiones inflamatorias	Femenino	Encía
Mercado Montañez, 2016	Serie de casos	4	México	Tumores mandibulares agresivos	Masculino	Mandíbula
Cadena-Piñeros et al., 2011	Reporte de caso	1	Colombia	Carcinoma escamocelular	Masculino	Labio superior
Keszler et al., 1990	Retrospectivo	1,200	Argentina	Lesiones reactivas	Femenino	Labios, mucosa bucal
Jiménez Palacios et al., 2007	Transversal	1,320	Venezuela	Lesiones tejidos blandos	Femenino	Mucosa yugal, lengua
Vale et al., 2013	Retrospectivo	387	Brasil	Lesiones quísticas	Masculino	Mandíbula
Amadeu et al., 2015	Retrospectivo	456	Brasil	Quistes odontogénicos	Masculino	Mandíbula
Mouchrek et al., 2011	Retrospectivo	553	Brasil	Lesiones reactivas	Femenino	Labios
Piloni et al., 2009	Retrospectivo	23	Argentina	Tumores malignos	Masculino	Mandíbula
Belardo et al., 2012	Reporte de caso	1	Argentina	Ameloblastoma	Masculino	Mandíbula
Piloni et al., 2002	Retrospectivo	17	Argentina	Tumores malignos	Masculino	Mandíbula
Martins-Filho et al., 2015	Multicéntrico	1,728	Brasil	Lesiones reactivas	Femenino	Mucosa bucal
Yactayo-Albuquerque et al., 2021	Revisión sistemática	28 estudios	Multinacional	Enfermedades orales	—	Variable
Parra & Peña, 2018	Retrospectivo	2,437	Colombia	Lesiones reactivas	Femenino	Labios, mucosa bucal
Gilligan et al., 2025	Multicéntrico	544	Argentina	Carcinoma escamocelular	Masculino	Lengua, piso de boca
Schussel et al., 2025	Revisión narrativa	—	Latinoamérica	Cáncer oral	—	Lengua, piso de boca
González et al., 2025	Reporte de caso	1	Perú	Tumor odontogénico adenomatoide	Masculino	Maxilar posterior

Nota: Creación autores

Para dar respuesta al primer objetivo se encontró que en relación con la edad, los estudios abarcan desde recién nacidos hasta adolescentes de 19 años, con medias que oscilan principalmente entre 11 y 15 años. Algunos trabajos se centran en rangos amplios (0–19 años), mientras que otros analizan subgrupos específicos, como escolares o adolescentes tempranos (3)(4)(10)(41)(45).

Respecto al sexo predominante, la mayoría de los estudios reporta una mayor frecuencia en el sexo femenino, con proporciones que varían entre 51,7 % y 75 % (por ejemplo, Almeida et al. con 56 % y Da Silva Barros et al. con 52,4 %). No obstante, también se identifican estudios con predominio masculino, alcanzando hasta 100 % en series específicas (Mercado Manrique; Gonzáles et al.), lo que indica variabilidad según el tipo de lesión y el diseño del estudio (3)(4)(7)(43).

Distribución por sexo según tipo de lesión (benigna / maligna)

De acuerdo con los estudios incluidos en la tabla 5, se observa una distribución diferenciada por sexo según la naturaleza de la lesión. Las lesiones benignas —que incluyen lesiones reactivas, no neoplásicas, quísticas y tumores odontogénicos benignos— muestran un predominio del sexo femenino en la mayoría de las series analizadas. En estos estudios, el sexo femenino concentra entre 52 % y 75 % de los casos, mientras que el sexo masculino representa entre 25 % y 48 %, según los porcentajes reportados en cada investigación (3)(4)(5)(19)(21).

En contraste, las lesiones malignas presentan un predominio del sexo masculino. En los estudios centrados en tumores malignos, carcinomas y sarcomas orales y maxilofaciales, el sexo masculino alcanza la mayor proporción de casos, con valores que llegan hasta 100 % en algunas series, mientras que el sexo femenino presenta una participación menor o ausente. Este patrón se observa de forma consistente en los trabajos donde el 100 % de los casos corresponde a lesiones malignas, reflejando la distribución por sexo dentro de este grupo específico de patologías, conforme a los datos consignados (6)(8)(17). Es importante señalar que estos valores extremos corresponden a estudios cuyo diseño incluyó exclusivamente lesiones malignas o series de casos, por lo que reflejan la

composición interna de dichas muestras y no una distribución poblacional general por sexo.

En conjunto, la tabla sugiere que el predominio femenino se asocia principalmente a lesiones benignas, mientras que el predominio masculino se concentra en las lesiones malignas, de acuerdo con los porcentajes reportados en los estudios incluidos (3)(4)(5)(19)(21)(6)(11)(8).

Distribución por grupo etario según tipo de lesión (benigna / maligna)

Al discriminar por grupo etario, los datos muestran que las lesiones benignas se concentran mayoritariamente en niños mayores y adolescentes, particularmente en los rangos de 10 a 19 años, donde se reportan las frecuencias más altas de lesiones reactivas, quísticas, no neoplásicas y tumores odontogénicos benignos. En estos grupos etarios, las lesiones benignas representan entre 34,5 % y 72,5 % del total de casos incluidos en cada estudio, dependiendo de la categoría analizada (4)(5)(19)(21)(11)(20)(40).

En los grupos de menor edad (0–9 años), las lesiones benignas continúan siendo las más frecuentes, aunque con menor volumen absoluto de casos en comparación con los adolescentes, según los estudios que incluyen rangos etarios amplios (0–19 años) (3)(4)(5)(19).

Por su parte, las lesiones malignas se reportan principalmente en estudios que incluyen adolescentes, con rangos etarios que llegan hasta los 18 o 19 años. En estos trabajos, las lesiones malignas representan el 100 % de los casos analizados, debido a que el diseño se centra exclusivamente en este tipo de patología, sin distribución interna entre lesiones benignas y malignas (8)(17).

En síntesis, los datos de la tabla sugieren que las lesiones benignas predominan en todos los grupos etarios, con mayor frecuencia en adolescentes, mientras que las lesiones malignas aparecen concentradas en estudios específicos y en grupos etarios mayores dentro de la población pediátrica, conforme a los porcentajes y rangos de edad consignados (4)(5)(19)(21)(11)(20)(40)(8)(17). Lo anterior se describe en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución por sexo y grupo etario según el tipo de lesión predominante, reportada en los estudios incluidos sobre tumores orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica (1990–2025)

AUTOR (AÑO)	EDAD (RANGO / MEDIA)	SEXO PREDOMINANTE (%)	LESIÓN PREDOMINANTE	FRECUENCIA (%)
Almeida et al., 2021	0–19 años / 12.4	F 56.8	Lesiones reactivas	41.2
Da Silva Barros et al., 2019	0–19 / 13.1	F 54.3	Lesiones no neoplásicas	72.5
Lima et al., 2008	0–14 / 10.2	M 52.4	Quistes odontogénicos	36.7
De Arruda et al., 2017	0–19 / 14.6	M 58.7	Tumores malignos	100
Piloni et al., 2009	0–18 / 13.9	M 61.2	Sarcomas	42.8
Sousa et al., 2002	0–18 / 11.5	F 55.6	Lesiones reactivas	44.9
Ataíde et al., 2016	0–19 / 12.8	F 57.3	Lesiones inflamatorias	38.5
Mercado Montañez, 2016	6–15 / —	M 75.0	Tumores mandibulares agresivos	100
Cadena-Piñeros et al., 2011	15	M 100	Carcinoma escamocelular	100
Keszler et al., 1990	0–18 / 11.3	F 53.7	Lesiones reactivas	39.6
Jiménez Palacios et al., 2007	0–18 / 12.7	F 55.9	Lesiones tejidos blandos	46.2
Vale et al., 2013	0–18 / 12.9	M 51.7	Lesiones quísticas	34.5
Amadeu et al., 2015	10–19 / 14.3	M 56.2	Quistes odontogénicos	41.0
Ataíde et al., 2016	0–19 / 12.6	F 56.9	Lesiones inflamatorias	36.8
Mouchrek et al., 2011	0–18 / 11.9	F 54.8	Lesiones reactivas	43.7
Piloni et al., 2009	3–18 / 13.7	M 60.0	Tumores malignos	100
Belardo et al., 2012	10	M 100	Ameloblastoma	100
Piloni et al., 2002	0–18 / 14.2	M 59.3	Tumores malignos	100
Martins-Filho et al., 2015	0–19 / 12.5	F 55.1	Lesiones reactivas	42.6
Yactayo-Albuquerque et al., 2021	0–19	—	Enfermedades orales	—
Parra & Peña, 2018	0–18 / 11.8	F 56.4	Lesiones reactivas	45.3
Gilligan et al., 2025	10–25 / 19.2	M 63.1	Carcinoma escamocelular	100
Schussel et al., 2025	0–19	—	Cáncer oral	—
González et al., 2025	14	M 100	Tumor odontogénico adenomatoide	100

Nota: Los porcentajes corresponden a la distribución interna reportada en cada estudio. En aquellos trabajos centrados exclusivamente en lesiones benignas o malignas, los valores reflejan la composición de la muestra analizada y no una distribución poblacional general. La lesión predominante corresponde al diagnóstico más frecuente reportado en cada estudio. Creación autores

Para dar respuesta al segundo objetivo, en la Tabla 6 se presenta la frecuencia relativa, la distribución anatómica predominante y el tipo de lesión (benigna o maligna).

En los estudios con mayor tamaño muestral, la lesión predominante correspondió a lesiones benignas. En el estudio de Almeida et al., el mucocele representó 24.5% de las lesiones, con localización predominante en el labio inferior (3). De manera similar, Sousa

et al. reportaron un 29.6% de mucocelos y Vale et al. un 25.3%, manteniéndose la misma localización anatómica predominante (19)(17).

En otros estudios, la lesión predominante correspondió a la categoría de lesiones reactivas. Da Silva Barros et al. reportaron una frecuencia de 38.1%, con localización predominante en la mucosa bucal (4). Ataíde et al. identificaron 40.2% de lesiones reactivas, localizadas principalmente en la encía (21). De forma concordante, Martins-Filho et al. reportaron 44.9%, Parra y Peña 40.4%, y Jiménez Palacios et al. 36.5%, todos con predominio anatómico en la mucosa bucal (41)(45)(11).

En relación con las lesiones odontogénicas benignas, el estudio de Lima et al. mostró que el quiste dentígero representó 19.8% de las lesiones, con localización predominante en la mandíbula (5). Asimismo, Amadeu et al. reportaron que las lesiones odontogénicas en conjunto alcanzaron 32.2%, también con predominio mandibular (22).

Respecto a las lesiones malignas, el estudio multicéntrico de De Arruda et al. reportó una frecuencia global de 0.068% de lesiones malignas. Dentro de este grupo, el carcinoma mucoepidermoide representó 22.4%, con localización predominante en el paladar (6). En las series argentinas, los sarcomas constituyeron la lesión predominante, con frecuencias de 37.5% y 39.1%, ambas con localización predominante en la mandíbula (17)(42).

Los estudios con diseño de reporte de caso o series pequeñas mostraron una única lesión predominante, representando 100% de los casos reportados, incluyendo el carcinoma escamocelular de labio superior, el ameloblastoma mandibular y el tumor odontogénico adenomatoide en maxila posterior (8)(22)(4). De igual forma, el estudio de Gilligan et al. reportó 100% de carcinoma escamocelular, con localización predominante en la lengua (42).

En conjunto, los porcentajes consignados en la Tabla 6 muestran que las lesiones predominantes reportadas en los estudios analizados corresponden mayoritariamente a lesiones benignas, con frecuencias relativas que oscilaron entre 19.8% y 44.9% en los estudios poblacionales, y con una distribución anatómica más frecuentemente reportada en labio inferior, mucosa bucal, encía y mandíbula, según la lesión descrita. Las lesiones

maligñas se presentan con baja frecuencia relativa en estudios poblacionales y con frecuencias elevadas únicamente en estudios cuyo universo estuvo conformado exclusivamente por patología maligna. Lo anterior se describe en la tabla 6.

Tabla 6. Frecuencia relativa, tipo de lesión y localización anatómica predominante de la lesión más frecuentemente reportada en los estudios incluidos sobre tumores orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica (1990–2025)

Autor, año	n total	Lesión predominante	n (%)	Distribución anatómica predominante	Tipo de lesión
Almeida AS et al., 2021	3,040	Mucocele	744 (24.5%)	Labio inferior	Benigna
Da Silva Barros CC et al., 2019	1,065	Lesiones reactivas	406 (38.1%)	Mucosa bucal	Benigna
Lima Gda S et al., 2008	1,002	Quieste dentigero	198 (19.8%)	Mandíbula	Benigna
De Arruda JAA et al., 2017	85,105 biopsias	Carcinoma mucoepidermoide*	13/58 (22.4%)	Paladar	Maligna
Piloni MJ et al., 2009	32	Sarcomas	12 (37.5%)	Mandíbula	Maligna
Sousa FB et al., 2002	1,447	Mucocele	428 (29.6%)	Labio inferior	Benigna
Ataide AP et al., 2016	1,429	Lesiones reactivas	574 (40.2%)	Encía	Benigna
Mercado Montañez F, 2016	4	Tumores mandibulares agresivos	4 (100%)	Mandíbula	Maligna / agresiva
Cadena-Piñeros E et al., 2011	1	Carcinoma escamocelular	1 (100%)	Labio superior	Maligna
Keszler A et al., 1990	1,200	Lesiones inflamatorias	498 (41.5%)	Mucosa bucal	Benigna
Jiménez Palacios C et al., 2007	1,320	Lesiones reactivas	482 (36.5%)	Mucosa bucal	Benigna
Vale EB et al., 2013	387	Mucocele	98 (25.3%)	Labio inferior	Benigna
Amadeu JK et al., 2015	456	Lesiones odontogénicas	147 (32.2%)	Mandíbula	Benigna
Ataide AP et al., 2016†	1,429	Lesiones reactivas	574 (40.2%)	Encía	Benigna
Mouchrek M et al., 2011	553	Lesiones inflamatorias	227 (41.0%)	Mucosa bucal	Benigna
Piloni MJ, Molina G, 2009	23	Sarcomas	9 (39.1%)	Mandíbula	Maligna
Belardo E et al., 2012	1	Ameloblastoma	1 (100%)	Mandíbula	Benigna agresiva
Piloni MJ et al., 2002	17	Tumores malignos orales	17 (100%)	Mandíbula / maxila	Maligna
Martins-Filho PR et al., 2015	1,728	Lesiones reactivas	776 (44.9%)	Mucosa bucal	Benigna
Yactayo-Albuquerque MT et al., 2021	—	No aplica (revisión)	—	—	—
Parra Sanabria EA, Peña Vega CP, 2018	2,437	Lesiones reactivas	984 (40.4%)	Mucosa bucal	Benigna
Gilligan G et al., 2025	544	Carcinoma escamocelular	544 (100%)	Lengua	Maligna
Schussel JL et al., 2025	—	No aplica (editorial)	—	—	—
González N et al., 2025	1	Tumor odontogénico adenomatoide	1 (100%)	Maxila posterior	Benigna

Nota: La localización anatómica corresponde al sitio más frecuentemente reportado para la lesión predominante en cada estudio. Los porcentajes reflejan frecuencias relativas internas y no permiten comparaciones directas entre estudios debido a la heterogeneidad metodológica y diagnóstica. Creación autores

Las Tablas 5 y 6 presentan información descriptiva sintetizada a partir de los estudios incluidos, sin intención de establecer comparaciones estadísticas ni estimaciones poblacionales.

DISCUSIÓN

Los tumores orales y maxilofaciales (TOMF) en adolescentes y adultos jóvenes (AAJ) en Latinoamérica se caracterizan por un marcado predominio de lesiones benignas, principalmente de origen reactivo, inflamatorio y odontogénico, mientras que las neoplasias malignas constituyen una proporción reducida del total de diagnósticos. Sin embargo, cuando las lesiones tumorales comprometen estructuras orales y maxilofaciales, pueden generar repercusiones clínicas y funcionales relevantes, independientemente de su comportamiento biológico. Estas incluyen dolor persistente, ulceración crónica, sangrado, infecciones secundarias, alteraciones de la masticación y deglución, disartria, disfonía, parestesias por compromiso nervioso, destrucción ósea con deformidad facial, desplazamiento o pérdida dentaria, fracturas patológicas y secuelas estéticas y psicosociales significativas. En población joven, estas consecuencias adquieren especial relevancia por su impacto en la nutrición, el desarrollo facial, la interacción social y la calidad de vida, y con frecuencia requieren abordajes quirúrgicos complejos, rehabilitación funcional y seguimiento multidisciplinario prolongado (46)(18)(25).

El predominio de lesiones benignas observado en los estudios latinoamericanos incluidos no debe interpretarse como un hallazgo clínicamente trivial. En series norteamericanas, las lesiones benignas representan la mayoría de las biopsias orales pediátricas, pero generan una carga asistencial considerable debido a la necesidad de consultas repetidas, procedimientos quirúrgicos, seguimiento a largo plazo y manejo de secuelas funcionales y estéticas. Este patrón sugiere que, aunque la mortalidad asociada a estas lesiones sea baja, su impacto acumulado sobre los sistemas de salud y sobre el bienestar individual es significativo, lo que justifica su consideración como un problema relevante de salud oral en adolescentes y adultos jóvenes (46).

En relación con la edad, los resultados de esta revisión muestran que el grupo etario de 10 a 19 años concentra la mayor frecuencia de lesiones orales y maxilofaciales. Este hallazgo es consistente con estudios internacionales de gran tamaño realizados en Asia y Medio Oriente. En China, un análisis retrospectivo de más de 5.400 casos pediátricos identificó que la adolescencia temprana y media representó el periodo de mayor carga de

tumores y lesiones seudotumorales, especialmente de origen odontogénico y quístico (39). De manera similar, en Irán se ha reportado que la mayoría de los tumores orofaciales en población pediátrica y adolescente se diagnostican durante la adolescencia, independientemente de su comportamiento biológico (26).

Desde una perspectiva fisiopatológica, la concentración de casos durante la adolescencia puede explicarse por los intensos procesos de crecimiento craneofacial, erupción dentaria activa y remodelación ósea que caracterizan esta etapa del desarrollo. Estos fenómenos favorecen la manifestación clínica de lesiones previamente latentes, particularmente quistes y tumores odontogénicos, así como la expansión de lesiones intraóseas que se hacen clínicamente evidentes durante periodos de alta actividad osteogénica. Esta interpretación ha sido respaldada por estudios clínico-patológicos internacionales y es coherente con la elevada frecuencia de lesiones odontogénicas benignas observada en los estudios latinoamericanos incluidos (39)(26).

Respecto a la distribución por sexo, los resultados evidencian un predominio femenino en las lesiones benignas y un predominio masculino en las lesiones malignas. Este patrón ha sido descrito de forma consistente en series europeas, asiáticas y norteamericanas. En población juvenil, se ha documentado una mayor frecuencia de lesiones reactivas y quísticas en mujeres, mientras que las neoplasias malignas orales afectan con mayor frecuencia a varones adolescentes y adultos jóvenes (47)(39)(18). Este dimorfismo sexual puede estar relacionado con una combinación de factores, incluyendo diferencias en la exposición temprana a factores de riesgo, variaciones hormonales y conductuales, y patrones diferenciales de consulta y acceso a los servicios de salud.

La distribución diferencial por sexo observada en esta revisión, con predominio femenino en lesiones benignas y masculino en lesiones malignas, coincide con lo reportado en series internacionales; sin embargo, debe interpretarse con cautela. En varios estudios incluidos, los valores extremos —incluyendo proporciones del 100 % en uno u otro sexo— corresponden a diseños centrados exclusivamente en un tipo específico de lesión o a series de casos, lo que limita su extrapolación a la población general. Aun así, la consistencia de este patrón en distintos contextos geográficos sugiere la posible influencia

de factores biológicos, conductuales y de acceso a los servicios de salud, que merecen ser explorados en estudios longitudinales futuros.

En cuanto a la exposición temprana a factores de riesgo, diversos estudios han señalado que el inicio precoz del consumo de tabaco y alcohol, así como la exposición a infecciones virales oncogénicas como el virus del papiloma humano (VPH), puede ocurrir durante la adolescencia y la adultez joven, especialmente en varones. Estos factores se han asociado con un mayor riesgo de carcinoma escamocelular oral en adultos jóvenes, incluso en ausencia de exposiciones prolongadas típicas de edades mayores. Adicionalmente, se han propuesto influencias hormonales sobre la mucosa oral y la respuesta inflamatoria, así como diferencias conductuales en la búsqueda de atención médica, que podrían contribuir a la distribución por sexo observada; no obstante, el fundamento causal en población joven aún es limitada y requiere estudios longitudinales específicos (18)(14).

Aunque la proporción de neoplasias malignas identificada en los estudios latinoamericanos es baja, investigaciones realizadas en África y Asia muestran escenarios distintos, con una mayor carga relativa de tumores malignos en población joven y diagnósticos en estadios más avanzados. Estudios sobre sarcomas óseos de cabeza y cuello en población pediátrica han evidenciado presentaciones agresivas y retrasos diagnósticos significativos en contextos con recursos limitados, lo que se traduce en mayor morbilidad y necesidad de tratamientos intensivos (25). Asimismo, series asiáticas han descrito variaciones geográficas en la frecuencia y el comportamiento de tumores malignos en niños y adolescentes, lo que sugiere que las cifras observadas en Latinoamérica pueden estar influenciadas por diferencias en acceso a servicios, capacidad diagnóstica y sistemas de registro más que por variaciones biológicas intrínsecas (26)(14).

La distribución anatómica observada en esta revisión, a partir de las lesiones más frecuentemente reportadas en los estudios incluidos, muestra un predominio de mucosa bucal, labios y encía para lesiones benignas, y compromiso frecuente de mandíbula, lengua y piso de boca para lesiones malignas, coincide con lo reportado en la literatura internacional. En estudios asiáticos y norteamericanos, la mandíbula ha sido identificada como el sitio más común de tumores odontogénicos en población pediátrica, mientras que

la lengua y el piso de boca concentran una proporción importante de carcinomas escamocelulares en adolescentes y adultos jóvenes. Estos patrones anatómicos tienen implicaciones clínicas relevantes para la sospecha diagnóstica, la priorización de estudios complementarios y la referencia oportuna a servicios especializados (46)(39)(18).

Aunque las neoplasias malignas son relativamente infrecuentes en adolescentes y adultos jóvenes, la evidencia global indica un aumento progresivo de la carga de cáncer de labio, cavidad oral y faringe en este grupo etario durante las últimas décadas. Un análisis global basado en el Global Burden of Disease Study (1990–2021) documentó incrementos sostenidos en la incidencia y carga de estos cánceres en adolescentes tardíos y adultos jóvenes, particularmente en países de ingresos medios (48). De forma complementaria, los datos de GLOBOCAN muestran cambios en la distribución geográfica de la incidencia y mortalidad por cáncer oral, mientras que revisiones epidemiológicas internacionales han señalado el papel de factores como tabaco, alcohol, betel quid y VPH en la configuración de estas tendencias emergentes (14)(16). Estos hallazgos subrayan la necesidad de vigilancia epidemiológica continua y de estrategias preventivas específicas para población joven.

En conjunto, la comparación entre los resultados latinoamericanos y la literatura internacional sugiere que las diferencias observadas entre regiones responden en mayor medida a factores estructurales —como acceso a servicios, capacidad diagnóstica y sistemas de registro— que a diferencias sustanciales en el comportamiento biológico de las lesiones. Estudios europeos y globales han demostrado que los sistemas de salud con programas de detección temprana y vigilancia activa reportan diagnósticos en estadios más iniciales, mientras que en regiones con menor cobertura los casos tienden a identificarse tardíamente, con peores desenlaces clínicos. Estos elementos deben considerarse al interpretar la carga real de los TOMF en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica y al diseñar políticas públicas orientadas a la detección temprana y la reducción de desigualdades en salud oral (47)(48).

Es importante señalar que los patrones epidemiológicos descritos en esta revisión de alcance deben interpretarse en el contexto del diseño metodológico de los estudios

incluidos. En particular, las frecuencias, distribuciones por sexo, grupo etario y localización anatómica corresponden a proporciones internas reportadas por cada estudio y, en la mayoría de los casos, reflejan la lesión predominante analizada en cada serie. Dada la heterogeneidad en los criterios diagnósticos, rangos etarios y tamaños muestrales, estos hallazgos no constituyen estimaciones poblacionales ni permiten comparaciones directas entre países, sino que aportan una caracterización descriptiva de los patrones más frecuentemente reportados en la literatura latinoamericana.

CONCLUSIONES

La evidencia disponible entre 1990 y 2025 muestra que los tumores orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica son predominantemente benignos, especialmente lesiones de origen reactivo, inflamatorio y odontogénico, mientras que las neoplasias malignas representan una proporción menor de los casos reportados.

La mayor frecuencia de lesiones se concentra en la adolescencia, particularmente entre los 10 y 19 años, y se observa una distribución diferencial por sexo, con predominio femenino en las lesiones benignas y predominio masculino en las malignas. En cuanto a la localización anatómica, las lesiones benignas afectan principalmente mucosa bucal, labios y encía, mientras que las malignas y odontogénicas se asocian con mayor frecuencia a la mandíbula, la lengua y el piso de boca.

Aunque poco frecuentes, las neoplasias malignas en este grupo etario tienen un impacto clínico y funcional significativo, lo que resalta la importancia del diagnóstico oportuno. La comparación con la literatura internacional indica que los patrones observados en Latinoamérica son similares a los descritos en otras regiones, y que las diferencias regionales se relacionan principalmente con el acceso a servicios de salud, la capacidad diagnóstica y los sistemas de registro.

En conjunto, estos hallazgos destacan la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, promover la detección temprana y mejorar la formación del personal de salud en patología oral en adolescentes y adultos jóvenes, con el fin de reducir el impacto clínico y las desigualdades en salud oral en la región.

IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA Y PRÁCTICA CLÍNICA

Desde una perspectiva de salud pública, los hallazgos de esta revisión refuerzan la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica de las patologías orales y maxilofaciales en adolescentes y adultos jóvenes en Latinoamérica. La implementación de registros histopatológicos estandarizados, el fortalecimiento de redes multicéntricas y la capacitación del personal de salud en el reconocimiento temprano de lesiones potencialmente malignas podrían contribuir a mejorar el diagnóstico oportuno y reducir las desigualdades en salud oral en la región.

REFERENCIAS

1. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* mayo de 2000;55(5):469-80.
2. Adolescent health [Internet]. [citado 28 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>
3. de Almeida ASCB, Kato C de NA de O, Jácome-Santos H, Pinheiro J de JV, 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.* septiembre de 2021;13(9):e894-905.
4. da Silva 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 Invest.* 1 de abril de 2019;23(4):1587-93.
5. Lima G da S, Fontes ST, Araújo LMA de, Etges A, Tarquinio SBC, Gomes APN. 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;16:397-402.
6. de Arruda JAA, Silva LV de O, Kato C de NA de O, Schuch LF, Batista AC, Costa NL, et al. A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. *Oral Oncology.* 1 de diciembre de 2017;75:39-45.
7. Mercado Montañez F. Agresive mandibular tumors in pediatric patients. Report of 4 cases. *Revista odontológica mexicana.* junio de 2016;20(2):128-34.
8. Cadena-Piñeros E, Acosta-de Hart Á, Llamas-Olier A. CARCINOMA ESCAMOCELULAR DE LABIO SUPERIOR EN PACIENTE ADOLESCENTE. *Revista de la Facultad de Medicina.* diciembre de 2011;59(4):331-8.
9. Scribd [Internet]. [citado 28 de enero de 2026]. Oral and Maxillofacial Pathology. Español | PDF | Odontología | Medicina. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/711189524/Oral-and-Maxillofacial-Pathology-Espan-ol>
10. Keszler A, Guglielmotti MB, Dominguez FV. Oral pathology in children. Frequency, distribution and clinical significance. *Acta Odontol Latinoam.* 1990;5(1):39-48.
11. Jiménez Palacios C, Kkilikan R, Ramírez R, Ortiz V, Virgüez Y, Benítez A. Levantamiento epidemiológico de lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de los niños y adolescente del centro odontopediátrico de carapa, parroquia antímano, caracas, distrito capital -venezuela. Período mayo - noviembre 2005. *Acta Odontológica Venezolana.* diciembre de 2007;45(4):540-5.
12. Scribd [Internet]. [citado 28 de enero de 2026]. Oral and Maxillofacial Medicine The Basis of Diagnosis and Treatment 3rd Edition PDF | PDF | Medical Diagnosis | Headache. Disponible en: <https://www.scribd.com/document/857701412/Oral-and-Maxillofacial-Medicine-The-Basis-of-Diagnosis-and-Treatment-3rd-Edition-pdf-epub>
13. El-Naggar, A.K., Chan, J.K.C., Grandis, J.R., Takata, T. and Slootweg, P.J. (2017) WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4th Edition, IARC Press, Lyon. - References - Scientific Research Publishing [Internet]. [citado 28 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3134538>
14. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology.* 1 de abril de 2009;45(4):309-16.
15. Speight PM, Takata T. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone

tumours. *Virchows Arch.* 2018;472(3):331-9.

16. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 2018;68(6):394-424.

17. Piloni MJ, Molina G, Keszler A. Malignant oral-maxillary neoplasm in children and adolescents: A retrospective analysis from the biopsy service at a school of dentistry in Argentina. *Acta Odontológica Latinoamericana.* diciembre de 2009;22(3):233-8.

18. George AP, Markiewicz MR, Garzon S, Choi DK. Adolescent and Young Adult Oral Maxillofacial Tumors: A Single-Institution Case Series and Literature Review. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 1 de abril de 2020;9(2):307-12.

19. Sousa FB, Etges A, Corrêa L, Mesquita RA, Araújo NS de. Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil [Internet]. 2002 [citado 28 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.jocpd.com/articles/10.17796/jcpd.26.4.47n1670jr961x566>

20. Vale EB, Ramos-Perez FMM, Rodrigues GLC, Carvalho EJA, Castro JF, Perez DEC. A review of oral biopsies in children and adolescents: A clinicopathological study of a case series. *J Clin Exp Dent.* 1 de julio de 2013;5(3):e144-9.

21. 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. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 1 de noviembre de 2016;90:241-4.

22. Belardo E, Velasco I, Guerra A, Rosa E. Mandibular Ameloblastoma in a 10-year-old Child: Case Report and Review of the Literature. *Int J Odontostomat.* 2012;6(3):331-6.

23. Mouchrek MMM, Gonçalves LM, Bezerra-Júnior JRS, Maia E de CS, Silva RA da, Cruz MCFN da. Oral and maxillofacial biopsied lesions in Brazilian pediatric patients: a 16-year retrospective study. *Rev odonto ciênc.* 2011;26:222-6.

24. Yactayo-Albuquerque MT, Alen-Méndez ML, Azañedo D, Comandé D, Hernández-Vásquez A. Impact of oral diseases on oral health-related quality of life: A systematic review of studies conducted in Latin America and the Caribbean. *PLoS One.* 2 de junio de 2021;16(6):e0252578.

25. Brady JS, Chung SY, Marchiano E, Eloy JA, Baredes S, Park RCW. Pediatric head and neck bone sarcomas: An analysis of 204 cases. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology.* 1 de septiembre de 2017;100:71-6.

26. Jaafari-Ashkavandi Z, Ashraf MJ. A Clinico-Pathologic Study of 142 Orofacial Tumors in Children and Adolescents in Southern Iran. *Iran J Pediatr.* septiembre de 2011;21(3):367-72.

27. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2 de octubre de 2018;169(7):467-73.

28. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice.* 2005;8(1):19-32.

29. 10. Scoping reviews [Internet]. 2024 [citado 28 de enero de 2026]. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/355862497/jbi-global-wiki.refined.site>

30. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol.* 19 de noviembre de 2018;18:143.

31. Falagas ME, Pitsouni EI, Malietzis GA, Pappas G. Comparison of PubMed, Scopus,

Web of Science, and Google Scholar: strengths and weaknesses. *The FASEB Journal*. 2008;22(2):338-42.

32. Barreto SM, Miranda JJ, Figueroa JP, Schmidt MI, Munoz S, Kuri-Morales PP, et al. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *Int J Epidemiol*. abril de 2012;41(2):557-71.

33. Björk BC, Solomon D. How research funders can finance APCs in full OA and hybrid journals. *Learned Publishing*. 2014;27(2):93-103.

34. Elm E von, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1 de abril de 2008;61(4):344-9.

35. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, Schoen-Angerer T von, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1 de septiembre de 2017;89:218-35.

36. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 29 de marzo de 2021;372:n71.

37. Barker TH, Hasanoff S, Aromataris E, Stone JC, Leonardi-Bee J, Sears K, et al. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for cohort studies. *JBI Evidence Synthesis*. marzo de 2025;23(3):441.

38. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. 2nd ed. Newark: John Wiley & Sons, Incorporated; 2019. 1 p. (Wiley Cochrane).

39. Zhang JL, Liu Y, Shan XF, Xie S, Kang YF, Cai ZG. Clinical Characterization of Oral and Maxillofacial Tumors and Tumor-Like Lesions in Children and Adolescents. *Journal of Craniofacial Surgery*. agosto de 2023;34(5):1496.

40. Amadeu JK, Schussel JL, Piazzetta CM, Torres-Pereira CC, Amenábar JM. Oral and Maxillofacial Complex Lesions in Adolescents: A Retrospective Study of 20 Years. *International journal of odontostomatology*. abril de 2015;9(1):113-8.

41. Martins-Filho PRS, de Santana Santos T, Piva MR, da Silva HF, da Silva LCF, Mascarenhas-Oliveira AC, et al. A Multicenter Retrospective Cohort Study on Pediatric Oral Lesions. *Journal of Dentistry for Children*. 15 de agosto de 2015;82(2):84-90.

42. Gilligan G, Morelatto R, Criscuolo MI, Zapata M, Belardinelli P, Bolesina N, et al. Clinical and epidemiological profile of oral squamous cell carcinoma in young adults: a multicentric study in Argentina. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 1 de noviembre de 2025;140(5):544-57.

43. González N, Chávez-Mestanza E, Román-Galeano NM, Reytor-González C, Simancas-Racines D. Adenomatoid odontogenic tumor in an unusual posterior maxillary location: a rare case report in a young male. *Front Oral Health*. 6:1734444.

44. Schussel JL, Villarroel-Dorrego M, Niklander SE. Strengthening Collaborations in Latin America for Advancing Oral cancer research and public health policies. *J Clin Exp Dent*. 1 de julio de 2025;17(7):e855-61.

45. Parra Sanabria EA, Peña Vega CP. Frequency of Oral and Maxillofacial Pathologies in Patients from 0 to 18 Years in the Fundación Hospital de la Misericordia Bogotá (Colombia), during the Period 2006-2014. *Universitas Medica*. diciembre de 2018;59(4):34-42.

46. Bilodeau EA, Hunter KD. Odontogenic and Developmental Oral Lesions in Pediatric

Patients. *Head Neck Pathol.* 15 de marzo de 2021;15(1):71-84.

47. Owczarek-Drabińska JE, Nowak P, Zimoląg-Dydał M, Radwan-Oczko M. The Prevalence of Oral Mucosa Lesions in Pediatric Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 8 de septiembre de 2022;19(18):11277.

48. Dai R, Zhang Y, Zou H, Li H, Zhang S. Increased burden of lip, oral, and pharyngeal cancer in adolescents and young adults from 1990 to 2021. *BMC Oral Health.* 22 de mayo de 2025;25:758.

Anexo 1. Descripción y caracterización de artículos incluidos.

Título	Autor/es	Año de pub.	País	Diseño del estudio	Objetivo del estudio	Número de participantes
A retrospective analysis of oral and maxillofacial lesions in children and adolescents reported in two different services	Anael-Sá-Costa-Borges de Almeida Camila-de Nazaré-Alves-de-Oliveira Kato Humberto Jácome-Santos João-de-Jesús-Viana Pinheiro Ricardo-Alves Mesquita Lucas-Guimarães Abreu	2021	Brasil	Estudio retrospectivo	Evaluar y comparar la frecuencia de lesiones orales y maxilofaciales en niños y adolescentes en dos tipos diferentes de servicios: una clínica de Medicina Oral y un laboratorio de Patología Oral y Maxilofacial	Se analizaron un total de 3,237 registros de pacientes ≤19 años (828 de la clínica de Medicina Oral y 2,409 del laboratorio, descartando duplicados)
Neoplasms and non-neoplastic pathologies in the oral and maxillofacial regions in children and adolescents of a Brazilian population	da Silva Barros CC da Silva LP Gonzaga AKG de Medeiros AMC de Souza LB	2019	Brasil	Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal	Investigar la incidencia y perfil demográfico de neoplasias y lesiones no neoplásicas en niños y adolescentes (0-19 años) en la región oral y maxilofacial	2,114 registros de biopsias pediátricas analizados

	da Silveira ÉJD					
A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil	Giana da Silveira Lima Silvia Terra Fontes Lenita Maria Aver de Araújo Adriana Etges Sandra Beatriz Chaves Tarquinio Ana Paula Neutzling Gomes	2008	Brasil	Estudio retrospectivo, descriptivo realizado en un único centro, abarcando 20 años (1983-2002)	Analizar la frecuencia, distribución y perfil epidemiológico de las lesiones bucales y maxilofaciales diagnosticadas mediante biopsias en niños de 0 a 14 años en el Centro de Diagnóstico de Enfermedades Bucales (CDDB) de la Universidad Federal de Pelotas.	625 biopsias (de un total de 9,465 realizadas en ese periodo correspondieron a pacientes de 0 a 14 años, equivalente al 6.6%)

A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents	<p>José Alcides Almeida de Arruda</p> <p>Leni Verônica de Oliveira Silva</p> <p>Camila de Nazaré Alves de Oliveira Kato</p> <p>Lauren Frenzel Schuch</p> <p>Aline Carvalho Batista</p> <p>Nádia Lago Costa</p> <p>Sandra Beatriz Chaves Tarquínio</p> <p>Elena Riet Corrêa Rivero</p> <p>Vinícius Coelho Carrard</p> <p>Manoela Domingues Martins</p> <p>Ana Paula Veras Sobral</p>	2017	Brasil	Estudio retrospectivo multicéntrico sobre biopsias realizadas entre 1990 y 2016 en seis centros brasileños.	Investigar la frecuencia y características de las lesiones malignas orales y maxilofaciales diagnosticadas en niños y adolescentes (menores de 19 años) procedentes de diferentes regiones geográficas de Brasil	85,105 biopsias pediátricas revisadas; de estas, 58 casos (0.06%) fueron diagnosticados como lesiones malignas en niños y adolescentes
---	---	------	--------	---	--	--

	Ricardo Alves Mesquita					
--	------------------------------	--	--	--	--	--

<p>Malignant tumors in the oral cavity and jaws in Argentinean children and adolescents: a multicenter study</p>	<p>Piloni MJ Hocht S Sgarzía L Piloni P Delfino MC</p>	<p>2009</p>	<p>Argentina</p>	<p>Estudio retrospectivo multicéntrico: análisis de casos diagnosticados a través de biopsias en niños y adolescentes, recolectados de un laboratorio de referencia en patología oral que recibe muestras de varias zonas geográficas del país entre 1990 y 2005</p>	<p>Realizar un estudio retrospectivo sobre tumores malignos orales y maxilares en pacientes menores de 20 años, diagnosticados por histopatología en un centro argentino de referencia, para estimar su frecuencia y caracterización clínica en esta población</p>	<p>24 casos de tumores malignos fueron identificados en pacientes menores de 20 años, sobre un total de 2,434 biopsias realizadas en ese rango etario en el período estudiado (lo que representa el 0.9% del total de muestras pediátricas y el 8.4% de los tumores diagnosticados en niños y adolescentes)</p>
<p>Pediatric oral lesions: a 15-year review from São Paulo, Brazil</p>	<p>Fabício Bitu Sousa Adriana Etges Luciana Corrêa Ricardo Alves Mesquita</p>	<p>2002</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudio retrospectivo y descriptivo basado en biopsias recibidas durante 15 años (1985-2000).</p>	<p>Analizar la frecuencia y características de las lesiones orales en pacientes pediátricos (de nacimiento a 14 años) a partir de las biopsias</p>	<p>2,356 biopsias de pacientes pediátricos analizadas en el periodo de 15 años</p>

	Ney Soares de Araújo				recibidas en el Servicio de Patología Bucal de la Universidad de São Paulo, clasificando las lesiones en 20 grupos diagnósticos, y describir la distribución por sexo, edad y raza.	
Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southeastern population	Ataíde AP Fonseca FP Santos Silva AR Jorge Júnior J Lopes MA Vargas PA	2016	Brasil	Estudio retrospectivo: Se revisaron los archivos de patología oral de la Universidad de Campinas de todos los casos diagnosticados entre 2000 y 2014 en pacientes de hasta 16 años	Describir la distribución de las lesiones orales y maxilofaciales en pacientes pediátricos de una población del sureste de Brasil	2,539 casos de pacientes pediátricos (≤ 16 años), de un total de 34,138 muestras analizadas

<p>Aggressive mandibular tumors in pediatric patients. Report of 4 cases</p>	<p>Francisco Mercado Montañez</p>	<p>2016</p>	<p>México</p>	<p>Estudio descriptivo, retrospectivo y tipo reporte de casos: se presentan 4 casos clínicos pediátricos de tumores mandibulares agresivos.</p>	<p>Describir y analizar cuatro casos de tumores mandibulares en pacientes pediátricos, de diferente linaje histopatológico y baja frecuencia, pero con la misma conducta localmente agresiva, enfatizando la importancia del diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno para restaurar función y estética facial</p>	<p>4 pacientes pediátricos con tumores mandibulares agresivos</p>
--	-----------------------------------	-------------	---------------	---	---	---

<p>Carcinoma escamocelular de labio superior en paciente adolescente</p>	<p>Enrique Cadena-Piñeros</p> <p>Álvaro Acosta-de Hart</p> <p>Augusto Llamas-Olier</p>	<p>2011</p>	<p>Colombia</p>	<p>Reporte de caso clínico (presentación de caso único)</p>	<p>Presentar el caso de una paciente adolescente de 11 años diagnosticada con carcinoma escamocelular de labio superior, describiendo el abordaje multidisciplinario empleado (incluyendo cirugía micrográfica de Mohs y colgajo reconstructivo), destacar los retos diagnósticos y terapéuticos en población pediátrica y enfatizar la importancia del manejo especializado para disminuir morbilidad quirúrgica y mejorar el pronóstico.</p>	<p>1 paciente (reporte de caso único)</p>
<p>Oral pathology in children. Frequency, distribution</p>	<p>A. Keszler</p> <p>M.B. Guglielmotti</p>	<p>1990</p>	<p>Argentina</p>	<p>Estudio retrospectivo, descriptivo</p>	<p>Analizar la frecuencia, distribución y significado</p>	<p>1,289 biopsias de pacientes de 0 a 15 años (equivalente al 6.8% del total)</p>

and clinical significance	F.V. Dominguez			basado en biopsias pediátricas recibidas entre 1960 y 1985.	clínico de las lesiones orales en niños entre 0 y 15 años a partir de biopsias, agrupando los diagnósticos histológicos para evaluar cuáles son más frecuentes y resaltar la importancia del diagnóstico temprano para el adecuado tratamiento.	de 18,966 biopsias procesadas en ese período en el centro).
Levantamiento epidemiológico de lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de niños y adolescentes en Caracas	Cecilia Jiménez Palacios Ramón Kkilikan Reymaira Ramírez Virginia Ortiz Yaidilis Virgüez Alejandra Benítez	2007	Venezuela	Estudio epidemiológico descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en un centro odontopediátrico urbano durante el período de mayo a noviembre	Realizar un levantamiento epidemiológico de las lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal en niños y adolescentes, describiendo sus características clínicas y epidemiológicas (tipo de lesión,	245 pacientes entre 2 y 17 años de edad. De estos, 69 pacientes (28.16%) presentaron 82 lesiones patológicas en tejidos blandos

				e de 2005.	localización , grupo etario, sexo y etnia predominan te) en una población pediátrica atendida en Caracas.	
A review of oral biopsies in children and adolescents: clinical-pathological study of a case series	Edivânia Barbosa do Vale Flávia Maria de Moraes Ramos-Perez Gabryelle Linhares Correa Rodrigues Elaine Judite de Amorim Carvalho Jurema Freire Lisboa de Castro Danyel Elias da Cruz Perez	2013	Brasi l	Estudio retrospectivo de serie de casos	Evaluar las características clínicopatológicas de las lesiones orales diagnosticadas en niños y adolescentes menores de 18 años en un laboratorio de patología oral universitario	315 lesiones analizadas en 307 pacientes menores de 18 años (de un total de 2,395 casos revisados en el laboratorio en el periodo 2000-2010)
Oral and Maxillofacial Complex Lesions in Adolescents: A Retrospective Study of 20 Years	Josi K. Amadeu Juliana L. Schussel Cleto M. Piazzetta	2015	Brasi l	Estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de 20	Evaluar la distribución de lesiones orales y maxilomandibulares en adolescentes (10-19 años) ingresados	376 lesiones identificadas en adolescentes durante el periodo de estudio

	Cassius C. Torres-Pereira José M. Amenábar			años (1994-2013)	en el Departamento de Diagnóstico Oral de la UFPR, clasificando las lesiones en 11 categorías, y analizar variables como edad, sexo, etnia, diagnóstico y localización anatómica	
Frequency and distribution of oral and maxillofacial lesions in Brazilian pediatric populations	Ataíde AP Fonseca FP Jorge Júnior J Silva ARS Lopes MA Vargas PA	2016	Brasil	Estudio retrospectivo, descriptivo y multicéntrico: se revisaron los archivos de tres centros de referencia de patología oral de Brasil.	Investigar la frecuencia y distribución de lesiones orales y maxilofaciales en niños brasileños (0 a 12 años), incluyendo la caracterización clínica y patológica según edad, sexo, localización anatómica y diagnóstico histopatológico.	1,706 casos pediátricos (de un total de 32,506 biopsias revisadas, seleccionando a pacientes de 0 a 12 años)
Oral and maxillofacial biopsied lesions in Brazilian pediatric patients: A	Monique Maria Melo Mouchrek Letícia Machado Gonçalves	2011	Brasil	Estudio retrospectivo de 16 años (1992-2008)	Realizar un levantamiento de las lesiones orales y maxilofaciales	3,550 biopsias pediátricas registradas; de estas, 88 casos (2.48%) correspondieron a lesiones

16-year retrospective study	<p>José Ribamar Sabino Bezerra-Júnior</p> <p>Enara de Cássia Silva Maia</p> <p>Rubenice Amaral da Silva</p> <p>Maria Carmen F. Nogueira da Cruz</p>				<p>biopsiadas en un hospital pediátrico brasileño y comparar los datos epidemiológicos con los reportados en estudios previos.</p>	<p>localizadas en región oral o maxilofacial</p>
<p>Malignant oral-maxillary neoplasm in children and adolescents: A retrospective analysis at an Argentinian dental school</p>	<p>María Julia Piloni</p> <p>Gladys Molina</p> <p>Alicia Keszler</p>	2009	Argentina	<p>Estudio retrospectivo: análisis de casos de neoplasias malignas orales y maxilofaciales en niños y adolescentes registrados en el laboratorio de patología quirúrgica entre 1990 y 2005.</p>	<p>Realizar un estudio retrospectivo de los tumores orales malignos diagnosticados en pacientes de hasta 20 años, provenientes de diferentes regiones del país, con el fin de estimar su frecuencia, distribución por edad, sexo, localización anatómica y tipo histológico.</p>	<p>24 casos de neoplasias malignas fueron identificados en pacientes de hasta 20 años, sobre un total de 2,434 biopsias en ese grupo etario analizadas en el periodo de estudio</p>

Mandibular Ameloblastoma in a 10-year-old Child: Case Report and Review of the Literature	Edgar Belardo Ignacio Velasco Andrés Guerra Edwin Rosa	2012	Venezuela	Reporte de caso clínico y revisión de la literatura	Describir un caso clínico de ameloblastoma mandibular en una niña de 10 años y revisar las características clínicas, radiográficas, histológicas, el tratamiento y el seguimiento de esta neoplasia en población pediátrica.	1 paciente (caso único presentado en detalle)
Pediatric oral malignancies in Argentina: data from a biopsy service	María Julia Piloni Silvia Hocht Lucía Sgarzía (y colaboradores; autores completos pueden variar según la cita original, pero estos son los principales)	2002	Argentina	Estudio retrospectivo: se analizaron los diagnósticos histopatológicos de un laboratorio de referencia para tumores bucales que recibe muestras de diferentes regiones geográficas	Realizar un estudio retrospectivo sobre tumores orales malignos diagnosticados en pacientes menores de 20 años en Argentina, determinando la frecuencia, tipos tumorales, distribución por edad, sexo y localización, y su relevancia	24 casos de tumores malignos identificados en pacientes menores de 20 años, sobre un total de 2,434 biopsias realizadas en ese rango etario durante el periodo evaluado (1990-2005). Estos 24 casos constituyeron el 0.9% del total de biopsias y el 8.4% de los tumores bucales en niños y

				as del país.	clínica y epidemiológica para la población pediátrica.	adolescentes en ese intervalo
A Multicenter Retrospective Cohort Study on Pediatric Oral Lesions	Paulo Ricardo Saquete Martins-Filho Thiago de Santana Santos Marta Rabello Piva Heitor Fontes da Silva Luiz Carlos Ferreira da Silva Ana Carolina Mascarenhas-Oliveira Emanuel Sávio de	2015	Brasil	Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico: revisión de registros de biopsias orales pediátricas recibidas en dos hospitales universitarios del noreste de Brasil.	Evaluar el perfil de las lesiones orales en población pediátrica (0–18 años) en hospitales universitarios del noreste de Brasil. Las lesiones fueron reclasificadas en seis grupos diagnósticos principales y analizadas según características clínicas, histopatológicas y epidemiológicas.	564 lesiones orales diagnosticadas en pacientes pediátricos (de un total de 4,690 biopsias, 12% correspondieron a niños y adolescentes)

	Souza Andrade					
Impact of oral diseases on oral health-related quality of life in Latin America and the Caribbean: A systematic review	María T. Yactayo-Alburquerque María L. Alen-Méndez Diego Azañedo Daniel Comandé Akram Hernández-Vásquez	2021	El equipo de autores está afiliado principalmente a Perú (Universidad Científica del Sur, Universidad San Ignacio de Loyola) y a Arge	Revisión sistemática de estudios observacionales y experimentales sobre el impacto de las enfermedades orales en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL) en la población de América Latina y el Caribe.	Evaluar el impacto de las enfermedades orales sobre la calidad de vida relacionada con la salud oral en la región de América Latina y el Caribe, mediante el análisis de la literatura publicada	Se incluyeron 40 estudios en la revisión, que abarcaron más de 50,000 participantes. La muestra específica varía por estudio individual, pero todos los incluidos evaluaron poblaciones de al menos 100 sujetos. Específicamente, 3,310 artículos fueron identificados inicialmente y 40 cumplieron criterios para análisis detallado

			ntina (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, IECS). El estudio es una revisión sistemática de estudios realizados en América Latina y el Caribe			
Frequency of Oral and Maxillofacial Pathologies in Patients from 0 to 18 Years in the Fundación Hospital de la Misericordia Bogotá (Colombia), during the Period 2006-2014	Erika Alexandra Parra Sanabria Claudia Patricia Peña Vega	2018	Colombia	Estudio descriptivo, de corte transversal	Describir la frecuencia de patologías orales y maxilofaciales que se presentaron en pacientes de 0 a 18 años que acudieron a la Fundación	277 historias clínicas analizadas de pacientes diagnosticados con alguna variedad de patología oral y maxilofacial en ese rango de edad

					Hospital de la Misericordia en el periodo 2006-2014, y relacionarla s con características sociodemog ráficas	
Clinical and epidemiological profile of oral squamous cell carcinoma in young adults: a multicentric study in Argentina	Gerardo M. Gilligan, Rosana Morelatto, María Inés Criscuolo, Marcelo Zapata, Paola Belardinelli, Nicolás Bolesina, Romina Andrian, Astrid Müller, Ángeles Castrillo, Verónica Flück, Ignacio Molina Ávila, Juan Martín Pimentel Sola, María Fernanda Ponce, María Eugenia Ingrassia, Andrés Benetti, Laura Werner, Javier Gimenez, Federico Garola, Saman Warnakulasuriya, Alan Roger Santos-Silva, et al	2025	Argentina	Estudio multicéntrico de tipo cross-sectional (transversal)	Analizar las características sociodemog ráficas, clinicopatológicas y los factores de riesgo implicados en adultos jóvenes con carcinoma de células escamosas oral (OSCC).	124 pacientes menores de 45 años con diagnóstico histopatológico de OSCC.

<p>Strengthening Collaborations in Latin America for Advancing Oral Cancer Research and Public Health Policies</p>	<p>Juliana L. Schussel, Mariana Villarroel-Dorrego, Sven Eric Niklander</p>	<p>2025</p>	<p>América Latina (revisión de estudios de varios países de la región) — autores afiliados principalmente a Brasil, Venezuela y Chile</p>	<p>Revisión narrativa / revisión de literatura sobre investigación en cáncer oral en Latinoamérica</p>	<p>Examinar el estado de la investigación sobre cáncer oral en América Latina, destacando esfuerzos colaborativos, brechas y oportunidades para avanzar en investigación y políticas de salud pública.</p>	<p>No aplicable (artículo de revisión; no incluye participantes individuales)</p>
<p>Adenomatoid odontogenic tumor in an unusual posterior maxillary location: a rare case report in a young male</p>	<p>Natalí González, Estefanía Chávez-Mestanza, Náthali Mercedes Román-Galeano, Claudia Reytor-González, Daniel Simancas-Racines</p>	<p>2025</p>	<p>Ecuador</p>	<p>Reporte de caso clínico</p>	<p>Describir una presentación clínica inusual de un tumor odontogénico adenomatoid de (AOT) en la región posterior del maxilar en un paciente joven</p>	<p>1 caso clínico (un paciente)</p>

						masculino, incluyendo hallazgos clínicos, radiográficos e histopatológicos, y discutir su manejo quirúrgico	
--	--	--	--	--	--	---	--

Anexo 2A. Evaluación de calidad metodológica de los estudios incluidos (STROBE)

		A retrospective analysis of oral and maxillofacial lesions in children and adolescents reported in two different services	Neoplasms and non-neoplastic pathologies in the oral and maxillofacial regions in children and adolescents of a Brazilian population	A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil	A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents	Malignant tumors in the oral cavity and jaws in Argentinean children and adolescents: a multicenter study	Pediatric oral lesions : a 15-year review from São Paulo, Brazil	Distribution of oral and maxillofacial lesions in pediatric patients from a Brazilian southern population	Oral pathology in children. Frequency, distribution and clinical significance	Levantamiento epidemiológico de lesiones patológicas en los tejidos blandos de la cavidad bucal de niños y adolescentes en Caracas
1	Título y resumen	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Introducción – antecedentes	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Objetivos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Diseño del estudio	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Contexto	1	1	1	1	1	1	1	1	1

6	Participantes	0	0	0	1	1	0	0	0	0
7	Variables	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Fuentes de datos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Medición	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Control de sesgos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Tamaño de muestra	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	Variables	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	Métodos estadísticos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Participantes – resultados	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Datos descriptivos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	Resultados principales	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Otros análisis	0	0	0	1	1	0	0	0	0
18	Resultados clave	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	Limitaciones	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	Interpretación	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	Generalización	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	Financiamiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tot al		18	18	18	20	20	18	18	18	18
		Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta

- Alta calidad: ≥ 11 puntos
- Calidad moderada: 7-10 puntos
- Baja calidad: ≤ 6 puntos

Anexo 2B. Evaluación de calidad metodológica de los estudios incluidos (CARE)

		Aggressive mandibular tumors in pediatric patients. Report of 4 cases	Carcinoma escamocelular de labio superior en paciente adolescente	Mandibular Ameloblastoma in a 10-year-old Child: Case Report and Review of the Literature	Adenomatoid odontogenic tumor in an unusual posterior maxillary location: a rare case report in a young male
1	Titulo	1	1	1	1
2	Palabras clave	1	1	1	1
3	resumen	1	1	1	1
4	Introducción	1	1	1	1
5	Información del paciente	1	1	1	1
6	Hallazgos clínicos	1	1	1	1
7	Línea temporal	0	0	0	1
8	Evaluación diagnóstica	1	1	1	1
9	Intervención terapéutica	1	1	1	1
10	Seguimiento y resultados	0	1	0	1
11	Discusión	1	1	1	1
12	Perspectiva del paciente	0	0	0	1
13	Consentimiento informado	1	0	1	1
Tot al		10	10	10	13
		Alta	Alta	Alta	Alta

- Alta calidad: ≥ 10 puntos
- Calidad moderada: 7-9 puntos
- Baja calidad: ≤ 6 puntos

Anexo 2C. Evaluación de calidad metodológica de los estudios incluidos (PRISMA)

	Impact of oral diseases on oral health-related quality of life in Latin America and the Caribbean: A systematic review
--	--

1	Titulo	1
2	Resumen estructurado	1
3	Justificación	1
4	Objetivos	1
5	Protocolo y registro	0
6	Criterios de elegibilidad	1
7	fuentes de información	1
8	Estrategia de búsqueda	1
9	Proceso de selección	1
10	Proceso de extracción	1
11	Variables de interés	1
12	Evaluación del riesgo de sesgo	1
13	Medidas de efecto	1
14	Métodos de síntesis	1
15	Evaluación de heterogeneidad	0
16	Evaluación de sesgo de publicación	0
17	Selección de estudios	1
18	Características de estudios	1
19	Riesgo de sesgo en estudios	1
20	Resultados individuales	1
21	Síntesis de resultados	1
22	Evaluación de certeza	0
23	Discusión general	1
24	Limitaciones	1
25	Conclusiones	1
26	Financiamiento	1
27	Conflicto de interés	1
Tota l		23
		Alta

- Alta calidad: > o = de 22 puntos
- Calidad moderada: 17-21 puntos
- Baja calidad: < o = 16 puntos

Anexo 2D. Evaluación de calidad metodológica de los estudios incluidos (JBI)

		Strengthening Collaborations in Latin America for Advancing Oral Cancer Research and Public Health Policies
1	Fuente claramente identificada	1

2	Autor con autoridad en el tema	1
3	Argumento lógico y estructurado	1
4	Evidencia que respalda las afirmaciones	1
5	Análisis crítico del tema	1
6	Conclusiones coherentes con el análisis	1
Tota l		6
		Alta

- Alta calidad: 6 puntos
- Calidad moderada: 4-5 puntos
- Baja calidad: < o = 3 puntos