



Neurofibroma mandibular en paciente joven, diagnóstico de lesión benigna. Revisión de literatura, reporte de caso

Mandibular neurofibroma in a young patient, diagnosed as a benign lesion. Literature review, case report

Neurofibroma mandibular em paciente jovem, diagnosticado como lesão benigna. Revisão de literatura, relato de caso

ARTÍCULO ORIGINAL



Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i25.466>

Carlos Adrián Prado Rondón 

cprador92@gmail.com

Pedro Colmenares 

pedrocol1992@gmail.com

Mónica Alejandra López 

monicalopezulacidola@gmail.com

Luis Alejandro Miele Campos 

odluismielec@gmail.com

Solirexzi Gregoria Alcalá 

solirexzigalcala@gmail.com

Alejandro Jose Chirinos 

alechmarcano2002@gmail.com

**Universidad Latinoamericana y del Caribe, Instituto Docente Odontológico López Arévalo.
Programa de especialización en cirugía bucal. Valencia, Venezuela**

Artículo recibido 4 de julio 2025 / Aceptado 28 de noviembre 2025 / Publicado 6 de enero 2026

RESUMEN

El neurofibroma es un tumor benigno de la vaina nerviosa cuya presencia en la región maxilofacial es poco frecuente, especialmente en pacientes jóvenes. En este informe, se presenta el caso de una paciente de 19 años con un neurofibroma mandibular, un hallazgo inusual a su edad. La paciente acudió a consulta debido a una tumefacción de crecimiento lento en la mandíbula. La evaluación clínica reveló una masa palpable, no dolorosa, firme y bien delimitada en la región mandibular izquierda, sin otros síntomas asociados. Se realizó una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), que mostró una lesión radiolúcida sin signos de reabsorción radicular ni expansión cortical. La biopsia incisional confirmó el diagnóstico de neurofibroma, y debido a su naturaleza benigna y la ausencia de síntomas, se optó por una biopsia excisional completa. El neurofibroma mandibular es poco común y su diagnóstico puede resultar un desafío debido a su ubicación atípica y su presentación clínica variable, lo que dificulta su diferenciación de otras lesiones orales. La CBCT es una herramienta fundamental para la evaluación tridimensional de lesiones maxilofaciales. No obstante, la biopsia incisional y excisional sigue siendo el Gold standard para el diagnóstico definitivo, permitiendo identificar la presencia de células de Schwann, fibroblastos y fibras nerviosas en una matriz fibrosa.

Palabras clave: Cirugía Oral; Neurofibroma; Biopsia; Tomografía Computarizada de Haz Cónico; Patología Oral

ABSTRACT

Neurofibroma is a benign tumor of the nerve sheath that is rarely found in the maxillofacial region, especially in young patients. This report presents the case of a 19-year-old female patient diagnosed with a mandibular neurofibroma, an uncommon finding at her age. The patient sought consultation due to a slow-growing swelling in the mandibular region. Clinical examination revealed a palpable, non-painful, firm, and well-defined mass in the left mandible, with no additional symptoms. A cone-beam computed tomography (CBCT) scan was performed, revealing a well-defined radiolucent lesion without signs of root resorption or cortical expansion. An incisional biopsy confirmed the diagnosis of neurofibroma. Given its benign nature and the absence of symptoms, a complete excisional biopsy was performed. Mandibular neurofibroma is rare and presents a diagnostic challenge due to its atypical location and variable clinical presentation, making differentiation from other oral lesions difficult. CBCT is a crucial tool for the three-dimensional evaluation of maxillofacial lesions. However, incisional and excisional biopsy remains the gold standard for definitive diagnosis, confirming the presence of Schwann cells, fibroblasts, and nerve fibers within a fibrous matrix.

Key words: Oral surgery; Neurofibroma; Biopsy; Cone-Beam Computed Tomography; Oral Pathology

RESUMO

Neurofibroma é um tumor benigno da bainha nervosa incomum na região maxilofacial, especialmente em pacientes jovens. Este relato apresenta o caso de uma paciente de 19 anos com neurofibroma mandibular, um achado incomum para sua idade. A paciente procurou atendimento médico devido a um aumento de volume na mandíbula de crescimento lento. A avaliação clínica revelou uma massa palpável, indolor, firme e bem circunscrita na região mandibular esquerda, sem outros sintomas associados. Uma tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) foi realizada, a qual mostrou uma lesão radiolúcida sem sinais de reabsorção radicular ou expansão cortical. Uma biópsia incisional confirmou o diagnóstico de neurofibroma e, devido à sua natureza benigna e ausência de sintomas, uma biópsia excisional completa foi realizada. O neurofibroma mandibular é incomum e seu diagnóstico pode ser desafiador devido à sua localização atípica e apresentação clínica variável, dificultando sua diferenciação com outras lesões orais. A TCFC é uma ferramenta fundamental para a avaliação tridimensional de lesões maxilofaciais. Entretanto, biópsias incisais e excisionais continuam sendo o padrão ouro para o diagnóstico definitivo, permitindo a identificação da presença de células de Schwann, fibroblastos e fibras nervosas dentro de uma matriz fibrosa.

Palavras-chave: Cirurgia Oral; Neurofibroma; Biópsia; Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico; Patologia Oral

INTRODUCCIÓN

El sistema nervioso periférico está compuesto por nervios y ganglios que se originan en el tronco encefálico o la médula espinal, extendiéndose por todo el cuerpo para proporcionar inervación somática y autonómica. Los nervios periféricos están formados por haces de axones recubiertos por células de Schwann, cuya función es la mielinización. Dentro de los tumores de la vaina de los nervios periféricos, se encuentran neoplasias tanto benignas como malignas, además de una categoría recientemente descrita: la neoplasia neurofibromatosis atípica con potencial biológico incierto (1).

La neurofibromatosis es una condición poco frecuente en la población general. Los neurofibromas son los tumores benignos más comunes dentro de esta patología y pueden presentar una gran variedad de manifestaciones clínicas, algunas de las cuales conllevan un riesgo de transformación maligna. Según el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, la neurofibromatosis afecta aproximadamente a 1 de cada 3.000 recién nacidos vivos a nivel mundial. Su origen es multifactorial, siendo el factor genético el principal determinante (2).

Esta enfermedad se clasifica en dos tipos principales:

Neurofibromatosis tipo I (NF1): descrita por primera vez por Von Recklinghausen en 1882, la NF1 es el síndrome neurocutáneo más frecuente.

Se debe a mutaciones en el gen NF1 (ubicado en el cromosoma 17q11.2), que se transmite de manera autosómica dominante con penetrancia completa y expresión fenotípica variable. Se estima que entre el 42 % y el 50 % de los casos presentan mutaciones espontáneas. Hasta la fecha, se han identificado más de 3.000 variantes genéticas del gen NF1, el cual codifica la proteína neurofibromina, un supresor de la vía pro-oncogénica RAS (3). La alteración de esta proteína puede generar afectaciones oftalmológicas, endocrinológicas, musculoesqueléticas, dermatológicas del sistema nervioso central y periférico, además de trastornos del aprendizaje y enfermedades autoinmunes (2, 4).

La NF1 pertenece al grupo de las rasopatías, lo que implica un mayor riesgo de desarrollar neoplasias benignas y malignas². Se estima que los pacientes con NF1 tienen un 59,6 % de riesgo de desarrollar cáncer a lo largo de su vida. Entre las neoplasias malignas más comunes en esta condición se encuentran el feocromocitoma, sarcomas (especialmente el tumor maligno de la vaina nerviosa periférica), melanoma, cáncer de mama (sobre todo en menores de 50 años), leucemia y tumores gastrointestinales (2).

Neurofibromatosis tipo II (NF2): Es un trastorno autosómico dominante caracterizado por la aparición de múltiples tumores que afectan el sistema nervioso central (SNC). Su manifestación más distintiva es la presencia de schwannomas vestibulares bilaterales en el 90 % al 95 % de los

pacientes. Además, alrededor del 50 % de los casos presentan meningiomas (5).

La NF2 se debe a mutaciones en el gen NF2, ubicado en el brazo largo del cromosoma 22 (22q12.2), que codifica la proteína merlin, un supresor tumoral presente en las células de Schwann del sistema nervioso (5, 6).

Aunque no es común, se pueden encontrar neurofibromas intraorales en pacientes con NF2, principalmente en lengua, paladar, piso de la boca, mucosa oral, labios y mandíbula. En la región de cabeza y cuello, estos tumores suelen localizarse en el nervio vago y la cadena simpática cervical (1, 7).

El diagnóstico de la neurofibromatosis tipo 1 se basa en criterios clínicos bien establecidos, los cuales han permanecido vigentes durante décadas (8). Para confirmar la enfermedad, deben cumplirse al menos dos de los siguientes criterios (9, 10).

Seis o más manchas café con leche de al menos 5 mm en pacientes prepúberales o 15 mm en pacientes pospúberales.

Dos o más neurofibromas de cualquier tipo o un neurofibroma plexiforme.

Presencia de pecas en axilas o ingle.

Glioma del nervio óptico.

Dos o más nódulos de Lisch (hamartomas en el iris).

Displasia del esfenoides o adelgazamiento de la cortical de los huesos largos con o sin pseudoartrosis.

Un familiar de primer grado con diagnóstico confirmado de NF1.

El estudio de los neurofibromas y su posible asociación con la neurofibromatosis es esencial para el diagnóstico y manejo oportuno de estas lesiones, en especial cuando aparecen en localizaciones poco frecuentes, como la región maxilofacial (8).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Debe Se presenta el caso de una paciente femenina de 19 años de edad, referida de consulta privada desde Cabruta estado Guárico, con un diagnóstico histopatológico previo de Neurofibroma quien se refirió al postgrado de Cirugía Bucal de ECB-ULAC-IDOLA debido a una tumoración asintomática en la hemiarcada mandibular izquierda con 12 meses de evolución, previa firma de consentimiento informado por la paciente, se procede al llenado de la historia clínica, sin antecedentes familiares de relevancia, sin patologías asociadas ni hábitos parafuncionales.

En la exploración clínica extraoral se evidenció manchas de color café en abdomen de lado derecho (ver Figura 1 A), se observó una lesión nodular, firme y de consistencia dura, con un tamaño aproximado de 2.5 x 1.5 cm, localizada en la región vestibular de la pieza 36, sin cambios en la coloración de la mucosa. La lesión estaba adherida

mediante un pedículo a la encía vestibular de la misma pieza dental (ver Figura 1 B y C).

Se indicaron estudios de imagen, incluyendo radiografía panorámica, en la que se evidenció una zona radiolúcida periapical en la región de la pieza 36, y una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), que mostró una zona hipodensa en relación con la misma pieza, sin signos de reabsorción radicular ni expansión de corticales óseas (ver Figura 2 A y B y 3 A y B).

Bajo anestesia local, se realizó una biopsia excisional. Para facilitar la extracción y evitar daños en la muestra, se utilizó una sutura de seda con un nudo colchonero, lo que permitió una adecuada tracción de la lesión. Se obtuvo una muestra de 2.5 x 1.5 cm, que fue fijada en formol al 10 % y enviada para su estudio histopatológico (ver Figura 4 y 5). Una vez finalizada la enucleación, se procedió a la evaluación clínica exhaustiva de la zona quirúrgica.

Se inspeccionó la cavidad ósea para descartar una posible extensión o conexión de la lesión con el nervio dentario inferior izquierdo. Tras confirmar que la lesión era autolimitada y no comprometía el trayecto del nervio, se procedió al cierre de la incisión. Finalmente, el colgajo mucoperióstico se reposicionó y se suturó en planos para asegurar un

cierre primario y una cicatrización adecuada (ver Figura 6). El objetivo principal de esta intervención quirúrgica fue la extracción dentaria junto con la remoción completa del tejido afectado para su análisis histopatológico, con el propósito de confirmar el diagnóstico definitivo. Esto permitiría establecer un tratamiento oportuno y adecuado, minimizando posibles complicaciones y favoreciendo un desenlace clínico favorable para el paciente, contribuyendo así a su bienestar y calidad de vida.

En el estudio histopatológico de la muestra de tejido blando se identifica una lesión de origen neural caracterizada por la presencia en la lámina propia de abundantes células fusiformes de citoplasma, eosinófilo circinante organizadas en fascículos compatibles con células de Schwann. También se identifican células ovoides sobre un estroma de tejido conectivo laxo constituido por focos de infiltrado inflamatorio mixto y abundantes vasos de pequeño y mediano calibre. Perivascularmente se identifican abundantes mastocitos. La lesión esta revestida por epitelio plano estratificado para queratinizado de espesor variable.

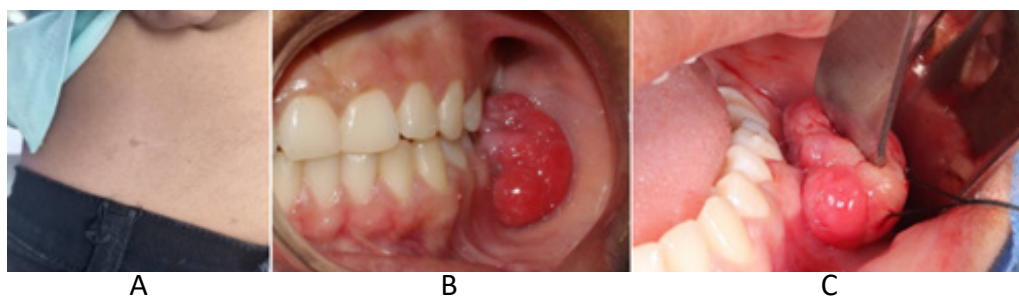


Figura 1. A. Mancha color café en abdomen B. Vista clínica de la lesión C. Sutura de tracción.

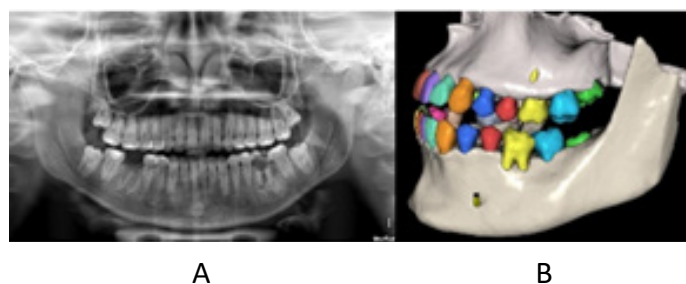


Figura 2. A. Rx. Panorámica. B. Renderización de la segmentación en cuadrante 3 donde se encuentra la lesión.

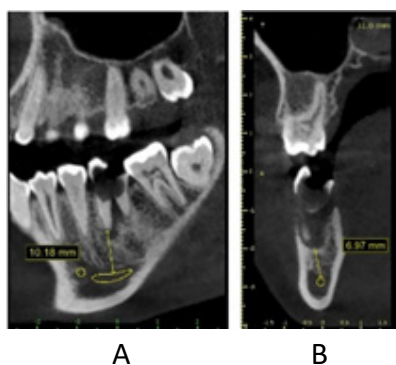


Figura 3. A. Corte transaxial y B. Corte sagital de medidas de lesión con respecto al nervio dentario izquierdo.



Figura 4. Incisión, sutura de tracción y vista clínica de la lesión.

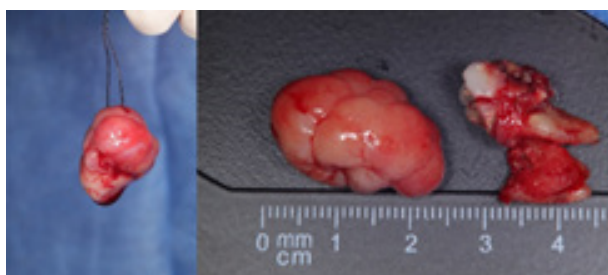


Figura 5. Fragmento de muestra para estudio histopatológico y restos radiculares.



Figura 6. Sutura de colgajo y cierre por planos.

Discusión

Deberá incluir de forma clara y sencilla el mensaje que aporta el caso o el reporte de casos a la práctica médico-quirúrgica, según sea el caso, incluyendo las recomendaciones para el manejo de los pacientes con características clínicas similares; así como proponer a forma de perspectiva la o las posibles líneas de investigación que podrían originarse de la comunicación del caso o reporte de casos clínicos. Los tumores de la vaina de los nervios periféricos abarcan un amplio espectro morfológico y biológico. Dentro de las neoplasias benignas, los más comunes son el neurofibroma y el schwannoma.

El neurofibroma cutáneo esporádico es el tipo más frecuente y suele manifestarse como

nódulos dérmicos o subcutáneos en el tronco y las extremidades. Sin embargo, el caso presentado corresponde a una paciente con un neurofibroma localizado en la mucosa oral, específicamente en la región mandibular izquierda, diagnóstico que fue confirmado mediante estudio histopatológico (1). El presente caso clínico es una lesión de origen neural con hallazgos histopatológicos de células fusiformes de citoplasma eosinófilo circinante organizadas en fascículos, compatibles con células de Schwann, así como la presencia de células ovoides, estroma de tejido conectivo laxo, infiltrado inflamatorio mixto, abundantes vasos de pequeño y mediano calibre, y mastocitos perivasculares, es altamente sugestivo de un neurofibroma. Estos hallazgos histopatológicos son consistentes con las

descripciones generales de los neurofibromas en la literatura (2).

Según el estudio de Del Puerto C. *et al.*, los neurofibromas son los tumores cutáneos más comunes en pacientes con neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Su reconocimiento clínico temprano es fundamental, ya que pueden presentarse en áreas menos habituales, como la cavidad oral, donde pueden generar complicaciones significativas que afectan la calidad de vida del paciente. Coincidiendo con lo expresado por Del Puerto, la identificación precoz de estas lesiones no solo permite un diagnóstico oportuno, sino que también facilita un manejo adecuado de los síntomas y mejora el pronóstico del paciente. Por ello, es fundamental que los profesionales de la salud, incluidos pediatras, neurólogos, dermatólogos, odontólogos, cirujanos bucales y maxilofaciales, estén familiarizados con estas patologías para facilitar su detección y tratamiento en estadios tempranos (2).

Estudios previos han documentado que los pacientes con neurofibromatosis pueden presentar alteraciones en los pares craneales VIII y X, así como afectaciones cardiovasculares, respiratorias, cognitivas y neurológicas. No obstante, en el presente caso clínico, la paciente no presentó anomalías en estos nervios ni alteraciones sistémicas significativas. Se identificaron, sin embargo, múltiples lesiones cutáneas en el

abdomen, el cuello y las extremidades superiores e inferiores. Desde el punto de vista psicosocial, los neurofibromas, al presentarse con frecuencia en la piel y en grandes cantidades, pueden ser altamente visibles y representar una carga emocional y social considerable para los pacientes. Sin embargo, su presentación clínica es variable e impredecible, lo que complica su diagnóstico y abordaje terapéutico en cada caso particular (1, 11).

Por otro lado, la rareza y localización del neurofibroma son tumores benignos comunes de origen neuronal (6), y representan aproximadamente el 5% de todos los tumores benignos de tejidos blandos (6). La región de la cabeza y el cuello es comúnmente afectada debido a su rica innervación (2, 6).

Sin embargo, los neurofibromas intraóseos solitarios de la cavidad oral son infrecuentes (6). Si bien la mandíbula es una localización más común para los tumores neurogénicos intraóseos debido a la presencia del nervio alveolar inferior, el neurofibroma intraóseo sigue siendo una entidad rara en esta ubicación (6). En contraste, el caso presentado por Guo, Wu (6) destaca la excepcional rareza de un neurofibroma intraóseo solitario en el maxilar. La escasez de casos reportados en la literatura inglesa de donde el Guo, Wu (6), realizaron su revisión y comparación de casos clínicos, subraya la importancia de documentar su caso presentado. Clínicamente, los neurofibromas

solitarios suelen ser lesiones asintomáticas e indoloras en las etapas iniciales.

En el caso reportado por Guo, Wu (6), el paciente de 22 años presentó una masa asintomática en el maxilar (6). Radiográficamente, pueden manifestarse como una lesión radiolúcida, bien delimitada, unilocular, con crecimiento expansivo que puede llevar a la perforación de la lámina cortical (6). Sin embargo, la ausencia de reabsorción o desplazamiento radicular de los dientes adyacentes, como se observó en el caso de Guo, Wu (6), es un hallazgo que puede ayudar a diferenciarlo de otras lesiones quísticas u odontogénicas. Es fundamental destacar que tanto las características clínicas como las radiográficas son a menudo inespecíficas, lo que hace que el diagnóstico definitivo sea un desafío para los clínicos. Esto enfatiza la necesidad de un diagnóstico basado en la histopatología y la inmunohistoquímica (6).

Desde el punto de vista diagnóstico, diferenciar clínicamente entre un neurofibroma y un schwannoma puede ser complejo, y en algunos casos, incluso el análisis histológico puede resultar desafiante. Características distintivas del schwannoma incluyen la presencia de cuerpos de Verocay y vasos sanguíneos hialinizados. Ambos tumores son positivos para la proteína S100, pero pueden diferenciarse mediante tinciones específicas, como CD34, que permite la

identificación de axones (1, 12). En concordancia con estos hallazgos, la evaluación histológica del caso clínico presentado mostró características de benignidad, confirmando su diagnóstico como neurofibroma mandibular (1).

El schwannoma, por su parte, es un tumor benigno de la vaina nerviosa periférica que suele localizarse en regiones laterocervicales y mediales, afectando principalmente los nervios del espacio retroestiloideo, la cadena simpática cervical, el plexo cervical y el plexo braquial. También pueden encontrarse en la región intraoral, con mayor frecuencia en la lengua, el paladar, el piso de la boca, la mucosa oral, los labios, parótida y la mandíbula (1, 13).

En el diagnóstico de tumores benignos de la vaina nerviosa periférica en la región cervicofacial, es crucial contar con una historia clínica detallada, ya que estas lesiones suelen ser de evolución lenta (1, 14).

El tratamiento de elección para estos tumores es quirúrgico, con escisión completa de la lesión, lo que disminuye significativamente el riesgo de recidiva. En lo posible, la cirugía debe ser lo más conservadora posible, evitando la resección de estructuras nerviosas. En casos donde sea necesario sacrificar el nervio o algunas de sus ramas, pueden realizarse injertos nerviosos para minimizar el impacto funcional. (1, 15).

En el caso presentado, la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) resultó ser una herramienta invaluable, proporcionando detalles cruciales sobre la lesión y su relación con las estructuras adyacentes. No obstante, la biopsia incisional y el análisis histopatológico siguen siendo el estándar de oro para la confirmación definitiva del diagnóstico, permitiendo identificar la presencia de células de Schwann, fibroblastos y fibras nerviosas dentro de una matriz fibrosa, hallazgos característicos del neurofibroma.

Este caso destaca la importancia de una evaluación clínica exhaustiva y el uso estratégico de herramientas de imagenología avanzada, como la CBCT, en la detección temprana de patologías bucales, incluido el neurofibroma mandibular. Un diagnóstico preciso y oportuno permite establecer un plan de tratamiento individualizado y multidisciplinario, mejorando así el pronóstico del paciente y reduciendo el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Si bien el seguimiento clínico y radiográfico periódico puede ser suficiente en algunos casos de neurofibromas asintomáticos, es fundamental reconocer que la evolución de estas lesiones puede ser impredecible. Por lo tanto, se recomienda un enfoque de vigilancia continua, así como una comunicación abierta con el paciente, para garantizar una detección temprana de cualquier cambio en la lesión.

Finalmente, este caso clínico se suma a la creciente evidencia que subraya la necesidad de continuar investigando y difundiendo conocimientos sobre el neurofibroma mandibular y otras variantes intraorales. La colaboración entre odontólogos generales, cirujanos bucales, maxilofaciales y patólogos bucales es fundamental para mejorar el diagnóstico y tratamiento de esta patología. Además, el desarrollo de registros estadísticos nacionales permitiría una mejor comprensión de su incidencia y características en Venezuela, facilitando la creación de protocolos de manejo estandarizados para optimizar la atención de los pacientes afectados.

La poca frecuencia del neurofibroma en la región maxilofacial, especialmente en pacientes jóvenes. El desafío diagnóstico que representa debido a su ubicación atípica y presentación clínica variable, lo que dificulta su diferenciación de otras lesiones orales. El papel crucial de la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) para la evaluación tridimensional, mientras subraya que la biopsia incisional y excisional sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico definitivo. La importancia del reconocimiento temprano y un enfoque diagnóstico integral, que involucre a diversos profesionales dentales y médicos, para un manejo oportuno y adecuado, para evitar el desarrollo de la lesión al tamaño alcanzado por no tratar en sus inicios.

La necesidad de continuar investigando y difundiendo conocimientos sobre el neurofibroma mandibular y otras variantes intraorales, haciendo hincapié en la colaboración entre especialistas dentales y médicos. El manejo quirúrgico del caso particular por su rareza y tamaño alcanzado.

AGRADECIMIENTOS. Al personal académico y de servicios del Instituto Docente López Arévalo (IDOLA).

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

FINANCIAMIENTO. Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento.

REFERENCIAS

1. Núñez J, Fagúndez L, Salazar J, Araujo S, Mota N, Cedeño M. Neoplasias del Sistema Nervioso Periférico en cabeza y cuello: casos clínicos revisión de la literatura. *Revista Venezolana De Oncología*. 2023;35(4):250-9. <https://www.redalyc.org/journal/3756/375675350006/375675350006.pdf>
2. Del Puerto C, Aspee M, Downey C. Neurofibromas en la Neurofibromatosis tipo I. Descripción de caso clínico y revisión de la literatura. *Andes pediátrica*. 2022 93(5):741-8. [Dishttp://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i5.4157](http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i5.4157)
3. Weiss B, Wolters P, Plotkin S, Widemann B, Tonsgard J, Blakeley J, et al. NF106: a neurofibromatosis clinical trials consortium phase II trial of the MEK inhibitor mirdametinib (PD-0325901) in adolescents and adults with NF1-related plexiform neurofibromas. *J Clin Oncol*. 2021;39(7):797-806. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.02220>.
4. Cartwright B, Corsar K. Neurofibroma of the hard palate. *BMJ Case Reports*. 2021;14(4):e239887. <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-239887>.
5. Tiwari R, Singh A. Neurofibromatosis type 2: StatPearls Publishing; 2017. <https://europepmc.org/article/nbk/nbk470350>.
6. Guo L, Wu C, Liang X, Han J. Solitary intraosseous neurofibroma of the oral cavity: rare localization in the maxilla. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):719. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04470-9>.
7. Sevrakov F, Isaev P, Panaseykin Y, Polkin V, Kupriyanova E. Isolated neurofibroma of the tongue. *Stomatologiia*. 2021;100(2):86-9. <https://doi.org/10.17116/stomat202110002186>.
8. Ramesh R, Siroraj P, Dcruz T, Jeyapriya M. Intraosseous schwannoma of mandible: a rare entity as an incidental finding on an orthopantomogram. *BMJ Case Reports*. 2022;15(6):e250192. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2022-250192>.
9. Barut O, Mukdad M, Danielsson K, Legrell P, Sjöström M. Giant cell granuloma and neurofibroma in the mandible of a patient with neurofibromatosis type 1: a long-term follow-up case report with radiological and surgical aspects and a review of the literature. *BMC Oral Health*. 2024; 24(1):792. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04543-9>.
10. Aloyouny A, Albagieh H, Alweteid A, Alsheddi M. Mandibular neurofibroma with osseous deformities in a 3-year-old child with neurofibromatosis type 1: a case report presentation and diagnosis. *Niger J Clin Pract*. 2021; 24(11):1755-7. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_421_20.
11. Fontana S, Menutti L, Borrego F, De Prato R, Corominas O. Isolated neurofibroma of oral cavity. An unusual manifestation case report. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2020;77(1):45-8. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n1.25244>.
12. Mendes P, Almeida A, Noronha F, Vargas P. Letter to editor regarding "hybrid neurofibroma/schwannoma of the oral cavity: a rare case report and literature review" by Leite et al. *Int J Surg Pathol*. 2023;31(6):1163-5. <https://doi.org/10.1177/10668969221129891>.

- 13.** Taketomi T, Nakamura K, Teratani Y, Matsuo K, Kusakawa J. Solitary neurofibroma of the hard palate: A case report and literature review. Am J Case Rep. 2021;22. <https://doi.org/10.12659/AJCR.929674>.
- 14.** Behrad S, Sohanian S, Ghanbarzadegan A. Solitary intraosseous neurofibroma of the mandible: report of an extremely rare histopathologic feature. Indian J Pathol Microbiol. 2020;63(2):276-8. https://doi.org/10.4103/IJPM.IJPM_28_19.
- 15.** Almeida A, Linhares B, Almeida L, Assunção J, Paes O, Vargas P. Hybrid neurofibroma/schwannoma of the oral cavity: a rare case report and literature review. Int J Surg Pathol. 2023; 31(5):695-701. <https://doi.org/10.1177/10668969221117978>.