

A Case Report

Primary intraosseous squamous cell carcinoma of the maxilla: a case report

Yasaman Sabaghzadegan[✉], Zahra Roustaeizade Shooroki[✉], Arezoo Heidary^{*✉}

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 19 Jul 2025

Revised: 24 Jul 2025

Accepted: 29 Jul 2025

ePublished: 12 Nov 2025

Keywords:

- Squamous cell carcinoma
- Carcinoma
- Maxilla
- Trauma

Abstract

Squamous cell carcinoma is the most common neoplasm that affects the head and neck region. Primary intraosseous squamous cell carcinoma is a rare malignant tumor that arises within the jaws. The aim of the present study is to report a case of primary intraosseous squamous cell carcinoma of the maxilla. A 42-year-old female patient referred to the Department of Oral Diseases of Yazd Faculty of Dentistry with a complaint of receding gums due to trauma in the past month. In the intraoral examination, a polypoid exophytic mass was observed in the upper left jaw area with a homogeneous surface measuring 3 x 2.5 cm extending from the distal tooth 1 to the distal tooth 3 on the upper left side. A periapical X-ray was requested for the patient, in which a radiolucent lesion with unclear and irregular boundaries was observed extending from the distal tooth 1 to the distal tooth 3 on the upper left side with periodontal ligament widening and root resorption of the second upper left tooth. There was no history of risky behavior or smoking and alcohol consumption in the patient's social history. In the extra-oral evaluation, left submandibular lymphadenopathy was palpated, which was firm and non-tender. The patient underwent an incisional biopsy and the biopsy result showed squamous cell carcinoma.

Practical Implications. Squamous cell carcinoma can be observed at any age in both genders, even without known risk factors. Early diagnosis and timely treatment can lead to a better outcome and prognosis.

How to cite this article: Sabaghzadegan Y, Roustaeizade Shooroki Z, Heidary A. Primary intraosseous squamous cell carcinoma of the maxilla: a case report. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2025;47(5):580-585. doi: 10.34172/mj.025.35086. Persian.

Extended Abstract

Background

Head and neck cancers are the sixth most common cancer worldwide, with 630000 new cases annually and 350000 deaths each year. Squamous cell carcinoma (SCC) accounts for more than 90% of these malignancies. In most studies, it has been reported in men, and it is more common in middle-aged and older adults. Continuous exposure to various risk factors, including tobacco use, alcohol consumption, and human papillomavirus infection, can cause the development of potentially malignant lesions that ultimately lead to SCC. Primary intraosseous squamous cell carcinoma (PIOSCC) is

a rare malignant tumor that arises within the jaws, does not initially involve the oral mucosa, and arises from odontogenic epithelial remnants. Its exact pathogenesis remains unknown, and no risk factors have been clearly identified. Alcohol and tobacco abuse do not appear to be classic factors, unlike oral squamous cell carcinoma. Accurate diagnosis is challenging due to the lack of pathognomonic findings and also the requirement of ruling out the possibility of a metastatic primary tumor at a distant site. Symptoms are nonspecific and depend on the location, size, and invasiveness of the tumor. Pain, swelling, sensory disturbances

*Corresponding author; Email: arezooheidary84@yahoo.com

© 2025 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

(due to the involvement of inferior alveolar nerve), and odontogenic disorders are commonly found. Primary intraosseous squamous cell carcinoma often shows some radiological features, including osteolytic bone erosion with cortical bone perforation, periosteal reaction, infiltration of the inferior alveolar nerve, and a floating teeth appearance, which should lead to a precise diagnostic approach if identified. Early diagnosis is indeed a key to a better prognosis of this lesion. The prognosis for PIOSCC is generally unfavorable, characterized by a poor survival rate and a tendency to relapse. In fact, a significant number of patients have been poorly treated because of initial misdiagnosis. Positive lymph node metastases, high histological grade, and advanced N-classification serve as important prognostic indicators for PIOSCC, all of which are associated with poor outcomes. In addition, cases of SCC originating from cysts have a more favorable prognosis compared with those arising *de novo*. Approximately 40% of patients have a relapse during follow-up, and the recurrence rate does not improve over time. Surgery remains the primary treatment for OSCC. Surgical management of cervical lymph nodes in patients with OSCC, especially those on the contralateral side of the neck, has been controversial. We report a case of primary oral squamous cell carcinoma with local destruction of the anterior maxilla in a patient who presented with gingival recession. The purpose of reporting this case is to make dentists more familiar with this lesion because this carcinoma is rare and late diagnosis can delay treatment and lead to complications following more invasive treatments.

Case Presentation

A 42-year-old female patient referred to the Department of Oral Diseases of Yazd Dental School with complaints of gingival recession following trauma in the past month. The patient also mentioned that she only experienced pain and burning when the area was stimulated. Intraoral examination revealed a lesion in the form of an exophytic polypoid mass in the left maxillary region with a homogeneous surface measuring 3 x 2.5 cm extending from the distal tooth 1 to the distal tooth

3 on the left. The patient's medical history did not include any systemic disease or specific medication. She had no family history of systemic disease or cancer, and she did not report any specific habits, smoking, or alcohol consumption. Extraoral examination revealed no asymmetry in the face and neck, but a mobile and painful lymph node measuring 1 x 1 cm was palpated in the left submandibular region, which was probably reactive lymphadenitis. The patient was asked to have a periapical radiograph, which showed a radiolucent lesion with ill-defined and irregular borders extending from the distal tooth 1 to the distal tooth 3 on the left upper side with widening of the PDL and root resorption of tooth 2 on the left upper side. In the differential diagnosis, metastatic tumors, intraosseous squamous cell carcinoma, intraosseous salivary gland tumors such as mucoepidermoid carcinoma and lymphoma, and other mesenchymal tumors were considered. The patient was referred to an oral and maxillofacial surgeon for biopsy, who initially underwent an incisional biopsy. Since the histopathological examination showed SCC, she underwent surgery again for complete resection and margin removal. Additionally, the patient underwent 30 sessions of radiotherapy. The biopsy result showed microscopic invasion and neoplastic proliferation of islands and plates of dysplastic squamous solitary cells with numerous atypical mitoses in a fibrovascular background, with severe lymphoplasmacytic inflammatory cell infiltration. Formation of multiple keratin pearls was also visible. Moreover, in the received tissue, proliferation of islands and plates of neoplastic squamous cells with nuclear hyperchromatism, some degree of pleomorphism, increased nuclear to cytoplasmic ratio, and scattered mitotic figures were evident. The patient was followed up for 3 years after surgery, and no evidence of recurrence was observed.

Conclusion

SCC can occur at any age in both genders, even without known risk factors. Early diagnosis and timely treatment can lead to better outcomes and prognosis. Follow-up of patients is essential to monitor for recurrence and metastasis.

کارسینوم اولیه سلول سنگفرشی داخل استخوانی در ناحیه ماگزیلا: گزارش موردی

یاسمن صباغ‌زادگان^۱، زهرا روستایی‌زاده شورکی^۲، آرزو حیدری^{۳*}

گروه بیماری‌های دهان فک و صورت، دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

چکیده

کارسینوم سلول سنگفرشی شایع‌ترین نئوپلاسم ناحیه سر و گردن است. نوع اولیه داخل استخوانی آن، یک تومور بدخیم و نادر است که در استخوان فک‌ها ایجاد می‌شود. هدف از مطالعه حاضر، گزارش یک مورد کارسینوم سلول سنگفرشی اولیه داخل استخوانی در فک بالا است. بیمار خانم ۴۲ ساله‌ای بود که با شکایت از عقب‌رفتگی لثه در پی ضربه، به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندان‌پزشکی یزد مراجعه کرد. در معاینه داخل دهانی، یک توده آگزوفیتیک پولیپوئیدی با سطح همگن و ابعاد ۳ در ۲/۵ سانتی‌متر در ناحیه خلفی فک بالای چپ، از ناحیه دیستال دندان شماره ۱ تا دیستال دندان شماره ۳ مشاهده شد. در رادیوگرافی پری‌اپیکال، ضایعه‌ای رادیولوسنت با مرزهای نامنظم و نامشخص در همان ناحیه مشاهده گردید که با پهن شدن فضای لیگامان پرپودنتال و تحلیل ریشه دندان دوم بالا در سمت چپ همراه بود. در شرح حال اجتماعی بیمار، سابقه‌ای از رفتارهای پرخطر یا مصرف سیگار و الکل گزارش نشد. در معاینه خارج دهانی، لنفادنوپاتی زیر فکی چپ به صورت سفت و غیرحساس لمس گردید.

پیامدهای عملی. کارسینوم سلول سنگفرشی می‌تواند در هر سن و در هر دو جنس، حتی در غیاب عوامل خطر شناخته شده بروز کند. تشخیص زود هنگام و درمان به موقع، نقش مهمی در بهبود پیش‌آگهی و کاهش عوارض بیماری دارد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۴/۲۸
اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۵/۲
پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۷
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۸/۲۱

کلید واژه‌ها:

- کارسینوم سلول سنگفرشی
- کارسینوم
- فک بالا
- تروما

مقدمه

کارسینوم سلول سنگفرشی دهان، مصرف الکل و تنباکو در این نوع، عامل خطر کلاسیکی محسوب نمی‌شود. به دلیل نادر بودن این تومور، تشخیص آن چالش برانگیز است؛ چرا که فاقد یافته‌های پاتوگنومونیک مشخص بوده و مستلزم رد احتمال متاستاز از سایر نواحی بدن است.^۱ علایم بالینی آن غیراختصاصی است و بسته به محل، اندازه و میزان تهاجم تومور متفاوت است. از جمله تظاهرات شایع می‌توان به درد، تورم، اختلالات حسی (به ویژه در صورت درگیری عصب آلوئولار تحتانی) و تغییرات ادنتوژنیک اشاره کرد.^۲ از نظر رادیولوژیک، کارسینوم سلول سنگفرشی اولیه داخل استخوانی اغلب با ویژگی‌هایی همچون تحلیل استخوان استئولیتیک همراه با پرفوراسیون استخوان کورتیکال، واکنش پریوستی، درگیری عصب آلوئولار تحتانی و نمای دندان معلق در هوا همراه است. مشاهده چنین یافته‌هایی باید منجر به بررسی تشخیص دقیق و سریع گردد، زیرا تشخیص زودهنگام نقش کلیدی در بهبود پیش‌آگهی این ضایعه دارد.^۳ پیش‌آگهی کارسینوم سلول سنگفرشی اولیه داخل استخوانی عموماً نامطلوب است و با نرخ بقای پایین و تمایل زیاد به عود

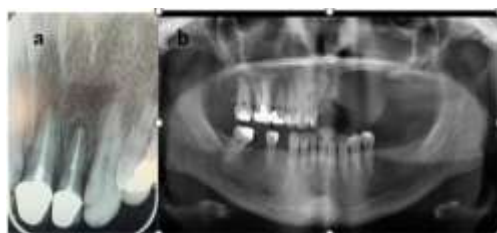
سرطان‌های سر و گردن ششمین سرطان شایع در جهان محسوب می‌شوند و سالانه حدود ۶۳۰۰۰۰ مورد جدید از آنها گزارش می‌شود که منجر به بیش از ۳۵۰۰۰۰ مورد مرگ‌ومیر در سال می‌گردد. در میان این بدخیمی‌ها، بیش از ۹۰ درصد موارد را کارسینوم سلول سنگفرشی (Squamous Cell Carcinoma; SCC) تشکیل می‌دهد. در اکثر مطالعات بیان شده که این کارسینوم در مردان و در سنین میان‌سالی و مسن شایع‌تر است.^۴ قرار گرفتن مداوم در معرض عوامل خطر مختلف از جمله تنباکو و الکل و ویروس پاپیلومای انسانی می‌تواند منجر به بروز ضایعات بالقوه بدخیم شده و در نهایت باعث ایجاد کارسینوم سلول سنگفرشی شود.^۳ کارسینوم سلول سنگفرشی اولیه داخل استخوانی (Primary Intraosseous Squamous Cell Carcinoma; PIOSCC) یک تومور بدخیم و نادر است که در درون استخوان فک ایجاد می‌شود، بدون آنکه در مراحل اولیه مخاط دهان را درگیر کند. این تومور از بقایای اپی‌تلیال ادنتوژنیک منشأ می‌گیرد. پاتوژنز دقیق آن هنوز به‌طور کامل شناخته نشده است و هیچ عامل خطر مشخصی برای آن شناسایی نشده است. برخلاف

*نویسنده مسؤول: ایمیل: arezoheidary84@yahoo.com

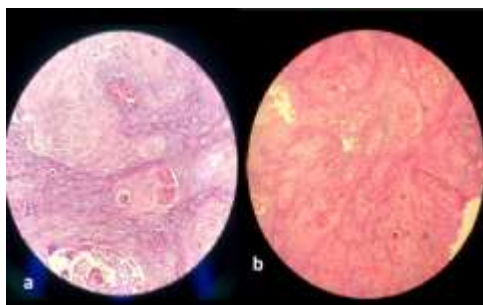
تومور غدد بزاقی داخل استخوانی مثل موکوپایدرموئیدکارسینوما و لنفوم و سایر تومورهای مزانشیمال مطرح شد. بیمار جهت بیوپسی به متخصص جراحی فک و صورت ارجاع شد که ابتدا تحت بیوپسی اینسیژنال قرار گرفت و چون در بررسی هیستوپاتولوژیک نتیجه SCC بود، مجدد جهت برداشت کامل و حذف مارجین‌ها تحت جراحی قرار گرفت و همچنین ۳۰ جلسه تحت رادیوتراپی قرار گرفت (شکل ۳). جواب بیوپسی با توصیف میکروسکوپی تهاجم و پرولیفراسیون نئوپلاستیک جزایر صفحات و سلول‌های انفرادی سنگفرشی دیسپلاستیک با میتوزهای آتیپیک متعدد در یک زمینه فیبروواسکولار، واجد ارتشاح شدید سلول‌های التهابی لنفوپلاسماسلی مشهود است. تشکیل مرواریدهای کراتینی متعدد نیز قابل مشاهده است. همچنین در بافت دریافتی پرولیفراسیون جزایر و صفحات سلول سنگفرشی نئوپلاستیک دارای هایپرکروماتیسیم هسته، درجاتی از پلئومورفیسم، افزایش نسبت هسته به سیتوپلاسم و اشکال میتوتیک پراکنده مشهود است (شکل ۴). بیمار تا ۳ سال بعد از جراحی فالوآپ شد و هیچ گونه شواهدی از عود مشاهده نگردید.



شکل ۱. نمای داخل دهانی



شکل ۲. نمای رادیوگرافی: a: پری اپیکال b: پانورامیک



شکل ۳. نمای هیستوپاتولوژیک - a: $\times 40$ - b: $\times 10$

همراه می‌باشد. در واقع بخش قابل توجهی از بیماران به دلیل نادرست بودن تشخیص اولیه درمان مؤثری دریافت نمی‌کنند. وجود متاستاز لنف نودی مثبت، گرید بافت‌شناسی بالا و مرحله پیشرفته N از شاخص‌های مهم پیش‌آگهی ضعیف در این بیماران محسوب می‌شوند. علاوه بر این، مواردی از کارسینوم سلول سنگفرشی که از کیست‌های ادنتوژنیک منشا می‌گیرند، نسبت به مواردی که به صورت de novo ایجاد می‌شوند، پیش‌آگهی بهتری دارند.^{۴,۳} حدود ۴۰ درصد بیماران طی دوره پیگیری دچار عود بیماری می‌شوند و متأسفانه این میزان در طول زمان بهبود چندانی نداشته است.^۵ جراحی همچنان درمان اولیه برای OSCC است. مدیریت جراحی لنف نودهای گردنی در بیماران مبتلا به OSCC به‌ویژه مواردی که در طرف مقابل گردن هست، بحث برانگیز بوده است.^۶ در ادامه گزارشی از کارسینوم اولیه سلول سنگفرشی دهان همراه با تخریب موضعی قدام ماگزیلا در بیماری که به علت پسرفت لثه مراجعه نموده ارایه می‌گردد. هدف از گزارش این مورد، آشنایی بیشتر دندان‌پزشکان با این ضایعه است؛ زیرا این کارسینوم نادر بوده و تشخیص دیر هنگام می‌تواند موجب تعویق درمان و مشکلات متعاقب درمان‌های تهاجمی‌تر شود.

گزارش مورد

بیمار خانم ۴۲ ساله با شکایت از پسرفت لثه به دنبال تروما از یک ماه پیش به بخش بیماری‌های دهان دانشکده دندانپزشکی یزد مراجعه کرد. بیمار هم چنین ذکر می‌کرد که فقط در زمان تحریک ناحیه، دچار درد و سوزش می‌شود. در معاینه داخل دهانی یک ضایعه به صورت توده اگزوفیتیک پلی پوئید در ناحیه فک بالا سمت چپ با سطح نان هموژن به ابعاد ۳ در ۲/۵ سانتی‌متر از دیستال دندان ۱ تا دیستال دندان ۳ بالا سمت چپ کشیده شده بود، مشاهده شد (شکل ۱). در تاریخچه پزشکی بیمار سابقه هیچ بیماری سیستمیک یا مصرف داروی خاصی وجود نداشت، تاریخچه خانوادگی بیماری سیستمیک یا سرطان نداشت و عادات خاص یا استعمال دخانیات و مصرف الکل را بیان نمی‌کرد. در معاینه خارج دهانی آسیمتری در صورت و گردن دیده نشد اما یک لنف نود متحرک و دردناک در ناحیه ساب مندیبل چپ به ابعاد ۱×۱ سانتی‌متر لمس شد که احتمالاً لنفادنیت واکنشی بود. برای بیمار درخواست گرافی پری اپیکال شد که در آن ضایعه‌ای رادیولوسنت با حدود نامشخص و نامنظم از دیستال دندان ۱ تا دیستال دندان ۳ بالا سمت چپ با گشادی PDL و تحلیل ریشه دندان ۲ بالا سمت چپ مشاهده شد (شکل ۲). در تشخیص افتراقی، موارد تومور متاستاتیک، کارسینوم سلول سنگفرشی داخل استخوانی و

بحث

پرفوریشن پلیت باکال و لینگوال مشاهده شد. آنتونیو و همکاران موردی از کارسینوم سلول سنگفرشی لته‌ای در خانم ۶۱ ساله با رشد سریع و دردناک در لته مجاور دندان شماره ۲ و ۱ بالا راست با خروج چرک گزارش نمودند.^{۱۱} در مطالعه کشاوا ضایعه دسکوماتیو در لته فک پایین یک مرد ۴۸ ساله با سابقه جویدن تنباکو روزی یک‌بار به مدت ۱۰ سال مشاهده شد.^{۱۲} در معاینه خارج دهانی تندرست در لمس لنف نودهای ساب‌مندیولار و ساب‌منتال گزارش شد. یک ضایعه لته‌ای دسکوماتیو در لته مارژینال و لته چسبیده در ناحیه دندان ۳۵ تا ۳۷ با ابعاد حدودی ۳/۵×۱ سانتی‌متر با رنگ قرمز روشن همراه با مارژین با کمی برآمدگی و خونریزی خفیف در تحریک مشاهده شد. گرافی تحلیل استخوان افقی در مزایال دندان ۳۵ را نشان داد اما تخریب شدیدی در ناحیه مشاهده نشد. تشخیص افتراقی شامل کارسینوم سلول سنگفرشی، لیکن پلان اروزیو، پمفیگوس و اپیدرمولیز بولوزا بود. در مطالعه حاضر، ضایعه به‌صورت توده اگزوفیتیک با سطح غیرهمگن در ناحیه ماگزایلا سمت چپ مجاور دندان‌های ۲ و ۳ بالا با ابعاد تقریبی ۲/۵×۳ سانتی‌متر مشاهده گردید. درمان کارسینوم سلول سنگفرشی بر اساس مرحله بیماری و وضعیت بالینی می‌تواند شامل جراحی، رزکشن، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی باشد. در مطالعه تان، ضایعه با لیزر CO₂ برداشته شد اما پس از سه ماه عود کرد.^۳ در مطالعه کانکو، رزکشن فک و رادیوتراپی کمکی انجام شد و بیمار پس از شش ماه بدون عارضه بود.^{۱۳،۱۴} در مطالعه ای‌جی^۸ جراحی باعث ایجاد نقص بافتی شد که بازسازی ترمیمی لب انجام گردید. در مطالعه آنتونیو و همکاران، پس از بیوپسی و جراحی برداشت کامل، لنف نودها حذف و رادیوتراپی انجام شد و بیمار تا سه سال بدون عود پیگیری شد.^{۱۱} در مطالعه کشاوا نیز، بیمار پس از بیوپسی، کشیدن دندان‌های درگیر و استئوتومی محدود تحت درمان قرار گرفت و به‌دلیل مرحله اولیه بیماری، نیازی به شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی نداشت.^{۱۲} در مطالعه حاضر نیز بیمار تحت رزکشن جراحی و رادیوتراپی تکمیلی قرار گرفت و هر شش ماه پیگیری شد. پس از گذشت دو سال هیچ نشانه‌ای از عود یا متاستاز مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری

کارسینوم سلول سنگفرشی می‌تواند در هر سن و جنس، حتی بدون داشتن عوامل خطر شناخته شده مشاهده شود. تشخیص سریع و درمان به موقع می‌تواند منجر به نتیجه و پروگنوز بهتر گردد. پیگیری بیماران جهت بررسی عود ضایعه و متاستاز ضروری می‌باشد.

کارسینوم سلول سنگفرشی دهانی شایع‌ترین بدخیمی در ناحیه سر و گردن است و معمولاً در مردان میانسال و سالمند بروز می‌کند. مواجهه مداوم با عوامل خطر مختلف مانند تنباکو، الکل و ویروس پاپیلومای انسانی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در بروز ضایعات پیش بدخیم و در نهایت کارسینوم سلول سنگفرشی محسوب می‌شود.^{۷،۳} کارسینوم سلول سنگفرشی اولیه داخل استخوانی از تومورهای بسیار نادر اما شناخته شده دهانی است که از بقایای اپی‌تلیال ادنتوژنیک منشا می‌گیرد، به‌صورت موضعی تهاجمی است و معمولاً پیش‌آگهی ضعیفی دارد. در اغلب بیماران، این ضایعه به‌صورت توده برجسته (۵۰٪) یا به‌صورت زخم (۴۲/۸٪) ظاهر می‌یابد.^۹ در مطالعه چادهری و همکاران^۶ موردی از کارسینوم سلول سنگفرشی در یک مرد ۲۱ ساله، در مطالعه ای‌جی و همکاران^۸ در مردی ۴۹ ساله و در مطالعه موهانتی در مردی ۳۵ ساله گزارش شد؛ در حالی که در مطالعه حاضر، ضایعه در خانمی ۴۲ ساله مشاهده گردید که از نظر جنسی و سنی کمتر شایع است.^{۱۲} در برخی مطالعات^{۴،۷،۱۰،۱۱} هیچ عامل خطر شناخته شده‌ای گزارش نشد، در حالی که در پژوهش‌های دیگر سابقه جویدن تنباکو به عنوان عامل خطر گزارش شده است.^{۱۳،۹} همچنین در مطالعه موهانتی و همکاران، یک مورد کارسینوم سلول سنگفرشی منشا گرفته از کیست کراتوسیستیک معرفی شد.^{۱۲} بیمار حاضر هیچ‌گونه عامل خطر شناخته شده‌ای نداشت و تنها سابقه تروما به ناحیه را از یک ماه پیش گزارش کرد. از نظر بالینی، کارسینوم سلول سنگفرشی اولیه داخل استخوانی معمولاً به صورت ضایعات سفید-قرمز با سطح ناهموار ظاهر می‌یابد. در مراحل اولیه ممکن است بدون درد باشد، اما با پیشرفت ضایعه درد، زخم، ندول یا چسبندگی بافتی ایجاد می‌شود و زخم همچنان علامت تبیین این نوع کارسینوم به شمار می‌آید.^۳ در مطالعه چادهری و همکاران، ضایعه به شکل ندول بدون درد در لب پایین با افزایش تدریجی اندازه و گاه خونریزی گزارش شد.^۶ در مطالعه کانکو،^۱ تومور در سمت چپ مندیبل با تورم و شکستگی فک همراه بود. در مطالعه ای‌جی یک زخم بدون بهبود در لب پایین طی شش ماه افزایش اندازه داشت و به حدود ۲×۲/۵ سانتی‌متر رسید.^۸ در مطالعه کالوین تورم در ناحیه باکال چپ، اریتم خفیف در رترومولر پد و ضایعه کیست مانند در پانورامیک مشاهده شد.^۴ دندان در ناحیه در لمس دردناک بود اما خروج چرک مشاهده نشد. هیچ تحلیل دندان‌های در گرافی قابل رویت نبود. به نظر می‌رسد عصب آلوئار تحتانی به سمت پایین جابجا شده است. در سی‌تی اسکن ضایعه با اندازه ۱۵×۲۸ میلی‌متر با تهاجم به عصب و

قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشکده دندانپزشکی یزد سپاسگزاریم.

اطلاعات در دسترس عموم نیست اما در صورت درخواست معقول
ارایه می‌شود.

مشارکت پدیدآوران

یاسمن صباغ‌زادگان؛ طراحی اثر، جمع‌آوری داده‌ها، زهرا
روستایی‌زاده؛ تحلیل و تفسیر داده‌ها، نقد و بررسی و آرزو حیدری
تهیه پیش‌نویس را بر عهده داشته‌اند.

ملاحظات اخلاقی

برای رعایت اصول اخلاقی از بیمار رضایت‌نامه قانونی گرفته
شده است. همچنین پژوهش انجام شده با کد اخلاق
IR.SSU.DENTISTRY.REC.1403.102 در دندانپزشکی
دانشگاه علوم پزشکی یزد تأیید شده است.

منابع مالی

این تحقیق هیچ‌گونه حامی مالی نداشته است.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌کنند هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

دسترس‌پذیری داده‌ها

تمام داده‌های ایجاد شده در این مطالعه در مقاله گنجانده شده
است. داده‌های ایجاد شده در مطالعه فعلی به دلیل محرمانه بودن

References

1. Rijju J, Thomas S, Rajan R. Squamous Cell Carcinoma of Mandible in a 10-year-old girl. *International Journal of Head and Neck Surgery*. 2019;8(4):150-2. doi:10.5005/jp-journals-10001-1325
2. Lopes Dias J, Borges A, Lima Rego R. Primary intraosseous squamous cell carcinoma of the mandible: a case with atypical imaging features. *BJR| case reports*. 2016;2(4):20150276. doi: 10.1259/bjrcr.20150276
3. Tan Y, Wang Z, Xu M, Li B, Huang Z, Qin S, et al. Oral squamous cell carcinomas: state of the field and emerging directions. *International journal of oral science*. 2023;15(1):44. doi: 10.1038/s41368-023-00249-w
4. Calvin W, Ullmann N, Toure G. Pathological Fracture on a Cyst-Like Mandibular Lesion Revealing a Primary Intraosseous Squamous Cell Carcinoma: A Rare Clinical Case and Review of the Literature. *Cureus*. 2024;16(8):e65967.
5. Capote-Moreno A, Brabyn P, Muñoz-Guerra MF, Sastre-Pérez J, Escorial-Hernandez V, Rodríguez-Campo FJ, et al. Oral squamous cell carcinoma: epidemiological study and risk factor assessment based on a 39-year series. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2020;49(12):1525-34. doi: 10.1016/j.ijom.2020.03.009.
6. Badwelan M, Muaddi H, Ahmed A, Lee KT, Tran SD. Oral Squamous Cell Carcinoma and Concomitant Primary Tumors, What Do We Know? A Review of the Literature. *Curr Oncol*. 2023;30(4):3721-34. doi: 10.3390/curroncol30040283.
7. Chaudhary S, Bansal C, Chaudhary K, Riya R. Unusual Presentation of Squamous Cell Carcinoma in a Young Male: Clinicopathological Insights and Considerations. *Indian J Surg Oncol*. 2024;15(3):541-3. doi: 10.1007/s13193-024-019 31-z.
8. Vandana Ajay S, Wadewale SN, Gupta C, Pawar SS, Bhola N, Pipare V, et al. Utilizing the Fujimori Gate Flap for the Reconstruction of Squamous Cell Carcinoma: A Case Report. *Cureus*. 2024;16(7):e65348. doi: 10.7759/cureus.65348.
9. Mohanty S, Bansal N, Verma A, Urs AB. Mandibular primary intraosseous carcinoma arising from long-standing odontogenic keratocyst. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2024;137(2):e8-e15. doi: 10.1016/j.oooo.2023.07.012.
10. Kaneko T, Kanno C, Yamazaki M, Yaginuma S. New induction chemotherapy using intra-arterial infusion for tongue squamous cell carcinoma to avoid reconstructive surgery: A 6 case reports. *Natl J Maxillofac Surg*. 2024;15(2):316-8. doi: 10.4103/njms.njms_14_24.
11. Cabral LA, de Carvalho LF, Salgado JA, Brandão AA, Almeida JD. Gingival squamous cell carcinoma: a case report. *J Oral Maxillofac Res*. 2010;1(3):e6. doi: 10.5037/jomr.2010.1306.
12. Keshava A, Gugwad S, Baad R, Patel R. Gingival squamous cell carcinoma mimicking as a desquamative lesion. *J Indian Soc Periodontol*. 2016;20(1):75-8. doi: 10.4103/0972-124X.164765.