

# Fibro-odontoma ameloblastico: a propósito de un caso

## *Report of a case of Fibrous Ameloblastic Odontoma*

P. Reyes Olave<sup>1</sup>, C. Álvarez Novoa<sup>2</sup>, C. Muñoz Torres<sup>3</sup>

**Resumen:** *Introducción.* El fibroodontoma ameloblastico (FOA) es un tumor odontogénico benigno poco frecuente, con características generales de fibroma ameloblastico, pero con cantidades variables de tejido calcificado. Se encuentra habitualmente asociado a piezas dentarias incluidas y su incidencia es ligeramente mayor en el maxilar inferior. *Material y método.* Paciente de 17 años que consulta por una lesión ubicada a nivel del ángulo mandibular derecho, encontrada como hallazgo radiológico. Luego de realizar exámenes físicos, radiológicos e histológicos es diagnosticado un FOA, el cual es eliminado quirúrgicamente. *Resultados.* A pesar de que el paciente se encontraba dentro del rango de edad y localización típica de un (FOA), el diagnóstico definitivo se pudo alcanzar solo con el estudio histopatológico de la pieza operatoria, posterior a la cirugía. *Discusión.* El diagnóstico de FOA frecuentemente puede generar confusión tanto desde el punto de vista clínico-radiológico como histopatológico, este es una entidad difícilmente diferenciable de OIC. Como ocurrió en este caso, las diferencias pueden ser detectadas a partir de un estudio histopatológico. *Conclusión.* FOA es una entidad independiente de un OIC y su diagnóstico depende en gran parte de los hallazgos histológicos, y de la correlación clínico-radiológica realizada al momento de enfrentar esta patología.

**Palabras clave:** Fibroodontoma ameloblastico; Odontoma complejo inmaduro.

Recibido: 15.07.2008

Aceptado: 25.08.2009

**Abstract:** *Introduction.* Fibrous Ameloblastic Odontoma (FAO) is an uncommon benign odontogenic tumor whose characteristics are generally similar to those of an ameloblastic fibroma except that that it has varying amounts of calcified tissue. It is usually found associated with compacted teeth and its incidence is slightly more common in the inferior maxilla. *Materials and Methods.* 17-year-old patient goes to the doctor because of a lesion located near the right mandible angle, found in an X-ray. After performing a physical exam, histological tests and taking images it was diagnosed as FAO and then surgically removed. *Results.* Although the patient fell into the typical age range and they FAO was located in the typical area, the definitive diagnostic could only be decided until after the results of the histological study of the removed tooth were reviewed. *Discussion.* FAO diagnosis normally creates confusion from both a histological and a clinical radiographic point of view. It is difficult differentiate between FAO and Complex Immature Odontoma (OIC). Like in this case, the differences are detected later when the histological study is complete. *Conclusion.* FAO is independent from OIC and its diagnostic greatly depends on the histological discoveries and the clinical radiographic correlation carried out when the pathology is first dealt with.

**Key words:** Fibrous Ameloblastic Odontoma; Complex Immature Odontoma.

1 Cirujano Maxilofacial.

2 Cirujano Dentista.

3 Cirujano Maxilofacial.

Universidad de Talca. Chile

**Correspondencia:**

Carolina Álvarez

Universidad de Talca. Chile

## Introducción

El fibroodontoma ameloblastico (FOA) es un tumor odontogénico benigno poco frecuente, con características generales de fibroma ameloblastico, pero presenta además cantidades variables de tejido calcificado.<sup>1</sup> La frecuencia de aparición es de 1 a 3% considerando todos los tumores odontogénicos, su incidencia es ligeramente mayor en el maxilar inferior con localización más frecuente en la región premolar y molar del mismo. Se presenta generalmente en las dos primeras décadas de vida, sin predilección significativa por sexo. Clínicamente asintomático, causa habitualmente alteración de la erupción dental.<sup>4</sup> El diagnóstico de FOA frecuentemente puede generar confusión tanto desde el punto de vista clínico-radiológico como histopatológico. La semejanza entre las distintas entidades patológicas, la distribución y cantidad de tejidos odontogénicos, pueden llevar a cometer errores diagnósticos. El siguiente artículo describe un caso de FOA, sus características clínicas e histológicas en un paciente chileno de 17 años de edad, enfatizando el análisis diagnóstico, incluyendo además los aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos.

## Caso clínico

Paciente varón, 17 años de edad, derivado al Servicio de Cirugía Maxilofacial de la Universidad de Talca, por presentar una lesión a nivel del ángulo mandibular derecho, revelada en una telerradiografía lateral cervical de control, posterior a un accidente automovilístico.

El paciente no refirió antecedentes personales ni familiares. Los antecedentes de tabaco, alcohol y drogas eran negativos, al igual que la ingesta de medicamentos o alergias a los mismos. Al examen físico general tampoco presentó compromiso. Al examen clínico extraoral no se observaron alteraciones estéticas ni funcionales. A la palpación intraoral se encontró un leve aumento de volumen en la zona posterior del vestíbulo mandibular.

En el estudio radiológico convencional se observa una extensa imagen unilocular de densidad mixta, con predominio radiopaco, rodeada por una banda radiolúcida de



**Figura 1.** Fotografía clínica extraoral, donde se aprecia que no existe manifestación extraoral.

**Figure 1.** Extra oral clinical Photograph, note that there is no extra oral manifestation.



**Figura 2.** La telerradiografía cervical tomada posterior al accidente automovilístico, muestra una lesión radiopaca en la zona del ángulo mandibular derecho.

**Figure 2.** Cervical teleradiograph taken after the automobile accident, it shows a radiopaque lesion in the right mandible angle.

## Introduction

Fibrous Ameloblastic Odontoma (FAO) is an uncommon benign odontogenic tumor that has characteristics similar to those of Ameloblastic Fibroma. The difference is that it has variable amounts of calcified tissue.<sup>1</sup> Its incidence of appearance is from 1-3%. Compared with all odontogenic tumors its incidence is slightly higher in the inferior maxilla and its location is most common in the premolar and molar region of the maxilla. They are normally found in the first twenty years of ones life, they are equally as common in men as in women. It is clinically asymptomatic and caused by change of the dental eruption.<sup>4</sup> FAO diagnosis can cause confusion from the clinical radiographic point of view as well as a histological point of view. The similarities between these distinct pathological entities, the distribution and quantity of the odontogenic tissues can cause diagnostic errors. The following article describes a case of FAO in a 17 year old male Chilean patient and its clinical and histological characteristics patient. This study emphasizes the diagnostic analysis, also including clinical, image and histopathological aspects.

## Clinical Case

Male patient, 17 years-old, goes to the Maxillofacial Surgery Service at the University of Talca because of a lesion on his right mandible angle. The lesion was dis-

covered during a routine lateral cervical teleradiography after an automobile accident.

límites netos corticalizados ubicada en la zona de la pieza 48, sobreproyectada parcialmente en raíces de pieza 47 (Fig. 3) con abombamiento de tablas óseas y con rechazo de la pieza 48 hacia distal y cefálico. El canal mandibular se encontraba desplazado hacia el borde basilar en el segmento correspondiente al cuerpo mandibular y rechazado a distal en la rama ascendente.

El estudio se complementó con una tomografía axial computarizada observando una lesión hiperdensa, de límites netos y corticalizados, con ensanchamiento de las tablas óseas. Sus dimensiones fueron: en sentido ántero-posterior 25,9 mm, en sentido vestíbulo palatino 21 mm y 28,3 mm de diámetro mayor céfalo caudal.

La adquisición de las imágenes fue procesada con el software Dentascán®, obteniéndose reconstrucciones axiales, panorex y transversales del área de interés, mediante el cual se ratifica la cercanía al canal mandibular, además del compromiso de ambas tablas (Fig. 5).

El diagnóstico diferencial para este caso fue odontoma complejo inmaduro, fibroodontoma ameloblastico, tumor odontogénico epitelial calcificante y quiste odontogénico epitelial calcificante.

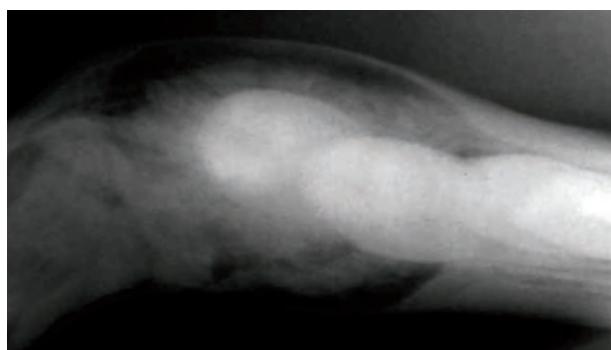
Posterior al estudio radiológico, se procedió a realizar una biopsia incisional bajo anestesia local, que incluyó tanto tejidos blandos como duros, observándose tejido calcificado de tipo dentinario, con áreas de menor calcificación y tejido conjuntivo fibroso laxo que semejaba retículo estrellado del órgano dentario. En la periferia se observaba tejido conjuntivo fibroso y algunas áreas pequeñas que mostraban epitelio de origen odontogénico con presencia de células periféricas cilíndricas del tipo ameloblastos. La muestra era irregular y no presentaba estructura de dentículos. De acuerdo a esto, el diagnóstico histológico fue una lesión compatible con odontoma en formación con presencia de cambios ameloblasticas.

La enucleación de la lesión se realizó bajo anestesia general, por medio de un abordaje extraoral a nivel del ángulo mandibular derecho para facilitar la modelación y posterior colocación de una osteosíntesis rígida. De esta forma se accedió a la zona afectada, encontrando una tabla vestibular muy disminuida, la que fue retirada para dar paso a la exposición y completa eliminación de la lesión (Figs. 6 y 7), concluyendo con un curetaje del lecho quirúrgico. El remanente de tejido óseo sano era muy pobre por lo que se planificó la colocación de una placa de reconstrucción 2,4 a nivel de ángulo y cuerpo mandibular para otorgar una mayor resistencia y evitar una fractura patológica. No se planificó el injerto inmediato debido a la posibilidad de recidiva.



**Figura 3.** En la ortopantomografía se observa la lesión de límites netos corticalizados, de densidad mixta, con un mayor predominio radiopaco.

**Figure 3.** We observe a lesion with corticalized net borders, mixed density with large radiopaque predominance.



**Figura 4.** Radiografía oclusal oblicua, se observa expansión de las tablas vestibular y lingual y diente 48 incluido, desplazado hacia distal por la lesión.

**Figure 4.** Occlusal oblique radiograph, expansion of vestibular lingual and included 48 dental tables, displaced by the lesion towards the distal.

The patient did not report any prior personal or family diseases. He did not smoke, drink alcohol or take drugs, nor medications of any kind. The physical exam did not reveal anything suspicious either. The extra oral clinical exam didn't show any signs of aesthetic or functional changes. Upon palpation there was a small augment in the volume of the zone posterior to the mandible vestibule.

There was an extensive unilocular image was seen in the X-ray. It had mixed density, was radiopaque, surrounded by a radio lucid band with corticalized nets located near the 4.8 tooth, partially over projecting the roots of the 4.7 tooth (Fig. 3). The boney table balloons and rejects the 4.8 tooth towards the distal cephalic. The mandible canal is found displaced towards the basilar border of the corresponding part of the mandible body and rejecting the distal of the ascending ramus.

The study was complimented with a CAT that found a hyper dense lesion, with net and cortical limits, enlargement of the bone tables. Its dimensions were: from anterior to posterior 25.9 mm, from vestibule to playtime 21 mm and 28.3 mm was the largest cephalous caudal diameter.

Acquiring the images was done using processing software called Dentascán®. It provides axial reconstruction, panorex and transversals of the area that can be used to change the proximity to the mandible canal and also the commitment of both tables (Fig. 5).

The differential diagnostic for this case was complete immature odontoma, ameloblastic fibro odontoma, calcified epithelial odontogenic tumor, and calcified epithelial odontogenic cyst.

After the radiological study a biopsy was carried out. The incision was made under local anesthetic that included both soft and hard tissues. Calcified dental tissue with less calcified areas and loose fibrous connective tissue was observed, it was similar to stellate reticulum of the dental organ. In the peripheral we see fibrous connective tissue and some small areas that show odontogenic epithelium that show signs of ameloblastic cylindrical peripheral cells. The sample was

En el examen histopatológico de la pieza operatoria se observó una mayor cantidad de tejido ameloblastico por lo que se concluyó el diagnóstico de Fibro-odontoma Ameloblastico (Figs. 8 y 9).

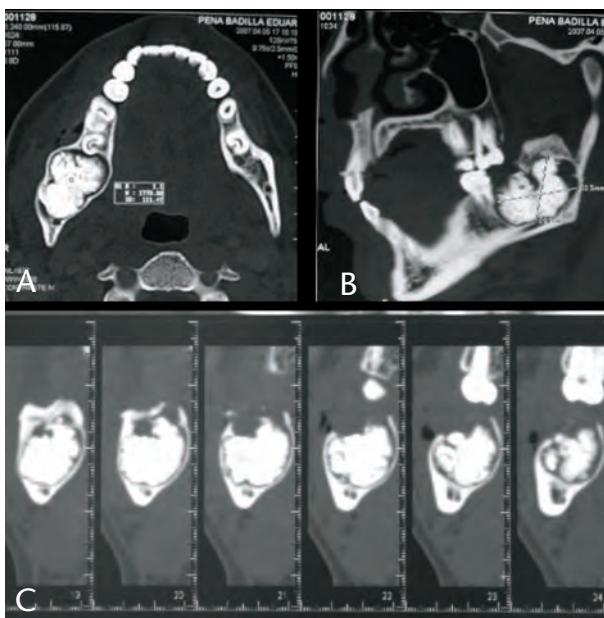
La cicatrización se produjo sin inconvenientes. A pesar de que esta lesión presenta un bajo porcentaje de recurrencia, el paciente es controlado regularmente y no ha habido signos de ella, hasta la fecha.

## Discusión

El FOA es un tumor odontogénico benigno mixto, definido por la OMS como una lesión similar al fibroma ameloblastico con cambios inductivos que estimulan la formación de esmalte y dentina, encontrado normalmente en pacientes jóvenes, sin una predilección por género.<sup>8</sup> Las lesiones usualmente son diagnosticadas durante la primera y segunda décadas de vida, siendo los 12 años, la edad promedio de acuerdo a lo descrito en la literatura. Los principales signos clínicos que presenta son aumento de volumen indoloro en la región afectada y alteración de la erupción dentaria. No se han encontrado evidencias de malignización.<sup>6</sup>

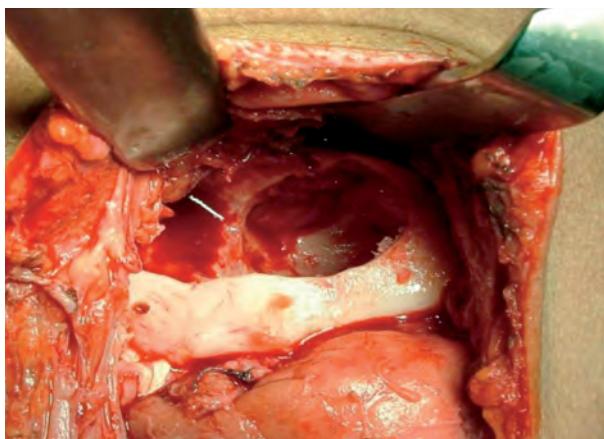
Radiológicamente se observa un área radiolúcida bien definida que contiene en su interior cantidades indefinidas de material radiopaco de irregular tamaño y forma. La extensión de las áreas radiopacas y radiolúcidas difieren de una lesión a otra, dificultando muchas veces su diagnóstico, en ocasiones la cantidad de material mineralizado predomina semejando un odontoma complejo.<sup>6</sup> Puede producir una variable expansión de las corticales y encontrarse asociado a una pieza retenida, a la cual puede desplazar o interferir en su erupción.

Histológicamente el FOA se caracteriza por presentar cordones y nidos de epitelio mezclado con una cantidad variable de tejido calcificado en un estroma mixomatoso, por tanto podría considerarse como una combinación histológica entre el fibroma ameloblastico (FA)<sup>2</sup> y el odontoma complejo (OC).<sup>6</sup> La etiología se desconoce, aunque algunos autores sugieren que el FOA representa un (OC) inmaduro, que se encuentra en un periodo de diferenciación histológica, y por tanto después de un tiempo indeterminado se transforma



**Figura 5.** Tomografía Computada (aplicación software dentascan) a) Imagen axial donde se observa la expansión vestibulo-lingual en la zona mandibular posterior, b) Imagen para sagital, se puede ver las dimensiones de la lesión y el adelgazamiento del borde basilar, c) Imágenes transversales de mandíbula de la zona del ángulo derecho que muestra la cercanía con el canal mandibular.

**Figure 5.** Computerized Tomography (dentascan application software) Axial image where we see the vestibule lingual expansion in the posterior mandible area, b) Sagittal image we see the lesions' dimensions and the thinning of the basilar border, c) Transversal images of the mandible in the right angle zone that shows the closeness of the mandibular canal.



**Figura 6.** Lecho quirúrgico posterior a la enucleación de la lesión, abordado mediante cervicotomía.

**Figure 6.** Surgical bed after lesion enucleation, approached using cervicotomy.

irregular and there were no denticle structures. According to this, the histological diagnosis was a compatible lesion with forming odontoma and ameloblastic changes.

The enucleation of the lesion was carried out under general anesthetic, using an extra oral approach to the right mandible angle to allow for modeling and placement of a rigid osteosynthesis. In this way we accede to the affected area where we find a disappearing vestibular table. We removed it so that the lesion could be seen and completely removed (Fig. 6 and 7), and finally we performed curettage of the surgical floor. The remaining healthy bone tissue was very poor so a 2.4 reconstruction plate was placed near the angle and body of the mandible to grant more resistance and avoid a pathological fracture. The graft wasn't scheduled immediately due to the possibility of relapse.

In the histopathological test the operated tooth had a higher quantity of ameloblastic tissue which leads us to a diagnosis of Ameloblastic Fibro odontoma (Fig. 8 and 9).

There were no complications healing the wound. Although this lesion has a low recurrence rate, the patient is regularly tested and there were no signs of recurrence to date.

## Discussion

The FAO is a mixed odontogenic benign tumor. OMS defines it as a lesion that is similar to ameloblastic fibroma with inductive changes that stimulate the formation of enamel and dentine. It is usually found in young patients who

ría en un (OC) maduro o completamente diferenciado. De acuerdo a esto, los datos clínicos a cerca de cada una de dichas entidades deberían respaldar esta teoría, es decir, el FOA debería presentarse en pacientes más jóvenes y el (OC) en los de edad más avanzada. Además, la predilección por el sexo y distribución de estas lesiones debería ser la misma.<sup>13</sup>

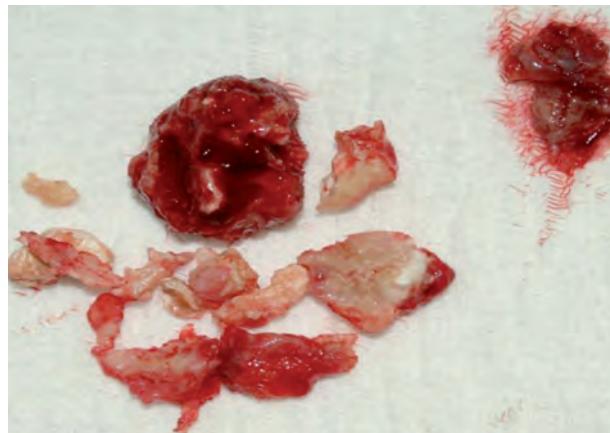
Al igual que durante el estudio de este caso, por su similitud clínica y radiológica es que ambas entidades patológicas deberían ser consideradas diagnósticos diferenciales, ya que cuando el FOA reúne todas las características clínicas, de localización, edad e imagen radiológica, el diagnóstico inicial es bastante sencillo<sup>4,6</sup> sin embargo, cuando no coincide alguna de las características se complica el diagnóstico inicial (presuntivo). En el presente caso, aunque el paciente se encontraba dentro del rango de edad y localización típica de un (FOA), el diagnóstico definitivo se alcanzó con el estudio histopatológico de la pieza operatoria, en el que se encontró una masa tumoral rodeada por una cápsula fibrosa compuesta por una matriz de tejido conectivo fibroblástico conteniendo cordones de epitelio odontogénico y estructuras dentarias inmaduras, incluyendo esmalte y dentina, diferenciándose finalmente de un odontoma complejo en el que también se observan depósitos de dentina, esmalte, matriz del esmalte, cemento y tejido pulpar<sup>15</sup> dispuestos totalmente al azar, pero con una menor cantidad de tejido epitelial y conectivo.

El diagnóstico diferencial incluyó además, lesiones con patrones radiológicos mixtos como un tumor odontogénico epitelial calcificante y quiste odontogénico calcificante,<sup>10</sup> entidades que también se relacionan con piezas dentarias retenidas y son similares al FOA en localización,<sup>14</sup> sin embargo su histología es totalmente distinta.

El tratamiento de elección para esta entidad es la cirugía conservadora, realizando un curetaje del lecho quirúrgico, para disminuir al mínimo la posibilidad de recidiva. Existen artículos de estas en cirugías de enucleación, sin curetaje y con preservación de la pieza incluida, precauciones que fueron tomadas al tratar este caso.<sup>6,5</sup>

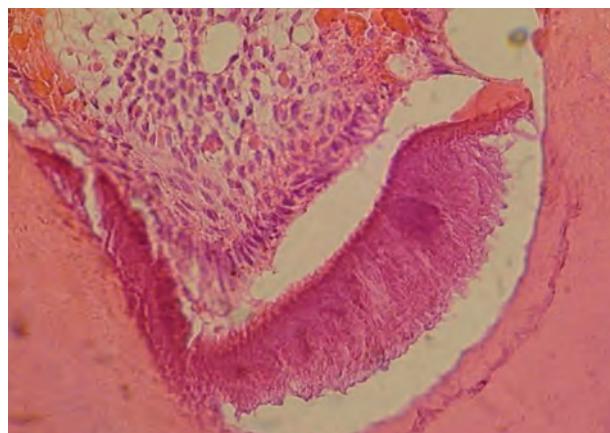
## Conclusión

Después de lo analizado se puede concluir, que el diagnóstico de estas patologías depende en gran parte de los hallazgos histo-



**Figura 7.** Pieza patológica completa, compuesta principalmente de tejido duro y menor cantidad de tejido blando que rodeaba esta lesión.

**Figure 7.** Complete pathology, made up of mainly hard tissue and poor quality soft tissue that surrounds this lesion.



**Figura 8.** Se observa predominio de tejido dentario, con presencia de matriz de esmalte no mineralizada, células ameloblasticas y tejido conjuntivo que recuerda el retículo estrellado de órgano dentario.

**Figure 8.** We see predominant dental tissue, presence of non mineralized enamel matrix, ameloblastic cells and connective tissue that remind the stellate reticulum.

have no genetic predisposition.<sup>8</sup> The lesions are usually diagnosed during the first 10 or 20 years of life, 12 was the average age in the literature. The main clinical signs are a painless increase in volume in the affected region and changes in dental eruption. There has been no evidence of malignization.<sup>6</sup> The X-Ray shows a well defined radio lucid area that has undefined interior quantities of radiopaque materials that are irregular in size and shape. The extension of these radiopaque and radio lucid areas differs from one lesion to the next making it difficult to diagnose. Sometimes the quantity of mineralized material prevails resembling complex odontoma.<sup>6</sup> It can create variable expansion of the corticals and become associated with a retained tooth, which can have its eruption interrupted or be displaced.

The FAO is histologically characterized by having cords and nidus of epithelium mixed with a variable amount of calcified tissue in a myxomatous stroma, hence it could be considered to be a combination of ameloblastic fibroma (AF)<sup>2</sup> and complex odontoma (CO).<sup>6</sup> The etiology is unknown,

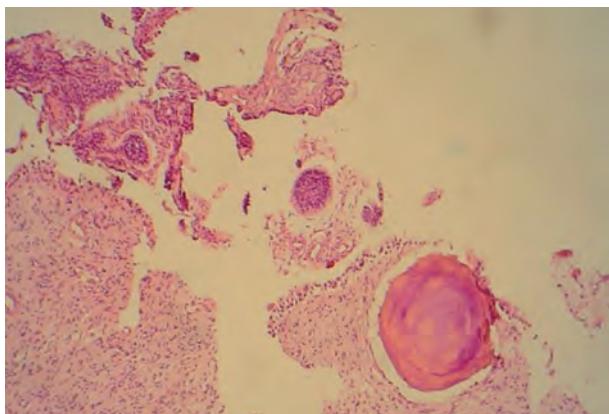
although many authors suggest that FAO is an immature CO that is found in a histological differentiation period and hence after an undetermined period of time it would transform into a mature or completely differentiated odontoma. In accordance with this, the clinical data for each one of these entities should back up this theory. In other words the FAO should be found in younger patients and CO should be found in older patients. Furthermore the predisposition based on sex and distribution of these lesions should be the same.<sup>13</sup>

Just like during this case study, because of its clinical and radiological similarity both pathological entities should be considered differential diagnosis. Since when FAO reunites all the clinical characteristics of location, age and X-ray the initial diagnosis is pretty simple.<sup>4,6</sup> However when one of

lógicos, y de la correlación clínico-radio- lógico que hagamos al momento de enfrentarnos ante una de estas entidades ya que a pesar de las similitudes histopatológicas existentes entre el FAO y OC, ambos se presentan como lesiones independientes, diferenciables histológicamente.

## Bibliografía

- Arab Oghli A, Scuto I, Ziegler C, Flechtenmacher C, Hofele C. A large ameloblastic fibro-odontoma of the right mandible. *Med Oral Patol Oral cir bucal* 2007; 12:E34-37.
- Azúa-Romeo J, Saura Fillat E, Usón Bouthezier T, Tovar Lázaro M, Azúa Blanco J. Fibroma ameloblastico versus quiste folicular hiperplásico. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2004;26.
- Leon Barnes JW, Eveson W, Rechsteiner P, Sidransky D. Pathology & Genetics. Head and Neck Tumours. *World Health Organization Classification of Tumours*. Lyon, 2005.
- Carvalho G, Correia B, Carvalho E, Rebello M, Pereira S, Santiago R. Case Report: Ameloblastic Fibro-Odontoma. *Oral Oncology Extra* 2006;42:217-20.
- Casap N, Zeltser R, Abu-Tair J, Shteyer A. Removal of a Large Odontoma by Sagittal Split Osteotomy. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:1833-6.
- Chang H, Shimizu M, Precious D. Ameloblastic Fibro-Odontoma: a case Report. *J Can Dent Assoc* 2002;68:243-6.
- Domínguez Cuadrado L, Martín-Granizo López R. Análisis clínico, radiológico e histológico de los fibromas cemento-ostificantes de los maxilares. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2004;26.
- Furst I, Pharoah M, Phillips J. Recurrence of an ameloblastic fibroodontoma in a 9-year-old boy. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57:620-3.
- Huguet P, Castellvi J, Avila M, Alejo M, Autonell F, Basas C, et al. Ameloblastic fibrosarcoma: report of a case. Immunohistochemical study and review of the literature. *Med Oral* 2001;6:173-9.
- Morales B, Carvajal L. Quiste odontogénico calcificante (Quiste de Gorlin). Reporte de un caso y su seguimiento. Revisión de la literatura. *Revista ADM* 1999;2:83-7.
- Regezi JA, Sciubba JJ. Patología Bucal. *Correlaciones Clinicopatológicas*. México. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. 2004.
- Nikolaos Sakkas N, Schramm A, y cols. The Ameloblastic Fibroodontoma of the Maxilla: Case Report of a Child with Schimmelpenning-Feuerstein-Mims Syndrome/Skin-Eye-Brain-Heart Syndrome. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64:524-7.
- Shafer W, Levy B, Maynard H. *Tratado de Patología Bucal*. México. Nueva Editorial Interamericana 1986.
- Wood N, Goaz P. *Diagnóstico Diferencial de las Lesiones Orales y Maxilofaciales*. Madrid 1999.
- Yagishita H, Taya Y, Kanri Y, Matsuo A, Nonaka H, Fujita H, Aoba T. The secretion of amelogenins is associated with the induction of enamel and dentinoid in an ameloblastic fibro-odontoma. *J Oral Pathol Med* 2001;30:499-503.



**Figura 9.** Se observa tejido conjuntivo con abundantes fibroblastos, aspecto mixomatoso, nódulo de tejido calcificado y epitelio odontogénico de tipo ameloblastico.

**Figure 9.** Connective tissue with abundant fibroblasts, myxomatous aspect, nodule of calcified tissue and ameloblastic odontogenic epithelium.

the characteristics doesn't coincide it complicates the initial diagnosis (presumptive). In this case, although the patient was within the age range and typical location for FAO, the definitive diagnosis was reached when the histological study was performed of the operated tooth. The tumor mass was found surrounded by a fibrous capsule compounded by a matrix of fibroblastic connective tissue chords and odontogenic epithelium and immature dental structures including enamel and dentine. Finally differentiating itself from a complex odontoma. Dentine

deposits, enamel, cement and pulp tissue were totally available at random, but with less quantity of epithelial and connective tissue.

The differential diagnosis also includes lesions that have mixed radiographic patterns like a calcified epithelial odontogenic tumor and a calcified odontogenic cyst.<sup>10</sup> These entities are also related to retained teeth and have locations similar to those of FAO, however, its histology is completely different.

The treatment of choice for this entity is conservative surgery, performing a tedious curettage of the surgical floor to decrease the possibility of relapse as much as possible. There are reports of enucleation surgeries without curettage that preserve the included tooth, which were precautions that were taken when treating this case.<sup>6,5</sup>

## Conclusion

After analysis we conclude that the diagnosis of these pathologies depends a lot on the histological discoveries and the clinical/radiographic correlation that we do when faced with one of these entities. Despite the histological similarities between FAO and CO, both are independent lesions that can be histologically differentiated.