



Facultad Ciencias de la Salud

Tema:

Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: Presentación de caso clínico

Trabajo de titulación para la obtención del título de odontólogo general

Presentado por:

Kamila Alejandra Quisirumbay Pérez

Tutor:

Dra. María Viviana Mora Astorga

Quito, diciembre de 2024

Resumen

Introducción: Los odontomas conocidos como tumores benignos comúnmente hamartomatosos son frecuentes sobre la corona de un diente no erupcionado, lo cual impide a este último su erupción, o entre las raíces de dientes ya erupcionados, produciendo agenesia de dientes permanentes; también se pueden desplazar hacia las paredes del seno maxilar, al seno maxilar e incluso a cavidad nasal. **Objetivo:** Exponer el caso clínico de un paciente de 44 años que fue atendido en la clínica de odontología de la Universidad Hemisferios. **Materiales y métodos:** Descripción de caso clínico, paciente de sexo masculino, de 44 años, durante la anamnesis mostró molestias en el órgano dental 37, resultados negativos para antecedentes patológicos personales y familiares. Durante la valoración radiográfica, observamos la presencia de odontoma, así como de dientes supernumerarios y órganos dentales incluidos, los cuales se encontraban próximos a otras piezas dentales y cercanía anatómica de importancia con el seno maxilar. **Resultados:** Tras la intervención quirúrgica y el análisis histopatológico, confirmamos el diagnóstico de odontoma. **Conclusiones:** Se expuso el abordaje quirúrgico del odontoma compuesto en base a la evidencia bibliográfica disponible, identificando como posibles causas la presencia de procesos inflamatorios, restos epiteliales de Malassez, traumatismos de la primera dentición, el cual debe ser enucleado para evitar complicaciones locales como el desplazamiento de piezas dentales, destrucción ósea, formación de lesiones quísticas o tumorales.

Palabras clave: *Odontoma, anomalías dentarias, maxilar, tratamiento quirúrgico*

Declaración de aceptación de norma ética y derechos

El presente documento se ciñe a las normas éticas y reglamentarias de la Universidad Hemisferios. Así, declaro que lo contenido en este ha sido redactado con entera sujeción al respeto de los derechos de autor, citando adecuadamente las fuentes. Por tal motivo, autorizo a la Biblioteca a que haga pública su disponibilidad para lectura dentro de la institución, a la vez que autorizo el uso comercial de mi obra a la Universidad Hemisferios, siempre y cuando se me reconozca el cuarenta por ciento (40%) de los beneficios económicos resultantes de esta explotación.

Además, me comprometo a hacer constar, por todos los medios de publicación, difusión y distribución, que mi obra fue producida en el ámbito académico de la Universidad Hemisferios.

De comprobarse que no cumplí con las estipulaciones éticas, incurriendo en caso de plagio, me someto a las determinaciones que la propia Universidad plantee.

Nombre: Kamila Alejandra Quisirumbay Pérez

Cédula: 1754030235

Dedicatoria

Agradezco a Dios por cada nuevo amanecer y por guiar mi camino de vida.

A mis padres Santiago y Margarita, quienes siempre me brindaron su amor y apoyo incondicional, mi padre, mi primer paciente, quién confió en mí al ser mi conejillo de indias.

A mis segundos padres Jorge y Dennys quienes desde pequeña me criaron y enseñaron todas los valores y virtudes que tengo y a ellos agradezco por ser la mujer que ahora soy.

A mis abuelitos Jaime e Iralda por siempre estar pendientes de mí y nunca faltarme su amor y apoyo.

A mis hermanos Daniela y Julián por ser mi inspiración a ser mejor cada día, por su amor, por su complicidad y sobre todo su compañía.

A mi familia por su apoyo, comprensión, por cada granito de arena que me motivó a continuar con mis sueños.

A mis angelitos en el cielo con quienes me gustaría compartir este triunfo, se los dedico hasta el cielo.

A Emilio quien me enseñó el valor de la paciencia, me ayudó a confiar en mí y por ser quien me acompañó durante todo este camino.

A la Doctora Viviana Mora, quien ha sido un ejemplo para seguir y una gran inspiración como profesional, me motivó a creer en mí misma y dar lo mejor de mí; de igual manera a todos mis maestros, quienes cada día me hicieron amar esta profesión con cada enseñanza y cada práctica.

A Lucas y Cocoa, mis compañeros de cuatro patas, por acompañarme en cada desvelada, por no dejarme sola al luchar por este sueño, quienes me esperaban pacientemente hasta ir a dormir.

Índice

Resumen.....	2
Declaración de aceptación de norma ética y derechos.....	3
Dedicatoria	4
Índice de Ilustraciones	6
Resumen.....	7
Abstract	9
Introducción	10
Reporte de caso clínico	14
Discusión.....	19
Conclusiones	22
Bibliografía	23

Índice de gráficos

Figura 1: <i>Estudio radiográfico en dónde se observa la imagen radiopaca en el cuadrante superior izquierdo</i>	14
Figura 2: Se observan cuatro formaciones cercanas a los órganos dentales 25 y 26 asociados a odontoma compuesto y dos posibles supernumerarios.	15
Figura 3: Localización de odontoma	15
Figura 4: A: Exéresis de denticulo. B: Visualización de lecho. C: Sutura de colgajo. D: Evidencia de exéresis de odontoma	16
Figura 5: A: Muestra para estudio histopatológico B: Imagen histopatológica de odontoma compuesto	17
Figura 6: <i>Control radiográfico post quirúrgico</i>	18

Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: Presentación de caso clínico

Autor: Kamila Alejandra Quisirumbay Pérez

Correo: kaquisirumbayp@estudiantes.uhemisferios.edu.ec, <https://orcid.org/0009-0002-5495-3707>

Resumen

Introducción: Los odontomas conocidos como tumores benignos comúnmente hamartomatosas son frecuentes sobre la corona de un diente no erupcionado, lo cual impide a este último su erupción, o entre las raíces de dientes ya erupcionados, produciendo agenesia de dientes permanentes; también se pueden desplazar hacia las paredes del seno maxilar, al seno maxilar e incluso a cavidad nasal. Los odontomas se dividen en dos tipos: el odontoma complejo y odontoma compuesto. **Objetivo:** Exponer el caso clínico de un paciente de 44 años que fue atendido en la clínica de odontología de la Universidad Hemisferios. **Materiales y métodos:** Descripción de caso clínico, paciente de sexo masculino, de 44 años, durante la anamnesis mostró molestias en el órgano dental 37, resultados negativos para antecedentes patológicos personales y familiares. Durante la valoración radiográfica, observamos la presencia de odontoma, así como de dientes supernumerarios y órganos dentales incluidos, los cuales se encontraban próximos a otras piezas dentales y cercanía anatómica de importancia con el seno maxilar. **Resultados:** Tras la intervención quirúrgica y el análisis histopatológico, confirmamos el diagnóstico de odontoma. **Conclusiones:** Se expuso el abordaje quirúrgico del odontoma compuesto en base a la evidencia bibliográfica disponible, identificando como posibles causas la presencia de procesos inflamatorios, restos epiteliales de Malassez, infecciosos o traumatismos de la primera dentición, el cual debe ser enucleado para evitar complicaciones locales como el

desplazamiento de piezas dentales, destrucción ósea, formación de lesiones quísticas o tumorales.

Palabras clave: *Odontoma, anomalías dentarias, maxilar, tratamiento quirúrgico*

Abstract

Introduction: Odontomas, commonly known as benign hamartomatous tumors, they are common on the crown of an unerupted tooth, which prevents the latter from erupting, or between the roots of already erupted teeth, causing agenesis of permanent teeth; they can also move towards the walls of the maxillary sinus, to the maxillary sinus and even to the nasal cavity. Odontomas are divided into two types: complex odontoma and compound odontoma. **Objective:** To present the clinical case of a 44-year-old patient who was treated at the dentistry clinic of the Universidad Hemisferios. **Materials and methods:** Description of clinical case, male patient, 44 years old, during the anamnesis showed discomfort in dental organ 37, negative results for personal and family pathological history. During the radiographic evaluation, we observed the presence of odontoma, as well as supernumerary teeth and impacted dental organs, which were close to other teeth and anatomically important proximity to the maxillary sinus. **Results:** After the surgical intervention and the histopathological analysis, we confirmed the diagnosis of odontoma. **Conclusions:** Was exposed the surgical approach to the compound odontoma based on the available bibliographic evidence, identifying as possible causes the presence of inflammatory processes, epithelial remains of Malassez, infectious or traumas of the first dentition, which should be enucleated to avoid local complications such as displacement of teeth, bone destruction, formation of cystic or tumorous lesions.

Keywords: *Odontoma, dental anomalies, maxilla, surgical treatment*

Introducción

En 1867, Paul Broca sentó las bases para la comprensión del odontoma, los cuales se definen como crecimientos benignos que surgen de la interacción entre las células epiteliales y mesenquimatosas. Estos subconjuntos de células son los encargados de la formación de los tejidos dentales duros como el esmalte, la dentina y el cemento (Lagarón, et al, 2021). La OMS clasificó a estas lesiones en enfermedades epiteliales mixtas benignas y tumores odontogénicos mesenquimales (Rodríguez, et al, 2023). Su presencia se asocia con restos epiteliales de Malassez, traumatismos durante la dentición decidua, anomalías hereditarias, adenomatosis, hiperactividad odontoblástica, mutaciones genéticas en el órgano dental, síndrome de nevus celular y anomalías hereditarias (Tovar, et al, 2020).

La clasificación de los odontomas según la OMS se divide en dos tipos: el odontoma complejo y el odontoma compuesto; el primero se caracteriza por una distribución del tejido dentario de forma desorganizada formando una masa amorfa, mientras que el compuesto el tejido dentario se encuentra de forma organizada evidenciando estructuras llamadas dentículos (Irías y Canales, 2020).

Los odontomas son tumores benignos comúnmente hamartomatosos dado que los tejidos y células se ubican histológicamente en áreas del cuerpo donde se produce crecimiento, el odontoma compuesto contiene dentina primaria, pulpa, cemento primario, esmalte hipocalcificado, y trabeculado óseo (Piedra, et al, 2021). Los odontomas, por su crecimiento expansivo, cuya localización puede ser la causa de interferencia en la erupción normal de los dientes, son frecuentes sobre la corona de un diente no erupcionado, lo cual impide a este último su erupción, o entre las raíces de dientes ya erupcionados, produciendo agenesia de dientes

permanentes; también se pueden desplazar hacia las paredes del seno maxilar, al seno maxilar e incluso a cavidad nasal (Saura, et al, 2022) (Rodríguez, et al, 2023).

Su etiología es idiopática, se sugiere que se puede desencadenar por traumatismos durante la dentición temporal con una secuela en el proceso de morfodiferenciación de los órganos dentales, asociada a la alteración de erupción de órganos dentales, desvitalización de dientes adyacentes y maloclusiones, infecciones locales, factores traumáticos y procesos inflamatorios crónicos (Saura, et al, 2022) (Malespín, et al, 2024)

Los odontomas son tumores benignos no agresivos, constituye el 67% de los casos. Los odontomas compuestos presentes en los maxilares se manifiestan en el área de incisivos y caninos, con menos frecuencia en la región anterior y posterior de la mandíbula, mientras que los odontomas complejos tienen mayor predilección en la zona de segundos y terceros molares inferiores (Tovar, et al, 2020). El odontoma compuesto en relación con el odontoma complejo, el primero se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, suelen manifestarse en las dos primeras décadas de vida (Piedra, et al, 2021).

Las lesiones no son agresivas ya que generalmente miden entre 2 centímetros a 6 centímetros de diámetro; no causan asimetría facial, pero puede desplazarse a órganos dentarios adyacentes (Malespín, et al, 2024).

El diagnóstico radiográfico del odontoma se puede evidenciar a través de la radiografía panorámica, sin embargo, hay que diferenciarlo de otras lesiones odontogénicas como: tumores odontogénicos epiteliales calcificantes, osteoblastoma benigno, osteítis residual focal, cementoma, dientes supernumerarios, tumores odontogénicos adenomatoides, fibroma cementante; mismo que deben ser diferenciados radiográfica e histopatológicamente para evitar un diagnóstico erróneo (Piedra, et al, 2021).

A la valoración radiográfica, la visualización de este tipo de odontoma se manifiesta como una imagen con un halo radiolúcido, unilocular de bordes definidos y múltiples imágenes radiopacas de densidad dentaria, conocidas como dentículos, que puede llegar a expandir la cortical (Barria, et al, 2021). Se diferencia según el estadio de calcificación; este se clasifica en tres estadios: Estadio inicial: Reabsorción ósea por lo tanto se observa imagen radiolúcida. Estadio intermedio: Calcificación parcial de tejidos odontogénicos por lo tanto se observa imagen radiolúcida-radiopaca. Estadio avanzado: Rodeado por delgada capa radiolúcida al completarse la calcificación de los tejidos dentales, se observa una imagen radiopaca (Da Silva, et al, 2020) (Lagarón, et al, 2021).

Según la literatura los odontomas no deben ser tomados en cuenta como neoplasias debido a que su origen se debe a proliferaciones del epitelio odontogénico en una ubicación en la cual existe crecimiento; su origen y aparición se asocia por la presencia de procesos infecciosos, inflamatorios, restos epiteliales de Malassez, traumatismos durante la primera dentición, entre otros; de igual forma se encuentra relacionado con hiperactividad odontoblástica, desórdenes hereditarios como el síndrome de Hermann, síndrome de Gardner, y alteraciones en el gen encargado del desarrollo de los dientes. (Lagarón, et al, 2021) (Rajendra y Arvind, 2020).

No existe reportes de recidiva, sin embargo, hay que mencionar que la lesión puede volver a presentarse si en una etapa temprana no es enucleada completamente, o si llegan a ser enucleados en una etapa temprana donde no se encuentran calcificados, existe la posibilidad de que existan fragmentos celulares no maduros que pueden incrementar el riesgo de recidiva (Falkinhof y García, 2019).

Según (Raj, et al, 2022) la sinusitis maxilar odontogénica puede ocurrir sin la perforación del piso del seno maxilar, debido a la mucosa de este, ya que presenta numerosos pliegues

papilares en la superficie de dicho epitelio; como respuesta protectora esta mucosa aumenta su superficie y su número de cilios para eliminar organismos patógenos. El mismo autor menciona que la fisiopatología de esta sinusitis se da debido a infecciones periapicales o periodontales, quistes y tumores odontogénicos, factores iatrogénicos, dientes ectópicos; en relación a los tumores odontogénicos menciona que estos pueden estar asociados a gérmenes dentales supernumerarios y a los trastornos de la erupción dental; cuando los odontomas llegan a obstruir el drenaje de los senos nasales produce estasis de moco, lo cual conlleva a infecciones secundarias y sinusitis. Frente a lo expuesto, este estudio pretende exponer el caso clínico de un paciente de 44 años que fue atendido en la clínica de odontología de la Universidad Hemisferios.

Reporte de caso clínico

Descripción de caso clínico, paciente de sexo masculino, de 44 años, durante la anamnesis mostró molestias en el órgano dental 37, resultados negativos para antecedentes patológicos personales y familiares. Durante la valoración radiográfica, observamos la presencia de odontoma (Figura 1), así como la presencia de dientes supernumerarios y órganos dentales incluidos, los cuales se encontraban próximos a otras piezas dentales y cercanía anatómica de importancia con el seno maxilar. Solicitamos una TAC para la visualización adecuada del odontoma (Figura 2).

El paciente fue atendido en la clínica de Cirugía Bucal e informado del procedimiento a realizar, firmó consentimiento informado aceptando el procedimiento a realizarse, cinco días previo a la cirugía premedicamos al paciente con tratamiento antibiótico de amoxicilina 500 mg más ácido clavulánico 125 mg cada doce horas durante cinco días.



Figura 1: *Estudio radiográfico en dónde se observa la imagen radiopaca en el cuadrante superior izquierdo*

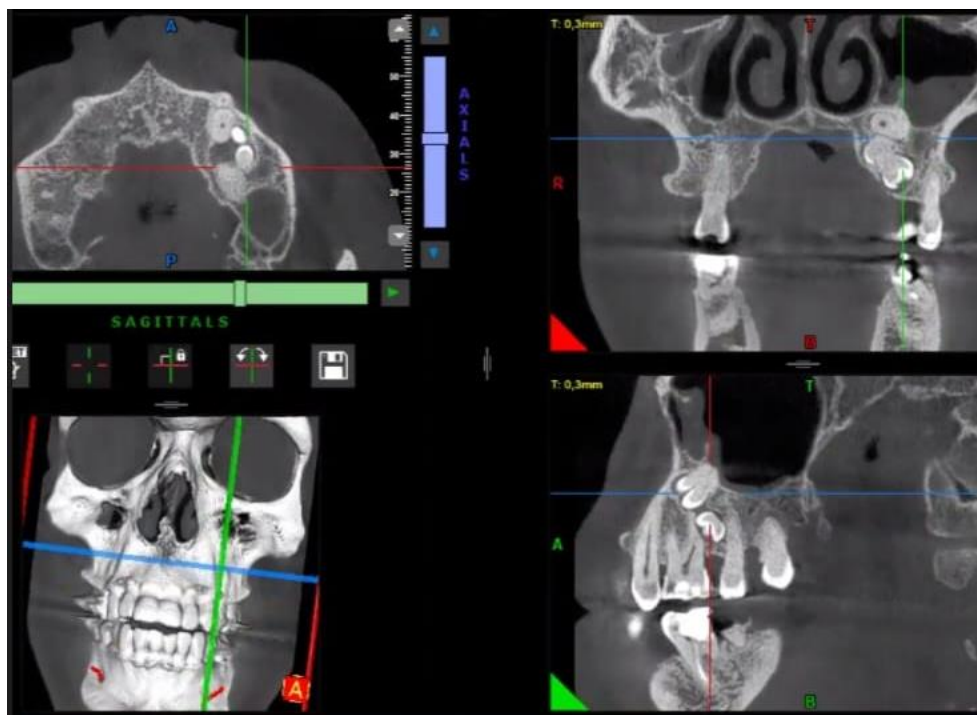


Figura 2: *Se observan cuatro formaciones cercanas a los órganos dentales 25 y 26 asociados a odontoma compuesto y dos posibles supernumerarios.*

Previa asepsia y antisepsia del paciente, anestesia regional con anestésico local lidocaína 2% con epinefrina 1/80.000, procedemos con incisión triangular que se extiende desde el órgano dental 23 hasta el órgano dental 25; decolación del colgajo, posterior osteotomía a nivel vestibular con fresas para micromotor N° 701, N° 702, N° 703 y N° 8 hasta la localización respectiva del dentículo (Figura 3).



Figura 3: *Localización de odontoma*

Para la extracción realizamos osteotomía, odontosección y luxación con elevadores rectos y finos para la extracción del denticulo con pinza mosquito curva; obtuvimos la extracción de cuatro denticulos que conformaban el odontoma; se evitó realizar la extracción de los posibles supernumerarios ya que al realizar la luxación podía existir una comunicación orosinusal. Una vez extraído el odontoma se realiza cuidados de la cavidad con solución fisiológica y curetaje del lecho quirúrgico. La sutura del colgajo realizamos con nylon 3-0 obteniendo un total de tres puntos de sutura (Figura 4).

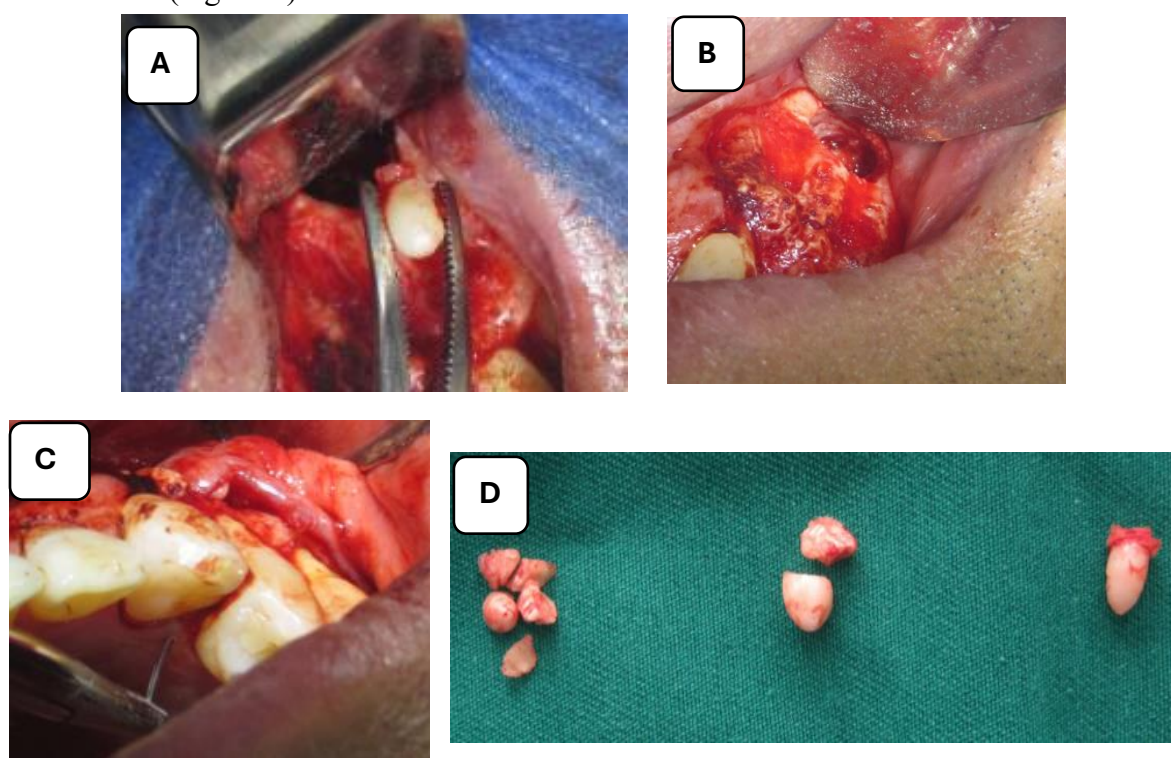


Figura 4: *A: Exéresis de denticulo. B: Visualización de lecho. C: Sutura de colgajo. D: Evidencia de exéresis de odontoma*

La medicación postquirúrgica indicada fue amoxicilina 500 mg más ácido clavulánico 125 mg cada doce horas durante siete días; paracetamol de 500 mg cada ocho horas durante tres días; ibuprofeno de 800 mg cada seis horas durante tres días. Enviamos indicaciones postquirúrgicas generales y locales.

Los dentículos obtenidos durante el abordaje quirúrgico fueron colocados en una solución de formol y agua destilada para el respectivo estudio histopatológico, con diagnóstico presuntivo de odontoma, según el informe histopatológico cada fragmento se encontraba recubierto de tejido blando duro blanquecino brillante que miden entre 0.3 cm y 0.5cm; al ser sometidos a descalcificación las muestras evidencian abundante dentina mineralizada que posee matriz dental y epitelio folicular (Ilustración 5), lo que con lleva al diagnóstico definitivo de odontoma negativo para malignidad.

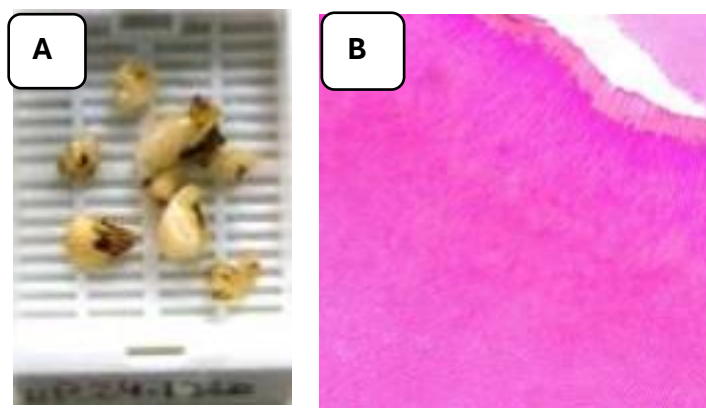


Figura 5: *A: Muestra para estudio histopatológico B: Imagen histopatológica de odontoma compuesto*

En el seguimiento postoperatorio observamos una completa y favorable cicatrización. En cuanto a la valoración clínica en base a la escala del Signo de Godet o fôvea, que evalúa la existencia de edema, fue de grado I (+/+++) una profundidad al tacto de 2 mm, sin distorsión visible en el momento de la exposición y que desaparece espontáneamente. A la valoración radiográfica un mes después de la intervención se puede evidenciar la presencia de órgano dental 24 impactado y dos posibles supernumerarios (figura 6).

Tras la intervención quirúrgica y el análisis histopatológico, confirmamos el diagnóstico de odontoma. Las posibles complicaciones asociadas al tratamiento se relacionan con el riesgo de que exista recidiva, por lo que se recomienda estudios radiográficos de rutina a nuestros pacientes para determinar la incidencia de estas lesiones en la población ecuatoriana, de igual forma, estos estudios ayudan a prevenir cualquier tipo de anomalías o mal formaciones a nivel de la cavidad bucal, las cuales pueden ser tratadas a tiempo evitando cualquier tipo de complicaciones. La extracción del odontoma se debe realizar cuando la lesión se encuentre en sus etapas finales de desarrollo, estableciendo recomendaciones como el uso de PRF y PRP que optimicen los resultados quirúrgicos, debido a que estimula la formación de nuevo hueso ya que libera factores de crecimiento y proteínas por más de 7 días, lo cual favorece notablemente la cicatrización.



Figura 6: *Control radiográfico post quirúrgico*

Discusión

Los tumores benignos que se presentan en cavidad oral con mayor frecuencia son los odontomas, hay que mencionar que su etiología aún es desconocida, aunque se asocia con enfermedades hereditarias, traumatismos o procesos infecciosos. Generalmente estos tumores son asintomáticos y son detectados gracias a una radiografía panorámica durante la segunda o tercera década de vida (León, et al, 2023) (Larios, et al, 2022).

Piedra menciona que el odontoma compuesto se presenta con mayor predilección en el sexo masculino, con mayor incidencia en el maxilar superior derecho, con más frecuencia se presenta el odontoma complejo que el odontoma compuesto (Piedra, et al, 2021). Sin embargo, Castellanos menciona que la frecuencia de odontomas reportados, en cuanto al sexo de mayor predilección no se ha llegado a una unanimidad; por lo tanto, algunos autores reportan mayor prevalencia en el sexo masculino y otros con mayor prevaecía en el sexo femenino (Castellanos, et al, 2023).

Clínicamente los odontomas crecen lentamente y no son agresivos, uno de los síntomas del odontoma son las anomalías patológicas, dolor, hinchazón, maloclusión; afecta en un 37% y 77% de los trastornos de la erupción ya que estos trastornos se encuentran asociados con los odontomas; lo cual se encuentra directamente relacionada con la literatura actual debido a que en el caso reportado no existió la erupción de un premolar permanente superior izquierdo (Torul, et al, 2020) (Tovar, et al, 2020).

La literatura detalla tres tipos clínicos de odontomas: intraóseos siendo los de mayor frecuencia, extraóseos y erupcionados. En este caso la presentación fue intraósea, a su vez hay reportes de odontoma complejo que provocaba obstrucción y hemorragia nasales el cual estaba situado en la fosa nasal derecha, de igual forma, reportes de odontomas erupcionados a nivel de

cavidad bucal, así como sinusitis maxilar crónica secundaria a la obstrucción de drenaje por un odontoma (Delgado, et al, 2023).

Falkinhof y León mencionan que el odontoma compuesto así como el odontoma complejo provocan alteraciones en la erupción dentaria, debido a que provocan impactación o erupción tardía, vinculadas con otras alteraciones como maloclusión y disfunción de la ATM, desplazamiento de dientes próximos al lugar de afectación, dilaceración, enfermedad periodontal, anquilosis, presencia de dientes supernumerarios, quistes dentígeros e interrelación genética sistémica, como el hipopituitarismo (Falkinhof y García, 2019) (León, et al, 2023).

Falkinhof y Rivera mencionan que el procedimiento de elección implica la enucleación conservadora quirúrgica, a través de la enucleación del tejido conjuntivo que lo envuelve, obteniendo así una preparación adecuada de la muestra para la investigación histopatológica. Recomiendan realizar la extracción cuando la lesión se encuentre en sus etapas finales para evitar recidiva de este. En determinados casos es necesario el procedimiento de ortodoncia para el restablecimiento de los órganos dentales afectados en su posición adecuada (Falkinhof y García, 2019) (Rivera, 2022).

Sin embargo, Astigueta en su resolución de caso presentó un odontoma compuesto de gran tamaño que provocó una marcada asimetría facial y expansión de las corticales óseas aumentando el riesgo de producir una fractura patológica, por lo que optó por una placa de osteosíntesis rígida como refuerzo mandibular y el retiro de este en una segunda intervención teniendo una evolución satisfactoria luego de cinco años (Astigueta, 2019).

En cuanto a las limitaciones del estudio, no podemos determinar con certeza si el tratamiento que le proporcionamos al paciente fue el más adecuado, ya que en la clínica Odontológica de la Universidad Hemisferios no se ha evidenciado pacientes con presencia de

odontomas, por lo tanto, nos basamos principalmente en la revisión bibliográfica disponible. Además, considerando los costos y la disponibilidad de tiempo del paciente limitaron la posibilidad de llevar a cabo todos los tratamientos necesarios.

Es necesario que, como odontólogos, tengamos los conocimientos necesarios sobre anomalías dentales o alteraciones orales que se puedan presentar en la cavidad oral para realizar un correcto diagnóstico diferencial. La enucleación quirúrgica es el tratamiento de elección para el odontoma, se debe realizar cuando la lesión se encuentre en sus etapas finales para evitar recidiva debido a que de esta manera se elimina la cápsula de tejido conectivo que lo rodea.

Conclusiones

Se expuso el abordaje quirúrgico del odontoma compuesto en base a la evidencia bibliográfica disponible, identificando como posibles causas la presencia de procesos inflamatorios, restos epiteliales de Malassez, infecciosos o traumatismos de la primera dentición, el cual debe ser enucleado para evitar complicaciones locales como el desplazamiento de piezas dentales, destrucción ósea, formación de lesiones quísticas o tumorales, para mantener de esta manera la salud en cavidad oral.

Referencias

- Astigueta, J. (2019). Odontoma complejo. Resolución de caso con utilización de osteosíntesis rígida por riesgo de fractura mandibular. *Rev Asoc Odontol Argent*, 107(3), 95-102. Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048102/odontoma-complejo-resolucion-de-caso-con-utilizacion-de-osteos_Vx8mop6.pdf
- Barria, A., Buxani, K., Martínez, G., Porras, C., Quiro, B., Ruiz, K., . . . Tapia, Y. (2021). Odontoma Compuesto: Importancia del diagnóstico radiográfico. *Contacto Científico*, 1(1), 38-44. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Alejandra-Yilmara-Barria-Munoz/publication/385509843_Odontoma_Compuesto_Importancia_del_diagnostico_radiografico/links/67282db05852dd723ca6f821/Odontoma-Compuesto-Importancia-del-diagnostico-radiografico.pdf
- Castellanos, M., Lopez, B., & Diaz, F. (2023). Odontoma compuesto en la zona mandibular, revisión de la literatura y revisión de caso. *Acta Bioclínica*, 13(26), 116-128. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9300080>
- Da Silva, S., Andrade, K., & Ernandi, C. (2020). Radiographic aspects of compound Odontoma: Clinical case. *Oral Surg Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol*, 130(3), 234-240. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2020.04.588>
- Delgado, S., Olivares, C., Adrián, D., García, H., Villaroel, M., & Tebres, J. (2023). Odontoma complejo. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg.*, 3(4), 176-180. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=115738>

- Falkinhof, P., & García, E. (2019). Los odontomas y sus implicancias. *Rev Asoc Odontol Argent*, 107, 19-24. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998717/4-los-odontomas-y-sus-implicancias.pdf>
- Irías, N., & Canales, D. (2020). Impactación dentaria por odontoma compuesto: reporte de caso y revisión de literatura. *Odontología Vital*(32), 7-14. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-07752020000100007&script=sci_arttext
- Lagarón, C., Lagarón, G., & Lagarón, C. (2021). Odontoma compuesto: presentación de un caso. *Odontología Pediátrica*, 29(2), 86-94. Obtenido de <https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2021/03/372CC-Odontologia-Pediatria-V29N2-V4-WEB.pdf>
- Larios, J., Miranda, J., Torres, Y., Cruz, J., & Campos, L. (2022). Quiste odontogénico calcificante asociado a odontoma complejo en la región posterior del maxilar. Reporte de caso clínico y revisión de la literatura. *Odontología San Marquina*, 25(1), 1-9. Obtenido de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/20820>
- León, L., Isla, N., Moffa, A., & Castillo, J. (2023). Diagnóstico y Evolución Clínica y Radiográfica de un Odontoma Complejo: Reporte de Caso entre el Período 2014-2022. *Revista de la facultad de Odontología*, 16(2), 39-43. Obtenido de <https://doi.org/10.30972/rfo.1627194>
- Malespín, K., Mendieta, D., Rivera, A., & Herrera, G. (2024). Odontoma Compuesto: reporte de caso en paciente infantil. *Revista Odontológica Stomarium*, 1(1), 35-50. Obtenido de <https://doi.org/10.62407/ros.v1i1.85>

- Piedra, X., Moncayo, J., & Gonzalez, L. (2021). Odontoma compuesto: reporte caso. *Revista Killkana Salud y Bienestar*, 5(1), 75-83. Obtenido de <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v5i1.823>
- Raj, G., Raj, M., & Pheng, J. (2022). Pathophysiology and clinical presentation of odontogenic maxillary. *Dentistry Review* 2, 2(2), 1-7. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.dentre.2022.100044>
- Rajendra, S., & Arvind, B. (2020). Odontogenic Tumors Dental. *Med Clin N Am*, 64, 121-38. Obtenido de [https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532\(19\)30076-X/abstract](https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532(19)30076-X/abstract)
- Rivera, G. (2022). Odontoma compuesto en línea media de maxilar. *Reporte imagenológico dentomaxilofacial*, 1(2), 12-15. Obtenido de <https://doi.org/10.60094/RID.20220102-13>
- Rodríguez, A., Hidalgo, E., Navarro, R., Loo, J., Campos, K., & Gonzales, J. (2023). Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: Reporte de caso con seguimiento de seis meses. *Sociedad Peruana de Odontopediatría*, 22(1), 39-47. Obtenido de <https://doi.org/10.33738/spo.v22i1.237>
- Saura, L., Tirado, S., & Medina, I. (2022). Diagnóstico por imágenes de un odontoma complejo. Presentación de un caso. *Medicentro Electrónica*, 26(1), 213-224. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432022000100213&script=sci_arttext&tlng=pt
- Torul, D., Keskin, M., Gun, S., & Odabasi, D. (2020). Complex-compound odontoma: A rare clinical presentation. *Odovtos International Journal of Dental Sciences*, 22(1), 23-28. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.33920>

Tovar, C., Tovar, D., & Álvarez, C. (2020). Odontoma compuesto. *Revista Tamé*, 8(24), 993-996.

Obtenido de

https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_24/Tam2024-10c.pdf