

Fecha de recepción:

25 de septiembre de 2024

Fecha de aceptación:

10 de enero de 2025

Fecha de publicación:

30 de julio de 2025

Cómo citar:

Qusirumbay Pérez KA, Mora Astorga MV. Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: reporte de caso clínico. *Rev la Fac Odontol la Univerisdad Cuenca*. 2025;3(2): 33-43

Autor de correspondencia:

Kamila Alejandra Quisirumbay Pérez

Correo electrónico:

kaquisirumbayp@estudiantes.uhemisferios.edu.ec



e-ISSN: 2960-8325

ISSN: 1390-0889

Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: Reporte de caso clínico

Surgical approach to compound odontoma: clinical case report

DOI: <https://doi.org/10.18537/fouc.v03.no2.a04>

Kamila Alejandra Quisirumbay Pérez¹

ORCID: 0009-0002-5495-3707

María Viviana Mora Astorga¹

ORCID: 0000-0003-0497-6791

1. Universidad Hemisferios, Quito – Ecuador

Resumen

Introducción: Los odontomas son lesiones benignas compuestas por tejido odontogénico bien diferenciado pero desorganizado en una ubicación anormal. Generalmente estos tumores son asintomáticos y son detectados gracias a una radiografía panorámica durante la segunda o tercera década de vida. **Presentación del caso:** Paciente de 44 años tratado en la clínica de odontología de la Universidad Hemisferios, describiendo el abordaje quirúrgico de un odontoma compuesto en el maxilar superior utilizando un procedimiento mínimamente invasivo. Para el diagnóstico, se utilizó radiografía panorámica y tomografía axial computarizada, que evidenciaron la presencia de un odontoma compuesto, dientes supernumerarios y órganos dentales incluidos, con proximidad a otras piezas dentales y estructuras anatómicas relevantes, como el seno maxilar. El procedimiento quirúrgico consistió en la enucleación del odontoma mediante una técnica mínimamente invasiva, con un enfoque en la preservación de estructuras circundantes. La intervención quirúrgica permitió la exéresis completa de la lesión sin complicaciones inmediatas. El análisis histopatológico confirmó el diagnóstico de odontoma compuesto. Durante el postoperatorio, se realizó un seguimiento clínico y radiográfico para evaluar la evolución del paciente, sin evidencia de recidiva ni alteraciones funcionales o estructurales. **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,

en este caso se expuso el abordaje quirúrgico del odontoma compuesto, identificando como posibles factores etiológicos procesos inflamatorios, restos epiteliales de Malassez y traumatismos en la dentición primaria. **Conclusiones:** Basado en la evidencia disponible. La enucleación quirúrgica es el tratamiento de elección para evitar complicaciones locales, como el desplazamiento dentario, la destrucción ósea o la formación de lesiones quísticas o tumorales, contribuyendo a la preservación de la salud oral.

Palabras clave: Odontoma; anomalías dentarias; maxilar; tratamiento quirúrgico.

Abstract

Introduction: Odontomas are benign lesions composed of well-differentiated but disorganized odontogenic tissue in an abnormal location. These tumors are generally asymptomatic and are detected through panoramic radiography during the second or third decade of life. **Case presentation:** A 44-year-old patient was treated at the Dental Clinic of Universidad Hemisferios. The patient described the surgical approach to a compound odontoma in the maxilla using a minimally invasive procedure. Diagnosis was based on panoramic radiography and computed axial tomography, which showed the presence of a compound odontoma, supernumerary teeth, and impacted dental organs, with proximity to other teeth and relevant anatomical structures, such as the maxillary sinus. The surgical procedure consisted of enucleation of the odontoma using a minimally invasive technique, with a focus on preserving surrounding structures. The surgical intervention allowed for complete excision of the lesion without immediate complications. Histopathological analysis confirmed the diagnosis of compound odontoma. During the postoperative period, clinical and radiographic follow-up was performed to evaluate the patient's progress, with no evidence of recurrence or functional or structural alterations. **Discussion:** The benign tumors that occur most frequently in the oral cavity are odontomas. It should be mentioned that their etiology is still unknown, although it is associated with hereditary diseases, trauma or infectious

processes. In this case, the surgical approach to compound odontoma was presented, identifying inflammatory processes, Malassez epithelial remnants and trauma to the primary dentition as possible etiological factors. **Conclusions:** Based on the available evidence, surgical enucleation is the treatment of choice to avoid local complications, such as tooth displacement, bone destruction or the formation of cystic or tumorous lesions, contributing to the preservation of oral health.

Keywords: Odontoma; dental anomalies; maxilla; surgical treatment.

Introducción

En 1867, Paul Broca estableció las bases para el estudio del odontoma, definiéndolo como una proliferación benigna originado por la interacción entre células epiteliales y mesenquimatosas, responsables de la formación de los tejidos dentales duros, como el esmalte, la dentina y el cemento¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a los odontomas como tumores odontogénicos benignos de origen mixto (epitelial y mesenquimatoso). Hoy su estudio sigue siendo importante en odontología, ya que afectan la erupción dental, se asocian con otras anomalías orales y pueden provocar complicaciones locales (desplazamiento de dientes y formación de lesiones quísticas)².

Investigaciones recientes han profundizado en los factores etiológicos de estas lesiones, identificando la influencia de restos epiteliales de Malassez, traumatismos durante la dentición decidua, anomalías hereditarias, adenomatosis, hiperactividad odontoblástica y mutaciones genéticas en el órgano dental. Además, se ha vinculado su presencia con el síndrome del nevus celular y otras alteraciones hereditarias, lo que indica la importancia de su diagnóstico temprano y manejo adecuado para evitar complicaciones funcionales y estructurales en la cavidad oral³.

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 dentículos⁴.

Los odontomas son lesiones benignas compuestas por tejido odontogénico bien diferenciado pero desorganizado en una ubicación anormal. Estas lesiones pueden estar relacionadas con tumores odontogénicos de origen epitelial, mesenquimatoso o mixto. Histológicamente, el odontoma compuesto está conformado por estructuras que incluyen dentina primaria, pulpa, cemento primario, esmalte hipocalcificado y tejido óseo trabecular, reflejando un desarrollo anómalo pero, no neoplásico de los tejidos dentales⁵.

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^{2,6}.

La etiología de los odontomas es idiopática, aunque se sugiere que se puede desencadenar tras 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^{6,7}.

Los odontomas representan el 67 % de los tumores benignos y no suelen ser agresivos. 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 inferiores³. El odontoma compuesto tiene una leve predilección por el sexo masculino y suele diagnosticarse en las dos primeras décadas de vida⁵. Estas lesiones miden habitualmente entre 2 cm y 6 cm de diámetro, no provocan asimetría facial y pueden desplazar estructuras dentarias adyacentes⁷.

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 adenomatoideos, fibroma cementante; mismo que deben ser diferenciados radiográfica e histopatológicamente para evitar un diagnóstico erróneo⁵.

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 cortical⁸. La clasificación de los odontomas según su estadio de calcificación es fundamental para su diagnóstico y planificación del tratamiento. Se distinguen tres etapas principales: Estadio inicial: Ocurre una reabsorción ósea en el área afectada, lo que se traduce en una imagen radiolúcida, debido a la ausencia de calcificación. Estadio intermedio: se inicia la calcificación parcial de los tejidos odontogénicos, lo que genera una imagen mixta radiolúcida-radiopaca, indicando la presencia de tejido mineralizado en desarrollo. Estadio avanzado: En esta etapa final, la calcificación de los tejidos dentales se completa, observándose una imagen radiopaca. Además, el odontoma suele estar rodeado por una fina capa radiolúcida, representando la cápsula que lo envuelve^{1,9,10}.

No existen 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 recidiva¹¹.

Según Raj¹² menciona que la sinusitis maxilar odontogénica puede manifestarse incluso sin la perforación del piso del seno maxilar, debido a las características de su mucosa, la cual presenta numerosos pliegues papilares en la superficie del epitelio. Como mecanismo de defensa, esta mucosa aumenta su superficie y la cantidad de cilios con el

fin de eliminar microorganismos patógenos. La fisiopatología de esta sinusitis está relacionada con diversas condiciones odontológicas, como infecciones periapicales o periodontales, quistes y tumores odontogénicos, factores iatrogénicos y dientes ectópicos. En particular, los tumores odontogénicos pueden estar asociados con gérmenes dentales supernumerarios y trastornos de la erupción dental. Cuando los odontomas obstruyen el drenaje de los senos paranasales, pueden generar estasis de moco, favoreciendo el desarrollo de infecciones secundarias y sinusitis.

Dado el impacto clínico de los odontomas en la salud oral y su potencial asociación con la sinusitis maxilar odontogénica, este estudio busca profundizar en su diagnóstico y manejo. En particular, se pretende aportar evidencia sobre la importancia de la detección temprana y la planificación quirúrgica adecuada, con el fin de prevenir complicaciones asociadas a estas lesiones.

Presentación del caso

Paciente masculino de 44 años que acudió a consulta a la clínica de Odontología de la Universidad Hemisferios, por molestias en el órgano dental 37, refiriendo episodios de dolor

intermitente y leve inflamación en la región posterior del maxilar superior. No se encontraron antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia.

Hallazgos radiográficos: la radiografía panorámica reveló la presencia de un odontoma en el maxilar superior (Figura 1), acompañado de dientes supernumerarios y órganos dentales incluidos. Estas estructuras se encontraban próximas a otras piezas dentales y en cercanía anatómica con el seno maxilar, lo que sugería la necesidad de un estudio de imagen más detallado. Estudios complementarios: Se solicitó una tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) para una evaluación más precisa de la morfología, tamaño y localización del odontoma (Figura 2). Las imágenes confirmaron la presencia de una lesión hiperdensa de límites bien definidos, con disposición desorganizada de estructuras dentales, compatible con un odontoma compuesto.

El paciente fue atendido en la clínica de Cirugía Bucal, donde se le informó detalladamente sobre el procedimiento a realizar. Tras la explicación, firmó el consentimiento informado, aceptando la intervención quirúrgica. Dado que el odontoma presentaba proximidad con el seno maxilar, se

Figura 1: Radiografía panorámica en donde se observa la imagen radiopaca en el cuadrante superior izquierdo



Fuente: las autoras

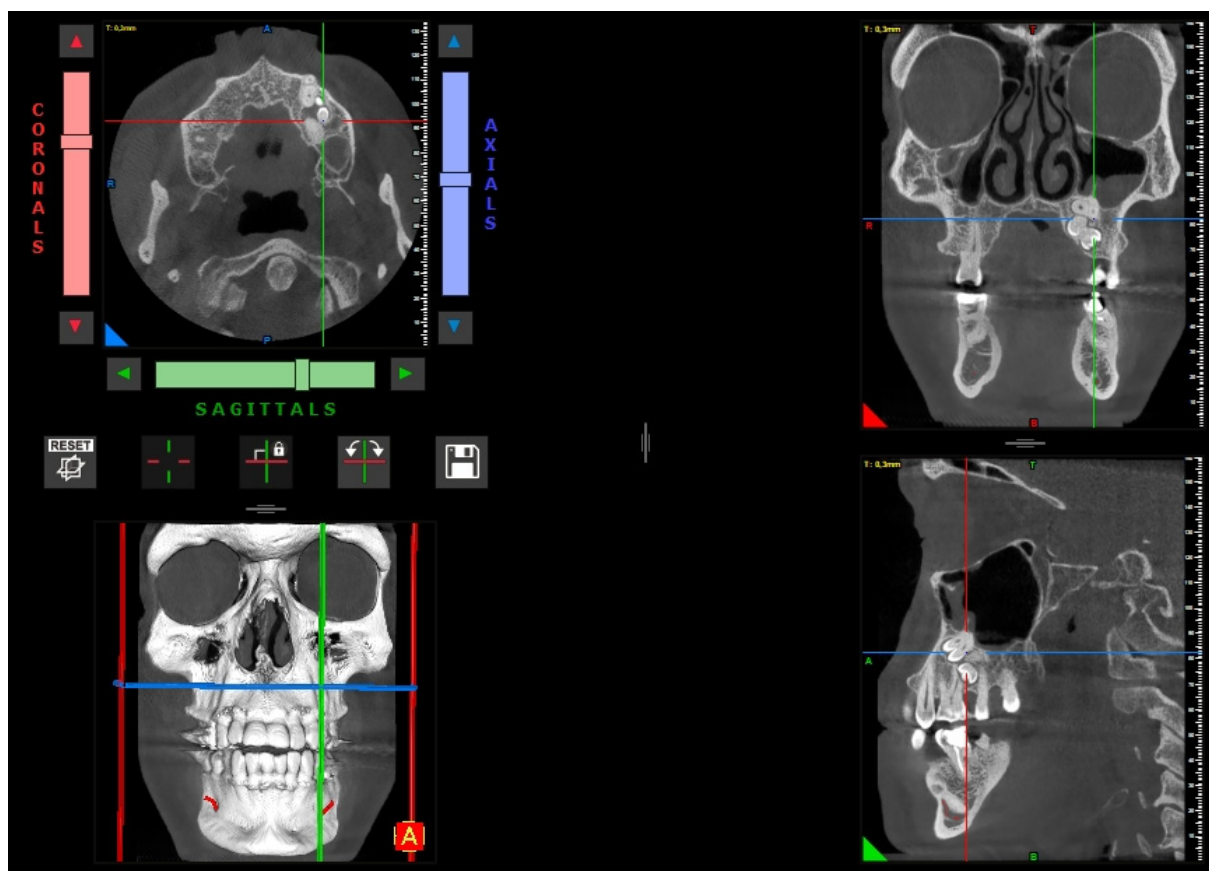
decidió administrar profilaxis antibiótica para prevenir infecciones postoperatorias. Cinco días previos a la cirugía, se inició un esquema de antibióticos con amoxicilina 500 mg más ácido clavulánico 125 mg cada doce horas durante cinco días, con el objetivo de reducir el riesgo de complicaciones infecciosas.

Previo asepsia y antisepsia del paciente, se administró anestesia regional con lidocaína al 2 % combinada con epinefrina 1/80.000, lo que permite prolongar la acción anestésica y reducir el sangrado mediante vasoconstricción. Se realiza una incisión triangular que se extiende desde el órgano dental 23 hasta el órgano dental 25 (Figura 3). Posteriormente, se llevó a cabo el levantamiento de un colgajo mucoperióstico de espesor total para garantizar una adecuada visualización del sitio quirúrgico y preservar los tejidos blandos circundantes.

A continuación, se procedió con la osteotomía a nivel vestibular utilizando fresas para micromotor N° 701, N° 702, N° 703 y N° 8 hasta la localización precisa del dentículo (Figura 4). Se empleó irrigación constante para minimizar el daño térmico al hueso y se tomaron precauciones para evitar la afectación de estructuras adyacentes.

Para la extracción se realizó osteotomía, odontosección y luxación con elevadores rectos y finos para la extracción del dentículo con pinza mosquito curva (Figura 5); 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 (Figura 6); se obtuvo la extracción de cuatro dentículos que conformaban el odontoma (Figura 7). La sutura del colgajo realizada con nylon 3-0 obteniendo un total de tres puntos de sutura.

Figura 2: TCHC donde se observan cuatro formaciones cercanas a los órganos dentales 25 y 26 asociados a odontoma compuesto y dos posibles supernumerarios



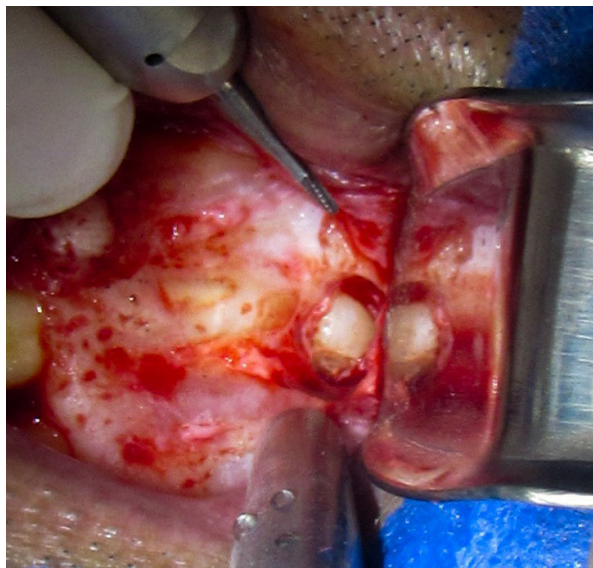
Fuente: las autoras

Figura 3: Incisión triangular a nivel vestibular desde el órgano dental 23 al órgano dental 26



Fuente: las autoras

Figura 4: Localización de dentículo posterior a la osteotomía a nivel vestibular con fresas para micromotor N°701, N°702, N°703 y N°8



Fuente: las autoras

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.

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 0.5 cm; al ser sometidos a descalcificación las muestras evidencian abundante dentina mineralizada que posee matriz dental y epitelio folicular (Figura 8), lo que con lleva al diagnóstico definitivo de odontoma negativo para malignidad.

En el seguimiento postoperatorio se observó una completa y favorable cicatrización. En cuanto a la valoración clínica, se utilizó la escala del Signo de Godet o fóvea, la cual permite evaluar la presencia de edema al presionar la zona afectada y medir la profundidad de la depresión formada. En este caso, se observó un edema de grado I (+/+++), con 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 9).

Discusión y revisión de la literatura

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^{13,14}.

Piedra et. al.⁵ mencionan 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. Sin embargo, Castellanos et. al.¹⁵ señalan que la frecuencia de odontomas reportados en relación con el sexo no ha llegado a una unanimidad.

Figura 5: Exéresis de dentículo del lecho quirúrgico con pinza mosquito curva



Fuente: las autoras

Figura 6: Visualización de lecho quirúrgico para posteriores cuidados de la cavidad



Fuente: las autoras

Algunos estudios han encontrado una mayor prevalencia en el sexo masculino, mientras que otros reportan una mayor incidencia en el sexo femenino. Estas diferencias pueden deberse a variaciones en la metodología utilizada, los tamaños de muestra o la población estudiada.

Por ejemplo, estudios retrospectivos realizados en diferentes regiones han analizado muestras que varían entre 100 y 500 casos, lo que influye en la representatividad de los resultados. En ciertos estudios con poblaciones más grandes, como aquellos realizados en América Latina y Europa, la prevalencia tiende a ser ligeramente mayor en hombres, mientras que en estudios más pequeños o de poblaciones específicas, se ha reportado una frecuencia mayor en mujeres.

En el contexto ecuatoriano, el análisis de la prevalencia de odontomas en la población local aún es limitado, por lo que sería recomendable realizar estudios epidemiológicos más amplios para determinar si estas tendencias globales coinciden con la realidad nacional. La comparación con estadísticas locales permitiría comprender mejor los factores predisponentes y ayudaría a mejorar las estrategias de diagnóstico y tratamiento de estas lesiones¹⁵.

Clínicamente, los odontomas crecen lentamente y no son agresivos. Entre los síntomas más comunes se encuentran anomalías patológicas como dolor, hinchazón, maloclusión y, en muchos casos, trastornos de la erupción dental. Se ha reportado que entre el 37 % y el 77 % de los trastornos de erupción están asociados con la presencia de odontomas.

Los odontomas pueden interferir con la erupción dental al actuar como una barrera física que impide la salida del diente permanente, provocando su inclusión o desviación en la trayectoria eruptiva. Esto ocurre cuando el odontoma se desarrolla en proximidad a la corona de un diente en formación, alterando el proceso normal de reabsorción ósea y el empuje eruptivo necesario para que el diente emerja correctamente en la cavidad oral.

En la literatura actual, se ha observado que los odontomas impactan con mayor frecuencia la erupción de caninos y premolares, aunque pueden afectar cualquier diente. En el caso reportado, esta asociación se evidenció con la falta de erupción de un premolar permanente superior izquierdo, lo que concuerda con los hallazgos previos descritos en estudios epidemiológicos. Para un diagnóstico

Figura 7: Evidencia de exéresis de odontoma



Fuente: las autoras

temprano y una adecuada planificación del tratamiento, es fundamental el uso de estudios radiográficos como radiografías panorámicas y tomografías computarizadas, que permiten identificar la presencia de odontomas antes de que causen complicaciones en la erupción dental^{3,16}.

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 odontoma¹⁷.

Falkinhof y León indican 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^{11,13}.

Falkinhof y Rivera refieren que el procedimiento de elección para el tratamiento de los odontomas es la enucleación quirúrgica conservadora. Esta técnica consiste en la remoción completa de

la lesión junto con el tejido conjuntivo que la envuelve, lo que facilita una adecuada preparación de la muestra para el análisis histopatológico y minimiza el riesgo de recidiva. Se recomienda realizar la extracción cuando la lesión se encuentra en sus etapas finales de desarrollo, lo que permite una delimitación más clara del odontoma y reduce el riesgo de remanentes que puedan favorecer una recurrencia^{11,18}.

La tasa de éxito de la enucleación quirúrgica es alta, con estudios que reportan una recurrencia mínima cuando la resección es completa. Sin embargo, en casos donde la lesión es extensa o se encuentra en proximidad a estructuras anatómicas importantes, pueden surgir complicaciones como fracturas óseas, daño a dientes adyacentes o afectación del nervio dentario inferior en lesiones mandibulares. Las técnicas quirúrgicas empleadas pueden variar según la localización y el tamaño del odontoma. En lesiones pequeñas, se realiza un abordaje vestibular con elevación de un colgajo mucoperióstico, seguido de osteotomía con fresas de carburo para exponer y retirar la lesión.

En casos más complejos, puede ser necesario recurrir a procedimientos quirúrgicos más extensos con regeneración ósea guiada para minimizar la pérdida de tejido óseo. En determinados casos, tras la extracción del odontoma, es necesario complementar el tratamiento con ortodoncia para restablecer la posición de los órganos dentales afectados. Esto es particularmente importante en pacientes jóvenes, donde la erupción espontánea

Figura 8: Imagen histopatológica de odontoma compuesto, se observa abundante dentina mineralizada



Fuente: las autoras

de los dientes impactados puede no producirse y se requiere tracción ortodóncica para su correcta alineación en la arcada^{11,18}.

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 años¹⁹.

No podemos determinar con certeza si el tratamiento proporcionado al paciente fue el más adecuado, dado que en la Clínica Odontológica de la Universidad Hemisferios no se han registrado previamente casos de odontomas. Esta falta de antecedentes clínicos influyó significativamente en la toma de decisiones, ya que no se contaba con protocolos internos basados en experiencias previas dentro de la institución. Ante esta limitación, nos basamos en una revisión bibliográfica exhaustiva para establecer un plan de tratamiento basado en la evidencia disponible.

Se analizaron diversos estudios sobre el manejo quirúrgico de los odontomas, priorizando aquellos con enfoques conservadores para minimizar riesgos y optimizar los resultados postoperatorios. Además, se tomaron en cuenta las recomendaciones de expertos en cirugía oral y maxilofacial para orientar la planificación del procedimiento.

Otro desafío enfrentado fue la restricción en cuanto a los costos y la disponibilidad de tiempo del paciente, lo que limitó la posibilidad de llevar a cabo todos los tratamientos complementarios recomendados, como ortodoncia postquirúrgica o procedimientos regenerativos avanzados. Para superar estas dificultades, se diseñó un plan de tratamiento ajustado a las posibilidades del paciente, priorizando la eliminación de la lesión y el seguimiento radiográfico a largo plazo para prevenir complicaciones o recidivas.

Este caso resalta la importancia de contar con registros clínicos institucionales más amplios y la necesidad de establecer protocolos de manejo para lesiones poco frecuentes en la práctica odontológica universitaria, con el fin de optimizar la atención y mejorar la toma de decisiones clínicas en el futuro.

Conclusiones

El tratamiento quirúrgico del odontoma compuesto debe basarse en la enucleación, con el objetivo de evitar complicaciones futuras que puedan comprometer la salud bucal del paciente. La intervención quirúrgica debe realizarse de manera cuidadosa, considerando la localización exacta del odontoma para prevenir daños en estructuras adyacentes, como dientes y hueso. El uso de técnicas adecuadas y la atención postquirúrgica son fundamentales para garantizar el éxito del procedimiento.

Etiología: Las posibles causas del odontoma compuesto incluyen procesos inflamatorios, restos epiteliales de Malassez, infecciones o traumatismos durante la primera dentición. Estos factores pueden contribuir al desarrollo de la lesión, lo que sugiere una conexión directa entre los procesos patológicos que afectan al tejido dental y la

Figura 9: Control radiográfico post quirúrgico



Fuente: las autoras

formación del odontoma. Es importante considerar estos factores etiológicos para un diagnóstico temprano y adecuado tratamiento.

Complicaciones: Si no se realiza un tratamiento oportuno, el odontoma compuesto puede desencadenar complicaciones locales graves. Entre las complicaciones más comunes se encuentran el desplazamiento de dientes permanentes, la destrucción ósea y la formación de lesiones quísticas o tumorales. Estos efectos pueden afectar no solo la estética dental, sino también la funcionalidad de la cavidad oral y la salud general del paciente.

Tras la enucleación del odontoma compuesto, se recomienda un seguimiento cercano para asegurar la correcta cicatrización y evitar recidivas. Es esencial realizar radiografías periódicas para evaluar la evolución de la cavidad dental y el posible desarrollo de nuevas formaciones anormales. Además, se debe incentivar la higiene bucal rigurosa para prevenir infecciones, y recomendar controles regulares con el odontólogo para monitorear el estado de salud dental y prevenir futuras complicaciones. La educación del paciente sobre el cuidado oral y la prevención de traumatismos dentales durante la infancia es clave para evitar la recurrencia del odontoma.

Como odontólogos, es fundamental poseer un conocimiento sólido sobre las diversas anomalías dentales y alteraciones orales que pueden presentarse en la cavidad oral, lo que permite realizar un diagnóstico diferencial preciso. Entre estas alteraciones, el odontoma requiere especial atención, ya que su tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica. Este procedimiento se recomienda cuando la lesión ha alcanzado sus etapas finales de desarrollo, lo que facilita la eliminación completa de la cápsula de tejido conectivo que la rodea y reduce el riesgo de recidiva.

Declaración de conflicto de interés

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Lagarón C, Lagarón G, Lagarón C. Odontoma compuesto: presentación de un caso. *Odontología Pediátrica*. 2021; 29(2): 86-94. <https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2021/03/372CC-Odontologia-Pediatrica-V29N2-V4-WEB.pdf>

2. Rodríguez A, Hidalgo E, Navarro R, Loo J, Campos K, Gonzales J. Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: Reporte de caso con seguimiento de seis meses. *Sociedad Peruana de Odontopediatría*. 2023; 22(1): 39-47. <https://doi.org/10.33738/spo.v22i1.237>
3. Tovar C, Tovar D, Álvarez C. Odontoma compuesto. *Revista Tamé*. 2020; 8(24): 993-996. https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_24/Tam2024-10c.pdf
4. Irías N, Canales D. Impactación dentaria por odontoma compuesto: reporte de caso y revisión de literatura. *Odontología Vital*. 2020; (32): 7-14. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-07752020000100007&script=sci_arttext
5. Piedra X, Moncayo J, Gonzalez L. Odontoma compuesto: reporte caso. *Revista Killkana Salud y Bienestar*. 2021; 5(1): 75-83. <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v5i1.823>
6. Saura L, Tirado S, Medina I. Diagnóstico por imágenes de un odontoma complejo. Presentación de un caso. *Medicentro Electrónica*. 2022; 26(1): 213-224. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432022000100213&script=sci_arttext&tlng=pt
7. Malespín K, Mendieta D, Rivera A, Herrera G. Odontoma Compuesto: reporte de caso en paciente infantil. *Revista Odontológica Stomarium*. 2024; 1(1): 35-50. <https://doi.org/10.62407/ros.v1i1.85>
8. Barria A, Buxani K, Martínez G, Porras C, Quiro B, Ruiz K, et al. Odontoma Compuesto: Importancia del diagnóstico radiográfico. *Contacto Científico*. 2021; 1(1): 38-44. <https://www.researchgate.net/publication/385509843>
9. Da Silva S, Andrade K, Ernandi C. Radiographic aspects of compound Odontoma: Clinical case. *Oral Surg Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol*. 2020; 130(3):234-240. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2020.04.588>
10. Rajendra S, Arvind B. Odontogenic Tumors Dental. *Med Clin N Am*. 2020; 64: 121-38. [https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532\(19\)30076-X/abstract](https://www.dental.theclinics.com/article/S0011-8532(19)30076-X/abstract)
11. Falkinhof P, García E. Los odontomas y sus implicancias. *Rev Asoc Odontol Argent*. 2019; 107: 19-24. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998717/4-los-odontomas-y-sus-implicancias.pdf>
12. Raj G, Raj M, Pheng J. Pathophysiology and clinical presentation of odontogenic maxillary. *Dentistry Review*. 2022; 2(2): 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.dentre.2022.100044>
13. León L, Isla N, Moffa A, Castillo J. Diagnóstico y Evolución Clínica y Radiográfica de un Odontoma Complejo: Reporte de Caso entre el Período 2014-2022. *Revista de la facultad de Odontología*. 2023; 16(2): 39-43. <https://doi.org/10.30972/rfo.1627194>
14. Larios J, Miranda J, Torres Y, Cruz J, Campos L. 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*. 2022; 25(1): 1-9. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/20820>
15. Castellanos M, Lopez B, Diaz F. Odontoma compuesto en la zona mandibular, revisión de la literatura y revisión de caso. *Acta Bioclínica*. 2023; 13(26): 116-128. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9300080>
16. Torul D, Keskin M, Gun S, Odabasi D. Complex-compound odontoma: A rare clinical presentation. *Odovtos International Journal of Dental Sciences*. 2020; 22(1): 23-28. <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.voio.33920>
17. Delgado S, Olivares C, Adrián D, García H, Villaroel M, Tebres J. Odontoma complejo. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg*. 2023; 3(4): 176-180. <https://dx.doi.org/10.35366/115738>
18. Rivera G. Odontoma compuesto en línea media de maxilar. Reporte imagenológico dentomaxilofacial. 2022; 1(2): 12-15. <https://doi.org/10.60094/RID.20220102-13>
19. Astigueta J. Odontoma complejo. Resolución de caso con utilización de osteosíntesis rígida por riesgo de fractura mandibular. *Rev Asoc Odontol Argent*. 2019; 107(3): 95-102. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048102/odontoma-complejo-resolucion-de-caso-con-utilizacion-de-osteos_Vx8mop6.pdf