



Acta Odontológica Colombiana
ISSN: 2027-7822
actaodontologicacol@gmail.com
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

Aguilar Novillo, Jonnathan Esteban; Palacios Vivar,
Diego Esteban; Banegas Encalada, Johnny Damián
Tercer molar en la conformación de un odontoma complejo. Reporte de un caso clínico
Acta Odontológica Colombiana, vol. 9, núm. 2, 2019, Julio-, pp. 112-122
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582361537009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Tercer molar en la conformación de un odontoma complejo. Reporte de un caso clínico

Jonnathan Esteban Aguilar Novillo 1
Diego Esteban Palacios Vivar 2
Johnny Damián Banegas Encalada 3

Third molar forming a complex
odontoma. Report of a clinical case

RESUMEN

El presente informe tiene como propósito reportar un caso clínico de odontoma complejo intraóseo ubicado en la zona posterior del tercer molar inferior derecho, molar que se encuentra retenido y que es parte principal de la estructura del odontoma. Un odontoma —o hamartoma de tejido odontogénico— es una alteración del desarrollo o malformación que presenta tejidos dentales como esmalte, dentina, cemento y pulpa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los odontomas como tumores odontogénicos benignos mixtos, epiteliales y mesenquimáticos; son, por lo general, asintomáticos; su etiología no se encuentra definida —por lo que se asocian a distintos factores—; se clasifican en compuestos y complejos —en virtud de diferencias en la organización del tejido dentario—; y, regularmente, son diagnosticados mediante análisis radiográficos y con biopsias enviadas a patología. Al Paciente —de sexo masculino, 45 años, hipertenso controlado— se le realizaron radiografías panorámica y tomografía. Una vez analizados los estudios complementarios, se realizó la enucleación y la exodoncia quirúrgica los molares tercero y segundo, que resultaron afectados. Adicionalmente, se utilizó Plasma Rico en Fibrina (PRF) para rellenar la cavidad ósea. Finalmente, se realizó estudio histopatológico, donde se confirmó el diagnóstico de odontoma.

Palabras claves: Tumor; odontoma; tercer molar; tomografía; diagnóstico.

ABSTRACT

Purpose: to report a clinical case of Odontoma complex intraosseous, located in the posterior area of the lower right third molar, which is retained, the same that is forming a main part of the structure of the odontoma. The odontomas are a developmental alteration or malformation known as hamartoma of odontogenic tissue, presents dental tissues such as enamel, dentin, cement and pulp, the World Health Organization defines it as benign mixed odontogenic tumors, epithelial and mesenchymal; are classified into compounds and complexes, its difference is the organization of dental tissue, usually are asymptomatic, its etiology is not defined by what is associated with various factors, by virtue of differences in the organization of dental tissue, regularly they are diagnosed by radiographic analysis and with protests sent to pathology. The patient —male, 45 years old, controlled hypertensive— had panoramic radiographs and tomography. Once the complementary studies were analyzed, enucleation and surgical exodontist were performed on the third and second molars, which were affected. In addition, Plasma Rich in Fibrin (PRF) was added to fill the bone cavity. Finally, a histopathological study was performed, where the diagnosis of odontoma was confirmed.

Key words: Tumor; Odontoma; third molar; tomography; diagnostic.

1 Odontólogo. Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Contacto esteban_4294@hotmail.com

id <https://orcid.org/0000-0002-5878-7075>

2 Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Magíster en Dirección hospitalaria. Docente de la cátedra de Cirugía de la carrera de Odontología. Centro de investigación de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Contacto dpalaciosv@ucacue.edu.ec

id <https://orcid.org/0000-0002-2251-0728>

2 Odontólogo. Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Contacto damiabanegas95@hotmail.com

id <https://orcid.org/0000-0002-3923-5988>

CITACIÓN SUGERIDA

Aguilar Novillo JE, Palacios Vivar DE, Banegas Encalada JD. Tercer molar conformando un odontoma complejo. Reporte de un caso clínico. *Acta Odontol Col* [en línea] 2019 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 9(2): 111 - 121. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/78959>

DOI <https://doi.org/10.15446/aoc.v9n2.78959>

Recibido	Aprobado	Publicado
07/04/2019	28/06/2019	15/07/2019

Introducción

La palabra “odontoma” fue empleada hace más de 150 años por Broca para describir tumores formados por el crecimiento excesivo de los tejidos dentales transitorios y completos(1, 2). Un odontoma está considerado como un hamartoma —más que como una neoplasia—, y es un tumor benigno. Ha sido descrito como una lesión mixta de células odontogénicas epiteliales y mesenquimales completamente diferenciadas, que forman esmalte, dentina, cemento, tejido pulpar, y que se presentan en un área del cuerpo donde dan inicio a su crecimiento lento y no agresivo (3, 4). Esta patología representa entre el 51% y el 67% de los tumores odontogénicos (5). El 59% de los odontomas complejos se producen en la zona posterior seguido de una predilección por la zona anterior (34%) y la zona premolar (7%) (2); lo que indica que, de las lesiones que se presentarán en la cavidad oral —y especialmente en los maxilares—, son los más comunes. A su vez, la OMS define los odontomas como tumores odontogénicos benignos mixtos, epiteliales y mesenquimales que se clasifican en compuestos y complejos con una relación de 2:1 (6).

Radiográficamente es posible observar diferencias claras entre los dos tipos de odontoma debido a que, por una parte, el odontoma compuesto se presenta como una imagen radiopaca que simula varios dientes en un solo foco definido, generalmente entre la raíz o en la corona de un diente retenido; y, por otra parte, el odontoma complejo se presenta a nivel de molares y premolares, pero tiene relación con dientes incluidos y se puede observar como una masa radiopaca irregular y desordenada, en la que las estructuras dentales no se diferencian con claridad (7).

Por su parte, el odontoma compuesto está formado por una agrupación de varios dentículos más ordenados, en los cuales se puede diferenciar el grado de morfodiferenciación e histodiferenciación. Los dos tipos de odontoma muestran una cápsula de tejido conectivo fibroso que rodea al material calcificado. En el odontoma complejo están presentes los tejidos dentales como esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar, pero de manera desorganizada y formando una masa bien definida que generalmente no se asemeja a la morfología de un diente. Este tumor puede presentar, a veces, áreas de epitelio ameloblástico, y ofrece un cuadro histológico de odontoma ameloblástico que exhibe las características del fibroma ameloblástico, pero presenta esmalte y dentina (6, 8, 9). El odontoma complejo en la mayoría de los casos es asintomático, pero en algunos casos pueden verse acompañados por dientes retenidos, dolor, infección, adenopatías regionales, expansión de hueso alveolar o desplazamiento de los dientes (10, 11). Su patogénesis se ha asociado con una serie de causas, incluido trauma durante la dentición primaria (2).

Los odontomas son regularmente intraóseos, pero también pueden ser extraóseos y erupcionados. Por lo general, los de tipo complejo se localizan en zonas posteriores —es decir, en segundos y terceros molares—, y ocasionalmente pueden presentarse en el seno maxilar, en las paredes del seno, cavidad nasal, piso de la órbita, en el ángulo de la rama mandibular, y en la parte posterior de la mandíbula. En contraste, el odontoma compuesto muestra una mayor predilección por la zona anterior, tanto en maxilar como en mandíbula (7, 8).

Los odontomas suelen estar estrechamente asociados a los dientes adyacentes, pero están separados de ellos por el tabique óseo. Existen muy pocos casos notificados de fusión de odontomas complejos con el diente asociado de morfología normal. En el presente caso,

el tercer molar entra en la conformación de la estructura del odontoma (12). Radiográficamente, un odontoma complejo se aprecia como una zona radiopaca bien localizada con la apariencia de una masa irregular desorganizada. Deben tenerse en cuenta los tres estadios de calcificación de este odontoma: en el primero se podrá ver una zona radiolúcida; en el segundo se observará parcialmente una zona radiopaca del odontoma; y en el último se observará una zona completamente radiopaca de márgenes irregulares y con un halo radiolúcido de menor tamaño que el del odontoma compuesto —las opacidades centrales representarán tejidos dentarios en forma desorganizada, y eventualmente se observarán algunas estructuras semejantes a dientes rudimentarios (8, 13).

En cuanto al diagnóstico diferencial del odontoma complejo, este debe establecerse mediante el odontoameloblastoma: si este se sitúa en la zona interarticular, el diagnóstico diferencial se realiza con dientes supernumerarios, osteoma, cementoma, osteítis residual focal, fibroma cementante u osteoblastoma; y si está ubicado en la región pericoronar, se diferencia con un tumor odontogénico adenomatoide o con un tumor odontogénico epitelial calcificante, siendo el tratamiento de elección de estos tumores la resección quirúrgica (8, 14, 15).

Todas estas condiciones se pueden distinguir a través de las diferencias en su aspecto radiográfico. Lo más importante es que ninguna de las lesiones nombradas anteriormente está asociada con el diente incluido (12). Sin embargo, estos están ubicados en lo profundo del hueso alveolar, mientras que el odontoma complejo está situado en los alvéolos hacia la cresta, como se presenta en este caso (12). La etiología de los odontomas es desconocida, y en ella se han visto implicados diferentes factores, tales como déficits nutricionales, traumatismos, infecciones, mutaciones genéticas (síndrome de Herрман, enfermedad de Tangier, nevus de células basales, síndrome de Gardner, y adenomatosis colónica familiar), hiperactividad odontoblástica, y alteraciones en el gen de control del desarrollo dentario (8,14,15).

El rango de edad de mayor frecuencia para el diagnóstico de esta patología es la segunda y tercera década, sin predilección por alguno de los sexos (7, 16). El tratamiento es quirúrgico: debe realizarse la enucleación de la lesión, que es sometida a estudio histopatológico; y debe extraerse toda la membrana que rodea al odontoma con un correcto curetaje para evitar la aparición de lesiones quísticas posteriores, el odontoma presenta una probabilidad de recidiva escasa (5).

Presentación del caso

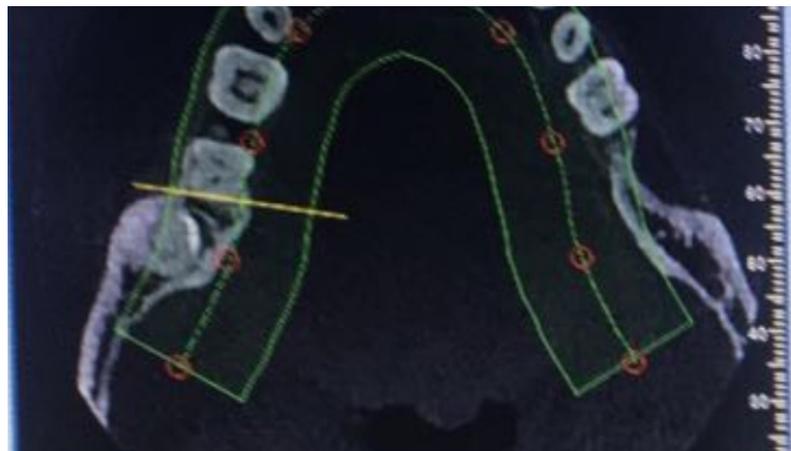
Paciente de sexo masculino, de 45 años, hipertenso controlado, que consulta a la clínica de cirugía de la carrera de odontología de la Universidad Católica de Cuenca refiriendo dolor agudo en la zona inferior del cuerpo mandibular derecho. En el examen clínico se observó movilidad del diente 47. Por su parte, el examen radiográfico reveló lesión radiopaca anómala con un halo radiolúcido, asociada a la estructura de un diente posterior incluido; no se observan dentículos —por lo que se descarta el odontoma compuesto como diagnóstico diferencial—; la lesión se encuentra en la parte distal del cuerpo de la rama ascendente de la mandíbula, cerca del nervio dentario inferior; y, como complicación adicional, generó rizólisis del diente 47 (Figura 1). Se complementó el estudio con una tomografía, donde se observa la lesión en relación con el molar 48 en posición hori-

zontal distal al segundo molar (Figura 2). Se decidió realizar recesión quirúrgica del tumor y exodoncia del diente 47 que estaba afectado en el tercio apical.

Figura 1. Vista panorámica. Se observa masa radiópaca, delimitada por halo radiolúcido en relación con molar 48 incluido superpuesto en el segundo molar.



Figura 2. Corte axial. Se observa lesión a nivel de cuerpo mandibular derecho.



Bajo anestesia local se realizó colgajo mucoperióstico triangular (Figuras 3 y 4). Se expuso la lesión y se realizó la recesión del odontoma con la exodoncia de los dientes 47 y 48, limpieza del lecho quirúrgico, se introdujo el coágulo de fibrina rica en plaquetas y se suturó. El paciente se medicó con 2g de amoxicilina 2 horas antes de la cirugía y en el postoperatorio.

Figura 3. Osteotomía para abordaje del odontoma.



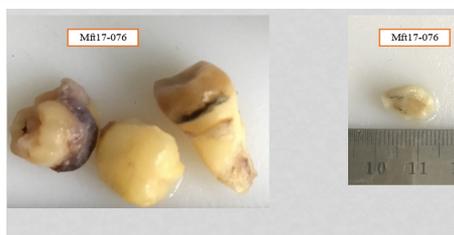
Figura 4. Recesión del odontoma.



Después de 3 días, el paciente asiste a control. En el día 7 se evidencia adecuada cicatrización de tejidos. Después de la resección la masa encontrada fue enviada para estudio histopatológico.

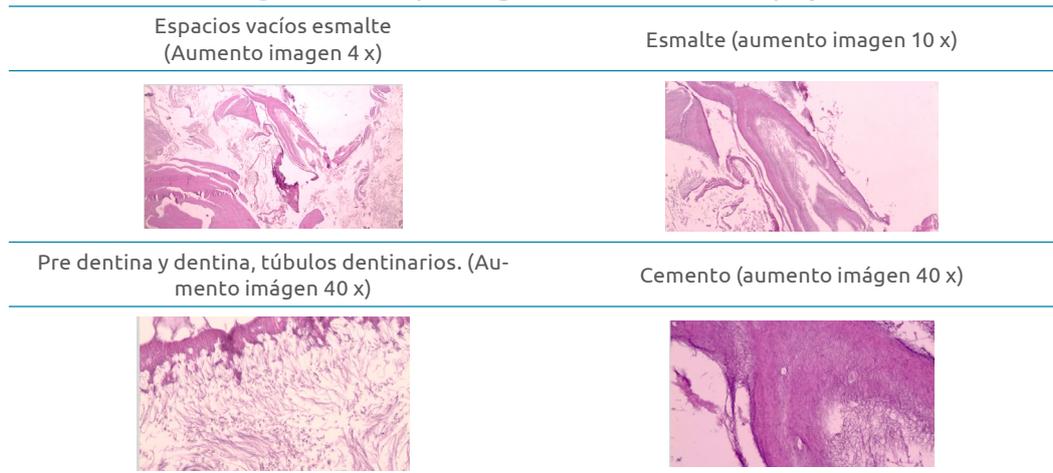
Macroscópicamente, se observó germen dentario del 48 adherido tejido duro de forma redonda, de 2.2cm de diámetro, color blanco amarillento, superficie lisa y consistencia dura (Figura 5). Microscópicamente, se observaron estructuras amorfas y ovals formadas por zonas de dentina primaria tubular, aparición de varias zonas vacías —que corresponden a los sitios donde se localizó el esmalte dental que se perdió en el proceso de descalcificación—, y presencia de material basófilo compatible con cemento (Figura 6). Por lo tanto, la evidencia hallada es compatible con el diagnóstico de odontoma complejo.

Figura 5. Germen dentario del diente 48 y diente 47.



Se observa tejido de forma irregular, color blanco amarillento, superficie lisa y consistencia dura.

Figura 6. Histopatología del odontoma complejo.



Microscópicamente se observa una mezcla de estructuras amorfas y otras ovas formadas por zonas de dentina primaria tubular, presencia de varias zonas vacías que corresponden a los sitios donde se localizó esmalte dental que se perdió en el proceso de descalcificación; además presencia de material basófilo compatible con cemento

Consideraciones éticas

En el presente caso clínico se acataron las normas éticas y bioéticas establecidas por la Declaración de Helsinki (2013), que reconoce como principio básico el respeto por el individuo (Artículo 8), así como su derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones informadas (Artículos 20, 21 y 22), incluidas aquellas relacionadas con su participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la misma. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18) y, mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre prevalente respecto de los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5); y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

Los investigadores adquirieron con el sujeto de estudio los siguientes compromisos: las imágenes mostradas en el artículo serán únicamente de la cavidad oral; se mostrarán las imágenes de los resultados del estudio histopatológico; los productos de la investigación no harán público el nombre del paciente; no se utilizarán imágenes que muestren el rostro del paciente —en caso de ser necesario, se cubrirán sus ojos con una franja negra—.

El paciente fue informado sobre los objetivos y la metodología del estudio por medio escrito. Adicionalmente, el paciente recibió orientación acerca del compromiso de confidencialidad adquirido con respecto a sus datos y fotografías en los estudios realizados por el investigador principal, y se obtuvo la firma del consentimiento informado correspondiente.

Discusión

El odontoma complejo presentado en el caso no tiene una forma definida, está ubicado en la parte distal del cuerpo, en la rama ascendente de la mandíbula. Los odontomas son estimados por Santos *et al.* (5) y Corral (15) como los tumores odontogénicos de mayor frecuencia tanto en el maxilar como en la mandíbula y los complejos se ubican en el cuerpo y rama mandibular.

Los odontomas compuestos frente a los odontomas complejos son los más frecuentes, reportados en la literatura en una proporción de 2:1, pero Medina llega a establecer una proporción de 3:1 en su estudio (5, 15). En algunas ocasiones —como esta—, tales odontomas se presentan asintomáticos, pero existen casos en que paciente presenta sintomatología y ligero aumento en el volumen, como ha quedado consignado en el reporte de Márquez *et al.* (3).

En cuanto al tamaño, el odontoma presente estudiado aquí fue de menos de 4 cm, que es lo regular, pero se pueden presentar casos con odontomas de más de 5 cm, como lo demuestra Tolentino *et al.* (10). Núñez *et al.* (4), Thistle *et al.* (8) y Brenes (7) coinciden en que la edad media en la que se diagnostican los odontomas está entre la segunda y tercera década de la vida, con un rango de edad que abarca desde los 6 a los 46 años, en el paciente del presente caso se diagnostica en la tercera década de vida, aunque otros autores como Tolentino *et al.* (10) demuestran en su estudio que se diagnostican en la segunda etapa de vida con más predilección.

Meza *et al.* recomiendan establecer un diagnóstico mediante el examen radiográfico convencional, en el cual es preciso tener en cuenta que esta lesión puede ser diagnosticada como otros tumores productores de cemento u otras lesiones óseas, por lo que se debe presentar atención a la ubicación del odontoma (16). Si la anomalía se ubica en la zona interradicular, el diagnóstico diferencial ha de establecerse frente a lesiones como fibroma ameloblástico, cementoblastoma, osteítis residual focal, diente supernumerario, o fibroma cementoosificante y si se localiza en la región pericoronar, deberá diferenciarse de lesiones como tumor odontogénico adenomatoide, tumor epitelial calcificante, u odontoameloblastoma (8). Ver Tabla 1.

En cuanto a la distribución de esta lesión por sexo, Vázquez *et al.* (1) reportan que existe una ligera predilección por el sexo masculino, mientras que Meza *et al.* (16) defienden su predilección por el sexo femenino. No obstante, es posible observar que esta diferencia es mínima, en este caso el paciente fue de sexo masculino. Mollo *et al.*, Díaz *et al.*, Thistle *et al.* y Balaram *et al.* optaron por la enucleación como tratamiento para el odontoma complejo y en el caso descrito también fue el tratamiento de elección, ya que todo odontoma compuesto o complejo debe ser extirpado quirúrgicamente, debido a que puede generar complicaciones locales como, retención dentaria, desplazamiento de los dientes, destrucción ósea, formación de lesiones quísticas o tumorales tipo ameloblastoma, dolor, entre otras (8, 11, 14, 18).

Para finalizar, en el caso presentado se logró la correcta remoción quirúrgica, enucleación del odontoma y exodoncia del diente 47 que estaba afectado en el tercio apical. Mediante los exámenes clínicos, radiográficos, patológicos micro y macroscópicos, se confirmó el diagnóstico de odontoma complejo.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre odontoma compuesto, tumor odontogénico epitelial calcificante, odontoma complejo y fibroma ameloblástico.

Patología	Odontoma compuesto	Tumor odontogénico epitelial calcificante	Odontoma complejo	Fibroma ameloblástico
Características clínicas	"Lesión no agresiva, indolora, con potencial de crecimiento más limitado que el del odontoma complejo. Algunas veces se ve asociado con un diente permanente no erupcionado".	"Lesión asintomática, de crecimiento lento, que puede producir una expansión de la cortical, movimiento dentario y resorción de las raíces. Se asocia con dientes no erupcionados".	"Lesión indolora, de crecimiento y expansión lenta. En algunas ocasiones, la lesión está asociada con un diente permanente no erupcionado".	"Masa que frecuentemente puede crecer y desplazar los dientes en desarrollo. Puede también reabsorber las raíces y desplazar el canal alveolar inferior".
Características radiográficas	"Masa radiopaca de estructuras calcificadas pequeñas y múltiples, con una anatomía similar a dientes normales, usualmente rodeada por una zona radiolúcida estrecha".	"Imagen radiopaca de área no definida, regularmente ubicada en las zonas molar y premolar".	"Masa más o menos amorfa de material calcificado, con radiodensidad de estructura dental que no guarda semejanza anatómica con el diente, y rodeada por un borde radiolúcido estrecho".	"Lesión frecuentemente bien definida, transparente, con un halo más esclerosado radiopaco. Estas lesiones pueden ser uniloculares o multiloculares, y estar asociadas con la corona de dientes impactados".
Características histopatológicas	"Malformación en la que están representados todos los tejidos dentarios con un patrón más ordenado que el de un odontoma complejo. La mayoría de los odontomas compuestos no mantienen la estructura de la dentición normal, pero en cada una de las pequeñas estructuras calcificadas; el esmalte, la dentina, el cemento y la pulpa están dispuestos como en el diente normal".	"Se observan masas de grandes células epiteliales poligonales con bordes bien definidos y puentes intercelulares. Extracelularmente, suele haber acumulaciones de material de tipo amiloide con birrefringencia de color verde manzana bajo luz polarizada después de ser teñida con rojo Congo".	"Malformación en la que están representados todos los tejidos dentarios, individualmente bien formados en general, pero dispuestos según un patrón más o menos desordenado".	"Ectomesénquima odontogénico que se asemeja a la papilla dental y el epitelio, es decir, lámina dental y el órgano del esmalte, sin tejidos dentales duros".

Fuente: Martínez E, Medina C, Aguilar J, González J, Rico A, Huerta A, et al. Odontoma: una revisión de la literatura. *Acta Bioclínica* [en línea] 2018; 8(16): 153-188.

Se puede concluir que esta patología —el odontoma— la mayoría de las veces no suele presentar síntomas; en ese sentido cobra importancia una correcta anamnesis, los exámenes complementarios, la radiografía panorámica y la tomografía a los pacientes para corroborar hallazgos, establecer el diagnóstico definitivo y determinar la ubicación de la lesión. Finalmente se debe realizar el protocolo quirúrgico correspondiente y los controles postquirúrgicos y el seguimiento al paciente.

Agradecimientos

Agradecemos a la Universidad Católica de Cuenca por los servicios brindados, tales como clínica, laboratorios, historia clínica y documentos para la correcta atención, diagnóstico y tratamiento del caso presentado y para la elaboración del reporte del mismo.

Contribuciones de los autores

Todos los autores participaron en la realización de este estudio. Jonnathan Esteban Aguilar Novillo diseñó el estudio y redactó el primer borrador del manuscrito. Diego Esteban Palacios Vivar realizó el protocolo y análisis del estudio. Johnny Damián Banegas Encalada hizo las búsquedas bibliográficas pertinentes y redactó el segundo borrador del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Vázquez D, Gandini P, Carbajal E. Odontoma compuesto: diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. *Av Odontostomatol* [en línea] 2008; 24(5): 307-312. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852008000500002>
2. Pacifici A, Carbone D, Marini R, Pacifici L. Surgical management of compound odontoma associated with unerupted tooth. *Case Reports in Dentistry* [en línea] 2015; 2015(902618): 6. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/902618>
3. Márquez JD, Soteldo G, Mujica R, González L, Albornoz E. Odontoma complejo fusionado a tercer molar superior. Reporte de caso. *Acta Odontológica Venezolana* [en línea] 2016; 54(2): 1-7
4. Núñez L, Zamorano G, Moreno M, Landaeta M, Fernández M, Donoso F. Odontoma complejo erupcionado: reporte de un caso. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral* [en línea] 2016; 9(1): 8-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.04.001>.

5. Santos SJ, Díaz HT, Ávila G. Tres casos de odontomas. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [en línea] 2015; 40(4): 1-9.
6. Guerra A, Leal P, Martínez H, Rivera G. Odontoma compuesto: diagnóstico radiológico y tratamiento quirúrgico de un caso. *Revista ADM* [en línea] 2012; LXIX(3): 139-141.
7. Brenes J. Odontoma compuesto: diagnóstico radiográfico y manejo quirúrgico. *Rev Cient Odontol* [en línea] 2013; 9(2): 39-43.
8. Thistle L, Muela D, Nevárez M, Ríos V, Nevárez A. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. *Rev Odontol Mex* [en línea] 2016; 20(4): 272-276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rodmed.2016.11.009>.
9. Santana Garay J. Atlas de patología del complejo dentino bucal. Segunda edición. La Habana: Ecimed; 2010.
10. Tolentino E, Ferreira O, Mazzottini R, Consolaro A, Casas L, Alvares A. Odontoma complejo extenso asociado a tercer molar retenido en base de mandíbula: relato de caso clínico. *Acta odontológica venezolana* [en línea] 2011; 49(3):1-7.
11. Mollo J, Flores J, Strauss M, Guzmán J, Guibarra H, Sanjinés J. Odontoma Compuesto, un análisis clínico, imagenológico y terapéutico: reporte de caso. *Rev Inv Inf Salud* [en línea] 2016; 11(28): 23-29.
12. Jain A, Karuna Y, Baliga M, Suprabha B, Natarajan S. Surgical management of complex odontoma associated with agenesis of a molar. *Contemp Clin Dent* [en línea] 2018; 9(6): S388-390. https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_789_17.
13. Jurado S, Rangel C, Brito P. Odontoma Compuesto. Reporte de un caso y revisión de la literatura. [Fecha de consulta 18 de marzo de 2019]. Disponible en: http://congresos.cio.mx/memorias_congreso_mujer/archivos/extensos/sesion4/S4mMCS08.pdf.
14. Díaz H, Medina S, Ávila G. Tratamiento y evolución de odontoma complejo. Presentación de un caso. *Medisur* [en línea] 2016; 14(4): 469-474.
15. Corral I, Arias Ó, Fernández F, Dorado C, Martínez J. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Dental practice report* [en línea] 2009; julio-agosto: 36-39.
16. Meza G, Martínez L, Castellanos G. Odontoma complejo erupcionado con infección agregada como complicación, presentación de un caso clínico. *Rev Mex Cir Bucal Max* [en línea] 2010; 6(3): 106-110.

17. Martínez E, Medina C, Aguilar J, González J, Rico A, Huerta A, *et al.* Odontoma: una revisión de la literatura. *Acta Bioclínica* [en línea] 2018; 8(16): 153-188.
18. Balaram N, Karunakar P, Jayadev M, Rahul V. Role of Platelet rich fibrin in wound healing: A critical review. *J Conserv Dent* [on line] 2013; 16(4): 284-293. <https://doi.org/10.4103/0972-0707.114344>.

REPORTE DE CASO

Case report

Odontoma complejo. Reporte de caso

Jonnathan Esteban Aguilar Novillo, Diego Esteban Palacios Viver, Johnny Damián Banegas Encalada