



**Universidad Nacional Autónoma  
de México**



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Tratamiento y evolución de un paciente infantil con odontoma  
compuesto. Reporte de caso

### **CASO CLÍNICO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

### **ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA**

P R E S E N T A:

MARIA FERNANDA HERNÁNDEZ MOLINA

TUTOR: Mtro. OMAR PÉREZ SALVADOR

ASESOR: Esp. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES

Cd. Mx.	2021
---------	------



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Resumen

El odontoma es el tumor odontogénico más frecuente en cavidad oral, histológicamente se clasifica en 2 grupos: compuesto y complejo, ambos tipos constituidos por estructuras dentales como esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar. El odontoma compuesto esta conformado por varios dentículos de tejido dental organizado. Por lo general se relaciona con una alteración en la erupción o malposición dental, tiene predilección en hueso maxilar y comúnmente se diagnostican mediante exámenes radiográficos de rutina.

Se presenta una revisión de la literatura, seguida de un reporte de odontoma compuesto en el maxilar superior, se presentó a la clínica de Odontopediatría DEPEI UNAM paciente femenino de 10 años de edad refiriendo retraso de erupción en la zona anterior, se estableció el diagnóstico tomando en cuenta los estudios auxiliares, que consistieron en radiografía panorámica y *Cone Beam* (CBCT) en donde se observó el incisivo central superior derecho retenido, y como causa de la retención se observó un área radiolúcida, que se diagnosticó como un odontoma compuesto. Posteriormente se realizó la intervención quirúrgica para

extirpar la lesión, se le dio seguimiento radiográfico, se le colocó un mantenedor de espacio estético y se comenzó la primera fase del tratamiento ortodóntico, en el cual colaboró el Departamento de Cirugía para la colocación de un botón quirúrgico y se comenzó con la tracción mecánica del diente retenido.

Cuando existe una retención dentaria su tratamiento debe ir encaminado a la exéresis del odontoma y muchas veces será necesario complementarlo con un tratamiento ortodóntico-quirúrgico para la tracción de los dientes que quedan retenidos.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura y reportar el caso de un paciente infantil con presencia de odontoma compuesto; con la finalidad de conocer la etiología, epidemiología, tratamiento y técnicas de diagnóstico de este mismo, en relación a la medicina basada en evidencias.

Palabras clave: Odontoma compuesto, incisivo retenido, cirugía, tracción dental, caso clínico.

## **Abstract**

Odontoma is the most frequent odontogenic tumor in the oral cavity, histologically it is classified into 2 groups: compound and complex. The compound odontoma is made up of several denticles of organized dental tissue. It is usually related to an alteration in rash or dental malposition, has a predilection in the maxillary bone and is commonly diagnosed by routine radiographic examinations.

A 10-year-old female patient, presents to the DEPeI UNAM pediatric dentistry clinic described delayed incisor rash, several studies are carried out for diagnosis, consisting of panoramic radiography and CT- *Cone Beam* where the upper central incisor right retained, and as a cause of retention a radiolucidal area was observed, which was diagnosed as a compound odontoma. Subsequently, the surgical intervention was performed to remove the lesion, radiographic follow-up was carried out, an aesthetic space maintainer was placed, and the first phase of orthodontic treatment was started, in which the surgery department collaborated to place a surgical button

and started with the mechanical traction of the retained tooth.

When there is a tooth retention its treatment should be aimed at the excision and an orthodontic treatment divided into two phases, the first phase is mechanical orthopedic, transversal expansion and mechanical traction of the tooth; and the second phase is corrective orthodontics until an earlier guide is obtained.

The objective of this work is to carry out a review of the literature and a case report of the compound odontoma; in order to know its etiology, epidemiology, treatment and diagnostic techniques, in relation to evidence based medicine.

Key words: Odontoma, compound odontoma, surgery, case report.

## **Introducción**

Durante las primeras d. cadas del siglo pasado odontoma significaba no solamente los tumores odontogénicos, sino que también incluían a los quistes odontogénicos y no odontogénicos y diversas lesiones fibromatosas osificantes de los maxilares.<sup>(1)</sup>

Los primeros casos inequívocos de odontomas compuestos fueron

publicados a mediados de los años 1850. El término odontoma fue acuñado por Pierre Paul Broca en 1867, refiriéndose a cualquier tumor formado por el crecimiento excesivo, transitorio o completo de tejidos dentales y sugirió clasificar las lesiones de acuerdo con la etapa de desarrollo del diente.<sup>(2)</sup> El odontoma se describe como una neoplasia benigna mixta (Harmatoma) de origen odontógeno, es decir, es una lesión de células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas, completamente diferenciadas y que forman esmalte, dentina y cemento.

Los odontomas son los tumores odontogénicos benignos con mayor frecuencia de aparición y representan el 51% de todos los tumores odontogénicos.

Los odontomas han sido reportados como los tumores odontogénicos más frecuentes en América y Europa; por lo que se puede intuir la existencia de diferencias raciales siendo más común en la raza caucásica (65%) y están asociados con mayor frecuencia a la dentición permanente que a la dentición temporal.<sup>(2)</sup>

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una nueva clasificación de los tumores odontogénicos,<sup>(3)</sup> basada en las características histológicas que exhiben cada uno de los tumores y que a su vez corresponden a un comportamiento biológico que puede ser francamente benigno, maligno o simplemente hamartomatoso, esta clasificación del odontoma está dentro de los tumores odontogénicos compuestos por epitelio y ectomesénquima odontogénico con o sin formación de tejidos dentales mineralizados.<sup>(4)</sup>

Los odontomas se clasifican tomando en cuenta la organización y el grado de alteración de la células odontogénicas en dos:

Complejo: malformación en la cual están representados todos los tejidos dentarios pero con un patrón de distribución desorganizado sin asemejarse a la morfología de un diente, sólo presenta histodiferenciación. Los odontomas compuestos suelen ser lesiones uniloculares radiopacas y múltiples, que pueden variar su contenido desde 2 hasta 30 estructuras análogas a dientes de tamaño pequeño.<sup>(4) (5)</sup>

Compuesto: malformación en la cual están representados todos los tejidos dentarios con un patrón de distribución ordenado; la lesión consta de muchas estructuras similares a los dientes denominadas dentículos, presenta morfodiferenciación e histodiferenciación con células odontogénicas epiteliales y mesenquimatosas. <sup>(4) (5)</sup>

Clínicamente, encontramos tres tipos de odontomas:

- a) Central: o intraóseo, que es el más frecuente.
- b) Periférico: se localizan exclusivamente en tejidos blandos gingivales del maxilar o mandíbula.
- c) Erupcionado: situado coronal a un diente en erupción, impactado o ubicado en la porción más baja del proceso alveolar, llegando a erupcionar.

Los odontomas los podemos encontrar solos y/o asociado a otros tumores odontogénicos, como ameloblastoma, fibroodontoma ameloblástico, odontoameloblastoma, tumor epitelial odontogénico calcificante, tumor odontogénico adenomatoide, quiste dentigero y presencia de células fantasmas.<sup>(5)</sup> También se deben incluir

diagnósticos diferenciales ante imágenes radiográficas como un cementoma, osteomielitis esclerosante focal, diente supernumerario, tumor odontogénico epitelial calcificante o a un tumor odontogénico adenomatoide.

El odontoma compuesto se presenta con frecuencia durante la primera y segunda década de vida, y no presentan predilección por sexo, aunque algunos autores mencionan en el odontoma compuesto una ligera predilección por el sexo masculino. Es más frecuente el compuesto que el complejo. <sup>(2)(6)</sup>

Respecto a la localización, la mayoría se sitúan en el área de incisivos y caninos del maxilar superior, seguida por las zonas anteroinferior y posteroinferior.

También puede localizarse desplazado a otros sitios como el seno maxilar, paredes del seno maxilar, en la cavidad nasal, piso de la orbita, ángulo de la rama mandibular y parte posterior de la mandíbula.<sup>(5)</sup>

El odontoma constituye una anomalía del desarrollo, en la cual las células y los tejidos son normales, pero la estructura es defectuosa, debido a que la organización de las células odontogénicas

no puede alcanzar un estado normal de morfodiferenciación.

Desde el punto de vista histopatológico el odontoma compuesto presenta pulpa, dentina primaria, esmalte hipocalcificado, cemento primario y un trabeculado óseo entre los dentículos. (Fig. 1).

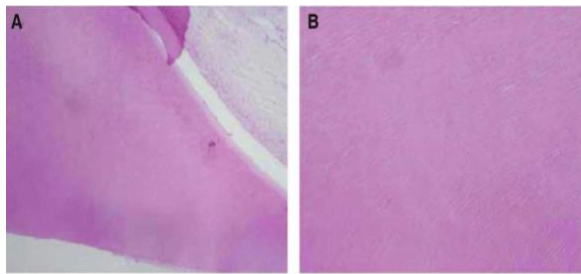


Fig. 1 A) Histopatología de odontoma compuesto. B) Dentina (400x). Recuperada de Rev Odont Mex. 2016;20:272-6.

En cuanto a la etiología, se ha sugerido que puede desencadenarse a partir de un trauma local con repercusión en el proceso de la morfodiferenciación de un órgano dentario, así como la interacción de algún proceso infeccioso local o de procesos inflamatorios inmersos en las zonas de su localización; también se atribuye su origen a mutaciones genéticas, o de la hiperactividad odontoblástica. Finalmente también se atribuyen a anomalías hereditarias como

el síndrome de Gardner y el síndrome de Hermann.<sup>(5)</sup>

Existen teorías que apoyan el hecho de que éstos son el resultado de la protrusión de células epiteliales odontógenas suplementarias procedentes de la lámina dental <sup>(7)</sup> así como también la teoría de Malassez, que explica el desarrollo a expensas de los restos paradentarios, y la teoría de Rywkind que considera una histogenia análoga al mecanismo de la odontogénesis.<sup>(7)(8)</sup>

Los odontomas son un hallazgo radiográfico durante un examen de rutina, radiográficamente el odontoma compuesto se presenta como una imagen mixta (radiopaca y radiolúcida), que adopta una configuración similar a dientes (dentículos), rodeados por un halo radiolúcido.<sup>(2)</sup> En la actualidad, la tomografía *Cone Beam* (CBCT) es una herramienta de diagnóstico que ayuda a observar la relación que tiene el odontoma con las estructuras anatómicas circundantes. Las técnicas radiográficas convencionales sirven para realizar hallazgos radiográficos; sin embargo presentan una limitación por su interpretación en sólo 2 dimensiones,

además de la distorsión asociada con la anatomía y demás características de acuerdo con la técnica. En cambio, la tecnología CBCT, permite establecer mejor al diagnóstico y planeamientos pre-quirúrgicos, facilitando de esta forma el trabajo del odontólogo ya que brinda mayor seguridad en la práctica, basándose en imágenes volumétricas tridimensionales, evitando o disminuyendo las complicaciones quirúrgicas.<sup>(9)</sup>

La mayor parte de los odontomas son asintomáticos y rara vez erupcionan, aunque pueden aparecer signos y síntomas relacionados con su presencia; eventualmente pueden generar expansión ósea, dientes supernumerarios, impactados, retenidos, asociado a una Angina de Ludwing, inflamación e infección, obstrucción nasal, Síndrome Otodental, algunas variantes mixtas como los ameloblasticos pueden convertirse en malignos. Los dientes supernumerarios y odontomas son la causa principal del impacto de incisivos permanentes, debido a una obstrucción directa para su erupción.<sup>(4)</sup>

Al ser tumores benignos el tratamiento de elección consiste en la enucleación quirúrgica bajo anestesia local o general de acuerdo con el caso. En cuanto a la elección de la técnica quirúrgica, es recomendable la exéresis de la lesión, de manera conservadora para no lesionar los dientes que no han erupcionado, mediante la eliminación de la cápsula de tejido conjuntivo que lo rodea, estas masas calcificadas no se adhieren al tejido óseo, son bien circunscritas de tal forma que pueden ser fácilmente removidas, se debe de preparar adecuadamente la muestra para el estudio histopatológico para el diagnóstico certero. Es necesaria la vigilancia de los dientes adyacentes, debido a que en la mayoría de los casos compromete la erupción dentaria, y requiere tratamiento quirúrgico-ortodóncico para el reposicionamiento en la arcada del órgano dentario retenido. El pronóstico resulta por lo general favorable, con escaso índice de recidiva, que se da quizás al retirarlos incompletamente al no revisar la cavidad ósea y extraer toda la membrana envolvente, o en una etapa en que no se encuentran calcificados o por su poder de inducción. <sup>(10)(11)(12)</sup>



Debido a que los odontomas representan un gran porcentaje dentro de las lesiones tumorales de origen odontogénico, es necesario tener un conocimiento adecuado de sus características, en función de establecer un correcto diagnóstico y tratamiento.

El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas y radiográficas del odontoma compuesto a través de la revisión de la literatura y mostrar el manejo clínico de odontoma compuesto asociado a un incisivo central superior permanente retenido así como reconocer la importancia del uso de auxiliares de diagnósticos imagenológicos.

## Presentación de caso

Paciente Femenino de 10 años de edad, se presentó a la clínica de Odontopediatría DEPeI UNAM refiriendo la madre “retraso de erupción de su diente”. En el momento de la anamnesis la paciente no refiere ningún tipo de sintomatología, se realiza la historia clínica en la que no hay antecedentes personales patológicos, la madre no refiere ningún trauma dental previo, a la exploración clínica no se observaron cambios en la configuración y

coloración de la mucosa de la zona, ni abultamiento de la tabla ósea externa, se observa dentición mixta, la retención prolongada del diente 5.1 y retraso en la erupción del incisivo central superior (Fig. 2). El estado general del resto de la dentición es bueno. La exploración extraoral es normal.



Fig. 2 Fotografías clínicas intraorales.  
Fuente: Directa.

Se solicitan estudios auxiliares para su diagnóstico, que inicialmente consisten en radiografía panorámica donde se observó el incisivo central superior derecho retenido, y como causa de la retención se observó una estructura redondeada, con bordes delimitados con contenido de estructuras radiolúcidas y radiopacas, similares a coronas dentarias; posteriormente se complementa con tomografía computarizada, con la finalidad de ubicar la lesión y valorar su relación con los ápices de los incisivos superiores. Del mismo modo, es crucial para la programación quirúrgica debido a que marcará con mayor precisión su abordaje (Fig. 3).

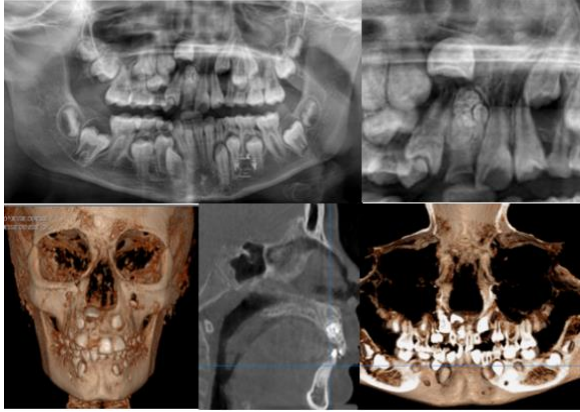


Fig 3. Radiografía panorámica y *Cone Beam* (CBCT).  
Fuente: Directa.

Después del análisis clínico e imagenológico se establece el diagnóstico presuntivo de odontoma compuesto y se planea su remoción quirúrgica.

El tratamiento se dividió en dos fases, en la primera fase se realizó la excéresis, seguida de una fase ortopédica mecánica, con expansión transversal y tracción mecánica del diente retenido; y la segunda fase es ortodoncia correctiva hasta obtener una guía anterior, en este trabajo se menciona únicamente la primera fase.

Se explica el plan de tratamiento a los padres, así como también se obtiene su firma en el consentimiento informado.

## Procedimiento

Con una previa asepsia y antisepsia del campo operatorio, se realizó la intervención quirúrgica para extirpar la lesión, bajo anestesia local troncular, infraorbitaria con bloqueo nasopalatino (lidocaína con epinefrina al 2%). El comportamiento del paciente durante el procedimiento se categorizó como positivo de acuerdo con la Escala de Clasificación de Comportamiento de Frankl

En primer lugar se realizó la extracción del diente 5.1, posteriormente se procedió a realizar una incisión festoneada, se realizó levantamiento del colgajo mucoperióstico correspondiente y se comienza la osteotomía con pieza de baja velocidad y fresa quirúrgica (irrigación con suero fisiológico), hasta dejar al descubierto la lesión y poder visualizar la presencia de elementos compatibles con tejidos dentarios. Después se realiza la eliminación minuciosa de la tumoración en la que se visualiza con precisión la similitud con piezas dentarias en forma ordenada y de diferentes tamaños, extraídos cuidadosamente hasta limpiar la zona completamente. Estas características clínicas de los dentículos permite dar un diagnóstico intraquirúrgico de odontoma compuesto. Por último, se realizó un

curetaje del lecho quirúrgico, el colgajo es cerrado con puntos de sutura individuales con Vycril tres ceros y se indicó antibioterapia y analgésicos correspondientes (Fig. 4).

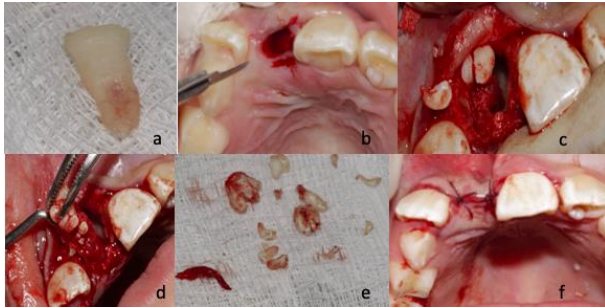


Fig. 4 a,b) Extracción del diente 5.1, c) elementos compatibles con tejidos dentarios, d) Eliminación de la tumoración, e) dentículos, f) cierre de colgajo.

Fuente: Directa.

Las instrucciones orales y escritas postoperatorias específicamente relacionadas con el mantenimiento de una higiene bucal apropiada, la ingestión de comidas frías y suaves, la abstención del ejercicio físico durante 48 horas y el manejo del dolor se le dieron a la madre del paciente.

En la cita posterior de control se observa la herida del abordaje con adecuada cicatrización, sin datos de procesos infecciosos y se retiraron los puntos de sutura. Se toman modelos de estudio y se le colocó un mantenedor de espacio con frente estético con la finalidad de rehabilitar

estética y funcionalmente el segmento anterior para que la paciente mantenga su seguridad y confianza.

Se cuenta con un control radiográfico al mes donde se observa una zona radiolúcida circunscrita en proceso de aumento de su densidad ósea (Fig. 5).

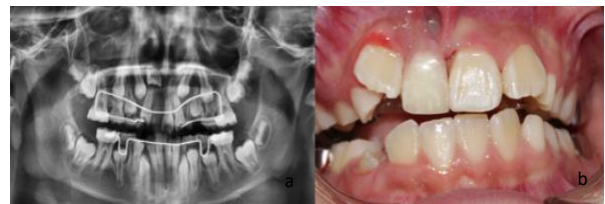


Fig. 5 a) Radiografía al mes, b) mantenedor de espacio con frente estético.

Fuente: Directa.

Posteriormente se retiró el mantenedor de espacio con frente estético y se remitió a la paciente a cirugía para el abordaje quirúrgico del incisivo central superior derecho y colocación del botón para iniciar la tracción del mismo.

Se colocó aparatología ortodóntica fija, con bandas en primeros molares superiores con tubos sencillos. Se colocó para su nivelación 4 x 2 que obedece la secuencia de los arcos utilizados para la mecánica correctiva en la dentición mixta que se limita a arcos redondos, comenzando con el arco NiTi 0,016 y se inicia tracción de

incisivo superior con ligadura metálica; se liga en aproximación con el diente numero 2.2 (Fig. 6).

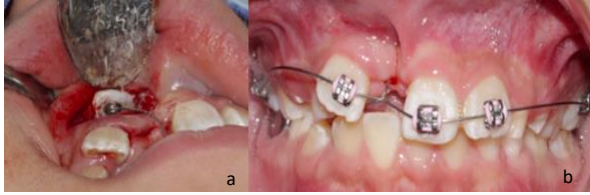


Fig. 6 a) abordaje quirúrgico del incisivo central superior derecho, b) aparatología ortodóntica fija.

Fuente:Directa

## Discusión

Existen múltiples casos descritos en la literatura sobre los odontomas, el cual es descrito como uno de los tumores odontogénicos benignos más comunes. Dado su prevalencia, es necesario tener un adecuado conocimiento acerca de ellos y sus características, para poder realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento. Thiers, basado en un estudio de 2,078 biopsias, ubica al odontoma en el tercer puesto de tumores benignos después de queratoquiste y ameloblastoma, con una frecuencia de 16.1%.<sup>(13)</sup> Sin embargo, Ochsenius, posiciona a esta patología en primer lugar con un 44.7%. En cuanto a la predilección racial, se reporta mayor incidencia en personas caucásicas

(65%), en chinos del 6 al 6.7%, mientras que la incidencia en africanos es baja.

Normalmente están asociados con un diente permanente impactado, localizándose entre la corona del diente y el proceso alveolar, impidiendo su correcta erupción.<sup>(12)</sup>

La etiología del odontoma es desconocida, sin embargo, su presencia puede ser asociada con la retención o alteración en la erupción de piezas dentales, causa que se ha observado en el 48% de los casos; inflamación, maloclusión, desvitalización de dientes contiguos o procesos infecciosos son otros factores probablemente asociados. Algunos autores han reportado una asociación a quiste dentígero hasta en un 28%.

En la literatura no existe un acuerdo entre los diferentes autores acerca de la predilección del sexo del paciente. De acuerdo al meta análisis de Hidalgo-Sánchez, no existen diferencias significativas en cuanto a la predilección de esta patología por el sexo del paciente.<sup>(6)</sup>

Respecto a la localización, existe una diferencia entre odontomas compuestos y odontomas complejos. Según la

literatura, los odontomas compuestos son más comunes en la zona anterior maxilar, y los odontomas complejos más comunes en la zona posterior mandibular (Núñez et al.). En nuestro caso, el odontoma se localizó en la zona anterior del maxilar superior, lo cual concuerda con esta teoría.

La experiencia clínica y la literatura dental respaldan que se debe realizar un examen radiográfico individualizado de cualquier paciente pediátrico que presente evidencia clínica de erupción dental retrasada o desplazamiento dental temporal con o sin antecedentes de trauma dental previo. Como se demostró en este reporte de caso, el diagnóstico temprano de odontomas permite la adopción de un tratamiento menos complejo y menos costoso y asegura un mejor pronóstico.

Se pudo establecer que la técnica panorámica es el estudio radiográfico aconsejable ante la sospecha de una inclusión dentaria. Con ella obtenemos información sobre la presencia del diente incluido y su relación con estructuras vecinas, si existe patología asociada (quistes, odontomas), o si ha producido desplazamiento o lesión de los dientes

vecinos. Sin embargo, presenta limitaciones como la magnificación o la posición respecto a la arcada dentaria. Por ello, es necesario pedir pruebas diagnósticas complementarias, como la tomografía computarizada, que informa sobre la posición tridimensional exacta del diente incluido y respecto a las estructuras vecinas, en este caso respecto a los ápices del incisivo lateral y central.<sup>(5)</sup>

Es frecuente la asociación del odontoma a otras patologías tales como quistes y tumores odontogénicos, por lo que debemos realizar un diagnóstico diferencial de aquellos tumores óseos que pueden confundirse con un odontoma como el osteoma, osteoblastoma, entre otros. El odontoma está bien circunscrito sin causar destrucción de los tejidos circundantes.<sup>(5)</sup>

Finalmente en cuanto al tratamiento de elección, este generalmente consta de la exéresis del odontoma compuesto, pudiendo permitir así la natural erupción del diente impactado, o bien su tracción ortodóncica.<sup>(6)</sup> Con este trabajo se demuestra la importancia de realizar un diagnóstico adecuado ante este tipo de afección en estadios tempranos, el

análisis complejo, así como la evolución del caso, permitieron confirmar el diagnóstico inicial de odontoma compuesto.

## Conclusiones

Los odontomas representan las lesiones tumorales benignas y asintomáticas de origen odontogénico más comunes; son tumores generalmente asintomáticos, no agresivos, de crecimiento lento, cuyo origen podría estar relacionado con alteraciones de la erupción, y en menos frecuencia con infección local y lesiones quísticas. La etiología de los odontomas no está bien esclarecida, pero se ha relacionado con factores traumáticos, infecciosos, factores hereditarios, hiperactividad odontoblástica y mutaciones genéticas así como alteraciones durante la embriogénesis.

El objetivo de este reporte de caso fue evidenciar que la ausencia de una pieza dentaria permanente en boca, así como la presencia prolongada de un diente temporal, ya en época de exfoliación, son signos relevantes al momento de realizar el examen clínico bucal. Todo odontoma compuesto o complejo, debe ser extirpado quirúrgicamente, puesto que

genera diversas complicaciones locales, tales como retención dentaria, desplazamiento de piezas dentales, destrucción ósea, formación de lesiones quísticas, tumorales tipo ameloblastoma, entre otras. El potencial de regeneración en pacientes pediátricos es mayor que en los adultos, permitiendo la regeneración de los tejidos de manera exitosa.

Se puede apreciar que existen distintas medidas terapéuticas ya que muchas veces es solo necesaria la exéresis del odontoma y esperar a la erupción natural del diente retenido y en otros casos es necesaria la ayuda de la tracción mecánica del diente retenido.

## Referencias

1. Brenes-Barquero José Luis. Odontoma compuesto: diagnóstico radiográfico y manejo quirúrgico. reporte de dos casos clínicos. Rev Cient Odontol. 2013;9:39–43.
2. Vázquez D, Gandini P, Arbajal E. Odontoma compuesto : Diagnóstico radiográfico y tratamiento quirúrgico de un caso clínico. 2008;24(5):307–12.
3. Hidalgo O, Leco MI MJ. Metaanalysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13:730–4.
4. Barrera V, Rascón AN. Aspectos

- descriptivos del odontoma:  
revisión de la literatura. Rev  
Odontológica Mex. 2016;20:272–  
6.
5. Toro L, Pérez S, Arango C. Odontoma compuesto maxilar, reporte de un caso y revision de la literatura. 2011;(9):1–11.
  6. Álvarez M. Odontoma Compuesto : Diagnóstico y Tratamiento Reporte de Casos & Revisión de la Literatura. 2017;11(4):425–30.
  7. Crespo J, Ruiz M DM et al. Odontoma compuesto como causa de sinusitis maxilar crónica. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;359–61.
  8. Jenair Y , Castillo C. Odontoma compuesto mandibular. Reporte de caso. Rev Fac Med Univ Los Andes. 2009;18:138–43.
  9. Martínez E, Medina S, Aguilar j, González J. Odontoma: una revisión de la literatura. acta bioclinica. 2018;8(16):153–88.
  10. Harris J. Odontoma compuesto. Una patología oral a considerar. Rev la Fac Ciencias la Salud. 2009;91–4.
  11. Dinatale E. Neuralgia Sintomática de la tercera rama del trigémino asociada a odontoma compuesto: Reporte de caso. Acta Odontol Venez. 2003;41.
  12. Ruiz R. Odontoma compuesto asociado a canino permanente inferior incluido C aso clínico Caso clínico. Gac Dent. 2013;(1):120–7.
  13. Palacios E, Guzmán B, Villasana M, Montoya R. Odontoma compuesto: revisión de la literatura y reporte de un caso con 40 dentículos. 2016;73(4):206–11.