ISSN: 3084-7389

ODONTOMA COMPUESTO CON 112 DENTÍCULOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO INUSUAL

COMPOUND ODONTOMA WITH 112 DENTICLES: PRESENTATION OF AN UNUSUAL CASE

Presentado: 8 de marzo del 2026
Aceptado: 30 de abril del 2026
Publicado: 30 de junio del 2026

Carlos Amancio Alonso Claudio[1], Sheila Karina Echegaray Grovas[2]

[1]Doctor en Ciencias: Salud Pública, Cirujano Dentista del servicio de Odontología del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Docente de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco - Perú, ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6462-9145
[2]Cirujano Dentista, Docente de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco - Perú, ORCID: https://orcid.org/0009-0007-5067-2533

*** Autor para correspondencia:**
Sheila Karina Echegaray Grovas
sheila.echegaray@unsaac.edu.pe

RESUMEN

Introducción: El odontoma compuesto es considerado la lesión odontogénica benigna de origen hamartomatoso más frecuente, caracterizada por la formación de múltiples estructuras dentiformes organizadas. *Objetivo*: Describir las características clínicas, radiográficas y quirúrgicas de un caso de odontoma compuesto con 112 dentículos y discutir su relevancia diagnóstica y terapéutica. *Reporte de caso*: Paciente femenina de 14 años, procedente de la región de la selva sur del Perú, referida al Servicio de Odontología del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco, por persistencia del canino temporal superior y ausencia clínica de erupción de la pieza permanente correspondiente. Al examen clínico intraoral se evidenció dentición permanente incompleta, persistencia de la pieza temporal y discreto aumento de volumen vestibular en el sector anterior del maxilar superior, sin sintomatología dolorosa asociada. La radiografía panorámica reveló una lesión radiopaca bien delimitada, conformada por múltiples estructuras dentiformes de densidad similar a tejidos dentarios, rodeadas por un halo radiolúcido fino, compatible con odontoma compuesto, asociado a alteración eruptiva del canino permanente. Se realizó tratamiento quirúrgico conservador bajo anestesia local, mediante abordaje mucoperióstico, osteotomía selectiva y exéresis completa de los dentículos calcificados encapsulados, recuperándose un total de 112 dentículos, hallazgo poco frecuente descrito en la literatura. La evolución postoperatoria fue favorable, observándose adecuada cicatrización tisular y ausencia de complicaciones infecciosas o neurosensoriales. *Conclusión*: El presente caso resalta la importancia del

ISSN: 3084-7389

diagnóstico precoz de lesiones odontogénicas asociadas a trastornos eruptivos en pacientes pediátricos y adolescentes, y evidencia el valor de la evaluación clínica-radiográfica integral y del tratamiento quirúrgico oportuno para prevenir alteraciones funcionales, estéticas y del desarrollo maxilofacial.

Palabras clave: Anomalías dentarias; Cirugía bucal; Diente impactado; Odontoma compuesto. Según DeCS.

ABSTRACT

Introduction: Compound odontoma is considered the most common benign odontogenic lesion of hamartomatous origin, characterized by the formation of multiple organized tooth-like structures. *Objective*: To describe the clinical, radiographic, and surgical characteristics of a case of compound odontoma with 112 denticles and to discuss its diagnostic and therapeutic relevance. *Case report*: A 14-year-old female patient from the southern jungle region of Peru was referred to the Dentistry Department at Adolfo Guevara Velasco National Hospital in Cusco due to the persistence of a primary maxillary canine and the clinical absence of eruption of the corresponding permanent tooth. Intraoral clinical examination revealed incomplete permanent dentition, persistence of the primary tooth, and slight vestibular swelling in the anterior maxilla, without associated pain. Panoramic radiography revealed a well-defined radiopaque lesion composed of multiple tooth-like structures with a density similar to dental tissue, surrounded by a thin radiolucent halo; this was consistent with a compound odontoma associated with eruption disturbance of the permanent canine. Conservative surgical treatment was performed under local anesthesia using a mucoperiosteal approach, selective osteotomy, and complete excision of the encapsulated calcified denticles; a total of 112 denticles were recovered, a rare finding in the literature. The postoperative course was favorable, showing adequate tissue healing and an absence of infectious or neurosensory complications. *Conclusion*: This case highlights the importance of early diagnosis of odontogenic lesions associated with eruption disorders in pediatric and adolescent patients, and demonstrates the value of comprehensive clinical-radiographic assessment and timely surgical treatment in preventing functional, aesthetic, and maxillofacial developmental abnormalities.

Key words: Dental anomalies; Oral surgery; Impacted tooth; Compound odontoma. According to MeSH.

INTRODUCCIÓN

Los odontomas son considerados las lesiones odontogénicas benignas más frecuentes de los maxilares y representan una proporción significativa de los tumores odontogénicos diagnosticados en la práctica clínica. Diversos estudios epidemiológicos han demostrado su elevada frecuencia a nivel mundial que oscila entre el 17,3 % y el 20,1 % del total de tumores odontogénicos, posicionándolos como el tercer tumor odontogénico más frecuente[1,2].

ISSN: 3084-7389

Actualmente son considerados como hamartomas odontogénicos más que verdaderas neoplasias, debido a que presentan proliferación de tejidos dentarios completamente diferenciados, incluyendo esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar, organizados de manera variable[3]. El término odontoma fue introducido por Paul Broca[4] en 1867 para describir tumores originados por el crecimiento excesivo de tejidos dentarios transitorios o completos.

Desde el punto de vista histogenético, los odontomas derivan tanto del epitelio odontogénico como del ectomesenquima odontogénico, lo que explica la formación simultánea de tejidos duros y blandos dentarios[5]. La etiopatología continúa siendo controversial; sin embargo, se han asociado diversos factores como traumatismos locales, procesos inflamatorios e infecciosos, alteraciones genéticas relacionadas con el desarrollo dental, hiperactividad odontoblástica y síndromes hereditarios como el síndrome de Gardner y el síndrome de Hermann[6,7]. Estudios recientes también han implicado alteraciones en la vía de señalización WNT/β-catenina en el desarrollo de estas lesiones[8]. La clasificación de los odontomas ha evolucionado a lo largo del tiempo. Actualmente, la organización mundial de la salud reconoce principalmente dos tipos de odontomas: El odontoma compuesto (CdO) que presenta múltiples estructuras pequeñas con forma de dientes denominadas dentículos y el odontoma complejo (CxO) que es una masa conglomerada de esmalte y de dentina, que no se asemeja a la morfología de un diente normal[9].

El odontoma compuesto constituye la variante más frecuente y suele localizarse predominantemente en la región anterior del maxilar superior, mientras que el odontoma complejo se observa con mayor frecuencia en regiones posteriores mandibulares[10]. Un reciente estudio multicéntrico realizado en cinco países latinoamericanos, que analizó 317 casos de odontomas, confirmó el predominio del subtipo compuesto, el cual representó el 65,9 % de los casos[11]. Asimismo, se evidencia que estas lesiones se diagnostican principalmente en pacientes jóvenes y presentan una mayor predilección por la región anterior del maxilar superior. Debido a su crecimiento lento y comportamiento generalmente asintomático, los odontomas suelen identificarse como hallazgos incidentales durante estudios radiográficos de rutina; sin embargo, pueden interferir con la erupción dentaria, ocasionando retención prolongada de dientes temporales, impactación dentaria, desplazamiento de estructuras vecinas, expansión cortical y, en ocasiones, dolor o infección secundaria[3,12,13]. El retraso en la erupción del diente permanente es la característica clínica más común del odontoma[14].

Radiográficamente, el odontoma compuesto se caracteriza por la presencia de múltiples estructuras radiopacas similares a pequeños dientes rodeadas por un halo radiolúcido bien definido, correspondiente al saco folicular. El aspecto imagenológico depende del grado de mineralización de la lesión, pudiéndose identificar estadios iniciales radiolúcidos, fases intermedias parcialmente calcificadas y etapas maduras completamente radiopacas. La tomografía computarizada de haz cónico permite una evaluación tridimensional más precisa de la relación anatómica con dientes retenidos y estructuras vecinas[6,15,16]. El reconocimiento de las características imagenológicas de los odontomas es fundamental para establecer un diagnóstico preciso y diferenciarlos de otras lesiones odontogénicas y óseas. Entre los principales

ISSN: 3084-7389

diagnósticos diferenciales se encuentran los dientes supernumerarios, el fibroodontoma ameloblástico y el osteoma. La presencia de múltiples dentículos bien definidos orienta hacia el diagnóstico de odontoma compuesto, mientras que el odontoma complejo suele identificarse por una masa radiopaca de densidad semejante a la dental, rodeada por un halo radiolúcido periférico correspondiente al folículo dentario, rasgo que facilita su distinción del osteoma. Por su parte, el fibroodontoma ameloblástico suele presentar un patrón radiográfico más heterogéneo y menos delimitado[5,17,18].

Aunque la mayoría de los odontomas compuestos contienen un número reducido de dentículos, ocasionalmente se han descrito casos excepcionales con cantidades considerablemente mayores. En los últimos años se han publicado reportes con 70[19], 156[20] y hasta 526 dentículos[7], lo que evidencia la amplia variabilidad morfológica de estas lesiones y la escasa frecuencia de presentaciones con un elevado número de estructuras dentiformes. La documentación de estos casos contribuye a ampliar el conocimiento sobre el comportamiento biológico de los odontomas compuestos y su manejo clínico.

El tratamiento de elección consiste en la enucleación quirúrgica conservadora de la lesión, generalmente asociada a un excelente pronóstico y baja tasa de recurrencia. El diagnóstico temprano es fundamental para evitar complicaciones relacionadas con la erupción dentaria, alteraciones oclusales y compromiso funcional o estético[21,22,23]. En este contexto, se presenta el caso de una paciente adolescente con un odontoma compuesto asociado a la retención del canino permanente superior derecho, cuyo tratamiento quirúrgico permitió la recuperación de 112 dentículos, hallazgo poco frecuente en la literatura reciente. El presente reporte tiene como objetivo describir las características clínicas, radiográficas y quirúrgicas del caso, así como discutir su relevancia diagnóstica y terapéutica mediante una revisión de la literatura disponible.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 14 años, procedente de la región de la selva sur del Perú, referida al Servicio de Odontología del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco para evaluación de una discreta tumefacción intraoral en la región anterior del maxilar superior derecho. Al examen clínico inicial se evidenció la persistencia del canino temporal superior derecho (pieza 5.3), sin movilidad clínica ni signos de recambio fisiológico, así como la ausencia clínica de la pieza permanente homologa (pieza 1.3) y de manifestaciones visibles de erupción dentaria.

Durante la anamnesis, la paciente manifestó que el aumento de volumen había sido de crecimiento lento y progresivo, sin dolor, parestesias, secreción, limitación funcional ni antecedentes de traumatismo facial. Los antecedentes médicos personales y familiares fueron negativos para enfermedades sistémicas, alteraciones del desarrollo craneofacial o síndromes asociados con tumores odontogénicos. El examen extraoral no evidenció asimetría facial, aumento de volumen visible ni alteraciones ganglionares cervicales. La apertura bucal fue normal y no se evidenciaron limitaciones funcionales.

ISSN: 3084-7389

En el examen intraoral se observó la permanencia del canino temporal superior derecho, sin movilidad clínica ni signos de exfoliación fisiológica. Asimismo, la mucosa vestibular presentaba coloración y textura normales, sin evidencia de ulceraciones ni signos inflamatorios. A la palpación se identificó una discreta expansión de la cortical vestibular, de consistencia pétrea, no fluctuante y no dolorosa, compatible con una lesión intraósea de crecimiento lento.

Figura 1. Evaluación clínica preoperatoria. (A) Fotografía extraoral frontal anonimizada, en la que no se evidencia asimetría facial ni aumento de volumen visible. (B) Fotografía intraoral del maxilar superior, donde se observa la persistencia del canino temporal superior derecho y la ausencia clínica del canino permanente superior derecho. (C) Fotografía intraoral en máxima intercuspidación, que evidencia una discreta expansión de la cortical vestibular en la región correspondiente al canino superior derecho, recubierta por mucosa de aspecto normal, sin signos clínicos de inflamación o ulceración.

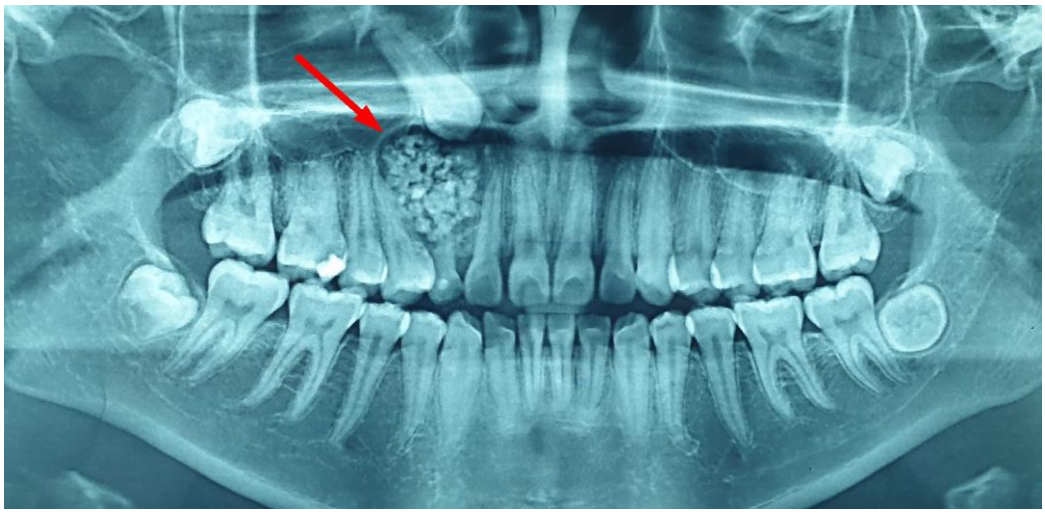


Como parte del estudio complementario se realizó una radiografía panorámica, en la cual se observó una imagen radiopaca bien delimitada ubicada en la región anterior del maxilar superior derecho, conformada por múltiples estructuras dentiformes de diferentes tamaños y grados de mineralización, rodeadas por un halo radiolúcido fino y corticalizado. La lesión se encontraba íntimamente relacionada con la corona del canino permanente superior derecho retenido (1.3), el cual presentaba desplazamiento superior y mesial, con alteración de su trayectoria eruptiva. No se evidenciaron signos radiográficos de reabsorción radicular en las piezas dentarias adyacentes ni compromiso aparente de estructuras anatómicas vecinas.

Considerando la correlación entre los hallazgos clínicos e imagenológicos, se estableció como diagnóstico presuntivo un odontoma compuesto asociado a la retención del canino permanente superior derecho.

ISSN: 3084-7389

Figura 2. Radiografía panorámica preoperatoria. Se observa una lesión radiopaca bien delimitada, constituida por múltiples estructuras dentiformes rodeadas por un halo radiolúcido fino, localizada en la región anterior del maxilar superior derecho y asociada al canino permanente superior derecho retenido, hallazgos altamente sugestivos de odontoma compuesto.



Con finalidad terapéutica se indicó la enucleación quirúrgica completa de la lesión. Previamente al procedimiento se solicitaron exámenes auxiliares preoperatorios, incluyendo hemograma completo, tiempo de sangría, tiempo de coagulación, tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial activada, cuyos resultados se encontraron dentro de los valores de referencia. El procedimiento fue realizado previa obtención del consentimiento informado firmado por los padres de la paciente, de acuerdo con los protocolos asistenciales vigentes del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Dicho consentimiento institucional incluye la autorización para el registro y utilización de imágenes clínicas con fines docentes de investigación y de publicación científica, garantizando en todo momento la protección de la identidad y confidencialidad de la paciente.

Previo al acto quirúrgico se verificó la esterilidad del instrumental y del campo operatorio. Se realizó antisepsia extraoral con Gluconato de clorhexidina al 2% y asepsia intraoral mediante enjuague con Gluconato de clorhexidina al 0,12 %. Posteriormente se colocó un campo quirúrgico estéril fenestrado.

La anestesia local se obtuvo mediante infiltración utilizando dos cartuchos de lidocaína al 2 % con epinefrina 1:80 000, logrando adecuada anestesia de los tejidos blandos y estructuras óseas de la región operatoria.

Se realizó una incisión mucoperióstica con dos descargas de alivio y posterior levantamiento de un colgajo mucoperióstico de espesor total, proporcionando un adecuado acceso al sitio

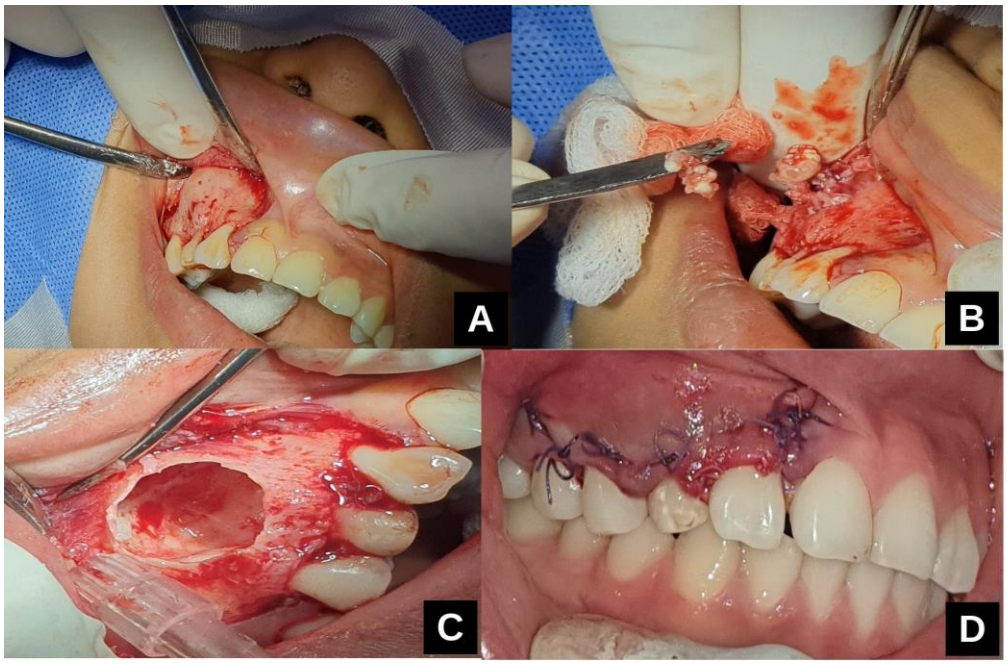
ISSN: 3084-7389

quirúrgico. Debido a la expansión de la cortical vestibular ocasionada por la lesión, se efectuó una osteotomía vestibular conservadora utilizando pieza de mano de baja velocidad y fresas quirúrgicas bajo irrigación continua con solución salina estéril. Una vez expuesta la lesión, se procedió a la enucleación completa del odontoma mediante disección cuidadosa, preservando las estructuras anatómicas vecinas y evitando lesiones sobre el canino permanente retenido. Posteriormente se realizó una exploración minuciosa de la cavidad quirúrgica, recuperándose una masa y múltiples estructuras dentiformes de diferentes tamaños y grados de desarrollo.

Tras la remoción completa de la lesión se efectuó irrigación abundante de la cavidad ósea con solución salina estéril al 0,9 %, verificándose la ausencia de remanentes calcificados. El material recuperado fue cuidadosamente inspeccionado y contabilizado, obteniéndose un total de 112 dentículos, hallazgo poco frecuente para este tipo de lesión y uno de los aspectos más relevantes del presente caso.

Finalizada la irrigación, el colgajo fue reposicionado y estabilizado mediante diez puntos simples utilizando ácido poliglicólico 3-0, logrando adecuada coaptación de los bordes de la herida quirúrgica y hemostasia satisfactoria.

Figura 3. Secuencia del procedimiento quirúrgico para la enucleación del odontoma compuesto. (A) Levantamiento del colgajo mucoperióstico de espesor total. (B) Enucleación de la lesión calcificada durante su extracción del lecho quirúrgico. (C) Aspecto de la cavidad ósea después de la extracción completa del odontoma, evidenciando la ausencia de remanentes calcificados tras la irrigación con solución salina estéril. (D) Reposición del colgajo y cierre de la herida quirúrgica mediante suturas simples con ácido poliglicólico 3-0.

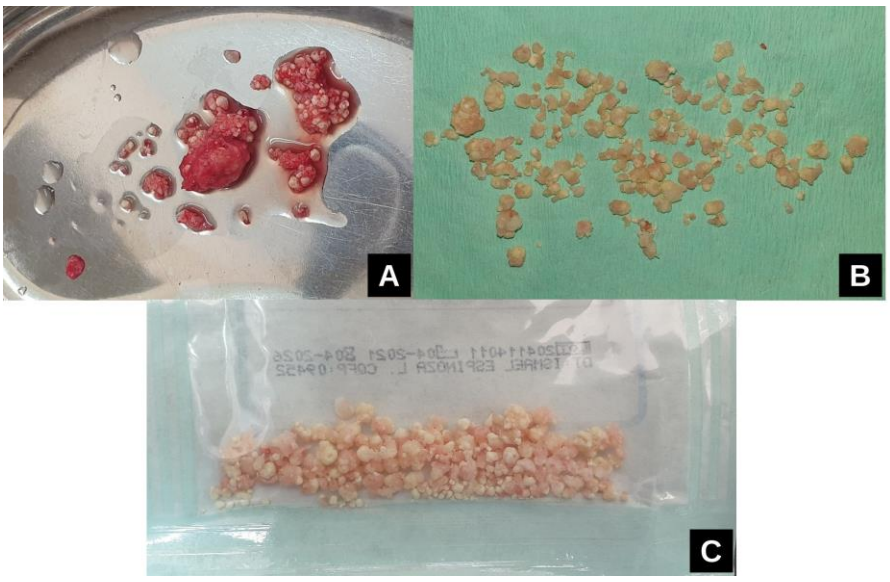


ISSN: 3084-7389

Como tratamiento postoperatorio se prescribió paracetamol 500 mg e ibuprofeno 400 mg por vía oral cada ocho horas durante cuatro días, además de indicaciones referentes a higiene oral, dieta blanda, aplicación de frío local durante las primeras 24 horas y control clínico posterior. El control postoperatorio realizado a los siete días evidenció una evolución favorable, caracterizada por adecuada cicatrización de los tejidos blandos y ausencia de complicaciones infecciosas o hemorrágicas. Debido a que la paciente había sido referida desde la Red Asistencial EsSalud de Puerto Maldonado, los controles posteriores se efectuaron en dicho establecimiento. La revisión de la historia clínica remitida confirmó una adecuada evolución posquirúrgica, sin signos de infección ni otras complicaciones asociadas.

Durante la intervención quirúrgica se preservó el canino permanente superior derecho (pieza 1.3), considerando su potencial eruptivo y la posibilidad de su incorporación funcional al arco dentario mediante tratamiento ortodóncico. Tras la recuperación postoperatoria, la paciente fue contrarreferida a la Red Asistencial EsSalud de Puerto Maldonado para continuar su manejo integral y ser evaluada por el servicio de Ortodoncia, con fines de seguimiento de la erupción y planificación del tratamiento correspondiente. Debido a que el seguimiento se realizó en su ciudad natal de origen, no fue posible documentar el desenlace clínico del canino permanente retenido.

Figura 4. Hallazgos macroscópicos del espécimen quirúrgico tras la enucleación del odontoma compuesto. (A) Espécimen inmediatamente después de la enucleación, constituido por tejido blando que contiene múltiples dentículos de diferentes tamaños y grados de desarrollo. (B) Dentículos individualizados y limpiados tras la eliminación del tejido blando adherido, observándose un total de 112 dentículos con morfología compatible con estructuras dentarias rudimentarias. (C) Dentículos recolectados y conservados para su documentación y registro posterior.



ISSN: 3084-7389

DISCUSIÓN

El odontoma constituye la lesión odontogénica benigna más frecuente y actualmente es considerado un hamartoma derivado del epitelio odontogénico y del ectomesénquima, caracterizado por la formación de esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar en distintos grados de organización[3,5]. El odontoma compuesto representa la variante que con mayor frecuencia afecta la región anterior del maxilar y suele diagnosticarse durante la primera y segunda décadas de vida, generalmente como un hallazgo incidental asociado a alteraciones en la erupción dentaria[5,10,11]. Estas características coinciden con el presente caso, correspondiente a una paciente de 14 años con retención del canino permanente superior derecho y persistencia del canino temporal.

La principal manifestación clínica observada fue la retención del canino permanente, acompañada de una discreta expansión de la cortical vestibular y ausencia de sintomatología dolorosa. Diversas series han señalado que los odontomas compuestos permanecen asintomáticos durante largos periodos y que el motivo más frecuente de consulta es precisamente el retraso eruptivo o la retención de dientes permanentes, especialmente en el sector anterior del maxilar. La ausencia de dolor y de signos inflamatorios en la paciente concuerda con el comportamiento biológico de estas lesiones, caracterizadas por un crecimiento lento y limitado[12,13,14].

Desde el punto de vista radiográfico, la lesión presentó una imagen radiopaca bien delimitada, conformada por múltiples estructuras dentiformes rodeadas por un halo radiolúcido fino, hallazgo considerado característico del odontoma compuesto[3,15,16,18]. Esta apariencia permitió establecer un diagnóstico presuntivo con alto grado de certeza y planificar un abordaje quirúrgico conservador. La correlación clínico-radiográfica fue determinante para diferenciar la lesión de otras patologías odontogénicas calcificadas.

Si bien la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) constituye el método de imagen de elección para evaluar tridimensionalmente la relación entre el odontoma, el diente retenido y las estructuras anatómicas vecinas, en el presente caso no fue posible realizar este estudio debido a que la paciente fue referida desde otra Red Asistencial con programación quirúrgica previamente establecida y dicho examen no formaba parte del protocolo diagnóstico disponible antes del procedimiento. No obstante, la correlación entre los hallazgos clínicos y la radiografía panorámica proporcionó información suficiente para establecer el diagnóstico presuntivo y planificar adecuadamente el tratamiento quirúrgico conservador.

Uno de los hallazgos más relevantes del presente caso fue la recuperación de 112 dentículos durante la enucleación quirúrgica. La mayoría de los odontomas compuestos descritos en la literatura contienen un número considerablemente menor de dentículos. Los reportes recientes con cantidades excepcionalmente elevadas son escasos. Marimuthu et al.[7] describieron un odontoma compuesto-complejo con 526 dentículos, considerado uno de los mayores números publicados hasta la fecha. Asimismo, un reporte reciente documentó un odontoma

ISSN: 3084-7389

compuesto gigante con 156 dentículos[20], mientras que otros reportes comunicaron 70 y 90 dentículos asociados a un diente impactado[16,19]. En este contexto, el presente caso, con 112 dentículos, constituye uno de los reportes con mayor número de dentículos descritos en la literatura reciente y destaca por localizarse en la región anterior del maxilar, localización típica del odontoma compuesto.

El tratamiento consistió en la enucleación quirúrgica completa mediante un acceso vestibular con osteotomía conservadora. Este procedimiento coincide con las recomendaciones actuales, que consideran la extirpación completa como el tratamiento de elección debido a la baja tasa de recurrencia y al excelente pronóstico cuando la lesión es eliminada en su totalidad[21,22,23]. En la paciente, la evolución clínica registrada en la historia médica fue favorable, sin complicaciones postoperatorias, lo que respalda la eficacia de un abordaje quirúrgico conservador.

En el presente caso se decidió preservar el canino permanente retenido, considerando su potencial eruptivo y la posibilidad de su incorporación funcional al arco dentario mediante tratamiento ortodóncico. La paciente fue derivada a su centro asistencial de origen para continuar dicho manejo; sin embargo, no fue posible documentar el desenlace eruptivo debido a la imposibilidad de realizar un seguimiento a mediano plazo.

Respecto al diagnóstico diferencial, este incluyó principalmente: dientes supernumerarios múltiples, fibroodontoma ameloblástico, tumor odontogénico adenomatoide, quiste odontogénico calcificante y osteoma.

Los dientes supernumerarios suelen presentarse como estructuras dentarias individualizadas y no agrupadas dentro de una cápsula fibrosa. El fibroodontoma ameloblástico muestra una combinación de tejido radiolúcido y focos de calcificación con un patrón menos organizado. El tumor odontogénico adenomatoide puede asociarse a dientes retenidos, pero las calcificaciones son finas e irregulares, sin formar dentículos bien definidos. El osteoma se presenta como una masa radiopaca homogénea sin estructuras dentiformes ni halo folicular. En el presente caso, la presencia de numerosas estructuras dentiformes claramente individualizadas, asociadas a un diente retenido y rodeadas por un halo radiolúcido, orientó fuertemente hacia el diagnóstico de odontoma compuesto.

Entre las principales fortalezas del presente reporte destacan la adecuada documentación clínica, fotográfica y radiográfica del caso, la descripción detallada de la técnica quirúrgica y el registro del hallazgo excepcional de 112 dentículos, característica poco frecuente que incrementa el interés científico del caso. Además, la lesión se presentó en la localización anatómica clásica del odontoma compuesto y mostró una evolución postoperatoria favorable.

Entre las principales limitaciones del presente reporte se encuentra la ausencia de confirmación histopatológica. Aunque las características clínicas, radiográficas y macroscópicas fueron altamente sugestivas de odontoma compuesto, la literatura establece que el examen

ISSN: 3084-7389

histopatológico constituye el estándar para confirmar el diagnóstico definitivo. En consecuencia, los hallazgos del presente caso deben interpretarse considerando esta limitación metodológica. Asimismo, no se contó con tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), debido a que la paciente fue referida desde otra Red Asistencial con programación quirúrgica establecida, lo que limitó la evaluación tridimensional. Finalmente, no fue posible documentar el desenlace eruptivo del canino permanente superior derecho, ya que la paciente continuó su tratamiento ortodóncico en su ciudad de origen.

Este caso pone de manifiesto la importancia de investigar radiográficamente la persistencia de dientes temporales y el retraso eruptivo de dientes permanentes. El reconocimiento temprano de un odontoma compuesto permite realizar un tratamiento oportuno, prevenir alteraciones eruptivas y evitar procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad. Asimismo, el hallazgo de 112 dentículos amplía la evidencia disponible sobre la variabilidad morfológica de estas lesiones y contribuye a la documentación de presentaciones poco frecuentes.

CONCLUSIONES

El presente caso evidencia que el odontoma compuesto debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con persistencia de dientes temporales y retraso en la erupción de dientes permanentes, siendo la evaluación clínico-radiográfica fundamental para su detección oportuna y la planificación del tratamiento. La enucleación quirúrgica completa permitió la remoción de la lesión con una evolución postoperatoria favorable y sin complicaciones, confirmando que este procedimiento constituye el tratamiento de elección para este tipo de lesiones. Asimismo, el hallazgo de 112 dentículos representa una presentación poco frecuente que sitúa este caso entre los reportes con mayor número de dentículos descritos en la literatura reciente, aportando evidencia sobre la variabilidad morfológica del odontoma compuesto y reforzando la importancia de documentar este tipo de casos para ampliar el conocimiento clínico y contribuir al diagnóstico y manejo oportunos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avelar R, Tochetto Primo, Pinheiro-Nogueira CB, Studart-Soares EC, Oliveira RB de, Romulo de Medeiros J, et al. Worldwide incidence of odontogenic tumors. J Craniofac Surg. noviembre de 2011;22(6):2118-23. doi:10.1097/SCS.0b013e3182323cc7 PubMed PMID: 22067866.
2. Silva LP da, Macedo RA de P, Serpa MS, Sobral APV, Souza LB de. Global frequency of benign and malignant odontogenic tumors according to the 2005 WHO classification. Journal of Oral Diagnosis. 5 de enero de 2017;2:1-8. doi:10.5935/2525-5711.20170044
3. Dessy Millan JP, Castelli Gutinik B, Mendes deLima LL, Gomes Teles AK, Aparecido Martins T, Moreira Tempest L. Odontomas and imaging diagnosis: the concise systematic review. Journal of Medical and Health Sciences. 12 de octubre de 2021;2(5). doi:10.54448/mdnt21504

ISSN: 3084-7389

4. Broca P. Recherches sur un nouveau groupe de tumeurs désignées sous le nom d'odontomes. Paris: Hachette Livre Bnf; 1867.
5. Falkinhoff P, García Reig E. Los odontomas y sus implicancias. Rev Asoc Odontol Argent. 2019;107(1):19-24.
6. Palacios Vivar DE, Guzmán Monroy B, Miranda illasana JE, Ramos Montoya CA. Odontoma compuesto: revisión de la literatura y reporte de un caso con 40 dentículos. Rev ADM. 11 de agosto de 2016;73(4):206-11.
7. Marimuthu M, Prabhu AR, Kalyani P, Murali S, Senthilnathan P, Ramani P. Complex–compound Odontome with 526 Denticles: A Unique Case Report. Int J Clin Pediatr Dent. 2022;15(6):789-92. doi:10.5005/jp-journals-10005-2460 PubMed PMID: 36866148; PubMed Central PMCID: PMC9973070.
8. Xavier GM, Patist AL, Healy C, Pagrut A, Carreno G, Sharpe PT, et al. Activated WNT signaling in postnatal SOX2-positive dental stem cells can drive odontoma formation. Sci Rep. 28 de septiembre de 2015;5(1):14479. doi:10.1038/srep14479
9. Soluk-Tekkesin M, Wright JM. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. Turk Patoloji Derg. 2022;38(2):168-84. doi:10.5146/tjpath.2022.01573 PubMed PMID: 35578902; PubMed Central PMCID: PMC9999699.
10. Memarpour M, Amiri MA, Mokhtari N, Sharifinejad A, Hosseini SM. Giant odontoma: A systematic scoping review and case report. Int J Surg Case Rep. 3 de enero de 2025;126:110771. doi:10.1016/j.ijscr.2024.110771 PubMed PMID: 39756231; PubMed Central PMCID: PMC11758817.
11. Tenório J da R, Ventura JVL, Andrade ML de, Contreiras JPS, Binimeliz M, Cavalcante IL, et al. Clinicopathological characterization of 317 odontomas: a collaborative Latin American study. Journal of Oral Diagnosis. 26 de marzo de 2025;10. doi:10.5327/2525-5711.285
12. Gedik R, Müftüoğlu S. Compound Odontoma: Differential Diagnosis and Review of the Literature. West Indian Med J. 2015;63(7):793-5. doi:10.7727/wimj.2013.272 PubMed PMID: 25867569; PubMed Central PMCID: PMC4668987.
13. Neville B, Damm D, Allen C, Chi A. Oral and Maxillofacial Pathology. 4.a ed. Elsevier; 2016.
14. Martins Nascimento KY, Bichiarov Q, Satake HH, Pereira Faustino IS, Dos Santos Silva AR, Vargas PA, et al. Compound odontoma:Report of two cases from diagnosis to orthodontic appoach. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology. 1 de septiembre de 2022;134(3):e114. doi:10.1016/j.oooo.2022.01.183
15. DeColibus KA, Rasner DS, Okhuaihesuyi O, Owosho AA. Clinicoradiopathologic Analysis of Odontomas: A Retrospective Study of 242 Cases. Dent J (Basel). 30 de octubre de 2023;11(11):253. doi:10.3390/dj11110253 PubMed PMID: 37999017; PubMed Central PMCID: PMC10670178.
16. Nguyen DK, Van Huynh D. Clinical and radiological characteristics of odontomas: A retrospective study of 90 cases. Imaging Sci Dent. junio de 2023;53(2):117-26. doi:10.5624/isd.20220184 PubMed PMID: 37405206; PubMed Central PMCID: PMC10315233.

ISSN: 3084-7389

17. Suaza-Ortiz EC, Plazas-Román J, Torres-Osorio L, Díaz-Caballero AJ. Odontoma compuesto y su diagnóstico diferencial. Acta Bioclínica. 2024;14(28):175-88.
18. Barría A, Buxani K, Martínez G, Porras C, Quiro B, Ruiz K, et al. Odontoma Compuesto: Importancia del diagnóstico radiográfico. Vol. 1. 2021;1(1):38-44.
19. Jeevarathan J, Jananivinodhini NC, Ponnudurai A, VijayaKumar M, Chidambaranathan KA. Management of compound odontoma with 70 denticles and impacted lateral incisor over an 8-year follow-up. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2022;40(2):208-12. doi:10.4103/jisppd.jisppd_148_22 PubMed PMID: 35859415.
20. Chiranjeevi S, Prabhuraj SN. A Fortuitous Finding of Asymptomatic Compound Odontoma Consisting of 156 Denticles on a Routine Radiographic Examination: A Case Report. Int J Clin Pediatr Dent. junio de 2024;17(6):723-7. doi:10.5005/jp-journals-10005-2913 PubMed PMID: 39391136; PubMed Central PMCID: PMC11463811.
21. Mazur M, Di Giorgio G, Ndokaj A, Jedliński M, Corridore D, Marasca B, et al. Characteristics, Diagnosis and Treatment of Compound Odontoma Associated with Impacted Teeth. Children (Basel). 2 de octubre de 2022;9(10):1509. doi:10.3390/children9101509 PubMed PMID: 36291445; PubMed Central PMCID: PMC9600053.
22. Jerônimo EO da C, Gomes MSJ, Vicente EC, Tempest LM. Odontoma- Diagnostic criteria and treatment: literature review. Revista Contemporânea. 30 de noviembre de 2023;3(11):24449-60. doi:10.56083/RCV3N11-219
23. Sobral S, Rodrigues R, Macho V, Silva CC. Diagnosis and treatment of a compound odontoma – a case report. Athena Health & Research Journal. 5 de enero de 2026;3(1). doi:10.62741/ahrj.v3i1.98