

Fibrina rica en plaquetas en el manejo quirúrgico de un odontoma compuesto.

REPORTE DE CASO

*Platelet- rich fibrin in the surgical management
of a compound odontoma. Case report*

POR

MARÍA LAURA NOBILE PUCHE ¹

SAMUEL RICO MOLINA ¹

RAFAEL ALBERTO MUÑOZ MORALES ²

JOSÉ ANDRÉ RINCONES BRICEÑO ³

1. Odontólogo General, Escuela de Odontología, Universidad José Antonio Páez, San Diego, Venezuela. marialauranobile@gmail.com; odsamuelrico@gmail.com

 orcid.org/0009-0002-0830-9945

 orcid.org/0009-0006-1629-5933

2. Especialista en Cirugía Bucal y Maxilofacial. Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia, Venezuela. ramm339@gmail.com

 orcid.org/0009-0007-2136-8241

3. Odontólogo General, Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. jarinconesb@gmail.com

 orcid.org/0009-0005-7468-8156

Autor de correspondencia: María Nobile. marialauranobile@gmail.com

Cómo citar: Nobile Puche ML; Rico Molina S; Muñoz Morales RA; Rincones Briceño JA. Fibrina rica en plaquetas en el manejo quirúrgico de un odontoma compuesto. Reporte de caso. ReVeCiBu. 2026; 2: 54-63.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los odontomas compuestos son tumores odontogénicos benignos que pueden comprometer estructuras adyacentes. La tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) es la herramienta de elección para el diagnóstico tridimensional, mientras que la fibrina rica en plaquetas (PRF) favorece la regeneración del lecho quirúrgico. **OBJETIVO:** Describir el manejo quirúrgico y la evolución clínica de un odontoma compuesto tratado con PRF. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 38 años presentó un hallazgo radiopaco incidental en la zona anterosuperior. La TCHC confirmó la expansión de las tablas óseas y la proximidad al piso nasal. Se realizó la enucleación quirúrgica de 15 dentículos y se colocaron membranas de PRF. A los 30 días, la paciente mostró adecuada cicatrización de tejidos blandos, inicio favorable de reparación ósea y se evaluó la vitalidad de las unidades dentarias (UD) 21 (positivo exacerbado) y 23 (negativo). A los 10 meses, la ortopantomografía reveló una reparación considerable del hueso alveolar, salvo adyacente a la UD 23. Como efecto adverso no anticipado, ocurrió la sección del tercio apical de dicha unidad. **CONCLUSIONES:** La resolución del caso sugiere que la enucleación quirúrgica combinada con concentrados plaquetarios puede ser una alternativa útil en la práctica clínica para el manejo de lesiones extensas. El diagnóstico preciso por TCHC y el control interdisciplinario son esenciales para abordar complicaciones. Asimismo, el diagnóstico tardío aumenta los efectos adversos debido al crecimiento silente del tumor, lo que genera mayor destrucción ósea y compromete la integridad de las raíces y estructuras adyacentes. **PALABRAS CLAVE:** Odontoma; Fibrina Rica en Plaquetas; Maxilar; Tomografía Computarizada de Haz Cónico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Compound odontomas are benign odontogenic tumors that can compromise adjacent structures. Cone beam computed tomography (CBCT) is the tool of choice for three-dimensional diagnosis, while platelet-rich fibrin (PRF) promotes surgical site regeneration. **OBJECTIVE:** To describe the surgical management and clinical course of a compound odontoma treated with PRF. **CASE DESCRIPTION:** A 38-year-old female patient presented with an incidental radiopaque finding in the anterosuperior region. CBCT confirmed cortical bone expansion and proximity to the nasal floor. Surgical enucleation of 15 denticles was performed, and PRF membranes were placed. At 30 days, the patient demonstrated adequate soft tissue healing, favorable onset of bone repair, and sensitivity testing revealed an exaggerated positive response in tooth unit 21 and a negative response in tooth unit 23. At 10 months, the panoramic radiograph revealed significant alveolar bone repair, except adjacent to tooth unit 23. As an unexpected adverse event, sectioning of the apical third of this unit occurred. **CONCLUSIONS:** Case resolution suggests that surgical enucleation combined with platelet concentrates can be a useful clinical alternative for managing extensive lesions. Accurate CBCT diagnosis and interdisciplinary management are essential to address complications. Furthermore, delayed diagnosis increases adverse effects due to silent tumor growth, causing greater bone destruction and compromising the integrity of adjacent roots and structures. **KEYWORDS:** Odontoma; Platelet-Rich Fibrin; Maxilla; Cone-Beam Computed Tomography.

▸ INTRODUCCIÓN

El odontoma es un tumor odontogénico benigno de tipo hamartomatoso compuesto por tejidos dentales (esmalte, cemento y pulpa), clasificado por la organización mundial de la salud (OMS) como una neoplasia derivada de epitelio y ectomesénquima¹. Aunque suelen ser asintomáticos y detectarse mediante hallazgos incidentales, pueden alterar la erupción de dientes permanentes y la función masticatoria². Epidemiológicamente, son los tumores bucales más comunes, representando entre el 26% y el 70% de los casos³. El origen exacto del odontoma aún no se ha determinado con precisión, pero se puede asociar con traumatismos, inflamación o infecciones crónicas. También se considera el componente genético, la hiperactividad de odontoblastos y la relación con síndromes como Gardner o Hermann⁴. Estas lesiones presentan preferencia por el maxilar (67%) frente a la mandíbula (33%), ubicándose mayoritariamente en la zona anterior del maxilar (61%) vinculadas a dientes retenidos; no muestran distinción por sexo y su mayor incidencia ocurre en la segunda década de vida^{5,6}.

La clasificación de la OMS divide a los odontomas en complejo y compuesto⁷. El odontoma compuesto se presenta como una lesión unilocular con múltiples dentículos⁸, observándose radiográficamente como estructuras calcificadas organizadas, irregulares y radiopacas con forma dental dentro de un área radiolúcida⁹. Por su parte, el odontoma complejo se presenta como una masa radiopaca bien definida de forma irregular, a menudo rodeada por un halo radiolúcido, sin estructuras dentales identificables¹⁰.

Clínicamente, los odontomas suelen detectarse tras notar la ausencia de un diente permanente, aunque muchos son asintomáticos y de diagnóstico tardío; estas lesiones se clasifican en erupcionadas, extraóseas o intraóseas, siendo esta última la presentación más frecuente, aunque existen reportes de casos donde el odontoma logra erupcionar¹¹. Histológicamente, estas lesiones se originan de epitelio y mesénquima odontogénico, los cuales producen esmalte y dentina mediante la diferenciación de odontoblastos¹². El odontoma compuesto se caracteriza por estructuras dentiformes organizadas con un núcleo de tejido pulpar rodeado de dentina y esmalte, contenidas en una cápsula fibrosa similar al folículo dental; por

el contrario, el odontoma complejo se presenta como un conglomerado irregular y desordenado de matriz de esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar, sin morfología dental definida¹³. El pronóstico de estas lesiones suele ser favorable, no tiene potencial agresivo y con bajas posibilidades de recurrencia, que generalmente se encuentran bien encapsuladas. Por ello, resulta indispensable la eliminación total de la cápsula periférica para asegurar el éxito del tratamiento¹⁴⁻¹⁶. El tratamiento de los odontomas consiste en la extirpación quirúrgica completa junto a su cápsula fibrosa. En casos de retención dental, puede ser necesaria la tracción ortodóncica de las piezas impactadas¹⁷. Asimismo, la intervención endodóntica resulta imperativa cuando la expansión de la lesión compromete la integridad periapical o la vitalidad pulpar de los órganos dentales adyacentes¹⁸.

Por otro lado, la fibrina rica en plaquetas (PRF, por sus siglas en inglés) es un concentrado plaquetario de segunda generación, elaborado a partir de la sangre del paciente sin anticoagulantes ni alteraciones bioquímicas, que actúa como un coadyuvante en la regeneración tisular sostenida¹⁹. Su aplicación en el campo de la cirugía busca favorecer el proceso de cicatrización y disminuir la morbilidad posoperatoria al coadyuvar en la reducción del dolor y la inflamación, proporcionando un proceso más confortable para el paciente²⁰.

▸ DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 38 años de edad, de ocupación comerciante y sin antecedentes médicos contributivos, acude a consulta al Servicio de Cirugía Bucal de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo para la exodoncia de las unidades dentales (UD) 46 y 47; tras el estudio radiográfico mediante ortopantomografía (**Figura 1**), se identifica de manera incidental una imagen radiopaca múltiple en la región anterior del maxilar, adyacente a la región radicular de la UD 21 y 23. Una vez ejecutadas las extracciones programadas, la paciente es referida al Diplomado de Cirugía Bucal de la misma institución para el abordaje y resolución de dicho hallazgo.

Tras la remisión de la paciente, se procedió con la fase de evaluación diagnóstica. Al examen clínico intrabucal (**Figura 2**), la mucosa de recubrimiento presenta caracte-



FIG. 1. Examen radiográfico mediante ortopantomografía.



FIG. 2. Imágenes intrabucales. (A) Vista oclusal maxilar. (B) Vista oclusal mandibular. (C) Fotografía frontal de sonrisa. (D) Vista lateral derecha. (E) Vista lateral izquierda.

rísticas normales y se evidencia una leve expansión de las tablas óseas en el sector anterosuperior; no obstante, se identificó la ausencia clínica de la UD 22 en el arco dental. Debido a la magnitud y opacidad de la lesión radiopaca, la cual impide la visualización nítida de las estructuras subyacentes, se presume que dicha unidad se encuentra impactada y que la presencia del odontoma compuesto pudo actuar como el factor etiológico responsable de su retención o falta de erupción.

Se indicó la realización de una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT, por sus siglas en inglés) (**Figura 3**) con el fin de precisar la extensión tridimensional de la lesión, evaluar el grado de compromiso de las tablas óseas y determinar la relación anatómica del espécimen con las estructuras adyacentes para la planificación del abordaje quirúrgico. La interpretación integral de los cortes axiales (**Figura 3A**), coronales (**Figura 3B**) y sagitales (**Figura 3C**) de la CBCT revela múltiples imágenes hiperdensas compati-

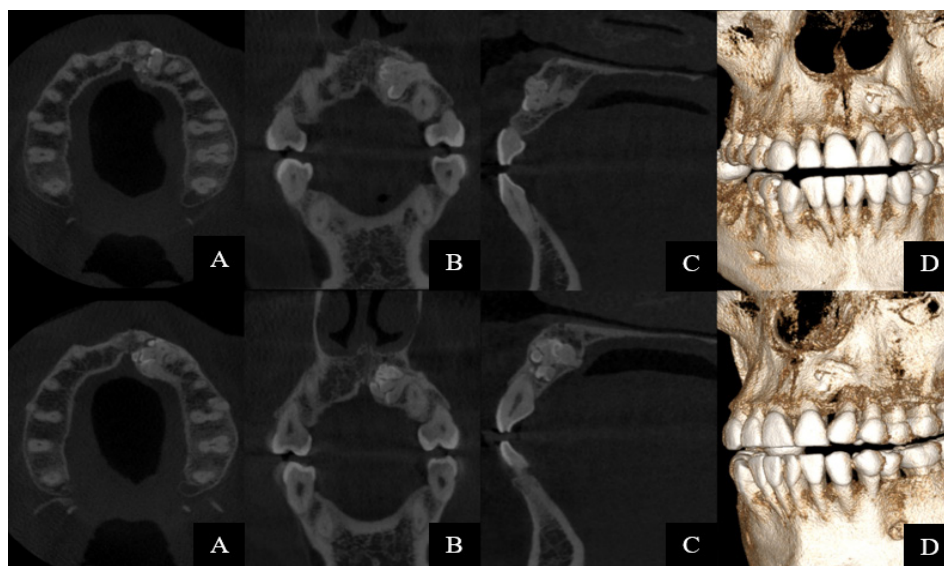


FIG. 3. Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT). (A) Cortes Axiales. (B) Cortes coronales. (C) Cortes sagitales. (D) Reconstrucción tridimensional (3D).

bles con un odontoma compuesto en la región anterosuperior izquierda. Los planos tomográficos muestran una expansión de la lesión con un marcado adelgazamiento de la tabla ósea vestibular y de la palatina, y se evidencia una estrecha proximidad, sin perforación del piso de las fosas nasales. Esta disposición espacial confirma una impactación alta de la unidad dental y determina un abordaje quirúrgico de elección por vía vestibular, permitiendo una enucleación directa que preserve la integridad de las estructuras nasales y palatinas adyacentes. Finalmente, la reconstrucción tridimensional (3D) (**Figura 3D**) ratifica los hallazgos seccionales al evidenciar una prominente deformación del contorno óseo anterosuperior con fenestración de la tabla vestibular.

Con base en los hallazgos clínicos y el análisis imagenológico, se estableció como hipótesis diagnóstica un odontoma compuesto, entidad reconocida como el tumor odontogénico de mayor prevalencia en los maxilares, caracterizado por la presencia de múltiples estructuras dentarias rudimentarias. Se consideró como principal diagnóstico diferencial el ameloblastoma fibro-odontoma, debido a su comportamiento expansivo y similitud radiográfica inicial. El plan de tratamiento propuesto consistió en la enucleación quirúrgica de la lesión. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para la ejecución del acto quirúrgico y el uso académico de su historial clínico, registros fotográficos y estudios

tomográficos, asegurando el estricto cumplimiento de los protocolos de confidencialidad.

Se inició el acto quirúrgico mediante la obtención de sangre entera para el procesamiento de Fibrina Rica en Plaquetas (PRF), procediendo simultáneamente con la instauración de una venoclisis para la administración sistémica de 30 mg de ketorolaco diluidos en 100 ml de solución de cloruro de sodio al 0,9%. Tras el estricto cumplimiento de los protocolos de asepsia y antisepsia, se realizó la técnica anestésica infiltrativa local y el bloqueo de los nervios alveolar superior anterior y nasopalatino con lidocaína al 2% y epinefrina 1:100.000.

Se procedió a la diéresis de los tejidos mediante el diseño de un colgajo trapezoidal de espesor total (mucoperióstico) (**Figura 4A**), extendiéndose desde la zona del incisivo central superior derecho (UD 11) hasta el primer premolar superior izquierdo (UD 24). Aprovechando la fenestración ósea previa observada en la tomografía, se realizó la ostectomía y posterior osteotomía complementaria con instrumental rotatorio bajo irrigación constante con solución de cloruro de sodio, exponiendo la masa tumoral (**Figura 4B**). Se procedió con la enucleación de los múltiples denticulos (**Figura 4C**), y tras la exploración minuciosa del lecho quirúrgico y la limpieza de la cavidad con solución de cloruro de sodio al 0,9% (**Figura 4D**), se posicionaron las membranas de PRF para optimizar la regeneración ósea y tisular (**Figura 4E**), finalizando con la sinéresis mediante

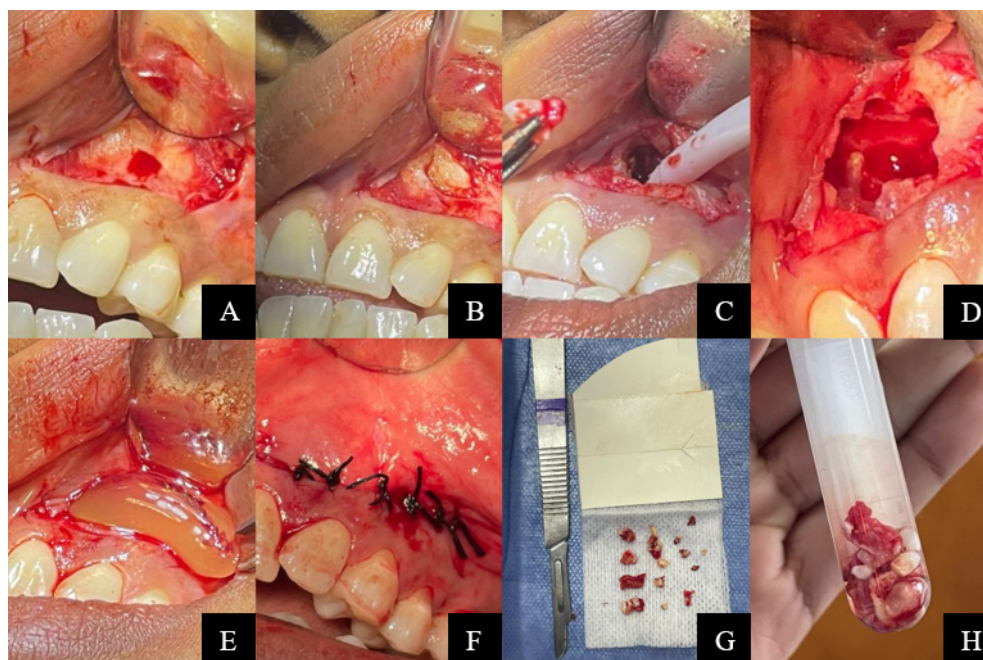


FIG. 4. Intervención quirúrgica. (A) Colgajo mucoperióstico trapezoidal. (B) Osteotomía y ostectomía. (C) Enucleación de la lesión. (D) Exploración y limpieza del lecho quirúrgico. (E) Colocación del PRF. (F) Sinéresis de los tejidos. (G) Fragmentos de la lesión. (H) Almacenamiento de la lesión para su estudio.

seis puntos simples con seda 3-0 (**Figura 4F**). Los quince especímenes calcificados (**Figura 4G**), de morfología dentode, junto con sus respectivos fragmentos de tejido blando capsular, fueron preservados en formaldehído al 10% para su análisis histopatológico definitivo (**Figura 4H**). El acto quirúrgico concluyó con la prescripción farmacológica y el suministro de las instrucciones postoperatorias pertinentes.

Finalmente, durante la cita de control postoperatorio, realizada 7 días después del acto quirúrgico, se constató una óptima cicatrización de los tejidos, favorecida por el uso de PRF, procediendo al retiro de sutura (**Figura 5**).

El análisis histopatológico reveló una lesión de naturaleza hamartomosa compuesta por tejidos dentales duros (dentina mineralizada y matriz de esmalte) dispuestos de forma irregular en un estroma de tejido conectivo fibroso denso. Se identificaron nidos de epitelio odontogénico inactivo, espículas óseas y áreas de microcalcificaciones, hallazgos compatibles con un odontoma compuesto. Estas observaciones fueron documentadas mediante microfotografías (**Figura 6**) obtenidas con un microscopio óptico trinocular, ratificando el diagnóstico presuntivo.

Al cumplirse 30 días de la intervención, se realizó un control radiográfico mediante ortopantomografía (**Figura 7**). En

la imagen se evidencia una adecuada evolución del lecho quirúrgico tras la exéresis del odontoma compuesto, observándose una trabeculación ósea en proceso de consolidación y sin signos de complicaciones postoperatorias infecciosas. No obstante, como efecto adverso no anticipado, se produjo la sección del tercio apical de la UD 23 durante el acto quirúrgico. Esta complicación pudo haber sido ocasionada por la estrecha cercanía anatómica entre las raíces dentales y los dentículos, la íntima adhesión del tumor al tejido radicular o la limitada visibilidad en el campo operatorio dada la extensión de la lesión.

Es importante destacar que se realizaron pruebas de vitalidad pulpar en el sector afectado. La UD 21 presentó una respuesta positiva exacerbada a las pruebas térmicas (frío), sugiriendo un cuadro de pulpitis irreversible, mientras que la UD 23 mostró una respuesta negativa, compatible con necrosis pulpar. Ante estos hallazgos clínicos de compromiso endodóntico en las unidades adyacentes al área quirúrgica, la paciente fue referida a la especialidad de endodoncia para confirmar el diagnóstico pulpar y la resolución definitiva del caso. Sin embargo, la paciente decidió por cuenta propia no realizarse dichos procedimientos. Tras su negativa, se le informó detalladamente sobre las consecuencias de omitir el tratamiento endodóntico,



FIG. 5. Retiro de sutura.

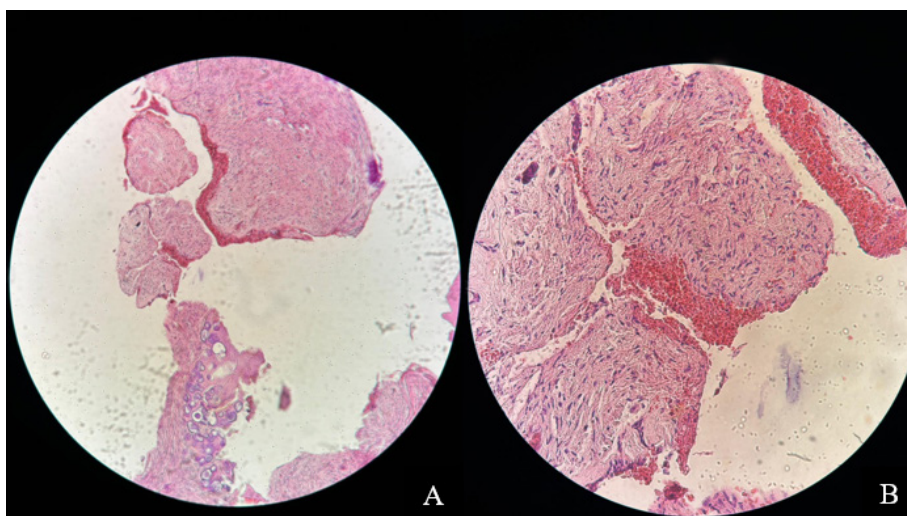


FIG. 6. Microfotografías histopatológicas. (A) 100x. (B) 400x.

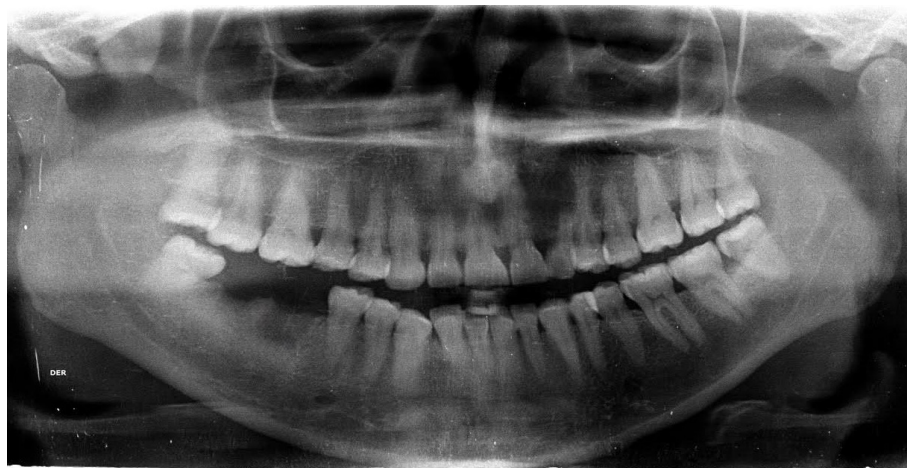


FIG. 7. Examen radiográfico mediante ortopantomografía postquirúrgica a los 30 días.

las cuales incluyen la formación de infecciones y abscesos, la detención de la regeneración ósea por focos infecciosos crónicos, la pérdida prematura de los dientes 21 y 23, y la posible diseminación del proceso infeccioso hacia estructuras vecinas como las fosas nasales.

A los 10 meses de evolución se realizó una ortopantomografía de control (**Figura 8**), en la cual se evidencia una adecuada apariencia de regeneración y reposición del hueso alveolar en la mayor parte de la cavidad intervenida. Sin embargo, persiste una imagen radiolúcida bien delimitada adyacente a la superficie radicular de la UD 23. Esta falta de reparación localizada en dicho sector no descartaría la contribución del PRF, sino que podría responder a la presencia de un factor bacteriano e inflamatorio secundario a la necrosis pulpar no tratada de dicha unidad (la cual la paciente decidió no intervenir endodónticamente); este proceso crónico periapical habría interferido localmente en la consolidación del tejido óseo alrededor de la raíz de la UD 23, lo que reafirma la necesidad imperativa de un manejo multidisciplinario para garantizar el éxito del tratamiento.

▸ DISCUSIÓN

El odontoma compuesto es identificado como el tumor odontogénico de mayor prevalencia en los maxilares³. Aunque la literatura señala que su mayor incidencia ocurre durante la segunda década de vida, el presente caso

destaca por ser un hallazgo incidental en una paciente de la cuarta década de vida. La ubicación de la lesión en la región anterosuperior izquierda coincide con la predilección anatómica reportada, donde el 61% de estas entidades se vinculan a la corona o raíces de dientes retenidos⁶, como ocurrió con la UD 22 en este reporte.

La planificación quirúrgica mediante tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) resultó determinante para el éxito del tratamiento. Mientras que la ortopantomografía inicial sugería la lesión, los cortes tomográficos permitieron precisar la expansión de las tablas óseas y la estrecha proximidad con el piso de las fosas nasales, y como señalan Nunes *et al.*²¹, presentan ventajas que ayudan al cirujano dental en una planificación quirúrgica correcta, justificando un abordaje por vía vestibular para preservar la integridad de las estructuras nasales y palatinas. Un aspecto relevante en el manejo de este caso fue la aplicación de fibrina Rica en plaquetas (PRF). Como concentrado de segunda generación, el PRF optimiza la regeneración de tejidos duros y blandos al acelerar la cicatrización y minimizar la morbilidad postoperatoria¹⁹. La favorable evolución clínica observada a los 7 días, junto con los signos radiográficos iniciales de reparación ósea a los 30 días, sugieren que el uso de PRF podría contribuir a un proceso de recuperación favorable y, como reportan Chandail *et al.*²², el PRF mejora la proliferación de diversos tipos celulares, potencia la angiogénesis, favorece la regeneración ósea, y en una lesión como un odontoma com-

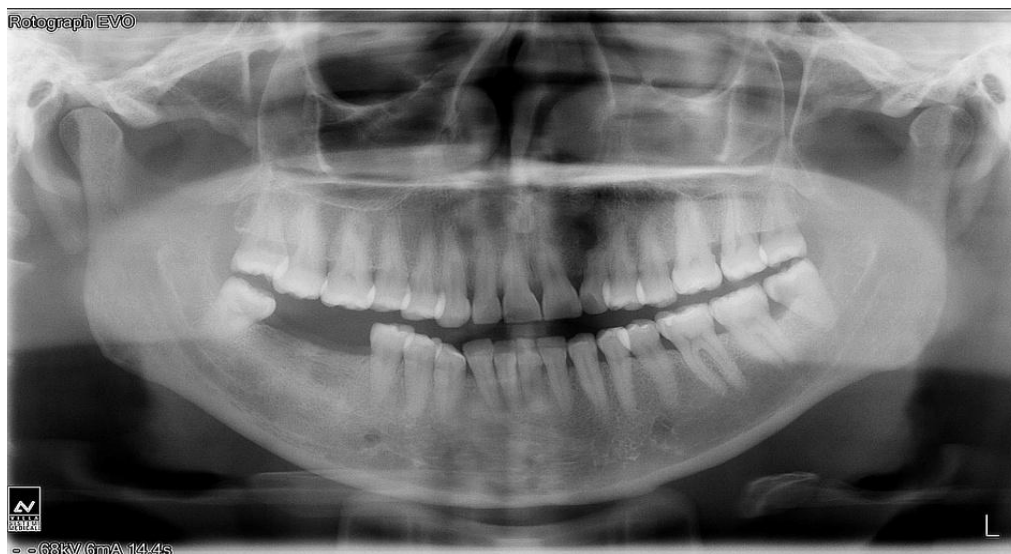


FIG. 8. Examen radiográfico mediante ortopantomografía postquirúrgica a los 10 meses.

puesto, en un seguimiento de nueve meses mostró una formación ósea saludable.

Es imperativo resaltar el compromiso de la vitalidad pulpar en las unidades adyacentes. La expansión del odontoma puede comprometer la integridad de los tejidos periapicales de los órganos dentales vecinos. En este caso, la respuesta positiva exacerbada de la UD 21 y la respuesta negativa de la UD 23 durante las pruebas térmicas postoperatorias demostraron la necesidad de una intervención interdisciplinaria, esto respaldado por autores como Flores *et al.*¹⁸ y Torul *et al.*²³, que sugieren que debido a las complicaciones tales como impactación, maloclusión, daño a dientes vecinos e inflamación gingival que pueden ocurrir debido a la presencia del odontoma, se sugiere que el manejo y seguimiento de estos casos se realice con un enfoque multidisciplinario. Esto subraya que la exéresis exitosa de la lesión no excluye la necesidad de un seguimiento clínico riguroso para abordar secuelas pulpares crónicas derivadas de la presión mecánica o la extensión del tumor.

▸ CONCLUSIÓN

El presente caso clínico ratifica que el diagnóstico tardío de los odontomas compuestos en pacientes adultos incrementa la susceptibilidad de daño en las estructuras adyacentes. La precisión diagnóstica y la planificación quirúrgica mediante tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) resultaron determinantes para garantizar un abordaje seguro y predecible en el sector premaxilar. La incorporación de fibrina rica en plaquetas (PRF) como coadyuvante biológico pareció favorecer la respuesta del lecho quirúrgico, promoviendo una cicatrización conveniente y la presencia de trabeculación ósea temprana. Este protocolo plantea los posibles beneficios de los concentrados plaquetarios en la reducción de la morbilidad postoperatoria. No obstante, el compromiso irreversible de la vitalidad pulpar en las UD 21 y 23, sumado al efecto adverso no anticipado de la sección del tercio apical de la UD 23 durante la exéresis, subraya la necesidad imperativa de un enfoque interdisciplinario. En este sentido, la negativa de la paciente a realizarse el tratamiento endodóntico indicado parece relacionarse directamente con la persistencia de la imagen radiolúcida observada adyacente a la raíz de la UD 23 en el control

radiográfico final, lo que permite inferir que el foco inflamatorio crónico impidió la completa consolidación ósea en dicho sector. Finalmente, se recomienda mantener un control radiográfico a largo plazo para evaluar la evolución de la regeneración y descartar recidivas, destacando la necesidad de desarrollar más estudios con muestras más amplias para corroborar la predictibilidad y eficacia a largo plazo de este protocolo biomaterial.

▸ REFERENCIAS

1. Mendez GI, Di Bella AR, Di Pascuale S, Schröh C, Masotto A. Odontoma mandibular inusual y su resolución. Reporte de un caso. *Rev Asoc Odontol Argent.* 2022;110(2):38-43 .
2. Feijóo-Bermeo VC, Salinas-Palma KC, Guzmán-Beltrán VP. Manejo de odontoma complejo. Caso clínico. *Sanitas Rev Arbitr Sci Salud.* 2025;4(especial3):57-65.
3. Malespín García KE, Mendieta D, Rivera Castellón AC, Herrera Guevara GJ. Odontoma compuesto: reporte de caso en paciente infantil. *Rev Odontol Stomarium.* 2024;1(1):35-50.
4. Rodríguez-Landauro AJ, Hidalgo-Mora E, Navarro-Betetta RJ, Loo-Valle J, Campos Campos KJ, Gonzales-Mendoza J. Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: reporte de caso con seguimiento de seis meses. *Odontol Pediatr.* 2023;23(1):39-47.
5. Palacios-Soria JN, Paredes-Lara SO, Tibán-Herrera AA, Ortiz-González JL. Prevalencia de odontomas en niños y adolescentes. *Rev Arbitr Interdiscip Sci Salud.* 2024;8(1), 1052-1058.
6. Budia S, Rath N, Patil L y cols. Compound odontoma associated with multiple odontogenic abnormalities in the mandible of a child: a case report and review of literature. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2024;17(8): 945-950.
7. Quisirumbay Pérez KA, Mora Astorga MV. Abordaje quirúrgico de odontoma compuesto: reporte de caso clínico. *Rev Fac Odontol Univ Cuenca.* 2025;3(2): 33-43.
8. Faniati R, Sejati BP, Arindra PK. Golden time of odontoma removal related to tooth movement disturbance in orthodontic patients: a series of five cases. *Int J Surg Case Rep.* 2025;130:111287.
9. Alarcón Apablaza J, Muñoz G, Arriagada C, Bucchi C, Masuko TS, Fuentes R. Odontoma recurrence. the importance of radiographic controls: case peport with a 7-year follow-up. *Medicina.* 2024;60(8):1248.
10. Alim N, Akhter F, Elhaddad S, Alasadi A, Alabudulwahab MN. Complex odontoma associated with an impacted upper central incisor: a case report and review of literature. *J Med Case Rep.* 2025;19(1):585.
11. Jurado Amaluís RE, Arias Carrasco YM, Castillo Arana JI, Velásquez Sánchez AA. Características descriptivas de los odontomas. presentación de un caso y revisión bibliográfica. *Tesla Rev Cient.* 2024;4(2):e399.

12. Astekar M, Manjunatha BS, Kaur P, Singh J. Histopathological insight of complex odontoma associated with a dentigerous cyst. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:bcr2013200316.
13. Satish V, Prabhadevi MC, Sharma R. Odontome: a brief overview. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2011;4(3):177-185.
14. Sowmya MV, Singh V, Ram H, Kanna VE. Complex odontoma: a single center case series. *Natl J Maxillofac Surg.* 2024;15(2):327-331.
15. Gupta S, Mittal N, Shankari T, Gupta S. A rare incidence and management of complex odontoma and surgical dehiscence in maxillary anterior region: a case report. *Natl J Maxillofac Surg.* 2023;14(1):157-160.
16. Bajunaid H, Hemoudi Y, Alqalaleef S y cols. Delayed diagnosis and multidisciplinary management of a compound odontoma with associated dental anomalies: a rare case report. *Case Rep Dent.* 2025;2025:5578256.
17. Muczkowska N, Czochrowska E, Masłowska K, Wojtowicz A, Popowski W. Combined surgical and orthodontic treatment of complex odontoma in growing patients: presentation of two cases. *Dent J.* 2025;13(2):82.
18. Flores Orozco EI, Abu Hasna A, de Santos Junior MT. Case report: interdisciplinary management of a complex odontoma with a periapical involvement of superior anterior teeth. *F1000Res.* 2019;8:1531.
19. Goswami P, Chaudhary V, Arya A, Verma R, Vijayakumar G, Bhavani M. Platelet-rich fibrin (PRF) and its application in dentistry: a literature review. *J Pharm Bioallied Sci.* 2024;16(Suppl 1):S5-S7.
20. Rubio Uzho KA, Molina Barahona RM, Cruz Proaño ED, Vásquez Palacios AC. Regeneración ósea mediante fibrina rica en plaquetas y leucocitos (L-PRF) posexodoncia. Revisión sistemática. *Rev Anat Dig.* 2025;8(3.2):6-28.
21. Maddalone M, Bonfanti E, Pellegatta A, Citterio CL, Baldoni M. Digital orthopantomography vs cone beam computed tomography-part 1: detection of periapical lesions. *J Contemp Dent Pract.* 2019;20(5):593-597.
22. Chandail K, Dutt S, Singh P. Treating odontomes: surgical management with plasma rich fibrin as new front foot. *J Clin Diagn Res.* 2018;12(2):ZJ05-7.
23. Torul D, Keskin M., Gun S, Odabasi D. Complex-compound odontoma: a rare clinical presentation. *Odovtos Int J Dent Sci.* 2018;22(1):23-28.