

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

Diagnóstico y Tratamiento del Tumor Odontógeno Adenomatoides
Relacionado a Dientes Incluidos en Pacientes Pediátricos. Revisión
Sistemática.

AUTOR:

ESCOBAR CORONEL, SERGIO ALEXANDER

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
odontólogo

TUTOR:

POLIT LUNA, ALEX RICARDO

Guayaquil, Ecuador

17 de septiembre del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Escobar Coronel, Sergio Alexander**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontólogo**.

TUTOR

f. _____
Dr. Polit Luna, Alex Ricardo

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia

Guayaquil, a los 17 días del mes de septiembre del año 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Escobar Coronel, Sergio Alexander**

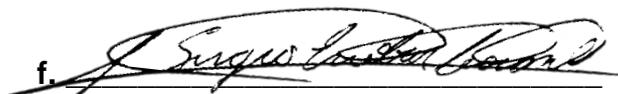
DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Diagnóstico y Tratamiento del Tumor Odontógeno Adenomatoide Relacionado a Dientes Incluidos en Pacientes Pediátricos. Revisión Sistemática.** previo a la obtención del título de **odontólogo**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 17 días del mes de Septiembre del año 2021

EL AUTOR

f. 
Escobar Coronel, Sergio Alexander



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

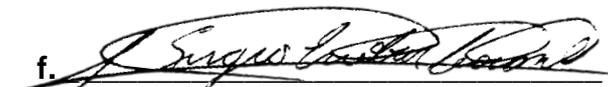
AUTORIZACIÓN

Yo, **Escobar Coronel, Sergio Alexander**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Diagnóstico y Tratamiento del Tumor Odontógeno Adenomatoides Relacionado a Dientes Incluidos en Pacientes Pediátricos. Revisión Sistemática**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de Septiembre del año 2021

EL AUTOR:

f. 
Escobar Coronel, Sergio Alexander

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	Escobar Sergio-Tesis oponente.docx (D112322548)
Submitted	9/10/2021 3:06:00 AM
Submitted by	Estefania del Rocio Ocampo Poma
Submitter email	estefania.ocampo@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	estefania.ocampo.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Alex Ricardo Polit Luna".

f. _____
Dr. Polit Luna, Alex Ricardo

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por la vida que tengo, a mis padres por apoyarme ante toda adversidad que se ha presentado, por confiar en que puedo lograrlo, por siempre estar ahí, tanto en los momentos de prosperidad, como también en los más difíciles. A mis hermanos por creer en mí y no dejarme desmayar.

A mis amigos y compañeros John, Edelyn, Andrea, Estela y Jennifer que han sido parte fundamental en este proceso, estando pendientes el uno del otro durante este camino.

A mis docentes que me han brindado sus conocimientos, para además de ser un gran profesional lograr ser un buen ser humano.

DEDICATORIA

Se lo dedico especialmente a mis padres, que son el pilar fundamental en mi vida, los cuales hicieron que mi meta se pueda hacer realidad, a mi padre por darme el ánimo en cada momento, confiando totalmente en mí, sabiendo que no lo defraudaría, a mi madre, que ha velado por mí cada día, esperando y sabiendo que siempre daré lo mejor de mí, pese la distancia y las adversidades, han estado a mi lado.

A mis hermanos que me han apoyado siempre, en especial se lo dedico a mi hermano mayor, aunque ya no esté presente, sé y siento que siempre está apoyándome y espero que este logro sea motivo de orgullo para él y para mi familia.

A mis sobrinos que espero les sirva de guía para que se propongan y cumplan sus metas siempre, a pesar de lo que se les presente.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Pino Larrea, José Fernando
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Márquez Flores, Harry José
OPONENTE

Calificación:

10

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. Alex Pólit Luna', enclosed within a circular flourish.

Dr. Alex Pólit Luna

Diagnóstico y Tratamiento del Tumor Odontógeno Adenomatoido Relacionado a Dientes Incluidos en Pacientes Pediátricos. Revisión Sistemática.
Diagnosis and Treatment of Adenomatoid Odontogenic Tumor Related to Included Teeth in Pediatric Patients. Systematic review.

Escobar Coronel Sergio Alexander¹, Polit Luna Alex Ricardo²

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

RESUMEN

Problema: Los tumores odontogénicos son un grupo heterogéneo de lesiones de comportamiento clínico diverso, y de diferentes tipos histopatológicos. Son consideradas hamartomas, de baja malignidad, ya que están constituidos de tejidos que corresponde a la formación de los órganos dentarios. **Objetivo:** Establecer la importancia del control radiográfico de los pacientes durante la dentición mixta, que se inicia a los 5 años con la erupción de los incisivos centrales, a los 12 años con la erupción de los caninos permanentes y a los 18 años con la erupción de los terceros molares. **Materiales y métodos:** Investigación sistemática, de enfoque cualitativo, transversal, retrospectivo en la búsqueda; de diseño descriptivo y analítico, de método deductivo. Se realizó una revisión aproximadamente de 530 artículos científicos publicados y de acuerdo con los criterios inclusión/exclusión quedaron 31 artículos. **Resultados:** Alrededor de los 6-8 años, ocurre la formación completa de la corona del canino maxilar, para posteriormente iniciar la formación de la raíz, además los autores señalan que la edad promedio para la erupción del canino maxilar comienza alrededor de los 10-12 años. Se estableció que en los caninos maxilares tienen mayor prevalencia pacientes de sexo femenino en la segunda década de vida con dentición permanente. **Conclusión:** La presencia de una zona radiolúcida unilocular bien definida, que tiene relación a un órgano dentario incluido, son características del tumor odontógeno adenomatoido central de tipo folicular.

Palabras clave: Tumor odontogénico adenomatoido, Tumor odontogénico, Canino impactado, Prevalencia en la inclusión dental, Dientes impactados, Enucleación, Hamartoma.

Abstract

Problem: Odontogenic tumors are a heterogeneous group of lesions of diverse clinical behavior, and of different histopathological types. For this reason, these lesions are considered hamartomas, of low malignancy, since they are made up of tissues that correspond to the formation of dental organs. **Objective:** Establish the importance of radiographic control of patients during mixed dentition, which begins at 5 years with the eruption of the central incisors, at 12 years with the eruption of the permanent canines and at 18 years with the eruption of the third molars. **Materials and methods:** Systematic research, with a qualitative, cross-sectional, retrospective search approach; descriptive and analytical design; deductive method. A review of approximately 530 published scientific articles was carried out and, according to the inclusion / exclusion criteria, 31 articles remained. **Results:** Around 6-8 years, the complete formation of the crown of the maxillary canine occurs, to later start the formation of the root, in addition the authors point out that the average age for the eruption of the maxillary canine begins around 10-12 years. It was established that female patients in the second decade of life with permanent dentition have a higher prevalence in maxillary canines. **Conclusion:** The presence of a well-defined unilocular radiolucent zone, which is related to an included dental organ, is characteristic of a follicular-type central adenomatoid odontogenic tumor.

Key words: Adenomatoid odontogenic tumor, Odontogenic tumor, Canine impaction, Prevalence in dental inclusion, Impacted teeth, Enucleation, Hamartoma.

INTRODUCCIÓN

Los tumores odontogénicos son un grupo heterogéneo de lesiones de comportamiento clínico diverso, y de diferentes tipos histopatológicos. Por esta razón estas lesiones son consideradas hamartomas, de baja malignidad, ya que están constituidos de tejidos que corresponde a la formación de los órganos dentarios. Estos tumores odontogénicos en su proceso de formación, durante la odontogénesis, son capaces de producir interacciones inductivas entre el epitelio y el ectomesénquima.¹

Cuando los órganos dentarios no ocupan su lugar en la arcada dentaria, llegada la edad cronológica de erupción, se lo puede considerar como dientes retenidos, incluidos o impactados, y salvo excepciones deberán ser tratados quirúrgicamente.²

La relación que existe entre las alteraciones y el proceso de erupción dentaria se inicia desde la embriogénesis, durante la sexta y octava semana de vida uterina periodo en el cual se establece un ductus que comunica la lámina dental con el proceso de formación y erupción con el diente comprometido.²

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) ha recibido diferentes

denominaciones, desde 1905 por Steensland como pseudo-adenameloblastoma,³ luego por Ghosh en 1934 como adamantinoma del maxilar, y posteriormente fue reconocido como entidad distinta por Stafne en 1948. En la actualidad se denomina TOA cuyo término fue propuesto por Philipsen y Birn, y adoptado por la OMS desde 1971.⁴

El TOA es un tumor compuesto de epitelio odontogénico, que presenta una gran variedad de patrones histarquitectónicos, incrustados en el estroma maduro del tejido conectivo, y caracterizado por un crecimiento lento y progresivo. Se divide en dos variantes: 1) Central/intraóseo: folicular y extrafolicular, y 2) Periférico/extraóseo: estructuras gingivales.⁴

Por esta razón, se considera una lesión benigna, con mayor prevalencia en pacientes entre la primera y segunda década de vida, con una relación 1:2 (hombre: mujer), y muy frecuentemente relacionado con los caninos incluidos.⁵

Los resultados de esta investigación van dirigidos a establecer la importancia del control radiográfico de los pacientes durante la dentición mixta, que se inicia a los 5 años con la erupción de los incisivos centrales, a los 12 años con la erupción de los

caninos permanente y a los 18 años con la erupción de los terceros molares. De esta manera, proponer una estrategia preventiva de control imagenológico del desarrollo y la formación dentaria temporal y permanente.

Esta investigación tiene como objetivo establecer los factores que influyen en el diagnóstico y tratamiento del tumor odontógeno adenomatoide relacionado a dientes incluidos en pacientes pediátricos. Se realizará por medio de una revisión de artículos científico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación sistemática, de enfoque cualitativo, transversal, retrospectivo en la búsqueda; de diseño descriptivo y analítico; de método deductivo.

Para la búsqueda se utilizaron palabras clave en inglés: "Adenomatoid odontogenic tumor", "Odontogenic tumor" "Canine impaction" "Prevalence in dental inclusion", "Impacted teeth", "Enucleation", "Hamartoma".

Y en español: "Tumor odontogénico adenomatoide", "Tumor odontogénico", "Canino impactado" "Prevalencia en la inclusión dental", "Dientes impactados", "Enucleación", "Hamartoma".

Se pudo realizar una búsqueda detallada, en los metabuscadores: Pubmed, Scielo, Medline y Google académico, con ayuda de operadores booleanos: "AND", "NOT", "OR".

Se realizó una revisión de 530 artículos científicos publicados. De acuerdo con estos criterios quedaron en 31 artículos.

RESULTADOS

Según los artículos revisados, indican que alrededor de los 6-8 años, ocurre la formación completa de la corona del canino maxilar, para posteriormente iniciar la formación de la raíz, además los autores señalan que la edad promedio para la erupción del canino maxilar comienza alrededor de los 10-12 años. La formación de la corona del tercer molar maxilar concluye aproximadamente a los 16 años, y la erupción del tercer molar maxilar se da alrededor de los 18 años. El diagnóstico clínico, radiográfico e histopatológico de Tumor Odontógeno Adenomatoide, dio en un 100% la ausencia clínica del órgano dentario. Se determinó que los pacientes presentaron aumento de volumen de la zona afectada durante la inspección clínica.

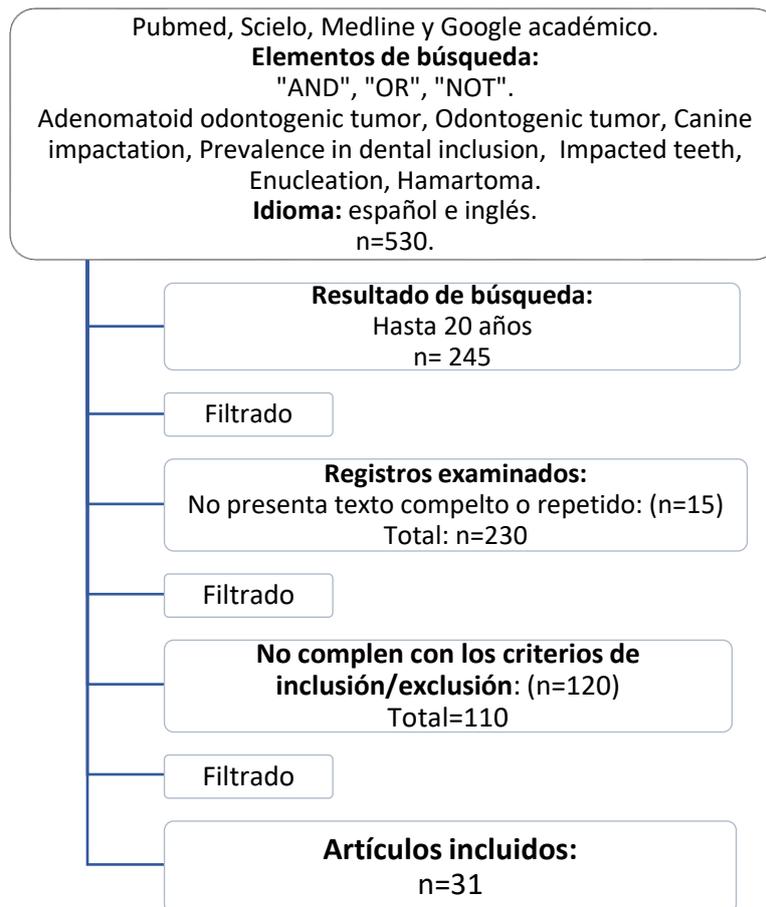


Gráfico 1 Diagrama de flujo PRISMA. Síntesis de análisis bibliográfico.

Al diagnóstico radiográfico del TOA, además del tipo de radiografías utilizadas en este tipo de patologías la ortopantomografía es la más utilizada. Se pudo reconocer la prevalencia del TOA en caninos maxilares (41%), caninos mandibulares (41%) y en incisivos maxilares (18%). Se consideró el sexo, la edad (medida en décadas de vida) y el tipo de dentición que tiene el paciente. En los caninos maxilares se estableció que se presenta más en pacientes de sexo femenino en la segunda década de vida con dentición permanente,

seguido de pacientes masculinos en la segunda década de vida con dentición permanente, después pacientes masculinos en la segunda década de vida con dentición mixta y pacientes masculino en la primera década de vida con dentición mixta.

En los caninos mandibulares se determinó que se presenta con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino en la segunda década de vida con dentición permanente, seguido de pacientes femeninas en la segunda década de vida con dentición mixta, pacientes masculinos en la

segunda década de vida con dentición mixta y paciente masculino en la primera década de vida con dentición mixta.

Al mismo tiempo se comprobó la frecuencia del Toa en los incisivos maxilares, en pacientes de sexo femenino en la segunda década de vida con dentición permanente, paciente de sexo masculino y femenino en la segunda década de vida con dentición mixta.

También se pudo efectuar la comparación de los Tumores Odontogénicos asociados a caninos permanentes incluidos, de lo que se establece que el TOA, el quiste dentígero, el ameloblastoma unicístico y el tumor odontógeno queratoquístico pueden presentar las mismas características radiográficas como: una zona radiolúcida unilocular bien definida con relación a un diente incluido. Y asimismo se logró definir que la única forma de dar un diagnóstico definitivo es mediante el resultado histopatológico, ya que estas patologías presentan diferentes características.

De la misma manera, se pudo probar el tratamiento del TOA va a depender de cada caso.

El órgano dentario que se ve afectado con mayor frecuencia por el TOA es el

canino mandibular y el canino maxilar, seguida de incisivos centrales maxilares y terceros molares maxilares, y finalmente incisivo lateral maxilar y segundo molar maxilar.

También se pudo comprobar, el tipo de TOA central que tiene mayor prevalencia, con un resultado del 83% de casos foliculares y el 17% extrafoliculares.

Finalmente se obtuvieron como resultados, los métodos quirúrgicos más usados en el TOA dependiendo del tipo, en el cual se determinó que en el tipo folicular se utilizó más el método quirúrgico conservador del órgano dentario que el de la enucleación total. Así mismo, se revisó en tipo extrafolicular, siendo el más utilizado el método quirúrgico conservador que la enucleación total.

DISCUSIÓN

Se realizó una revisión sistemática sobre el tumor odontógeno adenomatoide, que es considerado un hamartoma, que es congénito y del desarrollo ya que se forma a partir de la décima semana de vida intrauterina, con características benignas pero localmente agresivo.⁴

Ugalde Francisco; y Ristaniemi et al. coinciden al indicar que la cronología de formación y calcificación de la corona del canino maxilar se completa

alrededor de los ocho años y posteriormente continua la formación radicular, lo que estimula el descenso y erupción, alrededor de los doce años.^{6,7}

Respecto a la erupción del canino maxilar González y Pérez; y Lema Daniela indican que la erupción se da alrededor de los diez años.

Por otro lado, Manne et al. señalan que se debe considerar la erupción del canino permanente es retardada después de los catorce a quince años.^{8,9}

Gonzales Espangler et al.; y Gonzales, y Pérez señalan que la calcificación completa de la corona del tercer molar superior concluye alrededor de los dieciséis años y la erupción se da entre los dieciocho a treinta años.^{8,10}

El tumor odontógeno adenomatoide según Sethi et al.; Patel et al., entre otros autores señalan está asociado a la ausencia clínica del órgano dentario en la edad cronológica de erupción, también señalan que en la mayoría de los casos se observó aumento de volumen en el área facial afectada.^{3,5,11-19}

Erdur et al. indicó que se observó la ausencia del órgano dentario, pero no el aumento del volumen en el área afectada.²⁰

Radiográficamente, Patel et al.; De Matos et al., entre otros autores encontraron como características del Toa la formación de una zona radiolúcida unilocular, bien circunscrita que engloba el órgano dentario incluido.^{3,11-16,18-20}

Mientras que Sethi et al.; Marín Botero et al., encontraron las mismas características incluyendo áreas de calcificación.^{5,17}

Sethi et al.; Patel et al., y otros autores encontraron como características histológicas la presencia de células epiteliales que pueden formar estructuras similares a rosetas, alrededor de un espacio central, en lo que coinciden los trabajos revisados de los autores, que además señalan que en estas zonas se observa la presencia de material eosinofílico en forma de gotitas o flechas tumorales.^{3,5,11-20}

Majumdar et al.; Al-shimari et al., entre otros autores señalan que es más frecuente la presencia en el sexo femenino, además de que el órgano dentario con mayor prevalencia del Toa es el canino maxilar, seguido del canino mandibular. Finalmente, los autores señalan que se presentan más en la segunda década de vida. Estos factores mencionados son

considerados epidemiológicamente en la literatura como de mayor prevalencia en relación con el Tumor.^{3,5,11,12,14}

Mortazavi y Baharvand, señalan que las características radiográficas de los del Toa, quiste dentígero, ameloblastoma unicístico y el tumor odontógeno queratoquístico pueden presentar similitudes, mostrando zonas radiolúcidas, de aspecto unilocular, bien circunscrita, que rodea al diente afectado.²¹

Lee y Kim.; Wright y Soluk Tekkesin., señalan que radiográficamente el Toa y el ameloblastoma unicístico presentan las mismas características.^{1,22}

Monserat et al; Tami-Maury et al., mencionan que las características radiográficas del quiste dentígero son una zona radiolúcida unilocular bien definida, relacionado a la corona de un órgano dentario no erupcionado.^{23,24}

Patel et al.; Sethi et al., entre otros autores señalan que en los casos presentados en sus artículos se realizó la enucleación total como tratamiento del Toa, presentándose en la mayoría de los pacientes de sexo femenino en la segunda década de vida.^{3,5,13,14,16-19,25}

Al-Shimari et al.; Motamedi et al.; entre otros autores, mencionan que utilizaron el método quirúrgico conservador del órgano dentario, enucleación y curetaje de Toa, sin recidivas en la cual se presentó en su mayoría pacientes.^{12,15,20}

Por otra parte Erdur et al., menciona que es posible el tratamiento conservador del Toa para recuperar la posición y función del diente comprometido por medio de la marsupialización. Sin embargo se recomienda desarrollar más experiencia en el manejo de pacientes con estas características para considerarla como un tratamiento recomendable para el Toa.

CONCLUSIONES

En conclusión la presencia de un órgano dentario incluido en una zona radiolúcida unilocular bien definida, son características del tumor odontógeno adenomatoide central de tipo folicular, considerado de origen congénito por que se forma a través del ductus que comunica la lámina dental con el folículo.

Según la literatura revisada y en este artículo los aspectos que coinciden están relacionados con el predominio en el sexo femenino, la prevalencia en la segunda década de vida y con

mayor frecuencia con el canino superior.

Para realizar el diagnóstico diferencial del Toa no debe ser radiológico, sino por medio del estudio histopatológico.

Al momento de decidir el tratamiento quirúrgico de enucleación total o la marsupialización como tratamiento conservador, va a depender de las características radiográficas de cada caso. Sin embargo para considerar la marsupialización como una opción de tratamiento, se requiere más experiencia en el manejo de esta técnica.

El diagnóstico preventivo realizando el examen clínico y radiográfico de los pacientes, entre los seis a ocho años, teniendo en cuenta la formación completa de la corona del canino maxilar, además entre los doce a catorce años se realciona principalmente con la formación apical del canino maxilar, y a los dieciocho años para el control de la erupción de los terceros molares. De esta manera podemos realizar el diagnóstico temprano de este tipo de alteraciones de la erupción, que están asociadas generalmente a órganos dentarios incluidos.

RECOMENDACIONES

Se recomiendan nuevas investigaciones sobre el origen y los tipos de tratamientos quirúrgicos para el Toa.

REFERENCIAS

1. Wright JM, Soluk Tekkesin M. Odontogenic tumors: where are we in 2017? J Istanbul Univ Fac Dent. 2017;51:S10-30.
2. Mateos Corral I, Hernández Flores F. Prevalencia de inclusión dental y patología asociada en pacientes de la clínica de la Facultad de Odontología Mexicali de la UABC. Revista Odontológica Mexicana [Internet]. 2010 [citado 25 de julio de 2021];9. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/16022>
3. Patel HB, Movaniya PN, Desai NN, Makwana TR, Makwana KG, Mehta PD. Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with Impacted Mandibular Canine - A Case Report. Ann Maxillofac Surg. 2020;10:484-7.
4. Manohar B, Verma N, Mannan N, Bhuvaneshwari S. Adenomatoid odontogenic tumor mimicking a lateral periodontal cyst – A rare case report in the mandible. J Indian Soc Periodontol. 2020;24:473-6.
5. Sethi S, Kumar M, Aggarwal P, Indra Kumar HS, Sugandhi CD, Singh S. A case report and short review on changing trends in the site of occurrence of adenomatoid odontogenic tumor: Unravelling the past 15 years. Dent Res J (Isfahan). 2016;13:462-71.

6. Ugalde DFJ. Clasificación de caninos retenidos y su aplicación clínica. *Rev ADM*. 2001;58:16-20.
7. Ristaniemi J, Rajala W, Karjalainen T, Melaluoto E, Iivari J, Pesonen P, et al. Eruption pattern of the maxillary canines: features of natural eruption seen in PTG at the late mixed stage—Part I. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2021 [citado 10 de agosto de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40368-021-00650-1>
8. González EYM, Pérez YA. Comportamiento de la cronología y el orden de brote de dientes permanentes. *Policlínico Alcides Pino Bermúdez, Holguín, Cuba. CCM*. 2020;24:17.
9. Lema DG, Terreros de Huc M. Evaluación de la interrelación de cronología y secuencia de erupción de canino y segundo premolar superior en pacientes entre los 9 y 12 años de edad [Internet]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2015. Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/index.php/ucsg-medicina/article/view/698>
10. González Espangler L, Mok Barceló P, de la Tejera Chillón A, George Valles Y, Leyva Lara ML. Caracterización de la formación y el desarrollo de los terceros molares. *MEDISAN*. 2014;18:34-44.
11. de Matos FR, Nonaka CFW, Pinto LP, de Souza LB, de Almeida Freitas R. Adenomatoid Odontogenic Tumor: Retrospective Study of 15 Cases with Emphasis on Histopathologic Features. *Head Neck Pathol*. 2012;6:430-7.
12. Al-Shimari F, Chandra S, Oda D. Adenomatoid odontogenic tumor: Case series of 14 with wide range of clinical presentation. *J Clin Exp Dent*. 2017;9:e1315-21.
13. Acharya S, Goyal A, Rattan V, Vaiphei K, Kaur Bhatia S. Dentigerous Cyst or Adenomatoid Odontogenic Tumor: Clinical Radiological and Histopathological Dilemma. *Case Rep Med* [Internet]. 2014 [citado 8 de junio de 2021];2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4100378/>
14. Majumdar S, Uppala D, Rao AK, Talasila S, Babu M. Dentigerous Cyst Associated with Adenomatoid Odontogenic Tumour. *J Clin Diagn Res*. 2015;9:ZD01-4.
15. Motamedi MHK, Shafeie HA, Azizi T. Salvage of an impacted canine associated with an adenomatoid odontogenic tumour: A case report. *British Dental Journal*. 2005;199:89-90.
16. Karam Genno N, Aoun N, El Toum S. Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with an Impacted Maxillary Lateral Incisor: A Case Report with Five-Year Follow-Up. *Case Rep Dent* [Internet]. 2017 [citado 13 de mayo de 2021];2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5682065/>
17. Marín Botero ML, Sáenz Rivera E de J, Marín Cardona MN, Sánchez Muñoz LB, Castañeda-Peláez DA, Marín Botero ML, et al. Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Avances en*

- Odontoestomatología. 2017;33:161-70.
18. Katiyar A, Gupta S, Gupta K, Pandey M. Trauma to Tumor: A Hunt of Adenomatoid Odontogenic Tumor—A Rare Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019;12:366-9.
 19. Chuan-Xiang Z, Yan G. Adenomatoid odontogenic tumor: a report of a rare case with recurrence. *J Oral Pathol Med.* 2007;36:440-3.
 20. Erdur EA, Ileri Z, Ugurluoglu C, Cakir M, Dolanmaz D. Eruption of an impacted canine in an adenomatid odontogenic tumor treated with combined orthodontic and surgical therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016;149:923-7.
 21. Mortazavi H, Baharvand M. Jaw lesions associated with impacted tooth: A radiographic diagnostic guide. *Imaging Sci Dent.* 2016;46:147-57.
 22. Lee SK, Kim YS. Current Concepts and Occurrence of Epithelial Odontogenic Tumors: I. Ameloblastoma and Adenomatoid Odontogenic Tumor. *Korean J Pathol.* 2013;47:191-202.
 23. Monserat E, Gudiño J, Seijas A, Ghanem Ayoubi A, Cedeño Martínez JA, Martínez J, et al. Quiste Dentigero: Presentación de un caso. *Acta Odontológica Venezolana.* 2002;40:165-8.
 24. Tami-Maury I, Lopez T, Moustarih Y, Moretta N, Montilla G, Rivera H. Quiste Dentigero: Revisión bibliográfica y presentación de un caso. *Acta Odontológica Venezolana.* 2000;38:61-7.
 25. Bonne Comerón R, Lozada García J, Del Toro Gámez Y, Bonne Comerón R, Lozada García J, Del Toro Gámez Y. Tumor odontogénico adenomatoide en dos adolescentes. *MEDISAN.* 2020;24:494-500.
 26. Morón B. A, Santana Y, Pirona M, Rivera L. Cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes en escolares Wayúu. parroquia Idelfonso Vásquez. municipio Maracaibo - Estado Zulia [Internet]. [citado 10 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/1/art-12/>
 27. Manne R, Gandikota C, Juvvadi SR, Rama HRM, Anche S. Impacted canines: Etiology, diagnosis, and orthodontic management. *J Pharm Bioallied Sci.* 2012;4:S234-8.
 28. Becker T, Buchner A, Kaffe I. Critical evaluation of the radiological and clinical features of adenomatoid odontogenic tumour. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012;41:533-40.
 29. Vázquez DJ, Gandini PC, Ramírez MJ, Ibero JN, Eduardo E. EE. Tumor odontogénico queratoquístico: Hallazgo radiográfico y resolución quirúrgica de un caso clínico. *Avances en Odontoestomatología.* 2012;28:249-54.
 30. La Monaca G, Pranno N, di Gioia CRT, Pompa G, Voza I, Cristalli MP. Surgical Management of Extrafollicular Variant of Adenomatoid Odontogenic Tumor in the Maxillary Posterior Region. *Case Rep Dent.* 2019;2019:3787696.

31. Saldaña MAQ, Oliveira MV de, Martins VB, Albuquerque GC de, Júnior JM. Tumor odontogénico adenomatoide extrafolicular: reporte de caso. Odontología Sanmarquina. 2020;23:51-5.

ANEXOS

Tabla 1. Análisis de la formación y erupción de órganos dentarios permanentes con prevalencia de TOA

	Autor	Título	CANINO MAXILAR		TERCER MOLAR	
			6-8 años	10-12 años	16 años	18 años
1	Ugalde Francisco. ⁶	Classification for impacted canines and its clinical application	A la edad de 8 años. Continúa la formación radicular de los caninos permanentes, descenso de éstos, y continúa la reabsorción radicular.	Radiografía posteroanterior de cráneo, edad de 12 años. Emergen por completo las coronas de los caninos permanentes en la cavidad bucal.	No menciona	No menciona
2	González Espangler et al. ¹⁰	Caracterización de la formación y el desarrollo de los terceros molares	No menciona	No menciona	La calcificación de la corona concluye.	Han completado su formación y erupción en la boca.
3	Moron B. et al. ²⁶	Cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes en escolares Wayúu. parroquia Ildelfonso Vásquez. municipio Maracaibo - Estado Zulia	No menciona	A la edad de 10.5 años la erupción total del canino superior derecho e izquierdo, se presenta en un 73.8% y 80.99% respectivamente	No menciona	No menciona
4	González y Pérez ⁸	Comportamiento de la cronología y el orden de brote de dientes permanentes. Policlínico Alcides Pino Bermúdez, Holguín, Cuba	No menciona	El canino superior y el primer bicúspide inferior a los 10 años.	No menciona	Los terceros molares superiores e inferiores de los 18 a los 30 años
5	Lema Daniela y Terreros de Huc. ⁹	Evaluación de la interrelación de cronología y secuencia de erupción de canino y segundo premolar superior en pacientes entre los 9 y 12	No menciona	Demuestran que la edad promedio de erupción del canino es de 10 años 5 meses	No menciona	No menciona
6	Ristaniemi et al. ⁷	Eruption pattern of the maxillary canines: features of natural eruption seen in PTG at the late mixed stage—Part I	Superposición de una corona canina maxilar permanente con la raíz del incisivo lateral adyacente puede considerarse normal hasta los 8 años	Los caninos maxilares permanentes entran en erupción en la cavidad oral entre las edades de 10-12 años	No menciona	No menciona
7	Manne et al. ²⁷	Impacted canines: Etiology, diagnosis, and orthodontic management	Ausencia de una protuberancia canina labial normal	Erupción retardada del canino permanente o retención prolongada del canino caducifolio más allá de los 14-15 años	No menciona	No menciona

Tabla 2 Diagnóstico clínico, radiográfico e histopatológico de Tumor Odontógeno Adenomatoido

	AUTOR	AÑO	TÍTULO	DIAGNÓSTICO CLÍNICO		DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO		DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO	TIPO DE TOA
				Órgano dentario	Aumento del volumen	TIPO DE RX	CARÁCTERÍSTICAS		
1	Sethi et al. ⁵	2016	A case report and short review on changing trends in the site of occurrence of adenomatoid odontogenic tumor: Unravelling the past 15 years	Ausente	SI	Ortopantomografía	Zona radiolúcida unilocular bien definido, que engloba la pieza incluida.	Muestra una varilla fibrosa encapsulando islas de células tumorales Células tumorales dispuestas para formar estructuras y rosetas similares a conductos Células tumorales dispuestas para formar verticilos característicos	Folicular
						Tomografía computarizada	Reveló una lesión enquistada gruesa irregular con áreas de la calcificación en la región de la parasíntesis izquierda		
2	Patel et al. ³	2020	Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with Impacted Mandibular Canine - A Case Report	Ausente	SI	Oclusal	Zona radiolúcida unilocular bien circunscrito	Proliferación intraluminal en forma de filamentos y de rosetas de la hoja de células odontogenic con forma cuboidea-columnar y núcleos hiper Cromáticos.	Folicular
						Panorámica digital	Zona radiolúcida unilocular bien definido de la región de la mandíbula anterior, que contuvo un canino de la mandíbula derecho afectado		
3	De Matos et al. ¹¹	2012	Adenomatoid Odontogenic Tumor: Retrospective Study of 15 Cases with Emphasis on Histopathologic Features	Ausente	SI	Ortopantomografía	Radiolucidez unilocular con bordes bien definidos	Entre las células epiteliales de los nódulos y en el centro de las configuraciones similares a rosetas, el material amorfo eosinófilo ("gotitas tumorales")	Folicular
4	Al-Shimari et al. ¹²	2017	Adenomatoid odontogenic tumor: Case series of 14 with wide range of clinical presentation	Ausente	SI	Ortopantomografía	Zona radiolúcida unilocular bien definida	Muchas estructuras en forma de conducto alineadas por una capa de células epiteliales cuboidales y algunas calcificaciones. Demuestran un tumor sólido compuesto de verticilos y esferas de células epiteliales suspendidas sobre escaso fondo de tejido conectivo.	Folicular
5	Acharya et al. ¹³	2014	Dentigerous Cyst or Adenomatoid Odontogenic Tumor: Clinical Radiological and Histopathological Dilemma	Ausente	SI	Ortopantomografía	Zona radiolúcida bien definida en lo referente al canino permanente derecho maxilar incluido	Proliferación sólida de células poligonales y fusiformes con solo un escaso estroma de tejido conectivo asociado con estructuras en forma de conducto y en forma de roseta. También se observó la deposición de material homogéneo eosinófilo dentro de las estructuras en forma de rosetas.	Folicular

6	Majumdar et al. ¹⁴	2015	Dentigerous Cyst Associated with Adenomatoid Odontogenic Tumour	Ausente	SI	Ortopantomografía	Radiolucidez unilocular bien definida con un canino permanente afectado	Células cuboidales en capas en el epitelio epitelial enquistado de la guarnición, masas sólidas de células en un tejido conector fibroso escaso dispuesto en patrón ductal y células epiteliales odontógenas en forma de huso dispuestas en patrón de roseta con pocas estructuras tubulares o de conducto con un espacio central	Folicular
7	Motamedi et al. ¹⁵	2005	Salvage of an impacted canine associated with an adenomatoid odontogenic tumour: A case report	Ausente	SI	Ortopantomografía	Diente canino afectado con una lesión radiolúcida relativamente definida en el aspecto mesial de la longitud de la corona y de la raíz.	Cápsula fibrosa gruesa que rodea el tumor, que está compuesta por rosetas de células epiteliales en forma de huso. las gotitas eosinófilas (caras a los productos esmaltoideos) se ven dentro de los tubos	Folicular
8	Erdur et al. ²⁰	2016	Eruption of an impacted canine in an adenomatoid odontogenic tumor treated with combined orthodontic and surgical therapy	Ausente	NO	Cefalométrica Ortopantomografía	Zona radiolúcida bien circunscrita que parecía una lesión enquistada que comenzó del centro de la raíz y rodeó la corona totalmente.	Tenía una formación del rosetón con la calcificación, fue observada en el centro. El material fibroso eosinófilo estaba presente entre las células del tumor y en conducto-como las estructuras.	Folicular
9	Karam genno et al. ¹⁶	2017	Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with an Impacted Maxillary Lateral Incisor: A Case Report with Five-Year Follow-Up	Ausente	SI	Ortopantomografía Tomografía computarizada	Imagen radiolúcida circunscrita pericoronar bien asociada con #22 de dientes impactados	Las células epiteliales pueden formar estructuras similares a rosetas alrededor de un espacio central, que puede estar vacío o contener una pequeña cantidad de material eosinófilo	Folicular
10	Marín Botero et al. ¹⁷	2017	Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura	Ausente	SI	Ortopantomografía	zona radiolúcida circunscrita de bordes bien delimitados que involucra la totalidad del diente 23 con presencia de imágenes compatibles con calcificaciones internas.	Presencia de neoformación ósea en la zona adyacente a la pared. Se observa zona central de proliferación de células fusiformes basófilas hipercromáticas que forman nódulos arremolinados; en zonas se observa presencia de material hialino eosinofílico amorfo ("gotas eosinófilas")	Folicular
11	Katiyar et al. ¹⁸	2019	Trauma to Tumor: A Hunt of Adenomatoid Odontogenic Tumor—A Rare Case Report	Ausente	SI	Ortopantomografía	Imagen radiolúcida que se limita a la unión esmalte-esmalte dental no erupcionado	Las estructuras características en forma de conducto están alineadas por una sola fila de células epiteliales columnares y los núcleos están polarizados lejos de la luz central. El lumen puede contener material eosinófilo amorfo o puede estar vacío como se ve en nuestro caso	Folicular
12	Chuan-Xiang y Yan. ¹⁹	2007	Adenomatoid odontogenic tumor: a report of a rare case with recurrence	Ausente	SI	Ortopantomografía	Lesión radiolúcida unilocular asociada con un canino superior derecho no erupcionado	Mostró características típicas de tumor odontogénico adenomatoide con células cuboideas o columnares del epitelio odontogénico formando estructuras y nidos en forma de conductos. Mostró nódulos sólidos de epitelio cuboide que contenían varias gotitas tumorales amorfas eosinofílicas "(flechas)	Folicular

Tabla 3 PREVALENCIA DEL TUMOR ODONTÓGENO ADENOMATOIDE

	AUTOR	TÍTULO	CANINO MAXILAR			CANINO MANDIBULAR			INCISIVOS MAXILAR		
			SEXO	EDAD (DÉCADAS)	DENTICIÓN	SEXO	EDAD (DÉCADAS)	DENTICIÓN	SEXO	EDAD (DÉCADAS)	DENTICIÓN
1	Patel et al. ³	Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with Impacted Mandibular Canine - A Case Report	X	x	x	M	2DA	MIXTA	x	x	x
2	Chuan-Xiang y Yan. ¹⁹	Adenomatoid odontogenic tumor: a report of a rare case with recurrence	M	2DA	MIXTA	X	X	X	x	x	x
3	Al-Shimari et al. ¹²	Adenomatoid odontogenic tumor: Case series of 14 with wide range of clinical presentation	M	2DA	PERMANENTE	F	2DA	MIXTA	F	2DA	MIXTA
			M	2DA	PERMANENTE	F	2DA	MIXTA	X	X	X
			M	2DA	MIXTA	X	X	X	X	X	X
4	Becker et al. ²⁸	Critical evaluation of the radiological and clinical features of adenomatoid odontogenic tumour	M	2DA	PERMANENTE	X	X	X	X	X	X
			M	2DA	PERMANENTE	X	X	X	X	X	X
5	Acharya et al. ¹³	Dentigerous Cyst or Adenomatoid Odontogenic Tumor: Clinical Radiological and Histopathological Dilemma	M	2DA	PERMANENTE	X	X	X	X	X	X
6	Majumdar et al. ¹⁴	Dentigerous Cyst Associated with Adenomatoid Odontogenic Tumour	F	2DA	PERMANENTE	F	2DA	PERMANENTE	X	X	X
			M	1ERA	MIXTA	M	2DA	MIXTA	X	X	X
			M	2DA	MIXTA	F	2DA	PERMANENTE	X	X	X
			F	2DA	PERMANENTE	X	X	X	X	X	X
			F	2DA	PERMANENTE	X	X	X	X	X	X
			M	2DA	PERMANENTE	X	X	X	X	X	X
			F	2DA	PERMANENTE	X	X	X	X	X	X
			F	2DA	PERMANENTE	X	X	X	X	X	X
7	Motamedi et al. ¹⁵	Salvage of an impacted canine associated with an adenomatoid odontogenic tumour: A case report	X	x	x	F	2DA	PERMANENTE	X	X	X
8	Erdur et al. ²⁰	Eruption of an impacted canine in an adenomatid odontogenic tumor treated with combined orthodontic and surgical therapy	X	X	X	F	2DA	MIXTA	X	X	X
9	Karam genno et al. ¹⁶	Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with an Impacted Maxillary Lateral Incisor: A Case Report with Five-Year Follow-Up	X	X	X	X	x	X	F	2DA	PERMANENTE
10	Marín Botero et al. ¹⁷	Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura	F	2DA	PERMANENTE	X	x	X	X	X	x
11	Katiyar et al. ¹⁸	Trauma to Tumor: A Hunt of Adenomatoid Odontogenic Tumor–A Rare Case Report	X	X	X	X	X	X	F	2DA	PERMANENTE
12	Bonne Comerón et al. ²⁵	Tumor odontogénico adenomatoide en dos adolescentes	X	X	X	F	2DA	PERMANENTE	x	x	x
			X	x	X	X	x	X	M	2DA	MIXTA
13	Chuan-Xiang y Yan. ²⁵	Adenomatoid odontogenic tumor: a report of a rare case with recurrence	M	2DA	PERMANENTE	x	x	X		x	x

Tabla 4 Comparativa de Tumores Odontogénicos asociados a Caninos permanente incluido

		Tumor odontógeno Adenomatoides		Quiste dentígero		Ameloblastoma unicístico		Tumor odontógeno queratoquístico		
AUTOR	TITULO	Diagnóstico Radiográfico	Diagnóstico Histopatológico	Diagnóstico Radiográfico	Diagnóstico Histopatológico	Diagnóstico Radiográfico	Diagnóstico Histopatológico	Diagnóstico Radiográfico	Diagnóstico Histopatológico	
1	Mortazavi y Baharvand ²¹	Jaw lesions associated with impacted tooth: A radiographic diagnostic guide	Radiolucidez unilocular circunscrita corticada que rodea un diente afectado.	No menciona	Un área radiolúcida unilocular bien definida cerca de la corona de un diente incluido.	No menciona	Aparecen como una radiolucidez circunscrita que rodea la corona de un diente no erupcionado.	No menciona	Demuestran una zona radiolúcida unilocular o multilocular bien definido con los márgenes lisos o festoneados.	No menciona
2	Sethi et al. ⁵	A case report and short review on changing trends in the site of occurrence of adenomatoid odontogenic tumor: Unravelling the past 15 years	Zona radiolúcida unilocular bien definido. Las radiopacidades en forma de manchas sugestivas de calcificaciones y una sola masa radiopaca grande sugestiva de diente son apreciables	Estas estructuras en forma de conducto están frecuentemente revueltas por un borde eosinófilo de espesor variable llamado como el anillo hialino. El material homogéneo amorfo que es eosinófilo (gotitas tumorales) se ve generalmente en el núcleo de estas rosetas.	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona
3	Patel et al. ³	Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with Impacted Mandibular Canine - A Case Report	Zona radiolúcida unilocular bien definido de la región de la mandíbula anterior, que contuvo un canino de la mandíbula derecho afectado	demostraba la proliferación intraluminal en forma de filamentos y de rosetas de la hoja de células odontogénicas con forma cuboidea-columnar y núcleos hyperchromatic.	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona
4	De Matos et al. ¹¹	Adenomatoid Odontogenic Tumor: Retrospective Study of 15 Cases with Emphasis on Histopathologic Features	Radiolucidez unilocular con bordes bien definidos, también se observaron focos radiopacos discretos	nódulos sólidos de tamaño variable de las células epiteliales acolumnadas o cuboidales que formaban jerarquías o roseta-como estructuras.	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona

5	Majumar et al. ¹⁴	Dentigerous Cyst Associated with Adenomatoid Odontogenic Tumour	Zona radiolúcida bien definida, unilocular	Entre las células epiteliales de los nódulos y en el centro de las configuraciones similares a rosetas, el material amorfo eosinófilo ("gotitas tumorales") estaba presente en todos los casos.	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona
6	Al-Shimari et al. ¹²	Adenomatoid odontogenic tumor: Case series of 14 with wide range of clinical presentation	Zona radiolúcida unilocular bien demarcada con motas de radiopacidad asociadas con el órgano dentario.	Muchas estructuras en forma de conducto alineadas por una capa de células epiteliales cuboidales y algunas calcificaciones.	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona
7	Lee y Kim. ²²	Current Concepts and Occurrence of Epithelial Odontogenic Tumors: I. Ameloblastoma and Adenomatoid Odontogenic Tumor	Zona radiolúcida unilocular con las fronteras bien definidas	Exhibieron una estructura de crecimiento predominante sólida. o una proporción similar de patrones sólidos y agubrifomes. El material amorfo eosinófilo ("gotitas del tumor") fue encontrado en todos los casos.	No menciona	No menciona	Zona radiolúcida expansible con las cortezas adelgazadas y perforadas,	El epitelio de ameloblastom a típico recubre parte de la cavidad del quiste, con o sin crecimiento tumoral luminal y /o mural	No menciona	No menciona
8	Wright y Soluk Tekkesin. ¹	Odontogenic tumors: where are we in 2017 ?	Zona radiolúcida unilocular bien demarcada, pero ocasionalmente con pequeñas manchas de opacidad internamente idéntico a un quiste dentígero	Hay una cápsula gruesa, fibrótica alrededor de la lesión. Las células epiteliales columnares forman estructuras de roseta que son huecas en el medio.	No menciona	No menciona	Zona radiolúcida unilocular, bien demarcada que rodea la corona del diente incluido, asemejándose a los quistes dentígeros	Puede crecer en la luz que se llama el "tipo intraluminal" o sólo se puede confinar al epitelio de revestimiento del quiste, que también se llama el "tipo luminal". Si el ameloblastom a invadió la pared del quiste, fue llamado ' tipo mural'	No menciona	No menciona

9	Vásquez et al. ²⁹	Tumor odontogénico queratoquístico: Hallazgo radiográfico y resolución quirúrgica de un caso clínico	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona	Zona radiolúcida, bien circunscrita que presenta bordes radiopacos delgados. Es posible observar multilocularidad, en especial en lesiones grandes, sin embargo la mayoría de las lesiones suelen ser uniloculares.	Exhibe un epitelio delgado paraqueratinizado, cuyas células de la capa basal se observan en empalizada, con todos sus núcleos al mismo nivel
10	Monserat et al. ²³	Quiste Dentígero: Presentación de un caso	No menciona	No menciona	Zona radiolúcida unilocular bien definida por márgenes escleróticos relacionados con la corona dental de un diente no erupcionado.	Pared de tejido conectivo con una capa delgada de epitelio escamoso estratificado que tapiza la luz del quiste. la formación de brotes epiteliales suele faltar, salvo que exista infección secundaria.	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona
11	Tami-Maury et al. ²⁴	Quiste dentígero: Revisión bibliográfica y presentación de un caso	No menciona	No menciona	Lesión radiolúcida bien definida, con cortical, alrededor de la corona de un diente no erupcionado.	Está constituido por una pared de tejido conectivo con 2-3 capas de células epiteliales planas o cúbicas que tapizan la luz del quiste.	No menciona	No menciona	No menciona	No menciona

Tabla 5 Tratamiento del Tumor Odontogéno Adenomatoido

	AUTOR	TÍTULO	Tipo de TOA(Central)	Órgano dentario	MÉTODO QUIRÚRGICO	Sexo	Edad
1	Patel et al. ³	Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with Impacted Mandibular Canine - A Case Report	Folicular	Canino mandibular	Enucleación total	M	15 años
2	Sethi et al. ⁵	A case report and short review on changing trends in the site of occurrence of adenomatoid odontogenic tumor: Unravelling the past 15 years	Folicular	Canino mandibular	Enucleación total	F	15 años
3	Chuan-Xiang y Yan. ¹⁹	Adenomatoid odontogenic tumor: a report of a rare case with recurrence	Folicular	Canino maxilar	Enucleación total	M	16 años
4	Al-Shimari et al. ¹²	Adenomatoid odontogenic tumor: Case series of 14 with wide range of clinical presentation	Folicular	Canino maxilar	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	M	17 años
			Folicular	Segundo molar maxilar	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	M	11 años
			Folicular	Canino maxilar	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	M	14 años
			Folicular	Canino mandibular	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	F	11 años
			Folicular	Tercer molar maxilar	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	F	15 años
			Extrafolicular	No presenta	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	M	12 años
			Folicular	Canino maxilar	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	F	16 años
			Folicular	Canino mandibular	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	M	12 años
			Folicular	Incisivo central maxilar	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	F	11 años
Folicular	Tercer molar maxilar	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	F	14 años			

			Extrafolicular	No presenta	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	F	13 años
5	La Monaca et al. ³⁰	Surgical Management of Extrafollicular Variant of Adenomatoid Odontogenic Tumor in the Maxillary Posterior Region	Extrafolicular	No presenta	Enucleación total	F	16 años
6	Acharya et al. ¹³	Dentigerous Cyst or Adenomatoid Odontogenic Tumor: Clinical Radiological and Histopathological Dilemma	Folicular	Canino maxilar	Enucleación total	M	14 años
7	Majumdar et al. ¹⁴	Dentigerous Cyst Associated with Adenomatoid Odontogenic Tumour	Folicular	Canino maxilar	Enucleación total	F	14 años
8	Motamedi et al. ¹⁵	Salvage of an impacted canine associated with an adenomatoid odontogenic tumour: A case report	Folicular	Canino mandibular	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	F	13 años
9	Erdur et al. ²⁰	Eruption of an impacted canine in an adenomatid odontogenic tumor treated with combined orthodontic and surgical therapy	Folicular	Canino mandibular	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	F	12 años
10	Karam genno et al. ¹⁶	Adenomatoid Odontogenic Tumor Associated with an Impacted Maxillary Lateral Incisor: A Case Report with Five-Year Follow-Up	Folicular	Incisivo lateral maxilar	Enucleación total	F	16 años
11	Saldaña et al. ³¹	Tumor odontogénico adenomatoide extrafolicular: reporte de caso	Extrafolicular	No presenta	Quirúrgico conservador de la pieza,enucleación y el curetaje del TOA	F	14 años
12	Marín Botero et al. ¹⁷	Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura	Folicular	Canino maxilar	Enucleación total	F	17 años
13	Katiyar et al. ¹⁸	Trauma to Tumor: A Hunt of Adenomatoid Odontogenic Tumor—A Rare Case Report	Folicular	Incisivo central maxilar	Enucleación total	F	13 años
14	Bonne Comerón et al. ²⁵	Tumor odontogénico adenomatoide en dos adolescentes	Folicular	Canino mandibular	Enucleación total	F	13 años

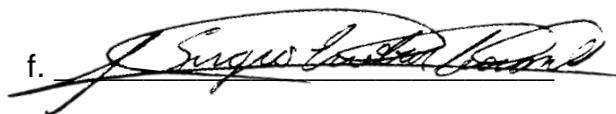
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Escobar Coronel, Sergio Alexander** con C.C: # 0104529532 autor del trabajo de titulación: **Diagnóstico y Tratamiento del Tumor Odontógeno Adenomatoides Relacionado a Dientes Incluidos en Pacientes Pediátricos. Revisión Sistemática.** previo a la obtención del título de **odontólogo** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de **septiembre** de **2021**

f. 

Escobar Coronel, Sergio Alexander.

C.C: **0104529532**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Diagnóstico y Tratamiento del Tumor Odontógeno Adenomatoides Relacionado a Dientes Incluidos en Pacientes Pediátricos. Revisión Sistemática		
AUTOR(ES)	Escobar Coronel, Sergio Alexander.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Polit Luna, Alex Ricardo.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias medicas		
CARRERA:	Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de septiembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	20
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía maxilofacial, Patología oral, Ortodoncia.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Tumor odontogénico adenomatoides, Tumor odontogénico, Canino impactado, Prevalencia en la inclusión dental, Dientes impactados, Enucleación, Hamartoma.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Problema: Los tumores odontogénicos son un grupo heterogéneo de lesiones de comportamiento clínico diverso, y de diferentes tipos histopatológicos. Son consideradas hamartomas, de baja malignidad, ya que están constituidos de tejidos que corresponde a la formación de los órganos dentarios. Objetivo: Establecer la importancia del control radiográfico de los pacientes durante la dentición mixta, que se inicia a los 5 años con la erupción de los incisivos centrales, a los 12 años con la erupción de los caninos permanente y a los 18 años con la erupción de los terceros molares. Materiales y métodos: Investigación sistemática, de enfoque cualitativo, transversal, retrospectivo en la búsqueda; de diseño descriptivo y analítico, de método deductivo. Se realizó una revisión aproximadamente de 530 artículos científicos publicados y de acuerdo con los criterios inclusión/exclusión quedaron 31 artículos Resultados: Alrededor de los 6-8 años, ocurre la formación completa de la corona del canino maxilar, para posteriormente iniciar la formación de la raíz, además los autores señalan que la edad promedio para la erupción del canino maxilar comienza alrededor de los 10-12 años. Se estableció que en los caninos maxilares tienen mayor prevalencia pacientes de sexo femenino en la segunda década de vida con dentición permanente. Conclusión: La presencia de una zona radiolúcida unilocular bien definida, que tiene relación a un órgano dentario incluido, son características del tumor odontógeno adenomatoides central de tipo folicular.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +5930969435902	E-mail: Sergio.escobar@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Dr. José Fernando Pino Teléfono: +593(0995814349) jose.pino@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			