Análisis de los Tumores Odontogénicos Adenomatoides. Revisión Narrativa

Analysis of Adenomatoid Odontogenic Tumors. Narrative Review

Recibido: 19/05/2026
Aceptado: 17/11/2026

Casabella I[1,2], Stolbizer F[2], Puia S[1]

1 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I. Buenos Aires, Argentina.
2 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial II. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) es una lesión benigna, de origen epitelial, no muy frecuente, cuyo interés clínico radica en su capacidad de imitar otras entidades odontogénicas más agresivas. A pesar de su naturaleza no invasiva, su diagnóstico puede resultar complejo debido a la variedad de manifestaciones radiográficas y clínicas que presenta. Este trabajo reúne y analiza la información más reciente sobre este tumor, abarcando su comportamiento biológico, los métodos diagnósticos más utilizados y los enfoques terapéuticos recomendados en la actualidad. Se basa en una revisión narrativa de la literatura científica disponible. Se buscó aportar una visión actualizada que permita comprender mejor sus características diferenciales, su histogénesis y su evolución clínica. El análisis de la evidencia disponible destaca la importancia del diagnóstico temprano, del uso de estudios radiográficos complementarios y de una actitud terapéutica conservadora para asegurar la preservación funcional y estética del paciente. Este trabajo pretende contribuir al conocimiento general sobre los tumores odontogénicos benignos y ofrecer una herramienta útil para el abordaje clínico de casos similares.

Palabras clave: tumor odontogénico adenomatoide, neoplasia epitelial benigna, recidiva, tratamiento conservador, revisión narrativa.

ABSTRACT

The adenomatoid odontogenic tumor (AOT) is a benign epithelial lesion of odontogenic origin, uncommon in occurrence, whose clinical relevance lies in its ability to mimic more aggressive odontogenic entities. Despite its non-invasive behavior, diagnosis can be challenging due to the wide range of radiographic and clinical presentations. This study compiles and analyzes the most recent information available on the tumor, addressing its biological behavior, the most widely used diagnostic methods, and the therapeutic approaches currently recommended. It is based on a narrative review of the scientific

literature, aiming to provide an updated overview that deepens the understanding of its distinctive features, histogenesis, and clinical progression. The analysis of the available evidence underscores the importance of early diagnosis, the use of complementary radiographic examinations, and the adoption of a conservative therapeutic attitude to ensure both functional and aesthetic preservation of the patient. This work seeks to contribute to the overall knowledge of benign odontogenic tumors and to serve as a practical tool for the clinical management of similar cases.

Keywords: adenomatoid odontogenic tumor, benign epithelial neoplasm, recurrence, conservative treatment, narrative review.

INTRODUCCIÓN

El tumor odontogénico adenomatoide (TOA) constituye una lesión epitelial benigna de origen odontogénico que, pese a su baja frecuencia, mantiene interés por las dificultades que plantea en el diagnóstico diferencial (Neville et al., 2016). Su aspecto radiográfico puede simular otras lesiones más agresivas, lo que ha generado controversias en cuanto a su clasificación, origen y tratamiento (WHO, 2022). En la práctica clínica, la precisión diagnóstica es esencial para evitar tratamientos quirúrgicos extensos e innecesarios, ya que el abordaje de esta lesión es conservador y con excelente pronóstico (Chokami Rafiei y Jafary Nodoushan, 2024).

Las distintas ediciones de la clasificación de tumores de cabeza y cuello de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han mantenido al TOA dentro de los tumores epiteliales benignos odontogénicos (WHO, 2005; 2022). Philipsen y Reichart (1999), han resaltado su comportamiento benigno, su naturaleza encapsulada y no infiltrante. Los estudios recientes coinciden en describirlo como una lesión bien delimitada, de crecimiento lento y excelente pronóstico luego de su enucleación completa (Osundwa et al., 2025; Rosso Guerrero et al. 2024; Siriwardena et al., 2022).

Las nuevas técnicas de diagnóstico por imágenes, junto con los avances en biología molecular, han aportado información valiosa sobre su origen epitelial y su comportamiento benigno, pero todavía persisten discrepancias respecto a su clasificación exacta dentro de los tumores odontogénicos. Por eso, realizar una revisión narrativa de la literatura resulta esencial para compilar y analizar la evidencia existente, en la búsqueda de reconocer patrones en la manifestación clínica y radiográfica del tumor, además de valorar los resultados terapéuticos documentados en los distintos estudios.

El TOA corresponde a una proliferación benigna originada en los tejidos epiteliales vinculados al desarrollo dental, caracterizada por su patrón de crecimiento lento, encapsulado y su tendencia a permanecer localizada dentro del hueso alveolar. De acuerdo con la definición, se trata de una lesión que reproduce estructuras epiteliales en forma de rosetas o ductos, asociadas a material eosinofílico en su interior, lo que le confiere su aspecto adenomatoide distintivo (Siriwardena et al., 2022).

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2005), el tumor odontogénico adenomatoide se clasifica dentro de los tumores epiteliales benignos de origen odontogénico, junto con entidades como el ameloblastoma, el tumor epitelial calcificante y el tumor odontogénico escamoso (Wright y Vered, 2017). En su revisión más reciente (WHO, 2022), esta clasificación se mantiene sin modificaciones sustanciales, representa entre el 3 % y el 7 % del total de las neoplasias odontogénicas descriptas, lo que confirma su baja incidencia dentro de las neoplasias epiteliales de origen odontogénico (Bhagavathula et al., 2021; WHO 2022).

Respecto a la distribución geográfica, los reportes indican una mayor frecuencia en países asiáticos y latinoamericanos, como India, Sri Lanka, Irak, Brasil y México, en comparación con Europa o Norteamérica. Esta diferencia podría deberse tanto a factores epidemiológicos como a la mayor disponibilidad de registros hospitalarios en centros académicos de dichas regiones (Siriwardena et al., 2022).

El objetivo de la presente revisión narrativa es analizar los estudios publicados sobre el tumor odontogénico adenomatoide, identificando los principales hallazgos entorno a su etiopatogenia, diagnóstico diferencial y manejo terapéutico, con el fin de contribuir a una mejor comprensión de esta entidad en la práctica odontológica y en la investigación académica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica con el objetivo de analizar las características clínicas, radiográficas, histopatológicas e inmunohistoquímicas del Tumor Odontogénico Adenomatoide (TOA), así como los resultados reportados del tratamiento conservador en términos de recurrencia y complicaciones.

Dado que esta entidad corresponde a una lesión odontogénica benigna poco frecuente, la evidencia disponible se encuentra constituida principalmente por reportes de casos y series de casos. En consecuencia, se adoptó un enfoque cualitativo orientado a identificar patrones comunes de presentación clínica, distribución por edad y sexo, localización anatómica, características diagnósticas y modalidades terapéuticas descriptas en la literatura.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO, ScienceDirect y Google Scholar, considerando publicaciones comprendidas entre los años 2012 y 2025. Se revisaron artículos relacionados con el TOA que aportaran información clínica, radiográfica, histopatológica o terapéutica relevante para los objetivos de esta revisión. Se utilizó la siguiente cadena de búsqueda: (“adenomatoid odontogenic tumor” OR “tumor

odontogénico adenomatoide") AND 2012:2025 [dp] NOT animals [mh].

RESULTADOS

1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

En los estudios revisados se observó un predominio femenino con una relación cercana a 2:1 respecto al sexo masculino y una edad promedio de diagnóstico entre los 10 y 30 años (Bansal et al., 2022). Este período refuerza la hipótesis de que el TOA se origina a partir del epitelio reducido del esmalte o de los restos de la lámina dental (Valenzuela Rivera y Valenzuela Vila, 2013; Nwoga, 2023).

La localización más frecuente fue el maxilar superior anterior, generalmente en asociación con piezas retenidas, aunque algunos reportes recientes describieron casos mandibulares aislados (Al-Shimari et al., 2017; Osundwa et al., 2025).

2. PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los estudios revisados describen un patrón clínico relativamente uniforme para el TOA. En la mayoría de los casos, los pacientes consultaron por un aumento de volumen indoloro en la región anterior del maxilar superior, generalmente asociado a dientes permanentes retenidos, en especial los caninos (Bansal et al. 2022). Con menor frecuencia, se observaron lesiones sector anterior de la mandíbula (Bhagavathula et al. 2021).

En los casos analizados, la mucosa suprayacente se mantuvo intacta y el crecimiento tumoral fue lento y bien delimitado, sin signos de infiltración a estructuras vecinas. Algunos autores describieron expansión cortical leve o desplazamiento de dientes adyacentes, aunque sin reabsorción radicular relevante (Al-Shimari et al.2017; Marín Botero et al., 2017; Saiegh et al., 2015).

3. HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

Radiográficamente, el TOA se manifestó como una imagen radiolúcida única, de contornos bien definidos y con una delgada delimitación cortical. En su variante folicular, la radiolucidez rodeaba la corona de una pieza dentaria retenida, simulando en apariencia a un quiste dentígero (Roman et al. 2022). La variante extrafolicular, menos común, se manifestó entre raíces de dientes erupcionados, mientras que la forma periférica fue excepcional y se limitó a tejidos blandos (Vera Sempere et al., 2006). Diversos estudios reportaron la presencia de focos radiopacos internos, interpretados como depósitos de material calcificado o restos de esmalte (Marín Botero et al., 2017; Roman et al. 2022; Saiegh et al. 2015; Vera Sempere et al., 2006).

4. CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS E INMUNOHISTOQUÍMICAS

Los hallazgos histopatológicos describen al TOA como una lesión epitelial bien encapsulada, conformada por estructuras ductiformes revestidas por células cúbicas o columnares, dispuestas de manera concéntrica alrededor de un eje central de material eosinófilo (Rosso Guerrero et al., 2024). Estas formaciones glandulares, que le otorgan el nombre de "adenomatoide" suelen alternarse con áreas sólidas de células epiteliales fusiformes o poligonales, agrupadas en patrones arremolinados o en remolinos (Marín Botero et al., 2017; Valenzuela Rivera y Valenzuela Vila, 2013; Vera Sempere et al., 2006).

El estroma es generalmente escaso, compuesto por tejido conjuntivo fibroso delicado, con vasos de pequeño calibre. En numerosas muestras se identificaron depósitos focales de material hialino o calcificado, que pueden adoptar aspecto dentinoide o similar al esmalte en formación, lo que constituye una característica distintiva que facilita el diagnóstico diferencial con otras neoplasias odontogénicas (Al-Shimari et al., 2017; Bansal et al. 2022).

Desde el punto de vista inmunohistoquímico, el epitelio del TOA expresa marcadores de diferenciación ameloblástica temprana, como amelogenina, CK19 (citoqueratina 19) y EMA (antígeno de membrana epitelial), sin evidencia de actividad proliferativa elevada. Estudios recientes demostraron índices mitóticos bajos y ausencia de atipia celular, lo que respalda su comportamiento clínico indolente (Marín Botero et al., 2017; Neville et al., 2016).

5. VARIANTES MORFOLÓGICAS

Desde el punto de vista morfológico, se reconocen tres variantes principales del TOA:

1. **Folicular:** asociada a un diente no erupcionado (retenido) y localizada dentro del hueso alveolar
2. **Extrafolicular:** intraósea, pero sin relación con una pieza dental
3. **Periférica:** poco frecuente, desarrollada en tejidos blandos gingivales.

La variante folicular fue la predominante en los estudios revisados, representando cerca del 70 % de los casos. En estas lesiones se observó consistentemente una delgada cápsula fibrosa bien delimitada, sin evidencia de invasión ósea ni infiltración del hueso adyacente (Roman et al., 2022). La correlación entre los hallazgos histológicos y clínico-radiográficos confirma el carácter benigno, no infiltrante y de crecimiento autolimitado del TOA, diferenciándolo claramente de neoplasias odontogénicas más agresivas como el ameloblastoma (Marín Botero et al. 2017).

6. TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

El tratamiento predominante fue la enucleación quirúrgica conservadora, con variantes técnicas según las características de cada caso (Bhagavathula et al., 2021). Cuando la lesión se encontraba asociada a un diente retenido, la exodoncia se realizó generalmente en el mismo acto quirúrgico. Algunos autores destacaron que la correcta delimitación del tumor facilita su extracción sin necesidad de resecciones amplias, lo que contribuye a una recuperación

rápida y a resultados favorables (Al-Shimari et al., 2017; Bhagavathula et al., 2021; Chugh et al. 2020).
El seguimiento postoperatorio informado varió entre seis meses y cinco años. Un solo estudio de todos los revisados documentó recurrencias locales, lo que confirma el carácter invariable del TOA y respalda el enfoque quirúrgico conservador (Manjunatha et al., 2015). En la mayoría de los pacientes, la remodelación ósea fue completa y espontánea, sin requerir injertos ni tratamientos regenerativos adicionales.
Desde el punto de vista pronóstico, la literatura coincide en que el TOA presenta una evolución favorable y predecible, siempre que se logre su extirpación total. Los resultados funcionales y estéticos suelen ser excelentes, incluso en casos de gran tamaño, debido a su encapsulación y ausencia de infiltración tisular (Chugh et al. 2020).
El control a largo plazo, aunque preventivo, resulta recomendable por su valor en la documentación de la remodelación ósea y la estabilidad funcional. Los estudios recientes enfatizan la utilidad de mantener registros clínicos y radiográficos de seguimiento extendido, no sólo para verificar recurrencia, sino por su aporte al conocimiento del comportamiento biológico de este tumor (Osundwa et al., 2025).
La **Tabla 1** presenta las publicaciones analizadas en esta revisión, que incluyan descripción de casos clínicos con sus características clínicas, radiográficas e histológicas más relevantes. No quedan incluidas, en la tabla, aquellas revisiones que evaluen al TOA de manera inmunohistoquimica o molecular, sin embargo, fueron tenidos en cuenta para la introducción y discusión de este trabajo.

DISCUSIÓN

El conjunto de estudios analizados confirma que el TOA es una lesión epitelial benigna, bien delimitada y de comportamiento predecible, cuyo diagnóstico se sustenta en la integración adecuada de la clínica, las imágenes y los hallazgos histopatológicos. Tal como mencionan Philipsen y Reichart (1999), describiendo su origen en el epitelio reducido del esmalte y su encapsulación fibrosa; modelo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta en sus clasificaciones de 2005 y 2022, consolidando su definición como un tumor odontogénico epitelial benigno, de crecimiento lento y pronóstico favorable (WHO, 2005; 2022). La evidencia disponible, aunque basada mayormente en reportes y series de casos, coincide en describir un cuadro estable y homogéneo, sin variaciones significativas en su presentación entre regiones o grupos etarios. Esta consistencia permite sostener que, aun tratándose de una entidad poco frecuente, su reconocimiento clínico es alcanzable cuando existe un enfoque diagnóstico cuidadoso.
En cuanto a la presentación clínica, la revisión permitió identificar un patrón común caracterizado por una marcada prevalencia en mujeres jóvenes y una localización preferente en zona anterior del maxilar superior, con fuerte asociación a dientes retenidos. Estos rasgos diferenciales, repetidos en prácticamente todas las publicaciones consultadas, constituyen elementos orientadores que facilitan el diagnóstico temprano y reducen el riesgo de confundir el TOA con lesiones agresivas que requieren abordajes más invasivos. Osundwa et al., 2025, también detallan la predominancia femenina, rango etario entre los 10 y 30 años y localización en el maxilar superior, especialmente en relación con caninos no erupcionados.
Desde el punto de vista radiográfico, las descripciones modernas complementan las imágenes clásicas de lesión radiolúcida unilocular bien delimitada. El uso de tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) y de técnicas digitales de reconstrucción tridimensional ha permitido observar con más precisión los límites tumorales, la relación con dientes retenidos y la presencia de pequeñas áreas radiopacas internas (Al-Shimari et al., 2017; Chokami Rafiei y Jafary Nodoushan 2024). Estas observaciones coinciden con los postulados históricos, pero aportan mayor exactitud diagnóstica permitiendo descartar otras lesiones odontogénicas con mayor seguridad. Los estudios valorados en esta revisión detallan imageneologicamente la presencia de calcificaciones internas, así como la delimitación nítida de la lesión.
Los hallazgos histológicos recopilados, refuerzan la naturaleza encapsulada, no infiltrante del TOA, su arquitectura ductiforme y escaso estroma; tal como mencionan en Rosso Guerrero et al. (2024), Bansal et al. (2022) y Al-Shimari et al., (2017). La microscopía óptica, en el campo histopatológico, sigue siendo la base del diagnóstico definitivo, pero la incorporación de la inmunohistoquímica ha permitido afinar la interpretación de la naturaleza epitelial del TOA. Los marcadores CK19, amelogenina, EMA y calretinina se utilizan actualmente para confirmar su origen odontogénico y diferenciarlo de otras neoplasias epiteliales odontogénicas (Marin et al., 2021). Se ha evidenciado que el TOA presenta una baja actividad proliferativa, con un índice mitótico Ki-67 muy inferior al de lesiones más agresivas, lo que sustenta su curso clínico indolente. (Marin et al., 2021; Vera Sempere et al., 2006).
En relación con el manejo terapéutico, la revisión mostró una fuerte concordancia entre los estudios: la enucleación simple continúa siendo la opción más adecuada y suficiente para la resolución completa del TOA, siendo Bansal et al. (2022) el único que reporta recidivas. La literatura reciente (Bhagavathula et al., 2021; Chokami Rafiei y Jafary Nodoushan 2024; Chugh et al. 2020) mantiene este consenso: la mayoría de las investigaciones no reportan recidivas tras el abordaje quirúrgico completo, incluso en lesiones de gran tamaño. Los controles postoperatorios disponibles, aunque variables en duración, demostraron una evolución favorable en prácticamente todos los casos y ausencia de recurrencias cuando la lesión fue removida íntegramente.

Autor (año)	País	N de casos	Sexo (F/M)	Edad (rango o media)	Localización anatómica	Variante histológica	Características clínicas y radiográficas	Tratamiento realizado	Seguimiento (meses)	Recurrencia (n/N)
Roman et al. (2022)	Argentina	1	F	14	Maxilar inferior	Folicular	Lesión radiolúcida unilocular con desplazamiento radicular	Enucleación	10	0/1
Saiegh et al. (2015)	Argentina	1	F	14	Maxilar inferior	Folicular	Lesión radiolúcida unilocular en relación a diente retenido	Enucleación simple	12	0/1
Marín Botero et al. (2017)	Colombia	1	F	13	Maxilar superior	Folicular	Lesión unilocular radiolúcida con límite bien definido	Enucleación simple	18	0/1
Valenzuela Rivera y Valenzuela Vila (2013)	Chile	2	1/1	11–13	Maxilar inferior	Folicular	Expansión ósea, radiolucidez bien delimitada	Enucleación conservadora	12	0/2
Rosso Guerrero et al. (2024)	México	1	F	25	Maxilar superior	Folicular	Radiolúcida con halo radiopaco, desplazamiento radicular	Enucleación	No reporta	No reporta
Siriwardena et al. (2022)	Sri Lanka	116	78/38	12–28 (media 19)	Maxila (68%) / Mandíbula (32%)	Folicular predominante	Radiolúcida unilocular, márgenes definidos, expansión leve	Enucleación simple	36	0/ 116
Manjunatha et al. (2015)	India	1	F	19	Maxilar inferior	Folicular	Caso único con descripción clínica e imagenológica típica de AOT	Enucleación	3	0/1
Bansal et al. (2022)	India	55	33/22	Media ≈ 19,8 (10–50)	Maxila 67,3% / Mandíbula 32,7%	Extrafolicular 67% / Folicular 33%	Predominio de lesión intraósea unilocular, asintomática	Enucleación	12–24 (casos con seguimiento extendido)	3/55
Al-Shimari et al. (2017)	EE. UU.	14	8/6	11–30 (media ≈ 16)	Maxilar superior 57% / Maxilar inferior 43%	9 foliculares / 3 extrafoliculares / 2 periféricos	Uniloculares con bordes corticales; 1 caso con RO puntiformes	Enucleación / curetaje	No reportado	0/14
Chugh et al. (2020)	India	2	1/1	33/13	Maxilar inferior / Maxilar superior	Foliculares	Serie con variaciones de presentación; lesiones uniloculares	Enucleación	12	0/2
Nwoga (2023)	Nigeria	8	3/5	media ≈ 12,4	Maxilar superior 62,5% / Maxilar inferior 25%	7 foliculares / 1 extrafolicular	Serie institucional en Enugu; descripción clínica y manejo	Enucleación / curetaje	1-10 años	0/8
Bhagavathula et al. (2021)	India	16	12/4	10–30	Maxila ~75% / Mandíbula ~25%	Folicular (100%)	Uniloculares bien delimitadas, frecuencia alta de asociación dentaria	Enucleación (con/sin drenaje)	≥3	0/16
Chokami Rafiei y Jafary Nodoushan (2024)	Iran	1	M	15	Maxilar superior	Extrafolicular	Unilocular, bien delimitado con calcificaciones	Enucleación + r	1 año	0/1
Osundwa et al. (2025)	Kenia	1	F	16	Maxilar inferior	Extrafolicular	Unilocular, bien definido,bordes escleroticos, asociado a raiz PD 44	Enucleación + exodoncia 44	5 meses	0/1

TABLA 1. Características clínicas, radiográficas e histológicas de los principales estudios consultados.

Donde sí se advierte una evolución conceptual es en el diagnóstico diferencial. Mientras los autores clásicos lo comparaban principalmente con el ameloblastoma o el quiste dentígero, los estudios actuales amplían la discusión a entidades como el tumor epitelial calcificante odontogénico, el quiste odontogénico glandular y el tumor odontogénico queratoquístico (Chugh et al., 2020). Este cambio refleja el avance de la patología oral moderna, donde la integración entre imagen, histología y marcadores moleculares permite diagnósticos más finos y un manejo clínico más predecible. Se describen avances moleculares en estudios recientes (Marin et al., 2021) que identificaron mutaciones activadoras del gen KRAS, particularmente en los codones G12V y G12R, en una elevada proporción de los TOA. Estos hallazgos respaldan la naturaleza neoplásica de la lesión y sugieren la participación de la vía MAPK en su desarrollo. Sin embargo, la baja actividad proliferativa y el comportamiento clínico indolente indican que estas alteraciones genéticas no se traducen en un fenotipo agresivo, diferenciando al TOA de otras neoplasias odontogénicas con activación de vías moleculares similares (Coura et al., 2019 y 2025).

La comparación entre la evidencia clásica y la actual demuestra una notable coherencia temporal: los fundamentos propuestos, hace más de medio siglo, siguen plenamente vigentes. Los estudios modernos no los refutan, sino que los enriquecen con nuevas herramientas diagnósticas y una mirada más integral del paciente.

CONCLUSION

A pesar de la coherencia general de la evidencia, esta revisión permitió identificar limitaciones persistentes que condicionan la profundidad del conocimiento actual. Entre ellas se destacan la escasez de estudios comparativos, la predominancia de diseños descriptivos, la falta de criterios homogéneos de reporte y la ausencia de seguimientos prolongados. Estas limitaciones no invalidan la información existente, pero explican por qué algunos aspectos (como la etiopatogenia, los factores asociados o la evolución a largo plazo) continúan insuficientemente explorados.

Esta revisión narrativa demuestra que, aunque el TOA es una lesión benigna de excelente pronóstico y manejo bien establecido, se requieren estudios con criterios diagnósticos homogéneos y seguimientos prolongados para profundizar el conocimiento sobre la etiopatogenia y la evolución del TOA.

REFERENCIAS

Al-Shimari, F., Chandra, S., y Oda, D. (2017). Adenomatoid odontogenic tumor: case series of 14 with wide range of clinical presentation. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry, 9*(11), e1315–e1321. https://doi.org/10.4317/jced.54216

Bansal, S. P., Shaikh, S., Arvandekar, A. S., Dhanawade, S. S., y Desai, R. S. (2022). Analysis of 55 cases of adenomatoid odontogenic tumor in an Indian population and review of literature. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 27*(1), e85–e93. https://doi.org/10.4317/medoral.24977

Bhagavathula, V. S. K., Kumar, R. V. K., y Kanubaddy, S. R. (2021). Adenomatoid odontogenic tumour – Case series. *Scholars Journal of Dental Sciences, 8*(4), 111–114. https://www.saspublishers.com/article/3559/

Chokami Rafiei, S., y Jafary Nodoushan, Z. (2024). Reconstructive therapy of an adenomatoid odontogenic tumor associated with an erupted maxillary lateral incisor: report of a rare case. *Galen Medical Journal, 13*(S Pt 1), e3643. https://doi.org/10.31661/gmj.v13iSP1.3643

Chugh, A., Srivastava, I., Khatana, S., Nalwa, A., y Bharti, J. N. (2020). Case series of adenomatoid odontogenic tumour of jaws with variations in presentation. *BMJ Case Reports, 13*(1), e229358. https://doi.org/10.1136/bcr-2019-229358

Coura, B. P., Bernardes, V. F., de Sousa, S. F., França, J. A., Pereira, N. B., Pontes, H. A. R., Batista, A. C., da Cruz Perez, D. E., Albuquerque Junior, R. L. C., de Souza, L. B., Martins, M. D., Diniz, M. G., Gomez, R. S., y Gomes, C. C. (2019). KRAS mutations drive adenomatoid odontogenic tumor and are independent of clinicopathological features. *Modern Pathology, 32*(6), 799–806. https://doi.org/10.1038/s41379-018-0194-4

Coura, B. P., Guimarães, L. M., Gomez, R. S., y Gomes, C. C. (2025). KRAS oncogenic mutations in benign tumors: adenomatoid odontogenic tumor as a model. *Mutation research. Reviews in Mutation Research*, *796*, 108552. https://doi.org/10.1016/j.mrrev.2025.108552

Manjunatha, B. S., Mahajan, A., Mody, B. M., y Shah, V. (2015). Adenomatoid odontogenic tumor (AOT) arising from a dentigerous cyst: literature review and report of a case. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery, 14*(2), 393–397. https://doi.org/10.1007/s12663-012-0369-3

Marín, C., Niklander, S. E., y Martínez-Flores, R. (2021). Genetic profile of adenomatoid odontogenic tumor and ameloblastoma. A systematic review. *Frontiers in Oral Health, 2*, 767474. https://doi.org/10.3389/froh.2021.767474

Marín Botero, M. L., Sáenz Rivera, E. de J., Marín Cardona, M. N., Sánchez Muñoz, L. B., y Castañeda-Peláez, D. A. (2017). Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*, *33*(4), 161-170. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852017000400004&lng=es

Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., y Chi, A. C. (2016). *Oral and maxillofacial pathology*. (4ta ed.). Elsevier.

Nwoga, M. C. (2023). Adenomatoid odontogenic tumours: rare cases in Enugu, eastern Nigeria. *International Journal of Medicine and Health Development, 28*(1), 67–72. https://doi.org/10.4103/ijmh.IJMH_32_22

Osundwa, T., Dimba, E., y Idris, M. (2025). Adenomatoid odontogenic tumor occurring on the mandible: review of the literature and report of a rare case. *Open Journal of Stomatology, 15*(5), 69–75. https://doi.org/10.4236/ojst.2025.155006

Philipsen, H. P., y Reichart, P. A. (1999). Adenomatoid odontogenic tumour: facts and figures. *Oral Oncology*, *35*(2), 125–131. https://doi.org/10.1016/s1368-8375(98)00111-0

Roman, J., Miguelez, S., Monteagudo, A., y Mosca, C. O. (2022). Hallazgo de un tumor odontogénico adenomatoide en una paciente adolescente. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana, 12*(1). https://doi.org/10.47990/alop.v12i1.267

Rosso Guerrero, A., Rojas Carrete, L. R., Barajas Pérez, V. H., Ortiz Sarabia, G., Tremillo Maldonado, O. A., Solís Martinez, L. J., y Almeda Ojeda, O. E. (2024). Tumor odontogénico adenomatoide. Reporte de un caso clínico. *Odontología Sanmarquina, 27*(1), e26104. https://doi.org/10.15381/os.v27i1.26104

Saiegh, J., Blasco, F. C., Keszler, A., y Stolbizer, F. (2014). Tumor odontogénico adenomatoide: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista de la Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires, 29*(66), 5–9. http://repositorio.odontologia.uba.ar/items/show/1070

Siriwardena, B. S. M. S., Udagama, M. N. G. P., Tennakoon, T. M. P. B., Athukorala, D. A. A. D. W., Jayasooriya, P. R., y Tilakaratne, W. M. (2022). Clinical and demographic characteristics of adenomatoid odontogenic tumors: analysis of 116 new cases from a single center. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, *88*(3), 309–315. https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.06.004

Valenzuela Rivera, O. y Valenzuela Vila, M. A. Tumor Odontogénico Adenomatoide: Reporte de dos casos de localización mandibular. (2013). *Revista de Odontopediatría Latinoamericana, 3*(1), 93–101. https://doi.org/10.47990/alop.v3i1.58

Vera Sempere, F. J., Artes Martínez, M. J., Vera Sirera, B., y Bonet Marco, J. (2006). Tumor odontogénico adenomatoide folicular: estudio inmunohistoquímico. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 11*(4), E305–E308. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000400002&lng=es&tlng=es.

World Health Organization (WHO). (2005). *Pathology and genetics of head and neck tumours* (3ra ed.). IARC Press.

World Health Organization (WHO). (2022). *Classification of head and neck tumours* (5ta ed.). IARC Press.

Wright, J. M., y Vered, M. (2017). Update from the 4th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumors. *Head and Neck Pathology, 11*(1), 68–77. https://doi.org/10.1007/s12105-017-0794-1

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Dirección para correspondencia
Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I
Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial II
Universidad de Buenos Aires
Facultad de Odontología
Marcelo T de Alvear 2142, 8B
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (C1122AAH)
Ine_casabella@hotmail.com

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0