

**Formas de presentación de los terceros molares mandibulares incluidos e impactados.
Hospital General Provincial Docente Riobamba**

**Forms of presentation of mandibular third molars included and impacted. General
Hospital of Riobamba**

Autores

Raciel Jorge Sánchez Sánchez¹

Hernán Alejandro Corrales Rubio^{1,2}

Tania Murillo Pulgar¹

¹Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba-Ecuador.

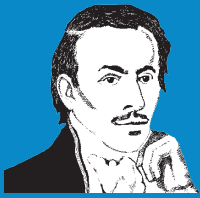
²Centro de Salud tipo A Loma Grande, Riobamba-Ecuador.

Autor de correspondencia: Raciel Jorge Sánchez Sánchez. Dirección particular: Duchicela 18-20 y Princesa Toa. Riobamba, Ecuador. Teléfono celular: 0995075092. Email: rjsanchez@unach.edu.ec

RESUMEN

La diversidad de posibles posiciones que pueden adoptar los terceros molares durante el proceso de erupción, hacen que estos se muestren como piezas incluidas, retenidas o impactadas, problemática asociada a trastornos mecánicos como la obstrucción de tejidos blandos o duros o por motivos embriológicos. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con enfoque mixto; con el objetivo de caracterizar las formas de presentación de este tipo de dientes en los individuos que conformaron la población de estudio, la que quedó determinada por la totalidad de pacientes atendidos por sintomatología relacionada a la presencia de terceros molares mandibulares incluidos e impactados (164) en el Servicio de Odontología del Hospital General Provincial Docente Riobamba entre enero y diciembre del 2015; de los cuales, mediante un muestreo no probabilístico del tipo intencional, se seleccionaron 103 enfermos con edades comprendidas entre los 15 a 60 años de edad, con óptimo estado de salud mental y diagnóstico radiológico en historia clínica de tercer molar retenido. Las características morfológicas de los terceros molares observados se acercan a las descripciones anatómicas referidas por la ciencia, predominando la inclinación vertical del eje longitudinal respecto al segundo molar. La presencia de esta anomalía se observó de forma mayoritaria en el sexo masculino y en el grupo etario conformado por individuos adolescentes y adultos jóvenes, los que no refirieron poseer antecedentes patológicos familiares relacionados a este padecimiento.

Palabras clave: tercer molar, diente impactado, mandíbula.



ABSTRACT

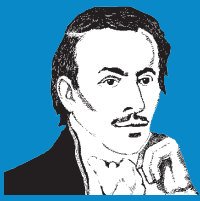
The third molars can adopt a diversity of possible positions during the process of eruption. These positions make them appear as pieces included, retained or impacted, problematic associated with mechanical disorders such as obstruction of soft or hard tissues, or embryological reasons. A descriptive, cross-sectional study with a mixed approach was carried out in order to characterize the ways of presenting this type of teeth in the subjects of the study. The population was determined by the totality of patients treated for symptoms related to the presence of included and impacted third mandibular molars (164) in the Dental Service of the General Hospital of Riobamba between January and December 2015. 103 patients aged between 15 and 60 years were selected through a non-probabilistic sampling of the intentional type, considering some aspects like optimal mental health status and radiological diagnosis in retained third molar clinical history. The morphological characteristics of the observed third molars are close to the anatomical descriptions given by science, predominantly the vertical inclination of the longitudinal axis with respect to the second molar. The presence of this anomaly was observed mainly in the male sex and in the age group formed by adolescents and young adults who did not report having a family history of pathologies related to this condition.

Keywords: molar, third; tooth, impacted; mandible.

INTRODUCCIÓN

La evolución dentaria del hombre contemporáneo ha estado influenciada por factores que transitan desde la disminución en el tamaño de la arcada dental, secundaria a cambios morfométricos de la boca; hasta los originados por el desarrollo social e intelectual, el que ha provocado una ampliación del tamaño del cerebro y con ello las longitudes de la caja craneana a expensas de la disminución de los maxilares.

Desde esa visión antropológica, se considera que los cambios en los hábitos alimentarios de la sociedad actual y el consumo de dietas a predominio de componentes blandos, demandan de una menor masticación, lo que reduce el uso del aparato masticatorio y consiguos cambios en la fisiología humana. Al decir de autores como del Puerto Horta⁽¹⁾ la cual retoma la teoría filogenética de la evolución de los seres vivos propuesta por Charles Darwin; para sustentar estudios dedicados a la identificación de terceros molares, plantea que el número de personas con dientes retenidos es cada vez mayor; resultado que al decir de otros investigadores dedicados a la observación de esa anomalía congénita⁽²⁾ consideran que entre el 9 y el 20% de las personas presentan ausencia congénita de esa pieza dentaria.



La formación de dicha estructura se inicia en la infancia, alrededor de los 8 años, terminando su amelogénesis entre los 18 o 20 años y completando su ápico de formación entre los 20 a 23 años de edad. Proceso evolutivo que, debido a su prolongado desarrollo, convierte a los terceros molares en las piezas dentarias que con mayor frecuencia muestran anomalías de origen mecánicos o físicos, lo que provoca que estos se presenten de forma retenida, impactada o incluida.

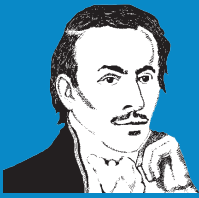
En relación a esa diversidad de formas de erupción, el mismo presenta mayor porcentaje de impactación sobre el hueso mandibular u otra estructura anatómica de la boca, reportándose rangos de esa caracterización que varían entre el 9 y el 50% de los casos. La extracción quirúrgica de los terceros molares que erupcionan de forma incompleta constituyen una de las actividades más frecuentemente realizada por el odontólogo en su práctica diaria.⁽²⁾

Autores como Huaynoca⁽³⁾ plantea criterios de tipificación del tercer molar retenido, impactado o incluido, entre las que se encuentran su orientación en relación con el eje longitudinal del tercer molar, el espacio existente para que este ocupe una posición anatómica, la profundidad de dicha pieza dentaria, la posición que este ocupa respecto al segundo molar, las peculiaridades del espacio retromolar, las características del tejido óseo o mucosa que envuelve la pieza y la relación del tercer molar en relación con el tronco mandibular.

Anatómicamente, la erupción de los terceros molares se produce entre los 16 y 24 años de edad y su inclinación puede variar durante ese proceso. La radiografía panorámica constituye el estudio radiográfico mayormente usado para establecer el diagnóstico de certeza y determinar la extracción quirúrgica del mismo. Lo antes dicho, explica por qué el tercer molar es el diente con mayor frecuencia de agenesias y el más irregular en su secuencia de maduración y, al contrario del resto de la dentición, ésta suele ser más precoz en el sexo masculino.^(4,5)

En relación a las características anatómicas de los terceros molares, la literatura describe características que diferencia a los superiores de los inferiores. En el caso de los primeros, estos presentan una longitud total de entre 17,5 y 18 mm, una extensión coronaria que varía en un rango de 6 mm hasta 6,8 mm y un espacio radicular de aproximadamente 11 mm; además, exhiben un diámetro mesiodistal de 8,5 mm y vestibulopalatino de 10 mm. Para el caso de los segundos, la longitud total descrita oscila entre los 17 y 18 mm, con una extensión coronaria de alrededor de 7 mm y radicular de 11 mm; mientras que el diámetro mesiodistal de estos es de 10 mm y vestibulopalatino de 9,5 mm.⁽⁶⁻⁸⁾

Clínicamente, un gran número de pacientes con tercer molar retenido cursan de forma asintomática; anomalía que conocen posterior al examen físico y/o radiológico de la cavidad oral. Con asiduidad, su presencia se asocia a una pericoronaritis u otros problemas de orden odontológico, entre los que se hallan la carie dental, reabsorción del diente vecino, obstrucción del segundo molar en la erupción, dolor, inflamación de la cara, trismus, halitosis y aumento de volumen de los ganglios submaxilares.⁽⁸⁾



A nivel mundial, el incremento en la incidencia de terceros molares retenidos muestra una tendencia secular ascendente. Estudios sobre la evolución del proceso quirúrgico en este padecimiento odontológico describe que existe mayor retención de estos dientes en pacientes jóvenes, con impacto en el cuadrante inferior izquierdo mandibular; reporte que comunica que la posición que más predomina es la vertical y en los inferiores es más frecuente la mesioangular.⁽⁶⁻¹⁰⁾

Según datos de morbilidad ofrecidos por el Departamento de Estadística del Hospital Riobamba⁽¹¹⁾ se reporta un incremento de pacientes atendidos en esa institución de salud por complicaciones secundarias a la presencia de terceros molares a nivel mandibular y maxilares, lo que ocasiona atenciones odontológicas por esa causa. En tal sentido, desde la necesaria búsqueda de acciones dirigidas al incremento del estado del arte de esta afección, como una vía para contribuir a la adopción de intervenciones odontológicas que favorezcan una conducta consensuada a nivel local, se plantea la investigación que se presenta, con el objetivo de caracterizar las formas de presentación de los terceros molares mandibulares incluidos e impactados en pacientes ecuatorianos atendidos en el Hospital General Provincial Docente Riobamba.

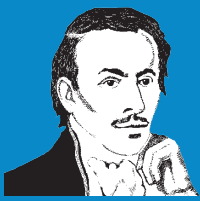
MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con enfoque mixto; con el objetivo de caracterizar las formas de presentación de los terceros molares incluidos e impactados en los individuos que conformaron la población de estudio, la que quedó determinada por la totalidad de pacientes atendidos por sintomatología relacionada a la presencia de terceros molares mandibulares incluidos e impactados (164) en el Servicio de Odontología del Hospital General Provincial Docente Riobamba entre enero y diciembre del 2015; de los cuales, mediante un muestreo no probabilístico del tipo intencional o por conveniencia, se seleccionaron 103 enfermos con edades comprendidas entre los 15 a 60 años de edad, con óptimo estado de salud mental y diagnóstico radiológico en historia clínica de tercer molar retenido.

Se utilizaron métodos del nivel teórico, tales como: histórico-lógico, inductivo-deductivo, teórico-práctico, analítico-sintético y lógico-abstracto. Como instrumento para la recolección de los datos se empleó la historia clínica odontológica, la que permitió recopilar información clínica y radiológica de los individuos que conformaron la muestra de estudio.

El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de la estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias relativas y absolutas, los que fueron recogidos en una tabla elaborada en Microsoft Excel, para facilitar su procesamiento.

Los investigadores respetaron los principios bioéticos de la investigación científica, referidos a la beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtuvo autorización de la institución para acceder a la información contenida en las historias clínicas; así como el consentimiento informado de los pacientes participantes en el estudio.

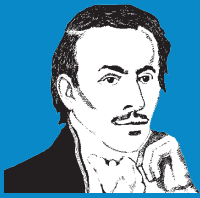


RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La literatura científica especializada,⁽¹²⁻¹⁶⁾ evidencia que un número elevado de pacientes con tercer molar retenido no presentan síntomas, los cuales son repentinamente informados de ese padecimiento al acudir a consulta odontológica por padecer alguna sintomatología como dolor, inflamación de la cara, aumento de volumen de consistencia dura en la zona anatómica correspondiente a ese diente, limitación de la apertura bucal, halitosis y adenopatía submandibular, entre otros. Las mismas fuentes refieren que cuando el paciente presenta molestias, es porque generalmente dichas piezas dentarias están infectadas y/o asociadas a una pericoronaritis. La siguiente tabla muestra las características sociodemográficas presentes en la muestra de estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas presentes en la muestra de estudio

Características	Categoría	No	%
Edad	15-25	35	33.98
	26-30	27	26.21
	31-40	24	23.30
	41-50	12	11.65
	51-60	5	4.85
Sexo	Masculino	39	37.86
	Femenino	64	62.13
Nivel de escolaridad	Inicial	5	4.85
	Básica	43	41.74
	Bachiller	39	37.86
	Profesional	13	12.62
Nivel socioeconómico	Alto	3	2.91
	Medio	29	28.15
	Bajo	71	68.93
Total		103	100



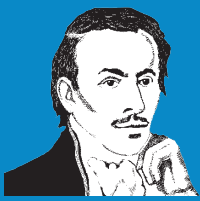
El predominio de la enfermedad observado en el grupo de pacientes con edades comprendidas entre los 15 y 25 años de edad, coincide con lo planteado por autores como Del Puerto, Buitron, Costa y Díaz^(1,16-18) los que afirman que el diagnóstico de esta anomalía se realiza con mayor frecuencia en individuos adolescentes y adultos jóvenes; resultado que se sustenta en la teoría del desarrollo embrionario, de la cual se conoce que los terceros molares se forman a partir de los 36 meses, los que comienzan su período de calcificación a los 9 años y completan su erupción entre los 18 y 27 años aproximadamente.

En relación con el sexo, los resultados demuestran una mayor incidencia en el sexo femenino; observación coincidente con las reportadas por Del Puerto⁽¹⁾ y Castañeda⁽¹⁹⁾. Sin embargo, la sistematización de la bibliografía especializada⁽¹⁴⁻²⁰⁾ no ofrece un criterio consensuado en relación con la existencia de diferencias marcadas entre esta variable y la anomalía en estudio. Al respecto, resulta importante destacar que la mayoría de las investigaciones exponen que el incremento de la frecuencia de molares impactados en las féminas se relaciona a que en las mujeres el crecimiento óseo termina cuando justamente los terceros molares comienzan a erupcionar.

Al indagar la analogía existente entre las variables sociodemográficas relativas a los niveles de escolaridad y socioeconómico, y la presencia de la entidad en estudio, en la literatura revisada no se encontraron autores que vinculen la relación de estas. Sin embargo, en el campo odontológico se aprecian resultados investigativos con un enfoque salubrista que aluden a la necesidad de incorporar estilos de vida dirigidos a la promoción de la salud oral. En tal sentido, autores como Rueda, Dho y Quintero⁽²¹⁻²³⁾ defienden ese posicionamiento, al cual se afilian los autores de la investigación que se presenta.

Un análisis socioantropológico del tema, permite reflexionar acerca de los posicionamientos teóricos existentes en relación con los cambios morfológicos ocurridos en la biología humana⁽²⁴⁻²⁷⁾ y la influencia de estos en esa determinante social de la salud; en los que puede apreciarse que, el estudio de la anatomía de la cabeza con enfoque odontoestomatológico, la morfometría de los terceros molares y la correlación radiográfica panorámica de la relación entre los terceros molares mandibulares impactados y el canal mandibular, constituyen temas de interés para la práctica odontológica contemporánea y la definición de la conducta a seguir con este tipo de pacientes.

Desde la conceptualización de la biología humana como determinante del estado de salud de la población y la existencia de antecedentes patológicos familiares de terceros molares incluidos e impactados, autores como Hernández Pedroso⁽²⁷⁾ refieren la presencia de este antecedente, al que alude como un posible factor hereditario asociado a esa anomalía. De igual manera, Buitrón⁽¹⁶⁾ plantean que la reducción de la mandíbula hace que el tercer molar aparezca incluido e impactado. Al respecto, Castro Santa Cruz⁽²⁸⁾ plantea que algunos estudios antropológicos señalan que la evolución de la especie humana se caracteriza por una reducción del tamaño de los maxilares, lo que genera mayor presencia de terceros maxilares incluidos.



El estudio de la posición del tercer molar de acuerdo al eje longitudinal del segundo molar y el sexo del paciente (tabla 2), evidencia que la inclinación vertical predominó en los individuos masculinos que conformaron la muestra de estudio; resultados que coinciden con los ofrecidos por Chicarelli y col.,⁽²⁹⁾ los que arribaron a igual conclusión al observar 251 dientes impactados en 110 radiografías realizadas a varones.

Tabla 2. Resultados de acuerdo al eje longitudinal del segundo molar y el sexo

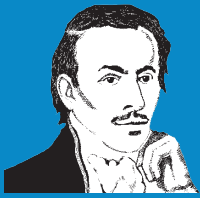
Según eje longitudinal respecto al segundo molar	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	Nº	Nº	%
Vertical	15	38.46	21	32.81	36	34.95
Mesioangular	6	15.38	9	14.06	15	14.56
Distoangular	3	7.69	3	4.68	6	5.82
Horizontal	6	15.38	15	23.43	21	20.38
Mesioangular invertida	1	2.56	2	3.12	3	2.91
Distoangular invertida	1	2.56	3	4.68	4	3.88
Lingual	2	5.12	2	3.12	4	3.88
Vestibular	5	12.82	9	14.06	14	13.59
Total	39	100	64	100	103	100

Debido a la diversidad de posibles posiciones que pueden adoptar los terceros molares durante el proceso de erupción, hacen que estos se muestren como piezas incluidas, retenidas o impactadas, problemática asociada a trastornos mecánicos como la obstrucción de tejidos blandos o duros o por motivos embriológicos.

Al respecto, la revisión de la bibliografía consultada ofrece un abanico de resultados que varían de una investigación a otra. Así, en un estudio comparativo de hallazgos radiológicos en la evaluación prequirúrgica de la exodoncia del tercer molar inferior realizado Sanz⁽³⁰⁾ encontró que la posición mesial fue mayoritaria en su muestra de estudio. Sin embargo, Hernández Chacón⁽³¹⁾ observó que en los diferentes grados de severidad de apiñamiento se obtuvo mayor porcentaje de terceros molares mesio-angulados (53,3-67,9%), los que se presentaron con mayor frecuencia impactados en la zona del ápice del segundo molar (54,8-75%).

CONCLUSIONES

- Las características morfológicas de los terceros molares observados se acercan a las descripciones anatómicas referidas por la ciencia, predominando la inclinación vertical del eje longitudinal respecto al segundo molar.



- La presencia de esta anomalía se observó de forma mayoritaria en el sexo masculino y en el grupo etario conformado por individuos adolescentes y adultos jóvenes, los que no refirieron poseer antecedentes patológicos familiares relacionados a este padecimiento.

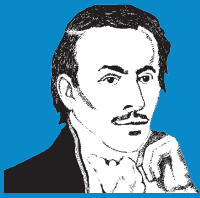
Conflictos de intereses: los autores declaran que no existen.

Declaración de contribución

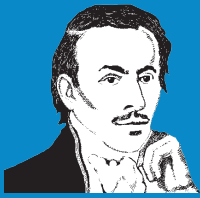
Sánchez, Corrales y Murillo trabajaron de forma conjunta en la concreción del tema de investigación, el cual constituyó el trabajo de titulación del segundo autor, el que de conjunto con el equipo investigador procesaron los datos y triangularon la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Puerto-Horta M, Casas-Insua L, Cañete-Villafranca R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. Rev Med Electron [Internet]. 2014 [citado 2017 Jul 21]; 36(Suppl 1): 752-762. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700008&lng=es.
2. Casas-Insua ML, Cañete-Villafranca R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. 2014 Oct; 36(1).
3. Huaynoca-Achá I. Tercer molar retenido - impactado e incluido. Rev de Actual Clín Inv. 2012 noviembre; 25(3).
4. Marengo F, Gurrola B, Díaz L, Casasa A. El espacio retromolar en pacientes mexicanos con terceros molares mandibulares erupcionados e impactados. Rev Latinoam de Ortod y Odontoped. 2008; 1: 1-7.
5. Prieto JL. La maduración del tercer molar y el diagnóstico de la edad: Evolución y estado actual de la cuestión. Cuad. Med. Forense. 2008; 51: 11-24.
6. Figún M, Garino R. Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada. Buenos Aires: El Ateneo; 2002. pp.244-7.
7. Sicher H, Dubrul E. Anatomía Oral. 8 Ed. Sao Paulo: Artes Médicas; 1991. pp. 159-66.
8. Velayos JL, Santana H. Anatomía de la Cabeza. 3ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 2001. pp.162-8.
9. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Cifras de población. Quito: INEC; 2015.
10. Blanco-Ballesteros G. Terceros molares impactados: Evolución del proceso quirúrgico. Revisión de la literatura. Rev Europea de Odontostom. 2011 Nov; 49(7).
11. Ministerio Salud Pública. Estadísticas anuales del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Riobamba: HPGDR; 2015.
12. Martínez-Gómez N, Díaz-Díaz D, Guerra-Cobian O, Pérez-Díaz A, Guilian-Carrión M. Complicaciones postoperatorias asociadas a la cirugía de dientes retenidos. Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Rev Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2013 [citado 2017 Jun 23]; 12(3). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/196/148>.
13. Toledo-Aguilera B, Calzadilla-González A, Morales-Corella V, Aguilera-Bauzá S, Pupo-Clapé C. Pericoronitis en los terceros molares retenidos en pacientes de Gibara. CCM [Internet]. 2013 [citado 2017 Jun 16]; 17(1). Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/126>.



14. Costa MG, Pazzini CA, Pantuzo MC, Jorge ML, Marques LS. Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. *Braz Oral Res.* 2013; 27(2): 183-8.
15. González-Espangler L, Mok-Barceló P, de la Tejera-Chillón A, George-Valles Y, Leyva-Lara ML. Caracterización de la formación y desarrollo de los terceros molares. *MEDISAN.* 2014 [citado 2016 Feb 20]; 18(1). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san-vol18-1/san06114.htm>.
16. Buitron-Gallegos JC. Estudio de la posición tipo y clase más frecuente de terceros molares incluidos en pacientes de sexo masculino atendidos en la sala de quirófano de cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador período 2009-2010 [Tesis de pregrado en Internet]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2011 [citado 2016 Ago 6]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/551/1/T-UCE-0015-5.pdf>.
17. Aparecida-Costa A, Emília-Figueiredo de Oliveira A, Ferreira-Lopes F. Prevalencia de terceros molares incluidos en estudiantes de una escuela pública de Sao Luis - Maranhão - Brasil. *Acta Odontológica Venezolana.* 2010 Sep; 48(4).
18. Díaz-Encomendero C. Relación entre el grado de dificultad y el tiempo efectivo en la exodoncia de terceros molares inferiores [Tesis de pregrado en Internet]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. [citado 2016 Ago 5]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upao/rep/1072/1/-D%C3%8DAZ_CAROL_RELACI%C3%93N_EXODONCIA_TERCEROS.pdf.
19. Castañeda-Peláez DA, Briceño CR, Avellanada Á, Sánchez-Pavón E. Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados en radiografías panorámicas digitales [Tesis de pregrado en Internet]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2011. [citado 2016 Ago 6]. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/15477/1/-CastanedaPelaezDiegoAndres2014.pdf>.
20. Limaylla-Cecilio R, Chein-Villacampa S. Factores familiares socioeconómicos y de comportamiento en salud oral asociados a la severidad de caries dentales en escolares adolescentes. *Odontología Sanmarquina.* 2009 julio; 12(2).
21. Rueda Martínez G, Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Rev Latinoam de Bioét [Internet]* 2016 [citado 2017 Ago 25]; 17(1): 36-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2299>.
22. Dho MS. Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]*. 2015 [citado 2016 Nov 21]; 33(3): 361-369. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a05.
23. Quintero-Fleites EJ, Fe de la Mella-Quintero S, Gómez-López L. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica [Internet]*. 2017 Jun [citado 2017 Sep 21]; 21(2): 101-111. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003&lng=es.



24. Velayos JL, Santana H. Anatomía de la cabeza con enfoque odontoestomatológico. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. Stanley JN, Major MA. Anatomía, fisiología y oclusión dental de Wheeler. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
25. Fuentes R, Borie E, Bustos L, Thomas D. Morfometría de terceros molares: un estudio de 55 casos. *Int J Morphol.* 2009; 27 (4): 1285-1289.
26. Neves FS, Souza TC, Almeida SM, Haiter-Neto F, Freitas DQ, Bóscolo FN. Correlation of panoramic radiography and cone-beam CT findings in the assessment of the relationship between impacted mandibular third molars and the mandibular canal. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012; 41(7): 553-557.
27. Hernández-Pedroso L. Segundo y tercer molar inferior izquierdo impactados. Presentación de un caso. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2013 Ago; 12(5): 3-4.
28. Castro-Santa Cruz J. Impactación de terceras molares inferiores y espacio disponible para su erupción en pacientes atendidos en la Clínica Dental del Hospital Militar Central [Tesis de grado en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007 [citado 2016 Nov 27]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cyb>.
29. Chicarelli-da Silva M, Vessoni-Iwaki L, Yamashita A. Estudio Radiográfico de La prevalencia de impactaciones dentarias de terceros molares y sus respectivas posiciones. *Acta Odontológica Venezolana.* 2014 May; 52(2).
30. Sanz Alonso J. Hallazgos radiológicos en la evaluación prequirúrgica de la exodoncia del tercer molar inferior: estudio comparativo entre la radiografía panorámica y el CBCT [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2016.
31. Hernández Chacón G. Relación entre la posición de los terceros molares y el apiñamiento anteroinferior [Tesis de pregrado en Internet]. [Tepic]: Universidad Autónoma de Nayarit; 2016 [citado 2017 Ene 13]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2016/art-32/>.

Recibido: 8 de octubre de 2017

Aprobado: 22 de noviembre de 2017