

Artículo Original/ Original Article

Evaluación radiológica de los cordales retenidos en pacientes atendidos en consultorios particulares de Asunción.

Radiological evaluation of retained wisdom teeth in patients seen in private clinics in Asunción

Ramoa de Llamosas, Shirley Verónica ¹

1. Universidad Autónoma del Paraguay “Pierre Fauchard” Facultad de Odontología, UAP.

Cómo referenciar este artículo/ How to reference this article

Ramoa de Llamosas, Shirley Verónica. Evaluación radiológica de los cordales retenidos en pacientes atendidos en consultorios particulares de Asunción. *Rev. Acad. Scientia Oralis Salutem.* 2021; 3(1): 6-17.

Resumen

Con el objetivo de evaluar clínica y radiológicamente tratamientos de los cordales retenidos en pacientes atendidos en consultorios particulares de Asunción durante el periodo 2012 al 2014, fue realizada una investigación con enfoque cualicuantitativo. Conforme a su profundidad, es una investigación descriptiva, de naturaleza empírica y documental, sustentada en fuentes primarias y secundarias. Para la ejecución de todo el proceso de investigación, se adoptó el diseño de tipo transversal con una sola medición. La selección muestral fue del tipo no probabilístico por conveniencia, conformada por 237 pacientes (de 13 a 36 años). Para el examen de las variables se consideraron las clasificaciones de Winter y la de Pell y Gregory. El estudio reveló que: en cuanto a la posición más frecuente (plano sagital), según la clasificación de Winter, quedó demostrado que sobresale el de posición vertical sobre todo en mujeres; la distribución de frecuencia de cordales retenidos según la clase y posición conforme a la clasificación de Pell y Gregory corresponde a la Clase II en posición C y es mayor en varones. En relación a la presencia de daños en estructuras vecinas como consecuencia de cordales retenidos, se verificó en primer lugar presencia en piezas vecinas en varones; sin embargo, el daño en la misma es mayor en mujeres; mientras que la resorción ósea es mayor en varones. Se concluye que la presencia de cordales retenidos es mucho mayor en mujeres (61% vs 39%). Se recomienda controles clínicos y radiológicos de ser posible antes de los 13 años incluyendo la técnica de ortopantomografías como principal herramienta de diagnóstico rutinario.

PALABRAS CLAVE: Terceros molares, dientes incluidos, erupción, exodoncia quirúrgica, cordales, radiografía ortopantomografica, cirugía maxilofacial.

***Autor de Correspondencia:** Ramoa de Llamosas, Shirley Verónica veronikaramoa@hotmail.com
Trabajo de TCC Presentado en la Especialización en Investigación y para optar al título de Doctor en Odontología de la UAP. (2016)

Fecha de recepción: diciembre 2021. Fecha de aceptación: agosto 2022



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

SUMMARY/ ABSTRACT

With the objective of evaluating clinically and radiologically treatments of retained wisdom teeth in patients attended in private clinics in Asunción during the period 2012 to 2014, a qualitative-quantitative approach was carried out. According to its depth, it is a descriptive investigation, of an empirical and documentary nature, supported by primary and secondary sources. For the execution of the entire research process, the cross-sectional design with a single measurement was adopted. The sample selection was of the non-probabilistic type for convenience, made up of 237 patients (13 to 36 years old). For the examination of the variables, the Winter and Pell and Gregory classifications were considered. The study revealed that: regarding the most frequent position (sagittal plane), according to Winter's classification, it was shown that the vertical position stands out, especially in women; the frequency distribution of retained wisdom teeth according to class and position according to the Pell and Gregory classification corresponds to Class II in position C and is greater in males. In relation to the presence of damage to neighboring structures as a result of retained wisdom teeth, firstly, presence in neighboring pieces in males was verified; however, the damage to it is greater in women; while bone resorption is greater in men. It is concluded that the presence of retained wisdom teeth is much higher in women (61% vs 39%). Clinical and radiological controls are recommended if possible before the age of 13, including the orthopantomography technique as the main routine diagnostic tool.

KEYWORDS: *Third molars, impacted teeth, eruption, surgical extraction. wisdom teeth, orthopantomography radiography, maxillofacial surgery.*

***Autor de Correspondencia:** Ramoa de Llamosas, Shirley Verónica veronikaramoa@hotmail.com
Trabajo de TCC Presentado en la Especialización en Investigación y para optar al título de Doctor en Odontología de la UAP. (2016)

Fecha de recepción: diciembre 2021. Fecha de aceptación: agosto 2022



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

1. Introducción

El motivo principal del trabajo fue la EVALUACIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE TRATAMIENTOS DE LOS CORDALES RETENIDOS EN PACIENTE que acudían al consultorio, particulares de Asunción, el por qué tantos cordales retenidos, tanto daño a piezas vecinas, y estructuras anexas el mejor tratamiento o como evitar los daños. La forma más adecuada de encararlos y el mejor pronóstico para los pacientes.

El cambio en la alimentación y en la exigencia en la masticación han llevado a tener mandíbulas más pequeñas porque trabajan menos y los cordales se mantienen sensiblemente iguales en su tamaño y forma que los del origen. Así como la mezcla de razas que puede causar discordancias entre contenido óseo y dentario

Los cordales incluidos son un apartado importante de la patología odontológica. Lo que hace vital la correcta evaluación y tratamiento. Los Cordales o terceros molares son los últimos dientes en hacer erupción, generando problemas al erupcionar por la falta de espacio, lo que produce que la gran mayoría erupcionen en un ángulo inadecuado o mal posicionados., o directamente no puedan erupcionar y quedan retenidos en los maxilares.

Vizúete, A. en el año 2012 en su investigación describió las causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador en el período de Enero a Mayo del 2012, mediante un estudio descriptivo y transversal, en 186 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, realizaron una entrevista directa al paciente, registrando sus datos personales, el motivo de la exodoncia de terceros molares con su fórmula dentaria y situación. Luego realizaron un control post-quirúrgico a los 8 y 15 días para comprobar si la sintomatología inicial desapareció o persiste. Los resultados obtenidos fueron: *“dolor local 45%, motivos ortodóncicos 27%, prevención 13%, dolor irradiado 4%, cefalea 3%, fracturas dentarias y alteraciones en ATM 2%. Mientras que las indicaciones protésicas, pericoronaritis, caries y medicina alternativa corresponden al 1%”.*⁽¹⁾

Cortell-Ballester, I. Silvestre-Donat, F. J. Describieron los índices de dificultad de la extracción quirúrgica de los terceros molares incluidos que existen en la literatura, y analizaron las diversas variables clínicas y radiológicas que según los autores pueden influir en el grado de dificultad de dicha extracción quirúrgica. Su búsqueda actualizada lo realizó en las bases de datos como

MEDLINE/Pubmed, EMBASE, así como en Índice Médico Español. Encontraron que; *“la extracción del tercer molar es el procedimiento quirúrgico más común de la Cirugía Bucal. Diversos autores han estudiado las variables clínicas y radiográficas, medidas sobre la ortopantomografía, que pueden influir en el grado de dificultad de la extracción quirúrgica del tercer molar, estableciendo posteriormente unas escalas de puntuación de dichas variables, con la finalidad de determinar preoperatoriamente la dificultad quirúrgica. Estos índices pueden resultar de utilidad para la estandarización de criterios y procedimientos en la práctica clínica diaria”.*⁽²⁾

El tercer molar es el último diente en erupcionar, por lo que fácilmente puede quedar impactado, o sufrir desplazamientos si no hay espacio suficiente en la arcada dentaria. Hawe citado por Cortell-Ballester, I. Silvestre-Donat, F. J. observó que el 65 % de los individuos con una edad promedio de 20 años tenían 1 a 4 cordales incluidos, divididos de igual manera en los cuatro cuadrantes. Así mismo la frecuencia de patología inducida por el tercer molar es muy elevada sobre todo, debido a condiciones embriológicas y anatómicas singulares.⁽²⁾

Monge Castro, L. N. Meléndez, S. E. 2012. La retención de terceras molares es un problema muy frecuente, y debido a eso es que se realizó esta investigación, en la cual se determinaron las complicaciones causadas por terceras molares en proceso de erupción en pacientes de 18 a 25 años de edad. Se determinó el número de terceras molares retenidas en cada paciente, la frecuencia de estas con sus diferentes posiciones anatómicas, además se enumeraron y se clasificaron las complicaciones encontradas. Esta investigación se llevó a cabo en dos meses, que fueron Noviembre y Diciembre de 2011 con los pacientes que asistieron al Área de Cirugía de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador; la muestra fue de 137 pacientes, cada paciente llenó un consentimiento informado, luego se les realizó una cédula de entrevista, una guía de observación clínica y radiográfica. Los resultados que se obtuvieron fueron que la mayoría de pacientes presentaron las cuatro terceras molares retenidas; la posición más frecuente fue la mesioangulada, ya que del 100% de pacientes, el 54% presentó dicha posición; las complicaciones se clasificaron en Infecciosas (periodontitis, pericoronaritis, celulitis, caries), Mecánicas (apiñamiento, reabsorción radicular), Neuromusculares (odontalgia, dolor en

Articulación Temporomandibular), Traumatológicas (fractura mandibular) y Tumorales (quistes); presentando las infecciosas el mayor porcentaje que fue de 46%, en las Mecánicas fue de 25%, en las Neuromusculares de 29%, Traumatológicas y Tumorales no se encontraron; además se encontró que el sexo masculino es el que presenta mayores “porcentajes en las complicaciones, aunque la frecuencia de pacientes atendidos fue mayor la del sexo femenino”.⁽³⁾

ALBUREZ RIVAS, R. A. en el 2011. Determinaron las complicaciones más frecuentes, que se asocian a terceras molares retenidas superiores e inferiores, clínica y radiográficamente, en pacientes mayores de 25 años, Universidad de San Carlos de Guatemala. Con una población de 200 pacientes que oscilaban entre los 25 años o más de edad, que en la evaluación inicial presentaron las terceras molares retenidas superiores o inferiores con algún tipo de complicación en algunos casos y que requerían de tratamiento. evaluándose los siguientes parámetros: presencia de terceras molares retenidas, presencia de pericoronaritis, caries dental, radiolucencia patológica asociada a terceras molares retenidas, reabsorción externa patológica de las piezas evaluadas, patología periodontal asociada a terceras molares, sondeo de

piezas dentales, edad, sexo y evaluación radiológica de las piezas. Se obtuvieron:” *De los sexos estudiados, el 84% correspondió a pacientes del sexo femenino y un 16% al sexo masculino. Con relación a las edades de los pacientes, el grupo entre 25 a 30 años de edad fue el que presentó un mayor porcentaje de atención por problemas con terceras molares, correspondiendo a este grupo un 56%, un 23% al grupo entre 31 y 40 años de edad, y un 21% al grupo entre 41 años o más. En relación a las piezas evaluadas, la mayoría de pacientes consultó en relación a la pieza No. 17 con un 36%, con un 35% la pieza No. 32, la pieza No. 1 con un 15% y la pieza No. 16 con un 14%. Con relación a la presencia de caries en segunda y tercera molar, se pudo determinar que en relación con la pieza No.1, con porcentajes de 13% en 2da. molar y 17% en 3ra. molar; la pieza No. 16 con porcentajes de 18% en ambas entidades; la pieza No. 17 con un 18% en 2da. molar y 7% en 3ra. molar y la pieza No. 32 con porcentajes de 13% y 7% respectivamente”.⁽⁴⁾*

Roca Piqué, L. Féliz Gutiérrez, J. Berini Aytés, L. y Gay Escoda, C. en el año 1995 mencionan que la correcta identificación anatómica del conducto dentario inferior, por el que circula el nervio dentario inferior, con respecto al tercer molar es esencial cuando es preciso practicar la exéresis de los

cordales inferiores incluidos, puesto que la proximidad de ambas estructuras condiciona la posibilidad de lesionar dicho nervio. Los mismo revisaron el estudio radiológico del conducto dentario inferior y comentaron diferentes técnicas de diagnóstico por la imagen (ortopantomografía, radiografías periapicales y oclusales y tomografía axial computadorizada), así como sus diversas indicaciones y los signos radio-lógicos útiles para determinar la situación y trayecto del conducto dentario inferior con respecto a los ápices.⁽⁵⁾

2. Material y Método

Esta investigación según su finalidad, es aplicada; conforme a su alcance es cualicuantitativo. De acuerdo a su profundidad, es un estudio descriptivo, sustentado en fuentes primarias y secundarias.

El diseño utilizado fue el de tipo transversal con una sola medición.

En relación al método, fue aplicado el observacional indirecto, apoyado en las técnicas de la entrevista y el análisis de radiografías panorámicas. Para el registro de datos fue confeccionada una matriz en formato electrónico (Excel), en la cual se registraron indicadores de las variables presentes en cada objetivo.

En cuanto a los procedimientos, en primer lugar, fueron seleccionadas las historias clínicas de pacientes asistidos durante tres años (2012-2014). El estudio se realizó visitando consultorios particulares a colegas, entrevistándolos y usando radiografías panorámicas seleccionadas de sus consultorios.

La población enfocada, correspondió a pacientes de ambos sexos entre 15 y 35 años de edad del Departamento Central.

La población accesible estuvo representada por pacientes del rango de edades mencionado asistidos en tres servicios del sector privado del Departamento Central durante los años 2012-2014.

La muestra estuvo conformada de 63 seleccionada de una población de 237, considerando un nivel de confianza (NC) de XX y un margen de error de XX (ME).

La selección muestral fue realizada por el método de casos consecutivos, conforme a los siguientes criterios de inclusión:

- Fichas y radiografías de pacientes asistidos durante los años 2012-2014.
- Pacientes de ambos sexos sin distinción de procedencia

- Pacientes de entre 15 y 36 años de edad.

Fueron excluidas las historias clínicas y radiografías en mal estado de conservación; ante la sospecha de duda sobre su contenido con la simple observación.

Las variables estudiadas fueron:

- Presencia de cordales retenidos
- Frecuencia, grados y tipos de inclusión de los cordales retenidos según las clasificaciones más usadas en la población examinada.
- Daños en estructuras vecinas (segundo molar y huesos) como consecuencia de cordales retenidos en el grupo de estudio.

La determinación de cordales retenidos fue en función al sexo y la edad del paciente.

El grado de inclusión fue determinado según la clasificación de Winter, quien los clasifica en:

- Mesioangular
- Distoangular
- Vertical
- Horizontal
- Invertida

Los tipos de inclusión fueron determinados utilizando la clasificación de Pell y Gregory, quien las divide como sigue:

- Clase I (Posición A,B,C)

- Clase II (Posición A,B,C)
- Clase III (Posición A,B,C)

Cada variable fue estudiada en forma independiente conforme a los indicadores citados anteriormente.

Todos los datos fueron procesados utilizando tablas de doble entrada y analizados a través de la estadística descriptiva, determinando frecuencias, promedios, desviación estándar y varianza. Los resultados fueron expuestos a través de gráficos de diferentes formas.

3. Resultados

En cuanto a la presencia de cordales retenidos en pacientes que acudieron al servicio de Odontología de los consultorios particulares de Asunción durante el periodo 2012 – 2014, en la figura 6 se verifica que 14% corresponde a mujeres el 9% a varones. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Alburez Rivas (2011), quien reportó también que el 84% de sus pacientes con cordales retenidos correspondieron a mujeres y el 16% a varones. ⁽⁴⁾

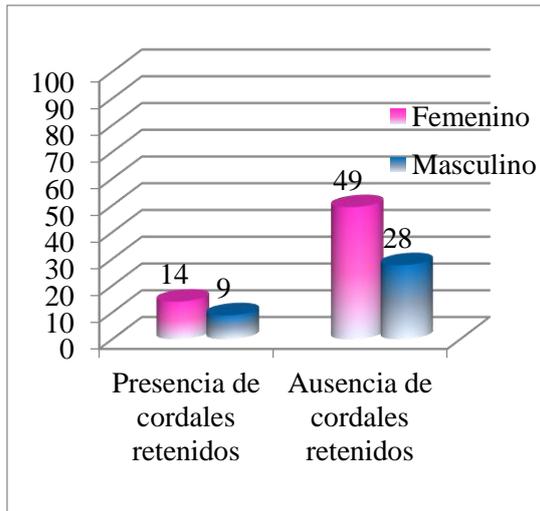


Figura 1. Frecuencia de cordales retenidos según sexo.

En cuanto a la distribución muestral de pacientes con presencia de cordales retenidos según sexo y edad, en la figura 7 revela que la frecuencia es mayor en varones (48%) de entre 13 y 20 años; sin embargo en mujeres es mayor en el intervalo de edades de entre 21 a 28 años representado por el 33%; seguidamente el sexo masculino presenta mayor presencia de cordales retenidos (29%) en el intervalo de 29 a 36 años. Considerado el intervalo de edades, Alburez (2011) también encontró que la mayor frecuencia de cordales retenidos se evidenció en pacientes de entre 25 a 30 años de edad.⁽⁴⁾

Por su lado Hawe citado por Cortell-Ballester, I. Silvestre-Donat, F. J. observó que el 65 % de los individuos con una edad promedio de 20 años tenían de 1 a 4 cordales incluidos,

divididos de igual manera en los cuatro cuadrantes.⁽⁶⁾

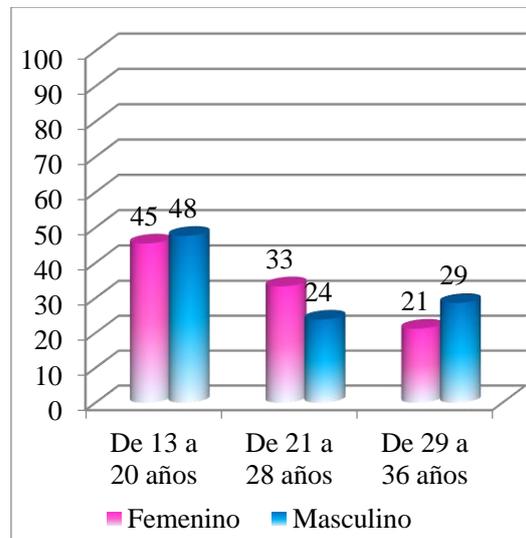


Figura 2. Distribución muestral de cordales retenidos según sexo y edad

En relación a la posición más frecuente (plano sagital), según la clasificación de Winter, la figura 8 revela que el 74% corresponde a la posición Vertical; el 17% representa a la posición Mesioangular; el 6% incluye a la posición Distoangular; el 4% corresponde a la posición Horizontal; finalmente no se constató presencia de cordales en posición invertida. Hawe citado por Cortell-Ballester, I. Silvestre-Donat, F. J. la posición más frecuente fue la mesioangulada, representada por el 54% de sus pacientes.⁽⁶⁾

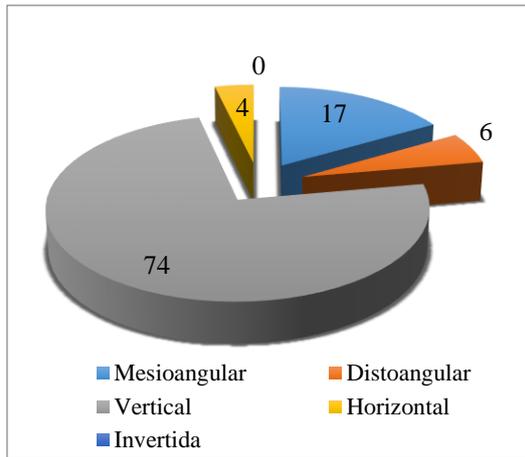


Figura 3. Distribución muestral según la posición más frecuente (plano sagital), según la clasificación de Winter.

Al examinar la distribución muestral según sexo y posición más frecuente (plano sagital), según la clasificación de Winter, en la figura 9 se constata que la posición más frecuente es la vertical donde el 76% corresponde a mujeres y el 71% a varones: En orden de importancia, se encuentra la posición mesioangular donde el 24% hombres y el 12% mujeres; la posición distoangular incluye solo al 9% de mujeres: En la posición horizontal el 3% corresponde a mujeres y el 5% a varones. No se encontraron cordales retenidos en la posición Invertida en esta muestra.

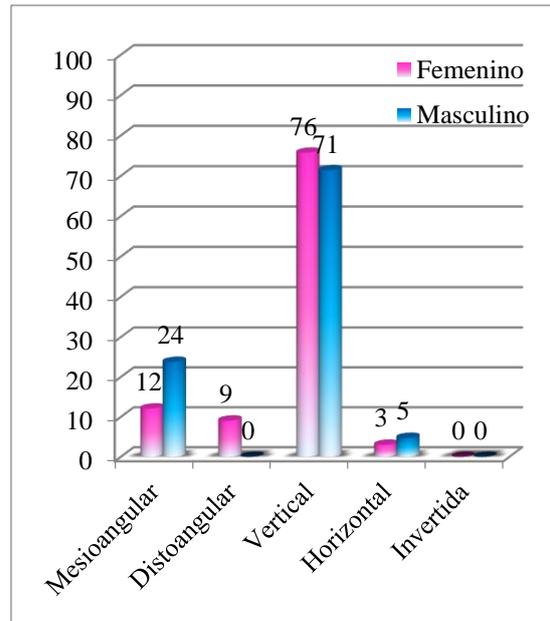


Figura 4. Distribución muestral según sexo y posición más frecuente (plano sagital), según la clasificación de Winter.

En relación a la distribución Muestral según Pell y Gregory (superficie de la corona y grado de inclusión el hueso) En la figura 5, se demuestra que la posición más frecuente es la Clase II con un 56%. Seguida de la clase I con un 35% y por último la clase III con un 9%. Mientras que Campos Olivera (2012) en su tesis aclara que el 40% a personas de sexo masculino y 60% a personas de sexo femenino; la edad de las personas estudiadas están comprendidas entre 12 y 17 años con una media de 14.7 y una desviación estándar de 1.5; la posición que se encontró con mayor frecuencia fue la clase III posición C con 29% seguido de clase II posición C con 26% y en tercer lugar clase I posición C con 22%.

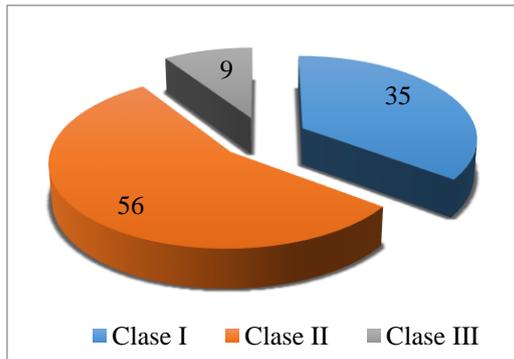


Figura 5. Distribución muestral según la posición más frecuente (clases), según la clasificación de Pell y Gregory.

En cuanto a la distribución muestral según sexo y posición más frecuente (clase y posición), según la clasificación de Pell y Gregory. Se demuestra que la posición de mayor frecuencia es la Clase II C con un 33 % para mujeres frente a un 12 % en varones, la clase I A un 24 % en mujeres frente al 19 % en varones, la clase II B 24 % de mujeres y 14 % en varones, para la clase II A en varones 19% y 12 % en mujeres, en las clases I B y III C hay coincidencias en los porcentajes 9 % en mujeres y 5 % en varones, para la clase I C tenemos un 9% en mujeres frente a un 0 % en varones y por último en la Clase III B encontramos 5 % para varones y un 0 % en mujeres

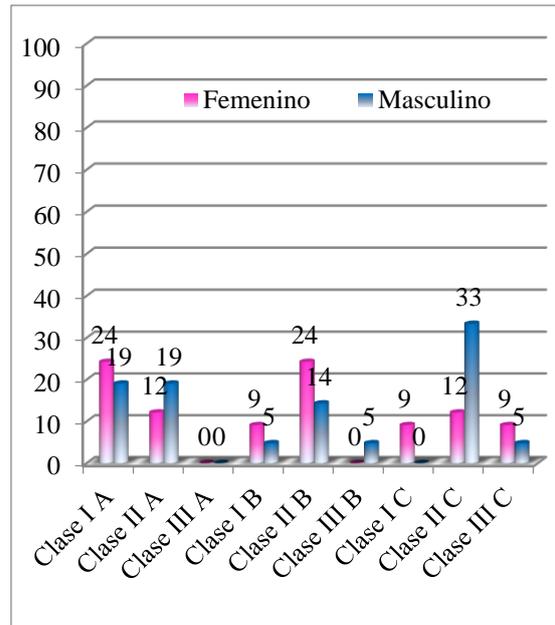


Figura 6. Distribución muestral según sexo y posición más frecuente (clase y posición), según la clasificación de Pell y Gregory.

En la distribución según franja etaria encontramos que se distribuyen así: En la franja comprendida entre 13 a 20 años Presencia de cordales retenidos un 25%, Presencia de piezas vecinas un 30%, un 20 % de Daño a piezas vecinas y un 16 % Resorción ósea

DE 21 a 28 años encontramos 26 % de Cordales retenidos, 4 % presencia de Piezas vecinas, 14 % de daño y un 28 % de Resorción Ósea

Por ultimo en el grupo de 29 a 36 años encontramos 51 % de Cordales retenidos, 34 % presencia de piezas vecinas, 35 % de daño y un 44 % de resorción ósea

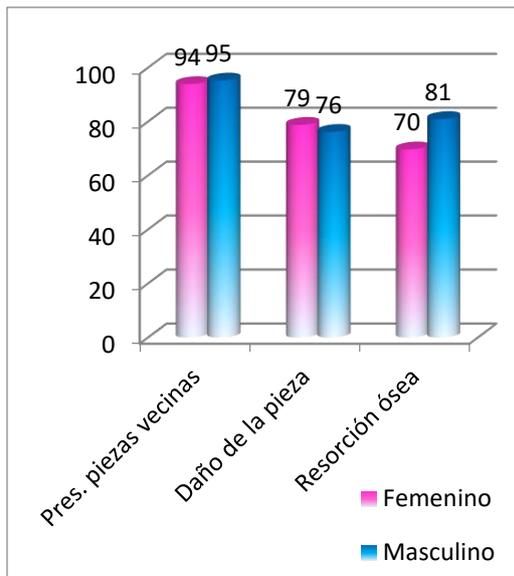


Figura 7. Distribución Muestral según franjas etarias

4. Conclusión

Como conclusión podemos decir que al evaluar clínica y radiológicamente tratamientos de los cordales retenidos en pacientes atendidos en consultorios particulares de gran Asunción durante el periodo 2012 al 2014. Se ha encontrado que, de 237 pacientes atendidos, 63 han presentado cordales retenidos en el maxilar inferior lado derecho o izquierdo o ambos y han tenido que ser sometidos a cirugía o exodoncia de las piezas

En la población examinada. en la franja etaria de 13 a 20 años un 44 % son mujeres y un 48 % Hombres, en la franja etaria de 21 a 28 años obtuvimos un 31 % en mujeres y un 26 % de hombres y finalmente de 29 a 36 años un 25 % fueron mujeres y un 26 %

hombres con presencia de cordales retenidos

En cuanto al, el sexo femenino un 61 % y en el masculino un 39 % con marcado predominio en el sexo femenino siempre teniendo en cuenta las edades de 13 a 36 años y nuestra población de 237

Nuestra distribución para la clasificación de Winter según sexo es así en un 74 % para la posición Vertical, un 17 % para la posición Mesioangular, apenas un 6% para la Distoangula y un ínfimo 4% para la Horizontal, completando un cero % para la invertida. Siempre basados en nuestra muestra de 63 pacientes con cordales retenidos y edades de 13 a 36 años En cuanto al tipo según Pell y Gregory Para el Tipo I un 35 %, para el Tipo II un 56% y para el Tipo III solo un 9% en hombres y mujeres de 13 a 36 años de edad

Como consecuencia de cordales retenidos en el grupo de estudio. Hemos encontrado daño a estructuras vecinas Distribución Muestral fue teniendo en cuenta sexo masculino un 20 % Presencia de Cordal retenido, 20% de Presencia de Pieza Vecina, 20% de Daño a Piezas y un 20% de Resorción Ósea. Femenino un 30 % Presencia de Cordal Retenido, 9% Presencia de piezas vecinas, 30% de Daño y un 30% de resorción ósea.

5. Bibliografía.

1. Vizúete, Ana; Paltas, Mayra Elizabeth. 2012. "Causas para la exodoncia de terceros molares en pacientes que acuden a quirófano de la facultad de odontología de la universidad central del Ecuador. I - V - 2012". (TESIS-Odontología) Facultad de odontología, Universidad Central del Ecuador. Consultado (en línea) 24/01/2015. Disponible en : <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/544/3/T-UCE-0015-37.pdf>
2. Cortell-Ballester, I. Silvestre-Donat, F. J. [200-?]. Factores predictivos de dificultad en la extracción del tercer molar incluido: revisión de literatura (primera parte). ORIS. p. 34-41 Consultado (en línea) 24/01/2015. Disponible en : <http://www.icoev.es/oris/61-1/articulo2.pdf>
3. Monge Castro, L. N. Meléndez, S. E. 2012. Complicaciones causadas por terceros molares en proceso de erupción en pacientes de 18 a 25 años de edad del área de cirugía de la facultad de odontología de la universidad de El Salvador. (TESIS-Cirugía dental) Facultad de Odontología. Universidad de El Salvador. Consultado (en línea) 24/01/2015. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/3172/1/17100367.pdf>
4. Alburez Rivas, R. A. 2011. Determinación de las complicaciones más frecuentes, que se asocian a terceros molares retenidas superiores e inferiores, clínica y radiográficamente, en pacientes mayores de 25 años que asisten a la clínica de la unidad de cirugía de la facultad de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala, en el período comprendido de marzo a mayo del año 2010." (TESIS-CIRUJANO DENTISTA) Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Consultado (en línea) 24/01/2015. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/09/09_2021.pdf
5. Roca Piqué, L., Berini Aytés, L., Gay Escoda, C., & Féliz Gutiérrez, J. (1995). Técnicas radiológicas para la identificación anatómica del conducto dentario inferior respecto al tercer molar inferior. Anales de Odontología. 2. p. 44-48. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/25985/1/97911.pdf>
6. Cortell-Ballester, I. Silvestre-Donat, F. J. [200-?]. Factores predictivos de dificultad en la extracción del tercer molar incluido: revisión de literatura (primera parte). ORIS. p. 34-41 Consultado (en línea) 24/01/2015. Disponible en: <http://www.icoev.es/oris/61-1/articulo2.pdf>
- 7.