

Valoración clínico-epidemiológica de pacientes con pericoronaritis aguda de los terceros molares

Clinical-epidemiological valuation of patients with acute pericoronaritis of the third molars

Dra. Lizel Díaz del Mazo,^I Dra. Annia González Rodríguez,^{II} Dra. María Elena Silva Colomé,^{II} Dra. Silvia Ferrer González^{III} y Dra. Braulia Luisa Vicente Botta^I

^I Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", Santiago de Cuba, Cuba.

^{III} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los 68 pacientes con pericoronaritis, atendidos en los servicios estomatológicos del Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo" y del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas" de Santiago de Cuba, de junio de 2016 a enero del 2017, con vistas a caracterizarles según algunas variables de interés, mediante una amplia anamnesis y un examen clínico bucal minucioso. Los resultados de la serie mostraron que la pericoronaritis fue más frecuente en jóvenes del sexo femenino (63,2 %) y de las edades de 21 a 26 años (63,2 %), con predominio de su forma clínica aguda serosa (76,4 %); de igual modo, el molar más afectado fue el tercero inferior (95,5 %) y sobresalieron como signos y síntomas el dolor intenso (55,8 %) y moderado (39,7 %), el tejido enrojecido y edematoso (100,0 %) y la linfadenopatía cervical (60,0 %). Pudo concluirse que es muy importante el diagnóstico clínico-radiológico para aplicar un tratamiento más eficaz y correcto, a fin de restablecer la salud del paciente y evitar complicaciones y secuelas.

Palabras clave: pericoronaritis, tercer molar, urgencia estomatológica.

ABSTRACT

An observational, descriptive and cross-sectional study of the 68 patients with pericoronaritis assisted in the stomatological services of "Camilo Torres Restrepo" Teaching Polyclinic and "Dr. Juan Bruno Zayas" Teaching General Hospital in Santiago de Cuba, was carried out from June, 2016 to January, 2017, aimed at characterizing them according to some variables of interest, by means of a wide anamnesis and a meticulous oral clinical examination. The results of the series showed that the pericoronaritis was more frequent in young female patients (63.2%) aged 21 to 26 (63.2%), with prevalence in its serious acute form (76.4%); likewise, the most affected molar was the lower third (95.5%) and the most notable signs and symptoms were the moderate (39.7%) and intense pain (55.8%), red and edematous tissue (100.0%) and cervical lymphadenopathy (60.0%). It was concluded that the clinical-radiological diagnosis is very important to implement a more effective and correct treatment, in order to reestablish the patient's health and avoid complications and sequelae.

Key words: pericoronaritis, third molar, stomatological emergency.

INTRODUCCIÓN

El ser humano es una unidad integral e integrada en cuyo funcionamiento todos y cada uno de los órganos, que por razones didácticas han sido agrupados en los llamados "sistemas", repercuten en el funcionamiento de los otros, no solo en los aspectos morfofuncionales, sino también en los aspectos psiconeurales y psicosomáticos, mentales y espirituales.¹

En ese orden de ideas, el aparato estomatognático (del griego *στόμα*, boca; y *γνάθος*, maxilares) es el conjunto de órganos y tejidos que permiten comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir, sonreír, respirar, besar y succionar. Al respecto, la fórmula dentaria permanente consta de 32 dientes que, según su forma y función, se clasifican en 4 grupos: 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares.^{1,2}

A finales de la adolescencia la mandíbula ha alcanzado casi el tamaño adulto, pero a veces no es lo suficientemente grande para soportar el desarrollo de los terceros molares; cuando eso sucede, dichos molares quedan incluidos en el hueso o brotan donde hay menor resistencia. De esta situación se derivan algunos conceptos necesarios para su comprensión.^{3,4}

Con referencia a lo anterior, el diente "no erupcionado" es aquel que aún no ha perforado la mucosa bucal y, por tanto, no ha llegado a su posición normal en el arco dentario, lo que incluye los dientes impactados y los que están en proceso de aparición. El diente "impactado" es aquel que no ha brotado total o parcialmente en la cavidad bucal en el tiempo esperado, bloqueado por un obstáculo (hueso, dientes, tejidos blandos), en tanto el diente "incluido" es aquel que se encuentra retenido en el maxilar, rodeado de lecho óseo.

Los terceros molares retenidos suelen presentar un gran número de manifestaciones clínicas o no, e incluso en algunos casos pueden aparecer procesos tumorales malignos o complicaciones infecciosas, de las cuales la más frecuente es la pericoronaritis, que consiste en la inflamación de los tejidos blandos asociados con la corona de un diente parcialmente "erupcionado", lo cual comúnmente se asocia al tercer molar mandibular.⁵

En el contexto odontológico la incidencia de la pericoronaritis es superior en la década de los 20 a los 30 años de edad, conforme se ha expuesto en la bibliografía revisada.⁵⁻⁷

Cabe agregar que la pericoronaritis es causada por el crecimiento bacteriano activo en un medio ideal, que es el espacio de tejido blando que cubre la corona del molar (mucosa peridentaria) y debajo de este existe humedad, tibieza, protección, alimentos y oscuridad; tal ambiente condiciona el crecimiento bacteriano. Dicha afección también tiene como origen la irritación traumática de la mucosa que cubre el molar inferior producida por las cúspides del molar superior, la vitalidad disminuida de los tejidos y la invasión de microorganismos; el brote del tercer molar superior, en su intento de entrar en articulación, traumatiza los tejidos blandos del tercer molar inferior durante los movimientos mandibulares.^{8,9}

Los síntomas y signos más frecuentes son dolor, mal sabor, inflamación y pus, que se observan en los tejidos pericoronarios y que pueden agravarse debido al trauma producido por la pieza antagonista. A menos que la causa sea eliminada, la pericoronaritis puede convertirse en una condición crónica.

El tratamiento puede ser medicamentoso o quirúrgico. En el primero se indican antimicrobianos, analgésicos, antisépticos, antiinflamatorios, así como el lavado profuso con solución salina, los colutorios con antisépticos suaves (clorhexidina a 0,02 %, peróxido de hidrógeno a 3 % o perborato de sodio), los enjuagatorios tibios con emolientes y revulsivos, y el mantenimiento de una higiene bucal adecuada.¹⁰⁻¹⁴ Como tratamiento quirúrgico se usan la incisión y el drenaje, la eliminación del saco u opérculo (operculectomía) con bisturí o electrocirugía; este se aplicará si el tercer molar está ubicado en posición vertical, clase I y posición A. Se realizará la escisión cuando la pieza dentaria esté en posición paranormal.^{10,12,13}

Recientemente se han introducido equipos computadorizados de láser en el tratamiento quirúrgico de estos pacientes; el uso del láser de dióxido de carbono permite la operación de los tejidos blandos en la cavidad bucal con el mínimo de daño. El criterio de parámetro óptimo de la exposición al láser depende del estado del proceso inflamatorio; este método acelera el tratamiento y disminuye el uso de medicamentos.⁵

Debe señalarse que la pericoronaritis está clasificada como una urgencia estomatológica por los agudos síntomas que provoca al paciente, y en la actualidad los servicios de urgencia han llegado a ser los primeros que tienen contacto con los pacientes que presentan alguna enfermedad aguda, por lo que su función es esencial en los sistemas de salud.

El especialista en Estomatología General Integral constituye el eslabón fundamental de la atención estomatológica, por cuanto desarrolla su práctica profesional en el nivel primario de salud, vinculado directamente con el médico de la familia y el resto de las especialidades estomatológicas y los sectores de la comunidad.⁵

Así, el deber del estomatólogo ante una urgencia es aliviar las molestias y determinar si la condición es, o puede convertirse, en una amenaza para la salud general del paciente. También constituye su responsabilidad capacitarse lo mejor posible para reconocer las diferentes manifestaciones de las enfermedades bucales.¹⁴

Diariamente acuden muchos pacientes con diversas situaciones de urgencia, entre ellas la pericoronaritis, la cual presenta manifestaciones clínicas variadas en relación con los factores causales y el equilibrio entre el sistema defensivo orgánico y la actividad bacteriana, lo cual motivó a efectuar esta investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en los servicios de estomatología del Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo" y del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, durante el período de junio del 2016 a enero del 2017, para caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes de 15 a 26 años aquejados por pericoronaritis, de acuerdo con algunas variables de interés: edad, sexo, formas clínicas, molares afectados, principales síntomas y signos e intensidad del dolor.

El universo estuvo constituido por 68 pacientes, a quienes se les solicitó el consentimiento informado antes de efectuar el examen clínico, para garantizar su voluntariedad de participar en el estudio, sobre la base de los principios básicos de la bioética: respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia. Los resultados

y la observación del desempeño profesional fueron revisados solamente por el equipo de investigación y su divulgación se efectuó de forma global.

El dolor fue evaluado por la escala descriptiva, categorizándolo de acuerdo a la necesidad de analgésicos, a saber:

- Leve: sin dolor o no se requiere analgesia.
- Moderado: se requiere analgesia por vía oral.
- Intenso: se requiere analgesia por vía parenteral.

La información era recolectada en una planilla confeccionada a tales efectos por los autores, si estos no estaban presentes lo hacían los estomatólogos que atendían la urgencia. Los datos fueron calibrados previamente para unificar criterios y minimizar los sesgos; luego se procesaron con el programa estadístico SPSS versión 12, y los resultados fueron expresados en porcentaje como medida de resumen para las variables cualitativas.

RESULTADOS

En la serie predominó el sexo femenino, con 63,2 % del total, sobre todo en las edades de 21 a 26 años, con 36,7 % (tabla 1).

Tabla 1. Pacientes con pericoronaritis según sexo y grupo etario

Grupo etario (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
15-20	18	26,4	7	10,2	25	36,7
21-26	25	36,7	18	26,4	43	63,2
Total	43	63,2	25	36,5	68	100,0

Al evaluar el tipo de pericoronaritis según el sexo (tabla 2), se obtuvo que la forma clínica más frecuente fue la aguda serosa, con un total de 52 pacientes, para 76,4 %, de los cuales 35 eran féminas (51,4 %).

Tabla 2. Tipos de pericoronaritis según sexo de los pacientes

Tipos de pericoronaritis	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Aguda serosa	35	51,4	17	25,0	52	76,4
Aguda supurativa	7	10,2	6	8,8	13	19,1
Crónica	2	2,9	1	1,4	3	4,4
Total	44	64,7	24	35,2	68	100,0

Se observó que el tercer molar inferior fue el más afectado (95,5 %), principalmente por la pericoronaritis aguda serosa, con 52 pacientes, para 76,4 % (tabla 3).

Tabla 3. Molar afectado según tipo de pericoronaritis

Molar afectado	Tipo de pericoronaritis						Total	
	Aguda serosa		Aguda supurativa		Crónica			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tercer molar inferior	50	73,5	13	19,1	2	2,9	65	95,5
Tercer molar superior	2	2,9			1	1,4	3	4,4
Total	52	76,4	13	19,1	3	4,4	68	100,0

Según el tipo de pericoronaritis el dolor presentó variada intensidad. Así, de los 52 afectados por el tipo agudo seroso de la entidad clínica, 27 manifestaban dolor moderado (39,7 %) y 25 dolor intenso (36,7 %); en el caso de los 13 pacientes con pericoronaritis aguda supurativa, el dolor, como era de esperar, se mostró de forma intensa (tabla 4).

Tabla 4. Intensidad del dolor según tipo de pericoronaritis

Tipo de pericoronaritis	Intensidad del dolor						Total	
	Leve		Moderado		Intenso			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Aguda serosa			27	39,7	25	36,7	52	76,4
Aguda supurativa					13	19,1	13	19,1
Crónica	3	4,4					3	4,4
Total	3	4,4	27	39,7	38	55,8	68	100,0

En la tabla 5 se expone que la inflamación con enrojecimiento del tejido pericoronario estuvo presente en el total de la casuística, seguida en menor frecuencia de la linfadenopatía cervical, con 41 pacientes, para 60,2 %.

Tabla 5. Signos y síntomas frecuentes según tipo de pericoronaritis

Signos y síntomas	Tipos de pericoronaritis						Total	
	Aguda serosa		Aguda supurativa		Crónica			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tejido enrojecido y edematoso	52	76,4	13	19,1	3	4,4	68	100,0
Linfadenopatía cervical	32	47,0	6	8,8	3	4,4	41	60,2
Disfagia	6	8,8	10	14,7	2	5,8	18	38,2
Afectación del estado general	11	16,1	13	19,1			24	35,2
Trismo	2	2,9	11	16,1			13	19,1
Presencia de pus	3	4,4	9	13,2			12	17,4
Halitosis	3	4,4	8	11,7			11	16,1

DISCUSIÓN

Numerosos factores ejercen influencia en el proceso de maduración del germen dentario, como los de carácter genético asociado al sexo, como se observa frecuentemente en el crecimiento y desarrollo adelantado que experimentan las niñas en relación con los niños hasta la culminación de la adolescencia y aun después de esta muchas veces. Tanto la maduración como el brote dentario son más precoces en las féminas.^{6,7}

Al respecto, los resultados de este estudio en cuanto al predominio del sexo femenino fueron similares a los de publicaciones consultadas, como la de Muñoz Smitman *et al*⁶ en Chile, la de Dutú Muzas⁷ en España y la de Morejón Álvarez *et al*¹¹ en Cuba (Pinar del Río), en las que el mayor porcentaje de pacientes con pericoronaritis correspondía al sexo femenino, con 79,0; 68,7 y 75,0, respectivamente.

Hoy día no está claramente establecida la edad en que comienza la calcificación del germen dentario de los terceros molares; no obstante, muchos^{2,5} coinciden en que la calcificación de la corona de estos debe terminar alrededor de los 12 años y que pueden tener fuerza para brotar alrededor de los 18 años, por lo que resulta interesante observar a qué edades son más frecuentes las pericoronaritis.

Referente a esta variable, en la serie se coincidió con lo obtenido por los doctores Muñoz Smitman *et al*,⁶ Dutú Muzas,⁷ Morejón Álvarez *et al*¹¹ y Pérez Arredondo *et al*,¹³ acerca de una frecuencia superior de pacientes mayores de 20 años.

Actualmente se considera que alrededor de 25 % de los jóvenes no poseen las llamadas "muelas del juicio", otro 25 % las presentan sin que les hubiesen ocasionado problema alguno, y el restante 50 % padece alguna afección en el brote de estas, por lo que deben ser extraídas.⁷

En esta investigación la pericoronaritis aguda serosa fue preponderante por conformar el estadio inicial, en el cual el proceso inflamatorio está localizado en el "capuchón" pericoronario y presenta la mucosa eritematosa con dolor acentuado, lo que ocasiona que el paciente busque temprano la ayuda médica; en tanto, el estadio crónico fue el de menor incidencia, porque suele evolucionar a veces con ausencia absoluta de síntomas o pocas manifestaciones, según también afirman Moran López y Cruz Paulin.¹² Otros estudios^{11,15} sobre el tema también revelaron un predominio de la pericoronaritis aguda serosa.

Las características de la infección también dependen de muchos factores, como la virulencia del germen bacteriano, la prontitud con que el paciente acuda a los servicios odontológicos, la inmunidad relativa del individuo afectado, entre otros.⁸

El inicio de la pericoronaritis se condiciona por una higiene bucal deficiente con un alto índice de placa dental, por la presencia de sacos periodontales en las caras próximas a las piezas con pericoronaritis, el traumatismo de la pieza antagonista sobre la corona, el estrés físico o emocional y por enfermedades que disminuyen la resistencia del huésped.^{5,9,12}

La mandíbula es más propensa a este proceso infeccioso porque ofrece una cavidad apropiada para ello, la cual queda conformada una vez que la mucosa que recubre el molar se hace lo suficientemente retentiva y profunda como para atrapar restos alimentarios, el hueso es más denso y los dientes deben tener más fuerza para brotar que en el maxilar.¹²

Otra explicación la ofrece Monge Castro¹⁷ en su tesis doctoral publicada en la Universidad de El Salvador, quien refiere que la pericoronaritis está asociada generalmente con el tercer molar inferior, debido a que al crecer la mandíbula hacia atrás, arrastra consigo al tercer molar en formación, lo que acentúa la oblicuidad del diente; este para poder situarse en la arcada al nivel del espacio retromolar, necesita realizar una curva cóncava hacia atrás y arriba para enderezarse.

Además, algunos investigadores¹⁶ plantean que a lo largo de la filogenia humana respecto al número, el volumen y la forma de los dientes, el tercer molar cada vez presenta una salida más retardada e incluso puede estar ausente por falta de formación; al mismo tiempo los dientes y los maxilares ven reducidas sus dimensiones.¹⁶

Por otra parte, el dolor fue el síntoma clínico que aquejó a todos los pacientes de la serie, el cual varió según la gravedad del cuadro clínico, en correspondencia con el tipo de pericoronaritis; esto coincidió con los hallazgos de otros estudios.^{11,15-17}

Resulta oportuno añadir que el dolor fue medido por la escala descriptiva según la necesidad de analgésicos. Este es el método que más se acerca a lo cotidiano, cuando se le pregunta a un paciente si tiene dolor. Además son escalas fáciles de usar y de comprender por parte de los pacientes; no obstante, tienen un uso limitado en la investigación, debido a su baja sensibilidad, es decir, al escaso rango de respuestas que ofrecen.¹⁰

Pérez Arredondo *et al*¹³ realizaron un ensayo clínico controlado multicéntrico en 100 pacientes con pericoronaritis de los terceros molares inferiores, quienes acudieron a las consultas de Cirugía Maxilofacial de los hospitales provinciales "Dr. Joaquín Castillo Duany" y "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, y en ellos también fue el dolor el síntoma más frecuente.

Mayor Hernández *et al*,¹⁰ en 2010, en su ensayo clínico titulado "Evolución clínica de las pericoronaritis tratadas con Oleozón® en urgencias estomatológicas", demostraron que esta afección bucal, frecuente en las consultas de urgencias estomatológicas, está asociada a dientes retenidos, sobre todo los terceros molares, y provoca gran dolor e inflamación de los tejidos circundantes. Este planteamiento se encuentra en consonancia con todos los estudios citados anteriormente.

Como se ha podido comprobar, existe una importante prevalencia a nivel mundial de terceros molares retenidos y, en consecuencia, se produce una gran cantidad de alteraciones maxilares; de manera que es importante que se le preste mayor atención a este problema de salud, para poder lograr un diagnóstico temprano y la extracción oportuna de dicho molar, a fin de eliminar la posibilidad de desarrollo de la pericoronaritis y sus complicaciones, que pueden, desde la persistencia de la retención por muchos años, devenir un riesgo al convertirse en quistes potenciales.^{18,19}

La pericoronaritis es un proceso infeccioso relacionado con la retención dentaria, que en esta serie se presentó en sus 3 formas clínicas, con predominio de la serosa, fundamentalmente en el sexo femenino, en la tercera década de la vida, en los terceros molares inferiores, y cuyo síntoma principal fue el dolor y la inflamación del espacio retromolar. Por esta razón, el diagnóstico clínico y radiográfico es importante para aplicar un tratamiento eficaz y oportuno que restablezca la salud del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sistema Nacional de Salud (Cuba). En: Wikipedia. La enciclopedia libre [citado 4 Ago 2017].
2. Companioni Landín F, Bachá Rigal Y. Sistema dentario. En: Anatomía aplicada a la Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 270-90.

3. Otaño Lugo R, Massón Barceló RM, Fernández Ysla R, Llanes Rodríguez M, Cruz Rivas Y, Delgado Carrera L, et al. Crecimiento y desarrollo craneofacial. En: Ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 21.
4. Otaño Lugo R, Massón Barceló RM, Fernández Ysla R, Llanes Rodríguez M, Cruz Rivas Y, Delgado Carrera L, et al. Desarrollo de los dientes y la oclusión. En: Ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 52-76.
5. Jiménez Echemendía T, Jiménez Arrechea JA, González Naya G. Urgencias más frecuentes en estomatología. Instrumental y medicamentos. En: Naya González G, Montero del Castillo ME. Estomatología general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 327.
6. Muñoz Smitmans C, Inostroza Alarcón Y, Moreno J, Díaz Condal C. Epidemiología y tratamiento de la pericoronaritis aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. *Int J Odontostomat.* 2010 [citado 12 Feb 2017]; 4(3): 241-4.
7. Dutú Muzás A. Estudio epidemiológico de las retenciones dentarias en una muestra de 2000 pacientes [tesis]. Madrid: Universidad Complutense; 2013 [citado 12 Feb 2017].
8. Monles Trejo B, Rocha Navarro ML, Reinoso Araujo JA, Chaves Pérez R. Microbiota aerobia y anaerobia presente en terceros molares con pericoronaritis. *Rev ADM.* 2012 [citado 12 Feb 2017]; 69(2): 58-62.
9. Muñoz Gutiérrez J. Actualización en patología Infecciosa para Atención Primaria. Madrid: Sociedad Madrileña de Medicina de Familia Comunitaria; 2013.
10. Mayor Hernández F, Moure Ibarra D, García Valdés MR. Evolución clínica de las pericoronaritis tratadas con OLEOZON® en urgencias estomatológicas. *Rev Méd Electrón.* 2010 [citado 12 Feb 2017]; 32(2).
11. Morejón Álvarez F, Torres Rodríguez LE, Morejón Álvarez T, Herrera Forcelledo A. Evolución clínica de la pericoronaritis en terceros molares inferiores semirretenidos. *Rev Ciencias Médicas.* 2010 [citado 12 Feb 2017]; 14(2).
12. Moran López E, Cruz Paulín Y. Pericoronaritis. Criterios actuales. Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol.* 2001 [citado 12 Feb 2017]; 38(3): 192-20.
13. Pérez Arredondo R, Díaz Fernández JM, Miniet Díaz EL, Torres Ramos D. Eficacia de la electroacupuntura en la pericoronaritis del tercer molar inferior. *MEDISAN.* 2009 [citado 12 Feb 2017]; 13(4).
14. Pagola Bénger VV. Analgesia quirúrgica: estudio de la efectividad de dos técnicas en Villa Clara [tesis]. La Habana: Editorial Universitaria; 2008 [citado 12 Feb 2017].
15. Del Puerto Horta M, Casa Insua L, Cañete Villafranca R. Terceros molares retenidos, su comportamiento en Cuba. Revisión de la literatura. *Rev Med Electrón.* 2014 [citado 12 Feb 2017]; 36(Sup. 1).

16. Pérez Barrero BR, Duharte Garbey C, Perdomo Estrada C, Ferrer Mustelier A, Gan Cardero B. Pericoronaritis aguda en adolescentes y adultos jóvenes en un consultorio estomatológico del municipio venezolano de Valencia. MEDISAN. 2011 [citado 12 Feb 2017]; 15(11).
17. Monge Castro LN. Complicaciones causadas por terceras 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 doctoral]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2012 [citado 12 Feb 2017].
18. Vázquez Isla D, Rodríguez Garrido MO, Reyna Leyva AM, Mesa Pupo M, Méndez Danta I. Presentación de un paciente geriátrico con retención de tercer molar mandibular. CCM. 2013 [citado 12 Feb 2017]; 17(2).
19. Delys Fernández RE, Jiménez Rodríguez Y, Coca Granados R. Tercer molar heterotópico en el cóndilo mandibular derecho asociado a un quiste dentígero. Medicentro Electrónica. 2013 [citado 12 Feb 2017]; 17(2).

Recibido: 1 de abril de 2017.

Aprobado: 1 de abril de 2017.

Lizel Díaz del Mazo. Facultad de Estomatología, Sánchez Hechavarría esquina Plácido s/n, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: diaz.delmazo@infomed.sld.cu