

Terceros molares. Mediciones cefalométricas del espacio disponible para su posible erupción.

Third molars. Cephalometric measurements of the available space for its possible eruption.

Dianelys Leydis Pérez Cabrera;¹ José Rolando Alcolea Rodríguez;² Rosa María Velázquez Zamora;³ Zulema León Aragoneses.⁴

1Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Instructor. Policlínico Bayamo Oeste. Bayamo. Granma. Email: izamora@grannet.grm.sld.cu

2 Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Asistente. Clínica Universitaria de Especialidades "Manuel Jesús Cedeño Infante. Bayamo. Granma.

3 Especialista de Primer Grado en Estomatología Genaral Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Instructor. Policlínico Bayamo Oeste. Bayamo. Granma.

4 Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Asistente. Clínica Universitaria de Especialidades "Manuel Jesús Cedeño Infante. Bayamo. Granma.

Resumen

Se realizó un estudio de investigación descriptivo transversal en la Clínica Estomatológica Universitaria “Manuel de Jesús Cedeño” de Bayamo, con el objetivo de determinarcefalométricamente la posibilidad o no de erupción de los terceros molares superiores e inferiores a partir de la determinación del espacio disponible. El universo estuvo conformado por 168 pacientes, que también representaron la muestra y que recibían atención en el servicio de Ortodoncia en el periodo referido anteriormente y en edades comprendidas entre 10 y 13 años. La información se recogió en un modelo diseñado para este fin, donde se plasmaron variables de interés. Se determinaron los espacios disponibles según distancia Vertical Pterigoidea- Segundo Molar Superior y Xi (Punto centroide mandibular)- Segundo Molar Inferior, para determinar la futura ubicación de terceros molares superiores e inferiores respectivamente. Los resultados fueron procesados, analizados y expuestos en tablas que los representaron. Predominó la categoría de retenidos para terceros molares superiores (89,3%) e inferiores (75,0%), sin diferencia marcada respecto al sexo en los superiores y predominio del sexo masculino

en los inferiores. Las edades fueron manifiestas en esta misma condición en niños de 12 años para molares superiores y 10 años para los inferiores.

Descriptores DeCS: TERCER MOLAR

Abstract

It was performed a descriptive transversal research at Manuel de Jesus Cedeño Stomatological University Clinic in Bayamo during the period October, 2008 to May, 2009, with the objective to cephalometrically determine whether there is a possibility or not of eruption of the third upper or lower molars determining the available space. The universe was made by 168 patients that also represented the sample and received care in the Orthodontics Service during the afore- mentioned period and the ages between 10 and 13 years old. The information was gathered in a model designed for this purpose with variables of interest. There were determined the available spaces according to the Vertical Pterygoidea- Second Upper molar and Xi (mandibular centroid point)- Second Lower molar to determine the future location of the third upper and lower molars. The results were processed, analyzed and exposed in charts. The category of the retained for third upper molars prevailed (89.3%) and the lower ones (75.0%), with no differences regarding sex in the upper molars, and the male sex prevailed in the lower molars. The ages were evidenced in this same condition in 12 year- old children for upper molars and 10 years for the lower ones .

Subject heading: THIRD MOLAR

Introducción

Los cánones de belleza varían según el momento histórico que se viva, sin embargo la estética siempre ha sido motivo de preocupación de los individuos.¹ El temor al rechazo social por cambios de forma, color o posiciones dentales, puede producir un gran impacto psicológico en los pacientes.² Para el ser humano la comunicación y la sonrisa son la puerta de entrada a las relaciones humanas y el cuidado de la boca y la posición dentaria cobra especial importancia.¹

La erupción del tercer molar, ha sido una preocupación constante para los odontólogos, ya que es causal de numerosas patologías y desordenes oclusales. Se localiza en la parte más distal de los maxilares, y en el proceso de formación y brote dentario es el más variable de la dentición humana. Tanto la maduración como el brote dentario son más precoces en individuos del sexo femenino.³

También se puede producir la impactación de este diente con un alto porcentaje, siendo más frecuente en hombres que en mujeres, de origen diverso, pudiendo depender de: factores genéticos, multifactoriales, falta de espacio, retardo en el crecimiento, dirección del crecimiento, dirección de erupción y la influencia de la línea oblicua externa y buccinador.⁴

Un diente retenido se caracteriza por la ausencia de su erupción en el tiempo previsto para su aparición en la cavidad oral. Presenta un saco pericoronario intacto y no se comunica con la cavidad bucal. El obstáculo que impide su erupción puede ser tejido blando, duro (hueso) o estructuras suprayacentes.

Sabbino, Selero y Furfano en estudio epidemiológico encontraron que la pieza dentaria de mayor incidencia de retención son los terceros molares; 38 %, 33,6 % y 32,4 %, todos ellos citados por Di Santi de Modano.¹

Ricketts, citado por Martínez afirma que es posible predecir la erupción en posición adecuada del tercer molar a partir de los 8 a 9 años de edad con 90% de exactitud, de importancia clínica a fin de tomar las medidas preventivas oportunas evitando futuras desarmonías oclusales. Su predicción es de gran ayuda debido a que en muchos casos la permanencia del tercer molar en la cavidad bucal puede ser compensatoria. Algunos investigadores mantienen que los terceros molares pueden ser usados posteriormente como reemplazo o elemento protésico en caso de perdida del primer o segundo molar, también el tercer molar puede ser usado como transplante.³

Paulino Vera, en su artículo sobre la evolución de las arcadas dentarias refiere el aumento de la discrepancia ósea dentaria y el consecuente aumento del apiñamiento en ambas arcadas observado desde la adolescencia y a lo largo de la vida adulta, como una consecuencia directa de la

disminución dimensional de las arcadas. Este apiñamiento que ocurre durante el periodo de adolescencia y postadolescencia fue clasificado por Van der Linden de apiñamiento terciario y ocurre sobre todo en el del segmento anterior de la mandíbula.⁵

Para predecir la posibilidad de erupción del tercer molar se han utilizado varios métodos a lo largo de la historia de la Ortodoncia; en épocas pasadas, mediciones realizadas sobre cráneos secos)⁶⁻⁸ y en la actualidad existen sofisticados trazados cefalométricos que informan matemáticamente las posiciones y relaciones dento-máxilo-faciales, dando un resultado de invaluable importancia para un determinado tratamiento ortodóncico u ortopédico, que junto con las calidades de imagen que se obtienen con los actuales equipos telerradiográficos, nos permiten tener un indiscutido documento de diagnóstico en estas especialidades.⁹

La alta prevalencia de retención de los terceros molares reportada en la literatura especializada, la gran polémica y el interés de despejar esta incógnita, así como los escasos estudios realizados en nuestra región acerca del tema, nos motivaron a evaluar mediante cálculos cefalométricos la posibilidad de una erupción adecuada de estos molares que permitan una relación armónica oclusional y funcional en los pacientes.

Problema científico: ¿La determinación del espacio disponible para terceros molares superiores e inferiores a través de las mediciones cefalométricas permitirán establecer un pronóstico de erupción de estos?

Objeto de estudio: Erupción de los terceros molares superiores e inferiores en niños de 10 a 13 años.

Campo de estudio: Predicción del brote de los terceros molares superiores e inferiores en niños de 10 a 13 años.

Objetivo

Determinar con la cefalometría el espacio disponible para la ubicación de los terceros molares superiores e inferiores según edad y sexo en pacientes con tratamiento ortodóncico en las edades de 10 y 13 años.

Método

Se realizó un estudio de investigación descriptivo transversal para determinar cefalométricamente la posibilidad de erupción o no de los terceros molares en pacientes entre 10 y 13 años de edad, que en el momento del estudio recibían tratamiento ortodóncico, en la Clínica de Especialidades "Manuel de Jesús Cedeño Infante" del municipio Bayamo, Granma. El universo estuvo formado por 168 pacientes, que en su totalidad fueron estudiados.

Criterios de inclusión

Pacientes entre los 10 y 13 años de edad, en tratamiento ortodóncico, con historia clínica de Ortodoncia donde a través de estudios radiográficos panorámicos o periapicales, se comprobó la presencia de todos los dientes permanentes, parcial o totalmente erupcionados, o sus folículos en ambas arcadas o al menos una y los folículos (o criptas) de los terceros molares superiores e inferiores.

Paciente con telerradiografía lateral de cabeza en buen estado, realizada en las edades comprendidas en el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes que fueron diagnosticados con oligodoncias o supernumerarios a través de los estudios radiográficos o portadores de síndromes craneofaciales u otras alteraciones congénitas o adquiridas que pudieran alterar el tamaño y forma de las maxilares.

Pacientes con radiografías que no cumplieron los requisitos de calidad para el estudio.

Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	Escala	Descripción
Edad (años)	Cuantitativa discontinua	10,11, 12 y 13	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculin o Femenin o	Sexo biológico

Erupción del tercer molar superior	Cualitativa nominal politómica	Brotado oclusal	Cuando la distancia Vertical Pterigoidea-segundo molar superior sea de 18 mm ó mayor
		Marginal	Entre 14 -17 mm
		Retenido	Menos de 14 mm
Erupción del tercer molar inferior	Cualitativa nominal politómica	Brotado oclusal	Cuando la distancia Xi- segundo molar inferior sea de 30 mm ó mayor
		Marginal	Entre 25-29 mm
		Retenido	Menos de 25 mm

Indicador: Frecuencias absolutas (número) y frecuencias relativas (por ciento).

Bioética médica

Se solicitó el consentimiento de la institución para desarrollar la investigación, explicándoles los objetivos de la misma y refiriendo que los resultados serían utilizados con fines científicos y terapéuticos y respetando los principios de la ética médica.

También se solicitó el consentimiento de pacientes o familiares responsables para formar parte de la investigación, comunicándoles la misma no constituiría riesgo para su salud, interviniendo oportunamente, para evitar desarmonías dentarias.

Técnicas y procedimientos

De recolección de la información:

Para desarrollar la investigación procedimos a revisar la bibliografía científica relacionada con el tema, actualizada y accesible en la red. La recopilación de la información se realizó a través de los datos que nos aportó la historia clínica de Ortodoncia y el estudio de las radiografías, los cuales se vaciaron en modelos previamente diseñados para este fin.

Para determinar el espacio disponible de los terceros molares superiores e inferiores, se procedió de la siguiente forma:

Se ubicó correctamente la telerradiografía lateral sobre el negatoscopio encendido, y sobre ella se fijó un papel de acetato, donde se realizaron los calcos cefalométricos. Se trazó con un lápiz de punta fina los contornos de las estructuras maxilares, mandibulares y craneales y luego puntos y planos necesarios para las mediciones lineales.

Estructuras maxilares que se dibujaron: Reborde orbitario, fosa pterigomaxilar, en el límite posterior del maxilar superior y el contorno del 2do molar superior.

Estructuras mandibulares que se dibujaron: Contorno de la rama mandibular: borde posterior y anterior, cóndilo, apófisis coronoide, escotadura sigmoidea, ángulo goníaco y borde inferior y contorno del segundo molar inferior.

Estructuras craneales: silla turca y apófisis clinoides anterior y posterior.

Luego se procedió a determinar el plano de Francfort, como referencia importante para los pasos posteriores y para esto se ubicaron los puntos

siguientes: Infraorbitario, Punto X (punto más saliente de la escotadura posterior de los cóndilos del occipital), Nasion (Na), - Punto S: (silla turca), Punto Porion:(Punto medio y más alto del borde superior del conducto auditivo externo.

Luego se procedió a determinar el espacio disponible para el tercer molar superior; siguiendo el método de Patric Turley, que es la medida lineal o distancia Vertical Pterigoidea-segundo molar superior.

Se ubicó el punto pterigoideo en la fosa pterigomaxilar y partiendo de este punto y perpendicular al plano de Francfort, se traza una recta llamada vertical pterigoidea, desde donde se mide en milímetros hasta la cara distal del segundo molar superior. Posteriormente se midió el espacio disponible para el tercer molar inferior, por el método descrito también por Patric Turley (medida lineal o distancia Xi-segundo molar inferior). ¹⁰

Perpendicular al plano de Francfort se trazó una recta que pasó por el borde anterior) y otra por el borde posterior de la rama mandibular. Paralelas al plano de Francfort se trazó una recta que pasa por el borde inferior de la mandíbula y otra por la escotadura sigmaidea en su parte más declive. Estas rectas forman un rectángulo cuyas diagonales se unen en su centro y en este punto de intercepción se ubicó el punto Xi o centroide mandibular. Luego se midió la distancia en milímetros desde este punto hasta la cara distal del segundo molar inferior.

De acuerdo con las mediciones anteriores se consideró la categoría de:

Brotado oclusal: Espacio suficiente para la erupción total del tercer molar en oclusión adecuada.

Marginal: Espacio insuficiente para la erupción del tercer molar, su brote será parcial o fuera de oclusión (semirretenido).

Retenido: no hay espacio para la erupción.

De procesamiento de la información:

La información fue procesada en una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP. Los textos se elaboraron con Word XP. Se confeccionó una base de datos que permitió arribar a los resultados obtenidos. Como medidas de resumen para variables cualitativas se utilizó el porcentaje.

Los resultados obtenidos en la investigación fueron procesados y llevados a tablas que permitieron su comprensión, describiendo en cada una de ellas, las frecuencias absolutas y relativas.

Resultados

Los valores obtenidos del espacio disponible para la ubicación de terceros molares superiores según edad, se manifiesta en la tabla 1, con un predominio de 89,3% en la categoría de molares retenidos, significando el 100% en niños de 12 años. Las edades restantes 10, 11 y 13 años con 88,9 %, 88,2% y 75,0% respectivamente, evidencian que no existe una diferencia

muy marcada entre ellas, tal vez por ser grupos de edades sucesivas, donde la diferencia en relación al tamaño de las estructuras de los maxilares no llega a ser muy apreciable.

El predominio de la categoría retenido (89,3%) en terceros molares superiores sin diferencia marcada respecto al sexo, se muestra en la tabla 2. Tanto el sexo masculino con 90,5% y las féminas con 88,1% manifestaron su mayor por ciento en esta condición. Según datos ofrecidos por nuestra unidad, al servicio de ortodoncia acuden un número bastante equilibrado de varones y hembras por la gran preocupación de los padres de que sus hijos mantengan una estética y armonía facial.

En la mandíbula también se determinó la posibilidad del erupción del tercer molar inferior, la tabla 3 muestra el predominio de molares retenido en 75% y específicamente, en niños de 10 años con 88.9%, seguido de niños de 11 años con 76,5%.

La tabla 4 nos presenta el espacio disponible para la ubicación de terceros molares inferiores según el sexo, exponiendo un predominio del grupo retenido con 75.0% siendo relevante el sexo masculino con 81.0%; el sexo femenino aunque en menor porcentaje representó 69,0% en este mismo grupo.

Discusión

Es precisamente el periodo de la adolescencia, la edad indicada para realizar los tratamientos de ortodoncia por los importantes cambios en el crecimiento y desarrollo de los niños, favorecidos por el periodo de la dentición mixta y comienzo de la permanente, estando presente aquí variaciones oportunas del crecimiento en los maxilares.

Es sin lugar a dudas la filogenia la responsable de esta desproporción entre la reducción de tamaño de los maxilares y la poca variación en el número de los dientes presentes en nuestros antepasados, lo que responde a que el grupo de molares retenidos se manifieste. También la reducción del tamaño de la mandíbula, el desarrollo del mentón y la desaparición del prognatismo alveolar, conservando el mismo número de dientes, ha ocasionado la alta frecuencia de la falta de espacio para la colocación correcta de los dientes en el hombre actual.¹⁰

En la extensa búsqueda desarrollada no se encontraron datos relevantes que relacionen la edad con el posible espacio para la ubicación de molares superiores.

En investigación realizada en Ciudad de la Habana, se encontró que el 50% de los pacientes estudiados de ambos sexos, tuvieron la posibilidad de erupción de terceros molares superiores.²

Estudios realizados por otros autores han reportado que en 1200 pacientes, el 22.8% de los habitantes de la zona urbana, es decir, 237 de estos, presentaron terceros molares impactados y sólo el 3.1% (37 personas de las zonas rurales), presentaban terceros molares impactados.⁴

Igualmente Richardson, citado por Campos, señala que el espacio para que erupcione el tercer molar proviene parcialmente del movimiento mesial de la dentición y parcialmente por la resorción de hueso en la zona posterior al arco dental.⁸

Seino, en sus estudios concluyó que para la erupción del tercer molar superior es necesario de Vertical Pterigoidea a segundo molar superior una distancia promedio de 25,7mm y de 22,8mm, en los sexos masculino y femenino, respectivamente; en sus estudios hace referencia a datos similares relacionados con el sexo, encontrados por Sakamoto, mostrando 22.02mm en los varones y 19.22 mm en las hembras.⁹ Las conclusiones de estos autores al igual que las nuestras, exaltan la poca relación que tiene el sexo con el brote de los molares superiores.

En estudios realizados por Céspedes en pacientes cubanos, entre 8 y 10 años se encontró que la distancia de Xi a distal del segundo molar fue de 22.9mm lo cual fue insuficiente para la erupción del tercer molar.¹⁰

En la literatura revisada muchos autores han manifestado sus criterios a cerca de las causas que pueden provocar esta retención, por ejemplo, Richardson, citado por Campos, expone que la mayoría de los molares retenidos han tenido poco enderezamiento y que sus grados de inclinación tienden a tomar una posición mas horizontal favoreciendo esto a su impactación, sugiere que la configuración de la raíz puede ser más el resultado, que la causa de movimiento. Un cambio favorable en la angulación se logra con una raíz curveada hacia distal, mientras que una curvatura mesial provoca una inclinación desfavorable para el tercer molar mandibular.

8

Otros han evaluadocefalometrías pre y post tratamiento de pacientes con extracciones de los primeros premolares y encontró que la impactación de los terceros molares ocurría en pacientes con crecimiento vertical marcado, rama mandibular larga, cuerpo mandibular corto y una gran inclinación mesial de la corona de los terceros molares lo cual es indicativo de la posible impactación del tercer molar inferior.⁶

En Venezuela, el Dr. Quirós realizó estudios en ambos sexo donde demostró que sus pacientes necesitaban distancia de 35mm para terceros molares erupcionados demostrando también, que el factor racial influye de manera importante en el proceso del desarrollo mandibular. De los 23 pacientes, solo

8 brotaron oclusalmente (34,8%), 5 lo hicieron marginal (21,8%) y el resto 43,4% quedaron retenidos, con indicación de extracción.⁷

Otros autores como Seino, obtuvieron en sus resultados de Xi a distal del segundo molar inferior una distancia promedio de 27,5mm en los varones y de 23,6mm en las hembras, con predominio también del sexo masculino.¹⁹ Investigación desarrollada en La Habana, evidenció que de los 44 casos estudiados, la posibilidad de erupción de estos terceros molares inferiores fue nula, y solo 4 casos pudieron hacerlo marginalmente.⁹ En Chile, se realizaron estudios que demostraron que las mujeres tenían muy poco espacio para el tercer molar inferior en su mandíbula, mostrando que los hombres presentaban terceros molares con un grado de evolución más avanzado.⁷

Conclusiones

En terceros molares superiores, predominó la categoría de retenido a la edad de 12 años y sin diferencias marcadas respecto al sexo.

En terceros molares inferiores predominó la categoría de retenido, en niños de 10 años y del sexo masculino.

Referencias Bibliográficas

1. Di Santi de Modano J, Vázquez VB. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Rev Latinoamericana Ortod Odontopediatría [Internet]. 2003 [consultado 4

- de marzo 2012]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/pdf/art8.pdf>
2. Otero Baxteri Y, Segui Ulloa A. Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Rev Cubana Estomat [Internet] 2001 [consultado 4 de marzo 2012]; 38 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000200002
 3. Paulino Vera S, Paredes Gallardo V, Gandía Franco J L, Cibrián Ortiz de Anda R M. Evolución de las características de las arcadas dentarias en dos grupos de edad. RCOE [Internet]. 2005 [consultado 12 de julio 2012]; 10(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2005000100004
 4. Birbe Foraster J, Serra Serrat M. Ortodoncia y Cirugía Ortognática. RCOE [Internet]. 2006 [consultado 19 de abril 2012]; 11(5-6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2006000500004&script=sci_arttext
 5. Mayoral J. Ortodoncia, Principios Fundamentales y Práctica. La Habana: Científico-Técnica; 1986.
 6. Márquez Hernández C, Suárez Lorenzo J. Comprobación del método geométrico de localización del centro porion. Rev Cubana Ortod [Internet]. 1989 [citado 2 de febrero 2012]; 4(1). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=85418&indexSearch=ID>
 7. Quirós Álvarez O, Palma A. El tercer molar mandibular, método predictivo de erupción. Acta Odontol Venez [Internet]. 1997 [citado 11 de abril 2012]; 35(2). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=230961&indexSearch=ID>
 8. Campos H, Belussi de Campos M. Predicción en la erupción del tercer molar inferior. Rev Latinoamericana Ortod Odontopediatría. [Internet]. 2005 [citado 25 de mayo 2012]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/pdf/art18.pdf>
 9. Seino Y. Formación y desarrollo de los terceros molares en casos de maloclusión-relación entre erupción y espacio posterior. Rev Cubana

Ortd [Internet]. 1999 [citado 23 de mayo 2012]; 14(1). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord09199.htm

10. Céspedes Isais R, Diez Betancourt J, Carbonell Camacho O, González Piquero G. Terceros molares. Diagnóstico ortodóncico. Rev Cubana Ortd [Internet]. 2000 [Citado 1 de abril 2012]; 15(1). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_1_00/ord04100.htm

Anexos

Tabla 1. Espacio disponible para la ubicación de terceros molares superiores según edad.

Edad (Años)	Mediciones lineales						Total	
	Brotado oclusal		Marginal		Retenido			
	No	%	No	%	No	%	No	%
10	2	2,8	6	8,3	64	88,9	72	42,9
11	0	0,0	4	11,8	30	88,2	34	20,2
12	0	0,0	0	0,0	38	100,0	38	22,6
13	4	16,7	2	8,3	18	75,0	24	14,3
Total	6	3,6	12	7,1	150	89,3	168	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 2. Espacio disponible para la ubicación de terceros molares superiores según sexo.

Sexo	Mediciones lineales						Total	
	Brotado oclusal		Marginal		Retenido			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Masculino	2	2,4	6	7,1	76	90,5	84	50,0
Femenino	4	4,8	6	7,1	74	88,1	84	50,0
Total	6	3,6	12	7,1	150	89,3	168	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 3. Espacio disponible para la ubicación de terceros molares inferiores según edad.

Edad (Años)	Mediciones lineales						Total	
	Brotado oclusal		Marginal		Retenido			
	No	%	No	%	No	%	No	%
10	4	5,6	4	5,6	64	88,9	72	42,9
11	0	0,0	8	23,5	26	76,5	34	20,2
12	0	0,0	16	42,1	22	57,9	38	22,6
13	2	8,3	8	33,3	14	58,3	24	14,3
Total	6	3,6	36	21,4	126	75,0	168	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 4. Espacio disponible para la ubicación de terceros molares inferiores según sexo.

Sexo	Mediciones lineales						Total	
	Brotado oclusal		Marginal		Retenido			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Masculino	2	2,4	14	16,7	68	81,0	84	50,0
Femenino	4	4,8	22	26,2	58	69,0	84	50,0
Total	6	3,6	36	21,4	126	75,0	168	100,0

Fuente: Historias Clínicas

Recibido: 20 de julio de 2012.

Aprobado: 3 de septiembre de 2012.