

EL ESPACIO RETROMOLAR EN PACIENTES MEXICANOS CON TERCEROS MOLARES MANDIBULARES ERUPCIONADOS E IMPACTADOS

Para efectos de referencia bibliográfica este trabajo debe ser citado de la siguiente manera: , Marengo, F. Gurrola, B. Díaz, L. Casasa, A. 2008 , "El espacio retromolar en pacientes mexicanos con terceros molares mandibulares erupcionados e impactados." . Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, .../.../...

Francisco J. Marengo M , Dra. Beatriz Gurrola Martínez, Dr. Luis F. Díaz Cepeda Adán Casasa Araujo.

Resumen

Teóricamente se pudiera pensar que los tratamientos de ortodoncia con indicaciones de extracción facilitarían los procesos de erupción de los terceros molares mandibulares, sin embargo hay quienes reportan que las extracciones de premolares sólo acelerarían la erupción de los terceros molares sin ser un factor a considerar en su retención. Objetivo: Determinar un promedio del espacio de erupción del tercer molar inferior en pacientes con edad, de 16 años a 34 años con tercer molar inferior erupcionado e impactado en radiografías panorámicas para predecir la erupción del tercer molar mandibular. Metodología, estudio, descriptivo, transversal, universo de estudio, pacientes del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO, población 800 expedientes del CESO. Muestra de 60 pacientes dividiéndose en dos grupos; Grupo 1 de 30 pacientes con 50 terceros molares inferiores erupcionados Grupo 2 de 30 pacientes con 50 terceros molares impactados. Resultados, la falta de espacio es uno de los factores más importantes en la impactación de los terceros molares mandibulares, el 29.6% de los terceros molares erupcionados coincide con el rango de Ricketts, de 25 a 29 mm referente a los no erupcionados se encontró que el 54.3 % coincide también en este rango. Conclusiones: se ha demostrado que tratamientos de ortodoncia, sin extracciones, aumentarían la posibilidad de retención de los terceros molares mandibulares. Será de gran utilidad para el clínico conocer cual sería el momento mas oportuno y beneficioso para indicar la exodoncia de terceros molares.

Palabras clave: espacio, retención, mandibular, tercer molar, erupcionados.

Abstract

The Theory could be thought that the treatments of orthodontic with instruction of extraction would facilitate the processes of eruption of the third molars mandible, however there is who they report that the extractions of premolar would only accelerate the eruption of the third molars without being a factor to consider in their retention. Objective: Determining an average of the space of eruption of the third inferior molar in patients with age, of 16 years to 34 years with third molar inferior was be eruption and impact in panoramic x-rays in order to predict the eruption of the third molar mandible. Methodology, study, descriptive, traverse, universe of study, patient I of the Center of Superior Studies of Orthodontia CESO, population 800 files the CESO. Sample of 60 patients dividing in two groups; Group 1 of 30 patients with 50 third molars inferior eruption Group 2 of 30 patients with 50 third molars include. Results. The lack of spaces is one of the most important factors in the include of the third molars mandible. el 29.6% third molars inferior eruption correspond whit Ricketts, 25 a 29 mm referent didn't eruption was found 54.3 % agree Conclusiones: it have been demonstrated that treatments of orthodontia, without extractions, they would increase the possibility of retention of the third molars mandible. it will be of great utility for the clinical know which it would be the most opportune moment and beneficial in order to indicate the exodontias of third molars.

Key words: space, retention, mandible, third molars, eruption.

Autores citados por Ricketts como; Hellman, mencionan que los terceros molares son los dientes con mayor probabilidades de retención en un 9.5%, Bjork el 25%, Richardson dice que es el 35% y el mismo Ricketts señala que más del 50% (1), respecto la falta de espacio, que es el factor más común que produce impactación y otro que es la falta de remodelación de la cara anterior de la rama mandibular estudios de Begg, Olasoji, citados por Bergman (2) reportan, que el 22.8% de los habitantes de la zona urbana es decir 237 de los 1200 presentaban terceros molares impactados y sólo el 3.1% de los 1200 habitantes, 37 personas de las zonas rurales presentaban terceros molares impactados. Los terceros molares son removidos por profilaxis, aunque no produzcan ningún problema; pero en otros casos pueden ser beneficiosos en el tratamiento ortodóncico para ocupar el espacio de un segundo molar perdido, como pilar de una prótesis y de autotransplante.

La erupción de los terceros molares se da entre los 16 a 24 años de edad y su inclinación puede variar durante su erupción. La radiografía panorámica es el estudio radiográfico mas frecuentemente usado por los odontólogos y cirujanos orales para realizar diagnósticos y planificación previa a la decisión de extraerlos quirúrgicamente; el uso de este estudio radiográfico se ha masificado en nuestro medio en virtud de la accesibilidad, costo y el sin número de oportunidades de identificar estructuras, detalles morfológicos, patologías asociadas y posiciones de los órganos dentales que este brinda. La extracción

quirúrgica de terceros molares es un procedimiento común, pero no existe consenso entre los profesionales de cuando es recomendable realizar la odontectomía.

La toma de decisión se facilita para aquellos órganos dentarios retenidos sintomáticos, que tengan patología infecciosa, quística, o tumorales asociadas o en casos que estén semi erupcionados en posiciones ectópicas; pero que hay de aquellos órganos dentarios no erupcionados, que no presentan signos, ni sintomatología alguna y que por su imposibilidad para erupcionar por factores que condicionan su retención debieran ser extraídos, antes de que cause complicaciones que generen dolor, infecciones o posibles lesiones quísticas y tumorales. Bishara (1) cita a Lysell y Rohlin, diferentes los cuales hacen referencia al estudio de la erupción del tercer molar mandibular, por otra parte Bjork (4.5), Richardson (6), sugieren que la impactación de los terceros molares mandibulares como un proceso complejo, que debe ser evaluada y estudiada utilizando diferentes estrategias, que van desde las clínicas hasta las que se apoyan en estudios imagenológicos. La inclusión es la localización del diente dentro del hueso en una posición normal, inclusión ectópica y aquella en la cual el diente se encuentra dentro del hueso pero alejado de su localización habitual de erupción se le denomina inclusión heterotópica. La retención es la Interrupción de la erupción sin evidencia de una barrera o anomalía de posición o desarrollo del germe (7). Referente a la retención del molar mandibular Bjork (5), Richardson(6), Shulhof (7) mencionan que es producto de la falta de desarrollo en el crecimiento de la mandíbula, la cual se puede diagnosticar al medir en una radiografía panorámica la distancia entre el punto Xi punto concéntrico de la rama ascendente, hasta la cara distal del segundo molar mandibular, según Ricketts cuando esta distancia es de 30 mm la erupción es posible ya que existe un desarrollo mandibular satisfactorio, distancia entre 25-29 mm presume un desarrollo inadecuado de la mandíbula lo cual puede permitir la erupción del tercer molar pero en mala posición y distancia menores de 25 mm no permite la erupción del tercer molar por desarrollo insuficiente de la mandíbula. Ricketts (1) sugiere que más del 50% de los pacientes ortodónticos requieren de extracción de los terceros molares. Por otra parte Tatsuno T.(8) mostró en un grupo de pacientes japoneses la distancia de Xi a la cara distal del segundo molar de 25 mm permitían la erupción completa del tercer molar, Quiroz(9) realizó un estudio en ambos sexos y encontró que esta distancia era de 35 mm para pacientes con terceros molares erupcionados demostrando que el factor racial influye de manera importante en el proceso del desarrollo mandibular. Por otro lado Céspedes(10) realizó un estudio con pacientes cubanos en donde la distancia de Xi a distal del segundo molar fue de 22.9 mm lo cual fue insuficiente para la erupción del tercer molar. Hattab(11) reportó sobre radiografías laterales de cráneo en 134 pacientes, 60 hombres y 74 mujeres con edades promedio de 18,8 años de edad en el que evaluaron la mesio angulación de los terceros molares encontrándose una medida de 160 con una tendencia a horizontal, el espacio retromolar pequeño y presentaban coronas grandes, y este autor considera entonces que estos son los factores que generan la retención del molar. Ganss C.(12) concluye que cuando la distancia entre el borde anterior de la rama ascendente y la cara distal del segundo molar se divide entre el ancho mesiodistal del tercer molar es igual o mayor que 1 la probabilidad de erupción es de 70 %, Morant (13) coinciden con los conceptos emitidos por Ganss.(12) Por otro lado Bjork (4), sugiere que la probabilidad de retención disminuye al aumentar esta distancia. Ricketts (1) menciona que la posibilidad de una erupción exitosa estará directamente relacionada con la posición del tercer molar que se extiende más allá del borde anterior de la rama ascendente; si la mitad del tercer molar esta detrás de la rama ascendente la posibilidad de erupción es del 50% Venta I. y Nedeljkovic (14,15,16) toman la medida de distal de segundo molar a la rama ascendente en su borde anterior y promediaron una distancia de 14.5 mm cuando la posición del diente se encuentra mesial a esta distancia las probabilidades de impactación son del 76 %, cuando el tercer molar esta distal a esa distancia las probabilidades de erupción son del 72%, y luego se evaluaron clínicamente haber si se habían erupcionado o no, 97% .

Schulhof (7) evaluó diferentes métodos de medición del espacio disponible para la erupción del tercer molar concluyendo que el mas útil era la distancia desde Xi hasta la cara distal del segundo molar, también menciona en su estudio que la predicción puede realizarse desde los 8-9 años de edad con una exactitud del 90% lo cual es refutado por Richardson (17) Castella (18) luego de evaluar 65 radiografías panorámicas concluyeron que la evaluación en edades tempranas tiene poco valor predictivo, ellos consideran que el valor predictivo aumenta cuando se evalúan coronas completamente formadas con más de 1/3 de raíz formada, situación que se da por los general después de los 16 años de edad, por lo tanto la decisión de extraer o no extraer el tercer molar debe realizarse a partir de esta edad. Olive y Basford 19 en una radiografía lateral de cráneo, trazan el plano oclusal y dos perpendiculares a la cara distal del segundo molar y al borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula y se mide el ancho mesiodistal del tercer molar, si esto es igual o menor al espacio disponible las posibilidades de erupción serán buenas. Richardson reportó 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 curvada hacia distal, mientras que una curvatura mesial provoca una inclinación desfavorable para el tercer molar mandibular. Manifiesta que los pacientes clase II esquelética con ángulos mandibulares cortos y agudos las probabilidades de impactación son mayores, también en este estudio señala que la presencia de espacio suficiente entre la cara distal del segundo molar inferior y la rama, evaluada en edades tempranas como 10-11 años no es indicativo de erupción, concluye sugiriendo que la angulación del tercer molar es un factor importante en la impactación. Para Venta I.(15) Evaluó el estado de desarrollo clínico de los terceros molares mandibulares en pacientes adultos durante un periodo de 12 años, concluyendo que pueden ocurrir cambios notables principalmente relacionados con la angulación después de que el periodo de erupción del tercer molar sea superado y que estos cambios se producen sin sintomatología asociada. mencionan otro factor importante en la erupción de los terceros molares, en los casos de extracción de premolares es la inclinación que se produce en el primer y segundo molar debido a la mesialización de estos durante el cierre de espacios lo cual produce una disminución del ángulo del eje axial del segundo molar disminuyendo la posibilidad que el tercer molar se impacte, corroborado por Saisel (18. 19,20)

Capelli (21) evaluó cefalometrías 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 era indicativo de la posible impactación del tercer molar inferior. Los dientes que mas frecuentemente se extraen por caries son los primeros y segundos molares, Badawir (22) encontró que el 77% de 118 terceros molares mandibulares erupcionaron en una muy buena posición. Gaumont (23) evaluó la erupción de 22 terceros molares mandibulares después de la germenectomía de los segundos molares y encontró que el 86% lograba una posición satisfactoria en el arco.

Objetivo General Determinar un promedio del espacio de erupción del tercer molar inferior en pacientes con edad, de 16 años a 34 años con tercer molar inferior erupcionado e impactado en radiografías panorámicas para predecir la erupción del tercer molar mandibular.

Materiales y métodos. Tipo de estudio, descriptivo, transversal. Universo de estudio Pacientes del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO. Población fue de 800 expedientes de pacientes del CESO. Muestra de 60 pacientes dividiéndose en dos grupos; Grupo 1 de 30 pacientes con 50 terceros molares inferiores erupcionados Grupo 2 de 30 pacientes con 50 terceros molares impactados. Variables: Distancia en mm desde Xi de Ricketts hasta la cara distal del segundo molar inferior. Distancia en mm desde el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Tamaño en mm mesiodistal del tercer molar. Índice de espacio / medida mesiodistal del tercer molar.

Técnicas de registro. Se tomaron 60 radiografías panorámicas de pacientes. Se asigno grupo 1, 30 radiografías con terceros molares mandibulares erupcionados 52 terceros molares. Grupo 2: 30 radiografías panorámicas de pacientes con terceros molares mandibulares impactados 57 terceros molares con o sin tratamiento de ortodoncia, estos pacientes en rango de edad de 16 años 1 mes a 34 años 2 meses de edad.

Se tomo la medida inicial trazando las medidas en mm de borde anterior de la rama a cara distal del segundo molar inferior utilizada en el estudio de Venta, de punto Xi a cara distal del segundo molar inferior utilizada en el estudio de Quiroz(9) y Céspedes (10), y tamaño mesiodistal del tercer molar. Se realizó el índice de espacio retromolar entre medida mesiodistal del tercer molar utilizada por Ganns.(12)

Todas las radiografías fueron tomadas con el mismo aparato y medida con la misma regla. Se trazo el punto Xi de Ricketts (1) en ambas ramas mandibulares, figura 1. Este punto se localiza en el centro de la rama, trazando un rectángulo formado por los puntos:

- A. R1 Punto más profundo del borde anterior de la rama.
- B. R2 Punto localizado sobre el borde posterior de la rama, a la misma altura que el punto R1.
- C. R3 Punto localizado en la porción más inferior de la escotadura sigmoidea.
- D. R4 Punto sobre el borde inferior de la mandíbula, exactamente por debajo del punto R3.
- E. Punto Xi, se localiza en el centro de un rectángulo formado por cuatro planos: se trazan diagonales al paralelogramo formado. En la intersección de estas diagonales se ubica el punto Xi. Después se procedió a realizar las siguientes mediciones manualmente para ambos grupos: 1.- Tamaño del espacio retromolar: Se trazó la distancia que existe del punto de Xi a la cara distal del segundo molar de ambos lados. Figura 2 . 2.- Distancia del borde anterior de la rama mandibular a la cara distal del Segundo molar. 3.- Tamaño mesiodistal del tercer molar mandibular de ambos lados. 4.- Índice de espacio/ tamaño mesiodistal del tercer molar.

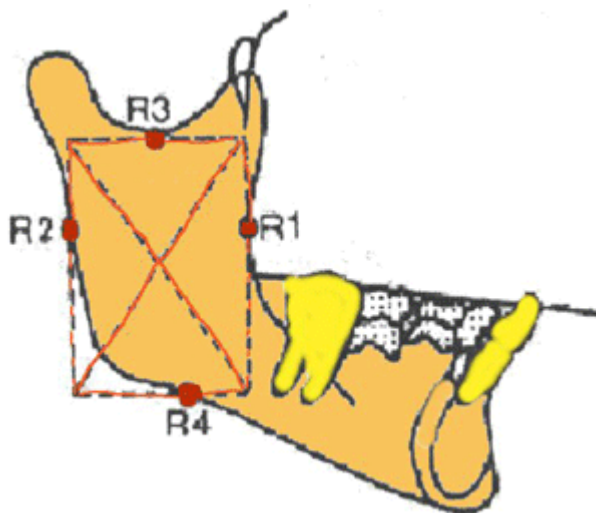


Gráfico 1

Fig 1 Se trazo el punto Xi de Ricketts (1) en ambas ramas mandibulares, figura 1. Este punto se localiza en el centro de la rama, trazando un rectángulo formado por los puntos:



Figura 2 . 2.- Distancia del borde anterior de la rama mandibular a la cara distal del Segundo molar

Resultados

El análisis estadístico que se llevó a cabo para comparar las medidas en pacientes con tercer molar erupcionado y pacientes con tercer molar inferior impactado fue frecuencia y porcentaje.

Distancia Xi a cara distal de 2dos molares mandibulares				
Rango Ricketts	Resultado en el CESO III Molares erupcionados		Resultado en el CESO III Molares no erupcionados	
	Frecuencia en el promedio obtenido	%	#Frecuencia en el promedio obtenido	%
0 a 14 mm	0	0	23	40
25 a 29 mm	15	29.6	31	54.3
30 o mayor	36	70.4	3	5.7
Distancia de Borde anterior de la rama a cara distal del 2do molar mandibulares				
Rango Venta	Resultados obtenidos en el estudio del CESO			
	Frecuencias	%	Frecuencias	%
0 a 14.49 mm	14	28%	55	96%
14.5 o mayor	37	72	2	3.5
Indice retromolar Según Ganns				
0 a 0.99	0	0	54	94.7
1 o mayor	51	100	3	5.3

Discusión

La edad para el diseño en este tipo de estudio es fundamental, según Richardson, Castella, Venta, Farsburg, mencionan que las evaluaciones a edades tempranas no tienen valor predictivo, por lo que sugieren que las investigaciones deben realizarse en pacientes mayores de 16 años, la investigación incluye estas edades. (6, 7, 15, 17, 23)

Los hallazgos son similares a los reportados por Quiroz(9): ancho mesiodistal del tercer molar inferior de 15.7 mm para el lado derecho y 15.8 mm para el lado izquierdo, dato similar obtenido en la presente investigación que fue de 14,5 y 14,5 mm respectivamente. Referente a la distancia del borde anterior de la rama a cara distal del segundo molar inferior en el grupo de terceros molares erupcionados fue de 15.5 mm y de 9.32 mm para el grupo de terceros molares impactados, estos resultados son equivalentes a los encontrados por Venta (15, 16) y Nadeljkovic (14), donde la medida del borde anterior de la rama a cara distal del segundo molar es de 14.5 mm, si el tercer molar inferior se encuentran por mesial de esta medida tienen 76 % de impactación y si se encuentra por distal el tercer molar tiene una probabilidad de erupción del 72 %. En el grupo de terceros molares erupcionados el 76 % , 39 de los 51 terceros molares presentaban una medida mayores de 14 mm y en el grupo B de terceros molares impactados el 94.7%, 54 de 57 terceros molares presentaban menos de 14 mm. Lo cual indica que esta medida puede ser utilizada para predecir la erupción del tercer molar, lo cual coincide con las apreciaciones de Ricketts1 y Bjork(4) , en el sentido de que la probabilidad de retención del molar disminuye en la medida que la distancia borde anterior de la rama a cara distal del segundo molar mandibular aumenta.

Respecto a la distancia de Xi a cara distal del segundo molar, Ricketts(1) menciona que cuando esta distancia es menor de 25 mm no es posible la erupción del tercer molar mandibular por desarrollo insuficiente de la mandíbula, distancias entre 25-29 mm hay un desarrollo inadecuado de la mandíbula, lo cual permite la erupción del tercer molar pero en mala posición, distancias de 30 mm o mas permite la erupción del tercer molar ya que la mandíbula presenta un desarrollo satisfactorio, es así que en las radiografías panorámicas de pacientes con terceros molares erupcionados en 70.6% , 36 de 51 terceros molares se encontraban en un rango mayor de 30 mm, el 29.4 % restante se encontraba entre 25-29 mm. Como se observa no hay medidas menores de 25 mm en terceros molares erupcionados. Por otro lado en las radiografías panorámicas con terceros molares impactados corresponde el 40.2% , siendo 23 dientes de los 57 los que se hallan en el rango menor a 25 mm, 54.3% 31 de 57 en rango de 25-29 mm y solo 5.7 % , 3 de 57 se encuentran con medidas mayores de 30 mm. Encontramos en este estudio, que la distancia que permitió mayor erupción del tercer molar es de 30 mm o mayor, y en el caso del grupo con terceros molares mandibulares impactados solo se localizó 3 terceros molares con distancia mayores a 30 mm, lo que puede indicar que distancia menores a 30 mm aumenta la posibilidad de impactación.

Por otra parte Hattab (11), Morant(13) sugirieron que la retención del tercer molar mandibular es producto de la falta de competencia entre el ancho mesiodistal del molar y el espacio que tiene para erupcionar, situación que también pudimos observar en los resultados obtenidos de la presente investigación. Para Ganns(15) quien denominó este espacio como retromolar, y que resulta al dividir borde anterior de la rama mandibular a cara distal del segundo molar entre tamaño mesiodistal del tercer molar, la posibilidad de retención es mayor del 70% cuando el resultado es menor a 1, nosotros encontramos que el 100% de los molares erupcionados presentaron un índice mayor a 1 y en los molares impactados el 94.7% , 54 de 57 mostraron un índice menor a 1, solo 3 de los 57 terceros molares inferiores presentaron suficiente espacio de erupción pero con un ángulo de erupción muy horizontal.

Conclusiones

El ancho de la corona del tercer molar es un factor importante de retención, esto en relación con el espacio de erupción del tercer molar. La retención del 3er molar es multifactorial, donde intervienen; la herencia, el crecimiento mandibular, la angulación, anomalías de tamaño y forma. Los pacientes tratados o no tratados ortodóncicamente con terceros molares erupcionados cuentan con un espacio de erupción adecuado con respecto al tamaño mesiodistal del tercer molar. El 3er molar tiene mayor probabilidad de erupción mandibular si el paciente presenta más de 30 mm en la distancia de Xi a cara distal del 2do molar inferior.

Bibliografía

1. Ricketts . Técnica bioprogresiva de Ricketts, Editorial Médica Panamericana, 1983, Parte IV, cap 3, 365-72.
2. Bergman. Are wisdom teeth vestiges of human evolution? TJ Archive 1998;12(3):297-304.
3. Bisahara. Third Molars: A Dilema! Or is it? Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999; 115: 628-33.
4. Bjork . Mandibular Growth and third molar impactation. Acta Odontol Scand 1956; 14:231-72.
5. Bjork., Jensen., Palling., Mandibular Growth and third molar impaction Acta Odontol Scand 1956; 14: 231-72.
6. Richardson. The development of third molar impaction BR.J.Othod 19752:231-
7. Schulhof, Third molar and ortodhontic diagnosis.1976 J Clin Othod. 10:273..Richardson . The development of third molar impaction. Br J Orthod 1975; 2:231-4
8. Tatsuno . The condition of dentition and the prediction of eruption at lower third molar of Japanese adolescent males. Gifu Shika a Gakkai Zasshi 1990 Jun; 17(1):260-79. (Abstract
9. Oscar Quirós: www.oc-j.com/3rdmolar fecha consulta junio 2006
10. Cespedes. , Diaz ., Carbonell ., Gonzalez . Terceros molares Diagnóstico Ortodóncico Ver. Cubana Ortho 2000; 15(1); 39-43.
11. Hattab , Alhaja . Radiographic evaluation of mandibular third molar eruption space. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999 Sep;88(3); 285-91
12. Ganns . Hochban . Kielbassa . Umstadt HE. Prognosis of third molar eruption. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993 Dec; 76 (6): 688-93.
13. Morant H.A preliminary study of the eruption of the mandibular third tooth in man based on measurement. www.oc-j.com/3rdmolar
14. Nedeljkovic., Stamenkovic ., Tatic. , Racic., Possibility of the lower third molar eruption radiographic analysis. Vojnosanit Pregl. 2006 Feb;63(2):159-62.
15. Venta, Turtola. Ylipaalniemi . Change in clinical status of third molar in adults during 12 years of observation. J Oral Maxillofac Surg 1999 Apr; 57(4): 386-91.
16. Venta, Turtola . Ylipaalniemi. Radiographic follow-up of impacted third molar from age 20 to 32 years . Int J Maxillofac Surg 2001 Feb; 30(1): 54-7.
17. Richarson ., Malhotra ., Semenya .,Longitudinal Study of three views of mandibular third molar

- eruption in males. Am J Orthod 1984 Aug; 86(2): 119-29
18. Castella . Prediction of mandibular third molar impaction in the orthodontic patient from a panoramic radiograph. Clin Orthod Res 1998 Aug; 1 (1): 37-43.
 19. Olive .,Basford ., Reliability and validity of lower third molar space-assessment techniques, Am J Orthod 1981;79: 45-53.
 20. Saysel., Meral., Kocadereli., Tasar., The effects of first premolar extraction on third molar Angulations. Angle Orthod 2005;75:719-22.
 21. Capelli , Mandibular growth and third molar impaction in extraccion cases. Angle Orthod 1991; 61(3): 223-9.
 22. Badawi ., Cohen ., Yasbeck .,Eruption of third molar: Relationship to inclination of adjacent molars. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2004; 125:200-2.
 23. Richardson The effect of mandibular premolar extraction on third molar space. Angle Orthod 1986 59(4):291-4.
 24. Gaumond ., Second molar germenectomy and third molar eruption, 11 cases of second molar enucleation . Angle Orthod 1985; 55: 77-88.