

Prevalence of juxta-apical radiolucency and association/relations with the lower third molar in panoramic radiography

Natália Mariane Rigo¹  | Amanda Regina Fischborn¹  | Fabio Brasil de Oliveira¹  | Jéssica Daniela Andreis¹  | Marcela Claudino¹  | Gilson Cesar Nobre Franco¹ 

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil

Aim: To evaluate the prevalence of juxta-apical radiolucency (JAR) and its relationship with the lower third molars and adjacent structures, in 1,054 panoramic radiographs.

Methods: The sample consisted of digital panoramic radiographs of individuals over 18 years of age, with at least one lower third molar. The images were analyzed for the presence of JAR in relation to corticalization, location, impaction depth, relationship with the mandibular canal, angulation, and impaction of the third molar. Data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test, and values of $p < 0.05$ were considered significant.

Results: A prevalence of 2.75% of JAR was found, with a statistical difference between JAR and gender ($p = 0.01$), which proved to be predominant in females. The JAR was seen in greater numbers as corticalized (58.63%), lateroapical (48.27%), and mesioangulated (55.17%), as well as in erupted teeth (31.03%). In relation to the mandibular canal, it presented a higher prevalence when superimposed upon the mandibular canal (65.52%).

Conclusions: The prevalence of RJA was 2.75% of the 1,054 evaluated panoramic radiographs. In relation to the mandibular canal, it presented a higher prevalence of superimposition. In addition, most of the RJA were corticalized, in a lateroapical position, associated with teeth in a mesioangular position.

Uniterms: Panoramic radiography. Third molar. Mandibular nerve.

Data de submissão: 10/04/2022

Data de aceite: 10/03/20

INTRODUÇÃO

A extração de terceiros molares é um procedimento frequentemente realizado na prática clínica, sendo que estudos demonstram que pacientes com até 20 anos de idade tem 50% dos seus terceiros molares extraídos¹. O risco de lesão ao nervo alveolar inferior (NAI) após a extração de terceiros molares inferiores chega a 19%², onde fatores de risco e sinais radiográficos específicos podem indicar maior probabilidade de lesão ao nervo. Os achados radiográficos indicativos de possível risco ao NAI incluem desvio do canal mandibular, escurecimento radicular, deflexão da raiz, estreitamento do canal, interrupção da cortical do canal mandibular e radiolucência justa-apical (RJA)³.

A prevalência da RJA varia entre 11 a 32%⁴⁻⁸, sendo que sua presença foi recentemente descrita como um fator predisponente para ocorrência de lesão ao NAI. Nesse contexto, o possível contato com o canal mandibular resulta em fragilidade óssea na região e aumenta a susceptibilidade de danos a estas estruturas no período transoperatório^{3,5,9}. ARJA é descrita como uma área radiolúcida, bem definida, localizada apical e/ou lateralmente à raiz e aos ápices radiculares de terceiros molares inferiores vitais, e vem sendo considerada como uma variação de normalidade do osso trabecular, e não como uma condição patológica^{3,9,10}. Essa variação é decorrente do aumento dos espaços entre as trabéculas de osso esponjoso¹⁰, sendo distinta da cortical alveolar e do canal mandibular⁶.

Autor para Correspondência:

Natália Mariane Rigo

Avenida General Carlos Cavalcante, 5775, Uvaranas, Ponta Grossa, Paraná. CEP: 84.030-000.

E-mail: nataliamrigo@outlook.com

Apesar da RJA ser descrita como um sinal radiográfico sugestivo de complicações para o NAI durante a exodontia de terceiros molares inferiores, há poucas evidências sobre esta condição^{3,11}. O conhecimento sobre as características radiográficas da RJA bem como a relação com o canal mandibular são de grande relevância no planejamento cirúrgico, visando minimizar a ocorrência de complicações associadas ao procedimento⁵. Além disso, o diagnóstico diferencial entre RJA e lesões ósseas deve ser feito com cautela, uma vez que a RJA pode mimetizar condições patológicas e, conseqüentemente, comprometer o diagnóstico e tratamento⁴.

A radiografia panorâmica é um exame complementar comumente solicitado para avaliação pré-operatória de exodontias de terceiros molares¹². Essa técnica radiográfica proporciona uma visão ampla dos maxilares, tem baixo custo e reduzidas doses de radiação, quando comparada com a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC)^{13,14}. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi investigar a prevalência da RJA por meio de radiografias panorâmicas, bem como sua relação com os terceiros molares inferiores e estruturas adjacentes.

MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo descritivo, transversal e retrospectivo foi desenvolvido em conformidade com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP # 1.473.168).

AMOSTRA DO ESTUDO

Foram obtidas 2400 radiografias panorâmicas digitais de uma clínica de radiologia odontológica do sul do Brasil, no período de 2018 até 2019, de indivíduos maiores de 18 anos, com pelo menos um terceiro molar inferior, que realizaram o exame para qualquer indicação odontológica. Foram excluídos exames com terceiros molares que apresentavam lesões de cárie, grandes restaurações, tratamentos endodônticos ou lesões traumáticas. Exames que impossibilitaram a visualização das estruturas objeto do estudo também foram excluídos bem como radiografias do mesmo paciente realizadas em outros períodos. Sendo assim, 1054 radiografias panorâmicas digitais foram avaliadas neste estudo. Considerando que foram avaliadas radiografias provenientes de um banco de dados, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) não foi utilizado.

PARÂMETROS DE AQUISIÇÃO DAS IMAGENS

As imagens foram obtidas por um equipamento de radiografia panorâmica digital, tipo *Orthophos XG* (Sirona Dental Systems GmbH, Bensheim, Alemanha). A incidência radiográfica foi realizada por um profissional habilitado. Os valores de quilovoltagem pico (kV) variaram de 62 a 73, enquanto os valores de miliamperes (mA) variaram de 13 a 15mA, conforme o biotipo do paciente, de acordo com as instruções do fabricante do aparelho.

ANÁLISE DAS IMAGENS

As avaliações foram realizadas em ambiente de baixa luminosidade, em um monitor LG Ultrawide 25UM58G – 25" IPS Full HD (resolução 1920x1080). Foram avaliadas, no máximo, 30 radiografias por dia.

Inicialmente, os terceiros molares inferiores foram avaliados quanto a presença ou ausência de RJA. Em seguida, a RJA foi classificada quanto à corticalização (presente ou ausente), localização (apical, lateral ou lateroapical) e relação com o canal mandibular (em contato com o canal mandibular, distante do canal mandibular ou sobreposto a canal mandibular).

Em seguida, procedeu-se a avaliação do terceiro molar com RJA quanto aos seguintes critérios: angulação (vertical, horizontal, mesioangular, distoangular, invertido ou transversal) e profundidade de impaction (intraósseo, parcialmente intraósseo ou erupcionado). A avaliação foi realizada por um único examinador previamente calibrado, graduando em Odontologia, com experiência na área de Imagiologia por meio de monitorias e atividades de pesquisa e extensão.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados e avaliados por meio de estatística descritiva e pelo teste *Qui-quadrado*, (software *GraphPad Prism 8.4*, San Diego, Califórnia, EUA) para avaliar uma possível associação entre as variáveis demográficas (sexo e faixa etária). A concordância intra-examinador foi mensurada por meio do teste kappa. Valores de $p < 0,05$ foram considerados como significativo.

RESULTADOS

Das 1054 radiografias panorâmicas analisadas, foi encontrado uma prevalência de 2,75%, sendo 27 indivíduos (2,56%) que

apresentaram RJA. Após a avaliação das radiografias, os dados obtidos foram tabulados bem como os dados referentes a sexo e faixa etária (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da radiolucência justa-apical (RJA) em terceiros molares inferiores de acordo com o sexo e faixa etária.

		n (frequência absoluta)	% absoluta	Valor de p (Qui-quadrado)	Razão de prevalência
Sexo	Feminino	21	1,99%	$p = 0,01$	3,09
	Masculino	6	0,57%		
Faixa etária	18-25 anos	17	1,62%	$p = 0,16$	3,09
	26-30 anos	5	0,47%		
	31-35 anos	3	0,28%		
	36-40 anos	2	0,19%		
	>40 anos	0	0%		
Total		27	2,56%		

% absoluta: referente ao "n" total da amostra.

$p < 0,05$

Não foram observadas diferenças significativas entre a RJA e a faixa etária ($p = 0,16$). Contudo, foi observada diferença estatística entre a RJA e o sexo ($p = 0,01$), sendo predominante no sexo feminino. Indivíduos do sexo feminino possui uma prevalência 3,09 vezes maior de ter RJA do que aqueles do sexo masculino (RP = 3,09).

A RJA foi visualizada em maior número corticalizada (58,63%), lateroapical (48,27%),

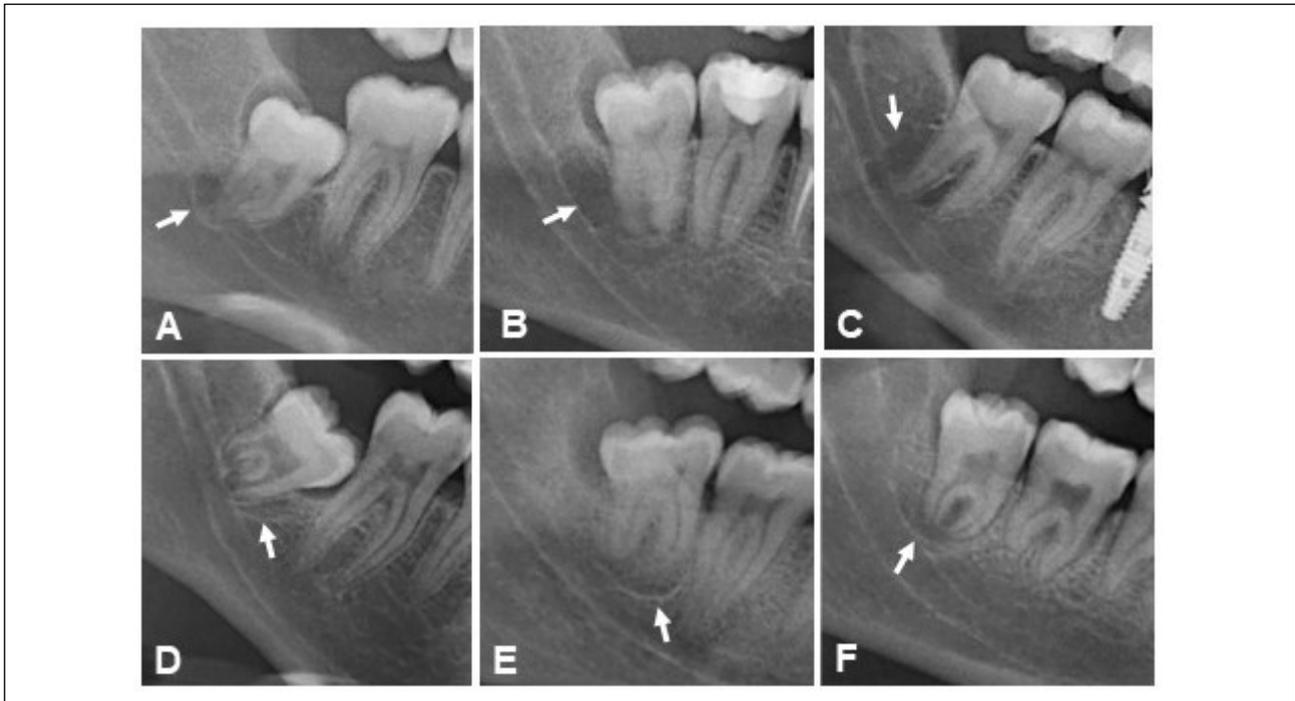
dentes parcialmente intraósseos (68,97%) e mesioangulados (55,17%) (Tabela 2). Em relação ao canal mandibular, apresentou maior prevalência sobreposto ao canal mandibular (65,52%) (Tabela 2). Exemplos da RJA visualizada nas radiografias panorâmicas podem ser observadas na figura 1. A avaliação da concordância intraexaminador foi mensurada por meio do teste kappa ($p = 0,92$) e revelou alto índice de concordância.

Tabela 2. Prevalência da radiolucência justa-apical (RJA) de acordo com os parâmetros avaliados.

		n	% relativa
Corticalização	Presente	17	58,63%
	Ausente	12	41,37%
Localização	Apical	7	24,14%
	Lateral	8	27,59%
	Lateroapical	14	48,27%
Relação da RJA com o canal mandibular	Em contato	9	31,03%
	Distante	1	3,45%
	Sobreposto	19	65,52%
Angulação do terceiro molar inferior	Vertical	11	37,93%
	Horizontal	0	0%
	Mesioangular	16	55,17%
	Distoangular	2	6,90%
	Invertido	0	0%
	Transverso	0	0%
Profundidade de impactação	Intraósseo	0	0%
	Parcialmente intraósseo	20	68,97%
	Erupcionado	9	31,03%
Total		29	100%

% relativa: referente ao "n" de RJA

Figura 1. Radiografias panorâmicas recortadas de terceiros molares inferiores com presença de RJA (seta): A) Apical, corticalizada e sobreposta ao canal mandibular, dente na posição mesioangular e parcialmente intraósseo. B) Lateroapical, não corticalizada e em contato com o canal mandibular, dente na posição distoangular e parcialmente intraósseo. C) Lateroapical, não corticalizada e sobreposta ao canal mandibular, dente na posição vertical e erupcionado. D) Lateral, corticalizada e em contato com o canal mandibular, dente na posição mesioangular e parcialmente intraósseo. E) Apical, corticalizada e em contato com o canal mandibular, dente na posição distoangular e parcialmente intraósseo. F) Lateroapical, corticalizada e em contato com o canal mandibular, dente na posição vertical e parcialmente intraósseo.



DISCUSSÃO

A RJA em radiografias panorâmicas foi detectada em 2,75% dos exames. Estudos prévios relataram que a incidência de RJA variou entre 11 a 32%, geralmente associadas ao sexo feminino e a 2ª e 3ª década de vida⁴⁻⁸. Nascimento et al., apontam que a probabilidade de identificação da RJA em pacientes do sexo feminino é duas vezes maior em relação ao sexo masculino, corroborando com os resultados obtidos em nosso estudo. Quanto a posição do terceiro molar inferior com RJA, outros autores demonstraram maior prevalência de associação com as angulações mesioangular e vertical, assim como no presente estudo, onde a angulação mesioangular foi a mais prevalente (55,17%)⁴⁻⁶.

O exame imaginológico pré-operatório mais utilizado para a exodontia de terceiros molares é a radiografia panorâmica. Contudo, essa técnica não fornece informações tridimensionais sobre os dentes e estruturas adjacentes^{9,15}. Além disso, as limitações de amplificação, distorção de imagem e sobreposição de estruturas

são inevitáveis e inerentes à técnica¹⁶. Neste contexto, outras metodologias podem revelar resultados diferentes, especialmente quando estes métodos apresentam maior sensibilidade e acurácia. De fato, Yalcin & Artas revelaram prevalência de 33% na RJA após avaliações com tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC). Comparando-se os dois métodos de imagem, Nascimento et al., encontraram 24% de RJA na radiografia panorâmica, dado que aumentou para 32,6% na TCFC, atestando que a detecção de RJA é maior usando a TCFC.

Assim, os dados de prevalência podem variar de acordo com diferentes métodos de avaliação, critérios diagnósticos e populações avaliadas. Neste estudo, a escolha da radiografia panorâmica foi baseada em sua ampla utilização na Odontologia bem como na disponibilidade da metodologia. Em relação a prevalência, o presente estudo encontrou a RJA em 2,75%, sendo que estudos prévios relataram prevalências variando entre 11 e 33%⁴⁻⁸. No entanto, estes estudos foram conduzidos com amostras menores em relação a amostra abordada neste estudo. Além

disso, grande parte dos estudos foi solicitado visando a realização do planejamento cirúrgico de terceiros molares. Por outro lado, nosso estudo envolveu uma amostra maior e não específica para o planejamento cirúrgico. Outro ponto relevante envolve a idade dos pacientes avaliados. O delineamento experimental do presente estudo incluiu somente pacientes maiores de 18 anos. Outros autores^{5,7} avaliaram pacientes mais jovens e, conseqüentemente, que apresentam formação radicular incompleta ou em estágios mais iniciais. Além disso, o número de examinadores também variou entre os manuscritos avaliados. Ou seja, os diferentes resultados nos estudos sobre a incidência da RJA podem ser resultado de diferenças na indicação dos exames, método imaginológico utilizado, tamanho e características da amostra⁴.

Fatores de risco que aumentam as chances de lesões no NAI incluem aumento da idade, dentes não irrompidos, impactação profunda e distoangular, morfologia irregular da raiz, falta de experiência clínica do operador, necessidade de retalho, retração lingual, e sinais radiográficos de proximidade do terceiro molar com o canal mandibular¹⁷⁻²³. Já em relação aos achados radiográficos indicativos de possível risco ao NAI, são citados o desvio do canal mandibular, escurecimento radicular, deflexão da raiz, estreitamento do canal, interrupção da cortical do canal mandibular e radiolucência justa-apical^{3,24,25}. Porém, estudos afirmaram que a RJA não pode ser um fator de risco independente para a lesão ao NAI⁸.

Em virtude da crescente demanda de cirurgias para a remoção de terceiros molares e suas possíveis intercorrências trans e pós-operatórias, a relação entre esses dentes e as estruturas adjacentes têm sido cada vez mais estudada^{5,14}. Portanto, o conhecimento das características anatômicas, bem como das variações da normalidade são primordiais para o adequado manejo do paciente^{2,3}. Os estudos relacionados com a RJA são limitados, nesse sentido, estudos com diferentes populações, comparação entre métodos de imagem, descobertas relacionadas com a RJA e resultados pós-cirúrgicos são importantes para uma melhor compreensão do tema e possíveis fatores associados.

Visto que a RJA é uma área radiolúcida, bem definida, localizada na área justapical dos terceiros molares inferiores, a RJA pode mimetizar condições patológicas no leito ósseo. Diagnósticos diferenciais incluem displasia cemento-óssea focal em estágio inicial e lesão

periapical de natureza inflamatória/infecciosa¹³. Contudo, a displasia cemento-óssea focal ocorre em pacientes de meia idade e é restrito na região apical, já a RJA pode aparecer em região apical, lateral e lateroapical. Outra condição semelhante é a lesão periapical inflamatória, mas a presença de cortical alveolar (lâmina dura) e ausência de patologia dentária, associado aos dados clínicos, são fatores importantes que podem distinguir entre as duas condições na presença de dano dentário⁵. Assim sendo, os resultados obtidos neste estudo certamente contribuirão para otimizar o manejo dos pacientes com necessidade de remoção dos terceiros molares inferiores, bem como auxiliarão o clínico no contexto do diagnóstico diferencial.

CONCLUSÃO

A prevalência de RJA foi de 2,75% do total de 1054 radiografias panorâmicas avaliadas, sendo mais prevalente no sexo feminino. Em relação ao canal mandibular, apresentou maior prevalência sobreposto. Além disso, a maior parte das RJA se apresentaram corticalizadas, em posição lateroapical, associada a dentes em posição mesioangular.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram ausência de conflito de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação Araucária, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e à Universidade Estadual de Ponta Grossa pelas bolsas concedidas para execução desse trabalho.

ORCID

Natália Mariane Rigo  <https://orcid.org/0000-0003-0994-9418>

Amanda Regina Fischborn  <https://orcid.org/0000-0002-7470-484X>

Fabio Brasil de Oliveira  <https://orcid.org/0000-0002-9207-8694>

Jéssica Daniela Andreis  <https://orcid.org/0000-0002-4435-4850>

Marcela Claudino  <https://orcid.org/0000-0003-1553-5852>

Gilson Cesar Nobre Franco  <https://orcid.org/0000-0001-7082-7837>

REFERÊNCIAS

1. Huang GL, Rue TC. Third-molar extraction as a risk factor for temporomandibular disorder. *J Am Dent Assoc.* 2006;137(11):1547-54.
2. Nguyen E, Grubor D, Chandu A. Risk factors for permanent injury of inferior alveolar and lingual nerves during third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(12):2394-401.
3. Renton T, Hankins M, Sproate C, McGurk M. A randomized controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005;43(1):7-12.
4. Yalcin ED, Artas A. Juxta-apical radiolucency and relations with surrounding structures on cone-beam computed tomography. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2020;58(3):309-13.
5. Nascimento EHL, Oenning ACC, Nadaes MR, Ambrosano GMB, Haiter-Neto F, Freitas DQ. Juxta-apical radiolucency: prevalence, characterization, and association with the third molar status. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017;76(4):716-24.
6. Kapila R, Harada N, Araki K, Sano T, Goto TK. Relationships between third-molar juxta-apical radiolucencies and mandibular canals in panoramic and cone beam computed tomography images. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2014;117(5):640-4.
7. Nascimento EHL, Oenning ACC, Freire BB, Gaêta-Araujo H, Haiter-Neto F, Freitas DQ. Comparison of panoramic radiography and cone beam CT in the assessment of juxta-apical radiolucency. *Dentomaxillofac Radiol.* 2017;47(8):20180246.
8. Gilvetti C, Haria S, Gulati A. Is juxta-apical radiolucency a reliable risk factor for injury to the inferior alveolar nerve during removal of lower third molars?. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2019;57(5):430-4.
9. Ghaeminia H, Meijer GJ, Soehardi A, Borstlap WA, Mulder J, Bergé SJ. Position of the impacted third molar in relation to the mandibular canal. Diagnostic accuracy of cone beam computed tomography compared with panoramic radiography. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(9):964-71.
10. Umar G, Bryant C, Obisesan O, Rood JP. Correlation of the radiological predictive factors of inferior alveolar nerve injury with cone beam computed tomography findings. *Oral Surg.* 2010;3(3):72-82.
11. Nakayama K, Nonoyama M, Takaki Y, Kagawa T, Yuasa K, Izumi K, et al. Assessment of the relationship between impacted mandibular third molars and inferior alveolar nerve with dental 3-dimensional computed tomography. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(12):2587-91.
12. Salti L, Whaites EJ. Survey of dental radiographic service in private dental clinics in Damascus, Syria. *Dentomaxillofac Radiol.* 2002;31(2):100-5.
13. Tantanapornkul W, Okouchi K, Fujiwara Y, Yamashiro M, Maruoka Y, Ohbayashi N, et al. A comparative study of cone-beam computed tomography and conventional panoramic radiography in assessing the topographic relationship between the mandibular canal and impacted third molars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103(2):253-9.
14. Neves FS, Souza TC, Almeida SM, Haiter-Neto F, Freitas DQ, Bóscolo FN. Correlation of panoramic radiography and cone beam CT findings in the assessment of the relationship between impacted mandibular third molars and the mandibular canal. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012;41(7):553-7.
15. Peker I, Sarikir C, Alkurt MT, Zor ZF. Panoramic radiography and cone-beam computed tomography findings in preoperative examination of impacted mandibular third molars. *BMC Oral Health.* 2014;14(1):1-7.
16. Scarfe WC, Farman AG. What is cone-beam CT and how does it work?. *Dent Clin North Am.* 2008;52(4):707-30.
17. Renton T, Smeeton N, McGurk M. Factors predictive of difficulty of mandibular third molar surgery. *Br Dent J.* 2001;190(11):607-10.
18. Leung YY, Cheung LK. Risk factors of neurosensory deficits in lower third molar surgery: a literature review of prospective studies. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011;40(1):1-10.
19. Gbotolorun OM, Arotiba GT, Ladeinde AL. Assessment of factors associated with surgical difficulty in impacted mandibular third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(10):1977-83.
20. Hill CM, Mostafa P, Thomas DW, Newcombe RG, Walker RV. Nerve morbidity following wisdom tooth removal under local and general anaesthesia. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2001;39(6):419-22.
21. Carmichael FA, McGowan DA. Incidence of nerve damage following third molar removal: a West of Scotland Oral Surgery Research Group study. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1992;30(2):78-82.
22. Jerjes W, Upile T, Shah P, Nhembe F, Gudka D, Kafas P, et al. Risk factors associated with injury to the inferior alveolar and lingual

- nerves following third molar surgery-revisited. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2010;109(3):335-45.
23. Gülicher D, Gerlach KL. Sensory impairment of the lingual and inferior alveolar nerves following removal of impacted mandibular third molars. Int J Oral Maxillofac Surg. 2001;30(4):306-12.
24. Howe GL, Poyton HG. Prevention of damage to the inferior dental nerve during the extraction of mandibular third molars. Br Dent J. 1960;109:355-63.
25. Rud J. Third molar surgery: relationship of root to mandibular canal and injuries to inferior dental nerve. Tandlaegebladet. 1983;87(18):619-31.
26. Winter GB. Impacted mandibular third molar. St. Louis: American Medical Book; 1926.

Prevalência de radiolucência justa-apical e sua relação com terceiros molares inferiores em radiografias panorâmicas

Objetivo: Avaliar a prevalência da radiolucência justa-apical (RJA) e sua relação com os terceiros molares inferiores, em 1054 radiografias panorâmicas.

Métodos: A amostra foi constituída por radiografias panorâmicas digitais de indivíduos maiores de 18 anos, com pelo menos um terceiro molar inferior. As imagens foram analisadas para a presença de RJA em relação à corticalização, localização, relação com o canal mandibular, angulação e profundidade de impactação do terceiro molar. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e pelo teste Qui-quadrado, sendo que valores de $p < 0,05$ foram considerados como significativos.

Resultados: Foi encontrada uma prevalência de 2,75% de RJA, sendo predominante no sexo feminino ($p = 0,01$). A RJA foi visualizada em maior número corticalizada (58,63%), lateroapical (48,27%), em dentes parcialmente intraósseo (68,97%) e mesioangulados (55,17%). Em relação ao canal mandibular, houve maior prevalência na posição sobreposta ao canal mandibular (65,52%).

Conclusão: A prevalência de RJA foi de 2,75% do total de 1054 radiografias panorâmicas avaliadas. Em relação ao canal mandibular, apresentou maior prevalência sobreposto. Além disso, a maior parte das RJA se apresentaram corticalizadas, em posição lateroapical, associada a dentes em posição mesioangular.

Descritores: Radiografia panorâmica. Dente serotino. Nervo mandibular.