

## Estudio Radiográfico Telerradiografía lateral

DR. ARIEL GARCIA ARRIETA \*

### Importancia en el diagnóstico.

El estudio radiográfico es un complemento imprescindible para una correcta evaluación diagnóstica del paciente disgnácico.

Luego del estudio semiológico, morfológico y funcional, el examen de las radiografías, junto a las fotos y modelos del paciente, constituyen los elementos para-clínicos de diagnóstico.

De rutina debemos pedir Telerradiografía lateral y Ortopantomografía.

Luego de evaluar los datos recogidos, decidiremos la necesidad de otro estudio radiográfico complementario a saber: periapicales, oclusales, técnica de Mollin, tomografías de ATM, de senos maxilares, telerradiografías frontales, carpales, etc.

Mediante la telerradiografía lateral podemos realizar un estudio de los elementos anatómicos de cabeza y cuello ( tejidos duros, partes blandas, espacios aéreos ), sus relaciones, y de esta valoración lograr datos significativos sobre la etio-

patogenia de la disgnacia.

Además, este estudio nos servirá en el futuro como elemento de comparación y evaluación de nuestro tratamiento.

Otra cosa es el estudio cefalométrico, entendiéndose por tal, el procedimiento por el cual, utilizando una telerradiografía de cráneo y mediante líneas rectas o curvas, y angulares, hacemos una evaluación de las estructuras cráneo-faciales, con relación a patrones tomados como normales o ideales.

### Reservas.

La valoración del estudio radiográfico, y especialmente el de la telerradiografía lateral, por su relación estrecha con el análisis cefalométrico, corre riesgo de ser hipertrofiado, y terminar siendo el elemento decisivo en el diagnóstico. Por eso, no debemos olvidar que este estudio tiene carácter anatómico y solo en dos planos del espacio. Podemos tomar una telerradiografía frontal para observar el tercer plano, pero el estudio sigue siendo estático, y además, detenido en el tiempo.

(\*) Egresado del primer Curso Integral de Ortopedia Funcional de los Maxilares dictado en CEDDU.  
Prof. Dr. Roberto Vidal.  
Colaborador en el curso de Ortopedia Funcional de los Maxilares.

Por otra parte, si bien el conocimiento de los patrones esqueléticos nos permiten dirigir el impulso de crecimiento en un sentido compensador, no nos aportan mucho sobre la dinámica funcional.

Algunos datos sobre la dinámica funcional solo podrán ser relevados por un agudo observador, que tenga conocimientos de anatomía radiográfica y sentido clínico, como para poder descubrir aquellos cambios en la forma causados por una disfunción.

Otro elemento que debemos tener en cuenta, es la peligrosidad potencial de estos estudios para nuestro pacientes, generalmente niños o jóvenes. Como profesionales de la salud, la cautela y la limitación en el uso de este método diagnóstico es imprescindible.

No olvidar que estamos usando una técnica invasiva, cuyos efectos nocivos son de evaluación imprecisa, y por lo tanto poco confiable.

### TELERRADIOGRAFÍA DE PERFIL.

A continuación, se ubicarán algunos elementos visibles en esta norma radiográfica, que están directamente relacionados con el diagnóstico en Ortopedia Funcional; algunos por su valor intrínseco anatómico, otros por la incidencia que su patología tiene como elemento causal, y finalmente, aquellos que nos aportan datos sobre el tipo de crecimiento cráneo-facial en nuestro paciente.

Las imprescindibles referencias a la anatomía radiográfica han sido extractadas de P.E. Vion (Anatomie Téléradiographique) y a él remitimos a aquellos lectores interesados en el tema.

La observación de una radiografía, implica diferenciar tonalidades de gris. Según la Dra. Danielle Pajoni el ojo humano puede captar 16

tonos (14 grises, blanco y negro). Si partimos de la base que la técnica radiográfica ha sido correcta, para «leer» toda la información «impresa» en la película, debemos tener como única fuente luminosa del lugar de estudio, la del negatoscopio. De lo contrario, estaremos «ciegos» a algunos tonos de gris presentes en la placa.

#### 1) Tejidos blandos.

**Frente** - sigue el contorno de la cortical externa del frontal.

**Nariz** - Nos puede dar una idea de la fisiología respiratoria del paciente. Hay que observar el agujero narinario, delimitado hacia atrás por el ala de la nariz, que aparece como una masa redondeada blanca, bordada por una zona negra: el surco nasogeniano. La orientación del perfil narinario es angulado hacia arriba y adelante.

**Mejillas** - En personas con mejillas prominentes, se observa una zona gris clara, arciforme, a convexidad anterior, a unos 2 mm detrás del ala de la nariz, a la altura del punto A.

**Labios** - Observamos si hay contacto, y cual es la relación sagital entre ambos, pues la desarmonía en ese plano nos indica alteraciones dentarias o maxilares en dicho plano.

Registramos la relación punto estomio-cara vestibular de incisivos centrales superiores.

El máximo de información la obtenemos si podemos ver los labios en todo su espesor, inclusive ubicar la comisura labial, que la encontramos detrás de la imagen de los inc. centrales superiores, en normo y disto relaciones, o a nivel del inc. central inferior en mesiorelaciones.

Además del espesor, es importante observar el largo y la masa muscular de cada labio; ello nos informará las posibilidades de corrección de una incompetencia labial.

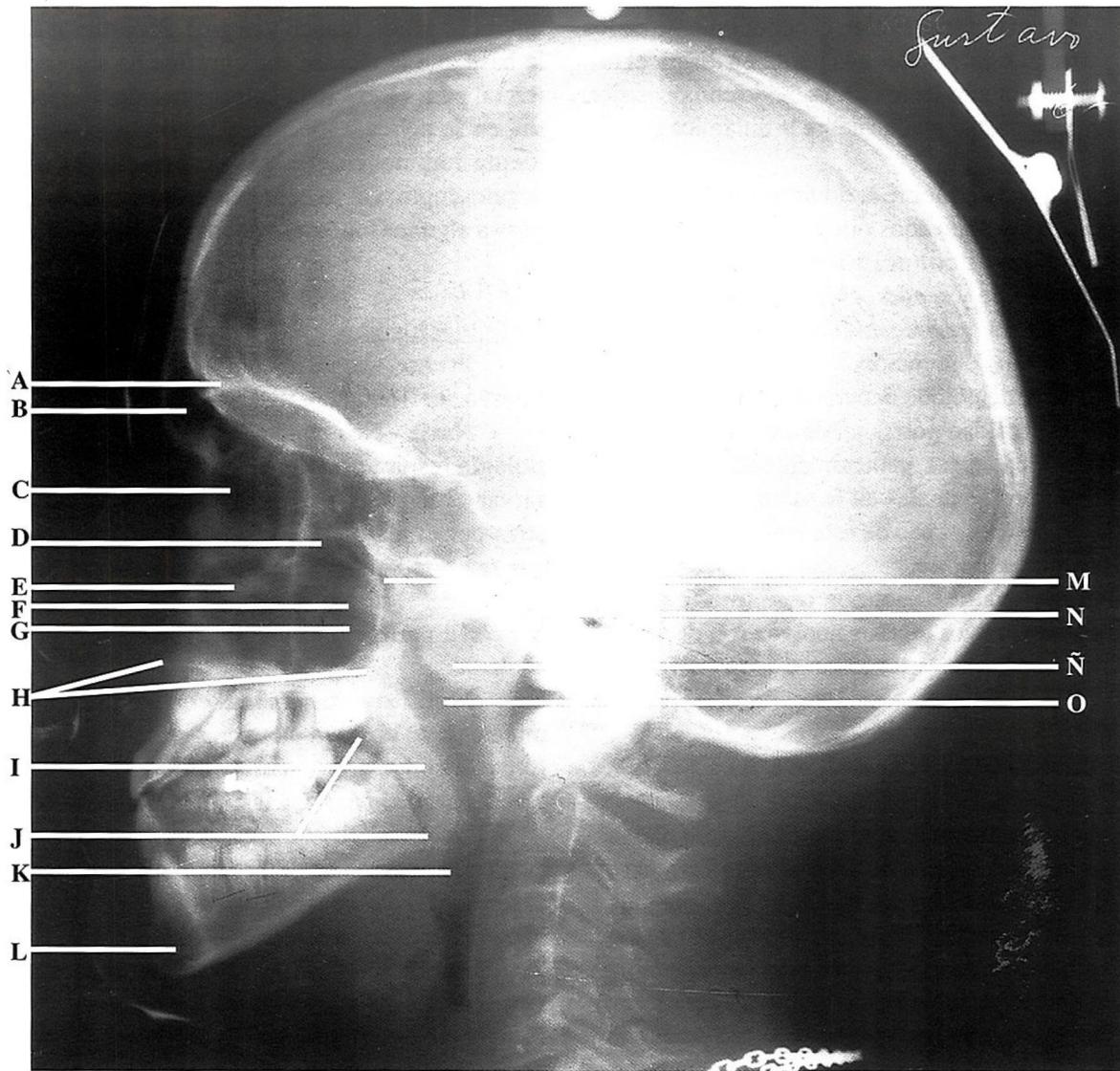


Fig. 1 -A- Techo de la órbita, B- Seno Frontal, C- Ojo, D- Pared superior del seno maxilar, E- Borde inferior de la órbita, F- Cornete medio, G- Cornete inferior, H- Paladar duro (de ENA a ENP), I- Velo del paladar, J- Lengua, K- Amígdala palatina, L- Sínfisis mandibular, M- Fosa ptérgigo-maxilar, N- Cóndilo, Ñ- Amígdala faríngea, O- Cavum.



*GUIA Y CUSTODIO*

# **BANCO DE CREDITO**

**AGENCIA CENTENARIO**

**ASILO 3095**

Tiene el agrado de ofrecer a los Socios de  
C.E.D.D.U. (Centro de Estudio y Diagnóstico de  
las Disgnasias del Uruguay),

Condiciones especiales en Tarjetas  
MASTER CARD Regional o Internacional,  
para el pago de Cuota C.E.D.D.U.

Les brindamos además de nuestros  
tradicionales Servicios, Tarjeta RED BANK,  
Préstamos Amortizables,  
Fondos de Inversión, etc.

Estando como siempre a sus órdenes,  
consúltenos por los teléfonos  
47 04 58 - 47 80 12 - 80 12 08  
y le ampliaremos información.

**Mentón** - se debe observar su forma, para detectar cierre forzado de labios por contractura del grupo mentoniano, y también el espesor, pues a veces condiciona estéticamente un adelantamiento mandibular.

Observaremos adelantamiento del mentón cuando hay aumento de la altura posterior de la cara (rotación anterior de la mandíbula), y aparecerá retruido cuando prevalece la altura anterior de la cara sobre la posterior (rotación posterior de la mandíbula).

**Papada** - cuando el equilibrio del conjunto muscular hio-lingual está alterado, generalmente por disfunciones respiratorias y o deglutivas, observamos el clásico "abombamiento" de la zona submentoniana.

## 2 ) Fosas nasales.

La pared ántero-superior está delimitada por los huesos propios de la nariz, hasta la sutura naso-fronto-maxilar. El techo, la lámina cribosa del etmoides, es de difícil visualización.

La forma más segura de ubicarla, es seguir la línea curva hacia atrás de la extremidad inferior de los huesos propios de la nariz, que continúa, a concavidad inferior, por debajo de la porción horizontal de la cortical interna del frontal.

El piso lo forma la cortical superior del paladar duro. De sus paredes, los elementos visualizables son los cornetes medio e inferior. El cornete medio y el superior son expansiones internas de las masas laterales del etmoides; el cornete inferior es un hueso independiente.

Para ubicarlos tomamos como referencia el paladar duro; la sombra por encima del mismo es el espacio libre entre el cornete inferior y el piso de las fosas nasales. Encima de este espacio, se ubica una sombra gris clara, alargada horizontalmente : el cornete inferior. Por encima, hay otra sombra que corresponde al espacio entre el

cornete inferior y el medio; aún por encima de esta sombra, hay otra imagen grisácea y alargada, correspondiente al cornete medio. Por encima de la cola de este cornete medio se encuentra el agujero esfeno-palatino, en la parte superior de la fosa ptérido-maxilar.

Las fosas nasales cumplen dos funciones : olfativa y respiratoria. La parte alta, etmoidal, responde a la matriz funcional olfativa, y su límite inferior es la parte más medial del cornete medio. La matriz funcional respiratoria comprende : la parte inferior del cornete medio, el meato medio, el cornete inferior y el meato inferior; es la parte más visible en la norma lateral.

Vemos con frecuencia un aumento de tamaño en la imagen del cornete medio o inferior, ya sea en el cuerpo, cerrando la " luz " del meato, o en la cola proyectándose en las coanas. Esto indica la necesidad de un informe del médico otorrinolaringólogo (ORG) previo a nuestra síntesis diagnóstica.

## 3 ) Fosa Ptérido - maxilar.

Es una estructura fundamental donde confluyen varios elementos de gran importancia. A través del agujero redondo mayor, por donde pasa el nervio maxilar superior, se relaciona con el neuro-cráneo, por su cara anterior, que es la cara posterior de la tuberosidad del maxilar, se relaciona con el macizo facial superior, y a través de su pared posterior se relaciona con el macizo facial inferior, mandibular, pues en la apófisis pterigoides, que es dicha pared, se insertan los músculos pterigoideos interno y externo, y este último, es factor de crecimiento mandibular, según comprobaciones de Petrovic. Esto justifica porqué es un elemento común a casi todos los trazados cefalométricos.

Esta fosa, que se ve como una gota de agua invertida, anatómicamente no tiene pared superior, pues se continúa con la fosa esfeno-maxi-

lar; pero en la radiografía de perfil, la imagen del agujero esfeno-palatino forma ese falso techo, proyectándose desde el fondo de la fosa.

#### **4 ) Seno maxilar.**

Su imagen aparece " encuadrando " los cornetes medio e inferior, por lo menos en sus dos tercios anteriores.

Su pared posterior es una línea paralela y anterior a la cara anterior de la fosa ptérido-maxilar. Al llegar a su límite superior, se inclina hacia adelante, horizontalmente, delimitando hacia arriba la fosa esfeno-maxilar. Su pared superior se ubica siempre sobre la imagen del piso de órbita, salvo en niños muy pequeños, o en maxilares con hipodesarrollo. La pared inferior es convexa, y puede tener diferente relación con los ápices, según la neumatización del seno. La pared anterior es bien visible en su parte inferior, confundiendo con el canal lacrimal en su mitad superior.

#### **5 ) Paladar duro.**

Lo forman : 1) los maxilares superiores a través de sus apófisis palatinas en sus 3/4 anteriores II) los huesos palatino a través de sus láminas horizontales en el 1/4 posterior.

Va desde la espina nasal anterior, ubicada muy cerca del ala de la nariz, hasta la espina nasal posterior.

Por su cara superior forma el piso de las fosas nasales; por su cara inferior constituye la bóveda palatina, la cual es muy difícil de ver en su 1/3 anterior cuando existe dentadura mixta.

Delaire divide el paladar duro tomando como referencia el conducto palatino anterior; por delante del mismo, le llama paladar primario o hueso incisivo y por detrás, paladar secundario. Esta división es muy difícil de observar en dentadura caduca y aún mixta, por la superposición de imágenes entre el conducto palatino anterior y los gérmenes dentales. Se debe tener al lado modelos y ortopantomografías al respecto.

#### **6 ) Lengua.**

Vista de perfil, podemos dividir el mismo en dos sectores: uno bajo vertical, en estrecha relación con el extremo del paladar blando y la faringe; está separada de la epiglotis por la fosita glosopiglótica, se eleva casi verticalmente, y luego hace un ángulo de casi 90°; ahí comienza el segundo sector, curvado horizontalmente a convexidad superior en íntimo contacto en su trayectoria hacia adelante con el velo del paladar primero, y la bóveda palatina después.

En esta zona es difícil visualizarla, sobre todo en su punta la cual debe estar en contacto con la zona más anterior del paladar duro.

#### **7 ) Amígdala palatina.**

En algunas personas, detrás y debajo del paladar blando, se observa una masa grisácea oval, con su eje mayor vertical, que varía de volumen según el grado de hiperplasia de las mismas.

En la figura 1 vemos cómo ese aumento de tamaño empuja la lengua hacia adelante, haciendo una inflexión en su perfil vertical y proyectando la punta contra la cara lingual de los incisivos inferiores. Esa fuerza lingual, actuando sobre el arco mandibular es factor fundamental a eliminar en el tratamiento de las mesiorrelaciones.

#### **8 ) Zona Alvéolo-dentaria.**

Con respecto al hueso alveolar, nos interesa ver la relación que guarda con las basales, tanto en el plano vertical como sagital, ubicando, si las hubiera, zonas de compensación (aumento) o de compresión (disminución). Además en la zona incisiva podemos observar la relación que guarda con las raíces dentales.

En cuanto a las piezas dentales, observar especialmente los dientes llave inc.central, canino, y primer molar; ubicación morfología radicular y coronaria, angulación corona-raíz (en incisivos), mesializaciones, ubicación de los gérmenes, si están apiñados o separados (como los premolares

inferiores en las mesiorrelaciones).

El estudio de la edad dentaria, relación gérmen-caduco y caries, se hace mejor en la ortopantomografía, pues no hay superposición de imágenes.

Controlamos, si el plano oclusal guarda una orientación correcta, si la relación interincisiva y molar es normal; si los incisivos están protruídos, retruídos, y la angulación en su base apical.

### 9 ) Cavum. (Fig.2)

También denominado rinofaringe o epifaringe, es la parte mas alta de la faringe, situada detrás de las fosas nasales. Su función es respiratoria, y sus dimensiones varían según la edad, pues está en relación con el desarrollo de las estructuras vecinas. En el adulto, y observado en la radiografía lateral, tiene una forma rectangular de 4cm de alto por 2 cm de ancho aproximadamente;

debemos tener presente que su dimensión transversal es igual a su alto.

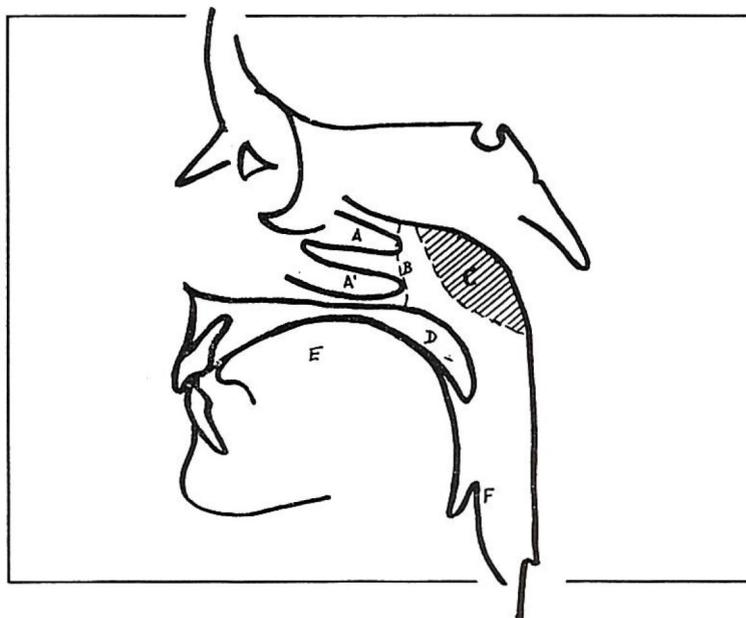
La pared anterior está representada por los orificios posteriores de las fosas nasales (coanas).

La pared superior y posterior se continúan, formando una bóveda a concavidad ántero-inferior. Dicha bóveda se relaciona con el cuerpo del esfenoides hacia adelante y el occipital atrás.

La pared posterior, vertical, se continúa con la pared posterior de la orofaringe, y su límite es el velo del borde del paladar.

En estas dos paredes la superior y la posterior, y a partir de la amígdala faríngea allí ubicada se desarrollan frecuentemente en el niño procesos obstructivos del flujo aéreo, que determinan tratamiento quirúrgico.

La amígdala faríngea, se desarrolla en la profundidad de la bóveda del Cavum y forma una saliencia observable detrás de las coanas; al



(Fig. 2) CAVUM.

A.A' - Cornetes medio e inferior.

B- Coanas.

C- Ubicación de las amígdalas faríngeas.

D- Velo del paladar.

E- Lengua.

F- Epiglótis

hipertrofiarse, da lugar a las vegetaciones adenoideas, formando como un abanico a vértice pósterio-superior, que cierra en mayor o menor grado al corredor aéreo. Como el tratamiento que le vamos a realizar a nuestro paciente debe ser INTEGRAL, en estos casos la consulta con el otorrinolaringólogo es de rigor.

La pared inferior del Cavum está formada por la cara superior del paladar blando, pero realmente existe como tal, en el momento de la deglución, cuando el velo se pone en contacto con la pared posterior de la faringe; en otros momentos, el velo cuelga casi verticalmente, y no hay ningún límite con la orofaringe.

El paladar blando, prolonga hacia atrás y abajo el paladar duro. Tiene forma de boomerang a concavidad ántero-inferior.

### 10 ) Maxilar inferior.

Sínfisis - Observar la forma, si es corta y ancha, o delgada y larga, cómo es su cortical, si es espesa o delgada. Bjork y Ricketts le dan gran valor para establecer el tipo de crecimiento mandibular como ya veremos.

La cortical interna es muy visible debajo del cuello de los incisivos inferiores; esta cortical, baja y se encurva, hacia adelante en forma de casco de caballo hasta dejar de ser visible.

La cortical externa acompaña a la interna, marcándose la mayoría de las veces el resalte de las apófisis Geni superior e inferior.

Borde inferior. Describe una línea casi recta que sufre una inflexión en la zona maseterina de mayor o menor importancia. Este borde, así como el ángulo mandibular, suelen verse desdoblados en dos imágenes; estas dos estructuras las debemos comparar con otras que también son laterales, como el borde orbitario externo o el ala mayor del esfenoideas; si todas ellas están desdobladas debemos pensar que fué un problema

de ubicación del paciente en el Cefalostato, pero si solo están duplicadas las estructuras mandibulares puede deberse a una látero-desviación mandibular.

Borde posterior. Es bien visible, casi siempre desdoblado.

Cóndilos. Son difíciles de ver, porque en esta norma no están de perfil y además aparecen superpuestos. Además los brazos del Cefalostato portadores de las olivas, si bien son de plexiglas, son radio-opacos.

Borde anterior. Debe seguirse a partir del último molar en evolución.

Cruza la espina nasal posterior en Clase I esquelética, por detrás en Clase II y por delante en Clase III. Este signo tiene el inconveniente de su poca visibilidad.

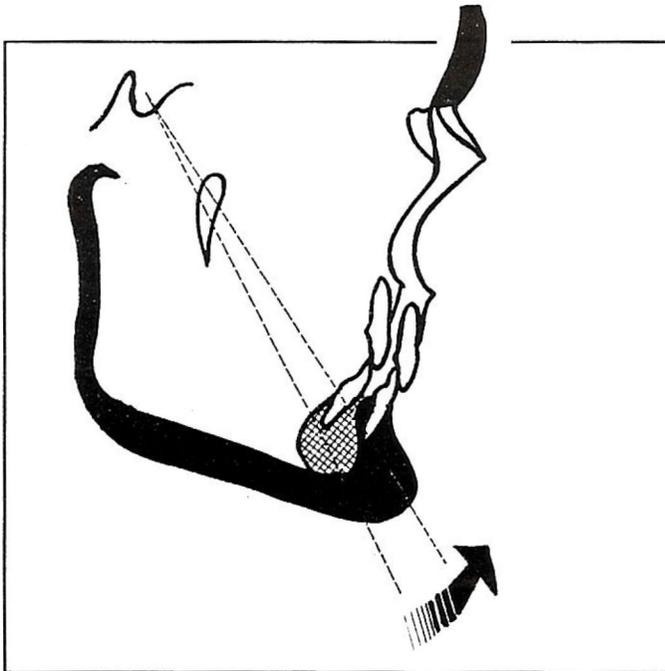
### Tipos de crecimiento del maxilar inferior.

(Fig. 3 y 4)

La forma radiográfica de este hueso membranoso, es el resultado de un conjunto de funciones y el estudio de ellas nos orienta sobre el tipo de crecimiento rotacional que podemos tener en cada caso. La mandíbula acompaña los cambios de la base craneal, pero además el propio crecimiento condilar incide en su forma final.

Este tiene dos vectores de crecimiento, uno vertical, hacia arriba y otro horizontal, hacia atrás. Si predomina el componente vertical, la altura de la rama aumenta mientras que el ángulo goníaco se cierra; es un crecimiento rotacional anterior.

Si por el contrario, el crecimiento condilar es de dirección posterior, la rama es de menor tamaño y la mandíbula se aplana, abriendo el ángulo goníaco; es un crecimiento rotacional posterior.



**FIG.3. Crecimiento de tipo horizontal.**

*Esquema de las relaciones morfológicas en la telerradiografía lateral del cráneo en caso de rotación de la mandíbula hacia delante y arriba debido al crecimiento. Representación del eje Y.*  
**RAKOSI - JONAS**



**FIG.4 Crecimiento de tipo vertical.**

*Esquema de las relaciones morfológicas en la telerradiografía lateral del cráneo tras la rotación de la mandíbula hacia atrás y abajo como consecuencia del crecimiento.*  
**RAKOSI - JONAS**

### **Características de rotación mandibular posterior ( Bjork).**

- a) cóndilo fino y alargado, dirigido hacia atrás.
- b) canal mandibular poco curvado.
- c) borde mandibular casi recto, con escotadura pre-angular.
- d) sínfisis alargada, estrecha, el eje mayor casi coincide con el eje de los incisivos inferiores. Cortical inferior poco espesa.
- e) plano mandibular más inclinado (ángulo goníaco abierto).
- f) Menor largo de rama montante.
- g) Menor desarrollo de las coronoides (orientación del plano coronóide, cóndilo inclinado hacia adelante.

### **Características de rotación mandibular anterior.**

- a) cóndilo fuerte, dirigido hacia arriba y adelante.
- b) canal mandibular curvo.
- c) borde mandibular curvo, sin escotadura pre-angular.
- d) sínfisis globulosa, corta dirigida adelante y abajo. El eje mayor hace un ángulo hacia adelante con el eje del incisivo inferior. La cortical inferior es espesa.
- e) Plano mandibular poco inclinado (ángulo goníaco cerrado).
- f) Mayor largo de rama montante.
- g) coronoides desarrollada, plano cóndilo-coronoides más horizontal.

### **11) A.TM.**

#### Cóndilo temporal.

Se ubica, bien visible en el punto más profundo de la fosa cerebral media. Como fondo inferior tiene una zona de sombra densa, que es la escotadura sigmoidea.

Este cóndilo tiene su forma dependiendo de la función muscular y de la articulación dentaria. En caso de mordidas profundas y fuerte musculatura, está muy desarrollada en altura.

#### Cavidad glenoidea.

Difícil de ver, pero ubicable en relación al conducto auditivo externo. El techo, es el lugar de base de cráneo más delgado, formando un istmo entre el cóndilo temporal delante y el cuerpo del peñasco atrás.

La sombra oscura por debajo, es el espacio interarticular.

### **12) Base craneal (extractado de Lamy-Moralejo) (Fig.5)**

La cavidad craneal, que aloja el encéfalo, consta de Cubierta y Base Craneal.

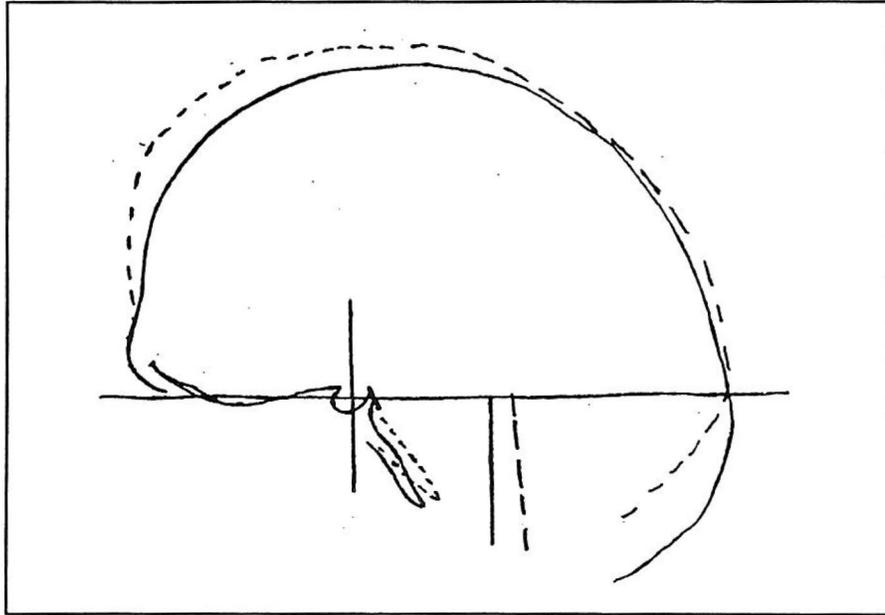
La Base Craneal, vista por su cara interna, tiene tres fosas pares, donde la anterior y la posterior se confunden en la línea media con la del lado opuesto, mientras que las fosas medias están separadas por la silla turca del esfenoides.

Vistas en una telerradiografía de perfil, observamos que estas fosas van descendiendo hacia atrás, a la manera de escalones. El límite entre la fosa anterior y media lo da el borde posterior de las alas menores del esfenoides y el borde anterior del canal óptico.

La fosa media está separada de la posterior por el dorso de la silla turca y el borde superior del peñasco. Por debajo de la fosa media, encontramos el seno esfenoidal en el centro y más hacia afuera la zona timpánica con la ATM por delante. En la fosa posterior se abre en el centro, el agujero occipital para dar paso al canal raquídeo.

Esta forma escalonada de la Base Craneal es inherente al hombre en la escala zoológica y se debe a que la verticalidad de la estación bípeda obliga a un desplazamiento del centro del equilibrio de la cabeza, el que depende de la posición del agujero occipital, que se adelanta.

La parte posterior de la cabeza rota hacia abajo y adelante, lo que provoca el descenso de las fosas craneales media y posterior. Por lo tanto



(Fig. 5) *Correlación entre flexión de base craneal y rotación de la bóveda craneana. ( de LAMY - MORALEJO ).*

se produce la flexión de la Base Craneal a la altura de la sincondrosis esfeno-occipital.

La Base Craneal por ser el límite entre cara y cráneo, se rige por los patrones de crecimiento de estas dos partes : el neural y el esquelético general.

Esto resulta de gran importancia, ya que la zona que se extiende de silla turca hacia adelante (fosa craneal anterior) deja de crecer entre los 7 y 9 años, pues sigue un patrón de crecimiento neural, y el cerebro completa su desarrollo en esa época. Por lo tanto, desde entonces, la Base Craneal anterior es una estructura estable, mientras que las otras dos bases siguen su crecimiento.

El crecimiento de estas zonas es diferente en la zona media o sagital y en las zonas laterales.

a) en las zonas laterales hay un movimiento hacia atrás y abajo del hueso temporal; junto con el temporal, la cavidad glenoide se desplaza hacia abajo y atrás.

Si el dominante es el crecimiento horizontal, va hacia atrás y las partes laterales de la Base Craneal se aplanan. En cambio, si el dominante es el crecimiento vertical, esas partes laterales sufren una flexión y descienden.

b) En la zona media de la Base Craneal hay una elongación debido al crecimiento a nivel de la sincondrosis esfeno-occipital, que puede continuar hasta la edad adulta. Esta sincondrosis actúa como una articulación, y según se aplane o se curve, arrastrará el maxilar superior hacia atrás o hacia adelante.

Estas variantes en la angulación de las bases craneales observadas por la angulación del Clivus, se manifiestan en la forma de la cabeza y del perfil.

Cuando la flexión del Clivus aumenta, se produce una rotación total hacia abajo y adelante, descendiendo las fosas craneales media y posterior. El resultado de esta rotación hacia abajo y adelante de la Base Craneal se observa en la bóveda craneana y en la cara.

En la primera, como la fosa craneana anterior queda fija, el descenso de las otras dos cambia los diámetros de la cabeza, aumentando el diámetro vertical y disminuyendo el sagital.

En la cara, su parte posterior aumenta de altura, predominando el vector vertical de crecimiento.

Cuando el Clivus se horizontaliza, la Base Craneal se aplana, y tendremos efectos inversos :

el diámetro ántero-posterior de la cabeza aumenta y su altura disminuye. En la cara, el desplazamiento del hueso temporal hacia atrás deja corta la parte posterior, y la zona media de la cara se hace más profunda.

#### **Bibliografía**

"Anatomie téléradiographique en norma Lateralis ".P.Vion

Rev. Orthop. Dento Facial.

"Cavum" Dres. H.Moreau, E.Galante y J.Moreau Ed.Mundi.

" Cefalometría Clínica " C.E. Lamy de Constante y Ana Delia Moralejo.

"Atlas de Radiología Odontológica" Friderich A.Pasler.

" Radiología Odontológica " Gómez Mataldi.

" Atlas de Ortopedia Maxilar : Diagnóstico Rakosi - Jonas ".

# **LABORATORIO DENTAL**

## **DR. MARTÍN REINOSO**

***ORTOPEDIA***

***ORTODONCIA***

***CORONITAS***

**BENITO RIQUE 188**

**ANCEL 099-628230**