

# Frecuencia de la localización del foramen dentario inferior en mandíbulas de adultos.

Ressia, Ernesto Ariel

Odontólogo.

Magíster en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial.

Docente de la Cátedra de Cirugía A F.O.L.P/ U.N.L.P.

Docente del Instituto Harvey.

Odontólogo del Servicio Penitenciario Bonaerense.

Miembro trainer de la Sociedad Argentina de Cirugía y

Traumatología Buco Maxilo Facial.

**Trabajo recibido:** 27 de junio de 2006.

**Trabajo Aceptado:** 15 de julio de 2006.

## Resumen.

El foramen dentario inferior se localiza en la cara interna de la rama ascendente del maxilar inferior, protegido por una eminencia ósea llamada espina de Spix, relacionándose hacia adentro con el músculo pterigoideo interno; que junto con dicha rama conforman el espacio pterigomandibular, reparo anatómico quirúrgico por donde discurre el paquete vasculonervioso dentario inferior y el nervio lingual.

Dichas localizaciones deben ser tenidas en cuenta en aquellos pacientes adultos, que presenten o no piezas dentarias molares inferiores, debido a que cobra importancia o valor para la elección y la realización de diversas técnicas anestésicas.

**Palabras claves:** Foramen dentario inferior - orificio dentario inferior - mandíbula - maxilar inferior - rama ascendente.

## Summary.

The dental foramen is located on the inner surface of the ramus of the jaw, protected by a prominent sharp, the spine of Spix, to which is attached the internal pterygoid muscle. This medial pterygoid together with the ramus of the jaw represent the pterygomandibular space, through which the inferior dental nerve and the lingual nerve pass.

These locations must be considered in adult patients who may or may not display inferior molar dental pieces, because it is important for the choice and implementation of diverse anesthetic techniques.

**Key words:** Low dental Foramen; Jaw; Ramus of the Jaw

## INTRODUCCION.

### MANDIBULA O MAXILAR INFERIOR.

El maxilar inferior o mandíbula, es un hueso impar y móvil situado en la parte inferior y posterior de la cara que aloja a las piezas dentaria inferiores, formando con el hueso hioides el esqueleto del piso

de la boca. Conectado por estructuras blandas a los dos temporales, permite la realización de variados movimientos cuyos ejes están localizados a nivel de la articulación temporomandibular.

Su forma es comparada a una herradura horizontal abierta hacia atrás formada por un cuerpo rectangular y más alto

que ancho en el que se estudian dos caras (anteroexterna y posteroexterna) y dos bordes (inferior o basal y superior o alveolar).

Las ramas ascendentes, presentan forma rectangular, más altas que anchas, con una oblicuidad hacia atrás y afuera más evidente que la del cuerpo del maxilar. Se

le consideran dos caras (externa e interna) y cuatro bordes (anterior, posterior, superior e inferior). (Fig. n°1).

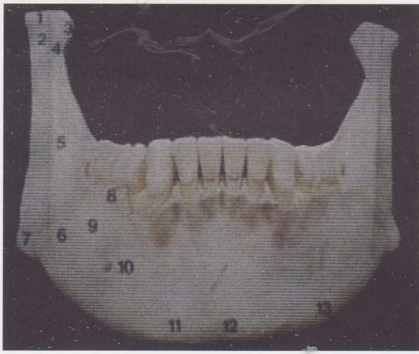


Figura N° 1: Maxilar inferior o mandíbula

En la cara interna de la rama ascendente de la mandíbula se localiza el orificio dentario inferior, puerta de entrada a un largo conducto excavado en el interior del hueso llamado conducto dentario inferior o mandibular; por donde discurre el paquete vasculonervioso dentario inferior, dicho orificio adquiere evidente jerarquía en cirugía oral, ya que es el punto crítico para la anestesia regional del nervio dentario inferior.

Presenta el aspecto de una amplia hendidura delimitada adelante y abajo por un borde agudo que, cuando alcanza el desarrollo de una lengüeta ósea, se denomina espina de Spix.

Siguiendo la descripción de los anatomistas clásicos, el orificio dentario inferior está situado a igual distancia de los cuatro bordes de la rama y en la prolongación de un plano imaginario que pasa por la superficie triturante de los molares inferiores.

Según Olivier, el orificio se hallaría más cerca de la escotadura sigmoidea que del borde inferior del maxilar y casi siempre sobre la prolongación del reborde alveolar, a una distancia de 10 a 30 mm. por detrás del alvéolo del tercer molar (reparo muy variable).

En los casos de situación alta, el orificio corresponde a la superficie masticatoria de los molares, mientras que en la situación baja se encuentra a un nivel inferior del reborde alveolar. (4).

El orificio del conducto está ubicado en la prolongación del reborde alveolar y coincide con el punto medio de una línea trazada desde el trago al ángulo anteroinferior del masetero. (1), (15).

Según Bercher, ubica al orificio dentario inferior, en relación con la espina de Spix, a 1cm por arriba del plano que

pasa por la cara interna triturante del tercer molar y a una distancia entre 8 y 14mm del borde anterior de la rama montante. (4).

Según Morestein, señala las variaciones que existen de un individuo a otro, en lo concerniente a la altura del maxilar y a la distancia que separa el ángulo de la espina de Spix. (4).

Según Figún y Garino, confirman que en la mayoría de las piezas dentarias examinadas, el orificio dentario inferior esta situado a la altura del plano oclusal, muy pocas veces en la proyección del reborde alveolar o por encima de las superficies triturantes de los molares inferiores.

Con respecto a los bordes de la rama ascendente, se encuentra más cerca de la escotadura sigmoidea que del borde inferior y más próximo al borde parotídeo que a la cresta temporal. (4). Habrá que tener en cuenta la topografía del orificio dentario inferior situado con pequeñas diferencias, en el centro de la rama ascendente y en la prolongación o un poco por encima 1cm. de la superficie triturante de los últimos molares. (4), (5).

La entrada del conducto dentario está en la parte media de la cara interna de la rama ascendente, a 12mm aproximadamente por detrás de la línea oblicua interna, a 17mm de la línea oblicua externa y a 10mm por encima del plano horizontal que pasa por las caras triturantes de los últimos molares. (7).

Según Finochietto, un modo práctico de localizar la entrada del conducto entre sí; una vertical descendería desde el medio de la escotadura sigmoidea hasta el borde inferior del maxilar, y la horizontal uniría a los bordes anterior y posterior de la rama pasando por el punto medio de aquella línea vertical la escotadura sigmoidea estaría entre 5 y 10mm, por debajo del borde inferior del cigoma. (7).

El orificio dentario inferior se encuentra a unos 4cm sobre el borde maxilar inferior, a la altura de las caras oclusales de los molares. (12). Las variaciones anatómicas del orificio superior del conducto dentario y de la dentario inferior, consiste en trazar dos líneas imaginarias, perpendiculares laminilla ósea llamada espina de Spix, son múltiples. (11).

Con todo, estas variaciones son cuantitativamente de escasas proporciones. Tendría importancia su existencia desde el punto de vista de las anestias. (13).

El orificio en cuestión se halla situado a las siguientes distancias aproximadas de los bordes de la rama ascendente: del borde anterior (prolongación de la línea oblicua externa) 18mm; del borde posterior, 6mm; del borde inferior, 22mm; del borde de la escotadura sigmoidea, 10mm y de la línea oblicua interna, 8mm; prolongado hacia atrás el plano oclusal de los molares, el orificio superior del conducto dentario inferior está situado a 1,5cm por encima de él. (14)

Estando ausentes los molares inferiores, lo único que varía en la técnica es la distancia de 1,5cm; los demás puntos de referencia quedan constantes. (14)

La altura a que se encuentra el orificio del conducto dentario en un maxilar sin dientes es aproximadamente de 22mm sobre el borde alveolar. (8-13).

Según Durante Avellanal, para reemplazar la altura de las coronas de los molares ausentes y la del hueso que ha sufrido la resorción fisiológica correspondiente, indica colocar los dientes anterior y mediano cabalgando sobre el borde maxilar. (13). El ángulo que forma la rama ascendente con la horizontal, en el maxilar senil, tiende a hacerse obtuso. Hay que recordar esta disposición para calcular la posición en esos maxilares, del orificio dentario inferior. (2) (13).

**El sitio de abordaje para realizar la anestesia del nervio dentario inferior puede realizarse por dos vías:**

Por vía interna o intrabucal de forma directa o indirecta. (3).

Por vía externa o extrabucal como: Anterior, inferior o suprahioides, posterior o maxilomastoidea y superior o sigmoideocigomática. (13).

**Los objetivos de este trabajo fueron:**

- 1- Determinar la ubicación del foramen dentario inferior en restos óseos (mandíbulas) de adultos.
- 2- Determinar la ubicación del foramen dentario inferior con respecto a la presencia de dientes molares.
- 3- Determinar la ubicación del foramen dentario inferior con respecto a la ausencia de dientes molares.
- 4- Estudiar las variaciones de dicha localización, con respecto al lado analizado.

## MATERIAL Y METODO.

### CATEGORIZACION DE LOS DATOS

La población estudiada fue de mandíbulas de adulto, sin distinción de la raza, ni del género y teniendo en cuenta la presencia o ausencia de dientes molares al igual que el lado analizado.

Para la realización del siguiente trabajo, se utilizó una muestra de 400 (cuatrocientas) ramas ascendentes, a las que se considero cada una como una unidad experimental.

Con el objetivo de determinar la ubicación del foramen dentario inferior en la cara interna de la rama ascendente, se realizó la categorización de los datos de acuerdo a una división de dicha cara en 6 (seis) cuadrantes, a través de 4 (cuatro) planos horizontales y 3 (tres) planos verticales a saber. (Fig. n°2).

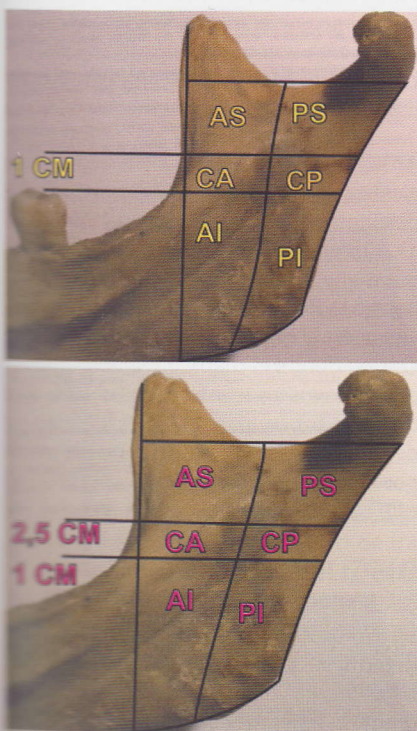


Figura N° 2: Categorización de los datos planes horizontales y verticales./Cuadrantes. Obtenidos.

### Para mandíbulas de adultos con dientes molares

#### Planos horizontales

- Punto más declive de la escotadura sigmoidea.
- Plano que pase por la cara oclusal de los molares.
- Plano que pase a 1cm por encima de

la cara oclusal de los molares.

- Borde inferior o basal de la mandíbula.

#### Planos verticales

- Borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.
- Línea trazada por la parte más declive de la escotadura sigmoidea.
- Borde posterior o parotídeo de la rama ascendente de la mandíbula.
- Para mandíbulas de adultos sin dientes molares.

#### Planos horizontales

- Punto más declive de la escotadura sigmoidea.
- Plano que pase a 1cm por encima del reborde alveolar.
- Plano que pase a 2,5cm por encima del reborde alveolar.
- Borde inferior o basal de la mandíbula.

#### Planos verticales

- Borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.
- Línea trazada por la parte más declive de la escotadura sigmoidea.
- Borde posterior o parotídeo de la rama ascendente de la mandíbula.

Al unir los planos verticales y horizontales, quedan constituidos los siguientes seis cuadrantes, tanto para maxilares que tengan o no dientes molares.

- (AS) ANTEROSUPERIOR
- (PS) POSTEROSUPERIOR,
- (CA) CENTROANTERIOR,
- (CP) CENTROPOSTERIOR,
- (AI) ANTEROINFERIOR,
- (PI) POSTEROINFERIOR.

(Fig. N°2).

## REGISTRO DE LOS DATOS

Se ubico cada mandíbula sobre una superficie horizontal y paralela al piso, esta posición fue elegida, a razón de ser la indicada para colocar al paciente cuando se realiza la técnica de anestesia troncular.

Se coloco por la cara interna de la rama ascendente un vidrio de 10,5cm de largo x 8,5cm x 1cm de espesor con la finalidad de poder observar por transparencia los accidentes anatómicos, posteriormente con un bolígrafo color negro y una regla se trazo los planos horizontales y verticales indicados en la categorización. Los datos fueron volcados en planillas dónde figuran el lado del registro, la presencia o ausencia de dientes molares y el/los cuadrante/es en dónde se localizaba el mencionado orificio. (Fig. n°3).

Para el análisis estadístico, se realizo el registro de los datos de acuerdo a la categorización antes explicada y se los analizó de tres formas diferentes.

**Primero:** De manera global sin discriminación del lado y de la presencia o ausencia de dientes molares.

**Segundo:** Teniendo en cuenta el lado del registro.

**Tercero:** Considerando la presencia o ausencia de molares.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA

Se considera como mandíbula adulta a toda aquella que reúna las siguientes características:

1. El grado de angulación de las ramas ascendentes.
2. La presencia de piezas dentaría permanentes.
3. La ausencia de piezas dentaría temporarias.

UNIDAD EXPERIMENTAL	LADO	MOLARES	CUADRANTES
2	DERCHO	SI	CA
3	IZQUIERDO	NO	CA

Figura N° 3: Modelo de planilla utilizada para registrar los datos

Se toma como mandíbula dentada aquella que posea al segundo o al tercer molar erupcionados sin importar la presencia o ausencia del resto de los dientes, ya que no es relevante para el objetivo del trabajo.

### CRITERIO DE INCLUSION PARA LOS REGISTROS DE LOS DATOS

Ante la posibilidad de que en una unidad experimental, el orificio de entrada al conducto dentario inferior pudiera abarcar más de un cuadrante al momento de analizar el registro, se marcará como perteneciente a los cuadrantes involucrados sin importar en cual de ellos se ubica la mayor o menor parte del foramen.

### RESULTADOS. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Con respecto a los resultados globales, la mayor frecuencia de la localización correspondió al cuadrante centroposterior, con un 49,96% de los registros seguido por el cuadrante posteroinferior con un 29,16%, en tercer lugar se ubico el cuadrante centroanterior con 12,5%, posteriormente el cuadrante anteroinferior con un 6,25% y por ultimo el cuadrante posterosuperior con el 3,12%; es para destacar que no se registro ningún caso en el cuadrante anterosuperior. (Fig. N° 4).

Cuando se analizo la ubicación con

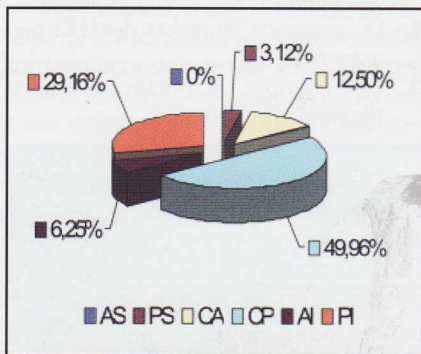


Figura N° 4: Resultados globales.

respecto al lado, observamos que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el lado derecho (Fig. N° 5) y el lado izquierdo (Fig. N° 6) para los cuadrantes posterosuperior, centroposterior y antero-inferior, ya que estos no superan el 1%.

En el cuadrante centroanterior se registro una diferencia entre el lado derecho y el lado izquierdo, ya que en el primero hubo un 10,52% de las localizaciones mientras que para el segundo fue de 15,32%, existiendo a favor de este último un 4,8%.

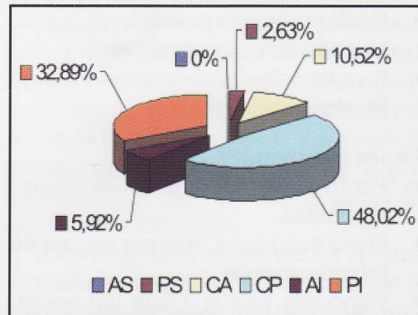


Figura N° 5: Resultados lado derecho.

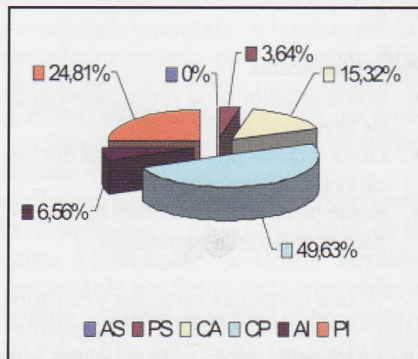


Figura N° 6: Resultados lado izquierdo.

Otro cuadrante que presenta discrepancia respecto al lado, fue el postero-inferior donde el mayor registro lo tuvo el lado derecho con un 32,89% contra 24,81% en el lado izquierdo.

En general no hubo diferencias con respecto a la frecuencia de las localizaciones, ya que al igual como ocurre en el análisis global, el cuadrante centroposterior es el que encabeza la tabla con un porcentaje similar siguiendole el cuadrante posteroinferior con la discrepancia de lado antes mencionada, en tercer lugar la ocupa el cuadrante centroanterior, seguido por el cuadrante anteroinferior y postero-superior.

En el análisis de los resultados teniendo en cuenta la existencia (Fig. N° 7) o no de piezas dentarias (Fig. N° 8), vemos que la tendencia se mantiene ya que en ambos grupos el cuadrante centroposterior es el que mayor localizaciones presenta con una ligera disminución en los desdentados y un aumento en los dentados, teniendo en cuenta que el resultado global como así también en los del lado, el porcentaje rondaba entre el 50% y el

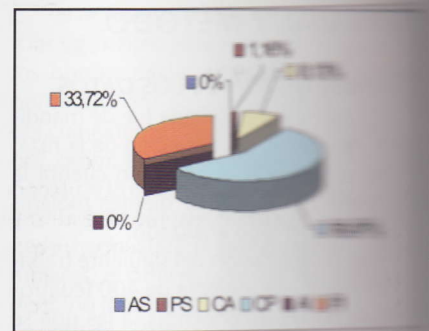


Figura N° 7: Resultados presencia de dientes molares.

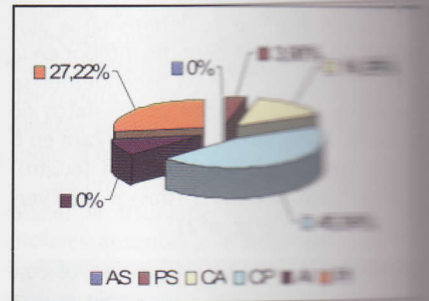


Figura N° 8: Resultado ausencia de dientes molares.

48%, aquí en los dentados el porcentaje alcanza al 56,97% mientras que en los desdentados el mismo fue de 45,34%.

Observando el resto de los resultados se ve que las diferencias entre dentados y desdentados se da en todos los cuadrantes y se altera el orden de la frecuencia de localización donde el cuadrante antero-inferior que en todos los registros (global de dentados y desdentados), ocupaba el cuarto lugar en los dentados no se registra ninguna ubicación por lo que el cuadrante posterosuperior en este caso pasa a ocupar el cuarto lugar.

### DISCUSION

Como no se han realizado trabajos que determinen la ubicación del foramen dentario inferior mediante el trazado de cuadrantes, debemos compatibilizar algunos criterios utilizados con el fin de realizar dicha comparación.

Con respecto a la ubicación del foramen dentario inferior en el sentido vertical, hay coincidencia con Figini y Garrino (4), ya que estos autores concluyeron que se ubica a nivel de un plano que pasa por la superficie oclusal de los molares inferiores o un poco por encima de este plano. Esto es compatible con los registros obtenidos en los cuadrantes centroposteriores y superiores de este trabajo; no obstante ellos consideran que muy raras veces se localiza por debajo del plano antero-inferior.

cionado, esto no sería coincidente con el alto porcentaje obtenido en el cuadrante posteroinferior (29,16% global).

Con respecto a lo postulado por Olivier<sup>(4)</sup>, quien ubica el orificio en la proyección del reborde alveolar hecho que determinaría que el foramen se ubicara en los cuadrantes inferiores de este trabajo, existiendo una coincidencia ya que si consideramos los dos cuadrantes inferiores encontramos un 35,41% de localizaciones, pero no sería la ubicación más frecuente porque en aproximadamente un 65% queda por encima de la mencionada proyección; este autor considera dos presentaciones del orificio:

La baja, que corresponde a los parámetros antes mencionados y la ubicación alta que coincidiría con el plano que pasa por la cara triturante de los molares inferiores<sup>(6)</sup>.

Teniendo en cuenta este criterio, la coincidencia es aún mayor porque para la primera ubicación coincidiría con los cuadrantes centrales con lo que solo quedarían excluidos de este criterio los registros de los cuadrantes superiores que solo abarca el 3,12% de las presentaciones.

Bercher<sup>(4)</sup>, ubica el orificio a 1cm por encima del plano que pasa por la cara oclusal de los molares, por lo que caería en los cuadrantes centrales de este trabajo, lo mismo ocurre con Finochietto, quien prolonga 8mm hacia atrás el mencionado plano y determina que el orificio se encuentra a 1cm por encima de esta prolongación, en este último caso quedan excluidos las ubicaciones de los cuadrantes inferiores.

Con respecto a la ubicación en altura, en los pacientes desdentados tanto Finochietto<sup>(7)</sup>, como Durante Avellanal<sup>(13)</sup>, indican que ante la imposibilidad de trazar el plano que pasa por las caras oclusales de los molares, es necesario tomar 2,5cm por encima del reborde alveolar hecho que llevan a la práctica colocando dos dedos por encima del mencionado reborde, con esta práctica la localización coincidiría con los cuadrantes centrales y/o superiores.

Es importante aclarar que la discusión de los datos obtenidos en este trabajo con respecto a los obtenidos en otros, no puede ir más allá de la estimación de parámetros trazados en base a planos y ver la coincidencia con los cuadrantes determinados para realizar el presente, no pudiendo profundizarse la misma cuando se utilizarían medidas ya que por la variabilidad de estos se hacen muy confusa la interpolación de las cifras a los cuadrantes.

Con respecto a la localización del orificio en el sentido anteroposterior, coincide

mos con Figún y Garino<sup>(4)</sup>, quienes indican que el orificio esta más próximo al borde parótideo que al borde anterior de la rama, ya que en este trabajo los cuadrantes posteriores tienen casi el 80% de los registros.

No se puede profundizar más la discusión en este punto, ya que no hay precisiones compatibles con los parámetros tomados en este trabajo, pero en general los autores son coincidentes en que el orificio se ubica preferentemente desde la parte mas declive de la escotadura sigmoidea hacia atrás, no existiendo mención de alguna ubicación por delante de esta referencia, sin embargo en este trabajo hay casi un 20% de localizaciones a este nivel.

Si bien los distintos autores hacen referencia a variaciones respecto al lado, lo hacen muy vagamente sin brindar permisiones que nos permitan entablar una discusión valedera.

## CONCLUSION.

Teniendo en cuenta lo expuesto a lo largo de este trabajo, podemos concluir que el foramen dentario inferior se ubica en la mayor parte de los casos en los cuadrantes centrales e inferiores y orientado más cerca del borde posterior de la rama ascendente que del borde anterior. Esto nos indica que tenemos como parámetro un plano que pase por la cara oclusal de los molares, es valido sin dejar de tener en cuenta que existe una variabilidad anatómica en la cual el orificio pueda ubicarse en los cuadrantes más superiores.

Si bien hay variaciones con respecto al lado, las proporciones entre los distintos cuadrantes se mantienen por lo que la diferencia de porcentajes en un mismo cuadrante del lado izquierdo y derecho puede deberse más a la casualidad que a la causalidad.

Cuando se determina la ubicación del foramen dentario inferior en los pacientes desdentados, hay variaciones anatómicas con respecto al orden de algunos

cuadrantes hecho que puede ser atribuible a los cambios morfológicos que experimenta la mandíbula ante la pérdida de piezas dentarias y con el transcurso de la edad, así vemos que el grado de reabsorción ósea del reborde alveolar es muy amplio ya que depende de múltiples factores como son el tiempo transcurrido, la causa y la técnica utilizada para las exodoncias; También debemos considerar que muchas de las mandíbulas desdentadas corresponden a pacientes seniles, en los cuales el ángulo de la rama ascendente tiende a hacerse obtuso lo que podría

influir al momento de tomar los registros.

Por lo tanto podemos concluir que hay variaciones anatómicas entre los pacientes dentados y desdentados cuando se intenta localizar el orificio, pero que esto no es por causas propias del orificio sino por los cambios morfológicos mandibulares.

Es importante conocer la ubicación del foramen dentario inferior, como sus variaciones al momento de realizar la técnica para la anestesia troncular del nervio dentario inferior.

Si hacemos una revisión de las técnicas más utilizadas, vemos que con los parámetros tomados apuntan al cuadrante centroposterior que es quien arroja los mayores guarismos, este hecho no sería un problema para la efectividad de la anestesia ya que si el orificio se ubicara por debajo, él liquido anestésico por difusión alcanzaría al tronco nervioso.

Sería aconsejable que en aquellos casos en la que se realizara una técnica correcta y no se obtuvieran resultados satisfactorios, considerar la posibilidad de una ubicación alta del orificio por lo que se podría intentar una punción a nivel superior.

Como conclusión final se debe considerar tres posibles ubicaciones del foramen dentario inferior a saber:

- A) Alta, serían aquellos casos donde el orificio se ubica en los cuadrantes superiores y esta sería la menos frecuente ya que se da en un 3,12%.
  - B) Media, es cuando se localiza en los cuadrantes centrales siendo la más frecuente con un 62,46%.
  - C) Baja, coincidente con los cuadrantes inferiores con un 35,41%.
- (Fig. n°9).

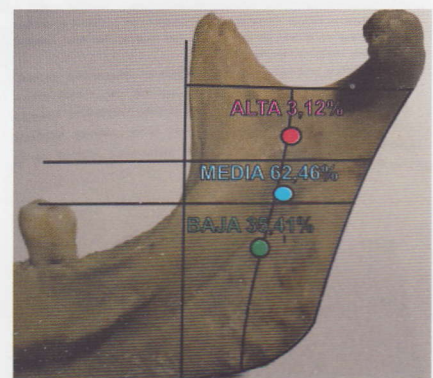


Figura N° 9: Conclusión final de la ubicación del foramen dentario inferior.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1- Archer W H, Anestesia en Odontología. Buenos Aires: El Ateneo. Última edición. P 84-96.
- 2- Caló A, B, Brambila J I, Millrruelo A G, Olmedo N, Problemas con la anestesia troncular. Answered Consults. Dental World. 1999. P67-68.
- 3- Eriksson E, Manual ilustrado de anestesia local. Suecia : Astra, 1969. P.67-68.
- 4- Figún M, Garino R, R, Anatomía odontológica funcional y aplicada. 2da edición 3era. Reimpresión. Buenos Aires : El ateneo 1988. P23-27. 115-117.384-387.401-411.
- 5- Gosling J A, Harris P F, Humpherson J R, Whitmore I, William P L T. Anatomía humana. 2da edición. S.I.: Mosby Dayma libros. 1994. P7.21.
- 6- Malamed S F (DDS) Anestésicos locales. Resumen de conferencia. 1998. P4-10.
- 7- Máurel G. Clínica y cirugía maxilo-facial. Tomo I. Buenos Aires: Alfa, 1994. P71-73.
- 8- Meibach A. Técnica anestésica mandibular Ca-Zar (zona alveolar/Zona ósea esponjosa). Rev. APCD, setiembre 1997. 51(5): 447-450.
- 9- Olmedo N. Dificultades con la anestesia troncular - general. Replied consults Dental World 1999.p2.
- 10- Reed K L (DMD). Técnicas avanzadas para la administración de anestesia local. Journal de clínica en odontología. 1997. 1997; 12(3): 447-450.
- 11- Pichler H; Trauner R. Cirugía bucal y de los maxilares. Tomo I. Buenos Aires: El Ateneo, 1945. P55-59.
- 12- Ries Centeno G A. Cirugía bucal, patología, clínica y terapéutica. 9ª. Ed. Buenos Aires: El Ateneo. 1986. P103-110.
- 13- Rouviere H, Delmas A. Anatomía humana, descriptiva, topográfica y funcional. Tomo I. 9ª. Ed. Barcelona: Masson. 1987. p103-107.
- 14- Steadman F ST J. Anestesia local en odontología. Edición Pubul .Última edición. P 17-21-129-142.



 **Universidad  
Católica de  
La Plata**

**Ingreso 2008**  
**FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA**

**Vacantes Limitadas - Enseñanza Personalizada**  
**Equipamiento de Alta Tecnología - Plan de Estudio innovador**

 **Sociedad Odontológica**  
SIEMPRE UN PASO ADELANTE

**SOLP Av. 13 N°680 Teléfono (0221) 422-7471 int. 227/228**