

## EXPANSIÓN RÁPIDA DEL MAXILAR PARA SOLUCIONAR LAS MORDIDAS CRUZADAS POSTERIORES



Dra. Jimena Sangüeza S.

Especialista en Ortodoncia y Ortopedia  
Torres Sofer Of.710 Av. Oquendo 654  
Telf.:\_591(04) 4664424

Uno de los procedimientos ortopédicos más impresionantes lo constituye la separación transversal del maxilar a través de la expansión rápida palatal. Las tendencias actuales en la práctica de la Ortodoncia están dirigidas hacia los principios de la ortopedia dentofacial y a los tratamientos ortodóncicos sin extracciones. La expansión rápida del maxilar **es una excelente alternativa para aumentar el perímetro de la arcada y en consecuencia evitar extracciones dentarias de premolares para alinear los dientes de forma apropiada.**

Las maloclusiones transversales son las alteraciones en el transversal que son independientes de las relaciones que existe en los planos sagital y vertical. Y se presentan de diversas maneras, por lo que es muy necesario tener un conocimiento previo de su clasificación, para así de esta forma establecer un correcto diagnóstico y un adecuado plan de tratamiento.

La expansión rápida maxilar es un procedimiento ortopédico frecuente como alternativa de tratamiento a la falta de desarrollo transversal maxilar. Se han descrito tres aparatos de uso para este fin, el disyuntor de Hass, el disyuntor Hyrax, y el disyuntor descrito por MacNamara.

En esta investigación documentaremos el uso de la Expansión Rápida de Maxilar (ERM), como tratamiento en las maloclusiones transversales, siendo una alternativa entre la diversidad de la aparatología funcional que tenemos a disposición en la actualidad. De esta manera podremos identificar adecuadamente las indicaciones y contraindicaciones.

En el presente trabajo se pretende observar que actualmente las maloclusiones transversales son un problema frecuente en nuestra población de Cochabamba, bien sea por condiciones genéticas, ambientales o de otra índole. Este índice tiende a un aumento en los jóvenes, debido a la presencia de problemas respiratorios, alimenticios, etc. Por lo tanto es necesario analizar si es real la efectividad del uso de la expansión rápida del maxilar en maloclusiones transversales en los pacientes de la clínica de CEPODO.

Después de todos los análisis de mi investigación coincido con varios autores. La expansión rápida del maxilar produce un aumento transversal del arco dentario superior.

La Expansión Rápida del Maxilar es realmente efectiva para solucionar Maloclusiones transversales como son las mordidas cruzadas posteriores el estudio arroja valores de 5mm, 3mm, 4mm y un promedio de 4mm.

Los resultados de la Expansión Rápida del Maxilar son positivos en cuanto; a los efectos registrados en la radiografía lateral nuestro trabajo muestra un avance del maxilar simultáneo a su disyunción lo que está de acuerdo con la literatura.

La separación del maxilar superior en dos mitades impulsa a este hacia abajo llevarse consigo a los molares de anclaje. Este descendimiento del maxilar superior y de los molares superiores influencia la posición espacial de la mandíbula que sufre una rotación hacia abajo y hacia atrás induce alteraciones significativas como el aumento del eje facial en un promedio de 5,7 grados. Esto

nos lleva a confirmar la contraindicación de este aparato en pacientes Dolicos con cara alargada.

La incidencia de atresia maxilar es de 20% de los 100 pacientes que se presentaron en la clínica en el estudio.

La expansión ortopédica del paladar es una intervención practicada ya hace muchos años atrás, cuando fueron presentados los primeros disyuntores que a pesar de ser rudimentarios eran completamente similares a los aparatos de hoy.

En el estudio realizado realmente se pudo observar su gran efectividad del disyuntor sobre las maloclusiones transversales tales como el aumento en el perímetro de la arcada esto fue realizado en modelos de estudio iniciales e intermedios de todos los pacientes que fueron sometidos al tratamiento de disyunción solucionando de esta manera mordidas cruzadas anteriores, posteriores unilaterales como también bilaterales.

Creo que la importancia de estos disyuntores radica en que nos permita en la mayoría de los casos corregir sin tener que llegar a una intervención quirúrgica las contracciones del diámetro transversal de la arcada superior asociadas con un defecto de la base esquelética, patología que a menudo se puede encontrar y cada vez con mayor frecuencia en las mal oclusiones de clase I y III.

Se pudo observar que la disyuncion es un procedimiento muy efectivo que requiere escasa colaboración del paciente por las características del aparato son aparatos que proporcionan resultados muy efectivos.se pudo corregir discrepancias de un promedio superior a 5 mm en los pacientes que fueron atendidos.

### **3 -MARCO PRÁCTICO.**

#### **3.1 RECOLECCION DE LA INFORMACION**

##### **3.1.2 Registro de Datos**

Posteriormente, el registro de datos se realizó mediante el empleo de una Ficha de Recolección de Datos, donde se registró los datos de cada persona tales como: nombre, edad, sexo, procedencia datos clínicos y radiológicos para el presente estudio.

Se toma la muestra de 7 pacientes tratados ortopédicamente en la maestría de COLODONTO-EMI, que dentro su plan de tratamiento, se aplicó la expansión rápida del maxilar. De los cuales cuatro fueron mujeres y tres varones

#### **3.2 TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES**

Este estudio se basa en los cambios que se observan clínicamente como también en los modelos de estudio así mismo en los cambios cefalometricos de los estudios realizados del análisis de Ricketts.

##### **3.2.1 Técnica de observación**

Se procedió a realizar el examen clínico

##### **3.2.2 Toma fotográfica**

Posteriormente se procedió a la toma de fotografías extrabucales e intrabucales.

### **3.2.3 Toma de impresión**

La toma de impresión dental fue realizada con alginato y con diferentes tipos y tamaños de cubetas dependiendo del tamaño de la boca del paciente y posteriormente se procedió al vaciado con yeso y su respectiva identificación. se tomó impresiones de la arcada superior e inferior.

### **3.2.4 Instrumentos y materiales:**

- Historias clínicas de los pacientes de la clínica del CEPODO que entran dentro la muestra.
- Modelos de estudio iniciales y finales de los pacientes que entran dentro la muestra.
- Telerradiografías laterales de cráneo iniciales e intermedias (finalizando la etapa de disyunción )
- Negatoscopio
- Papel cefalométrico
- Fichas clínicas de Ricketts
- Alambre de latón
- Compas de punta seca
- Yeso
- Alginato
- Disyuntores tipo Hass, Hyrax, MacNamara
- Cubetas de diferentes medidas.

## **3.3. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS**

### **3.3.1 Análisis fotográfico**

El análisis fotográfico se realizó haciendo las respectivas evaluaciones de las fotografías iniciales y las intermedias de cada uno de los pacientes respectivamente.

Se observa las fotografías de oclusión a nivel transversal de los primeros molares permanentes y premolares. Así conjuntamente con el estudio de modelos pudimos

determinar las maloclusiones en el plano transversal, tales como la mordida cruzada posterior.

### **3.3.2 Análisis de modelos**

Los datos aportados por el estudio de modelos son muy importantes para la realización de esta investigación, cuando hablamos del estudio de los modelos se pueden realizar en los tres planos del espacio: transversal anteroposterior y vertical.

En el análisis de modelos de esta investigación se procedió a medir la longitud del arco, perímetro del arco según diferentes autores.

### **3.3.3 Técnicas para el análisis de los modelos de estudio:**

A continuación describiremos las técnicas que aplicamos para analizar los modelos de estudio tanto iniciales e intermedias donde los análisis fueron del perímetro de la arcada superior, longitud de la arcada superior y el análisis tridimensional según la fórmula de Korkhaus de los 7 pacientes tratados ortopédicamente en la maestría de COLODONTO-EMI, que dentro su plan de tratamiento, se aplicó la expansión rápida del maxilar.

### **3.3.4. Estudio de modelos**

Los datos aportados por el estudio de modelos los utilizamos para hacer un estudio específicamente en el plano transversal con ello se procedió a la clasificación de las mordidas en sentido transversal.

#### **3.3.4.1. Análisis transversal de la arcada superior:**

En este análisis utilizamos el plano medio sagital como referencia para la determinación de las desviaciones transversales. Evaluando la coincidencia o no de líneas medias, la simetría transversal de ambas arcadas la relación transversal de ambas arcadas donde se pudo establecer la mordida cruzada, mordida en tijera.

#### **3.3.4.2. Análisis de la longitud de la arcada superior:**

Tomamos la longitud real de la arcada conocida también como espacio disponible como una línea que va desde cara mesial del primer molar permanente a la cara mesial de su homólogo del lado puesto pasando a través de los puntos de contacto de premolares y caninos y los bordes incisales de los incisivos

La medición fue realizada con compas de punta seca donde se divide la arcada dentaria en segmentos. Dos segmentos correspondientes a los premolares dos al área de caninos y dos segmentos para el sector incisivos done medimos el ancho mesiodistal de esos segmentos así obtuve la longitud de la arcada basando en el estudio de Ricketts.

#### **3.3.4.3 Análisis de la longitud de arco anterior según Korkhaus:**

Este análisis se realizó con un compás de punta seca midiendo el ancho mesiodistal de los incisivos superiores luego se suma estas medidas y se divide por 172 posteriormente se multiplica el resultado por 100. Esta medida deberá ser igual a la longitud de arco anterior como observamos en la siguiente imagen:



**FOTOGRAFIAS N° 28** Análisis de la longitud de arco anterior según Korkhaus (*Fuente: Propia*)

#### **3.3.4.4. Análisis según Korkhaus de 4 a 4:**

Este análisis se realizó con un compás de punta seca midiendo el ancho mesiodistal de los incisivos superiores luego se suma estas medidas y se divide por 85 posteriormente se multiplica el resultado por 100 esta medida debería ser igual a la relación transversal a nivel de los primeros premolares como observamos en la siguiente imagen:



**FOTOGRAFIAS N° 29** Análisis según Korkhaus de 4 a 4 (*Fuente: Propia*)

#### **3.3.4.5. Análisis según Korkhaus de 6 a 6:**

Este análisis se realizó con un compás de punta seca midiendo el ancho mesiodistal de los incisivos superiores luego se suma estas medidas y se divide por 65 posteriormente se multiplica el resultado por 100 esta medida debería ser igual a la relación transversal que debería ser de 6 a 6 si no lo fuese es un indicativo de atresia maxilar .



**FOTOGRAFIAS N° 30** Análisis según Korkhaus de 6 a 6 (*Fuente: Propia*)

#### **3.3.5. Análisis según MacNamara de la anchura transpalatina:**

Se procedió a medir la anchura transpalatina de la siguiente forma; se midió desde el primer molar superior permanente derecho a su homólogo. ya que según MacNamara un arco maxilar con una anchura transpalatina de 35 a 39mm puede acomodar una dentición de tamaño promedio sin apiñamiento o espaciamiento ya que los arcos dentarios con una medida menor a 31mm puede presentar



apiñamientos de modo que necesitara una expansión ortopédica como se pudo observar en estos pacientes. Como observamos en la siguiente imagen:



**FOTOGRAFIAS N° 31** Análisis según MacNamara de la anchura transpalatina (Fuente: Propia)

### 3.3.6 Procesamiento de datos

Los resultados obtenidos fueron procesados con el paquete Microsoft Excel 2010 en español.

## 4.-CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y APORTES.

### 4.1.-CONCLUSIONES

Basados en la interpretación de los datos obtenidos del presente trabajo de investigación, se concluye lo siguiente:

Del total de 7 pacientes atendidos en la clínica del CEPODO entre edades de 11 a 13 años, que conformaron la muestra de la investigación, basados en los distintos tipos de análisis transversales de los modelos de estudio de autores mencionados **se observó claramente la efectividad de los disyuntores sobre la expansión rápida del maxilar en casos de maloclusiones transversales ya que es una excelente alternativa para aumentar el perímetro de la arcada y en consecuencia evitar extracciones dentarias de premolares para alinear los dientes de forma apropiada.**

Entre los efectos ortopédicos del disyuntor se manifiestan en distintos planos: horizontal, frontal y sagital.

Sobre el plano horizontal sucede una apertura en abanico de la sutura media del paladar determinada por la mayor resistencia de la zona posterior. En este punto, la dimensión transversal es mantenida por los procesos pterigoideos que, siendo de origen endocondral, representan estructuras difícilmente modificables con la terapia.

En el plano frontal, los dos maxilares divergen hacia abajo en un movimiento piramidal como se observa en la siguiente imagen. En esta rotación hacia fuera se sucede, igualmente, el descenso de la bóveda palatina, gracias a la cual se realiza el aumento de la capacidad ventilatoria nasal.

En el plano sagital, se nota un avance del punto A relacionado con el aumento de la base maxilar subsiguiente con el cierre de la apertura en abanico producida por la expansión.

Se produce una rotación hacia abajo y atrás de la mandíbula que es ocasionada por varios factores dentales y esqueléticos.

Al aplicar el disyuntor como se aplicó en los pacientes de la clínica de CEPODO la carga de fuerza en la corona de los dientes provoca que las cúspides palatinas tomen una posición más inferior que la original que chocan con las vertientes de los molares inferiores incrementando este efecto.

El descenso y adelantamiento del maxilar es un tema de gran controversia, hay investigadores que concuerdan en este fenómeno y otros son discrepantes.

El movimiento del maxilar es debido a la dirección de diferentes suturas que conectan a ésta con otros huesos y que cuando se ocasiona la ruptura producen el desplazamiento. En la disyunción se produce la apertura de la sutura palatina media y transversa que es la que une el maxilar con los huesos palatinos conformando el paladar duro. Esto puede constatarse en una radiografía frontal y

oclusal, desde una vista oclusal se observa un espacio triangular en su base dirigida hacia la parte mesial y vértice hacia la parte distal.

Después de los primeros días de activación, se puede observar la presencia de un diastema interincisal que es signo evidente de la presencia de la disyunción. Después de 30-40 días, el diastema se cierra por efecto de la tracción recíproca de las fibras transeptales entre los dos incisivos centrales

La mayor evidencia clínica de la separación positiva de los procesos maxilares durante el procedimiento de expansión rápida se observa con el diastema de los incisivos centrales superiores. Esto se produce en el aumento de la longitud del arco. La cantidad de diastema es directamente proporcional a la magnitud del efecto ortopédico.

Al utilizar Fuerzas fuertes desde el principio se produce una hialinización en la piezas pilares y estas actúan como postes para permitir la separación de los maxilares sin que se muevan los dientes.

Tal vez el uso de la ERM menos fundamentada por la investigación clínica, que durante la investigación pude observar y tal vez que en este momento es principalmente el producto de la intuición clínica, es el ampliar el maxilar para hacer que la sonrisa del paciente sea más atractiva. Recordando también que Vanarsdall , denomino "espacio negativo" a las sombras producidas en las comisuras bucales en la sonrisa de algunos pacientes con un maxilar angosto y en forma de "V" Independientemente de sí se realizan extracciones, el maxilar es expandido y la distancia intercanina superior aumentada, eliminando o reduciendo las sombras entre los dientes y la parte interna de los carrillos.se puede decir que el uso de la expansión rapida del maxilar es también para propósitos estéticos.

La frecuencia de atresia maxilar de los 100 pacientes que acudieron a la clínica del CEPODO por diferentes motivos solo 20 de ellos con problemas de atresia maxilar. Donde 14 de esos pacientes fueron mujeres y 6 de ellos varones de

diferentes edades. Solo 7 pacientes fueron tomados en cuenta para la investigación de los cuales 4 fueron mujeres y 3 varones.

La aparatología más utilizada para la expansión rápida maxilar en los pacientes de la clínica del CEPODO fue disyuntor tipo Hyrax con un porcentaje de 72%.

En la evaluación del ancho intermolar e intercanino de los modelos de estudio basados en los parámetros del análisis de Korkhaus, Mac Namara, Ricketts de los modelos de estudio preoperatorios y posoperatorios realmente se vio la efectividad del disyuntor que se explicó con detalle en las tablas y gráficos anteriormente mencionados.

## **4.2.-RECOMENDACIONES**

Es importante tomar en cuenta cuantos milímetros necesitamos para de esta manera solucionar problemas de diferentes tipos de maloclusiones y de acuerdo a ello elegir el aparato que usaremos ya que dependerá de ello el éxito de nuestros tratamientos.

Es muy importante la colaboración de los padres de familia ya que por el ritmo de activaciones dependeremos de alguna manera de ellos .Debemos de concientizarlos del rol que ellos juegan en este tratamiento y que sin su ayuda no será posible el éxito del tratamiento para que de esta manera no se olviden de las activaciones que deberán realizar.

Mencionar a los padres de nuestros pacientes que la deglución atípica conlleva una interposición de la lengua entre los dientes para estabilizar la mandíbula y producir el sellado de la cavidad oral. Donde la falta de presión lingual y la fuerte

presión de los músculos buccinadores contribuyen a la falta de desarrollo transversal del maxilar superior.

### **4.3.-APORTES**

Después de todos los análisis de mi investigación coincido con varios autores. La expansión rápida del maxilar produce un aumento transversal del arco dentario superior.

La Expansión Rápida del Maxilar es realmente efectiva para solucionar. Maloclusiones transversales como son las mordidas cruzadas posteriores el estudio arroja valores de 5mm, 3mm, 4mm y un promedio de 4mm.

Los resultados de la Expansión Rápida del Maxilar son positivos en cuanto; a los efectos registrados en la radiografía lateral nuestro trabajo muestra un avance del maxilar simultáneo a su disyunción lo que está de acuerdo con la literatura.

La separación del maxilar superior en dos mitades impulsa a este hacia abajo llevarse consigo a los molares de anclaje. Este descendimiento del maxilar superior y de los molares superiores influencia la posición espacial de la mandíbula que sufre una rotación hacia abajo y hacia atrás induce alteraciones significativas como el aumento del eje facial en un promedio de 5,7 grados.

La incidencia de atresia maxilar es de 20% de los 100 pacientes que se presentaron en la clínica .

La expansión ortopédica del paladar es una intervención practicada ya hace muchos años atrás, cuando fueron presentados los primeros disyuntores que a pesar de ser rudimentarios eran completamente similares a los aparatos de hoy.

En el estudio realizado en la clínica CPODO realmente se pudo observar su gran efectividad del disyuntor sobre las maloclusiones transversales tales como el

aumento en el perímetro de la arcada esto fue realizado en modelos de estudio iniciales e intermedios de todos los pacientes que fueron sometidos al tratamiento de disyunción solucionando de esta manera mordidas cruzadas anteriores, posteriores unilaterales como también bilaterales.

Creo que la importancia de estos disyuntores radica en que nos permita en la mayoría de los casos corregir sin tener que llegar a una intervención quirúrgica las contracciones del diámetro transversal de la arcada superior asociadas con un defecto de la base esquelética, patología que a menudo se puede encontrar y cada vez con mayor frecuencia en las mal oclusiones de clase I y III.

Se pudo observar que la disyunción es un procedimiento muy efectivo que requiere escasa colaboración del paciente por las características del aparato son aparatos que proporcionan resultados muy efectivos. se pudo corregir discrepancias de un promedio superior a 5 mm en los pacientes que fueron atendidos en la clínica CPODO.

## **BIBLIOGRAFIA**

**Nanda, R** (2010) Terapias actuales en Ortodoncia AMOLCA Venezuela

**Rodriguez. E E** (2007) 1001 Tips en Ortodoncia y sus secretos AMOLCA Colombia.

**Martinez E.** (2009) Oclusión Orgánica y Ortognatodoncia AMOLCA Venezuela.

**Hernández, R., Fernández C. y Baptista L. (1991).** *Metodología de la investigación.* McGRAW-HILL Mexico:

**McNamara J.:** Tratamiento ortodóncico y ortopédico en la dentición mixta. 3ra. Edic. Edit. Needham Press

**Nanda, R** (2007) Biomecánicas y Estética AMOLCA Venezuela.

**Gregoreth J.** (2003) Arco Recto

**Gregoret, J.** (1998) *Ortodoncia y Cirugía ortognática*

**Vellini. F.** (2004). *Ortodoncia, Diagnóstico y planificación clínica.*

**Proffit. W.** (2008) *Ortodoncia Contemporánea*

**Escrivan.L.** (2009) *Ortodoncia en Dentición Mixta* AMOLCA

**RouviereH** Anatomía Humana descriptiva Topográfica y Funcional novena edición

## **PAGINAS WEB**

[http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14\\_1\\_99/ord06199.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord06199.pdf)

<http://www.iqb.es/cbasicas/anatomia/huesos/images/crane02/crane02.htm>

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14\\_1\\_99/ord06199.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord06199.htm)

[http://ortodonciauigv.blog.terra.com.pe/files/2011/10/29\\_segguimiento-clinico-fotografico-de-los-efectos-verticales-de-una-disyuncion-maxilar1.pdf](http://ortodonciauigv.blog.terra.com.pe/files/2011/10/29_segguimiento-clinico-fotografico-de-los-efectos-verticales-de-una-disyuncion-maxilar1.pdf)

## **GLOSARIO DE TERMINOS**

**Hipoplasia de esmalte** Es un defecto del esmalte de los dientes que los dientes tengan menos de la cantidad normal de esmalte. El esmalte que falta generalmente se localiza, lo que resulta en pequeñas abolladuras, surcos u hoyos en la superficie externa del diente afectado. Esto hace que la superficie del diente muy áspero, y los defectos a menudo destacan porque son de color marrón o amarillo en color.

**Hialinización.** Formación de un material homogéneo cristalino dentro de una célula

**Hiperplasia mandibular** Es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por el crecimiento persistente o acelerado del cóndilo, cuando el crecimiento debería estar desacelerando o terminado. El crecimiento eventualmente se detiene sin tratamiento.

**Laterognacia** Es una mordedura cruzada de uno o varios dientes posteriores con desplazamiento mandibular del centro del maxilar inferior. En este caso el objetivo del tratamiento es la mejora de la función de masticar, ya que a menudo no es posible una articulación normal. Por oclusión bucal se entiende una disfunción oclusal en la zona de los dientes posteriores, en donde los premolares y/o los molares superiores no coinciden bucalmente con sus antagonistas.

**Disyunción** (del latín disiunctio, -ōnis 'desunión') significa separar o desunir. Tiene significados en lógica, filosofía, semántica lingüística y sintaxis.

**Maloclusión** Se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

**Alginato** Es un polisacárido aniónico distribuido ampliamente en las paredes celulares de las algas marinas pardas. Estas sustancias corresponden a polímeros orgánicos derivados del ácido algínico.

**Dimorfismo sexual** Es definido como las variaciones en la fisonomía externa, como forma, coloración o tamaño, entre machos y hembras de una misma especie. Se presenta en la mayoría de las especies, en mayor o menor grado.

**Impresión dental** Técnica utilizada para copiar o reproducir en negativo, las formas de los dientes y los demás tejidos bucales.

**Diastema** Se llama al pequeño espacio entre dos dientes. Comúnmente se utiliza este término para referirse a la separación de los incisivos superiores.

**Congénito** Es cualquier rasgo o identidad presente en el nacimiento adquirido durante la vida intrauterina. Puede ser resultado de un factor genético, físico (por ejemplo radiación X), químico (por ejemplo fármacos o tóxicos) o infecciosos (por ejemplo infecciones virales - rubéola congénita entre otras).

**Ortopedia** Es una especialidad médica dedicada a corregir o de evitar las deformidades o traumas del sistema musculoesquelético del cuerpo humano, por medio de cirugía, aparatos (llamado órtesis u ortesis) o ejercicios corporales.



**Sincondrosis.** Unión de dos huesos mediante una sutura de tipo cartilaginoso. Las sincondrosis son articulaciones temporales que existen durante la fase de crecimiento del esqueleto y están compuestas de cartílago hialino. Las sincondrosis típicas son la placa de crecimiento entre la epífisis y la metáfisis de un hueso tubular, las articulaciones vertebrales, y la sincondrosis esfeno-occipital. Con la maduración del esqueleto, las sincondrosis se vuelven más delgadas y en el futuro se obliteran por unión ósea o sinostosis. Dos sincondrosis que persisten en la vida adulta son las primeras articulaciones esternocostales y la articulación petrobasiar

**Frecuencia** es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico.

**Incidencia** es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado

**Discrepancia**, controversia o disputa, diferencia de opinión existente entre las partes activas sobre un asunto.

