

# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud  
Escuela Profesional de Odontología



## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

### MALOCCLUSIÓN CLASE II DIVISIÓN 1 DE ANGLE. REPORTE DE EVALUACIÓN RADIOGRÁFICO Y CLÍNICO

**Para optar** : El título profesional de Cirujano Dentista

**Autor** : Bachiller Isabel Lizarbe Quispe

**Asesor** : Mg. Lopez Gonzales Chirstian Willy

**Líneas de Investigación Institucional:** Salud y Gestión de la Salud

**Lugar o Institución De Investigación:** CLINICA DENTAL  
PARTICULAR

HUANCAYO – PERÚ

2022

## DEDICATORIA

A mis padres que han sabido formarme con buenos valores y sentimientos, lo cual me ayudado desempeñarme en lo académico y laboral.

Especialmente a mi madre Inés Quispe Gutiérrez, quien con tanto esfuerzo y trabajo supo guiarme en todo momento, ella fue mi motivación e inspiración y ejemplo a seguir adelante con mis estudios.

## AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios quien guio mi camino y dado la fortaleza de seguir adelante con mi carrera.

A mi familia por el apoyo incondicional, que siempre creyó en mí a lo largo de mis estudios.

Y a todas las personas que me apoyaron en la para poder realizar este trabajo de investigación.

## CONTENIDO

### CAPÍTULO I

#### PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	vii

### CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. OBJETIVOS	9
2.3. MARCO TEÓRICO	9
2.3.1. Antecedentes	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos	13

### CAPÍTULO III

#### DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO	21
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	23
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	24
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	27

### CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	33
--------------------------	----

### CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	34
-----------	----

## **CAPÍTULO VI**

CONCLUSIONES	34
--------------	----

## **CAPÍTULO VII**

RECOMENDACIONES	35
-----------------	----

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	35
---------------------------	----

## RESUMEN

Las maloclusiones son alteraciones en los maxilares y a nivel de las piezas dentarias, en las que se produce la discrepancia del diente, hueso, y en relación a los arcos dentarios, siendo uno de los problemas que afecta a las personas las maloclusión clase II es la alteración de los arcos dentarios.(1)

A través de la presentación de un caso clínico Paciente de Sexo Masculino de 14 años 2 meses, presenta ausencia de la Pza 26 ABEG. , Mesocéfalo, dolicofacial, asimétrico a nivel del tercio inferior, perfil anteroposterior convexo y perfil vertical hiperdivergente presenta Mal oclusión clase II div. I por problema anteroposterior, Presenta babeo y ronquido por las noches, Arco superior Triangular y apiñado (22 mm), Arco inferior ovalado y apiñado (12 mm), Mordida abierta anterior, RM NR lado izquierda , RC II lado izquierdo, O.J. 0.7 mm ; O.B. - 3 mm ( 28%), Línea media superior desviada a la derecha en 1 mm.

Palabra clave: Maloclusión, mesocéfalo, hiperdivergente

## INTRODUCCIÓN

El proceso de apiñamiento en las piezas dentales se da desde mucho tiempo atrás es por lo que es necesario el hecho de utilizar aparato ortodóntico, Baltimore en 1838 fue el primero en dar a conocer este tipo de tratamiento, pero Harris lo realza y emplea los tratamientos de orto con el objetivo de mejorar la alimentación dentaria. (2)

En la ortodoncia uno de los aportes siendo clasificado por Edwar Hartley Angle en la agrupación de ciertas características en las que se denominó maloclusión que es mantenida hasta tiempos actuales. (3)

Sabiendo que la ortodoncia es una de las mas importantes repercusiones que se da en la clase II subdivisión en las cuadros clínicos con las características representan la identidad de Angle.

## CAPÍTULO II

### 2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La organización mundial de la salud establece una buena calidad de vida de una persona, esta dada por factores primordiales, como ausencia de dolor orofacial, infecciones, heridas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria entre algunos trastornos, pues todos estos factores pueden afectar significativamente los desempeños diarios en el hogar, escuela, trabajo, juegos, etc. concluyendo que las maloclusiones se encuentran en el puesto tres siendo la patología mas prevalente luego de caries y enfermedad periodontal. (4)

Siendo las maloclusiones como una alteración de los parámetros normales de la oclusión ideal y exige un tratamiento ortodóntico que solucione los problemas estéticos y funcionales, sin embargo, también se debe tener en cuenta la existencia de un efecto psicosocial y de calidad de vida especialmente durante la etapa de niñez y adolescencia, siendo una gran diversidad de tratados considerando un proceso de desarrollo, es por ello que la maloclusión del tipo fuese afectara no solo su situación fisiológica, sino también la estética ya que, si es desagradable influirá negativamente en su personalidad, estableciéndose un triangulo interesante entre las maloclusiones, aspecto facial y la autoestima de los adolescentes que están en una etapa difícil de transición. (4)



## 2.2. OBJETIVOS

- Conocer la mal oclusión clase II división I por protrusión de la maxila y con ligero retrognatismo de la mandíbula.
- Analizar el tratamiento para las maloclusiones.

## 2.3. MARCO TEÓRICO

### 2.3.1. Antecedentes

Gutiérrez J. En el 2021 se presentó un trabajo con la finalidad de corregir las malposiciones e inclinaciones de los maxilares superior e inferior y la curva de Spee, el caso clínico presentado es un paciente de sexo masculino de 29 años de edad, con el diagnóstico de análisis facial simétrico normal, proporción aumentada, apertura de 38.5° facial, convexidad facial de 61 mm, 162° clase II, ANL 110° en conclusión la elaboración de los diversos métodos para un buen diagnóstico es la utilización de los exámenes auxiliares y adecuado plan de tratamiento. (5)

Parra F. En el año 2020 se presentó un trabajo con el objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones en niños y niñas, metodología la muestra es de 797 niños escolares, evaluando la posición del molar inferior respecto al molar superior en sentido anteroposterior, resultados indican que Angle clasifica las maloclusiones con la frecuencia de clase I con el 66.75%, clase II con el 22.08%, en último la clase III con el 11.07% en último la clase III con el 11.17%, en conclusión la prevalencia de las maloclusiones respecto al género es más frecuente a la clase I. (4)

Márquez M. En el año 2018 se desarrollo un trabajo con la finalidad evaluar el manejo ortodóntico de la maloclusiones clase III, presentando la discrepancia de los arcos dentarios siendo tratados a temprana edad con la finalidad de que los estadio de crecimiento y desarrollo permitan mejorar la maloclusión y siendo tratadas oportunamente, en las que se realiza las observaciones de manera frontal en la parte interna. (6)

Loor L. En el año 2016 se desarrolló un trabajo con el objetivo de determinar cuál es la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 8 años que estudian, método es exploratorio, transversal, en 100 pacientes, los resultados indican que el 46% es la clase I, la clase III es el 3%, encontrándose el 63% un plano recto, teniendo un escalón mesial de 17% y distal el 4% en los segundo molares temporales, así concluye que la prevalencia de las maloclusiones II es recto. (7)

Sánchez A. Desarrollo un trabajo que busca comparar la longitud radiográfica del cuerpo de la mandíbula de una población peruana con maloclusión clase I y clase II división 1, metodología es de tipo descriptivo, comparativo determinando los valores cefalométricos de Steiner y Jarabak, en los resultados indican que la frecuencia de la longitud de cuerpo de la mandíbula en la clase I tiene como promedio 69.58 mm con una desviación estándar de 3.96%, frecuencia de longitud en la clase II división 1, tiene un promedio de 68.34 mm con una desviación estándar de 3.24 y un valor mínimo y máximo de 62 mm y 76 mm, donde el intervalo 66.5-70.5 mm fue el mayor porcentaje de 47.5% y el de 75.5 – 79.5 mm con el menor porcentaje de 2.5%, en conclusión no existe diferencia significativa al comparar la longitud del

cuerpo de la mandíbula entre la clase I y la clase II división 1 en niños de 10-12 años. (8)

### 2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

#### **Oclusión normal**

Es aquella en la que existe una relación funcional adecuada entre todos los componentes del sistema masticatorio, es decir podemos observar una correcta relación entre los molares y los demás dientes alineados de forma correcta. (2)

#### **Seis llaves de la oclusión normal**

Es un concepto dado por Angle para poder tener una oclusión correcta, que la cúspide mesiovestibular de la primera mola permanente superior ocluya en el surco entre las cúspides vestibulares, mesiales y medio del primer molar inferior permanente.

En 1972 Andrews realizó un estudio en pacientes sin tratamiento de ortodoncia muestra que tienen una buena armonía dental y es por ello que no es necesario que tengas un tratamiento de ortodoncia.

#### **Relación interarcos**

Teniendo siete aspectos:

1. Es la oclusión de la cúspide mesial y media del primer molar.
2. Oclusión de la parte distal de la primera molar con el reborde del segundo molar.
3. En los premolares las cúspides tienen intercuspidación con los premolares.
4. Intercuspidación de los caninos superior e inferior.

5. La relación de las líneas medias con los incisivos superiores que sobrepasan a los inferiores. (7)

### **Maloclusiones clase II esquelética**

Los pacientes con esta maloclusión presentan una relación distal del arco dentario con la cúspide del primer molar.

#### **Maloclusión clase II división 1**

Se caracteriza por el aumento de la preinclinación de los incisivos superiores y el perfil retrognático y resalte excesivo de los músculos faciales.

Es la forma en forma U habitual y semejante a la V que deben ensancharse en la región de los premolares y caninos. (8)

#### **Maloclusión clase II división 2**

Se caracteriza por la presencia de la retroposición de los incisivos superiores e inferiores y una sobremordida exagerada con la tendencia de crecimiento y componentes neuromusculares. (8)

### **Epidemiología de la maloclusión de clase III**

La maloclusión de la clase III en la incidencia varía en relación al origen étnico de las personas, con la incidencia de la población caucásica que oscila en el 1.5% registrándose en un 5% en las maloclusiones clase III.

### **Etiopatogenia y características**

En consideración de las maloclusiones en la discrepancia ósea y dentaria se desarrolla una base ósea maxilares ocasionándose la disarmonía. (2)

### **Clasificación de la maloclusión clase III**

Se da de manera simple por Hogeman y Sanborn

- Maxilar inferior en protrusión
- Maxilar superior retruido
- Maxilares normales

Rakosi propuso una clasificación morfológica en la consideras 5 posibilidades:

- Maloclusiones clase III en relación dentoalveolar.
- Maloclusion clase III en el desarrollo maxilar superior.
- Maloclusion predominante del patron de crecimiento (6)

## CAPÍTULO III

### 3.1 HISTORIA CLÍNICA

- **DATOS DE FILIACIÓN**

Paciente: A.I.P

Edad: 14 años

- **MOTIVO DE CONSULTA**

“Quiero modificar la posición de mis dientes , porque están muy salidos“

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere apiñamiento moderado en la arcada superior, actualmente no tiene dolor

- **ANTECEDENTES**

- ANTECEDENTES MÉDICOS: NR
- ANTECEDENTES ESTOMATOLÓGICOS:
  - Refiere haber tenido una extracción dental hace un mes atrás. Refiere que ronca y babea al dormir.
- ANTECEDENTES FAMILIARES: Refiere que la mamá tiene las mismas características faciales.

## FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



## FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



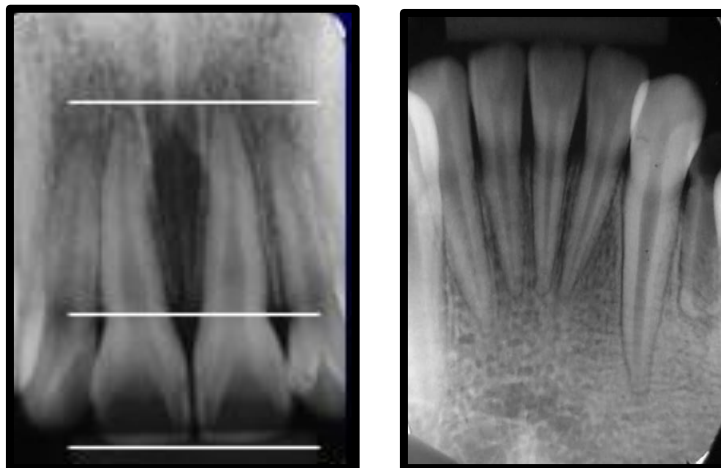
### 3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

- Paciente de Sexo Masculino de 14 años 2 meses, presenta ausencia de la Pza 26 ABEG. , Mesocéfalo, dolicofacial, asimétrico a nivel del tercio inferior, perfil anteroposterior convexo y perfil vertical hiperdivergente presenta :
- Mal oclusión clase II div. I por problema anteroposterior
- Presenta babeo y ronquido por las noches
- Arco superior Triangular y apiñado (22 mm)
- Arco inferior ovalado y apiñado (12 mm)
- Mordida abierta anterior
- RM NR lado izquierda , RC II lado izquierdo
- O.J. 0.7 mm ; O.B. - 3 mm ( 28%)
- Línea media superior desviada a la derecha en 1 mm

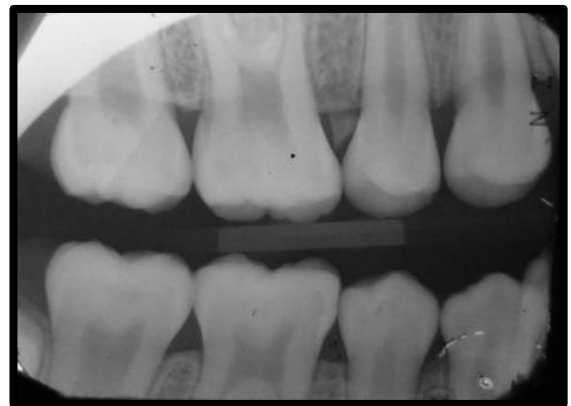
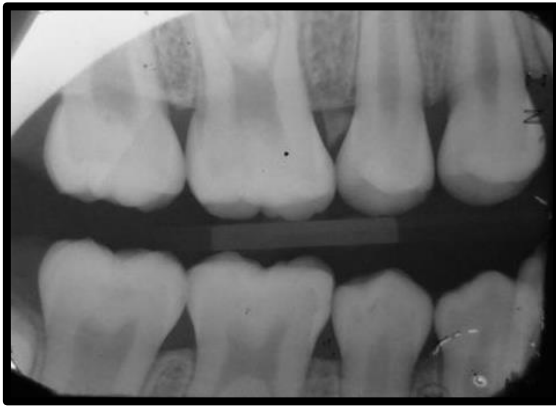
### EXÁMENES AUXILIARES

- **Radiografías periapicales**





- **Radiografía Aleta de mordida**



- **Radiografía panorámica**



- **Informe radiográfico**

- .
- IRO compatible con obstrucción de Vías aéreas
- IRL compatible con caries , sin aparente compromiso pulpar en la Pza 36.
- IRO a nivel del alveolo 24,34 compatible con remanente radicular.
- IRO a distal de las pzas 18, 28, 38, 48 compatible con dientes en estadio 6 de nola
- IRO a distal de las pzas 17, 27, 37, 47 compatible con dientes en estadio 9 de nola

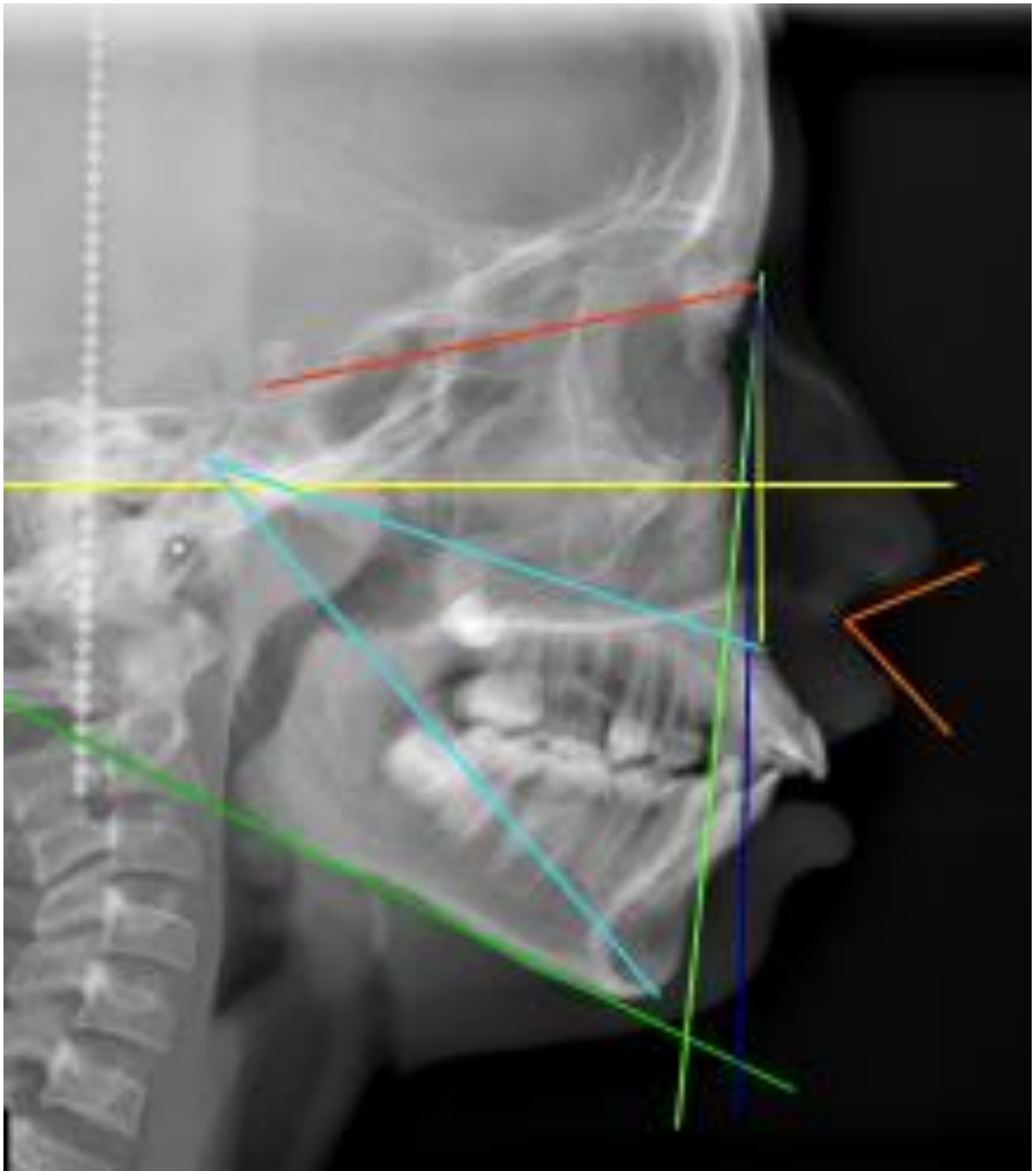
- **Análisis radiográfico carpal**



- ESTADIO 2 DE FISHMAN 3° DEDO FALANGE DISTAL

## **PROCEDIMIENTO**

- **Análisis cefalométrico**



**RE : Clase II por retrusión  
mandibular**  
**LE : mandibular disminuida**  
**AFI: inferior aumentada e  
hiperdivergente**  
**I.S : vestibularizado y protruido**  
**L.I : vestibularizado y protruido**  
**L.S : protruso**  
**Perfil convexo**  
**LBC : aumentado en longitud**  
**F-SN : inclinado hacia abajo**

## Análisis de modelo

<b>Factor</b>	<b>V/Promedio</b>	<b>05/05/12</b>
<b>LBC</b>	<b>70 +/- 2</b>	<b>79</b>
<b>SNA:</b>	<b>82 +/- 3</b>	<b>78 (81)</b>
<b>SNB:</b>	<b>80 +/- 3</b>	<b>72 (75)</b>
<b>ANB:</b>	<b>2 +/- 3</b>	<b>6</b>
<b>A-Nperp:</b>	<b>0/1</b>	<b>+2</b>
<b>Pg-Nperp:</b>	<b>-8a-6/-2a+4</b>	<b>-12</b>
<b>Co A:</b>		<b>104</b>
<b>Co Gn:</b>	<b>137 - 140</b>	<b>149</b>
<b>AFAi:</b>	<b>74 - 78</b>	<b>86</b>
<b>F.SN:</b>	<b>8</b>	<b>12</b>
<b>SN.MGo:</b>	<b>32 +/-5</b>	<b>44</b>
<b>Eje Y:</b>	<b>60 +/-3</b>	<b>66</b>
<b>I.NA:</b>	<b>22</b>	<b>27</b>
<b>I-NA:</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
<b>I.NB:</b>	<b>26</b>	<b>35</b>
<b>I-NB:</b>	<b>4</b>	<b>13</b>
<b>Pg-NB:</b>		<b>1.5</b>
<b>I.I:</b>	<b>131 +/-7</b>	<b>114.5</b>

## Análisis de modelos



**ARCO DENTARIO SUPERIOR**

**ESPACIO DISPONIBLE: 80  
mm**  
**ESPACIO REQUERIDO: 75.5  
mm**  
**DISCREPANCIA: 4.5  
mm**

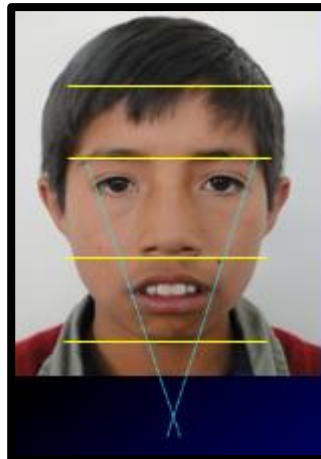
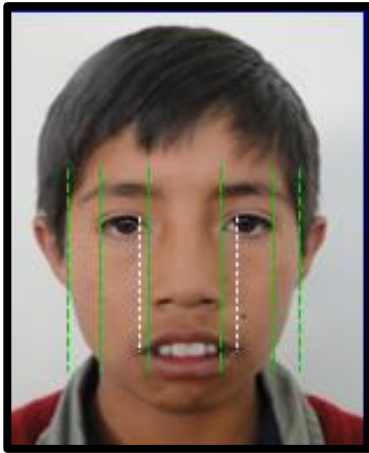


Bolton Total No registrable  
por ausencia de dientes



Bolton Anterior con  
exceso  
de masa de 4

▪ **Evaluacion facial**



Simetria : Asimétrico  
 Proporción: tercio inferior aumentado ( 60 mm - 45.11%)  
 Apertura Facial : Dolicofacial 37°;

Línea Estética : Ls (-3) Protruso, Inf (+1) Protruso  
 Contorno Facial: Convexo 162°  
 ANL : 74 labio protruso



**Diagnóstico definitivo**

LÍNEA DE EPKER:	LS	+ 7 mm	Protruido
	LI	+ 4 mm	Protruido
	Pg	+ 11 mm	Retruido

- **Diagnóstico definitivo**

- Paciente Sexo Masculino de 14 años 2 meses, en ABEG. presenta ausencia de la Pza 24; Mesocéfalo, dolicofacial, asimétrico, perfil convexo e hiperdivergente presenta :
- Mal oclusión clase II div I por protrusión de la maxila y con ligero retrognatismo de la mandíbula
- Incisivo superior vestibularizado y protruido
- incisivo inferior vestibularizado y protruido
- Arco superior Triangular y apiñado
- Mordida Abierta Anterior
- RM del lado derecho clase II
- RM del lado izquierda NR, por ausencia de la pieza 24
- RC del lado izquierdo y derecho en clase II
- O.J. 0.7mm ; O.B. 30 %
- Desviación de la Línea media superior e inferior hacia la derecha en 1mm

## CAPITULO IV

### 4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

#### ○ TRATAMIENTO DE ORTOPEDIA

- Extracción :
  - ✓ Pzas 14, 24
  - ✓ Tratamiento de conductos de la Pza 44
- Descompensación :
  - ✓ palatinización y lingualización de los dientes anteriores superior e inferior, a través de aparatos extraorales
- Ortopedia :
  - ✓ propulsor mandibular ( frankel II - bio nator.)

#### ○ **MAXILAR SUPERIOR**

- ANCLAJE: Botón de Nance
- Bandas: 15,27,25
- Tubos: simples convertibles Brackets: Sistema Edgewise
- Secuencia de arcos:
- Alineamiento y Nivelación: Nitinol 0,016", Acero 0,016"x0,016" y 0,018 redondo,
- Cierre de Espacios: 0.017" x 0.025", 0.018" x 0.025".
- Acabado: 0.018" x 0.025", 0,019x0.025".
- Contención: removible.

#### ○ **MAXILAR INFERIOR**

- EXTRACCIÓN: ( 34 y 35 )
- ANCLAJE: Mínimo.



- Bandas: 36,38,47.
- Tubos: simples convertibles
- Brackets: Sistema Edgewise Estándar slot 0,022” x 0,028”
- Alineamiento y Nivelación: 0.016” nitinol, 0,016”x0,016”Acero ,0.018” Acero redondo .
- Acabado: 0.017” x 0.025”, 0.018” x 0.025”.
- Contención: fija
- **Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACION DOCENTE ASISTENCIAL.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Dr. Federico Esteban Villalba

FECHA: 23/06/2024 CINECA: 1 FRECUENCIA: 1

Yo, Dr. Federico Esteban Villalba, identificado con DNI N° 72.023.173 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y normal uso de sus facultades mentales, otorgo mi consentimiento al Doctor Dr. Esteban Villalba para que por intermedio y con el concurso de sus colegas, en su calidad de facultades de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: Exodoncia, extracción, alveoplastia.

2. El Docente en relación queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de condados o procedimientos odontológicos adicionales a los que se autorizaron en el parte anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exijan.

3. El Docente informa al paciente de la existencia de riesgos, generales y específicos imprevisibles que por sus propias características no se pueden advertir y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la naturaleza, extensión y posibilidad de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.

4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente fue hecha al docente y estudiante del área responsable con el objeto de identificar las condiciones clínico patológicas y previa información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos previsibles y consecuencias que pueden derivarse de la intervención consentida. En los términos que me fueron consignados en la historia clínica. Declaro que he recibido previa y detallada las explicaciones sobre sus alcances y que han sido acordados en el momento que he tenido y manifestado al respecto.

5. Si no he manifestado que existe riesgo de incapacidad o fatal prevención, los cuales por este motivo, no pueden ser advertidos y es consensuada, declaro expresamente que no asumo por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y por lo tanto, no puedo anticiparme a buscar para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puedo ser garantizado.


6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda requerir, sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso acompaña la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones y estar seguro y sus dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.


7. He recibido claras instrucciones en el escrito de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revocado o dejado sin efecto por la simple decisión del sujeto firmante antes de la intervención realización del tratamiento.


8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explicó de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que en tratamiento a estas circunstancias genera.

9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Declaro que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

  
 FIRMA DEL PACIENTE  
 DNI N°: 72023173

  
 FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO  
 RESPONSABLE DEL ÁREA

  
 FIRMA DEL ESTUDIANTE

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

- Sánchez A. menciona que los valores de longitud en el cuerpo mandibular de la clase I y la clase II división 1 son estadísticamente iguales o que la diferencia no es significativa encontrándose diferencia significativa en la longitud del cuerpo de la mandíbula entre el género femenino y masculino, con los valores promedio de longitud del cuerpo de la mandíbula de la clase I y la clase II división 1 son menores que los valores de promedio dados por el análisis de Jarabak.
- Tovar M. Menciona que hay posición entre el maxilar relativo a la mandíbula en el lado clase II subdivisión, que tiende a ser más estrecho que el lado clase I explicándose como la inclinación lingual con aumento de torque positivo o por la posible existencia de compresión ósea en el lado clase II subdivisión. Lo anterior lleva a pensar en asimetría maxilo – mandibular y/o desviación de la línea media ya sea dental o esquelética.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES**

- En conclusión, la clasificación de Angle permite establecer un tipo de maloclusión y un tratamiento adecuado.
- La pérdida prematura de las piezas dentarias altera la oclusión de los pacientes así mismo los tipos de maloclusiones se dan por apiñamiento dentario, incisivos protruidos o espaciados, incisivos que están entrecruzados en relación con los inferiores, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, los dientes anteriores pueden alineados, si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del primer molar entre otras irregularidades.

## **CAPITULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda llevar a los niños al odontólogo para evitar o tratar a tiempo alguna maloclusión que afecte la asimetría y estética del paciente.
- La pérdida prematura de las piezas dentarias puede conllevar a problemas futuros en los niños.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Miranda E. Retratamiento de maloclusion clase II - 1 usando pendulo implantosoportado. Trabajo academico para optar el titulo de especialista en ortodoncia y ortopedia maxilar. Lima : Universidad Nacional Federico Villarreal ; 2021.
2. Morales M. Bases geneticas de la maloclusion clase III esqueletica. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla ; 2017.
3. Tovar M. Clase II subdivision , analisis por medio de CBCT. Tesis doctoral. Sevilla : Universidad de Sevilla ; 2020.
4. Parra F. Prevalencia de maloclusiones en niños de 8 a 15 años en el colegio Señor de Huamantanga de la ciudad de Jaen. Tesis para optar el titulo de segunda especialidad profesional en ortodoncia y ortopedia maxilar. Chiclayo: Universidad Catolica Santo Toribio de Mogrovejo ; 2020.
5. Gutierrez J. Tratamiento de maloclusion clase II division 2 con bloque de mordida. Trabajo academico para optar el titulo de segunda especialidad profesional de odontologia. Huancayo : Universidad Peruana los Andes ; 2021.
6. Marquez M. Manejo de maloclusiones clase III. Tesis para optar el título de especialista en ortodoncia y ortopedia maxilar. Huanuco : Universidad de Huanuco ; 2018.
7. Loor L. Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 - 8 años de la escuela Apostol Santiago. Trabajo de graduacion previo a la obtencion del titulo de odontologa. Guayaquil : Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil ; 2016.

8. Sanchez A. Estudio comparativo de la longitud del cuerpo de la mandibula entre la maloclusion clase I y clase II division 1 en niños peruanos. Tesis para optar el titulo profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2012.