

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud
Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**TÍTULO : DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LA
MALOCLUSIÓN CLASE III EN NIÑOS –
REPORTE DE CASO CLÍNICO**

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Mallqui Cuno Katya Leonor

Asesor : Mg. Lopez Gonzales Chirstian Willy

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución De Investigación: Clínica Particular

HUANCAYO – PERÚ 2022

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios por las bendiciones que me permitió terminar esta carrera a mis padres por siempre apoyarme.

A mis amigos por su amistad y apoyo que me mostraron.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi asesor por el apoyarme y guiarme para terminar el trabajo y poder presentarlo y obtener el título profesional de Cirujano Dentista.

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

La maloclusión clase III es un diagnóstico que se trata de las deformaciones de la maxila y mandíbula en un sentido sagital, en la retrusión y el prognatismo o la combinación de ambas siendo la causa hereditaria y ambiental en la dentición primaria es por lo que es necesario el tratamiento en edad temprana con la máscara facial. (1)

Es por ello que se presentó el caso clínico con el objetivo de evaluar la efectividad de los tratamientos de maloclusión clase III, el caso clínico muestra que el paciente de con el motivo de consulta: “Quiero arreglar mis dientes que están chuecos, porque están para adentro, no me gusta mi mordida invertida, quiero mejorar mi mentón”.

Palabra clave: Clase III, diagnóstico temprano, ortodoncia.

INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones son problemas de salud bucal que produce la deformación de la alineación de las piezas dentarias a nivel superior e inferior que buscan encargarse entre sí, presentando alteraciones en la mordida, encontrándose las diversas maloclusiones en cuanto a la relación de los molares, siendo consideradas la maloclusión clase III siendo importante establecer el número de efectos nocivos que pueden conllevar a los problemas. (2)

La organización mundial de la salud establece factores primordiales en la ausencia de las infecciones, heridas y enfermedades como caries, periodontitis que pueden afectar el desempeño diario en las diversas funciones que se desempeña. Estos índices alto de incidencia y prevalencia de maloclusión, superando el 80% de las personas que van al odontólogo. (3)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las maloclusiones según la organización mundial de la salud ocupan el tercer lugar como un problema de salud oral, las prevenciones de las maloclusiones en edad temprana debe ser el fundamento de todos los servicios al cuidado de la salud bucal, siendo la oclusión el bienestar esencial en el sistema masticatorio, estéticamente y funcional, además de que puede alterar la capacidad del sistema masticatorio. (2)

Es poco común que los dientes se encuentren bien Inter digitados y alineados en oclusión perfecta, realizadas en Estados Unidos entre 1930 y 1995 demostró la prevalencia de maloclusión entre el 35% y 95%. En Lima, Perú se encontró en niños de 9 a 12 años maloclusiones en el 74% de los casos, siendo la más frecuente la Clase I con el 56.1%, seguido de clase II con el 25% y clase III con 18.9% igualmente que se analizó en México encontrándose que la clase de Angle I fue la más frecuente con un 73% de clase II y 10% de Clase III, con la predisposición en cuanto a los problemas de salud bucal a nivel global, donde la maloclusión se situaba en la tercera posición, superada por la caries dental y la periodontopatías. (4)

2.2. OBJETIVOS

- Evaluar los tratamientos para una buena efectividad de maloclusión clase III.
- Establecer las características sociodemográficas de los pacientes con maloclusión clase III.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Parra F. El 2020 el objetivo de las necesidades de la prevalencia de maloclusiones con la muestra de 797 niños escolares, respecto a las terceras molares en sentido anteroposterior, los resultados indican que la maloclusión de Angle el 66.75% es clase I, el 22.08% clase II, el 11.17% clase III, con mayor prevalencia de 24.84% en conclusión de la prevalencia de maloclusión del género femenino afectando la clase I. (3)

Ortiz E. en el año 2020 se desarrolló un trabajo con el objetivo de variaciones dentales y esqueléticas en pacientes con mordida abierta, metodología

observacional, analítico, longitudinal, observacional, con los resultados que indican que el desarrollo de la investigación con la evidencia las mejores tratamientos en sujetos del crecimiento de la tasa de éxito, el metabolismo de Greenle considerando la deficiencia de la los factores etiológicos y recaída en la dimensión vertical, conclusión el aumento del overbite en el sexo masculino es mayor, con la verticalización de los incisivos superiores. (5)

Gamba J, Et al. En el año 2020 se desarrolló un trabajo con el objetivo evaluación de los tratamientos maloclusión clase III, metodología es de tipo descriptivo, retrospectivo, de la aparatología ortopédica empleando mediciones manuales encontradas en las historias clínicas, resultados indican que la muestra de 35 historias clínicas encontrándose en 25 participantes femenino el 71.4% de la muestra total, 10 participantes masculino con el 28.5% de la muestra, se utilizó el SN3 20% con el plano inclinado, 20% Frankell III, 8.5% placa activa, en los tratamientos evaluados, en conclusión el tiempo esclarecer un tiempo exacto para el inicio del tratamiento para resolución de la maloclusión clase III. (6)

Bustamante W. En el año 2018 se desarrolló el trabajo con el objetivo determinar las características en niños de 4 a 5 años, institución educativa, metodología es de tipo observacional, descriptivo, observacional, con el instrumento de ficha de recolección de datos, con la muestra de 61 niños, los resultados indican que el 62.3% diastema, espacios primates 63.9%, sobremordida vertical 70.5%, no presenta sobremordida horizontal vertical 70.5%, plano terminal escalón mesial en la prevalencia clase I, en conclusión los diastemas de los espacios libres incrementan la leve desviación. (7)

Medina A. Se realizó un trabajo con el objetivo describir el tratamiento ortopédico y ortodóntico de un paciente con patrón esquelético clase III ángulo alto, con la monografía se presentó un caso clínico de un paciente de crecimiento con patrón esquelético clase III ángulo alto tratado en la segunda especialista con la descripción de la fase ortopédica y ortodóntica, realizada en las extracciones de los primeros premolares inferiores y los segundos premolares superiores. en la segunda fase se instaló la aparatología fija de técnica Edgewise. (8)

López C. Desarrollo un trabajo con el título tratamiento ortodóntico de camuflaje en una maloclusión pseudoclase III con asimetría mandibular, reporte de caso clínico, con el objetivo de identificar los criterios de diagnóstico para la maloclusión pseudoclase III características dentales como esqueléticas y compararlo. (9)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicas

MALOCLUSIÓN CLASE III

En 1899 Angle clasificó las maloclusiones en I, II y III, siendo la III característica de la relación mesial de la mandíbula y maxila del surco del primer molar inferior por mesial de la cúspide mesiovestibular del primero superior, por lo tanto, son menos frecuentes y más difíciles de tratar. (9)

Tipo I: maxilar y mandibular encontrarse bien alineados, en contacto borde a borde o ligeramente cruzados.

Tipo II: Las piezas anteriores en el apiñamiento de la mandíbula y su relación con la maxila, los cuales pueden encontrarse bien alineados.

Tipo III: Incisivos maxilares apiñados en un arco maxilar poco desarrollado, y los incisivos mandibulares con respecto a la maxila del caso sobre la sobremordida. (9)

EPIDEMIOLOGÍA

Las maloclusiones clase III esqueléticas y dentales comprende el 10% de las maloclusiones en el mundo con expectativas variaciones en las áreas geográficas, numerosos estudios hablan de que la maloclusión, clasificación y el grupo etario. (9)

Ellis y Mc Namara en el caso reportado de la maloclusión clase III, estudiada en la combinación del prognatismo de la retrusión del maxilar superior.

Sue y cols 1987 con el 62% de los casos examinados con el componente de retrusión maxilar.

FACTORES INVOLUCRADOS SE ENCUENTRAN

Litton en 1970 la existencia de una transmisión poligénica no ligada al sexo que se compara en un estudio con la maloclusión clase III y en mellizos solo una pareja presento maloclusión.

Factores epigenéticos se menciona por Von Limburgh en el año 1972 considerando los factores del desarrollo de la maloclusión en relación causa y efecto.

DESARROLLO DE LA DENTICIÓN

Los tratamientos de la maloclusión clase III con un reto en la ortopedia contemporánea, existiendo distintos aparatos disponibles tanto extraorales como

intraorales ortodóntico temprano es el crear un medio en el que sea más favorable el desarrollo dentofaciales.

los tratamientos oportunos a una edad temprana pueden prevenir cambios irreversibles en tejido duro y blando para mejorar la discrepancia esquelética. (6)

la maloclusión clase III es un síndrome muy amplio que solo incluye las relaciones orales mesializadas de las primeras molares inferiores con respecto a las superiores según Angle un perfil recto o cóncavo, a un overjet de cero o negativo, sino también puede estar acompañado de combinaciones esqueléticas distintas a la protrusión mandibular.

De acuerdo a los components of class III maloclusión in juveniles and adolescents, el 18.7% del grupo presentaron protrusión mandibular, 25% retrusión maxilar y 22% una mezcla de ambos.

ETIOLOGÍA

mucho de los problemas etiológicos de esta maloclusión, es la herencia humana y su rol en la maloclusión clase III apoya la creencia de que el crecimiento y el tamaño de la mandíbula están afectados por la herencia.

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO

- **Datos de filiación**
- NOMBRE: NORMA ESPINOZA MONSALVE
- EDAD: 10 AÑOS.
- SEXO: FEMENINO
- ESTADO CIVIL: SOLTERA.
- LUGAR DE NACIMIENTO: HUANCAYO
- FECHA DE NACIMIENTO: 26 - JUNIO- 2012
- LUGAR DE PROCEDENCIA: HUANCAYO
- OCUPACIÓN: ESTUDIANTE
- **MOTIVO DE CONSULTA**

“Quiero arreglar mis dientes que están chuecos, porque están para adentro, no me gusta mi mordida invertida, quiero mejorar mi mentón”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente femenino de 10 años de edad y 9 meses aprox. refiere no menstruar aún, refiriendo que su mamá le contó que se cayó de la cama cuando era pequeña y se chancó el labio de arriba, deseando mejorar su aspecto al sonreír.

- **ANTECEDENTES**

- MÉDICOS FAMILIARES:
- papá: (vive) GASTRITIS
- Mamá: (vive) SANO

- Hermana:(vive) GASTRITIS
- PERSONALES (HÁBITOS): No refiere

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- **FUNCIONES NEUROSENSORIAL Y ESTADO GENERAL DEL PCT.**
- ABEG, ABEH, LOTEPE
- **FUNCIONES VITALES**
 - PA: 115/65 mmHg
 - PULSO: 60 x min
 - T°: 36.6°C
 - FR: 20 x min

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen extrabucal**
 - CABEZA: Dolicocéfalo
 - OJOS: color marrón café
 - OÍDOS: Permeable
 - NARIZ: Permeable
 - CARA: Dolicofacial
 - ATM: asintomático
 - GANGLIOS: conservados
- **Examen intraoral**
 - LABIOS: Hidratados, sin lesión aparente.
 - CARRILLOS: Sin lesión aparente.
 - PALADAR DURO: Forma: Ovoidal, Color: Rosado pálido sin alteración evidente.

- PALADAR BLANDO: color: rosado Sin lesión aparente.
- LENGUA: Color: Rosado pálido, Tamaño: Normal, Forma: Ovoidal.
- ISTMO DE LAS FAUCES: Uvula móvil, sin lesión aparente.
- PISO DE BOCA: Sin lesión evidente.
- REBORDE GINGIVAL: Pigmentación superior del margen gingival.
- OCLUSIÓN:
- RMD y RMI: Clase III
- RCD y RCI: Tendencia a clase III

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

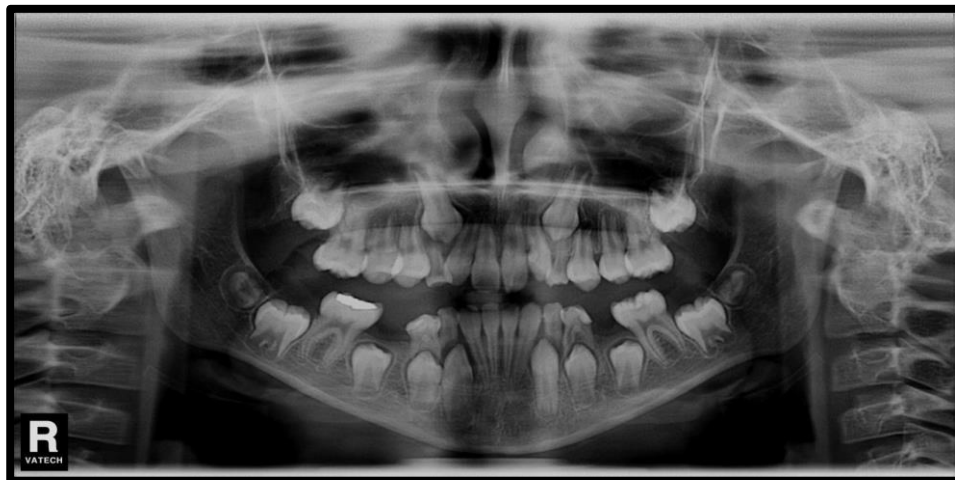
- **DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO**
 - Paciente de sexo femenino de 10 años 9 meses, con dentición mixta con 22 piezas en boca con ABEG.
 - **EXAMEN EXTRAORAL:** Paciente dolicocefalo, dolicofacial, simétrico, con musculatura normal, perfil-anteroposterior cóncavo, perfil vertical normodivergente.

- **EXAMEN INTRAORAL:** Labio superior corto, frenillos de inserción sup. e inf. media, frenillo lingual de inserción baja, paladar profundo.
- **ARCO DENTARIO:** Forma: Sup. Cuadrangular Inf. Ovoide
 - Tipo: Sup. Apiñado Inf. Espaciado
- Relación canina clase III y Relación molar clase III.
- O.J: -3mm O.B:62.5%
- Ausencia clínica de las piezas 1.7, 1.8 y 2.7,2.8, 3.4,3.5,3.7,3.8,4.4,5 4.7,4.8

EXÁMENES AUXILIARES

- **Informe radiográfico**

RADIOGRAFÍA PANORÁMICA



Informe:

- Estructuras óseas de características aparentemente normales.
- Vías aéreas aparentemente normales.
- Presencia de 16 piezas permanentes, piezas 1.7, 2.7 estadio 6 de Nolla, piezas 1.3,2.3, 3.3,4.3 estadio 8 de Nolla, piezas 3.7,3.5,3.4, 4.4, 4.5, 4.7 estadio 7 de

Nolla, piezas 3.8,4.8 estadio 3 de Nolla y piezas 1.8, 2.8 en proceso de erupción intraósea.

- Pieza 1.2 distalizado,1.3 mesializado, 1.4 mesiogiroversado, 2.1 mesiogiroversado, 2.2 distogiroversado, 2.3 distogiroversado, 2.5 vestibularizado, 3.2 distalizado,3.6 mesializado,4.2 distalizado,4.6 mesilaizado.
- Piezas con faceta de desgaste piezas 1.3,2.3

RADIOGRAFÍA CARPAL



ESTADIO DE FISHMAN 3

RADIOGRAFÍA PERIAPICAL

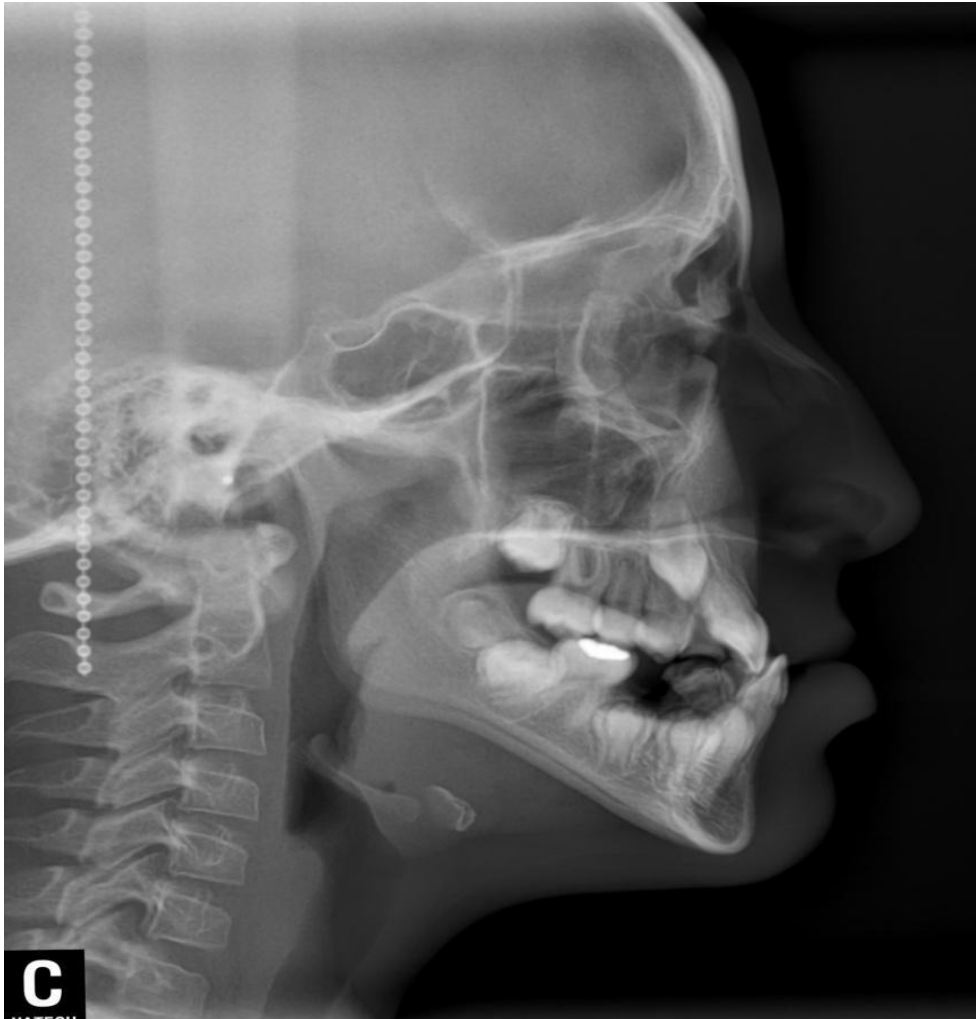


RADIOGRAFÍA BY WHITE



PROCEDIMIENTO

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO



- Relación esquelética clase III.
- Normodivergente,tercio inf. Aumentado.
- Vestibularización de los incisivos superiores.
- Lingualización y protrusión de los incisivos inferiores.
- Labio superior sin alteración evidente.
- Perfil cóncavo.
- Longitud de la base del cráneo aumentado.

Factor	V/Promedio	
LBC	70+/-2	77
SNA:	82 +/- 3	82
SNB:	80 +/- 3	85
ANB:	2 +/- 3	-3
A-Nper	1	- 2
Pg-Nper	2a+4	+1
CoA	92	95
CoGn	117-120	135
AFAi:	64-65	73
F.SN:	8	8
SN-Mgo	32 +/-5	36
Eje Y:	60 +/-3	59
I.NA:	22	23

ANL	102+-8	100
LS-Nper	14+-8	7
U ND	0 11	0

ANÁLISIS DE MOYER

Maxilar inferior

© Inc. =	
DERECHO	IZQUIERDO
12.5mm	13mm
11.2mm	11.2mm
1.3mm	1.8mm



Maxilar superior

© Inc. =	
DERECHO	IZQUIERDO
13.5mm	15mm
14mm	14.2mm
-0.5mm	0.8mm



EVALUACIÓN FACIAL



SIMETRÍA : SIMÉTRICO

PROPORCIÓN : INFERIOR AUMENTADO

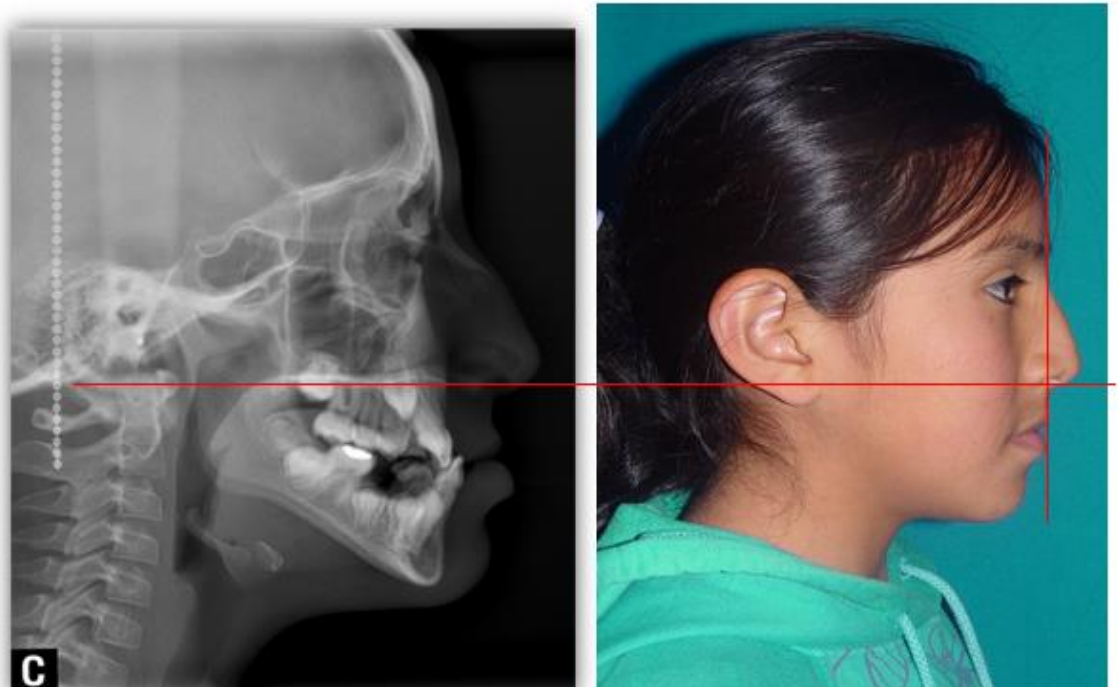
APERTURA FACIAL : DOLICOFACIAL 32°



LÍNEA ESTÉTICA : LS RETRUÍDO LI PROTRUÍDO

CONTORNO FACIAL: CÓNCAVO

ANL : 100 ° PROTRUÍDO



LÍNEA DE EPKER :	LS : 17 mm	SIN ALTERACIÓN EVIDENTE
	LI : 37mm	PROTRUÍDO

Diagnostico Definitivo

- ❖ Paciente de sexo femenino de 10 años de edad con dentición mixta en abeg.
- ❖ Dolicocefalo, dolicofacial, simétrico, perfil anteroposterior cóncavo. normodivirgente.
- ❖ **Maloclusión** derecho clase III izquierdo clase III por protrusión mandibular
- ❖ **I.S.** ligeramente vestibularizado e **I.I** ligeramente lingualizado y protruído
- ❖ **RC** clase iii y **RM** clase iii.
- ❖ **O.J** : - 3mm **O.B** : 62.5%

- ❖ **Mordida** cruzada anterior.
- ❖ Mordida cruzada posterior entre las piezas 2.5 y 3.6, 1.5 y 4.6.
- ❖ Curva de Spee acentuada.
- ❖ Presencia de 16 piezas permanentes, piezas 1.7, 2.7 estadio 6 de nolla, piezas 1.3,2.3, 3.3,4.3 estadio 8 de nolla, piezas 3.7,3.5,3.4, 4.4, 4.5, 4.7 estadio 7 de nolla, piezas 3.8,4.8 estadio 3 de nolla y piezas 1.8, 2.8 en proceso de erupción intraosea.
- ❖ Según el análisis de moyer en la arcada superior obtuvo una discrepancia de – 0.5 mm.

CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- **Sector superior**
 - Palatinización de ICS.
 - Vestibularización y protrusión de la pieza 1.3.
 - Uso de aparatología fija: Arco transpalatino.
- **Sector inferior**
 - Traslación de las piezas 3.3 y 4.3.
 - Uso de aparatología fija: arco lingual.

Aparatos ortopédicos

- Mascara facial ortopédica
- Plano deslizante

- **Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: Diego Esteban Villaver

FECHA: 22/03/2024 CLÍNICA: FRÉSCA

Yo, Diego Esteban Villaver identificado con DNI N° 70209324 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente en pleno normal uso de las facultades mentales, otorgo en forma libre, mi consentimiento al Docente: Diego que por intermedio y con el concurso de estudiante sometido a su dirección así como los asistentes que él elija o ayude, y ha creado profesionalmente la salud que se requiere me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: Palatinización, protrusión, vestibularización

2. El Docente en ningún caso está autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de técnicas o procedimientos odontológicos adicionales a los que se encuentran autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exijan.

3. El Docente, informa al paciente de la existencia de riesgos, generales y específicos, inherentes a los procedimientos odontológicos que se van a realizar, así como de las consecuencias que pueden derivarse de que no se cumpla con el consentimiento informado o con el tratamiento que se va a realizar.

4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho el docente y estudiante del área responsable con el objeto de verificar las condiciones clínicas, patológicas y previas información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos previos y consecuencias que pueden derivarse de la intervención quirúrgica, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he leído detenidamente y he comprendido las explicaciones que me han sido dadas y he firmado este consentimiento en presencia de un testigo que he nombrado y manifiesto al respecto.

5. Se me ha explicado que existen riesgos de anestesia o fallas preventivas, los cuales por esta razón, me puedo sentir adormido y en consecuencia, declaro expresamente que he leído y he comprendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y por lo tanto, con la información autorizada se buscará para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no debe ser perfeccionado.

6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse, sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso conlleva la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones y estoy de acuerdo y las dudas que he tenido y examinadas me han sido aclaradas.

7. He recibido otras evaluaciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, podrá ser revocado o dejado en efecto por la simple decisión del sujeto tomado antes de la intervención realizada 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 relación a mi copia de muestra clara y completa está situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que en tratamiento en esta circunstancia 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 divulgación científica.

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

Diego Esteban Villaver
FIRMA DEL PACIENTE
DNI N° 70209324

Diego Esteban Villaver
FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL ÁREA

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

- Palacios L. Et al. en el año 2013 menciona que según la Angle mas prevalencia con el 68% seguid de la clase III con el 18% y el 14% en la clase II de la prevalencia de hemiarcada.
- Bustamante W. E en el año 2018 concluye en su tesis que el mayor porcentaje del plano terminal escalón mesial con mayor predominio en el lado derecho, seguido del plano terminal recto con predominio en el lado izquierdo y por último el plano terminal escalón distal presentando número de casos. (7)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Los tratamientos ortodónticos previenen los futuros problemas de las piezas dentarias.
- Un buen diagnóstico es fundamental para un buen tratamiento adecuado.
- En un niño es fundamental realizar exámenes auxiliares.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los pacientes con maloclusiones afecten el desarrollo de las estructuras dentoalveolares.
- Se reconociendo realizar seguimiento de los casos tratados en edades tempranas con la finalidad de conocer la estabilidad de la terapia.
- La motivación concientiza y entorno familiar.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Macías T, Gonzales M, Rivas R. Tratamiento temprano de Maloclusion Clase III con mascara facial de proteccion Morales. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. 2018.
2. Rojas D. Nivel de conocimiento de maloclusion en modelos de estudio articulado en internos de odontologia de la Universidad Peruana los Andes Huancayo 2017. Tesis para optar el titulo profesional de Cirujano Dentista. Huancayo : Univerisdad Peruana los Andes ; 2018.
3. 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 título profesional segunda especialidad profesional en ortodoncia y ortopedia maxilar. Chiclayo : Universidad Catolica Santo Toribio de Mogrovejo ; 2020.
4. Palacios L, Carrillo D. Prevalencia de maloclusiones de Angle en niños de 9 a 13 años. Tesis para pregrado presentada como requisito para la obtencion de título de odontólogo general. Quito : Universidad San Francisco de Quito ; 2013.
5. Ortiz E. Estudio longitudinal del control vertical en pacientes sin cese de creciemitno con mordida abierta en terapia interceptiva en la segunda fase de la denticion mixta, en el servicio de odontologia del Hospital Regional Nacional Daniel Alcides Carrión 2019. Tesis para optar el título profesional Cirujano Dentista. Cerro de Pasco : Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion ; 2020.
6. Gamba J, Torres D. Efectividad de tratamientos de la maloclusion clase III de los pacientes en edad temprana (4-6 años) en cartagena. Tesis para optar el título de

- especialista en odontopediatria y ortopedia maxilar. Cartagena de Indias : Universidad de Cartagena ; 2020.
7. Bustamante W. Características de la oclusión dental en niños de 4 a 5 años, Institución Educativa N° 18322 Abraham Lopez Lucero, Distrito de Jazan Amazonas 2018. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Chachapoyas : Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas ; 2018.
 8. Medina A. Tratamiento ortopédico - ortodoncia de un paciente con patrón esquelético clase III ángulo alto. Reporte clínico para optar el título de Especialista en Ortodoncia. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2014.
 9. Lopez C. Tratamiento ortodóntico de camuflaje en una maloclusión pseudiclase III con asimetría mandibular- Reporte de caso clínico. Tesis para optar el grado de Especialista en ortodoncia. México : Universidad Nacional Autónoma de México ; 2013.
 10. Aguado J, Allca V, Almora G, Escorza D, Mosayhuate R, Mungui S, et al. Diagnóstico y tratamiento temprano de la Maloclusión Clase III. *Odontol Pediatr.* 2014 Enero - Junio ; 13(1).
 11. Mallqui I. Calidad de la preparación dentaria para la prótesis fija realizado por los estudiantes del quinto año de Odontología Huanuco 2015. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Huanuco : Universidad de Huànuco ; 2017.