

TRABAJO DE SUFICIENCIA

por Díaz Cubas

Fecha de entrega: 28-nov-2022 12:00p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1965306883

Nombre del archivo: Trabajo_de_suficiencia_Corregido-_Itala_Diaz_Cubas.docx (5.55M)

Total de palabras: 3377

Total de caracteres: 18377

12
DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por haberme dado la vida
y permitirme llegar a este

momento tan importante de mi formación profesional

A mi esposo armando Trejo por su ayuda, paciencia
amor y comprensión me ha

permitido llegara a cumplir una meta más.

A mis hijos Alexandro Camila Y Jimenita, son
motivo de mi superación de esperanza

de amor incondicional.

AGRADECIMIENTO

En el presente agradezco a Dios por su bendición en el transcurso de mi vida,

brindándome paciencia y sabiduría para culminar mi carrera profesional.

A mi esposo armando por su apoyo, gracias por ayudarme a cumplir un sueño tan anhelado.

A mis hijos por su amor, por ser mi motivo de superación, mi fuerza y esperanza.

RESUMEN

El presente caso clínico evalúa la maloclusión según la clasificación Angle, con la relación canina en el sobrepase y el resalte incisal, el apiñamiento y la mordida cruzada posterior, teniendo en cuenta que la oclusión comprende la relación y la interdigitación de los dientes sino también la relación de estos con los tejidos blandos y duros que lo rodean, también corresponde la relación que existe entre las dos bases apicales, así como otros huesos del cráneo y a través del resto esqueleto.

Paciente de sexo femenino de 11 años 5 m “Quiero que me pongan derecho mis dientes”, en ABEG, Braquicéfalo, dolicofacial, asimétrico con perfil convexo y normodivergente, presentando: Mal oclusión Clase I por problemas de alveolo dentario ,presencia de mordida cruzada entre las piezas 1,2-1,1-2,1-2,2-3,2-3,2-4,1-4,2 análisis cefalometrico retrucion maxilar ligera retrucion mandibular, con relación esquelética clase 2 por protrucion maxilar, Deglución atípica tipo I ,con incisivos superiores ligeramente palatinados , incisivo inferior ligeramente protruidos y vestibularizado, ligera protruido en labial superior y inferior Ausencia de piezas 1.3 – 2.3, R.C No registrable, R.M Clase I bilateral, O.J. -3 mm ; O.B. -50 %, Línea media superior desviada 2 mm hacia el lado izquierdo.

Palabra clave: maloclusión, Angle, clase I

INTRODUCCIÓN

En los tiempos remotos mencionan que los problemas de maloclusión encontrados en la dentición primaria, va a repercutir en la dentición permanente, en la que alcanza la severidad mas elevada, por parte de destacar la importancia de conocimiento de los procesos que se dan en la dentición primaria, considerando que el niño tratado activa el crecimiento en los rasgos bien sean dentales mejorando o empeorando.

Así mismo se menciona que los conceptos actuales de la maloclusión son distintos al de principios que creía en cada individuo en el plano potencial que alcanza la dentición completa y perfectamente ocluida, en los que la maloclusión es resultado de la acción de fuerzas ambientales que se dan en el desarrollo que apuntan hacia el logro de normoclusion ideal. (1)

Conociendo también que la oclusión es la relación funcional entre los componentes del sistema masticatoria incluyendo los dientes, tejidos de soporte sistema neuromuscular, articulaciones temporomandibulares y esqueleto craneofacial, en el sistema masticatoria funcional de una manera dinámica integrada en la cual se crea un estímulo mediante la función de señales para diferenciar, modelar y remodelar los tejidos. (2)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las maloclusiones constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo mencionado a nivel mundial más bien para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia, que precede a la caries dental. Que es de origen multifactorial siendo factores hereditarios, ambientales o ambas.

Una de las grandes cantidades de individuos presenta el problema de suma importancia conocer los factores nocivos que generan en la cavidad bucal, siendo un problema de suma importancia que conoce los factores funcionales de la masticación la deglución y habla.

La OMS establece una buena calidad de vida de una persona está dada por factores primordiales como ausente de dolor orofacial, infecciones, heridas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria entre ambos trastornos, que desempeñan que pueden afectar en los diarios en el hogar, escuela, trabajo, juegos, etc. (3)

2.2. OBJETIVOS

- ✓ Conocer los diversos tipos de maloclusiones.
- ✓ Determinar la maloclusión clase I de Angle

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Pari N. se desarrollo un trabajo con la finalidad evaluar en tratamiento ortodóntico de la maloclusión clase I con la discrepancia del arco dental se reporta un caso clínico en la muestra que el análisis de modelo superior tiene una discrepancia intermolar de Ricketts fue el 59 mm e intercanina de 37 mm, mientras que el maxilar inferior la discrepancia de modelos positivos de 2 mm, tanto en el superior como en el inferior según el análisis de Bolton anterior, en conclusión la maloclusión clase I se caracteriza por tener una relación anteroposterior normal que se encuentra acompañada con la discrepancia dentoalveolar, malposiciones individuales y alteraciones a nivel transversal o vertical. (1)

Rodríguez L. desarrollo un trabajo que busca prevenir la maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital, hábitos deletéreos y su relación con pacientes

pediátricos, método es de tipo descriptivo, transversal, prospectivo, observacional, con la muestra de 156 pacientes pediátricos, en los resultados indican que la deglución atípica es de 67.3%, onicofagia 69.2%, succión digital es de 88.9%, labial 94.9%, ambos 98.4%, respiración bucal 93.6%, mixta 48.7%, nasal 57.4%, postura anteroposicion 41%, retroposicion 95.5%, ortoposicion 63.5%, prevención de los hábitos deletéreos es retroposicion 95.5%, anteroposicion 41%, respiración mixta 48.7%, respiración bucal 93.6%, succión labial 94.9%, succión digital 88.5%, onicofagia es de 69.2%, deglución atípica 67.3%, se concluye que si existe relación entre los hábitos deleteros y las maloclusiones siendo el habito de mayor prevalencia. (2)

Romani N. se presento una tesis que tiene como objetivo determinar si existe correlación entre el ancho transpalatino con el ancho maxilar y facial en escolares, metodología es de tipo transversal, analítico, clínico, con la muestra de 55 niños, en los resultados muestran que en ancho trasnpalatino es de 35.6% y 39 mms mientras que la minoría es de ancho transpalatino entre 32 y 35.5 mm, con la evaluación cefometrica en el ancho maxilar es de 67.1 a 70.6 mm mientras que la minoría es de 60.6- 64.4 en conclusión los niños mestizos presentan el ancho facial mayor que los caucásicos siendo similar a la de los niños brasileños con una correlación lineal de Pearson altamente significativa al 99% entre el ancho transpalatino y ancho maxilar. (3)

Cuya C. presento un trabajo que tiene como finalidad de corregir la perdida de anclaje provocado por la retracción de los caninos superiores usando el aparato distalizador como el péndulo de Hilgers, en los resultados indican que la mejoría de la estética facial logra cambios positivos en los pacientes encontrando los labios proporcionados, en la relación clase I relación molar de

las líneas medias superior e inferior coincidentes con la línea media facial, corrigiendo la discrepancia del arco dental con un adecuado angranaje con el overjet 2 mm y verbite 2 mm, en conclusión el arco transpalatino y el botón de Nance es considerado mejor aparato por elección al tener una barrera palatina que mantiene el sector posterior y el botón de Nance que es dentosoportada no garantizando un anclaje máximo y ni un movimiento deseado. (3)

Laura L. presento un trabajo que busca determinar la prevalencia de la maloclusiones en niños de 6 a 8 años, metodología es de tipo transversal, exploratorio, la muestra es de 100 pacientes entre 6 – 8 años de edad en los resultados indican que el 51% de los niños tienen una maloclusión clase II, mientras los pacientes con clase I presentan un 46% y solo un 3% presentan una maloclusión clase III con respecto a la prevalencia de plano terminal se encuentra que el 63% presentan un plano terminal recto, un 17% escalón mesial y en un 4% escalón distal, en conclusión la maloclusión clase III por pérdida prematura de los segundos molares temporarios. (4)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

Oclusión normal

Es cuando se da una relación funcional adecuada con los componentes del sistema masticatorio observando que una correcta relación de los molares se ubica de forma adecuada y alineados.

Siendo así mismo que es una oclusión normal con varias percepciones de la persona en la que se puede decir que tiene una oclusión ideal con muchos aspectos morfológicos, fisiológicos y dinámicos.

Seis llaves de la oclusión normal

Es cuando las características que se consideran como normales para una buena oclusión.

Es dada por Angle como condición primordial en la oclusión correcta.

Es cuando la cúspide de la primera molar a nivel mesiovestibular superior ocluye con el surco entre las cúspides vestibulares, mesiales y medio del molar inferior de los dientes permanentes.

Dr. Andrews en 1972 decidió hacer un estudio durante 4 años con 120 modelos en los pacientes en las que los tratamientos de ortodoncia tienen una buena armonía dental y que su juicio solo saca ningún beneficio en la se usan tratamientos ortodónticos.

Relación interarcos

Son siete aspectos fundamentales:

- ✓ La cúspide mesiobucal ocluye con la cúspide mesial y medio del primer molar permanente superior e inferior.
- ✓ Reborde marginal de la primera molar maxilar ocluye con el reborde marginal del segundo molar.
- ✓ La cúspide mesiolingual ocluye con las fosas central del primer molar superior e inferior.
- ✓ La cúspide vestibular de los premolares tiene intercuspidación con las fosas centrales de los inferiores.
- ✓ Las cúspides linguales de los premolares coinciden con las fosas centrales de los inferiores
- ✓ El canino superior tiene una intercuspidación con el inferior

- ✓ Los incisivos inferiores sobrepasan a los inferiores coincidiendo con la línea media. (4)

Desarrollo del sistema estomatológico

En la que la cuarta semana aparecen las prominencias faciales que se consideran en la mesénquima procedente de la cresta neural siendo formadas por el primer arco faríngeos, así mismo las prominencias maxilares pueden distinguir en posición caudal respecto a la estructura.

Durante las dos semanas las prominencias maxilares superiores continúan creciendo de forma simultánea que crecen en dirección medial y comprimen maxilar superior desaparece y las prominencias se fusionan, por lo que el labio superior se forma a partir de las dos prominencias. El labio inferior y el maxilar inferior se forma por las prominencias maxilares que se convergen en la línea media.

Desarrollo del maxilar

Desarrollo prenatal del maxilar

En la sexta semana comienza con la osificación del maxilar en dos puntos situados por fuera de la capsula nasal cartilaginosa, pero independientemente a esta, siendo un punto anterior o premaxilar y uno posterior o posmaxilar. Teniendo a los dos puntos anteriores homólogos derivados con el paladar anterior.

Desarrollo post natal del maxilar

La apófisis alveolar que es generada por el saco dentario con los tejidos para dentarios y su evolución acompañara a las piezas dentarias, por si cualquier

causa esta es expuesta, el hueso alveolar se reabsorbe por carecer de función a las tablas externas e interna y los septos e interseptos.

Las suturas del maxilar intervienen en su crecimiento en las tres dimensiones del espacio hacia adelante, hacia abajo y afuera.

- ✓ La sutura maxilo – malar entre el maxilar y el malar
- ✓ La sutura fronto – maxilar entre el maxilar y el frontal

Las ultimas suturas tienen en común la sutura temporo -cigomática con una orientación oblicua y paralela de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás.

Desarrollo de la mandíbula

Desarrollo prenatal de la mandíbula

Es de origen embrionario de la mandíbula encontrando con el arco faríngeo, conocido como arco mandibular, dando como origen a un proceso maxilar y mandibular en el lado de la cara.

La osificación de la mandíbula considera en cuatro partes:

- ✓ Cuerpo mandibular
- ✓ Rama ascendente
- ✓ Sinfisis
- ✓ Apófisis alveolares

Desarrollo posnatal de la mandíbula

La respiración interviene en la edificación de la parte superior de la cara, los dientes se desarrollan en todo su esqueleto, así como el seno maxilar y el crecimiento del hueso maxilar, teniendo la influencia en el desarrollo de la

mandíbula por intermedio de la interdigitación dentaria de la articulación normal.

En las que se brinda dos proporciones

La primera se da en los planos horizontales, frontal y sagital.

El crecimiento horizontal hacia afuera o lateral que se origina en el periostio de conjugación interpuesto en dos sectores. (6)

CAPÍTULO III
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACIÓN**

- ✓ **Paciente:** Z.D.Y.K.
- ✓ **Edad:** 11 años 5 meses
- ✓ **Sexo:** femenino
- ✓ **Estado civil:** soltera
- ✓ **Lugar de nacimiento:** Junín
- ✓ **Fecha de nacimiento:** 15/07/11
- ✓ **Lugar de procedencia:** Huancayo
- ✓ **Religión:** católica
- ✓ **Ocupación:** estudiante

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

- **Motivo de consulta:** “Quiero que me pongan derecho mis dientes”
- **Relato del paciente:** Paciente refiere que acudió a una consulta ortodóntica hace 2 meses, para que lo revisen sus dientes en la cual le sugieren que lleve un tratamiento de brackets, acude a la consulta para seguir con el tratamiento.

- ✓ Antecedentes Médicos : N.R.
- ✓ Antecedentes Estomatológicos : Refiere haberse golpeado el incisivo central cuando jugaba en el colegio.
- ✓ Antecedentes Familiares : N.R.

3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- ✓ **Funciones neurosensoriales y estado general del paciente:**
 - ABEG, ABEN, ABEH, LOTEPE
 - **Funciones vitales:**
 - ✓ Saturación de oxígeno: 95% Sao2
 - ✓ Presión arterial: 110/96 mmHg
 - ✓ Pulso: 74 por min
 - ✓ Temperatura: 36.6°C axillar
 - ✓ Frecuencia respiratoria: 18 por minuto
 - ✓ IMC: 26 Kg/m2
 - ✓ Piel, anexo y franeras: Color trigueño, cabello negro, con Buena implantación del cuero cabelludo, textura gruesa, con buen llenado capilar.

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen estomatológico extraoral**
 - **CABEZA:** Braquicéfalo
 - **Ojos:** simétricos, color marrón café sin presencia de alteración.
 - **Oídos:** tamaño mediano, buena audición.
 - **Nariz:** permeables y respingada
 - **Cara:** braquifacial
 - **ATM:** sin alteración habitual

- Ganglios: no palpables

- **Examen estomatológico intraoral**

- Labios: Deshidratados, color rosado, medianos, simétricos.
- Carrillos: color rosado pálido, humectado, presencia de línea alba derecha e izquierda.
- Paladar duro: papilas incisales, forma ovalada, color rosado pálido, arrugas palatinas izquierda mesial de la 2da molar.
- Paladar blando: color rosado de mucosa fina sin alteración.
- Lengua: tamaño normoglosia, forma ovalada, con presencia de las pailas filiformes, calciforme y foleadas.
- Istmos de las fauces: pilares anteriores y posteriores amígdalas.
- Piso de boca: presencia de las glándulas submandibulares y conducto de Wharton.
- Reborde gingival: Presencia de pigmentación en la encía adherida de color marron oscuro a nivel de todas las piezas del maxilar superior.
- Oclusion: Relacion molar derecha y relación molar izquierda: clase I y Clase II
- Relación canina derecha e izquierda: clase I ambas
- Sistema dentario: 28 Piezas dentarias, presencia de lesiones cariosas a nivel de la pieza 1.8-1.7-1.6-1.5-2.4-2.6

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES





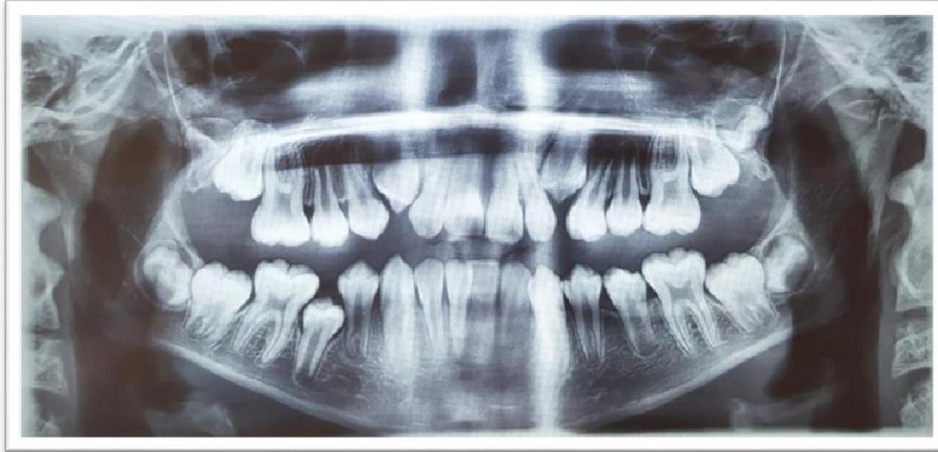
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

- ✓ Paciente de sexo femenino de 11 años 5 m en dentición mixta “Quiero que me pongan derecho mis dientes”, en ABEG, Braquicéfalo, dolicofacial, asimétrico con perfil convexo y normodivergente, presentando: Mal oclusión Clase I por problemas de alveolo dentario ,presencia de mordida cruzada anterior con relación esquelética clase 2 por protrusión maxilar, Deglución atípica , con incisivos superiores ligeramente palatinizados , con Arco superior ovalado y espaciado superior 67mm e inferior 60 mm ,Arco superior ovalado y apiñado -12 mm e inferior ovalado y apiñado con -1mm , R.C. no registrable, con O.J. -3 mm ; O.B. -50% ,Línea media superior desviada 2 mm hacia el lado izquierdo.

EXÁMENES AUXILIARES

- **RADIOGRAFIA PANORAMICA**

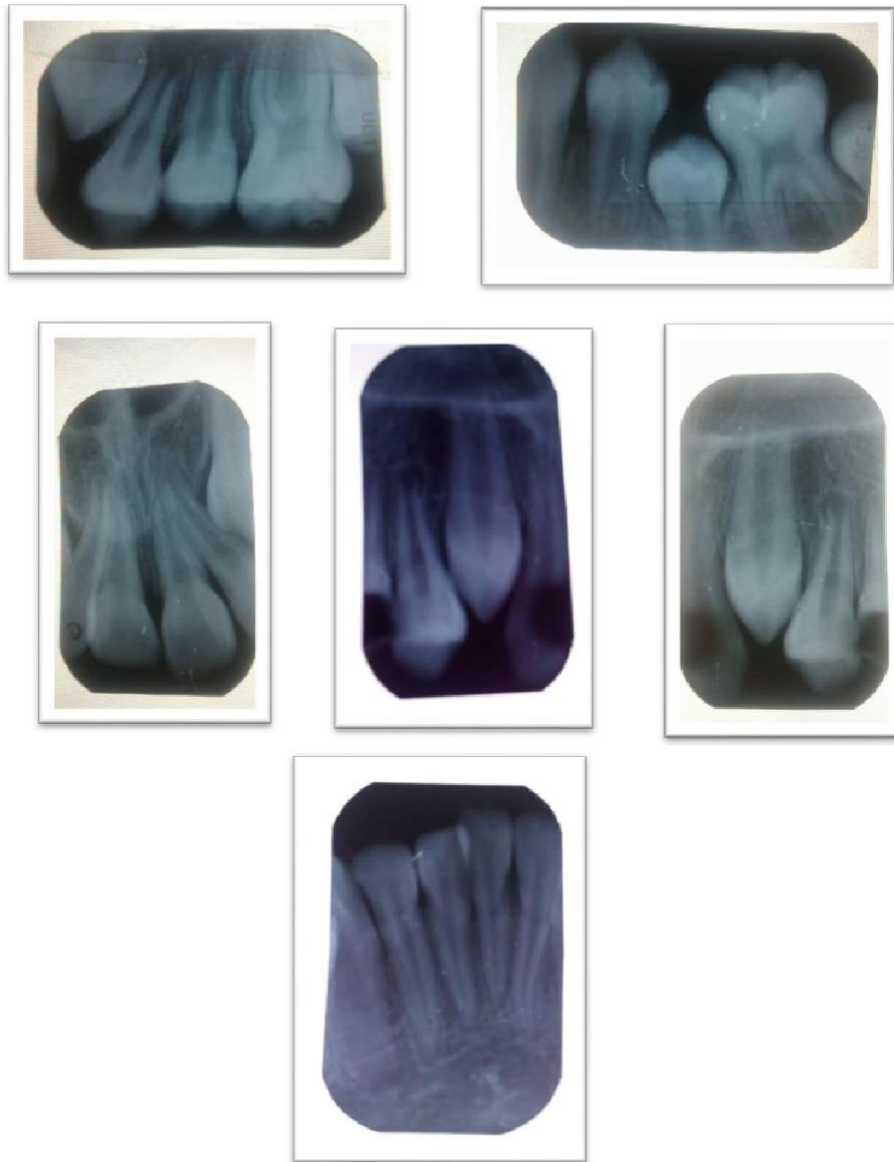


- **Informe radiográfico**

- ✓ Vías aéreas aparentemente normales
- ✓ Estructuras óseas de características aparentemente normales.
- ✓ Presenta :
- ✓ piezas permanentes 1.1- 1.2-1.3-1.4-1.5-1.6-1.7 – 2.1-2.2-2.3-2.4-2.5-2.6-2.7–
3.1-3.2-3.3-3.4-3.5-3.6-3.7 – 4.1-4.2-4.3-4.4-4.5-4.6-4.7

- **RADIOGRAFIA PERIAPICALES**





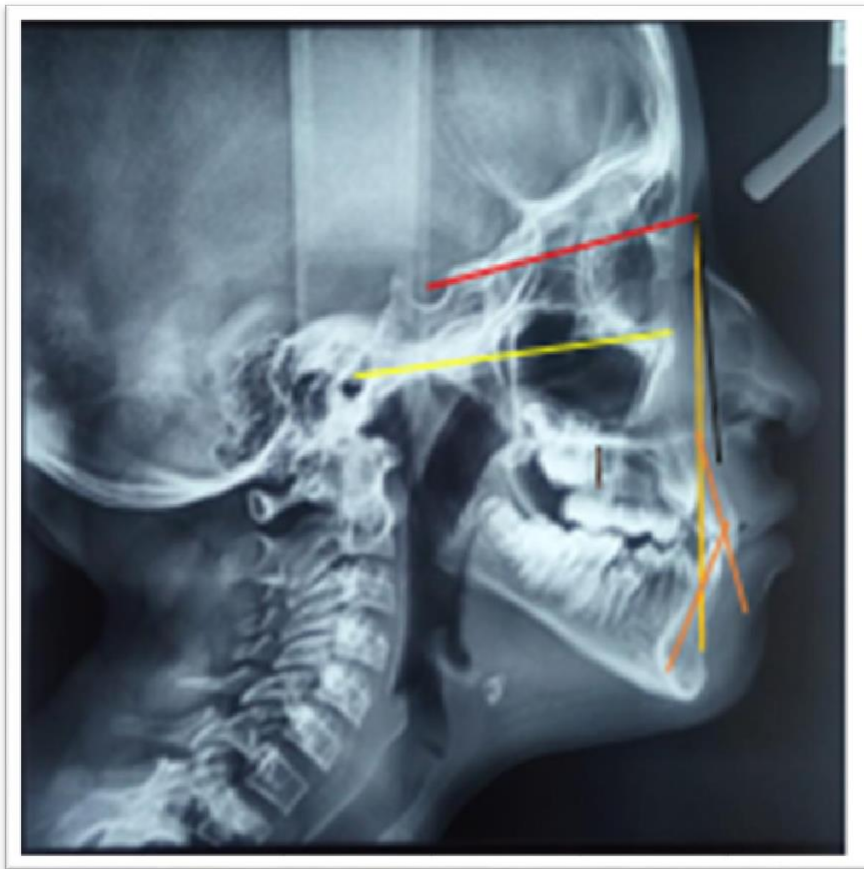
DIAGNOSTICO DEFINITIVO

- Paciente de sexo femenino de 11 años 5 m “Quiero que me pongan derecho mis dientes”, en ABEG, Braquicéfalo, dolicofacial, asimétrico con perfil convexo y normodivergente, presentando: Mal oclusión Clase I por problemas de alveolo dentario ,presencia de mordida cruzada entre las piezas 1,2-1,1-2,1-2,2-3,2-3,2-

4,1-4,2 análisis cefalometrico retrucion maxilar ligera retrucion mandibular, con relación esquelética clase 2 por protrucion maxilar, Deglución atípica tipo I ,con incisivos superiores ligeramente palatinados , incisivo inferior ligeramente protruidos y vestibularizado, ligera protruido en labial superior y inferior Ausencia de piezas 1.3 – 2.3, R.C No registrable, R.M Clase I bilateral, O.J. -3 mm ; O.B. -50 %, Línea media superior desviada 2 mm hacia el lado izquierdo.

PROCEDIMIENTO

ANALISIS CEFALOMETRICO



Factor	V/Promedio 22 /02/04	
LBC	70+/-2	57mm
SNA:	82 +/- 3	80°
SNB:	80 +/- 3	71°
ANB:	2 +/- 3	4mm
A-Nperp:	0/1	2mm
Pg-Nperp:	-8a-6/-2a+4	-3.5mm
CoA:		78mm
CoGn:	129-132	105mm
AFAi:	69-71	59mm
F-SN	8	11°
SN.MGo:	32 +/-5	34.5°
Eje Y:	60 +/-3	62.5
LNA:	22	19
I-NA:	4	6
LNB:	26	28
I-NB:	4	6mm
Pg-NB:	_____	0.5
LI:	131 +/-7	142°
ANL	102 +- 8	79°
LS-Nper	14 +- 8	25°
H-NB	9-11	17°

RELACION ESQUELETICA

Retrucion maxilar

Ligera retrucion mandibular

RELACION DENTARIA

Los incisivos sup ligeramente palatinizado
Los incisivos inf ligeramente protruidos y vestibularizados

RELACION DE TEGIDOS BLANDOS

Ligera protrusion labial sup e inf.
Perfil convexo

- **Espacio disponible maxilar superior e inferior**

superior	ESPACIO DISPONIBLE	67
	ESPACIO REQUERIDO	79
	DISCREPANCIA	-12
INFERIOR		

- **Discrepancia anterior**

Discrepancia Anterior		Media 77.2	D.S 1.65
E 6 Inf	36	X 100 =	75
E 6 sup	48		
>77.2	6 Inf.	-ideal Tab-	Exceso inf
	48	37.1	10.9
<77.2	6 Sup.	-ideal Tab-	Exceso sup



ARCO DENTARIO SUPERIOR

ESPACIO DISPONIBLE: 67 mm

ESPACIO REQUERIDO: 79 mm

DISCREPANCIA: -12 mm



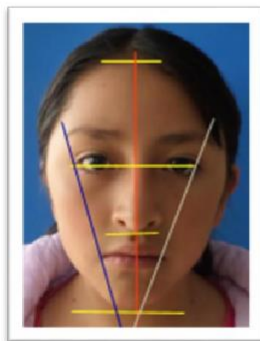
ARCO DENTARIO INFERIOR

ESPACIO DISPONIBLE: 60 mm

ESPACIO REQUERIDO: 61mm

DISCREPANCIA: -1 mm

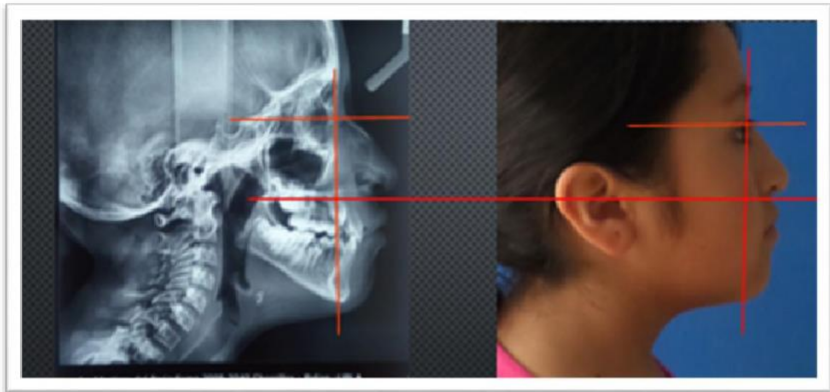
EVALUACION FACIAL



- Simetría : Asimétrico
- Proporción : 1/3 Medio ligeramente aumentado
- Apertura Facial : dolicofacial 37°



- Línea Estética :sup 3 mm e inf 6 mm protrusión de labio
- Contorno Facial :Convexo (175°).
- ANL : (72°) protrusión de labio superior.



• Línea de Epker	: Pg	-7 mm	mentón retruido
	Li	2mm.	retruido
	Ls	+3mm	protruído

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- ✓ Expansor maxilar.
- ✓ Pista de acrílico inferior para levantar mordida.
- ✓ Exodoncia de primeras pre molares
- **Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE
TRATAMIENTO ORTODONTICO CON DISPOSITIVOS ORTODONTICOS
DISEÑADOS EN LA CLINICA ORTODONTICA DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE
ODONTOLOGIA

NOMBRE DEL PACIENTE: David Eduardo Díaz Velasco
NOMBRE DEL DENTISTA: Dr. ...

1. Yo, David Eduardo Díaz Velasco, con DNI N° ..., por medio del presente manifiesto que he sido informado de manera adecuada y comprensible sobre el diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento, riesgos, beneficios y costos de la intervención que se me propone, así como de las alternativas de tratamiento que se me ofrecen y que he decidido libremente aceptar el tratamiento que se me propone, así como de las alternativas de tratamiento que se me ofrecen y que he decidido libremente aceptar el tratamiento que se me propone.

2. El Diente en estudio muestra signos de caries y está a cargo de un pulso de vitalidad y parodontio satisfactorio, se le ha realizado un tratamiento de canal y se le ha colocado un post y corona, se le ha realizado un tratamiento de canal y se le ha colocado un post y corona.

3. El Diente en estudio muestra signos de caries y está a cargo de un pulso de vitalidad y parodontio satisfactorio, se le ha realizado un tratamiento de canal y se le ha colocado un post y corona, se le ha realizado un tratamiento de canal y se le ha colocado un post y corona.

4. El consentimiento y autorización que otorgo para la realización de este estudio de diagnóstico y tratamiento con el uso de aparatos ortodóncos, se otorga en forma libre y voluntaria, sin que exista ninguna coacción, amenaza o influencia alguna que pueda afectar mi libre voluntad, así como de las alternativas de tratamiento que se me ofrecen y que he decidido libremente aceptar el tratamiento que se me propone.

5. Se me ha explicado que existe riesgo de infección o de inflamación, los cuales por ser leves, no pueden ser advertidos y en consecuencia, declaro de una manera expresa y que con la intervención ortodóncica se basará para el pronóstico de dicho resultado, el cual se depende exclusivamente del diagnóstico y por ello se puede ser responsable.

6. Quiero manifiesto que he leído y comprendido todo lo que el profesional me ha explicado y me han sido aclarados los riesgos que para el caso de no realizarse el diagnóstico de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a cada pregunta y las dudas que me surgieron y manifestado que he sido entendido.

7. He recibido estas instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, cubre los riesgos y costos que para mí y para el paciente del presente estudio de la intervención ortodóncica se proponen.

8. De ser los diagnósticos que le otorgo ortodóncica los que sean objeto de diagnóstico ortodóncico por el paciente y los profesionales que serán objeto de diagnóstico y tratamiento. En efecto, se me explica de manera clara y completa, esta decisión a la que deseo en forma consciente y libre, aceptar las condiciones que se le proponen en estas circunstancias generales.

9. Asumo que a cambio de que me se manifieste el estado del paciente, sus antecedentes de diagnóstico de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o diagnóstico científico.

Cualquier otro presente documento ha sido leído y entendido por mí en su totalidad.

FIRMA DEL PACIENTE
DNE N° ...

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO
RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL ESTUDIANTE

CAPITULO V

DISCUSIÓN

- ✓ Sánchez A. menciona en su trabajo que las maloclusiones son de origen multifactorial, pero en muchos casos no hay causa de la etiología, sino hay muchas interacciones entre si y sobreponiéndose a unas sobre otras que pueden definir dos componentes principales de su etiología con la predicción de su etiología y factores exógenos.
- ✓ Lóor L. menciona que la charla informativa a los padres de los niños indicándoles que es importante los tratamientos preventivos como la ortopedia que evitara maloclusiones que afecte a su estética y oclusión.
- ✓ Miranda E. menciona que las maloclusiones, puede ser tratada de diversas maneras, según las diversas características y condiciones que pueda presentar el paciente, siendo uno de los ellos la distalización de molares superiores usando péndulo implantosoportada.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- ✓ Las maloclusiones según Angle son tres clases I, II y III pero la maloclusión clase tres tiende a ser mas esquelética.
- ✓ Las maloclusiones clase I se caracteriza por una relación anteroposterior normal de la base maxilar superior con relación a la mandíbula.
- ✓ Se concluye que el pico de crecimiento en los niños es hasta los 16 años y en las niñas es hasta 14 años de edad.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda concientizar al área de salud sobre la prevalencia de maloclusiones y capacitar a través de charlas.
- ✓ Así mismo se recomienda que los padres lleven al odontólogo periódicamente desde los primeros años de vida para mantener una buena higiene bucal y evitar problemas futuros.
- ✓ También se recomienda que los padres deben de conocer acerca de maloclusiones y los tratamientos a realizar.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gurrola B, Orozco L. Maloclusiones. Mexico : Universidad Nacional Autonoma de Mexico ; 2017.
2. Ramirez A. Prevalencia de maloclusion segun marco dental: ODI y APDI en pacientes atendidos en practica privada 2018. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Iquitos: UNAP; 2019.
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 titulo de segunda especialidad profesional en ortodoncia y ortopedia. Chiclayo : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo ; 2020.
4. Pari N, Condori W. Tratamiento de maloclusion de clase I con discrepancia arco diente positivo. Rev. odonto. basadrin. 2021; 5(1).
5. Rodriguez L. Prevalencia de maloclusion dentaria vertical, transversal, sagital y habitos deletereos en pacientes pediatricos atendidos en la Facultad de Oodontologia de la UNMSM en el 2017. Tesis para optar el itulo profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2018.
6. Romani N. Correlacion entre el ancho trnspalatino con el ancho maxilar y facial en escolares de 8 a 10 años de edad. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2003.

7. Cuya C. Recuperación del espacio por pérdida de anclaje durante la retracción de caninos en pacientes con maloclusión clase I. Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad en ortodoncia y ortopedia maxilar. Chimbote : Universidad Católica los Angeles Chimbote ; 2020.
8. Loor L. Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 - 8 años de la Escuela Apostol Santiago. Trabajo de graduación previo a la obtención del título de odontóloga. Guayaquil : Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ; 2016.
9. Pizango M. Asimetría de condilo mandibular en pacientes con mordida cruzada posterior unilateral. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2014.
10. Sanchez A. Estudio comparativo de la longitud del cuerpo de la mandíbula entre la maloclusión clase I y clase II división 1 en niños peruanos. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2012.

TRABAJO DE SUFICIENCIA

INFORME DE ORIGINALIDAD

30%

INDICE DE SIMILITUD

31%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

docplayer.es

Fuente de Internet

8%

2

repositorio.upla.edu.pe

Fuente de Internet

6%

3

repositorio.ucsg.edu.ec

Fuente de Internet

3%

4

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

2%

5

revistas.unjbg.edu.pe

Fuente de Internet

2%

6

www.cybertesis.edu.pe

Fuente de Internet

2%

7

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

8

repositorio.unapiquitos.edu.pe

Fuente de Internet

1%

9

documents.mx

Fuente de Internet

1%

10 Submitted to Universidad Cientifica del Sur **1%**
Trabajo del estudiante

11 eprints.ucm.es **1%**
Fuente de Internet

12 dspace.unl.edu.ec **1%**
Fuente de Internet

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía Activo

TRABAJO DE SUFICIENCIA

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

/0

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

PÁGINA 20

PÁGINA 21

PÁGINA 22

PÁGINA 23

PÁGINA 24

PÁGINA 25

PÁGINA 26

PÁGINA 27

PÁGINA 28

PÁGINA 29

PÁGINA 30
