



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA Y
ORTOPEDIA MAXILAR**

Trabajo Académico

Tratamiento de ortodoncia de una maloclusión clase I con extracciones: reporte
de caso clínico

Para optar el Título de
Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

Presentado por:

Autora: Gómez Ramírez, Paola Estefani


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0518-1936>

Asesora: Mg. Llanos Montalvo, Karina Beatriz

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4100-8291>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSION: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Paola Estefani Gómez Ramírez egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico de Odontología / Escuela de Posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “TRATAMIENTO DE ORTODONCIA DE UNA MALOCLUSIÓN CLASE I CON EXTRACCIONES: REPORTE DE CASO CLÍNICO”.

Asesorado por el docente: Mg. Esp. Karina Llanos Montalvo DNI 40229953 ORCID <https://orcid.org/0009-0008-4100-8291> tiene un índice de similitud de 3% con código oid:14912:532677563 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor 1

Nombres y apellidos del Egresado: Paola Estefani Gómez Ramírez
DNI: 44988154



.....
Firma

Nombres y apellidos del Asesor : Karina Beatriz Llanos Montalvo
DNI: 40229953

Lima, 05 de Diciembre de 2025

ÍNDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Índice de tablas

Tabla 1

Índice de figuras

Figura 1. Fotos extraorales frontales de inicio y fin de tratamiento.

Figura 2. Fotos extraorales de sonrisa de inicio y fin de tratamiento.

Figura 3. Fotos extraorales de perfil de inicio y fin de tratamiento.

Figura 4. Fotos intraorales de inicio y fin de tratamiento

Figura 5. Fotos intraorales oclusales de inicio y fin de tratamiento.

Figura 6. Fotos intraorales del primer mes de tratamiento.

Figura 7. Fotos intraorales del último mes de tratamiento.

Figura 8. Fotos intraorales con contenciones.

Resumen

Abstract

I. INTRODUCCIÓN

II. METODOLOGÍA

III. RESULTADOS

IV. DISCUSIÓN

V. CONCLUSIONES

VI. REFERENCIAS

VII. ANEXOS

Dedicatoria

A Dios por dirigirme y fortalecerme en todo momento para alcanzar mis objetivos.

A mis padres por su amor incondicional y su apoyo constante en cada paso.

Agradecimientos

A mis queridos docentes y a todas las personas que me apoyaron en la realización de este proyecto.

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 25 años, sexo femenino, sin antecedentes médicos relevantes, que acudió para tratamiento de ortodoncia. Al examen, se evidenció maloclusión clase I con asimetría facial, protrusión de incisivos, mordida cruzada anterior y posterior, relación molar Clase III izquierda, canina Clase II derecha, apiñamiento severo (discrepancias alveolodentarias superiores de -4 mm e inferiores de -7mm), y líneas medias desviadas. Adicionalmente, se detectó una perforación de furca en la pieza 26. El objetivo del tratamiento fue corregir la mordida cruzada, líneas medias y mejorar las relaciones oclusales, manteniendo el perfil facial. El plan de tratamiento implicó extracciones de las piezas 26 (por la perforación), 35 y 45, seguido de la instalación de aparatología fija con brackets Ovation prescripción Roth. El manejo se centró en la nivelación y alineación con arcos de Níquel-Titanio, y el cierre de espacios mediante arcos de acero y cadenas de poder. Se logró la corrección completa de la mordida cruzada y el apiñamiento. Se obtuvieron relaciones oclusales estables con una mejor intercuspidación por la biomecánica utilizada. El tratamiento culminó con la instalación de una contención fija inferior y removible tipo Hawley superior para garantizar la estabilidad de los resultados. En Conclusión, este caso subraya la importancia de un diagnóstico integral y un plan de tratamiento individualizado en pacientes adultos con maloclusiones complejas y compromiso postural.

Palabras clave: Apiñamiento dental, Extracción dental, Maloclusión de Angle Clase I.

Abstract

We present the case of a 25-year-old female patient with no relevant medical history who presented for orthodontic treatment. Examination revealed a Class I malocclusion with facial asymmetry, incisor protrusion, anterior and posterior crossbite, a Class III molar relationship on the left, a Class II canine relationship on the right, severe crowding (upper alveolodental discrepancies of -4 mm and lower alveolodental discrepancies of -7 mm), and deviated midlines. Additionally, a furcation perforation was detected in tooth 26. The treatment objective was to correct the crossbite and midlines, improve occlusal relationships, and maintain the facial profile. The treatment plan involved extractions of teeth 26 (due to the perforation), 35, and 45, followed by the placement of fixed appliances with Roth prescription Ovation brackets. Management focused on leveling and alignment with nickel-titanium archwires and space closure using stainless steel archwires and power chains. Complete correction of the crossbite and crowding was achieved. Stable occlusal relationships with improved intercuspation were obtained through the biomechanics employed. The treatment culminated with the placement of a fixed lower retainer and a removable upper Hawley retainer to ensure the stability of the results. In conclusion, this case underscores the importance of a comprehensive diagnosis and an individualized treatment plan for adult patients with complex malocclusions and postural compromise.

Keywords: Dental crowding, Tooth extraction, Angle Class I malocclusion.

I. INTRODUCCIÓN

La maloclusión representa un problema de salud pública que afecta a un gran porcentaje de la población. En Perú, se estima una prevalencia de 70% a 80%, siendo la Clase I de Angle la más frecuente, seguida por la Clase II división 1, Clase III, y por último, Clase II división 2. (1,2) Esta condición afecta predominantemente a niños y adolescentes, con mayor frecuencia en mujeres. (3)

Edward H. Angle promovió que el tratamiento de ortodoncia debía buscar la preservación de todas las estructuras dentales para alcanzar una oclusión ideal con armonía facial. (4) Posteriormente, William R. Proffit cambió este paradigma al enfatizar que el objetivo principal del tratamiento de ortodoncia debe basarse en la relación y estética de los tejidos blandos. (5)

Diversos estudios han demostrado que para corregir maloclusiones con apiñamientos severos, mordidas cruzadas o para realizar tratamientos de camuflaje o asimetrías, es necesario realizar extracciones, sin embargo, aun sigue siendo un reto para el especialista determinar con destreza las piezas a extraer, para ello es importante realizar una adecuada planificación preservando la estética y la función del paciente. (4,5,6)

En esta presentación de caso evaluaremos el manejo biomecánico de una maloclusión clase I de una paciente adulta con asimetría postural, en las instalaciones del Centro Odontológico de la Universidad Privada Norbert Wiener, desde el diagnóstico, planificación, mecánica de cierre de espacios hasta la finalización.

II. METODOLOGÍA

Presentación del caso

- **Datos clínicos:**

Numero de HCL: 20170799

Edad: 25 años

Sexo: femenino

Motivo de consulta: “realizarme el tratamiento de ortodoncia”

- **Evaluación diagnóstica:**

Análisis facial

Frontal: Paciente con asimetría facial funcional con ligera latero desviación mandibular hacia la derecha, tercios proporcionados, con poca proyección del maxilar superior.

Lateral: Perfil recto, normodivergente, en relación con su estatura: tercio medio aumentado y mentón aumentado. Leve incompetencia labial de 2mm, retrusión del labio superior.

Sonrisa: Sonrisa asimétrica, no consonante, línea labial baja, no hay exposición gingival, exposición dentaria superior e inferior.

Análisis dentario

Arco superior: Arco ovalado y apiñado, Discrepancia alveolodentaria -4mm, curva de spee -2mm, línea media superior desviada 1 mm a la derecha.

Arco inferior: Arco ovalado y apiñado, discrepancia alveolodentaria -7mm, curva de spee -2mm, línea media inferior desviada 3 mm a la derecha.

Los modelos de estudio fueron articulados en un articulador semiajustable AD2 donde:

En relación céntrica(RC): Presenta una relación molar derecha no registrable (RMD NR), relación canina derecha clase II (RCD II), overjet -2mm, overbite 0 mm.

En máxima intercuspidación (MIC): Presenta una relación molar derecha no registrable (RMD NR), relación molar izquierda clase III (RMI III), overjet 0 mm, overbite 0mm.

Mordida cruzada anterior en pzas. 12/42, 13/43, 22/32 y 33, mordida cruzada posterior pza. 15/46 de origen dentario, no presenta discrepancia transversal. Discrepancia de Bolton total NR y Discrepancia de Bolton anterior 4.5 mm.

Evaluación postural

Línea bipupilar no se encuentra paralela al piso, canteada a la derecha y relación malar esternal alterada por anteposición de la cabeza. Asimetría Facial con Predominio Postural y Componente Funcional.

Evaluación de la Articulación temporomandibular

Excursión derecha 7mm, excursión izquierda 8mm, máxima apertura 46 mm, protrusiva derecha e izquierda 7mm, no se encontró presencia de chasquidos ni ruidos articulares. Con el articulador AD2 se midió la Medida de desplazamiento condilar (MCD) $X = -0.5$ $Z = +0.5$ $Y = 0.5$ siendo no considerable.

Radiografía panorámica: Cóndilos simétricos, senos neumatizados, ausencia de la pieza 16, imagen radiopaca compatible con tratamiento de conducto en pza. 26 y ausencia de terceras molares

Radiografía lateral:

-Análisis cefalométrico de Ricketts: Biotipo braquifacial, relación esquelética clase I, protrusión, extrusión y vestibularización del incisivo inferior, vestibularización del incisivo superior.

-Análisis cefalométrico Bjork Jarabak: Biotipo braquifacial, tuvo poca proyección del mentón, longitud del cuerpo mandibular aumentado.

• Descripción del caso y justificación de la mecánica utilizada

En el maxilar superior se indicó la extracción de la pza. 26 debido a un compromiso de furca (mal pronóstico). En el arco inferior se planificaron las extracciones de las pzas. 35 y 45 para corregir la discrepancia alveolodentaria severa (7mm) y la

protrusión/vestibularización de los incisivos inferiores, además por el perfil recto presente. Se instalaron brackets Roth Ovation en el arco superior, y en el arco inferior se realizó una instalación parcial (de caninos a molares) para facilitar la distalización inicial de los segmentos posteriores y evitar el cruce de mordida. Los tubos elegidos fueron de prescripción CCO por el offset de -10° , que facilitó una pérdida de anclaje y logró la relación molar Clase III deseada. Se levantó mordida con topes de resina posteriores para descruzar pzas. 12 y 22. Para el alineamiento y nivelación se emplearon arcos sentalloy 0,014", 0,016", 0,018" 0.020" y neosentalloy 0.019x0.025". Posteriormente, se realizó el desgaste interproximal (stripping) de los incisivos inferiores para compensar la discrepancia de Bolton detectada. El cierre de espacios se ejecutó con arcos de acero 0.019x0.025" y cadenas elastoméricas de segunda generación ancladas a hooks crimpables. Fueron adheridos botones en piezas 24 y 27 para realizar el cierre de espacios también por palatino y eliminar efectos adversos. En la fase de finalización se usaron arcos trenzados (braided) 0.019x0.025" para un mejor asentamiento y se indicó el uso de elásticos intermaxilares de clase II 3/16" y elásticos 1/8" para mejorar intercuspidad. Al finalizar el tratamiento se tomaron modelos de estudio y radiografía panorámica para evaluar el paralelismo radicular. Como aparatos de contención, se instaló una placa removible tipo Hawley en el maxilar superior y un retenedor fijo 3x3 con alambre trenzado en el arco inferior. Dada la asimetría postural detectada, se recomendó a la paciente una interconsulta y evaluación por fisioterapia.

III. RESULTADOS

Se llegaron a concretar los objetivos de tratamiento, como la discrepancia alveolodentaria, relaciones oclusales, overjet y overbite, se logró establecer una guía canina y anterior correctas y gran satisfacción por parte de la paciente.

Tabla 1. Resultados después del tratamiento

	Antes del tratamiento	Concluido el tratamiento
Discrepancia alveolodentaria	Sup -4mm Inf -7mm	Sup 0mm Inf 0mm
Overjet en RC	0mm	2.5mm
Overbite en RC	0mm	2mm
Curva de spee	-2mm	-1mm
Relaciones molares	Derecha: No registrable Izquierda: clase III	Derecha: clase III Izquierda: clase III
Relaciones caninas	Derecha: clase II Izquierda: clase I	Derecha: clase II funcional Izquierda: clase I
Líneas medias	LMS: desviada 1mm a la derecha LMI: desviada 3mm a la derecha	Líneas medias centradas
Perfil del paciente	Perfil recto	Perfil ligeramente convexo
Sonrisa	Sonrisa asimétrica	Sonrisa simétrica, consonante.



Figura 1. Fotos extraorales frontales en reposo de inicio y fin de tratamiento.



Figura 2. Fotos extraorales de sonrisa de inicio y fin de tratamiento.



Figura 3. Fotos extraorales de perfil de inicio y fin de tratamiento



Figura 4. Fotos intraorales de inicio y fin de tratamiento.

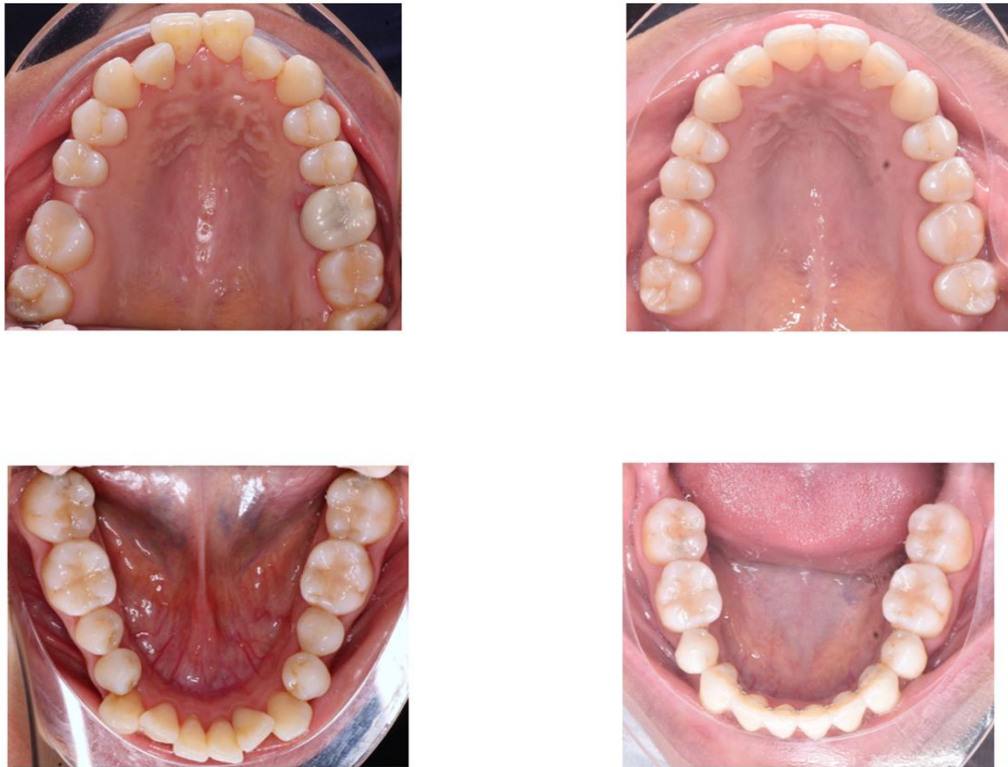


Figura 5. Fotos intraorales oclusales de inicio y fin de tratamiento.

IV. DISCUSIÓN

Uno de los tratamientos para corregir la maloclusión clase I con severo apiñamiento son las extracciones de premolares, es importante considerar factores como el patrón facial, perfil, tipo de maloclusión, discrepancia negativa, motivo de consulta y condiciones del diente al ser extraído, para realizar este procedimiento. (4)

Al realizar extracciones de premolares en una sola arcada la relación molar finalizará en clase II o clase III para ello es necesario realizar ajustes precisos en los dientes implicados para lograr buenas relaciones oclusales. (6,7) En el caso presentado, la extracción de los segundos premolares inferiores resultó en una relación molar clase III lo que hizo necesario el uso de tubos con prescripción específica para lograr una

adecuada angulación de las molares, Moresca recomienda el uso de tubos de la prescripción MBT por su versatilidad, en el caso de primeras molares superiores se busca una suave rotación mesial y verticalización; para el segundo premolar superior una intrusión de 0.5mm a 1mm para eliminar posibles contactos prematuros; y en las molares inferiores una angulación distal del tubo de 2° para facilitar el asentamiento de las cúspides mesiovestibulares (7). En nuestro caso los tubos empleados fueron de la prescripción CCO que al igual que la prescripción MBT presenta una angulación 0° en los primeros molares superiores (8), sin embargo, no se realizó ninguna modificación de angulación al tubo de las molares inferiores, a pesar de ello se consiguió un excelente resultado de intercuspidación.

Al realizar las extracciones de segundos premolares planificadas, hubo cambios en los tejidos blandos, además de un cierre labial pasivo. Según el estudio de Omar y Elías los cambios en el perfil son similares al retirar primeras o segundas premolares. (9,10) además el labio superior tiene una retracción promedio de 2 - 3,2 mm y el labio inferior, 2 - 4,5 mm, mientras que el ángulo nasolabial aumenta. (11)

Por la retrusión del labio superior no se realizaron extracciones superiores, para no perder soporte labial y para corregir la mordida cruzada se aumentó el perímetro del arco proyectando los incisivos superiores al igual que el estudio de Ritter quien resolvió un caso con severo apiñamiento y mordida cruzada aumentando las distancias intercaninas e intermolares al vestibularizar los incisivos superiores. (12)

El estudio de Mohammed concluyó que, si bien el uso de resortes de NiTi acelera notablemente el cierre de espacios, no existe una diferencia clínica en la pérdida de anclaje al compararlos con las cadenas elastoméricas (13) En contraste, Bardum afirma que, en términos de fuerza de retracción, las cadenas elastoméricas son clínicamente comparables a los resortes de NiTi (14), además Badram menciona que existe una mejor respuesta del paciente a las cadenas poder. (15)

Similar al trabajo de Córdor, al terminar el tratamiento de ortodoncia se instalaron retenedores removibles en arco superior tipo hawley y retenedores fijos 3x3 en arco inferior, por el gran apiñamiento corregido. (16) Es importante monitorizar al paciente para verificar el uso de contenciones removibles ya que con estos aparatos hay un riesgo de falta de uso por la poca colaboración del paciente. En el caso de contenciones fijas la salud gingival puede estar comprometida por la difícil limpieza. (17).

El diagnóstico de la paciente reveló una compleja interacción entre la maloclusión y hallazgos posturales significativos, la presencia de una línea bipupilar canteda a la derecha y una relación malar esternal alterada por anteposición de la cabeza sugiere que la asimetría facial y la maloclusión no son entidades aisladas, sino que están influenciadas por la cadena cráneo-cervical y la postura.(18) A pesar de que se indicó una interconsulta con fisioterapia para abordar el componente postural, no se obtuvo respuesta ni seguimiento por parte de la paciente.

El tiempo de tratamiento de ortodoncia promedio de un caso con extracciones es de 24 a 36 meses dependiendo de las características específicas de cada paciente (19), sin embargo, en este caso el advenimiento de la pandemia hizo que el tratamiento se detuviera por el aislamiento obligatorio alargando el tratamiento a 64 meses. Siendo no perjudicial para la paciente.

V. CONCLUSIONES

- El presente reporte de caso demuestra que el tratamiento de ortodoncia con extracciones en una maloclusión clase I con apiñamiento severo puede lograr resultados estéticos y funcionales satisfactorios, siempre que la planificación terapéutica considere las características individuales del paciente, incluyendo su biotipo facial, la condición periodontal y el estado de las piezas dentarias. A pesar de la prolongación del tiempo de tratamiento debido a la pandemia, la cooperación

de la paciente y la elección de las mecánicas ortodóncicas correctas fueron clave para alcanzar los objetivos planteados, logrando alcanzar estabilidad oclusal y mejorando el perfil facial.

- Este estudio resalta la importancia de personalizar las decisiones clínicas y de evaluar no solo los cambios dentarios, sino también el impacto sobre los tejidos blandos, la función articular y la postura cráneo-cervical. Asimismo, subraya la necesidad de un seguimiento longitudinal para garantizar la estabilidad de los resultados y prevenir recidivas, aportando evidencia práctica a la discusión sobre la pertinencia de las extracciones en el manejo de maloclusiones complejas y la estrecha relación con la postura.

VI. REFERENCIAS

1. Ghodasra R, Brizuela M. Orthodontics Malocclusion. StatPearls. 2023
2. Queque F, Arias G. Prevalencia de maloclusiones dentarias según Angle en niños de 6 a 12 años. Revista Odontológica Basadrina 2025 ; 8(2) :23-29
3. De Ridder L, Aleksieva A, Willems G, Declerck D, Cadenas de Llano-Pérula M. Prevalence of Orthodontic Malocclusions in Healthy Children and Adolescents: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jun 17;19(12):7446. doi: 10.3390/ijerph19127446.
4. Melgaco CA, Araujo MTS. Asymetric extractions in orthodontics. Dental Press J Orthod. 2012 Mar-Apr;17(2):151-6
5. Baxi S, Bhatia V, Tripathi AA, Kumar P, Pandey A, Dilip Taide P. Asymmetric Extraction Decision in Orthodontics. Cureus. 2023 Jun 8;15(6):e40162. doi: 10.7759/cureus.40162
6. Nangia A, Ali-Darendeliler M. Finishing occlusion in Class II or Class III molar relation: Therapeutic Class II and III Aust Orthod J. 2001Nov;17(2)
7. Moresca R, Trevisi H. Orthodontic treatment finishing in class II and class III molar relationships. Clin Orthod. 2021 Oct-Nov;20(5):78-90
8. Secchi A, CCO: System Complete Clinical Orthodontic. 2013

9. Omar Z, Short L, Banting DW, Saltaji H. Profile changes following extraction orthodontic treatment: A comparison of first versus second premolar extraction. *Int Orthod*. 2018 Mar;16(1):91-104. doi: 10.1016/j.ortho.2018.01.017.
10. Elias KG, Sivamurthym G, Bearn DR. Extraction vs nonextraction orthodontic treatment: a systematic review and meta-analysis. *Angle Orthod*. 2024 Jan 1;94(1):83-106. doi: 10.2319/021123-98.1.
11. Araújo TM, Caldas LD. Tooth extractions in Orthodontics: first or second premolars? *Dental Press J Orthod*. 2019 Aug 1;24(3):88-98. doi: 10.1590/2177-6709.24.3.088-098.bbo.
12. Ritter DE. Class I malocclusion with anterior crossbite and severe crowding. *Dental Press J Orthod*. 2014 Mar-Apr;19(2):115-25.
13. Mohammed H, Rizk MZ, Wafaie K, Almuzian M. Effectiveness of nickel-titanium springs vs elastomeric chains in orthodontic space closure: A systematic review and meta-analysis. *Orthod Craniofac Res*. 2018 Feb;21(1):12-19. doi: 10.1111/ocr.12210.
14. Barsoum HA, ElSayed HS, El Sharaby FA, Palomo JM, Mostafa YA. Comprehensive comparison of canine retraction using NiTi closed coil springs vs elastomeric chains. *Angle Orthod*. 2021 Jul 1;91(4):441-448. doi: 10.2319/110620-916.1.
15. Badran SA, Al-Zaben JM, Al-Taie LM, Tbeishi H, Al-Omiri MK. Comparing patient-centered outcomes and efficiency of space closure between nickel-titanium closed-coil springs and elastomeric power chains during orthodontic treatment. *Angle Orthod*. 2022 Jul 1;92(4):471-477. doi: 10.2319/120721-906.
16. Condor, FM. Tratamiento de la maloclusión clase I con apiñamiento moderado sin extracciones. [Reporte de caso clínico de postgrado]. Lima Perú. Universidad Federico Villareal. 2024
17. Martin C, Littlewood SJ, Millett DT, Doubleday B, Bearn D, Worthington HV, et al. Retention procedures for stabilising tooth position after treatment with orthodontic braces. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 May 22;5(5):CD002283. doi:10.1002/14651858.CD002283.pub5.
18. Heredia A, Albornoz M, Pozo F, Luque A. La Postura Del Segmento Craneocervical y Su Relación Con La Oclusión Dental y La Aplicación De Ortodoncia: Estudio De Revisión. *Osteopatía Científica*. 2010; 5(3):89-96

19.Zepeda-Diaz CF. Factores que Afectan la Duración de los Tratamientos de Ortodoncia en un Servicio Público de Salud. Int. J. Odontostomat. 2019; 13(3): 321-324. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2019000300321>

VII. ANEXOS

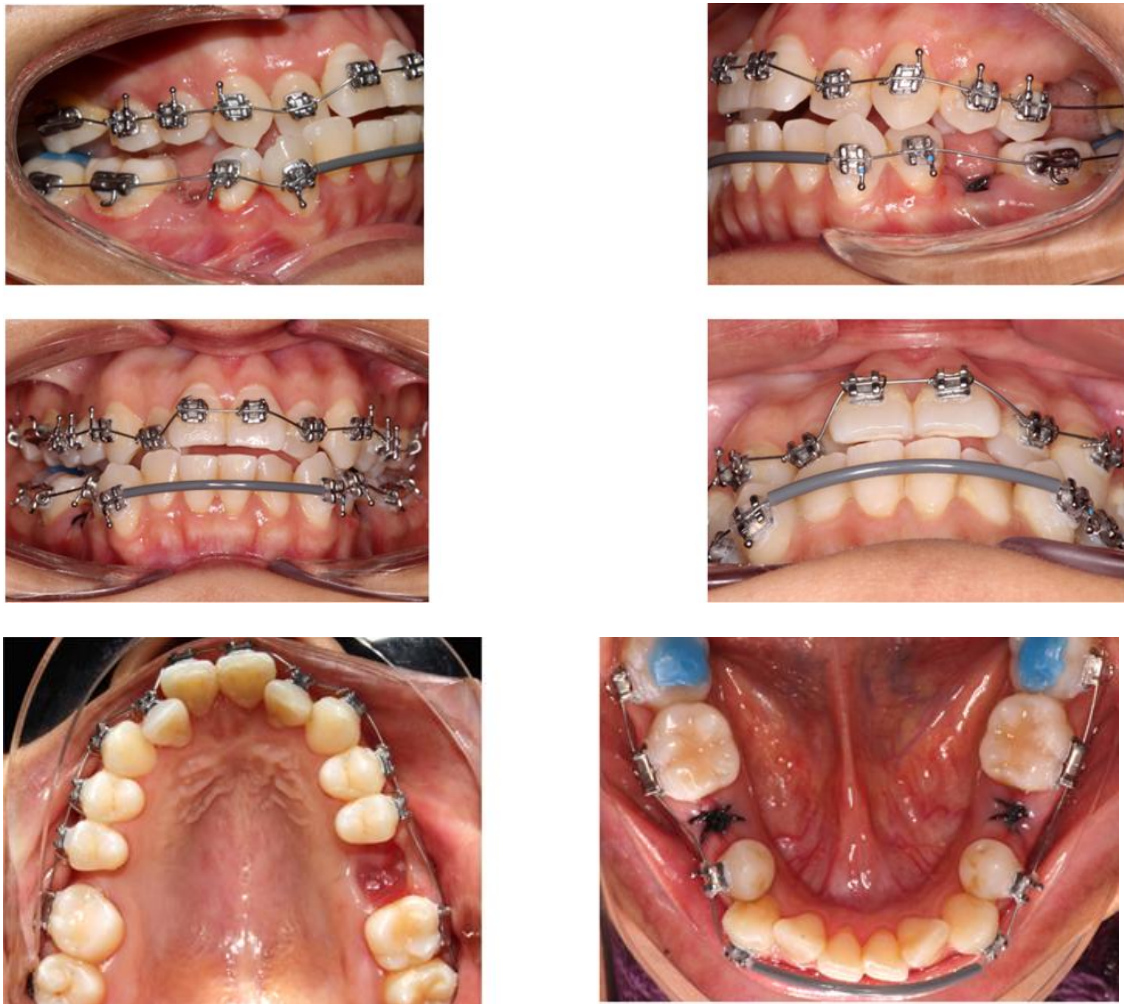


Figura 6. Fotos intraorales del primer mes de tratamiento.



Figura 7. Fotos intraorales del último mes de tratamiento



Figura 8. Fotos intraorales con contenciones




3% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 2%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 1%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 2% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 1% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
revmic.com		1%
2	Internet	
pesquisa.bvsalud.org		<1%
3	Internet	
repositorio.ucsm.edu.pe		<1%
4	Publicación	
Bernd Zimmer, Yann Guitard. "Orthodontic Space Closure without Contralateral E...		<1%