



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PERTINENTE
DE DIENTES SUPERNUMERARIOS RETENIDOS EN PACIENTE
PEDIÁTRICO DE LA CLÍNICA DE SAN LORENZO ATEMOAYA.**

INFORME DEL SERVICIO SOCIAL

LDC DE SAN LORENZO ATEMOAYA

PSS: GLORIA BERTHA PERAFÁN GARCÍA

MATRÍCULA 2143061752

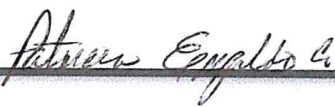
PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL: 2018-2019

FECHA DE ENTREGA: AGOSTO 2019

ASESOR INTERNO: IVÁN GUTIÉRREZ OSPINA

ASESOR EXTERNO: CRISTINA CARLOTA DEL CASTILLO MURIS

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



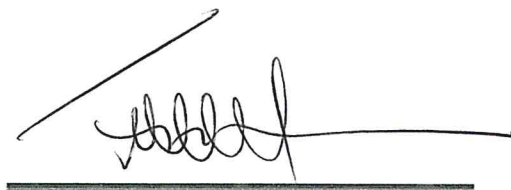
COMISIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

PATRICIA ENZALDO DE LA CRUZ

ASESORES DEL SERVICIO SOCIAL

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Iván Gutiérrez Ospina', written over a horizontal line.

ASESOR INTERNO
DIRECTOR L.D.C. SAN LORENZO ATEMOAYA
IVÁN GUTIÉRREZ OSPINA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Cristina Carlota del Castillo Muris', written over a horizontal line.

JEFA DE SERVICIO C.D
CRISTINA CARLOTA DEL CASTILLO MURIS

RESUMEN

La odontopediatría, en su actividad diaria, debe enfrentarse al tratamiento de diversas patologías y entre ellas cabe señalar a los dientes supernumerarios. El término de dientes supernumerarios se emplea para definir toda pieza dentaria que se presenta en la dentición, aumentando el número normal de dientes en las arcadas.

Los dientes supernumerarios son originados por desórdenes odontogénicos, los cuales son relativamente frecuentes y que pueden comprometer el desarrollo normal de los gérmenes dentarios. Tal patología acomete más frecuentemente en la región anterior de la maxila en una proporción entre el sexo femenino y masculino de 2 a 1, respectivamente. Suelen representar una gran preocupación para el odontólogo y los familiares ya que puede causar un retraso en la erupción y por ende problemas funcionales y estéticos. Su etiología es desconocida, no obstante, se han propuesto tanto factores ambientales como genéticos.

Pueden clasificarse por su posición y forma de presentación, la mayoría son asintomáticos, por tal razón el estudio radiográfico y clínico juegan un papel muy importante en el diagnóstico y posterior tratamiento lo cual mejorara el pronóstico de las posibles alteraciones.

El objetivo de este informe es presentar una revisión bibliográfica y reportar un caso clínico de un paciente masculino de 7 años sistémicamente sano, quien acude en compañía de su madre a la clínica estomatológica de San Lorenzo Atemoaya solicitando asistencia odontológica; a la realización del examen clínico y radiográfico se diagnostica la presencia de dos dientes supernumerarios, los cuales impiden la erupción del canino superior por lo que se discute su relevancia y sus implicaciones en la práctica clínica del paciente pediátrico.

Palabras clave: Diagnóstico, dientes supernumerarios, paciente pediátrico tratamiento quirúrgico.

Índice

Capítulo I: Introducción general.....	1
Capítulo II: Investigación.....	3
Introducción.....	3
Clasificación.....	4
Etiología.....	9
Prevalencia e incidencia.....	17
Problemas asociados con dientes supernumerarios.....	18
Diagnóstico.....	19
Diagnóstico diferencial radiográfico.....	21
Tratamiento.....	23
Momento de intervención.....	24
Complicaciones y pronostico.....	25
Presentación del caso clínico.....	26
Pronóstico.....	31
Conclusión.....	32
Anexos.....	33
Bibliografía.....	40
Capítulo III: Antecedentes	
1.Zona de Influencia	44
Aspectos demográficos.....	45

Servicios.....	50
Vivienda.....	52
Servicios educativos.....	54
Servicios de salud.....	54
Morbilidad y mortalidad.....	55
1.2 Análisis del diagnóstico de salud.....	57
Conclusiones.....	58
2. Servicio estomatológico.....	59
Bibliografía.....	60
Capítulo IV: Informe numérico narrativo.....	61
Capítulo V: Análisis de la información.....	77
Capítulo VI: Conclusiones.....	79
Capitulo VII: Fotografías.....	80

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

En la Licenciatura de Estomatología, la realización del servicio social comienza al tener el 100% de créditos cubiertos, se puede realizar en proyectos internos de la universidad, en instituciones de la Secretaria de Salud o en Laboratorios de Diseño y Comprobación pertenecientes a la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Cuya finalidad es la aplicación de los conocimientos y habilidades adquiridas, es decir, por un lado, afirma y amplía la información académica del estudiante y fomenta la solidaridad con la sociedad.

En el presente informe se da a conocer de forma breve el resumen de la instancia en la realización de mi servicio social en el Laboratorio de Diseño y Comprobación (LDC) San Lorenzo Atemoaya, turno matutino, perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, licenciatura en Estomatología.

En el servicio social los pasantes de estomatología son los responsables de promover la salud de los individuos en cualquier etapa de su desarrollo, a través de acciones específicas para la prevención, detección y control de aquellos padecimientos que afectan la cavidad bucal.

Durante mi estadía en la clínica estomatológica se encontraron varios hallazgos radiográficos de pacientes que presentaban dientes supernumerarios erupcionados y un caso en particular el cual se enfatiza por la presencia de dientes supernumerarios retenidos, en la cual se detallará el hallazgo, procedimientos para el diagnóstico, intervención quirúrgica y procedimientos posoperatorios.

Como inicio se dará un concentrado sobre la hiperdoncia a partir de una revisión bibliográfica, posteriormente se hará la descripción del caso clínico, dando a conocer cada una de las actividades que se llevaron a cabo para su realización.

Subsecuente se describirá la zona de influencia donde se llevó a cabo el Servicio Social, ubicación geográfica, los servicios con los que cuenta la comunidad, aspectos demográficos, servicios educativos, servicios de salud con los que dispone, mortalidad y morbilidad.

Del mismo modo se desglosarán las actividades realizadas en el transcurso de mi Servicio Social, comprendido del 2018 al 2019 en el laboratorio de Diseño y Comprobación de San Lorenzo Atemoaya.

CAPITULO II: DIENTES SUPERNUMERARIOS

INTRODUCCIÓN:

El proceso de desarrollo dental que conduce a la formación de los elementos dentarios en el interior de los huesos maxilares recibe la denominación de ontogénesis. Los dientes se desarrollan a partir de invaginaciones epiteliales que, normalmente empiezan a formarse en la porción anterior del maxilar y luego avanzan en dirección posterior. Aunque los esbozos poseen una forma determinada, de acuerdo con el diente al que van a dar origen y tienen su ubicación precisa en el maxilar todos poseen un plan de desarrollo gradual y paulatino.^{1,2}

El proceso de desarrollo dentario puede presentar diferentes alteraciones ya sea en el número, forma o tamaño de los dientes. Estas alteraciones pueden causar consecuencias estéticas, funcionales y psicológicas.³

Las anomalías de número pueden ser por defecto o por exceso, entre ellas se encuentran los dientes adicionales al número normal y agenesias dentarias.⁴

El término supernumerario se refiere a dientes adicionales, también llamado hiperdoncia, estos pueden causar diferentes alteraciones en la conformación de los maxilares, como apiñamiento, impactación de dientes permanentes, quistes dentígeros, desplazamiento de gérmenes dentarios y/o raíces y malposiciones dentarias.⁵

Suelen diagnosticarse en exámenes de rutina, clínicos y/o radiográficos o en los casos cuyo motivo de consulta es la falla en la erupción de algún diente permanente.⁶

Los dientes supernumerarios se clasifican según su forma en cónico, suplementario o tuberculado y según su ubicación en mesiodens, paramolar y distomolar. Su etiología es desconocida, estas alteraciones de número tienen un posible origen genético combinado con factores ambientales, están frecuentemente asociados a síndromes y pueden ser producidos por alteraciones de la lámina dental.

Clasificación

Los dientes supernumerarios se manifiestan según su ubicación en la arcada, su morfología, por el número de dientes presentes, periodo en el que erupcionan, clasificación según su desarrollo radicular, su orientación y según la ubicación en el paladar. En la dentición primaria son normalmente de forma cónica. Y en la dentición permanente, estos pueden presentar una gran variedad de forma.

Ubicación en la arcada dentaria

Según su sitio de ubicación a su vez se clasifican en:

- **Mesiodens:** Supernumerarios que se encuentran entre los incisivos centrales superiores, son pequeños y por lo general tiene forma conoide pueden ser únicos o múltiples, unilaterales o bilaterales; erupcionados o impactados y pueden encontrarse en posición vertical, horizontal o invertida. Por lo general se observan por palatino, la mayoría no erupciona y en algunas ocasiones es posible que el mesiodens erupcione por la nariz (dientes nasales)
- **El peridens o paramolar:** Se encuentra erupcionado dentro de los dientes posteriores es un diente pequeño, rudimentario que se localiza por bucal o lingual de los molares superiores, aunque también se pueden ubicar entre la zona interproximal del segundo y tercer molar o localizarse por la cara bucal del tercer molar.
- **Disto molar:** Es pequeño y rudimentario, se presenta detrás de los terceros molares y rara vez afecta la erupción de los dientes adyacentes.
- **Parapremolar:** Diente de premolar duplicado.

Morfología

Primosch (1981) los clasifica en 2 tipos:

- **Suplementarios - Eumórficos:** Diente extra de morfología y tamaño normal. Suponen un aumento del material dentario y cuyo efecto en la oclusión es un incremento del potencial de apiñamiento. Se presentan en dentición

permanente como incisivos laterales superiores extras o como incisivos inferiores; y en dentición primaria en los incisivos centrales.

- **Rudimentario - Dismórfico:** Que es un diente en forma y tamaño más pequeño, incluye; cónicos, tuberculados y molariformes. Han sido clasificados en cuatro tipos diferentes: ⁷
 - **Conoide:** Es la forma más común de diente supernumerario en la dentición permanente, suele ser un diente pequeño de forma cónica con una raíz rudimentaria. Su desarrollo radicular va a un ritmo similar al de los incisivos permanentes y suele presentarse como un mesiodens, entre los incisivos centrales. Puede tener una situación ectópica o erupcionar.
 - **Tubercular:** El tipo tubercular tiene más de una cúspide o tubérculo, es frecuentemente descrito como forma de barril y puede ser invaginado. La formación de la raíz suele estar retardada respecto a la de los incisivos adyacentes.
Suelen presentarse un par y se localizan palatalmente a los incisivos centrales; raramente erupcionan y son habitualmente responsables de un retraso en la erupción de los incisivos.⁸
 - **Suplementario:** El tipo suplementario, también se le ha llamado eumórfico, parece un duplicado del o de los dientes normales de la zona. El más común es un incisivo lateral superior, también se presentan en las zonas de premolares y molares. Tiene una forma y tamaño normal, puede presentar invaginaciones. ⁹
 - **Mixto - Odontoma:** El tipo mixto o combinado es el cuarto tipo, no es aceptado por todos los autores, por lo cual lo clasifican como CTS: Conoide-Tubercular-Suplementario, cuando no se puede clasificar por su morfología en otro grupo y tampoco se puede hacer un diagnóstico de odontoma-tumor.

Considerado antes como neoplasias benignas, dentro de la clasificación de tumores ontogénicos mixtos, son lesiones compuestas por una mezcla de células ontogénicas epiteliales y mesénquimas diferenciadas. Comprenden de tejido pulpar, esmalte, dentina, cemento de aspecto normal, pero con una estructura generalmente defectuosa. Actualmente se les considera más como trastorno del desarrollo que como un verdadero tumor.

Etiología: la etiología se suele relacionar con restos para dentales de Malasez, procesos inflamatorios, traumatismos, hiperactividad odontoblastica, anomalías hereditarias como el síndrome de Gardner y Hermann.

Son una malformación de un diente, con unas características prácticamente maduras en cuanto a su morfogénesis e histodiferenciación, su comportamiento clínico es el mismo que el de un diente supernumerario.

Un odontoma, suele encontrarse en relación a dientes no erupcionados; está formado por esmalte, dentina, pulpa y cemento, bastante bien formados.

Cuando se presenta en formas reconocibles de múltiples micro-dientes, entre 2-3 y 20-30 unidades, se le llama: odontoma compuesto y cuando es una masa nudosa sólida en la que no podemos identificar, macroscópicamente, una forma de diente: odontoma complejo. Se localizan fundamentalmente en el maxilar superior, zona anterior y tienen unas manifestaciones clínicas muy similares a los dientes supernumerarios.^{10,11}

Número de dientes presentes:

Pueden ser únicos, múltiples, unilaterales o bilaterales.

- **Múltiples:** Los vamos a encontrar en raras ocasiones, por lo general estarán asociados a síndromes.

Periodo en el que erupcionan:

Basándose en el periodo en que erupcionan, se clasifican en:

- **Pre-decíduos o pre-temporales:** Si estos erupcionan antes del nacimiento se les llama dientes natales.
- **Dientes neonatales:** Si erupcionan poco después del nacimiento. Por lo general son dientes que están mal desarrollados, que duran muy poco tiempo en la cavidad bucal y se exfolian en las primeras semanas de vida extrauterina.
- **Contemporáneos:** Aparecen durante el periodo normal de erupción dentaria y son más frecuentes.

Clasificación según su erupción:

Los supernumerarios según su capacidad de erupcionar; se pueden clasificar como:

- Erupcionados, ya que realizaron su proceso de erupción activa y pasiva.
- Incluidos o retenidos, ya que no realizaron proceso de erupción activa ni pasiva.
- Impactados, por causa de una obstrucción mecánica (dientes vecinos), factores hereditarios, anomalías endocrinas, déficit de vitamina D. De hecho, la frecuencia de erupción reportada se encuentra entre el 15% al 34% en la dentición permanente y entre el 60% en la dentición temporal.¹²

Clasificación según su desarrollo radicular

Según el desarrollo radicular de un diente supernumerario sin erupcionar, se ha clasificado en cinco grupos:

- Grupo 1 supernumerario que presenta raíces divergentes y no pasan más de la mitad de la longitud total estimada.
- Grupo 2 supernumerarios cuyas raíces se han desarrollado entre la mitad y dos tercios de la longitud total estimada.
- Grupo 3 supernumerarios con desarrollo radicular de dos tercios de la longitud final.

- Grupo 4 supernumerarios cuyas raíces tienen ápice abierto.
- Grupo 5 supernumerarios con formación radicular completa.¹³

Clasificación según ubicación en el paladar

Liu et al en 2007, realizaron una clasificación para dientes supernumerarios no erupcionados según su ubicación en el paladar duro, su posición sagital, orientación y asociación con mal oclusión:

- Tipo I, el diente supernumerario se ubica en posición palatina, sobre el eje longitudinal del incisivo e inferior a su ápice radicular.
- Tipo II, diente supernumerario ubicado superior y palatino a los dientes incisivos.
- Tipo III, diente supernumerario ubicado en medio de los incisivos centrales superiores a nivel de la unión amelocementaria, en forma transversal con la corona orientada hacia vestibular.
- Tipo IV, diente supernumerario ubicado superior al ápice radicular de los incisivos (invertido o normalmente orientado), u oblicuo a través del ápice radicular de los incisivos.
- Tipo V diente supernumerario ubicado delante de las raíces de los incisivos adyacentes.
- Tipo VI, diente supernumerario ubicado palatino de los incisivos, con posición vertical entre una posición de tipo I y tipo II.^{14, 15}

ETIOLOGÍA

La etiología es todavía desconocida, siendo la dentición humana difiodonta, puesto que posee dos denticiones, la decidua y la permanente; y heteronta ya que cada dentición tiene diferentes piezas adaptadas por su morfología a diferentes funciones.¹⁶

La etiología exacta de los dientes supernumerarios es desconocida y es posible que los distintos tipos de dientes supernumerarios se desarrollen de forma diferente.

Alteraciones embriológicas.

- **La dicotomía de los gérmenes dentarios**

Esta teoría propone la escisión del folículo dental, resultado de la división de la yema dental. Distintos factores como traumatismos o mutaciones evolutivas pueden causar una división accidental del folículo dental de dos o más fragmentos. Esta escisión puede causar el desarrollo de dos dientes a partir de un solo germen dentario. Resultarán dos dientes iguales en tamaño o uno normal y otro dismórfico.

Esta teoría está sustentada en experimentos animales que según Barranchina y Andreasen y Sewerin ha sido comprobada experimentalmente mediante cultivos in vitro de gérmenes dentales divididos. Sin embargo, se considera que, si los dientes supernumerarios fueran el resultado de la división de un germen dental, el estadio de desarrollo del diente supernumerario debería ser aproximadamente el mismo que el de los dientes normales de la serie dentaria en la que aparecen.

- **Hiperactividad de las células epiteliales embrionarias.**

Todas las células del germen dentario tienen el mismo origen y las mismas características biológicas, por lo que, en determinadas condiciones, algunas células pueden adquirir las propiedades de otras células especialmente diferenciadas, con la consiguiente proliferación y formación de evaginaciones o invaginaciones que darían lugar a nuevos tejidos dentarios.

Esta nueva formación dentaria puede partir de cualquiera de los sucesivos estadios embriológicos por los que pasa el diente.

Las causas que pueden motivar la sobreactividad epitelial pueden ser:

-Factores locales: traumatismos, infección, factores irritativos.

-Factores generales: disfunciones genéticas o enzimáticas, factores hereditarios.

Entre las diferentes afecciones a los estadios o fases de la formación del diente, tenemos.

- **Hiperactividad de la lámina dental**

En la sexta semana de vida intrauterina se comienza el proceso de odontogénesis, una semana después se forma el brote o yema dental por la proliferación de las células de la lámina dental, en el cual, si se presenta una alteración nos dará como resultado un diente supernumerario en la dentición decidua.

Una vez que la corona del diente permanente se ha formado, la lámina dental se somete a la muerte celular programada y degeneran resultandos remanentes o perlas epiteliales localizadas en el interior de los maxilares. Si el exceso de proliferación o supervivencia prolongada de las células epiteliales de la lámina dental son estimulados por factores inductivos pueden causar formación de un diente supernumerario, de un odontoma o quiste de la erupción.

- **Sobreactividad del cordón epitelial**

En la octava semana de vida intrauterina, en el estadio de casquete, el brote dental se comienza a separar de la lámina dental por una proliferación epitelial llamada cordón epitelial o Gubernaculum dentis. Una sobreactividad a partir del cordón epitelial puede originar la formación de un diente supernumerario.

- **Sobreactividad de la capa externa de la Vaina de Hertwig y Restos Epiteliales de Malassez**

A las catorce semanas el germen dentario alcanza su forma completa de campana. En este momento empieza la diferenciación histológica, epitelio externo, retículo estrellado, estrato intermedio, epitelio interno. Este conjunto de estructuras junto

con la papila dental y el saco dentario recibe el nombre de folículo, el cual queda completamente constituido entre el quinto y sexto mes de vida intrauterina.

Posteriormente aparece la Vaina de Hertwig, que es una prolongación epitelial del órgano del esmalte y es la encargada de formar el patrón radicular a partir de la unión del epitelio externo e interno y que crece a partir de los extremos de la campana, al completar la primera capa de dentina, la vaina se fracciona y degenera formando los restos epiteliales de Malassez, los cuales continúan presentes en el ligamento periodontal hasta la vida adulta y forman parte del revestimiento de ciertos quistes.

Si estos restos entran en actividad y se diferencian podrían formar un germen dentario.

Teoría Atávica.

Los partidos del atavismo, revisión filogenética, atribuyen el aumento del número de dientes a una reversión hacia la dentición ancestral, pues los mamíferos placentarios presentan 44 dientes totales. Pero estudios evolucionarios sugieren una descendencia humana de especies de monos los cuales tienen denticiones de 32 dientes en total. Actualmente esta teoría ha sido descontinuada por no estar sustentada.

Factores genéticos.

- **Herencia**

Muchos autores sugieren la herencia como un factor clave en el desarrollo de dientes supernumerarios, se ha sugerido la interacción de genes transmitidos como causa de supernumerarios pues en estudios realizados de árbol genealógico familiar donde se reporta que un diente supernumerario puede estar encontrado en la misma área entre la mayoría de los miembros de la familia hasta por dos generaciones consecutivas.

Diversos estudios tienden a demostrar que los dientes supernumerarios pueden ser una anomalía dental heredofamiliar y al aparecer en la misma ubicación en los

gemelos monocigotos. La evaluación de los datos en el estudio realizado por Kawashima et al, confirman que los dientes supernumerarios tienen rasgos de un componente hereditario fuerte pero aun no parecen ajustarse a un patrón mendeliano simple.

Los patrones de herencia propuestos siguen los principios mendelianos, es decir, pueden ser rasgos autosómicos recesivos, dominante o ligado al sexo de modo que explica la existencia de un predominio del sexo masculino sobre el femenino. En un estudio realizado por Stane, se encontró que en un 90% de ellos casos había una definida influencia genética, Brook, encontró una frecuencia más elevada en parientes de primer grado que en población en general. Niswander y col. observaron que los dientes supernumerarios que se asocian con un gen autosómico recesivo presentan una penetrancia menos mujeres.

Los supernumerarios pueden aparecer de forma espontánea en una generación, aunque en algunos casos hay tendencia hereditaria a presentarlos. La herencia juega un papel muy importante en la aparición de los dientes supernumerarios, se asocia a un gen recesivo autosómico dominante, asociado al cromosoma X.

Esta teoría se apoya en el hecho de que los dientes supernumerarios no siempre constituyen una anomalía aislada, también se relacionan con diferentes síndromes como:

- Síndrome de Apert.

El síndrome de Apert se puede transmitir de padres a hijos (hereditario). El síndrome se hereda como un rasgo autosómico dominante, lo cual significa que sólo uno de los padres necesita transmitir el gen defectuoso para que su hijo tenga la enfermedad.

- Displasia cleidocranial o enfermedad de Crouzon.

La displasia cleidocraneal se caracteriza por ser una alteración genética autosómica dominante en la cual se encuentra defectos óseos como hipoplasia o aplasia de clavículas, amplitud de suturas y fontanelas y una estatura corporal disminuida. También las personas que sufren este síndrome se ven

frecuentemente afectadas por la presencia de dientes supernumerarios, impactaciones dentales y erupción dental retardada, sin embargo, la causa de estas alteraciones dentales permanece desconocida, aunque se piensa que está asociado a mutación del factor RunX2, esencial para la transcripción de osteoblastos y odontoblastos. Se ha reportado presencia de múltiples supernumerarios en 35% de los casos.

- Displasia Ectodérmica

La displasia ectodérmica es causada por alteraciones en el desarrollo de los derivados ectodérmicos incluidos los dientes. En los humanos se encuentran dientes disminuidos y /o aumentados en tamaño y en cantidad, en los micosmutant ocurre lo contrario y se encuentran dientes supernumerarios asociados a esta anomalía. Esto, al parecer se debe a aspectos específicos onto filogenéticos en el desarrollo de la dentición de las ratas.

- Labio y paladar hendidos

La presencia de dientes supernumerarios se ha definido como la segunda anomalía dental en pacientes fisurados. En estos casos, es difícil definir si se trata de un diente lateral con malformación o un supernumerario puesto que los estudios radiográficos no lo permiten identificar claramente el tipo de diente por la distorsión presente en el área de la hendidura fisura. Sin embargo, algunos autores, han podido identificar que los dientes supernumerarios son más prevalentes en pacientes con fisura unilateral alveolar que en fisura bilateral palatina. Cuando se asocian a labio y paladar hendidos, son el resultado de la fragmentación de la lámina dental durante la formación de la hendidura.

- Síndrome de Down

Es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. Es la causa más frecuente de discapacidad psíquica congénita y debe su nombre a John

Langdon Haydon Down que fue el primero en describir esta alteración genética en 1866, aunque nunca llegó a descubrir las causas que la producían. En julio de 1958 un joven investigador llamado Jérôme Lejeune descubrió que el síndrome es una alteración en el mencionado par de cromosomas. No se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años. Las personas con Síndrome de Down tienen una probabilidad algo superior a la de la población general de padecer algunas patologías, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más. Los avances actuales en el descifrado del genoma humano están desvelando algunos de los procesos bioquímicos subyacentes al retraso mental, pero en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado mejorar las capacidades intelectuales de estas personas.

- Síndrome de Hallermann-Streiff

Se ha encontrado que entre el 50% al 80% de los pacientes presentan dientes supernumerarios. Este síndrome es una anomalía congénita rara, de causa desconocida, que se caracteriza por presentar discefalia, micrognatia, aplasia condilar, dientes supernumerarios, macroftalmias y cataratas congénitas.

- Síndrome del leopardo

Un síndrome caracterizado por Lentigos; anomalías de conducción electrocardiográfica; hipertelorismo ocular; estenosis pulmonar; genitales anormales; retardo del crecimiento; y sordera (pérdida auditiva). Es causado por mutaciones del gen PTPN11 con códigos para proteína Tirocina Fosfatasa no receptora, tipo 11.

- Síndrome de Gardner

También llamado Síndrome de la Osteomatosis intestinal. Es un trastorno hereditario autosómico dominante con un 80% a 100 % de penetrancia. Estos

pacientes presentan: Múltiples supernumerarios impactados, múltiples pólipos intestinales, osteomas, múltiples quistes epidermoides y sebáceos de la piel.

- Síndrome trico-rino falángico

El síndrome de Langer-Giedon, o síndrome trico-rino-falángico de tipo 2, se caracteriza por la asociación de déficit intelectual y de un gran número de otras anomalías: piel redundante, múltiples exostosis cartilagosas, rostro característico y epífisis de las falanges en forma de cono. La gravedad y número de estas malformaciones varía entre los diferentes pacientes. Las anomalías faciales características son: nariz bulbosa, philtrum ancho y prominente, labio superior delgado, orejas en coliflor, cabello escaso y mandíbula pequeña. También se han descrito casos con retraso del crecimiento, microcefalia y problemas de audición. La exostosis afecta principalmente a los extremos de los huesos largos y puede provocar dolor, problemas funcionales o deformación ósea. Las exostosis y las epífisis de las falanges en forma de cono aparecen durante los 5 primeros años de vida, durante este periodo las infecciones respiratorias son frecuentes. La prevalencia de este síndrome es desconocida. Su transmisión es de tipo autosómico dominante, aunque se han descrito varios casos esporádicos. La enfermedad está provocada por una microdelección en 8q23.3-q24-13, responsable de la pérdida de al menos dos genes: TRPS1 y EXT1. El síndrome de Langer-Giedon puede diferenciarse del síndrome trico-rino-falángico de tipo 1 por la presencia de exostosis. Para poder ofrecer consejo genético a las familias afectadas es esencial hacer un diagnóstico temprano del síndrome de Langer-Gieldon. Por otro lado, los problemas de crecimiento y de audición necesitan un seguimiento continuo con soluciones ortopédicas.

- Síndrome de Ellis van Creveld

El síndrome de Ellis van Creveld se transmite de padres a hijos (hereditario). Es causado por defectos en uno de los dos genes del síndrome de Ellis van Creveld (EVC y ECV2).La gravedad de la enfermedad varía de una persona a otra. La mayor tasa de esta afección se observa entre la población de la Vieja Orden

Amish del condado Lancaster en Pensilvania y es bastante infrecuente en la población general.

- Síndrome de Sturge-Weber

Es un trastorno poco común presente al nacer. Un niño con esta afección tendrá una marca de nacimiento conocida como hemangioma plano (usualmente en la cara) y problemas neurológicos.

- Síndrome de Ehlers-Danlos tipo III

El síndrome de Ehlers-Danlos es un grupo de alteraciones genéticas raras que afectan a los seres humanos provocados por un defecto en la síntesis de colágeno. Dependiendo de la mutación individual, la gravedad del síndrome puede variar desde leve a potencialmente mortal. No se conoce una cura y el tratamiento es de soporte.

- Síndrome de Zimmermann-Laband:

El síndrome de Zimmermann-Laband es un síndrome de muy baja frecuencia en el mundo.

- Síndrome de Larsen

El síndrome de Larsen se caracteriza por luxaciones congénitas irreductibles de múltiples articulaciones, así como por deformidad podálica marcada. La cara de estos pacientes es aplanada, con la nariz corta, el puente ancho y deprimido y la frente prominente.

- Síndrome de Fabry

La enfermedad de Fabry (también conocida como síndrome de Fabry, síndrome de Ruitter-Pompen-Wyers o angioqueratoma corporal difuso) es una enfermedad de almacenamiento lisosómico hereditaria ligada al cromosoma X derivada de mutaciones en el gen que codifica la enzima α -galactosidasa. ^{5, 6, 7, 12}

Prevalencia e incidencia

Existen numerosos reportes sobre la prevalencia de dientes supernumerarios que varían de acuerdo con el tipo de población estudiada y la mayoría de ellos realizados en la población infantil.¹⁶

Los dientes supernumerarios son anomalías en el desarrollo dental que pueden estar o no asociadas a algún síndrome; su prevalencia oscila entre 0.3 y 3.8%. Aunque hay reportes que señalan una prevalencia del 8 al 9.1%.

Su incidencia entre 0.1 y 3.8% de acuerdo a la población de estudio. Estos dientes pueden presentarse en la línea media (mesiodens) en un 48.6%, siendo el más común de los dientes; le siguen los premolares con un 26.4%, los laterales con 11.1% y los molares en un 9.7%.

El sexo más afectado es el masculino en una relación de 2:1 con respecto al femenino, sin embargo resultados de otros estudios indican que no hay diferencia en el sexo y algunos atribuyen mayor predisposición en mujeres.

En lo que se refiere a la dentición primaria no se registra diferencia en el sexo para el aumento en el número de órganos dentarios, los supernumerarios más frecuentes corresponden a la dentición permanente. Por otro lado es extremadamente raro encontrarlos en dientes primarios registrando un porcentaje entre 0.2 y 2%.

Algunas veces los dientes extras son idénticos a los de la serie normal como ocurre en los incisivos y premolares inferiores. Se considera que el 90% de los dientes supernumerarios se ubican en los maxilares principalmente en la pre-maxila, 37% en la línea media, 59% en la zona de los incisivos centrales y sólo el 3% en zona de incisivos laterales En contraste otros estudios quienes reportaron una incidencia en mandíbula entre 0.02% y 0.10%.^{17, 18, 19, 31}

Problemas asociados con dientes supernumerarios

Normalmente la presencia de un diente supernumerario es la causa de la erupción tardía de los dientes permanentes. En algunos casos ocasiona el desplazamiento del diente permanente, lo cual puede variar desde una ligera rotación hasta un desplazamiento severo. Un diente suplementario también puede contribuir a presentar apiñamiento en la región incisiva. La presencia de una formación quística, es otro problema ya que un 30% de los casos hay presencia de alargamiento del saco folicular y solo del 4% al 9% puede desarrollar un quiste, pero no se ha visto que los dientes supernumerarios induzca resorción radicular. Para pacientes con labio y paladar hendido los supernumerarios deben de ser removidos por ser unos obstáculos para realizar un injerto de hueso. La presencia de estos dientes normalmente es asintomática.^{20,21}

Es necesario controlar la secuencia de erupción dentaria y determinar si el supernumerario está erupcionado o retenido y constatar si representa una traba de erupción para el diente permanente.²²

Diagnóstico

Muchos supernumerarios son asintomáticos y son descubiertos solo durante el examen clínico o el examen radiográfico. La no erupción de uno o dos centrales, cuando ya han salido los laterales, obliga a una exploración completa junto con la medición cuidadosa de los dientes.^{23, 24}

Clínico: La detección de dientes supernumerarios que ya están erupcionados se reduce a un simple procedimiento clínico, por lo que es importante realizar el conteo de todos los dientes durante el examen clínico para que no pasen inadvertidos.

Radiográfico: cuando un diente supernumerario no erupciona, el uso de radiografía es esencial no solo para su detección, sino también para la ubicación de este.²⁵

El diagnóstico de dientes supernumerarios se puede dar en diferentes circunstancias, siendo principalmente de dos formas:

1. Hallazgo radiográfico, donde el paciente no presenta ningún signo que refleje su presencia.
2. El paciente presenta alguna alteración cuya causa probable es la presencia de un diente supernumerario; estas situaciones pueden ser:
 - Dolor en la zona, reflejada como “presión en el diente”, en ausencia de caries, periodontitis u otra patología clínicamente visible.
 - Ausencia de la pieza dentaria cuando la pieza contralateral ya se encuentra erupcionada.
 - Mal posición de una pieza dentaria (rotaciones, inclinaciones, etc.). El examen complementario radiográfico debe ser riguroso y exhaustivo, otorgándole gran importancia a la interpretación que realice el radiólogo maxilofacial.^{26, 27, 28}

Durante la valoración del paciente se debe ser muy perspicaz y estar atentos, ya que en el momento en que se encuentre un diastema, desplazamiento de algún diente adyacente, retraso en la erupción del diente permanente, mal oclusiones,

apiñamiento severo, dientes con diámetros en sentido mesio – distal y buco – lingual mayores se puede estar ante la presencia de un diente supernumerario.

La mayoría de casos cuando están presentes los dientes supernumerarios son asintomáticos y dentro de las complicaciones asociados a su presencia es posible que puedan formar quistes dentígeros, que se puedan ubicar en zonas como el seno maxilar, el paladar, cóndilo mandibular, proceso coronoides, orbita, cavidad nasal; fallas en la erupción de los dientes adyacentes; diastemas; resorciones radicales; infecciones; caries en dientes adyacentes; alteraciones neuro sensoriales; etc. Cuando se descubre la presencia de un diente supernumerario, se debe entonces tomar una decisión con respecto al tratamiento de estos, hay casos donde simplemente se dejan en el sitio y se hace control radiográfico constante y hay otros casos en donde es necesario realizar su extirpación quirúrgica para solucionar problemas estéticos y evitar posibles complicaciones que pueda presentar. Sawamura sugiere el uso de imágenes topográficas computarizadas tridimensionales para conocer el sitio exacto de localización del diente supernumerario incluido y las relaciones anatómicas vecinas, especialmente cuando se trata del maxilar superior.

- Radiología- Tomografía computarizada.
- Pa- Rx periapical
- Oc- RxOclusal
- Op- OPT (ortopantomografía)
- TC- Tomografía computarizada

El diagnóstico y tratamiento del paciente con dientes supernumerarios debe incluir el apoyo de diferentes especialistas como son: odontopediatras, radiólogos orales y maxilofaciales, cirujanos maxilofaciales y ortodoncistas principalmente.^{29, 30}

Diagnóstico diferencial radiográfico

Aunque los dientes supernumerarios acostumbran a ser eumórficos, los heteromórficos y dentículos incluidos pueden aparecer en la radiografía como una radio opacidad, que puede ser confundida con otros procesos patológicos que se manifiestan radiográficamente de forma similar.

Los dientes supernumerarios heteromórficos deben ser diferenciados preferentemente del odontoma, ya que éste es el tumor ontogénico más frecuente y por su forma y localización puede ser confundido con un diente supernumerario. Ambos, pueden incluso coexistir, como ocurre en el Síndrome de Garden.

El odontoma compuesto se localiza frecuentemente entre los dientes anteriores. El odontoma complejo es más común en las regiones posteriores.

Los dientes supernumerarios pueden ser también confundidos con otras lesiones que cursan con radio opacidad, entre las que destacamos:

Radio opacidades periapicales:

Displasia cemental periapical.

Osteomielitis esclerosante focal.

Osteoporosis periapical focal.

Cementoblastoma.

Otras inclusiones dentarias.

Fibroma central osificante.

Radio opacidades interarticulares.

Osteítis focal residual.

Cementoma.

Quiste odontogénico epitelial calcificante.

Tumor adenomatoideodontogénico.

Odontoma. Fibroma central osificante.

Osteoblastoma

Otras inclusiones dentarias.

Radio opacidad pericoronarias:

Tumor adenomatoide odontogénico.

Tumor odontogénico epitelial calcificante.

Fribodentinoma ameloblástico.

Fibroodontoma ameloblástico.

Odontoma.

Odontoameloblastoma.

Otras inclusiones dentarias.^{31, 32}

Tratamiento

El tratamiento depende sobre el tipo y posición de los supernumerarios y sus efectos sobre la dentición adyacente. El plan de tratamiento debe estar basado en un tratamiento integral, considerando la edad y tipo de maloclusión. La exploración clínica debe realizarse en cada caso, en la cual se deben contar los dientes por cuadrante, verificar la secuencia de erupción dentaria y si existen signos anormales de erupción.

Indicación para la remoción quirúrgica

1. Erupción del incisivo central es alterada o inhibida.
2. Desplazamiento evidente de los incisivos centrales.
3. Asociación de patologías al diente supernumerario.
4. Tratamiento ortodóncico de dientes asociados a dientes supernumerarios.
5. En casos de injerto óseo en paladar fisurado u otras patologías.
6. En situaciones en que el reborde es indicado para implante.
7. Cuando existe erupción espontánea del diente supernumerario. ²⁶

Momento de la intervención

El mejor momento para realizar la exodoncia de dientes supernumerarios aún está en discusión. La exodoncia temprana (antes de 9 años) evita tanto problemas ortodóncicos como procedimientos quirúrgicos futuros, sin embargo, se corre el riesgo de lesionar el germen dental del diente permanente.

Por su parte, la exodoncia tardía (después de 9 años) evita la lesión de un diente permanente ya que éste se ha desarrollado completamente, el paciente es más colaborador para la realización del tratamiento. No obstante, al realizar una exodoncia tardía, el diente permanente puede haber perdido su potencial de erupción, requiriendo procedimientos quirúrgicos para su exposición y así como tratamiento ortodóncico para su tracción hasta el plano oclusal; o bien puede ubicarse en mal posición al erupcionar. Sin embargo, existen dos situaciones para evaluar: la primera de ellas muestra la prontitud de la extracción del diente según las complicaciones mediatas e inmediatas del mismo (dolor, complicaciones ortodóncicas, etc.); la segunda está dada por la ausencia de tales complicaciones de modo que considerar el estado del desarrollo radicular de los dientes permanentes y del supernumerario es importante previo a la toma de decisiones.

En pacientes con labio y paladar fisurado, la exodoncia de dientes supernumerarios hace necesaria la realización de procedimientos de regeneración ósea guiada, para corregir los defectos óseos que existiesen junto con la fisura. Sin embargo, la exodoncia debe realizarse bajo el consentimiento del grupo interdisciplinario.

Un diente supernumerario puede ser mantenido in situ cuando no impide con la erupción de los dientes permanentes, no se va a realizar tratamiento ortodóncico, no se asocia con patologías o síndromes y cuando su remoción perjudicaría la vitalidad de los dientes adyacentes. En este caso, el tratamiento puede integrar ortodoncia y rehabilitación oral con el objetivo de corregir la mal posición dental, mejorar oclusión y caracterizar estéticamente el diente, emulando la morfología de un diente adyacente por medio de obturaciones en resina, carillas o coronas. ^{32, 33,}

Complicaciones y pronóstico

Mantener un diente supernumerario en boca puede significar la aparición de patologías mayores, como aumentos de volumen y dolor, alteraciones en la sensibilidad por compresión de nervios, retención del diente permanente, y otros. La exodoncia de este se decidirá en base a la planificación del caso con un equipo multidisciplinario (ortodoncista, odontopediatra, radiólogo y cirujano) a fin de definir criterios y escoger la mejor alternativa junto al paciente y su familia.

El pronóstico de estos pacientes una vez retirado el diente supernumerario es bueno, ya que se elimina el factor desencadenante de las complicaciones.

No obstante, futuros tratamientos ortodóncicos deberían ser considerados. Así, el promedio de erupción de dientes incluidos post exodoncia del supernumerario es 11 meses aproximadamente. ^{34, 35}

Presentación del caso clínico

Ficha de identificación Anexo (figura 1)

- Edad: 8 años
- Sexo: Masculino
- Ocupación: Estudiante
- Escolaridad: Primaria

Motivo de consulta

Presencia de dientes con lesión cariosa

Diagnóstico a nivel sistémico y clasificación

AHF: No refiere

APP: No refiere

APNP: No refiere

Exploración de cabeza y cuello Anexo (figura 2 y 3)

- Forma de cráneo: mesencefálico
- Volumen: adecuado
- Implantación de cabello: alta
- Exostosis: no presenta
- Hundimientos: no presenta
- Perfil: concavo
- Simetría: aparente
- Músculos de la expresión facial: normotónicos
- Músculos de la masticación: normotónicos

Exploración física

- Temperatura: 37° C
- T.A / mm/hg : 90mm/hg
- F.R. 20 x min
- F.C.: 75 xmin
- Peso 26 kg
- Talla 1.25

Reporte de un caso clínico

Paciente masculino de 8 años de edad, que concurre con su madre a la Clínica estomatológica de San Lorenzo Atemoaya, perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco en compañía de su madre para solicitar atención odontológica.

El motivo de consulta del paciente es la presencia de caries dental ; en la anamnesis familiar la madre del paciente no refiere que él presente antecedentes personales patológicos, ni heredofamiliares, es un paciente colaborador que responde favorablemente a las técnicas de manejo conductual.

Diagnóstico clínico y radiográfico

En el examen clínico intraoral se observa una dentición mixta con tejidos blandos aparentemente normales, con múltiples lesiones cariosas en los órganos dentales.

A la evaluación clínica se observó la presencia del incisivo lateral semierupcionado y la ausencia de la corona clínica del canino superior izquierdo permanente.

Por esta razón se realizó la exploración de la encía por medio del sentido del tacto, percibiendo un ligero abultamiento en el maxilar por la parte vestibular de lado izquierdo. Por tal motivo se solicitó una radiografía panorámica y oclusal para evaluar la correcta erupción del canino permanente y tener una ubicación más certera de los órganos dentarios.

A la evaluación radiográfica se pudo apreciar una zona radiopaca en la parte superior entre el incisivo lateral superior izquierdo permanente y el primer molar superior deciduo que corresponde al germen dentario del canino permanente y la presencia de dos dientes supernumerarios. Anexo (figura 4 y 5)

Por su morfología los dientes supernumerarios entran dentro de la clasificación como dientes suplementarios: dientes extras de morfología y tamaño normal, los cuales se encuentran retenidos y están presentes de forma unilateral.

Diagnóstico diferencial

Al solo presentar un diferencial de diagnóstico como se mostró en la tabla, se llegó a la conclusión de que la presencia de estos dientes supernumerarios no está asociados a ningún síndrome.

Estadio	Alteraciones dentales en cantidad	Osteomas	Quistes sebáceos	Pólipos intestinales
Dientes supernumerarios	Si	No presenta	No presenta	No presenta
Síndrome de Garner	Si	Múltiples (maxilar y mandíbula)	En la piel	Hallazgos bajo endoscopia

El tratamiento consiste en la extracción quirúrgica de los dientes supernumerarios.

- Asepsia y antisepsia

Enseguida se realizó la asepsia y antisepsia para el operador y asistente, iniciando con un lavado de manos con jabón quirúrgico y seguido de esto se colocaron barreras de protección para ambos. Posteriormente se desinfecto la cavidad bucal Perioxidin Colutorio (Clorhexidina 0.12%)

- Técnica anestésica

Se procedió a infiltrar lidocaína al 2% con epinefrina 1:100,00 para anestesiarse el nervio alveolar posterior y palatino anterior, así como puntos locales. Anexo (figura 6 y 7)

- Incisión y despegamiento del colgajo

Se hizo un abordaje por vestibular con una hoja de bisturí (número 15) realizando una incisión festoneada siguiendo el reborde gingival para liberar encía que cubriría al diente supernumerario. Anexo (figura 8)

Se levantó el colgajo mucoperiostico tipo Newman con legra de Molt y de ésta manera se obtuvo una visión del campo operatorio hasta la exposición del hueso alveolar. Anexo (figura 9)

- Ostectomía.

Para realizar la Ostectomía fue necesario usar pieza de baja velocidad con fresa 702L, irrigando suero fisiológico. Anexo (figura 10). Para la extracción de los dientes suplementarios no fue necesario la Odontosección, sin embargo la exodoncia propiamente dicha se realizó mediante la luxación con ayuda de elevador recto delgado y con una pinza de mosco se logró su completa avulsión. Anexo (figura 11)

Por último se realizó curetaje con la Cucharilla

de Lucas para extraer todo el tejido folicular y óseo remanentes, que podrían ocasionar futuras alteraciones, se lavó con solución fisiológica. Anexo (figura 12)

- Reposición del colgajo y sutura.

Se revisó la hemostasia y se reposiciono el colgajo con puntos de sutura de vicryl 000 comenzando por todo el abordaje en las relajantes, se colocaron tres puntos simples de cada lado, se dio farmacoterapia y se finalizó el tratamiento sin complicaciones, tomando una radiografía periapical para tener un criterio certero del tratamiento quirúrgico realizado. Anexo (figura 13).

Se le dan de manera clara las indicaciones post operatorias al tutor del paciente:

Dieta

- Libre de grasa e irritantes por 5 días.
- No consumir frutas o alimentos con semilla o hueso.

Higiene

- Higiene con cepillo y pasta después de cada alimento.
- En la zona de la herida con la jeringa hipodérmica y aguja.

Indicaciones

- Darle nieve de agua el 1° y 2° día.
- Fomentos de hielo por fuera 24 horas el 1° día y 2° día. Por 15 min cada hora (o el mayor tiempo posible mientras tolere)
- Colocar fomentos húmedos calientes, hasta que dure la inflamación.
- Cuidar que no se muerda el labio.
- Dormir con la cabeza más alta que el cuello (utilizar dos almohadas) el 1° día de la cirugía.
- No estar en lugares polvosos o calientes.
- Estar en reposo
- No hacer actividad física
- No tomar bebidas con popote

Se prescribe antibioterapia para su pronta recuperación:

- Amoxicilina con ácido clavulánico 400/57.1 mg (suspensión), tomar 5 ml cada 12 horas por 7 días.
- Motrin (suspensión), tomar 10 ml cada 8 horas por 3 días.

Se citó al paciente dentro de ocho días después de la cirugía para concluir con el retiro de puntos. Anexo (figura 14)

Pronóstico

El pronóstico de este caso es bueno puesto que se eliminó el factor desencadenante de las complicaciones. No obstante, futuros tratamientos ortodónticos deberían ser considerados, en caso de que el órgano dentario no erupcione espontáneamente. Sin embargo, se indicó controles postoperatorios cada 3 meses para evaluar por unos meses la secuencia de la erupción del canino superior.

El paciente y su madre siempre se mostraron cooperadores con sus tratamientos pasados, de modo que asumir y cumplir con estos controles será una dificultad para ellos.

Conclusión

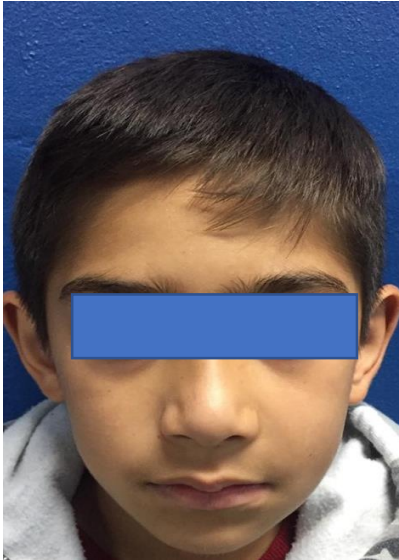
Los dientes supernumerarios son una alteración morfológica cuya etiología aún no se encuentra entendida, sin embargo, se ha asociado principalmente a la alteración en el proceso de la organogénesis y una excesiva hiperactividad de la lámina dental. Se han observado con mayor frecuencia en pacientes hombres tanto en el maxilar como la mandíbula aunque principalmente el sector anterior del maxilar.

Un diagnóstico precoz de los dientes supernumerarios permite una intervención temprana, un pronóstico favorable y mínimas complicaciones.

Dentro de las anomalías dentales que afectan a la dentición primaria y mixta, la presencia de dientes supernumerarios es una de las más significativas. Dos diente supernumerario en la zona anterior del maxilar como en el caso del paciente antes mencionado, representa un gran problema no solo para él, sino para los padres y el odontólogo, ya que puede retardar la erupción de los dientes permanentes, producir problemas oclusales, masticatorios, y por razones estéticas. Un diagnóstico precoz en estos casos es crucial para evitar o minimizar estos problemas, en concordancia con. Una vez diagnosticada la presencia de los dientes supernumerarios, la conducta del tratamiento a seguir propone una evaluación individual del caso. Los dientes supernumerarios que impiden la erupción de los dientes permanentes, generalmente se sitúan por oclusal o palatino de la corona de estos y deben ser extraídos para promover el potencial eruptivo del diente permanente.

En cada caso es fundamental realizar la intervención con gran cautela, después de haber evaluado el número y la posición de los supernumerarios y su relación con los dientes permanentes. Realizar el tratamiento quirúrgico precoz y adecuado para evitar una mayor complejidad en los procedimientos a efectuar.

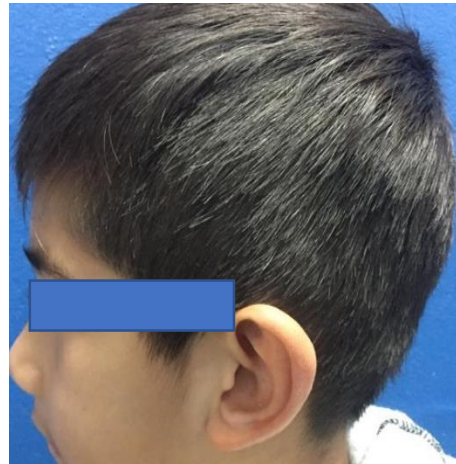
ANEXOS



(Figura 1)



(Figura 2)



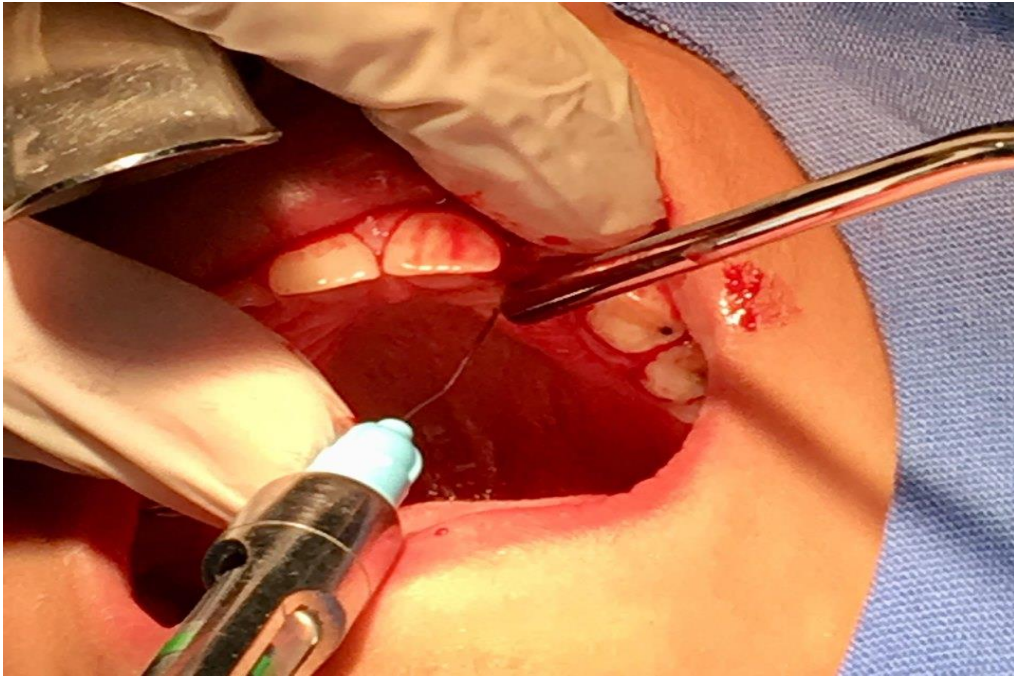
(Figura 3)



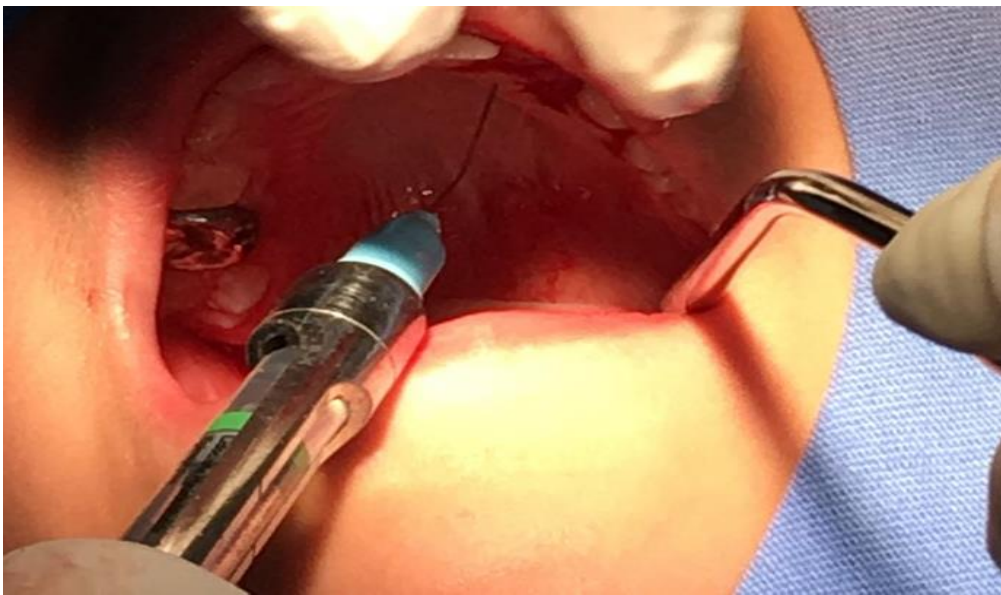
(Figura 4)



(Figura 5)



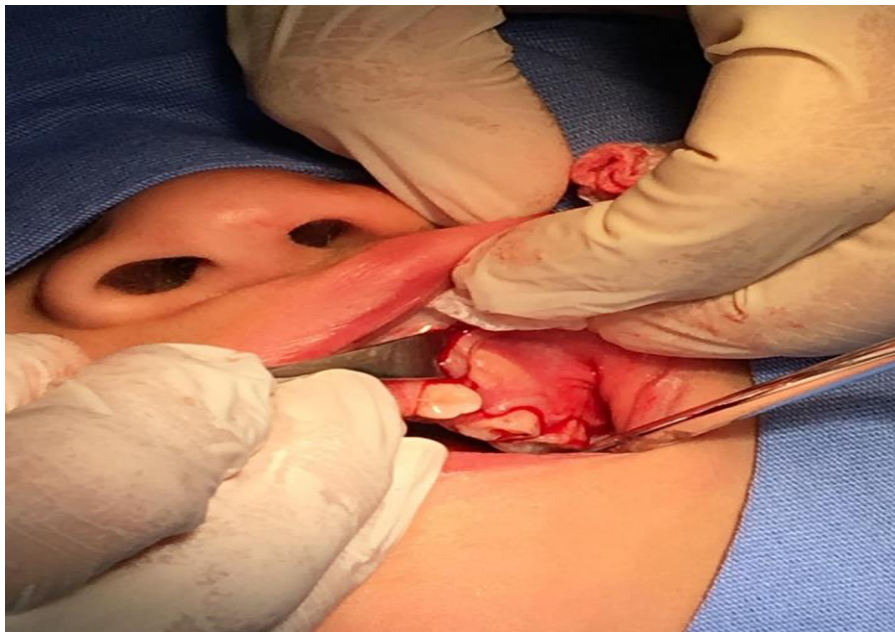
(Figura 6)



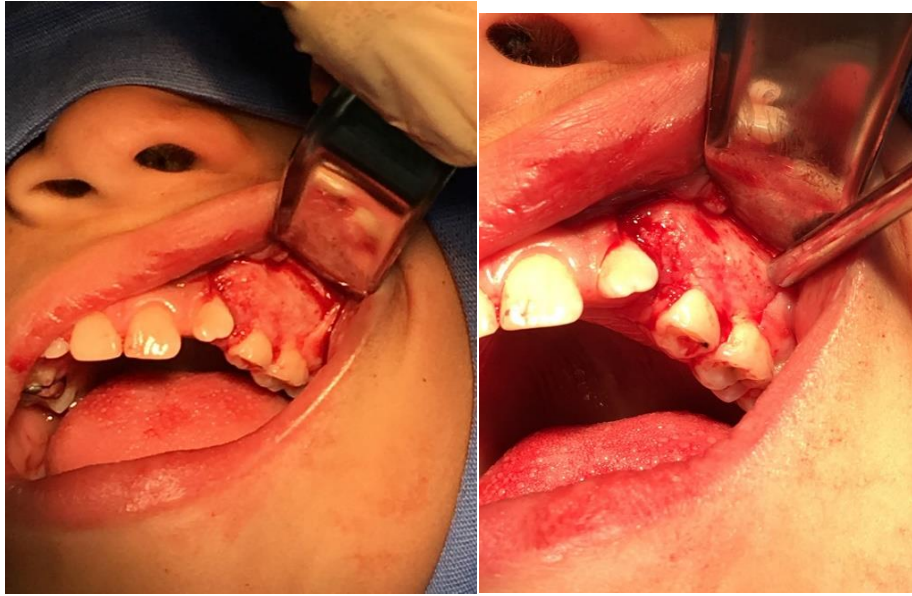
(Figura 7)



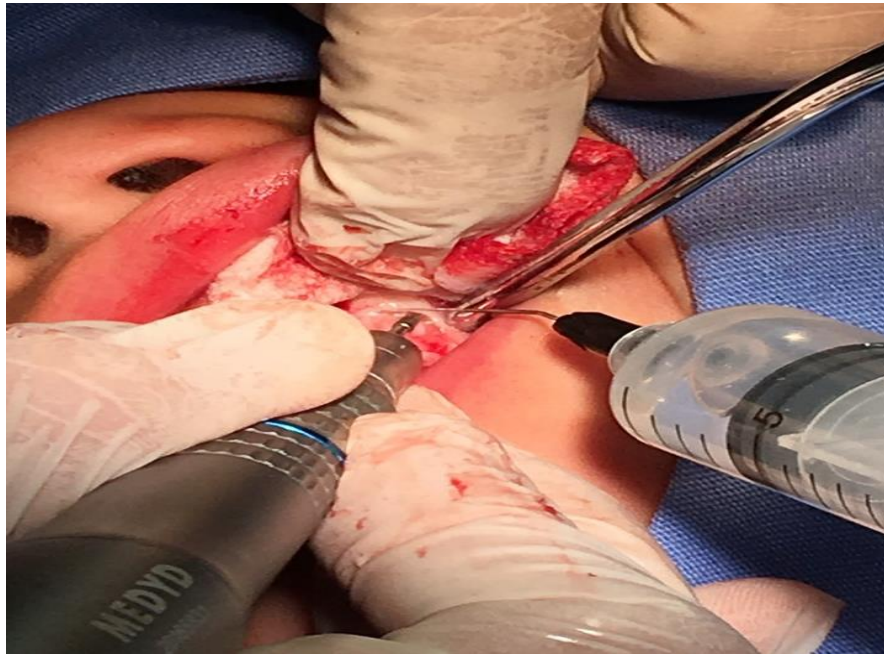
(Figura 8)



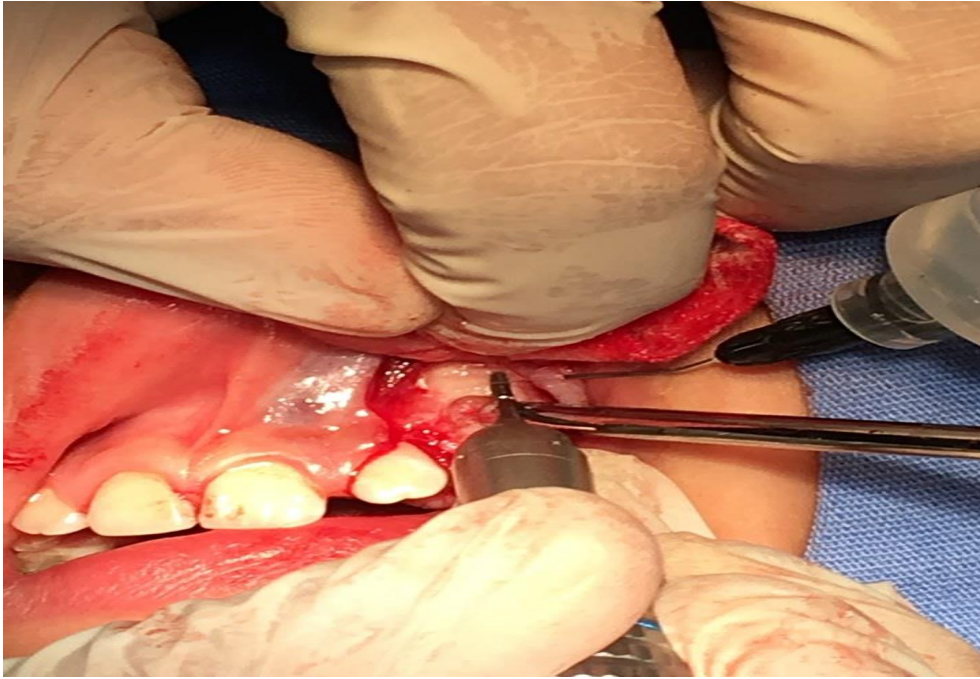
(Figura 9)



(Figura 9)



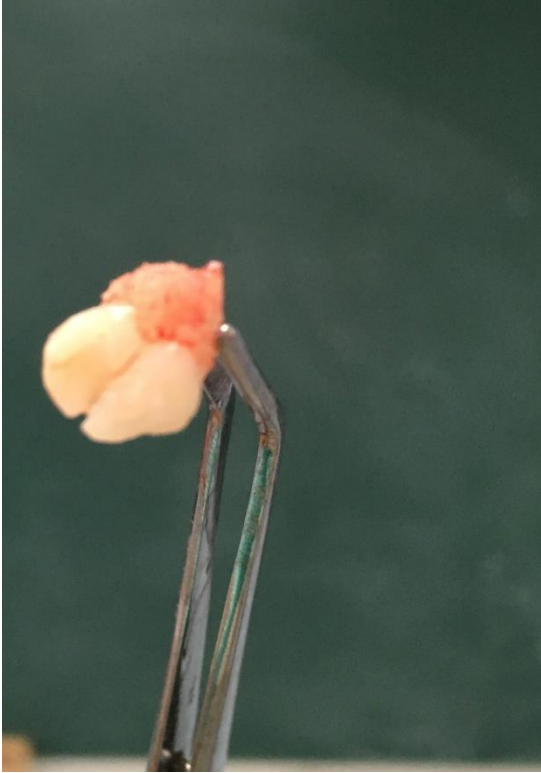
(Figura 10)



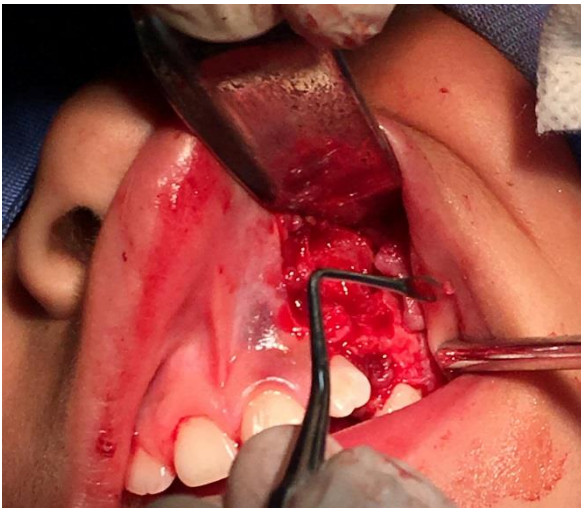
(Figura 10)



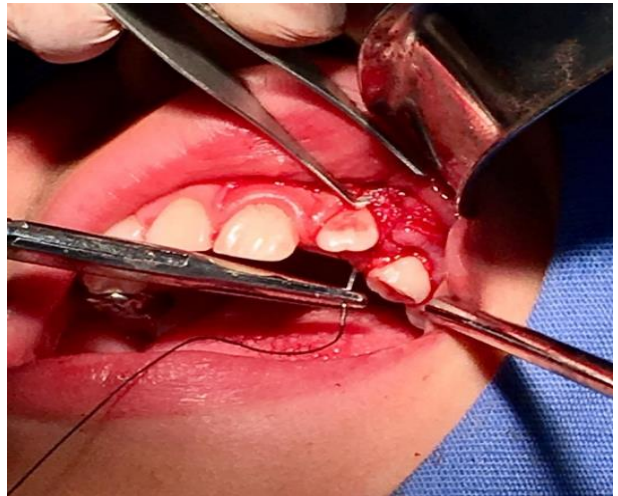
(Figura 11)



(Figura 11)



(Figura 12)



(Figura 13)

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Gómez de Ferraris E, Campos MA. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 3a ed., Editorial Médica Panamericana; 2009.
- 2.-Sadler TW. Langman: embriología médica: con orientación clínica. 10a ed. Editorial Médica Panamericana; 2007.
- 3.- Chappuzeau E, Cortes D, Anomalías de la dentición en desarrollo. Agenesias y supernumerarios. Revista dental de Chile, 2008; 99 (2): 3-8.
- 4.-Biradar VG, Angadi SM. Supernumerary teeth: review of case series. J Interdiscip Dentistry [Internet]. 2012 [citado 1 Mayo 2019]; 2(2):113-115. Disponible en: [http://www.jidonline.com/article.asp?issn=2229-5194;year=2012;volume=2;issue=2; spage=113; epage=115; aulast=Biradar](http://www.jidonline.com/article.asp?issn=2229-5194;year=2012;volume=2;issue=2;spage=113;epage=115;aulast=Biradar).
- 5.-Rebolledo Cobos, M.,Escalante Fontalvo, M. Mesiodens en posición inusual. Duazary. 2015: 1(12), 64-68.
- 6.- Jiménez de Sanabria, GJ, Medina AC, Crespo O, Tovar R. Manejo clínico de dientes supernumerarios en pacientes pediátricos. Rev. De odontopediatría Latinoamericana 2013; 2 (1) 10-12.
- 7.- Bolaños L. Dientes Supernumerarios: Reporte de casos y revisión de literatura, UCR, 2008: 18; 73-80.
- 8.- Primosh R. anterior supernumerary teeth assessment and surgical intervention in children. Pediatr Dent 198; 3: 204-215.
- 9.- Giner T. y Llopis P. Estudio de la prevalencia de quistes foliculares en dientes supernumerarios, 2008, (Tesis Doctoral) SantCugat : UIC ; 2008.
- 10.- Solares R, Romero MI. Supernumerary premolars: a literature review Pediatric Dent 2004; 26: 450-458.
- 11.- Lucía Thistle Barba, Daniela Muela Campos, Martina M Nevárez Rascón, Víctor A Ríos Barrera, Alfredo Nevárez Rascón. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. Revista Odontológica Mexicana.2016 20(4).

- 12.-Cruz E. A. Clasificación de dientes supernumerarios: revisión de la literatura. Rev estomatol. 2014; 22(1): 38-42.
- 13.- Edison- Andrés Cruz. Clasificación de dientes supernumerarios; revisión de literatura Rev. estomatol. 2014; 22(1):38-42.
- 14.- Liu D, Zhang W, Zhang ZZ, Wu Y, Ma X. Three-dimensional evaluations of supernumerary teeth using cone-beam computed tomography for 487 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007; 103(3): 403-11.
- 15.- Cervantes Huertas Betty. Dientes supernumerarios en la dentición mixta, diagnóstico y tratamiento. OdontolPediatr 2009; 8(1):22-25.
- 16.-Gay Escoda,C et al. Cirugia bucal: cordales incluidos. Editorial Ergon. 2008; 1-25. Madrid.
- 17.-Brook.AH.Dental anomalies of number, form and size: their prevalence in British Schoolchildren. J Int Assoc Dent Child. 1974,5:37-53.
- 18.- Oropeza Murillo Martha Patricia. Dientes supernumerarios .Reporte de un caso clínico, 2014; 17(2): 91-96.
- 19.-Victor Manuel Vásquez Mosqueyda, María Teresa Espinosa Meléndez, Florentino Hernández Flores, presencia del cuarto. Revisión de la literatura. Revista odontológica mexicana. 218; 22 (29): 104-118.
- 20.-Primosh RE. Anterior supernumerary teeth-assessment and surgical intervention in children. Pediatr Dent 1981;3:117-8.
- 21.-Salvador García López, Rosina Eugenia Villanueva Arriaga. Manejo clínico de dientes supernumerarios en la práctica odontológica. Revisión en la literatura y reporte de un caso. Revista adm. 2009; 2: 1-2.
- 22.-Erika Colombo Sgaraglino, problemas asociados con la presencia de dientes supernumerarios- reporte de un caso. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría 2014.

- 23.- José Luis Brenes Barquero. Dientes Supernumerarios: Presentación de un Caso Clínico. Revista oficial del colegio de cirujanos dentistas de costa rica VOL 2, 2012.)
- 24.-Nogueira, a. J. (22 de abril de 2012). Manejo clínico de dientes supernumerarios en infantes. Artículo original, págs. 51-57.
- 25.-Sierra, F.M, Peral, G.A.Vazquez de Lora. Manejo de pacientes con retension de incisivo central permanente causada por mesiodens oral año 8. Num 26 otoño 2007 410-414.
- 26.- Olate Morales S, Alister Herdener JP, Thomas Maldonado D, Alveal Campuzano R. Aproximación a un protocolo quirúrgico para el manejo de dientes supernumerarios: Evaluación de un caso y revisión de la literatura. Av. Odontoestomatol 2007; 23 (2): 67-73.
- 27.-Garvey T, Barry H, Blake M. Supernumerary teeth-an overview of classification, diagnosis and management. Journal of the Canadian Dental Association 1999; 65:612-6.
- 28.- Russell K, Folwarczna M. Mesiodens-diagnosis and management of a common supernumerary tooth. Journal of the Canadian Dental Association 2003;69 (6):362-6.
- 29.- Mazon C. Azam N .Rules DC. A retrospective study of unerupted maxillary incisor associated with supernumerary teeth.British Journal of oral and maxillofacial surgery; 38:62-5.
- 30.- Diaz Ortiz ML. Vicente Rodríguez M. Mesiodens: presentación de tres casos. Rev.pediatr Aten Primaria 2012; 79-87.
- 31.- Cueto Blanco S, Pipa Vallejo A, González García M, Pipa Muñiz C, Álvarez Álvarez I. Prevalencia de los dientes supernumerarios en la población infantil asturiana. Av Odontoestomatol 2013; 29 (3): 131-137.

32.- Lagos , D., Martinez, A., Palacios, J., Tovar, D., Jaramillo, A., & Hernandez, J. Prevalencia de anomalías dentarias de número en pacientes infantiles y adolescentes de las clínicas odontológicas de la Universidad del Valle desde el 2005 hasta el 2012. *Revista Nacional de Odontología*.2015;11(20), 31-37.

33.- Rebolledo Cobos, M., & Escalante Fontalvo, M. Mesiodens en posición inusual. *Duazary*. 2015; 1(12): 64-68.

34.- Navas, M. D. Prevalencia de dientes supernumerarios en pacientes con labio y paladar hendido mediante el análisis de Ortopantomografías. *Cirugía Oral y Maxilofacial*, 2016; 8 1-2.

35.-Alvira-González J, Gay-Escoda C. Non-syndromic multiple supernumerry teeth: meta-analysis. *J Oral Pathol Med*. 2011; 41(5): 361-366.

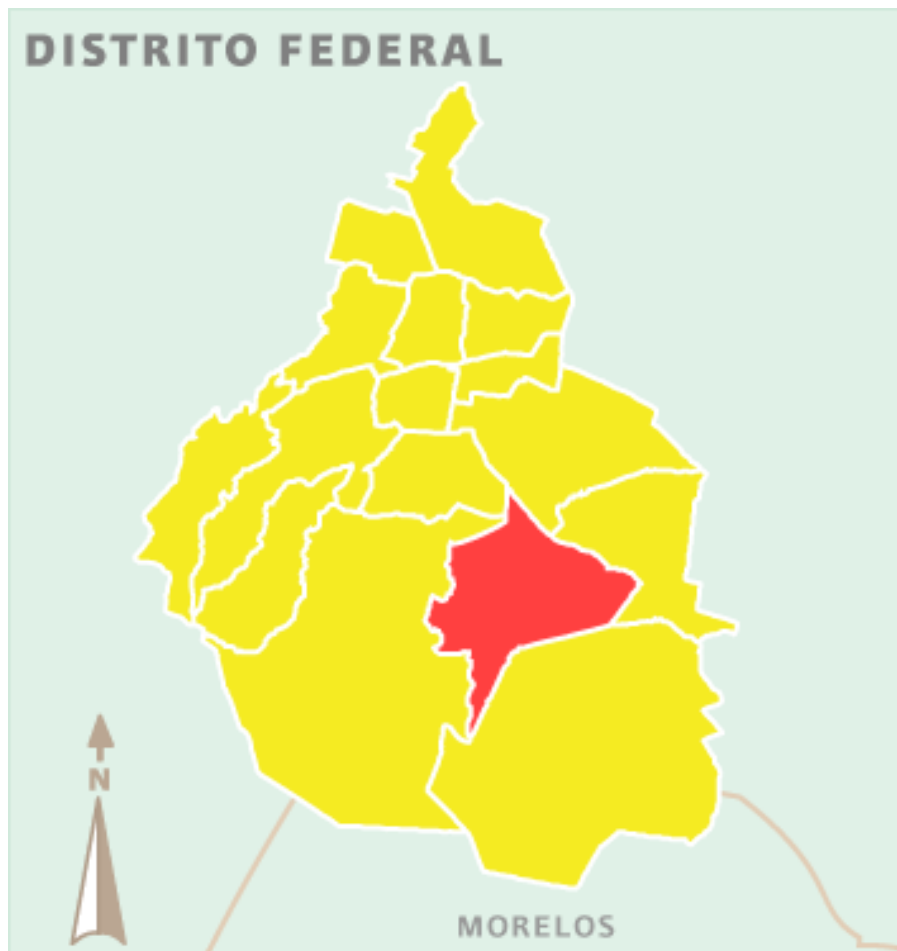
CAPITULO III: ANTECEDENTES

1. ZONA DE INFLUENCIA

A) Ubicación geográfica

La alcaldía de Xochimilco se encuentra situada al sureste de la CDMX, cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 118.13 km². Se encuentra entre las coordenadas: al norte 19°. 19', al sur 19°. 09' de latitud norte; al este 98°. 58' y al oeste 99°. 10' de longitud oeste; con una altitud de 2,240 m.s.n.m.^{1,2}

Colinda al norte con las delegaciones Tlalpan, Coyoacan, Iztapalapa y Tláhuac; al sur con las delegaciones Milpa Alta y Tlalpan; al oeste con la delegación Tlalpan; al este con las delegaciones Tláhuac y Milpa Alta.³



B) Aspectos demográficos

La población dentro de la Delegación Xochimilco es de 415 mil 993 habitantes. De los cuales 216,420 son mujeres y 199,513 son hombres.¹

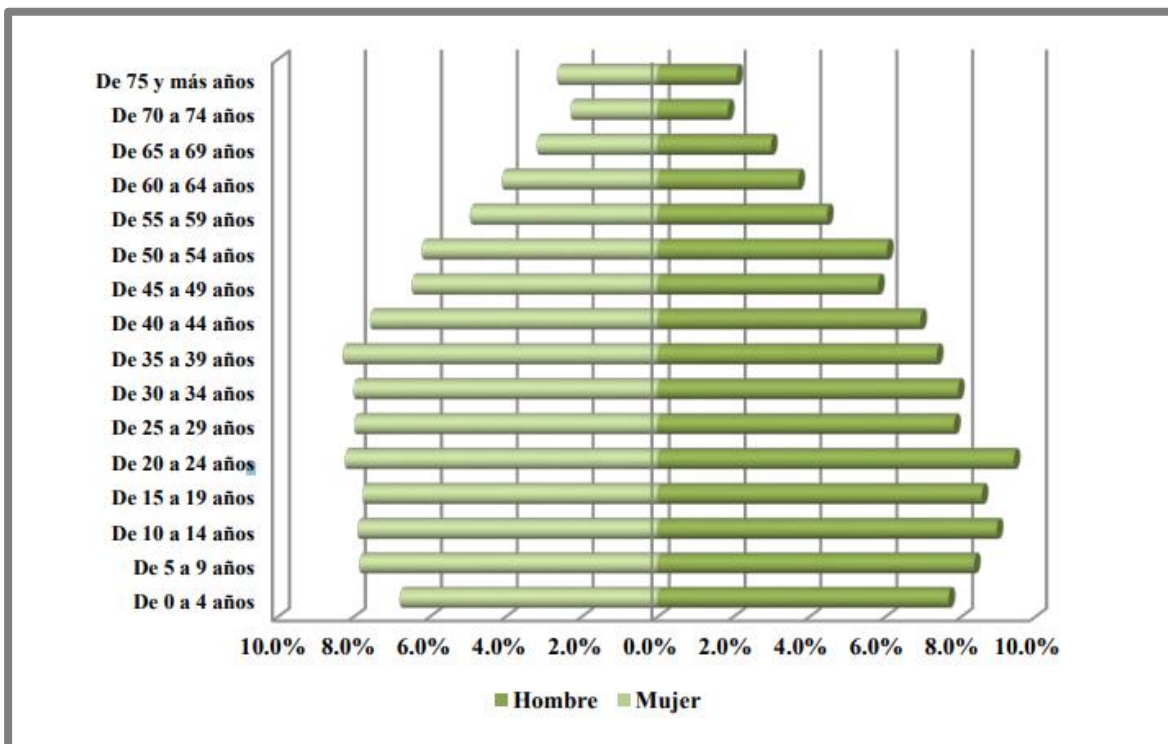
En la tabla presente se muestran los porcentajes de los habitantes previamente señalados por género.

Tabla 1. General de Población		
Hombres	199,513	48.0%
Mujeres	216,420	52.0%
Total	415,933	100%

Tabla general de la población en la Delegación Xochimilco (INEGI 2015)

En la gráfica 1. (Pirámide poblacional 2015) se nota que la población aún es muy joven. La mayor proporción de su población se encuentra entre las edades de 10 y 35 años. ¹

Gráfica 1. Pirámide poblacional



Fuente: Gráfica poblacional (INEGI 2015)

- **Población económicamente activa y ocupada**

La Tabla 2. Muestra información del cuestionario sociodemográfico de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, en la cual se puede observar que la delegación Xochimilco tiene una Población Económicamente Activa (PEA) de 178,950 individuos y 168,063 personas que pertenecen a la Población Ocupada. ^{2,3}

Tabla 2. Población económicamente activa			
Alcaldía	Población económicamente activa	Población ocupada	
	Absoluto	Absoluto	% Respecto a la PEA
Xochimilco	178,950	168,036	93.9%

Fuente: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI 2015.

- **Nivel de ingresos la población**

En la tabla 3. Se muestra el desglose de la población ocupada, según el nivel de ingresos

Tabla 3. Niveles de ingreso de la población ocupada en 2015 (%)	
Nivel salarial	Alcaldía Xochimilco
Hasta un salario mínimo	7.54
De 1 a 2 salarios mínimos	26.23
Más de 2 salarios mínimos	50.07
No especificado	16.16

INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Características económicas. México. 2016.

De acuerdo con la tabla de niveles de ingreso de la población ocupada en el 2015, el mayor valor en porcentaje lo representa la población que percibe más de 2 salarios mínimos con 50.07% (\$68.28 pesos el salario mínimo en 2015), mientras que el 26.23% de la población percibe entre uno a dos salarios mínimos.^{2,3}

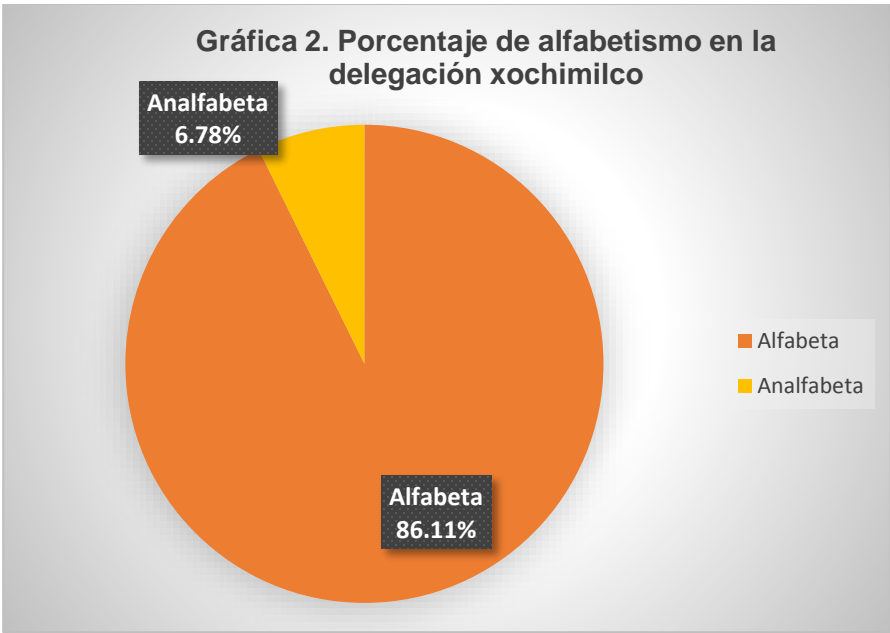
- **Tasa de desempleo**

Tabla 4. Trimestre 2016	
Total de desocupados	Tasa de desempleo%
10,914	6.1%

INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Características económicas. México. 2016.

- **Educación**

La población de la Alcaldía Xochimilco que sabe leer y escribir representa un 86.11% mientras que la población que no sabe leer ni escribir presenta un porcentaje del 6.78%. Lo cual se muestra en la gráfica 2.⁶



Fuente: INEGI 2015. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas

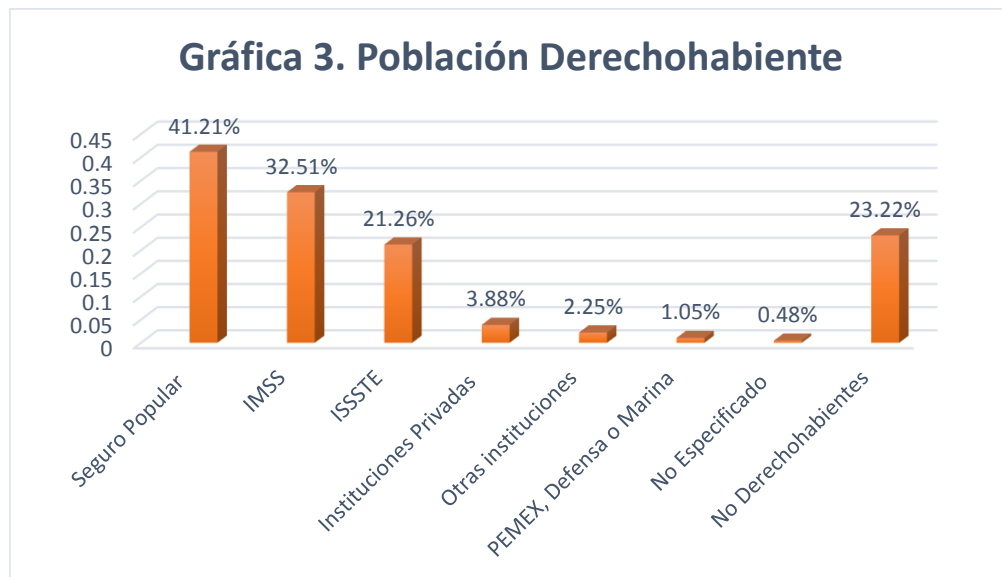
Se puede apreciar en la tabla que el mayor porcentaje de la población presenta una educación básica, mientras que el grado de educación media superior se encuentra en segundo lugar y en último nivel la educación superior.

Tabla 5. Población con nivel de escolaridad en 2015 (%)	
Nivel de escolaridad	Población (alcaldía Xochimilco)
Sin escolaridad	2.73
Educación básica	44.57
Educación media superior	27.52
Educación superior	25.00

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Tabulados Ciudad de México. Educación. México. 2016

- **Salud pública para los derechohabientes**

En cuanto al acceso a servicios de salud, el 76.3% de la población de la Delegación posee algún tipo de servicio de salud, es decir, 317 mil 388 habitantes. La mayor cantidad de derechohabientes pertenecen al Seguro Popular y en minoría a instituciones como PEMEX y la Marina. 1,4.



Fuente: INEGI 2015. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas

Ocupación

Sector primario

Dentro de las actividades del sector primario presentes en la delegación se tienen la agricultura, la explotación forestal, la ganadería, la minería y la pesca. Las actividades agrícolas principales son: la siembra y cosecha de avena, alfalfa, chile verde, frijol y maíz.

En Xochimilco, 4.371 personas desarrollan sus actividades en el sector primario, lo que equivale al 3.16 % de la población total. ²

Sector secundario

El sector secundario se compone de las actividades realizadas en construcción, industria manufacturera, electricidad y gas. De la población total de Xochimilco, 30,153 personas se emplean en este sector, lo que representa un 21.55 % del total de la población en la delegación.^{2,3}

Sector terciario

El sector terciario se compone de todos aquellos servicios que entran en la categoría de comercio, servicios y transportes. En Xochimilco, 105,418 personas se dedican a este sector, representando el 75.3 % de su población.^{2,3}

C) Servicios

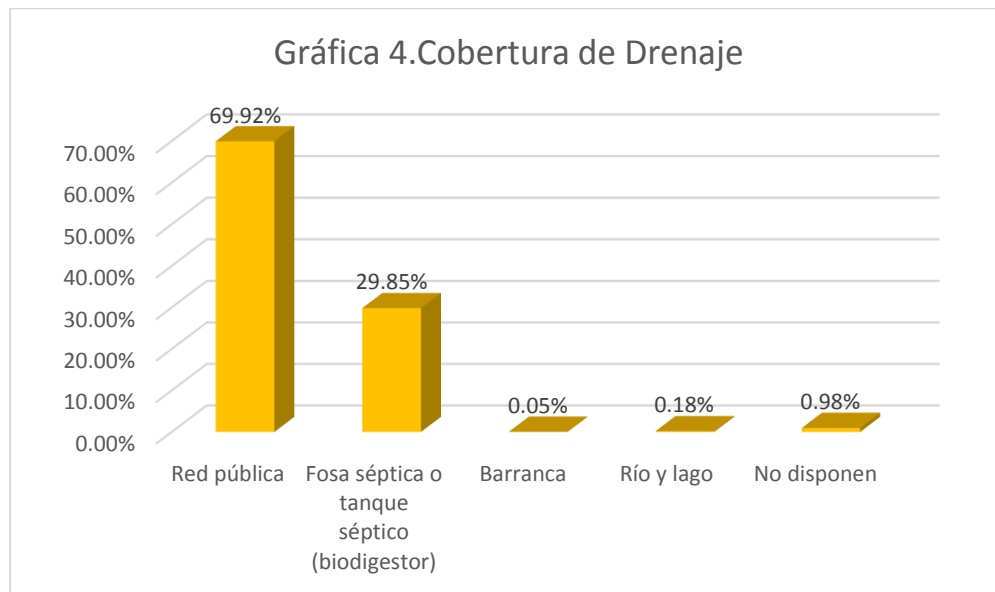
Agua Potable

La Delegación Xochimilco tiene una cobertura del 95 % de agua potable, de este el 90.2 % se realiza a través de toma domiciliaria y 4.5 % se abastece por medio de pipas que llevan a los asentamientos y colonias de los poblados rurales. Para cubrir las necesidades de esta población se recurre al reparto de agua en tanques móviles los cuales permiten atender a 2,380 familias.

El agua potable se extrae de 78 pozos profundos de los cuales se extraen en promedio 229 miles de metros cúbicos diarios. ²

Drenaje

La Alcaldía de Xochimilco cuenta con una cobertura de drenaje en las viviendas, donde la mayor parte se utiliza para la red pública ocupa un 69.92%, mientras que un 0.98% carece de drenaje, como se señala en la gráfica 4.2



Fuente: INEGI 2015. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas

La Delegación Xochimilco cuenta con dos plantas de tratamiento, las cuales son:

a) Planta de Tratamiento de San Luis Tlaxialtemalco, la cual utiliza el agua producida para el llenado de canales de la zona turística chinampera.

b) Planta de Tratamiento del Reclusorio Sur, utilizando el agua producida en el riego del Deportivo Xochimilco y el Deportivo Cruz Azul.^{1,2,3}

Energía Eléctrica, Alumbrado y Pavimentación

Existe un total de 105,190 tomas instaladas de energía eléctrica donde 105,127 son domiciliarias, el cual su uso comprende a acciones domésticas, industriales y de servicios. Mientras que solo 63 tomas de energía eléctrica son para un uso no domiciliario como las acciones agrícolas, alumbrado público y bombeo de aguas potables y negras. Como se muestra en la tabla siguiente.³

Tabla 6. Tomas instaladas de energía eléctrica	
Domiciliarias	105,127
No domiciliarias	63
Total	105,190

Fuente: INEGI 2015.

Pavimentación

En cuanto a pavimentación la mayor parte de las zonas urbanas en barrios y pueblos se encuentran cubiertas así como carreteras y vialidades que las unen. El 40 % del espacio urbano usado como vialidad no está pavimentado y el resto se encuentra en regulares condiciones.^{2,3}

Vías de comunicación

Las principales vialidades que comunican a la delegación con el resto de la ciudad son:

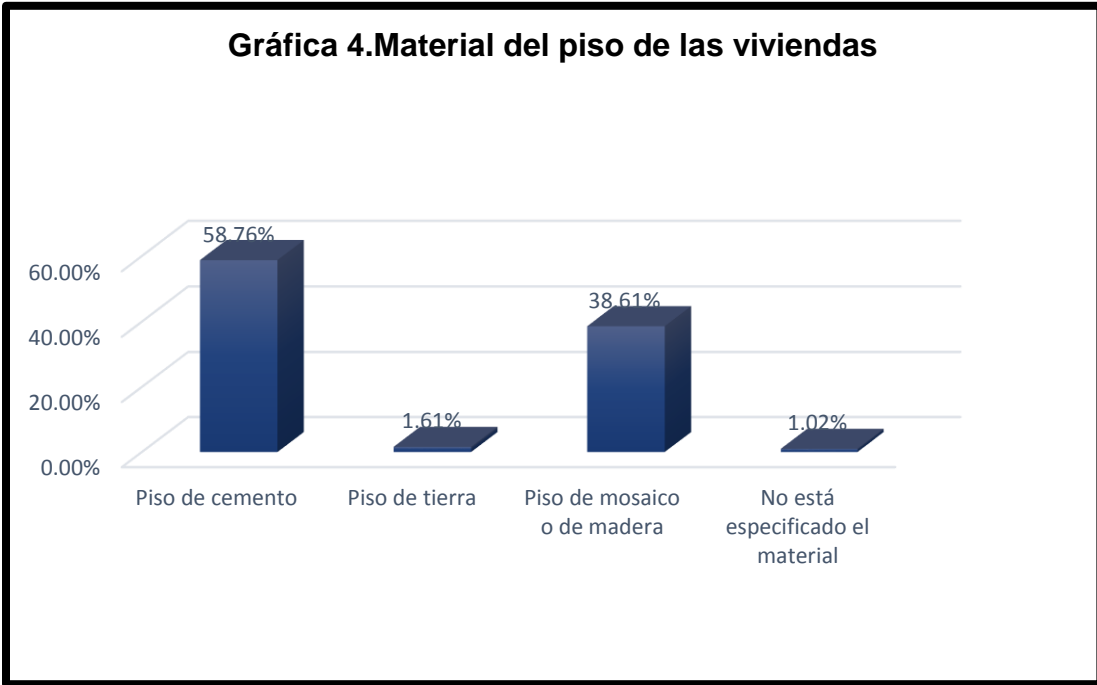
- Av. Prolongación División del Norte, que cruza transversalmente la delegación desde su cruce con Periférico Sur y hasta el poblado de Tulyehualco y que interconecta a los poblados del sur de la zona chinampera.
- Camino a Oaxtepec, que es la carretera libre que conecta con Milpa Alta y el Estado de Morelos, esta carretera es una vía principalmente de paso de vehículos hacia el sur del Distrito Federal y produce fuertes problemas de congestionamiento a la delegación que se agravan en el poblado de San Gregorio.
- Periférico Sur, éste fue construido como parte del Rescate Ecológico de Xochimilco y da continuidad a los flujos de la zona sur del Distrito Federal. ^{2,7}

Transporte

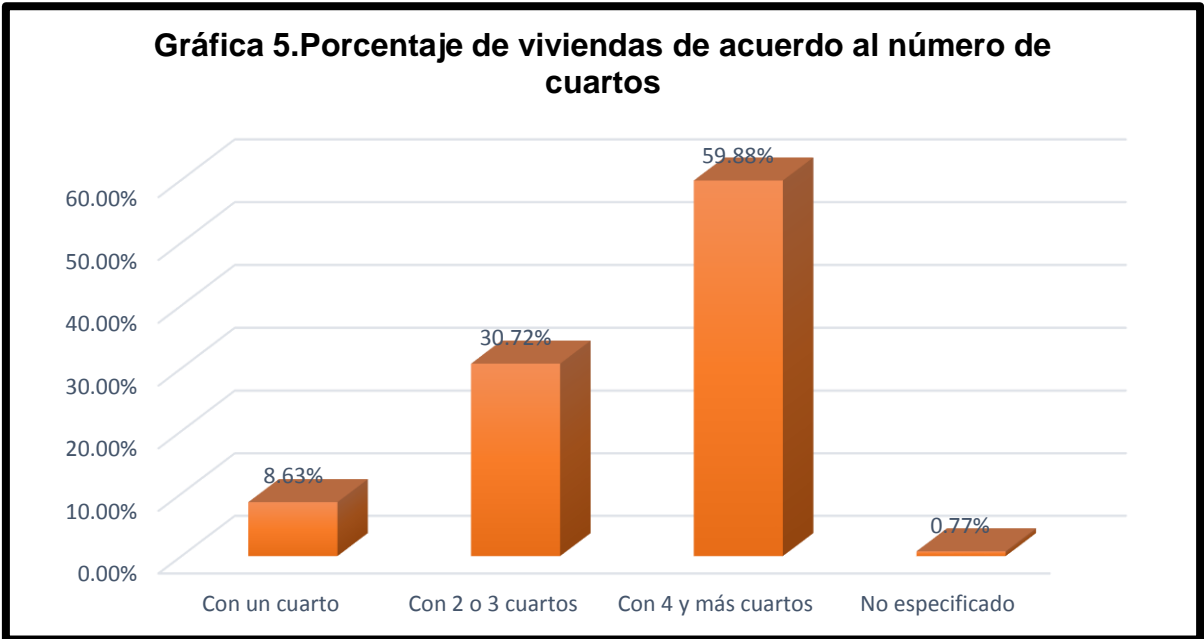
El sistema de transporte que da servicio a la delegación se compone de 8 rutas de microbuses, 9 rutas de Red de Transporte de Pasajeros (RTP); que transitan de oriente a poniente principalmente en Prolongación División del Norte y su continuación hasta Tulyehualco, avenida Guadalupe, I. Ramírez y avenida 16 de Septiembre. La delegación cuenta con cinco estaciones del Tren Ligero, el cual corre a lo largo de la avenida 20 de Noviembre llegando al centro de la delegación. Existen también rutas de microbuses con los destinos Huipulco, Hospitales, San Lázaro, Izazaga y Central de Abastos.⁷

D) Vivienda

El número de hogares en la Alcaldía es de 107,224; de los cuales el 58.76% tiene piso de cemento en sus viviendas, el 1.61% tiene piso de tierra, mientras que el 38.61% el material del piso es de mosaico o de madera y lo que corresponde al 1.02% no está especificado. El 8.63% de las viviendas sólo tiene un cuarto en el que desarrollan sus actividades diarias, en contraste, el 59.88% de las viviendas posee cuatro a seis cuartos. El promedio de ocupantes por vivienda es de 4 personas. ^{1,2}



Fuente: INEGI 2015. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas



Fuente: INEGI 2015. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas

E) Servicios educativos

La Delegación Xochimilco cuenta con 137 escuelas preescolares (4% del total de la entidad), 135 primarias (4% del total) y 52 secundarias (3.7%). Además, la delegación contaba con 17 bachilleratos (3%), cuatro escuelas de profesional técnico (4.2%) y 15 escuelas de formación para el trabajo (2.9%), además de la Escuela Nacional Preparatoria, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y la Escuela Nacional de Artes Plásticas de la UNAM.⁶

F) Servicios de salud

Respecto a los servicios de salud, el ISSSTE tiene instaladas dos unidades médicas, y 12 el Sector Salud, más el Hospital Materno Infantil, que cumple funciones de hospital regional con especialidad en atención de niños quemados.⁴

G) Morbilidad

Las principales causas de morbilidad en la delegación Xochimilco representan el 76.7% de las enfermedades. 4

Tabla 5. Morbilidad en la delegación Xochimilco

Causas	Total
Infecciones respiratorias agudas	447
Infecciones del tracto urinario	133
Infecciones intestinales	410
Gingivitis y enfermedades periodontales	909
Úlcera, gastritis y duodenitis	110
Conjuntivitis	574
Otitis media aguda	552
Obesidad	490
Hipertensión	234
Diabetes mellitus tipo II	437

Fuente: INEGI 2015. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas

H) Mortalidad

Las 10 principales causas de mortalidad general en la delegación Xochimilco son: diabetes mellitus, enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del hígado, accidentes, influenza y neumonía, afecciones en el período perinatal, enfermedades pulmonares, y malformaciones.4

Tabla 4. Mortalidad en la Delegación Xochimilco

Causa	Defunciones
1.- Diabetes Mellitus	354
2.- Enfermedades del corazón	319
3.- Tumores malignos	248
4.- Enfermedades cerebrovasculares	122

5.- Enfermedades del hígado	96
6.- Accidentes	89
7.- Influenza y Neumonía	75
8.-Afecciones originadas en el periodo perinatal	49
9.- Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	37
10.-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	33

Fuente: INEGI 2015. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas

1.2 Análisis del diagnóstico de salud

Xochimilco es una alcaldía que cuenta con 415,993 habitantes en donde su mayoría son mujeres, el nivel de calidad de vida a grandes rasgos es aceptable ya que la mayoría de la población dispone de los servicios públicos como es el agua, drenaje, electricidad y transporte, cabe señalar que su nivel escolar más alto de esta población es el nivel básico esto puede provocar controversias no solo en el área académica sino en otros ámbitos sociales como es la salud.

De la población derechohabiente solo el 23.22% cuenta con servicio de salud. Dentro de este porcentaje se encuentran los habitantes que carecen de la capacidad adquisitiva no solo en la atención médica sino también de la atención odontológica presentando por ende en el rubro de morbilidad a la gingivitis y enfermedades periodontales como una de las enfermedades más frecuentes y de la misma manera la condición socioeconómica de los habitantes es considerada como determinante social de la salud, siendo el caso de la alcaldía de Xochimilco donde la mayoría de la población adquiere al día ciento treinta y seis pesos con cincuenta y seis centavos, lo que es un sueldo insuficiente para los cuatro miembros de familia en cada una de las viviendas. Este hecho se refleja de manera importante en el deterioro del nivel de salud bucal ya que no les alcanzaría para acudir a un consultorio privado donde los precios son elevados.

Por otra parte, cabe destacar que la alcaldía presenta mayor número de muertes a consecuencia de la diabetes mellitus tipo II, esto quiere decir que existe un problema en los malos hábitos de la población en especial a lo que corresponde a la nutrición por lo que se deben mejorar los programas de salud en la prevención de la obesidad.

Conclusiones

Para contrarrestar la problemática que generan las dimensiones de salud en la alcaldía Xochimilco es necesario implementar programas de salud tanto en la promoción como en la prevención de enfermedades lo cual es necesario para formar una cultura de salud desde la infancia, a fin de impactar positivamente en su calidad de vida. Aunque es difícil de imaginar, que los problemas bucales aumentan el riesgo de complicaciones en padecimientos como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus la cual es una de las principales causas de muerte en esta alcaldía de Xochimilco.

Se sabe que la periodicidad con la que se demanda la atención odontológica, por lo general está asociada con el poco valor que le dan los sujetos a la salud bucal, siendo una de las principales razones la cuestión educativa y económica en esta alcaldía, pues las personas no invierten en prevención. De acuerdo a esto, es posible comprender que en muchas ocasiones los pobladores demandan la atención odontológica sólo por razones de dolor o molestia, y limitan su acción única y exclusivamente a la eliminación de la odontalgia, discriminando la opción que se les brinda para prevenir o anticipar daños mayores, que puedan ocasionar otras alteraciones.

Además de promover mejores hábitos alimenticios y nutrimentales ya que la población presenta graves problemas de obesidad y diabetes. Cabe mencionar tomarle importancia a la higiene personal, así como tener cuidado en la trata de agua porque los habitantes presentan un porcentaje significativo de conjuntivitis.

2.- SERVICIO ESTOMATOLÓGICO

La Licenciatura de Estomatología de la UAM – Xochimilco cuenta con cuatro clínicas estomatológicas conocidas como Laboratorios de Diseño y Comprobación (LDC), los cuales dependen directamente de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS).

Los Laboratorios de Diseño y Comprobación son un modelo de servicio estomatológico, donde se integra la docencia, la investigación y el servicio de salud con el fin de desarrollar un modelo propio, basado en las características sociales, económicas y culturales así como en las necesidades de salud en la población a la que atiende, con independencia de donde provengan o si cuentan con algún tipo de seguridad social y sobre todo a bajo costo.

En los LDC los alumnos de los diferentes módulos desde 4° hasta 12° trimestre de la Carrera de Estomatología tienen la oportunidad de llevar a cabo actividades con pacientes de la comunidad y con todos aquellos que lo soliciten, tanto de niños como adultos, realizando desde actividades preventivas hasta quirúrgicas, con el fin de reforzar las actividades clínicas que complementan los conocimientos teóricos recibidos en el aula. Contando con especialistas altamente competentes para la supervisión de los alumnos. Los días que se brindan atención integral al adulto, son: lunes, miércoles, viernes y atención integral al niño los martes y jueves.

El fin de este servicio es abordar las necesidades odontológicas de forma integral, abarcando varios ámbitos dentales. Esta colaboración beneficia a toda la alcaldía desde niños, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Dentro de los objetivos fundamentales de las Clínicas es: formar a los estudiantes de la Licenciatura en Estomatología en la práctica clínica, el trabajo comunitario y brindar atención odontológica integral y de calidad a la población que demanda el servicio, especialmente la que habita en la zona de influencia de la Clínica.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-CONEVAL (2016). Medición municipal de la pobreza 2010. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Consultado en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Informacion-porMunicipio.aspx>.
- 2.-INAFED (2016). Enciclopedia de los municipios y las delegaciones de México. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal.
- 3.- SENER. Balance Nacional de Energía, 2015. México, DF, 2016.
- 4.-INEGI (2015). Encuesta Intercensal 2015. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/default.aspx>.
- 5.-INEGI (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>.
- 6.-SEP. Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos, Principales Cifras 2015-2016. México, DF, 2017.
- 7.-SCT. Anuario estadístico del Sector Comunicaciones y Transportes 2015. México, DF, 2016.

CAPITULO IV: INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO

➤ Revisión y asignación de pacientes

Mi función como pasante consistió en la asignación de pacientes de nuevo ingreso en función de las necesidades de los alumnos inscritos de cada trimestre. De manera presuntiva establecí las necesidades de tratamiento a través de una pequeña anamnesis y una exploración visual simplificada de la cavidad bucal de los pacientes de nuevo ingreso, en función de esto; y contando con el apoyo del Jefe de servicio el paciente fue asignado a una de las unidades para recibir atención integral dentro de la clínica estomatológica, o si existía la necesidad de remitirlo a una institución especializada.

Procedimos a su asignación con alguno de los estudiantes de estomatología tomando en consideración el trimestre que cursaba cada alumno ya que es un indicador sobre los conocimientos, habilidades y destrezas de las cuales posee el alumno, las cuales son necesarias para cubrir las necesidades de tratamiento de cada paciente.

➤ Atención Integral a los pacientes

Al completar el número de pacientes en cada grupo de trabajo se procedía a la asignación a los pasantes. Ofreciéndoles así un tratamiento global y personalizado, en el cual se toman en cuenta todos los factores que pueden intervenir en su problema.

➤ Elaboración de roles de trabajo

Una vez conformado los equipos de trabajo se continua con la elaboración de los roles internos de trabajo en los cuales se les asigna tareas administrativas y de emergencia a los alumnos de la clínica de San Lorenzo Atemoaya en donde a los alumnos no solo se forman únicamente para un abordaje clínico, sino deben participar en actividades antes mencionadas las cuales contribuyen a su formación.

Estos roles son elaborados considerando el calendario escolar de cada trimestre. De la misma forma los pasantes nos encargamos de la realización del calendario de trabajo de docentes para la supervisión de actividades clínicas, en determinadas unidades, además de elaborar nuestro propio rol de trabajo que incluye los días en los que podemos atender a nuestros pacientes asignados y los días en los que debemos apoyar en labores administrativas.

➤ **Control de infecciones**

En este apoyo el pasante auxilia al técnico académico en supervisar que los alumnos cuenten con las medidas de higiene y seguridad en su área de trabajo, además de que se encuentren trabajando con los accesorios, materiales e instrumental y medidas de barrera necesarias para prevención de contaminación cruzada.

Para efecto se supervisaba diariamente que los alumnos:

1.- Portaran dentro del área clínica el uniforme completo pantalón, camisa o playera blanca, bata reglamentaria, zapatos blancos clínicos, además de gorros de amarre, cubre bocas, guantes, sobrebata de color dependiendo el día y sobreguantes cuando solicitan material en roseta.

2.- En cuanto a las medidas de protección de las unidades dentales se revisaba: que contaran con forro total, bolsa de desechos biológicos, que las conexiones de las piezas de baja y alta velocidad fueran protegidas con plástico, incluyendo las conexiones de los eyectores. Y que todas las superficies con la que el estudiante pudiera tener contacto durante su labor fueran protegidas con plástico.

➤ **Manejo de medicamentos, instrumental y material dental**

La labor como pasante es suministrar, dosificar los materiales y medicamentos dentales que los alumnos requieran durante su práctica diaria.

Así mismo de reportar la escasez o falta de cualquiera de los medicamentos y materiales dentales necesarios.

El préstamo de instrumental se hacía por medio del empeño de una credencial vigente del alumno solicitante, la cual se entregará una vez que el alumno regrese el instrumental limpio y empaquetado para su posterior esterilización.

➤ **Apoyo administrativo**

Esta actividad solo se realiza en caso de la ausencia de la administradora que es la encargada de elaborar recibos y de recibir pagos, o de la secretaria quien es la encargada de llevar el control de los pacientes tanto como los de nuevo ingreso y las fichas de emergencias mediante un formato, otra de las actividades que desempeña es entregar y recibir los expedientes al inicio y termino de labores, realiza los justificantes en caso que sean solicitados por los pacientes.

INFORME NÚMÉRICO

CUADRO DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROGRAMAS

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL (PAI)

MES	NIÑO	%NIÑO	ADULTO	%ADULTO	TOTAL	%TOTAL
AGOSTO	0	0%	0	0%	0	0%
SEPTIEMBRE	3	60%	2	40%	5	100%
OCTUBRE	3	42.85%	4	57.14%	7	100%
NOVIEMBRE	1	25%	3	75%	4	100%
DICIEMBRE	3	50%	3	50%	6	100%
ENERO	2	33.33%	4	66.66%	6	100%
FEBRERO	0	0%	0	0%	0	0%
MARZO	0	0%	0	0%	0	0%
ABRIL	0	0%	0	0%	0	0%
MAYO	1	33.33%	2	66.66%	3	100%
JUNIO	2	50%	2	50%	4	100%
JULIO	4	50%	4	50%	8	100%
TOTAL	18	341.66%	23	458.32%	41	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO ATEMOAYA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2018

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Urgencias	2	2.5%
Subtotal	2	2.5%
CURATIVAS		
• Amalgamas	1	1.25%
• Resinas	1	1.25%
Subtotal	2	2.5%
ADMINISTRATIVAS		
• Asignación de pacientes	60	75%
• Control y manejo de material	9	11.25%
• Registro y manejo de expedientes	7	8.75%
TOTAL	80	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO ATEMOAYA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2018

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	3	5.45%
• Actualización de plan de tratamiento	2	3.53%
• Radiografías	7	12.72%
• Urgencias	1	1.81%
Subtotal	13	23.63%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	3	5.45%
• Técnica de cepillado	3	5.45%
• Aplicación de flúor	3	5.45%
• Hilo dental	3	9.09%
• Selladores	5	3.63%
• Odontoxesis	2	9.09%
• Profilaxis	5	43.63%
Subtotal	24	
INTERMEDIAS		
• Farmacoterapia	2	7.27%
• Exodoncias	1	1.81%
• Ionómero de vidrio	2	3.63%
Subtotal	5	9.09%
CURATIVAS		
• Resinas	4	7.27%
Subtotal	4	7.27%
ADMINISTRATIVAS		
• Control y manejo de material	4	7.27%
• Manejo de expedientes	5	9.09%
Subtotal	9	16.36%
TOTAL	55	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO ATEMOAYA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2018

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Actualización	7	6.60%
• Radiografías	8	7.54%
• Modelo de estudio	2	1.88%
Subtotal	17	16.03%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	9	8.04%
• Técnica de cepillado	7	6.60%
• Aplicación de flúor	3	2.83%
• Hilo dental	5	4.71%
• Selladores	9	8.49%
• Odontoxesis	1	0.94%
• Profilaxis	7	6.60%
Subtotal	41	38.67%
INTERMEDIAS		
• Anestesia	15	14.1%
• Preparación para poste	1	0.94%
• Dique de hule	9	8.04%
• Preparación para corona	1	0.94%
• Obturación provisional	2	1.88%
Subtotal	28	26.41%
CURATIVAS		
• No. De conductos obturados	3	2.08%
• Exodoncias	3	0.94%
• Resinas	7	4.71%
Subtotal	13	12.26%
REHABILITACIÓN		
• Colocación de endoposte	1	0.94%
• Coronas de acero	2	1.88%
• Incrustación	1	0.94%
• Guarda oclusal	1	0.94%
• Subtotal	5	4.71%
TOTAL	106	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO ATEMOAYA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE 2018

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Radiografías	9	2.5%
• Modelo de estudio	1	1.38%
Subtotal	10	13.88%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	6	8.33%
• Técnica de cepillado	4	5.55%
• Hilo dental	4	5.55%
• Selladores	2	2.77%
• Odontoxesis	5	6.94%
• Profilaxis	6	8.33%
Subtotal	27	37.5%
INTERMEDIAS		
• Anestesia	15	20.83%
• Preparación para poste	1	1.38%
• Dique de hule	10	13.88%
• Preparación para corona	1	1.38%
Subtotal	27	37.5%
CURATIVAS		
• Exodoncias	1	1.38%
• Resinas	5	6.94%
Subtotal	6	8.33%
REHABILITACIÓN		
• Colocación de endoposte	1	1.38%
• Incrustación	1	1.38%
Subtotal	2	2.59%
TOTAL	72	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO ATEMOAYA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2018

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Modelo de estudio	1	2%
Subtotal	1	2%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	4	8%
• Técnica de cepillado	5	10%
• Hilo dental	5	10%
• Selladores	5	10%
Subtotal	19	38%
INTERMEDIAS		
• Anestesia	10	20%
• Dique de hule	10	20%
• Preparación para corona	1	2%
Subtotal	21	42%
CURATIVAS		
• Resinas	7	14%
Subtotal	7	14%
REHABILITACIÓN		
• Incrustación	2	4%
• Cirugía	2	4%
Subtotal	4	8%
TOTAL	52	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO ATEMOAYA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Actualizaciones	6	11.32%
• Urgencias	1	1.88%
• Radiografías	8	15.09%
• Modelo de estudio	1	1.88%
Subtotal	16	30.18%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	7	13.20%
• Técnica de cepillado	5	9.43%
• Hilo dental	4	7.54%
• Selladores	3	5.66%
• Odontoxesis	1	1.88%
• Profilaxis	6	11.32%
Subtotal	26	49.05%
INTERMEDIAS		
• Anestesia	2	3.77%
• Preparación para corona	2	3.77%
Subtotal	4	7.01%
CURATIVAS		
• Exodoncias	1	1.88%
• Resinas	5	9.43%
Subtotal	6	11.32%
REHABILITACIÓN		
• Incrustación	1	1.88%
Subtotal	1	1.88%
TOTAL	53	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO ATEMOAYA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	2	2.73%
• Actualización de plan de tratamiento	1	1.36%
• Urgencias	1	1.36%
• Radiografías	9	12.32%
• Modelo de estudio	2	2.73%
Subtotal	15	20.54%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	5	4.10%
• Técnica de cepillado	3	12.32%
• Hilo dental	4	5.47%
• Selladores	4	5.47%
• Odontoxesis	1	1.36%
• Profilaxis	6	8.21%
Subtotal	22	30.1%
INTERMEDIAS		
• Anestesia	10	13.69%
• Dique de hule	8	10.95%
• Preparación para corona	1	1.36%
Subtotal	19	26.02%
CURATIVAS		
• Exodoncias	1	1.36%
• Resinas	6	8.21%
• No. de conductos	1	1.36%
Subtotal	8	10.95%
REHABILITACIÓN		
• Incrustación	1	1.36%
Subtotal	1	1.36%
	2	2.73%
ADMINISTRATIVAS		
• Control y manejo de material	5	6.84%
• Registro y manejo de expedientes	4	5.47%
Subtotal	9	12.32%
Total	73	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO ATEMOAYA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Urgencias	1	1.09%
• Radiografías	9	9.89%
• Modelo de estudio	1	1.09%
Subtotal	11	12.08%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	6	6.59%
• Técnica de cepillado	4	4.39%
• Hilo dental	4	4.39%
• Selladores	2	2.19%
• Odontoxesis	6	6.31%
• Profilaxis	5	5.49%
Subtotal	27	29.67%
INTERMEDIAS		
• Anestesia	16	17.58%
• Preparación para poste	1	1.09%
• Dique de hule	10	10.98%
• Preparación para corona	1	1.09%
Subtotal	28	30.76%
CURATIVAS		
• Exodoncias	1	1.09%
• Resinas	8	8.79%
• No. de conductos	1	1.09%
Subtotal	10	10.98%
REHABILITACIÓN		
• Cirugías	2	2.19%
• Alta preventiva	1	1.09%
• Alta operatoria	1	1.09%
• Alta integral	1	1.09%
Subtotal	5	5.49%
ADMINISTRATIVAS		
• Control y manejo de material	8	8.79%
• Registro y manejo de expedientes	2	2.19%
Subtotal	10	10.98%
Total	91	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN SAN LORENZO ATEMOAYA

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 2019

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Radiografías	4	4.81%
• Modelo de estudio	1	1.20%
Subtotal	5	6.02%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	4	4.81%
• Técnica de cepillado	4	4.81%
• Hilo dental	4	4.81%
• Selladores	5	6.02%
• Odontoxesis	2	2.40%
• Profilaxis	4	4.81%
Subtotal	23	27.71%
INTERMEDIAS		
• Anestesia	10	12.04%
• Dique de hule	10	12.04%
• Preparación para corona	2	2.40%
• Coronas provisionales	2	2.40%
Subtotal	24	28.91%
CURATIVAS		
• No. De conductos obturados	3	3.61%
• Amalgamas	1	1.20%
• Exodoncias	1	1.20%
• Resinas	8	9.63%
Subtotal	13	15.66%
REHABILITACIÓN		
• Cirugías	1	1.20%
• Alta preventiva	2	2.40%
• Alta operatoria	2	2.40%
• Alta integral	2	2.40%
• Unidades protésicas removibles	2	2.40%
• Unidades protésicas fijas	2	2.40%
Subtotal	11	13.25%
ADMINISTRATIVAS		
• Control y manejo de material	5	6.02%
• Registro y manejo de expedientes	2	2.40%
Subtotal	7	8.43%
Total	83	100%

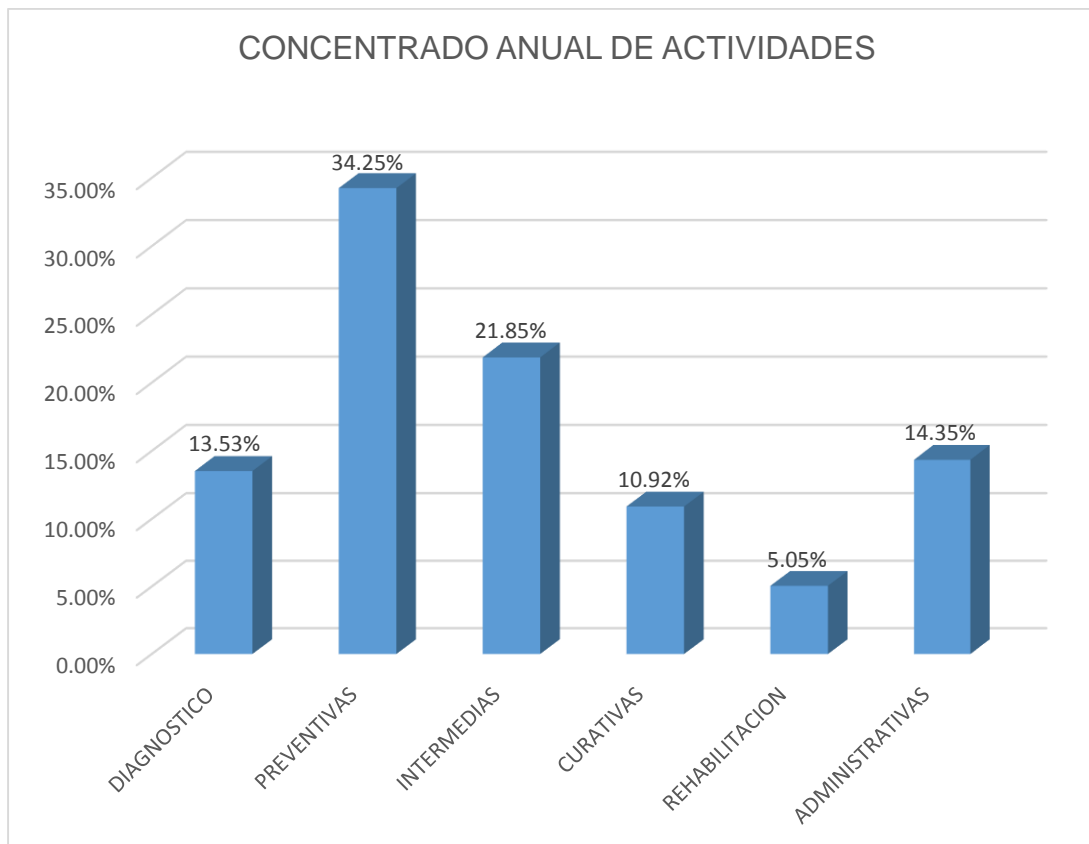
FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LDC SAN LORENZO ATEMOAYA.

CUADRO DE CONCENTRADO ANUAL

Actividades	No.	%
DIAGNÓSTICO		
• Historia clínica	5	1.81%
• Actualización de plan de tratamiento	16	2,61%
• Urgencias	6	0.97%
• Radiografías	47	7.66%
• Modelo de estudio	9	1.46%
Subtotal	83	13.53%
PREVENTIVAS		
• Control de placa dentobacteriana	44	7.17%
• Técnica de cepillado	34	5.54%
• Aplicación de flúor	6	0.97%
• Hilo dental	33	5.38%
• Selladores	35	5.70%
• Odontoxesis	19	3.09%
• Profilaxis	39	6.36%
Subtotal	210	34.25%
INTERMEDIAS		
• Anestesia	78	12.72%
• Preparación para poste	3	0.48%
• Dique de hule	38	6.199%
• Preparación para corona	9	1.46%
• Obturación provisional	2	0.32%
• Farmacoterapia	2	0.32%
• Ionómero de vidrio	2	0.32%
Subtotal	134	21.85%
CURATIVAS		
• No. De conductos obturados	5	0.81%
• Amalgamas	2	0.32%
• Exodoncias	8	1.30%
• Resinas	52	8.48%
Subtotal	67	10.92%
REHABILITACIÓN		
• Colocación de endoposte	3	0.48%
• Coronas de acero	2	0.32%
• Incrustación	6	0.97%
• Guarda oclusal	2	0.32%
• Cirugías	5	0.81%

<ul style="list-style-type: none"> • Alta preventiva • Alta operatoria • Alta integral • Unidades protésicas removibles • Unidades protésicas fijas 	3	0.48%
	3	0.48%
	3	0.48%
	2	0.32%
	2	0.32%
Subtotal	31	5.05%
ADMINISTRATIVAS		
<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de pacientes • Control y manejo de material • Registro y manejo de expedientes 	60	9.78%
	14	2.28%
	14	2.28%
Subtotal	88	14.35%
Total	613	100%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LDC SAN LORENZO ATEMOAYA.

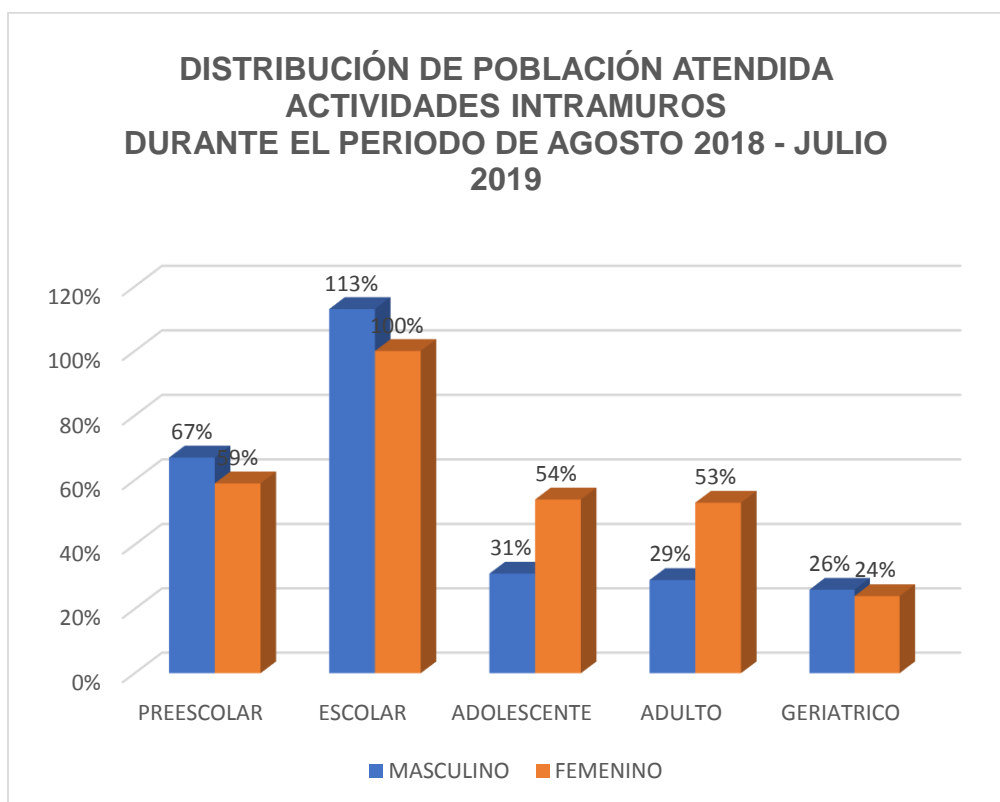


FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DEL LDC SAN LORENZO ATEMOAYA

CUADRO DE POBLACIÓN ATENDIDA

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA ACTIVIDADES INTRAMUROS DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO 2018 - JULIO 2019						
NOMBRE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Preescolar	67	13.01	59	10.60	126	22.66
Escolar	113	21.94	100	17.98	213	38.30
Adolescente	31	6.02	54	9.71	85	15.28
Adulto	29	5.63	53	9.53	82	14.74
Geriátrico	26	5.04	24	4.31	50	8.99
Total	266	47.84	290	52.15	556	100

FUENTE: REPORTES TRIMESTRES 18-O Y 19-1 DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL L.D.C. SAN LORENZO
ATEMOAYA ,TURNO MATUTINO.



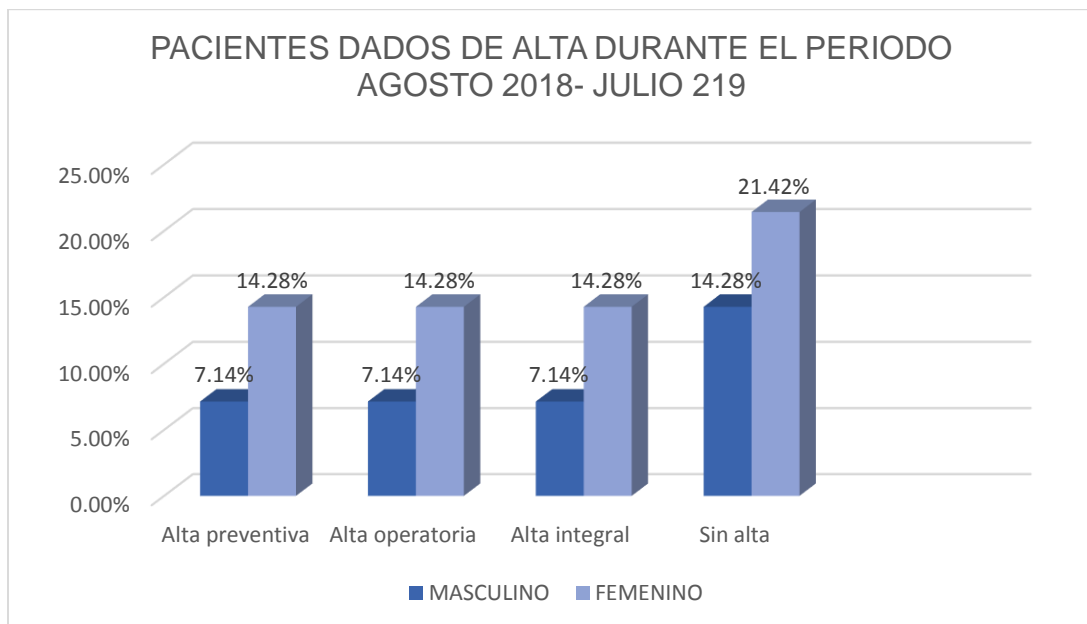
FUENTE: REPORTES TRIMESTRES 18-O Y 19-1 DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL L.D.C. SAN LORENZO
ATEMOAYA, TURNO MATUTINO.

PACIENTES DADOS DE ALTA

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DADOS DE ALTA						
DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2018 - JULIO 2019						
Nombre	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
	Intra	Intra	Intra	Intra	Intra	Intra
Alta preventiva	1	7.14%	2	14.28%	3	21.42%
Alta operatoria	1	7.14%	2	14.28%	3	21.42%
Alta integral	1	7.14%	2	14.28%	3	21.42%
Sin alta	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%
Total	5	35.71%	9	64.28%	14	100%

FUENTE: REPORTES TRIMESTRES 18-O Y 19-1 DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL L.D.C. SAN LORENZO

ATEMOAYA, TURNO MATUTINO.



FUENTE: REPORTES TRIMESTRES 18-O Y 19-1 DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL L.D.C. SAN LORENZO

ATEMOAYA, TURNO MATUTINO.

CÁPITULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACION

En mi estancia dentro del servicio social realizado en la clínica de San Lorenzo Atemoaya cada inicio de trimestre era necesaria la valoración de cada paciente con una pequeña anamnesis para la posterior asignación en cada unidad, cuando se llenaba el número de pacientes autorizados en cada grupo, los pacientes eran asignados a cada uno de las tres pasantes.

Dependiendo el rol de actividades los pasantes atendíamos pacientes por lo regular tres días a la semana, los días restantes de la semana se hacía labor administrativa dentro de ellas la entrega de expedientes a los alumnos , realización de justificantes médicos, cobros por actividades, además se apoyaba en la dosificación de materiales y esterilizado del instrumental.

En cada paciente de nuevo ingreso se realizaba una historia clínica completa y detallada dentro cual se abarcaba desde los antecedentes heredofamiliares terminando con un consentimiento informado donde el paciente acepta estar consciente de los procedimientos que se llevarán a cabo, en otros casos cuando el paciente ya contaba con su expediente clínico, procedía a elaborar una actualización del expediente. Una de las primeras actividades que se hacen en cada uno de los pacientes tanto de nuevo ingreso como los de actualización es la prevención siendo una de las necesidades de mayor frecuencia y con mayor porcentaje de todas las actividades que se hicieron durante todos los trimestres en cada paciente dentro de ellas tenemos el control de placa dentobacteriana posteriormente se enseñaba o reforzaba la técnica de cepillado adecuada a la edad del paciente y la utilización del hilo dental. De igual manera, atendí a pacientes que solo asistían por alguna emergencia.

Dependiendo de las necesidades de cada uno de mis pacientes eran los tratamientos a realizar dentro de ellas las actividades intermedias las cuales fueron en su gran mayoría y con menor porcentaje actividades curativas y de rehabilitación. Dando de alta a un paciente adulto y a dos pacientes femeninas. De los pacientes

a los que se les proporcionaba atención odontológica integral predominaban las personas adultas y en menor número los niños

En los cuadros de actividades trimestrales no se incluyen de los meses de febrero, marzo y abril debido a que el Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (SITUAM) entró en huelga el día 1 de febrero, finalizando el 5 de mayo del presente año y reiniciando actividades el 6 de Mayo para así continuar con el trimestre que concluyó el día 26 de Julio.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

La vivencia de mi servicio en la clínica San Lorenzo fue de gran provecho ya que desde inicios de la carrera tanto como estudiante y dentro del servicio nos enfrentamos diariamente con dilemas que plantea la práctica clínica, de manera que esta formación de valores que se lleva a cabo en cada trimestre será lo que aportará un enfoque más humanitario para enfrentarlos.

Nos guían para desarrollarnos de forma integral, no únicamente de nuestras capacidades y habilidades sino también en los diferentes aspectos de personalidad. La formación integral implica la formación del proceso hacia el desarrollo pleno de todas nuestras potencialidades como ser humano.

Dentro del desempeño odontológico la población que se intervino fue variada con distintas problemáticas dentro de las más destacables la periodontitis, lesiones cariosas realizando principalmente como tratamiento resinas, problemas en la articulación temporomandibular y rehabilitación protésica.

Cabe destacar que se atendió a una paciente de cuatro años con trastorno psicomotriz la cual necesitaba una atención especial al resto de los demás pacientes, en un inicio el hecho de saber que no controlaba sus movimientos no sería fácil realizarle los diferentes procedimientos porque podría generar algún riesgo en la integridad de la infante. Esta paciente presentaba una deficiente higiene bucal, por lo que era necesario en cada una de sus citas reforzar la técnica de cepillado a su padre o tutor, dependiendo quien acudiera en compañía de ella, además de tener varias lesiones cariosas realizándole resinas.. Estos problemas son uno de las miles de problemáticas que se presentaron dentro de nuestra práctica privada.

CAPITULO VII: FOTOGRAFÍAS

LDC: SAN LORENZO ATEMOAYA 2018-2019

TURNO: MATUTINO

