

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

COMPROBACIÓN DE LA LEY DE LA CENTRALIDAD DE LA CÁMARA PULPAR EN
DIENTES PERMANENTES

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN DR. RAFAEL LOZANO OROZCO

TURNO VESPERTINO

CARLOS JEFRY PEREZ MORALES

2202035963

1 DE AGOSTO DEL 2024 AL 31 DE JULIO DEL 2025

AGOSTO 2025

ASESOR INTERNO: MTRO. JORGE MORALES GARCIA

COASESOR: C.D.E.O.P GABRIELA CASTAÑEDA PALACIOS



ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL
C.D.E.E.P JORGE MORALES GARCIA
JEFE DE SERVICIO DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN
TEPEPAN VESPERTINO



ASESOR INTERNO

C.D.E.O.P GABRIELA CASTAÑEDA PALACIOS



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

C.D.E.O.P KARLA IVETTE OLIVA OLVERA

Resumen del informe.

Fui pasante del servicio social en los proyectos universitarios de Universidad Autónoma Metropolitana en el Laboratorio de Diseño y Comprobación Dr. Rafael Lozano Orozco "Clínica Tepepan" Turno Verpertino, ubicada en la alcaldía Xochimilco, al sur de la Ciudad de México, en un horario de 15:00 a 20:00 de lunes a viernes.

Dentro de las actividades que realizaba, se encontraba, la atención integral de pacientes de la zona sur de la Ciudad de México, de los cuales, se atendían situaciones de urgencia; como odontalgias, procesos infecciosos, traumas leves, extracciones en dientes no restaurables, restauraciones provisionales, pericoronitis y abscesos periapicales.

En la rehabilitación oral en niños, realice obturaciones de cavidades causadas por caries, colocación de aparatos ortodónticos en niños, colocación de coronas metálicas y terapias pulpares; como la realización de pulpectomías y pulpotomías.

En cuanto a la rehabilitación de la cavidad oral en adultos se encontraban; los tratamientos de conductos, colocación de coronas, colocación de postes endodónticos, colocación de prótesis removibles bilaterales, evolución de pacientes con enfermedades periodontal y cirugías como, la extracción de terceros molares retenidos y restos radiculares, biopsia de tejidos blandos, y la regularización de procesos óseos.

En todos ellos se daba seguimiento de evolución y farmacoterapia supervisada en todo momento por los docentes de la clínica, con la fortuna de no tener que reportar ninguna complicación durante los tratamientos realizados durante este año de la pasantía.

Tuvimos la oportunidad de acudir a diferentes conferencias y congresos internos y externos a la clínica, así como tener la oportunidad de participar en concursos de carteles de la ADM, además de participar en diferentes actividades que reforzaron nuestra práctica clínica.

Durante mi estancia desarrollé un trabajo de investigación enfocado en la rama de la endodoncia, del cual el objetivo fue comprobar la teoría de la Ley de la Centralidad (propuesta en el año 2004 por Krasner y Rankow) , mediante un minucioso trabajo de análisis microscópico, donde se seccionaron cincuenta y seis dientes permanentes en un corte transversal a la altura de la UCE (Unión Cemento-Esmalte) para estudiar las dimensiones en milímetros que presenta la cámara pulpar hacia cada uno de los planos de los dientes, (mesial, distal, palatino/lingual y vestibular).

Estoy agradecido y feliz de haberme brindado la oportunidad de realizar mi servicio social en esta noble sede...

Palabras clave: centralidad, UCE, comprobación, cámara, acceso

ÍNDICE (Paginado)

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	6
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN.....	7
Introducción.....	7
Marco teórico.....	7
Objetivo	12
Materiales y métodos.....	13
Resultados.....	13
Discusión	17
Conclusiones	17
Anexos.....	18
Bibliografía	19
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DEL SERVICIO SOCIAL.....	20
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.....	27
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	35
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	36

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

Realicé mi servicio social en el Laboratorio de Diseño y Comprobación Dr. Rafael Lozano Orozco “Clínica Tepepan” Turno Vespertino, dicha clínica pertenece en la Universidad Autónoma Metropolitana de la Unidad Xochimilco, ofrece servicio de lunes a viernes en un horario de 8:00 a 14:00 y de 15:00 a 20:00 horas (horario al cual acudía).

Dicha clínica atiende a pacientes pediátricos y adultos de la comunidad aledaña a la misma, con la finalidad de cubrir las necesidades básicas de atención dental. Mi jefe de servicio fue el doctor Jorge Morales García, quién coordinaba y administraba las actividades que se realizaban en toda la clínica, además de supervisar los tratamientos que realizábamos los pasantes y alumnos, y la doctora Gabriela Castañeda Palacios quien nos apoyaba y supervisaba especialmente con pacientes pediátricos, así como los demás docentes de apoyo de todas las especialidades que acudían en diferentes días de la semana.

Durante mi estancia en la clínica, realice diversas actividades y tratamientos cómo; cubrir el área de urgencias, donde buscábamos solucionar la causa de dolor por el cual asistían los pacientes, por ejemplo; realizamos extracciones de terceros molares y restos radiculares, extracciones simples de dientes no restaurables, iniciamos terapia de conductos en pacientes que acudían por dolor intenso, indicamos farmacoterapia en aquellos que presentaban algún compromiso sistémico que impedía su atención en el sillón dental y colocamos obturaciones temporales en aquellos que se encontraban ya en tratamiento dental. Todos los tratamientos se realizaban con la finalidad de solo tratar la causa de dolor y referirlos a algún alumno para iniciar su rehabilitación completa.

También supervisaba y asistía a los alumnos de pregrado cuando me tocaba circular en el área de atención; ayudando a aislar, vigilando anestесias u otros procedimientos y apoyando en extracciones, además de cerciorarnos que todo pasara sin ninguna complicación en todas las unidades.

Atendí a pacientes que me fueron asignados cuando comencé la pasantía, con la finalidad de rehabilitarlos de forma integral, realizando todos los tratamientos que necesitaban para darlos de alta de la clínica.

A la par de estas actividades, realice un trabajo de investigación enfocando en el área de la endodoncia, el cual consistió en comprobar la Ley de la Centralidad, mediante el corte de dientes permanentes a la altura de la UCE, para ser observado bajo un microscopio y realizar medidas milimétricas hacia los planos del diente (mesial, distal, palatino/lingual y vestibular) que comprobarán o desmentirán dicha ley propuesta por Krasner y Rankow.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

1.- Introducción

La terapia endodóntica ha cobrado mucha importancia en los últimos años, pues ofrece tratamientos que ayudan a conservar un diente en lugar de extraerlo (como se acostumbraba hace mas de veinte años), al realizar el tratamiento nos guiamos a partir de la anatomía de la corona durante el acceso, sin embargo, el hecho de conocer la anatomía dental no lo es todo, ya que en muchas ocasiones los dientes candidatos a tratamientos endodónticos están destruidos, (situación que no se muestra en los libros de anatomía), es por ello que resulta complicado identificar de que manera hacer el acceso a la cámara pulpar. Sin embargo, Krasner y Rankow observaron diversas relaciones que sirven para identificar la ubicación de la cámara pulpar en dientes posteriores y presentaron la Ley de la Centralidad, que menciona que **“el piso de la cámara pulpar siempre está ubicado en el centro del diente al nivel de la UCE”**¹. Nosotros bajo un microscopio, y siguiendo el protocolo de análisis de estos autores corroboramos esta ley, además de incluir en este trabajo los dientes anteriores, fijando que los patrones antes observados siguen vigentes y pueden ser aplicable hoy en día durante el inicio de un tratamiento pulpar.

2.-Marco Teórico

El conocimiento preciso de la anatomía interna de los dientes constituye un pilar fundamental en el éxito de la terapia endodóntica. La complejidad anatómica de la cámara pulpar y de los conductos radiculares exige que el clínico comprenda no solo las variaciones morfológicas, sino también las constantes anatómicas que pueden guiar su acceso y tratamiento. En este contexto, Krasner y Rankow (2004) establecieron una serie de principios anatómicos basados en la observación sistemática de múltiples dientes extraídos, dando origen a las denominadas “Leyes de la Anatomía Pulpar”, entre las cuales destaca la Ley de Centralidad que menciona que “el piso de la cámara pulpar siempre está ubicado en el centro del diente al nivel de la UCE”

2.1. Anatomía dental interna y externa

Identificar características como son los cuernos pulpares; los conductos accesorios, laterales o de la furcación; los orificios de entrada de los conductos; los deltas y forámenes apicales, es esencial, pero no se debe olvidar que el perfil de la cavidad pulpar corresponde, en general, al contorno externo de la corona.²

No obstante, factores como el envejecimiento fisiológico, la patología, los traumatismos y la oclusión pueden modificar sus dimensiones debido a la producción de dentina reparativa irregular (secundaria, irritativa y terciaria).²

Sin embargo, una evaluación inicial de la anatomía pulpar previo a iniciar una terapia endodóntica se conseguirá con una meticulosa evaluación de dos o más radiografías periapicales, expuestas con distintas angulaciones.²

2.4.- Acceso a la cámara pulpar.

Fiarse completamente de la anatomía es peligroso, porque esta morfología puede cambiar cuando la corona ha sido destruida por la caries y reconstruida con varios materiales de restauración.³

Krasner y Rankow encontraron que la unión amelocementaria (UAC) era la referencia anatómica más importante para determinar la localización de las cámaras pulpares y los orificios de entrada de los conductos radiculares. Su estudio demostró la existencia de una anatomía específica y consistente del suelo de la cámara pulpar.¹

2.4.1 Consideraciones en el acceso a la cámara pulpar.

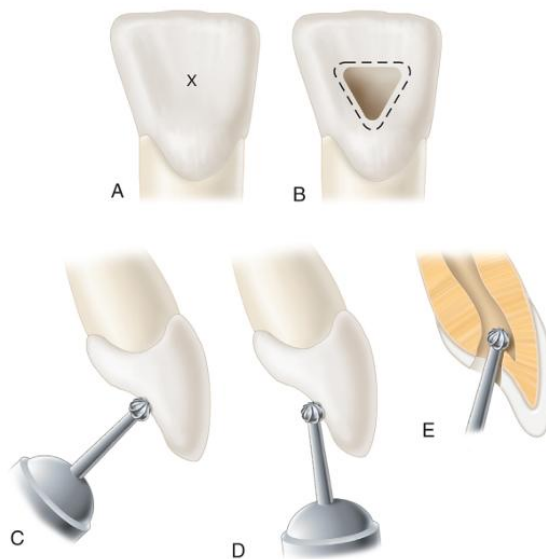
Según la literatura, las cavidades de acceso en los dientes anteriores normalmente se preparan a través de la superficie lingual/palatina, y las de los dientes posteriores se preparan a través de la superficie oclusal, pues se menciona que estos enfoques son los mejores para conseguir accesos rectilíneos y reducir los problemas estéticos y de restauración.³

Además, la eliminación de todas las restauraciones defectuosas y de la caries antes de entrar en el sistema de conductos radiculares resulta esencial por muchos motivos, entre ellos se menciona que con frecuencia se identifican caries escondidas o fracturas, lo que mejora la capacidad para determinar si el diente es restaurable o no antes de continuar con el tratamiento.⁴

También se menciona que se debe de considerar la preservación de la estructura dental sana al momento de realizar una preparación para evitar la fractura del diente, y se puede denominar de diversas maneras (técnica endodóntica guiada o micro guiada, cavidades mínimas, cavidades de celosía o acceso conservador de dentina dirigido al orificio³) dependiendo el proceso que se realice, no obstante todo concluye en que la pérdida de estructura dental en ciertos dientes podría dañar la porción cervical del mismo, haciéndolo más susceptible a la fractura.⁵

-Acceso en dientes anteriores.

Puede ocurrir, que en alguna situación se realice un tratamiento de conductos en un diente anterior intacto (cuya rehabilitación se deba a algún trauma), en este caso la perforación comienza en el centro de la superficie lingual o palatina de la corona atómica, es decir, se desarrollará un perfil de acceso “ideal” para cada uno de los dientes anteriores, donde, la fresa se dirige *perpendicularmente* a la superficie lingual a medida que se crea la apertura del contorno externo.³ (Ilustración 1)



*Ilustración 1 Guía de acceso en dientes anteriores.
Louis H. Berman, K. M. Cohen. Vías de la pulpa. 12º
Edición. España: Elsevier. 2022. pág. 205*

La penetración del diente continúa a lo largo del eje mayor de las raíces hasta que se entre en la cámara pulpar; con frecuencia, se nota un efecto de caída en la cámara cuando esto sucede.³

Medir la distancia desde el margen incisal al techo de la cámara pulpar en una radiografía inicial no distorsionada puede servir como guía para limitar la penetración y evitar una posible perforación³, los autores recomiendan utilizar un explorador DG-16 para sondear la profundidad del acceso, acompañado de la valoración constante de radiografías que se tomen durante cada paso. Una vez que se encuentra el techo de la cámara pulpar, se procede eliminar los restos de este colocando el extremo de una fresa redonda bajo la retención cortándolo con un movimiento de retirada de la fresa.³

Siguiendo estas indicaciones de manera correcta, se podrá iniciar con la preparación de los conductos, y seguir los pasos posteriores de la terapia pulpar.

-Acceso en dientes posteriores.

En dientes posteriores se complica el proceso, pues estos normalmente han sido muy restaurados o presentan caries muy extensas, sin embargo, permiten un perfil de acceso aceptable siguiendo las leyes que mencionan que la cámara pulpar se encuentra situada en el centro del diente a la altura de la UAC.³ (Ilustración 3/a)

En los premolares superiores, el punto de entrada que determine el perfil externo está en el surco central entre las puntas de las cúspides. Las coronas de los premolares inferiores están inclinadas lingualmente respecto a sus raíces; por tanto,

la zona de inicio debe ajustarse para compensar esta inclinación³, como se muestra en la Ilustración 2.

La forma del premolar es oval y es más ancho en dirección vestibulo-lingual, por lo tanto, dicho acceso seguirá esta forma proyectada.

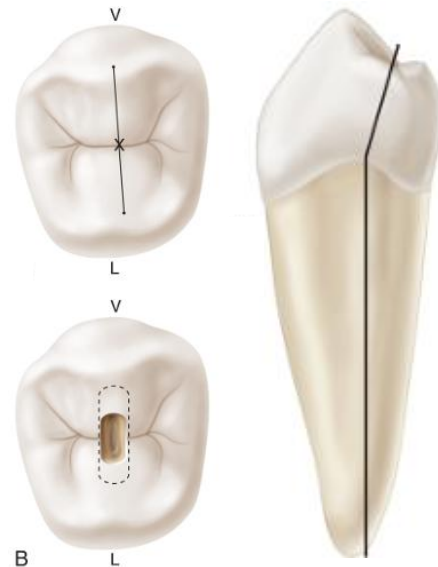
En el caso de los molares es importante determinar los límites mesiodistal y apicoronal de este acceso, El límite mesial tanto para los molares superiores como para los inferiores es la línea que conecta las puntas en las cúspides mesiales. En cuanto al límite distal en los molares superiores es la cresta oblicua, y en los inferiores el límite distal inicial es una línea que conecta los surcos vestibular y lingual, sin embargo, es recomendable que la zona de inicio sea el *surco central*, a mitad de la longitud entre el límite mesial y distal.³ Sin olvidar que, como en todos los demás dientes se generará; un efecto de “caída” al hacer contacto con la cámara pulpar. Los autores recomiendan un sondaje agresivo con un explorador DG-16 En cualquier momento durante la penetración, posteriormente se indicará eliminar los restos del techo con una fresa redonda con un movimiento de “retirada” de la fresa.³

La forma final del perfil de acceso en los molares es aproximadamente triangular (para 3 conductos) o romboidal (para cuatro conductos), Sin embargo, mientras no se hayan localizado las entradas de los conductos, el perfil inicial deberá continuar con forma oval.³

La entrada de los conductos juega un papel importante para determinar las extensiones finales del perfil del acceso, ya que, de acuerdo con la literatura se menciona que los orificios se encuentran en los ángulos de la preparación final.³ (Ilustración 3/b)

2.4.2-Patrones consistentes durante en acceso a la cámara pulpar

Krasner y Rankow estudiaron diversos patrones que relacionaban la cámara pulpar con la corona clínica, y a su vez; la cámara pulpar con la entrada de los conductos radiculares, obteniendo las siguientes observaciones:



*Ilustración 2 Guía de acceso en premolares.
Louis H. Berman, K. M. Cohen. Vías de la
pulpa. 12ª Edición. España: Elsevier. 2022.
pág. 207*

a) Relaciones de la cámara pulpar con la corona clínica.

I.-La cámara pulpar siempre estuvo en el centro del diente al nivel de la UCE. ¹

II.-Las paredes de la cámara pulpar siempre fueron concéntricas a la superficie externa de la corona a nivel de la UCE. ¹

III.-La distancia desde la superficie externa de la corona clínica hasta la pared de la cámara pulpar era la misma en toda la circunferencia del diente al nivel de la UCE. ¹

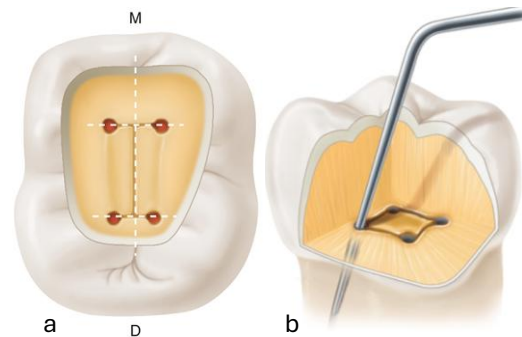


Ilustración 3. a- Acceso aceptable en dientes posteriores. b- Localización de la entrada de los conductos en la preparación final. Louis H. Berman, K. M. Cohen. Vías de la pulpa. 12ª Edición. España: Elsevier. 2022. pág. 209

b) Relaciones en el piso de la cámara pulpar.

I.-El piso de la cámara pulpar es siempre de un color más oscuro que las paredes dentinarias circundantes. ¹

II.-Esta diferencia de color crea una unión distinta donde se unen las paredes y el piso de la cámara pulpar. ¹

III.- La entrada de los conductos radiculares siempre están ubicados en la unión de las paredes y el piso de la cámara pulpar. ¹

IV.- La entrada de los conductos radiculares se encuentran en los ángulos de la unión entre el piso y la pared. ¹

V.-La entrada de los conductos se encuentran en el extremo de las líneas de fusión de las raíces del desarrollo, si están presentes. ¹

VI.-Las líneas de fusión (*rostrum canalium*) de las raíces son más oscuras que el piso de la cámara pulpar. ¹

VII.-La dentina reparadora o las calcificaciones son más claras que el piso de la cámara pulpar ¹

Estas observaciones fueron lo suficientemente consistentes para que estos autores pudieron formular las siguientes leyes endodónticas:

2.4.3.-Ley de la centralidad.

Menciona textualmente lo siguiente **“el piso de la cámara pulpar siempre está ubicado en el centro del diente al nivel de la UCE”**¹. El conocer y aplicar esta ley ayudará a prevenir perforaciones de la corona lateral, debido a que la cámara pulpar siempre estará ubicada centralmente al nivel de la UCE, de tal manera el operador

puede usar esta referencia como un objetivo circular independientemente de cuán anatómica no sea la corona clínica o la restauración. Incluso si la corona se siente en un ángulo obtuso con respecto a la raíz, la UCE aún puede ser un punto de referencia que hable para localizar la cámara pulpar.¹

2.4.4 Ley de la concentricidad.

Esta ley menciona los siguiente ***“las paredes de la cámara pulpar siempre están concéntricas a la superficie externa del diente al nivel de la UCE”***¹. Servirá de auxiliar para ampliar adecuadamente el acceso a la cámara pulpar, esto va a suceder cuando se observa un abultamiento de la UCE hacia mesial o vestibular, ya que visualmente o mediante sondaje sabrá que la cámara pulpar también se extenderá en esa dirección, por ejemplo, si el diente es estrecho mesiodistalmente el clínico sabrá que la cámara pulpa será estrecha mesiodistalmente.¹

OBJETIVO

-Comprobar la ley de la centralidad en dientes permanentes anteriores y posteriores siguiendo la metodología de análisis de Krasner y Rankow.

MATERIALES

- 56 dientes permanentes (4 centrales superiores y 4 inferiores, 4 laterales superiores y 4 inferiores, 4 caninos superiores y 4 inferiores, 4 primeros premolares superiores y 4 inferiores, 4 segundos premolares superiores y 4 inferiores, 4 primeros molares superiores y 4 inferiores, 4 segundos molares superiores y 4 inferiores)
- Microscopio ZEISS OPMI PICO S100 (microscopio quirúrgico de alta precisión utilizado en diferentes áreas médicas con fines de exploración)
- Reglilla endodóntica DENTSPLY SIRON (única regla utilizada para conservar márgenes de medición)
- Cera toda estación (utilizada como base para fijar los dientes durante el análisis)
- Disco de corte diamantado.
- Marcadores permanentes rojo y azul (marca Sabonis)

Los dientes presentaron una amplia variedad de coronas; coronas vírgenes, coronas con restauraciones grandes y pequeñas y coronas con lesiones cavitadas, además, fueron elegidos mediante criterios de inclusión y exclusión que se enlistan a continuación:

Criterios de inclusión

- Dientes permanentes
- Dientes naturales
- Dientes con restauraciones
- Dientes con más del 80% de la corona
- Dientes superiores e inferiores
- Sin tratamiento de conductos previo

Criterios de exclusión

- Dientes temporales
- Con ápice abierto (inmaduros)
- Con anomalías dentarias
- Con malformaciones
- Terceros molares
- Sin corona anatómica

MÉTODOS

El total de los dientes seleccionados fue dividido en dos grupos (Muestra 1 y Muestra 2) con la finalidad de estudiar dos dientes de cada tipo y encontrar algún tipo de variación entre ellos. Además, se les fueron seccionadas las coronas horizontalmente al nivel de la UCE con un disco de corte diamantado, posteriormente se pigmentó el suelo de la cámara pulpar con un marcador permanente de punta fina con la finalidad de diferenciar de manera clara el contorno de ésta en relación con la superficie total del diente. Cada muestra fue observada de forma independiente a través de un microscopio quirúrgico modelo “ZEISS OPMI PICO S100”, una vez enfocada la muestra se procedió a medir la distancia en milímetros del piso de la cámara pulpar a los extremos de la superficie, es decir a los siguientes planos del diente; mesial, distal, palatino/lingual y vestibular con una única regla endodóntica DENTSPLY SIRONA, cada muestra estudiada era marcada con un punto rojo o azul para no ser repetida. Finalmente, los datos recabados se registraron en una tabla, la cual incluía el número del diente, el número de muestra marcada en color rojo o azul y la distancia que se registró en cada caso. (Tabla 1). Con la ayuda de la prueba estadística chi-cuadrada fue posible determinar diferencias y relaciones entre las distintas categorías para generar una conclusión.

RESULTADOS

Se observó que en la mayoría de las muestras analizadas (35) la cámara pulpar estuvo exactamente al centro del diente, mientras que en el resto la diferencia fue menor a 1 mm. (Tabla 1 y 2)

Además, se observó que en los dientes anteriores hubo mayor discrepancia (>1 mm) que en los posteriores. (Tabla 1 y 2)

En casi todas las muestras se presentó una igualdad de distancia de mesial a distal, y de palatino/lingual a vestibular. (Ilustración 4)

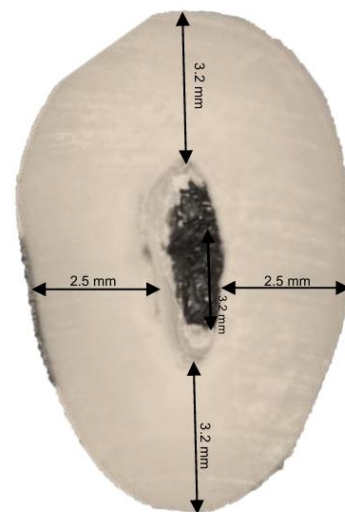


Ilustración 4 Muestra seccionada de un central superior que muestra la igualdad de la distancia de las paredes.

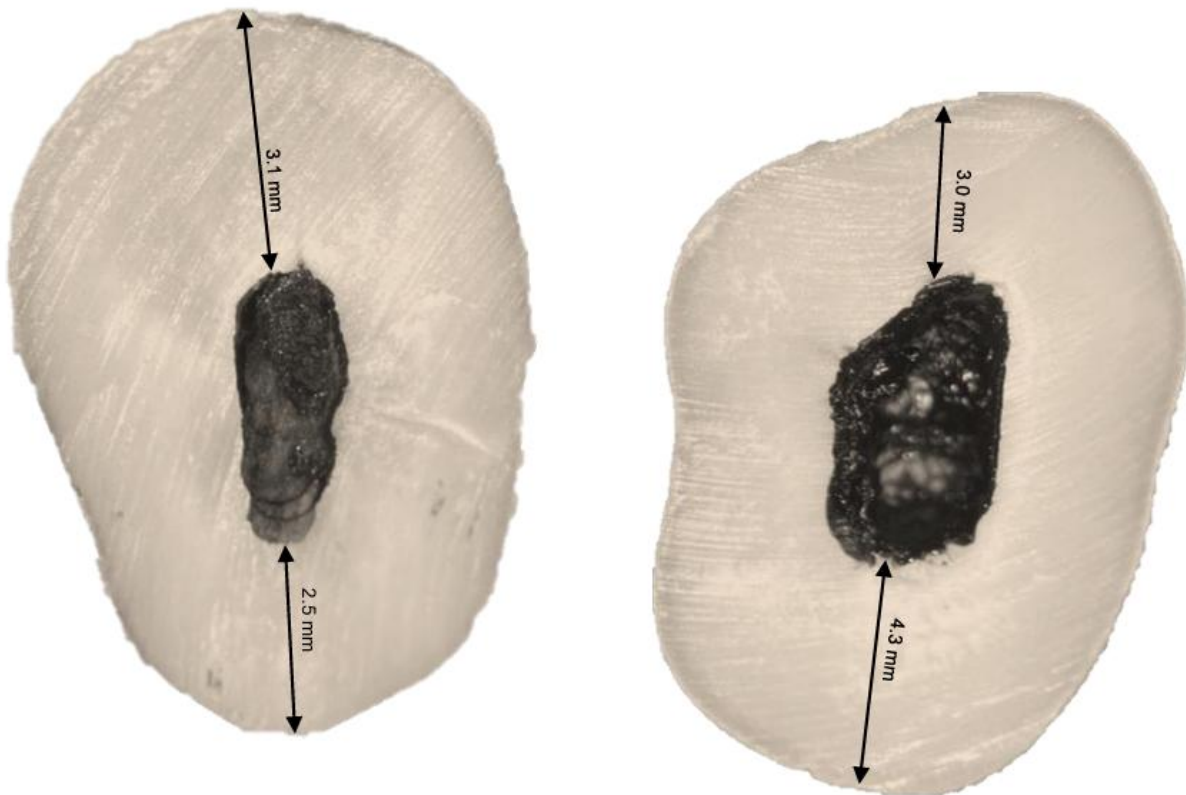


Ilustración 5 Muestra de un diente central inferior y un primer premolar inferior, seccionados a la altura de la UCE, ambos presentan una discrepancia de distancia hacia vestibular en relación con la distancia hacia lingual.

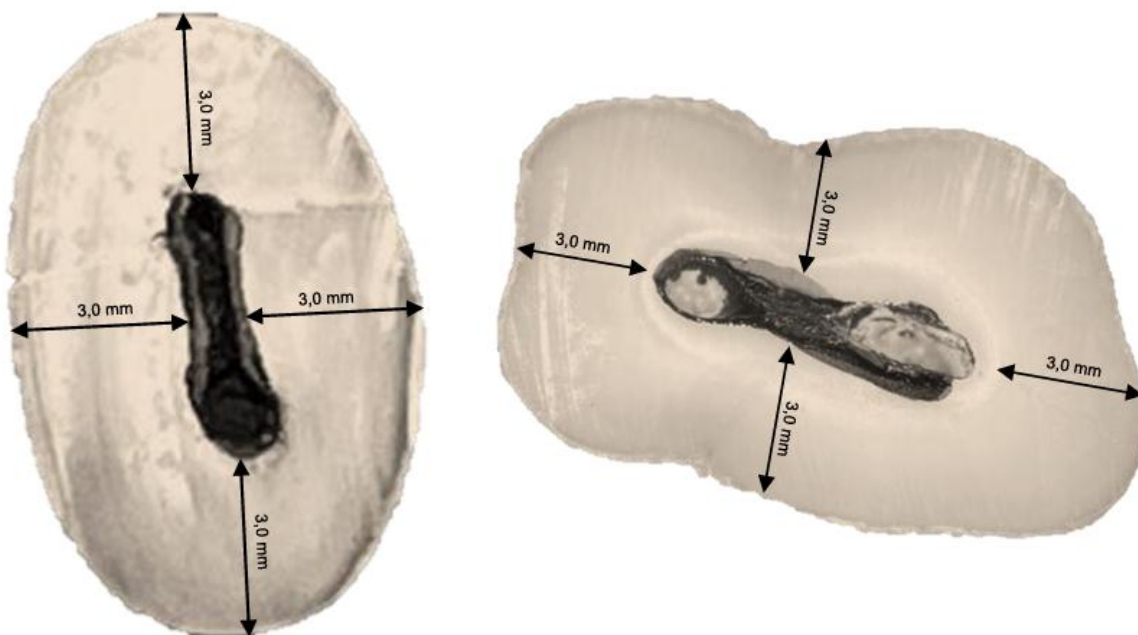


Ilustración 6 Muestra de un primer premolar inferior, y un segundo molar inferior seccionados a la altura de la UCE, ambos cumplieron de forma exacta en cuanto a igualdad de distancia hacia los extremos.

En los dientes que no cumplieron exactamente con la ley de la centralidad, se observó que presentaba una distancia mayor en la medida hacia vestibular que hacía palatino/lingual. (Ilustración 5)

También observamos que en los dientes inferiores se presentó la mayor congruencia en las medidas registradas a diferencia de los superiores. (Ilustración 6)

En un 62.5% de dientes anteriores se cumplió la ley de la centralidad, mientras que en posteriores tan solo fue del 65.6%. (Gráfico 1 y 2)

Se obtuvo un $p=0.81>0.05$, es decir, que no existe evidencia estadística significativa de que el cumplimiento de la ley de la centralidad dependa del tipo de diente.

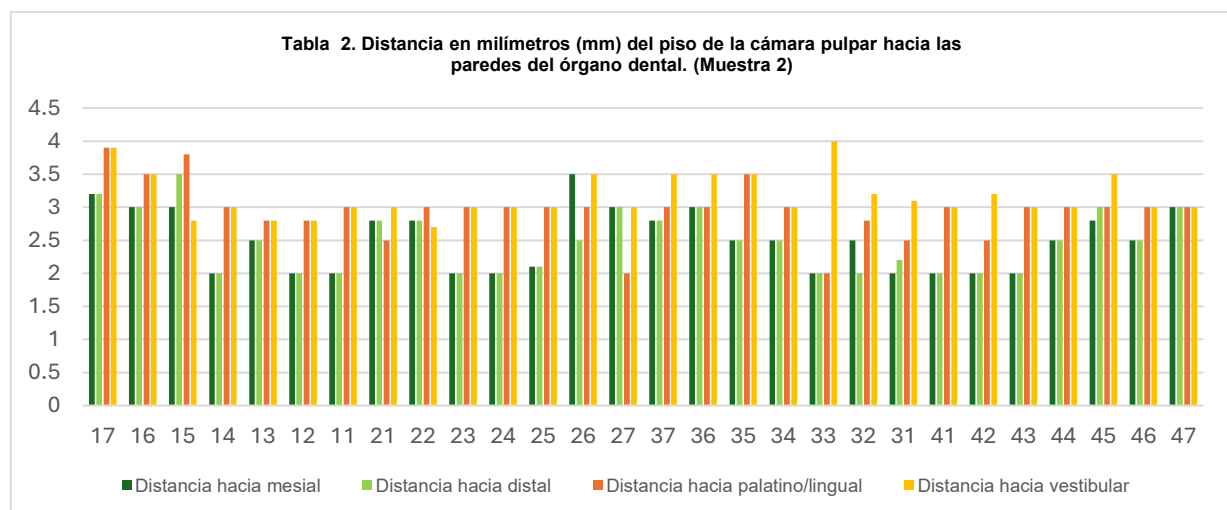
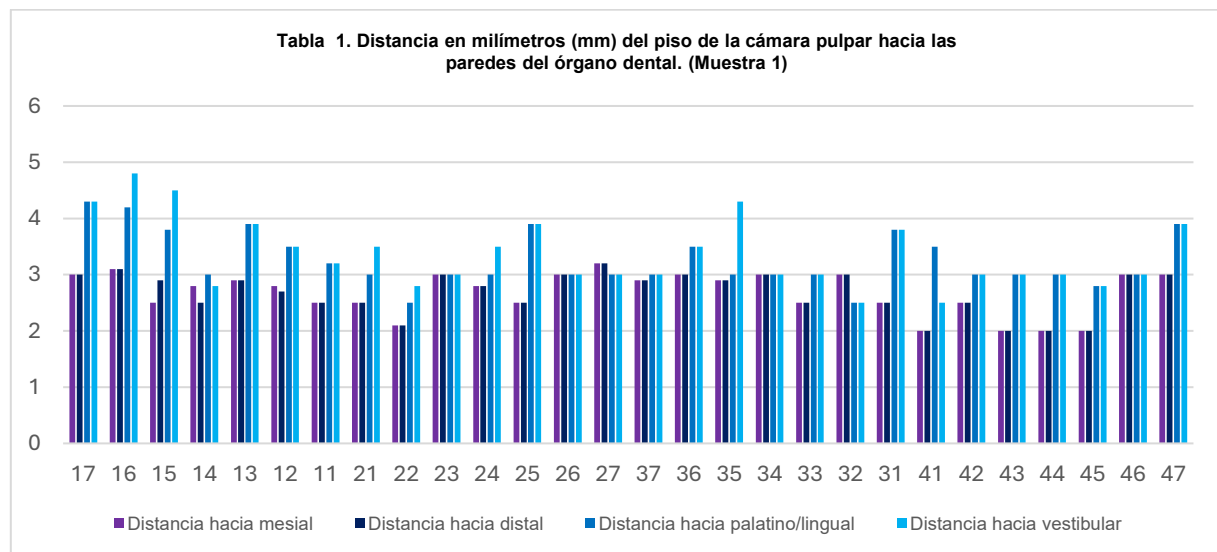


Gráfico 1.- Ley de la centralidad en dientes posteriores

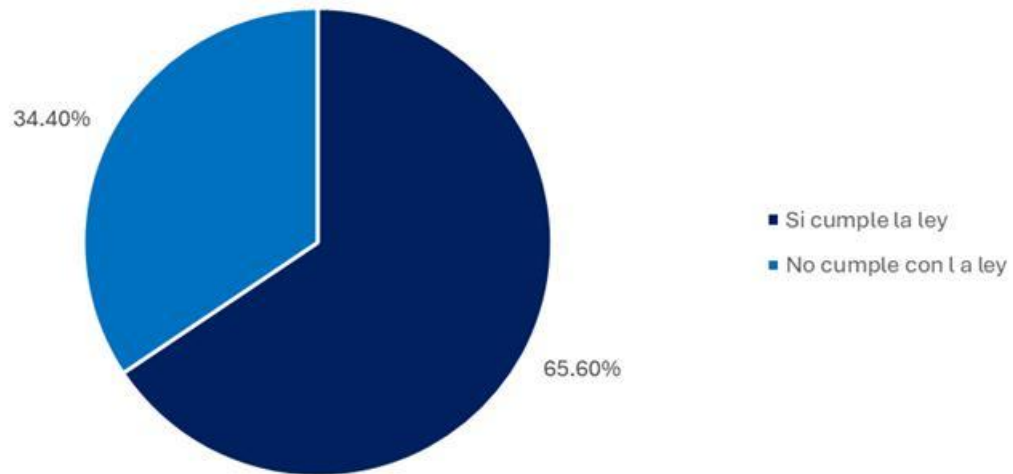
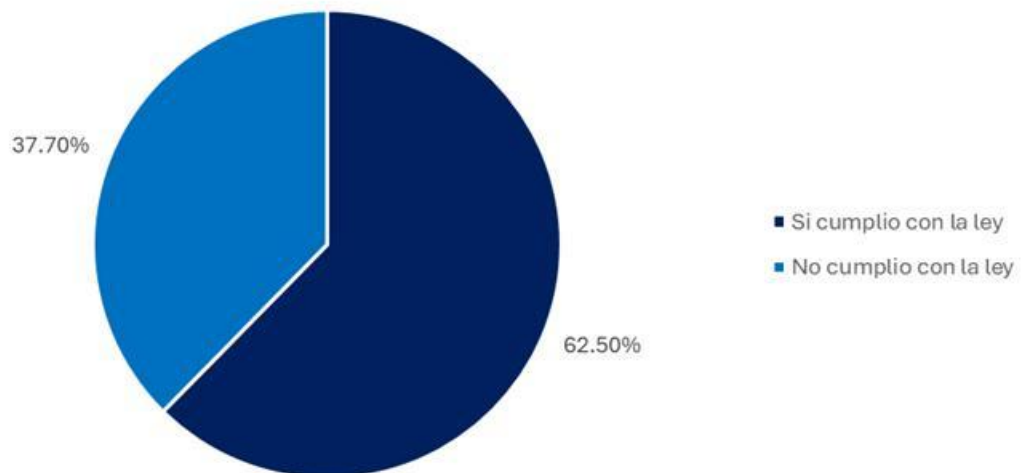


Gráfico 2.- Ley de la centralidad en dientes anteriores



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que el porcentaje de dientes que cumplen con la ley de la centralidad es similar entre los dientes anteriores (62.5%) y los dientes posteriores (65.6%). La prueba chi-cuadrada de independencia no evidenció una asociación significativa entre el tipo de diente y el cumplimiento de la ley ($\chi^2 = 0.058$; $p = 0.81$). Esto indica que, dentro de la muestra analizada, el cumplimiento de la ley de la centralidad no depende del tipo de diente. En otras palabras, tanto los dientes anteriores como los posteriores presentan patrones de cumplimiento comparables, por lo que no se observa una diferencia estadísticamente relevante entre ambos grupos. Los patrones observados por Krasner y Rankow se hicieron presentes en nuestro análisis con un milimétrico margen de diferencia, por lo que podemos afirmar que siguen vigentes aquellas leyes que fueron propuestas hace 21 años (fecha en la que fue publicado el artículo), además de mencionar que existen dientes donde se puede presentar una mayor desigualdad y otros donde la igualdad es consistente, por ejemplo; en los dientes anteriores se reflejó una mayor discrepancia en la medida hacia el extremo vestibular, cuestión que en los posteriores no se plasmó, y que nos hizo llamar nuestra atención, ya que esta puede ser una explicación de por qué en el artículo base en el cual nos basamos para realizar este estudio no se mencionan los dientes anteriores al describir la ley de la centralidad. Sin embargo, podemos fijar la postura que siempre la cámara pulpar se encontrara en aproximación al centro de la corona dental, situación que cambiará la perspectiva al iniciar una terapia pulpar, ya que modificara aquella visión errónea que se describe en los libros de anatomía donde, en repetidas ocasiones se presentan imágenes estilizadas de coronas ideales, situación que en la mayoría de los casos que acuden de emergencia a consulta dental no sucede.

CONCLUSIÓN

La ley de la centralidad ayudará al clínico como guía al iniciar una terapia pulpar, para evitar perforaciones, el debilitamiento de las paredes del diente y obvio, al fracaso del tratamiento. Además de tomar diversos puntos de referencia confiables para llegar a la cámara pulpar, como lo es la UCE (Unión Cemento- Esmalte) aun cuando la corona anatómica se encuentra destruida debido a una lesión cariosa extensa. El individualizar las características anatómicas que presenta cada diente será fundamental, ya que pequeñas discrepancias harán la diferencia, por ejemplo, como se mencionó previamente, los dientes anteriores mostraron mayor desigualdad en su distancia solo hacia vestibular, situación que en los posteriores no se presentó ya que estos en casi todos los casos mostraron igualdad en distancia. Además, el estudiar la vigencia de las leyes postuladas años atrás es de suma importancia, ya que nos dará una ventaja; conocer si aún las podemos llevar la práctica o es necesario modificarlas, con la finalidad de realizar en todo momento

un buen tratamiento, sirviéndose de ellas como guía en todo momento del cómo y por qué en cada caso que se presente en la práctica clínica.

ANEXOS

-Tabla realizada para la recopilación de datos. (en color verde se resaltan aquellas muestras en donde se cumplió la ley de la centralidad)

Tabla 1. Distancia en milímetros (mm) del piso de la cámara pulpar (tomando como referencia la UCE) hacia las paredes del órgano dental								
No de OD	Distancia hacia mesial		Distancia hacia distal		Distancia hacia palatino/lingual		Distancia hacia vestibular	
Muestra	1	2	1	2	1	2	1	2
17	3.0	3.2	3.0	3.2	4.3	3.9	4.3	3.9
16	3.1	3.0	3.1	3.0	4.2	3.5	4.8	3.5
15	2.5	3.0	2.9	3.5	3.8	3.8	4.5	2.8
14	2.8	2.0	2.5	2.0	3.0	3.0	2.8	3.0
13	2.9	2.5	2.9	2.5	3.9	2.8	3.9	2.8
12	2.8	2.0	2.7	2.0	3.5	2.8	3.5	2.8
11	2.5	2.0	2.5	2.0	3.2	3.0	3.2	3.0
21	2.5	2.8	2.5	2.8	3.0	2.5	3.5	3.0
22	2.1	2.8	2.1	2.8	2.5	3.0	2.8	2.7
23	3.0	2.0	3.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0
24	2.8	2.0	2.8	2.0	3.0	3.0	3.5	3.0
25	2.5	2.1	2.5	2.1	3.9	3.0	3.9	3.0
26	3.0	3.5	3.0	2.5	3.0	3.0	3.0	3.5
27	3.2	3.0	3.2	3.0	3.0	2.0	3.0	3.0
37	2.9	2.8	2.9	2.8	3.0	3.0	3.0	3.5
36	3.0	3.0	3.0	3.0	3.5	3.0	3.5	3.5
35	2.9	2.5	2.9	2.5	3.0	3.5	4.3	3.5
34	3.0	2.5	3.0	2.5	3.0	3.0	3.0	3.0
33	2.5	2.0	2.5	2.0	3.0	2.0	3.0	4.0
32	3.0	2.5	3.0	2.0	2.5	2.8	2.5	3.2
31	2.5	2.0	2.5	2.2	3.8	2.5	3.8	3.1
41	2.0	2.0	2.0	2.0	3.5	3.0	2.5	3.0
42	2.5	2.0	2.5	2.0	3.0	2.5	3.0	3.2
43	2.0	2.0	2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	3.0
44	2.0	2.5	2.0	2.5	3.0	3.0	3.0	3.0
45	2.0	2.8	2.0	3.0	2.8	3.0	2.8	3.5
46	3.0	2.5	3.0	2.5	3.0	3.0	3.0	3.0
47	3.0	3.0	3.0	3.0	3.9	3.0	3.9	3.0

-Material utilizado durante los trabajos de análisis de las muestras.



Marcadores utilizados para pigmentar la cámara pulpar.



Regla endodóntica utilizada para medir la distancia de la cámara pulpar a los extremos del diente.



Marcaje para identificar cada muestra en cada tipo de diente



Disco de corte diamantado utilizado para seccionar los dientes a nivel de la UCE.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Krasner P, Rankow HJ: Anatomy of the pulp chamber floor, J Endod. 2004; 30(5)
- 2.- Smith AJ: Dentin formation and repair. In Hargreaves KM, Goodis HE. Seltzer and Bender's dental pulp, Chicago: Quintessence. 2002.
- 3.- Louis H. Berman, K. M. Cohen. Vías de la pulpa. 12° Edición. España: Elsevier. 2022.
- 4.- Gutmann JL, Lovdahl PE: Problem solving in endodontics. 5° Edición. Estados Unidos: Elsevier. 2011
- 5.- Allen C, et al: Stress distribution in a tooth treated through minimally invasive access compared to one treated through traditional access: a finite element analysis study, J Conserv Dent 2018; 21(505)

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

El servicio social lo realice en la alcaldía Xochimilco, una de las dieciséis alcaldías que conforman la Ciudad de México, la cual se encuentra al sur de la metrópolis, cuenta con una extensión territorial de 112.50 km, por lo que es considerada la tercera demarcación más grande de la capital.

Su población en 2020 fue de 442,178 habitantes, de los cuales el 48.7% fueron hombres y 51.3% mujeres. Cuenta con una tendencia de población juvenil, pues entre la población de 15 a 29 años concentraron el 24.5% de la población total.

Dentro de la población se encuentra alrededor de 10,200 habitantes (cerca del 2.3% de la población total) que hablan alguna lengua indígena, como el náhuatl, mazateco, otomí, mixteco, totonaco, zapoteco, mazahua, chinanteco, tarasco y algunas no especificadas, siendo el náhuatl la lengua predominante dentro de las demás, con un total de 4550 hablantes.

En cuanto al tema migratorio podemos reportar que, según encuestas, la mayor cantidad de migrantes provino de países americanos, como Estados Unidos (en su mayoría con 421 personas), Colombia (93 persona) y Bolivia (31 personas), siendo la principal causa de migración los temas familiares, personales y económicos.

La calidad de vida de la población de Xochimilco se basa en parte por el acceso a la conectividad, por ello, se ha revisado la estadística... esta menciona que alrededor del 66.5% de la población total tiene acceso a internet, cerca del 50.1% disponen de una computadora y más del 91% disponen de un dispositivo móvil.

En cuanto a los medios de transporte se encuentran; el camión colectivo, taxi, combi como los medios de transporte más utilizados, sin embargo, también comparte con la alcaldía Coyoacán la única línea de tren ligero en la ciudad, que va desde la estación Xochimilco a Taxqueña, siendo la estación más cercana a la clínica Tepepan la estación "La Noria". También se cuenta con una terminal del Metrobús (sistema de transporte colectivo de autobuses articulados de la Ciudad de México) de la línea 5, que va de la estación "Preparatoria 1" a la estación "Rio de los Remedios" y se encuentra también, a unas calles de la clínica.

En cuanto al sistema de salud, podemos mencionar que la atención dental se ubica como segundo servicio más solicitado en la alcaldía, sin embargo, la demanda se refleja principalmente en los centros de salud de la SSA, y en el IMSS-Bienestar, la demás atención se centra en consultorios privados.

-Laboratorio de Diseño y Comprobación.

La plaza donde realice mi servicio social se encuentra ubicada en la calle Francisco Villa, Colonia San Juan Tepepan, Alcaldía Xochimilco, en el sur de la Ciudad de

México, dicha plaza pertenece a un proyecto impulsado por mi universidad, en la década de los 70's con la finalidad de formar profesionales en la salud bucal.

El perfil profesional incluido en los planes iniciales requería que los estudiantes construyeran conocimientos y desarrollaran habilidades para prevenir, diagnosticar, tratar o referir y dar seguimiento a la morbilidad de los individuos que solicitan la atención a sus necesidades de salud bucal. Asimismo, esta interacción permitiría que los alumnos identificaran las características de los modelos de servicio odontológico vigentes y propusieran nuevos elementos para diseñar, organizar y operar modelos de servicio alternativos. (UAM, 2013)

Durante la planeación de este proyecto se incluyeron los siguientes objetivos que aún siguen vigentes:

-Objetivo general de los L.D.C

Contribuir a la formación de los profesionales de la odontología, mediante la aplicación de los conocimientos teóricos; de acuerdo con los avances científicos, para el diagnóstico, prevención y resolución de la morbilidad bucal que afecta a la población mexicana en el primer nivel de atención. (UAM, 2013)

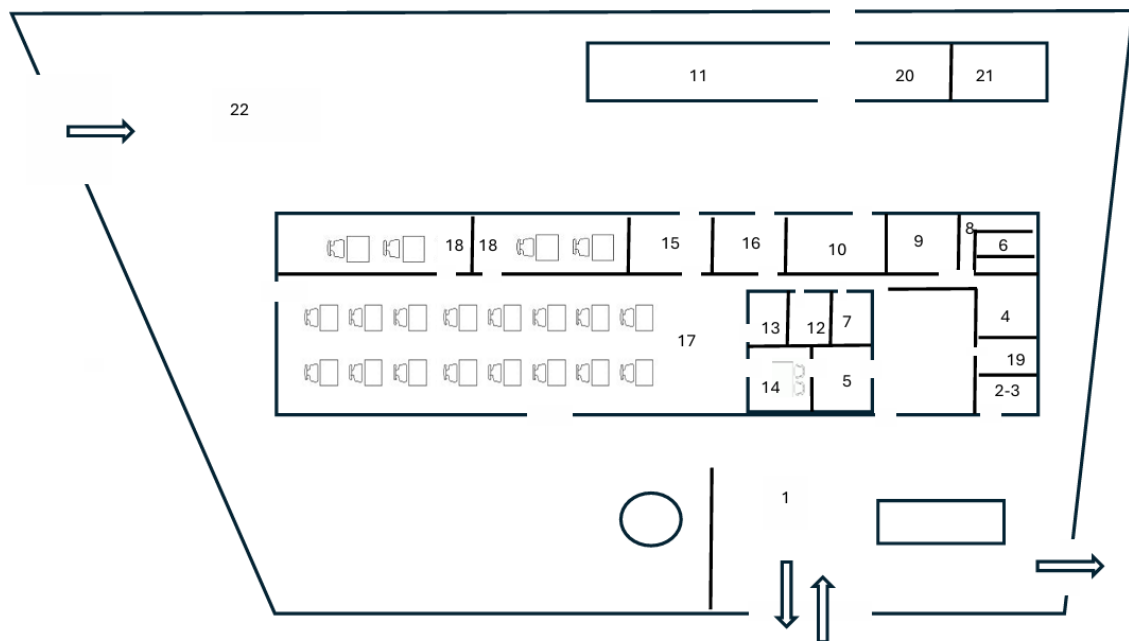
-Objetivos específicos de los L.D.C

1. Apoyar las actividades de docencia de la Licenciatura en Estomatología de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, posibilitando al alumno poner en práctica los conocimientos teóricos y adquirir las habilidades y destrezas propias de la profesión odontológica.
2. Contribuir al desarrollo de habilidades en la atención odontológica de los pacientes mediante la atención integral, en equipo y bajo las normas nacionales e internacionales vigentes para la atención odontológica.
3. Apoyar la formación de los estudiantes de la Licenciatura en Estomatología en la aplicación de las normas éticas propias de la profesión odontológica y la toma de conciencia del rol social que le corresponde mediante el contacto con los problemas reales de la población.
4. Promover la responsabilidad ética y profesional con el paciente y con la sociedad al considerar los factores de índole cultural y socioeconómica que determinan el estado de salud y enfermedad.
5. Mejorar la salud bucal de los individuos que reciben este servicio y realizar actividades preventivas y de promoción a la salud bucal de la comunidad ubicada en el área de influencia de los LDC. (UAM, 2013)

Organización

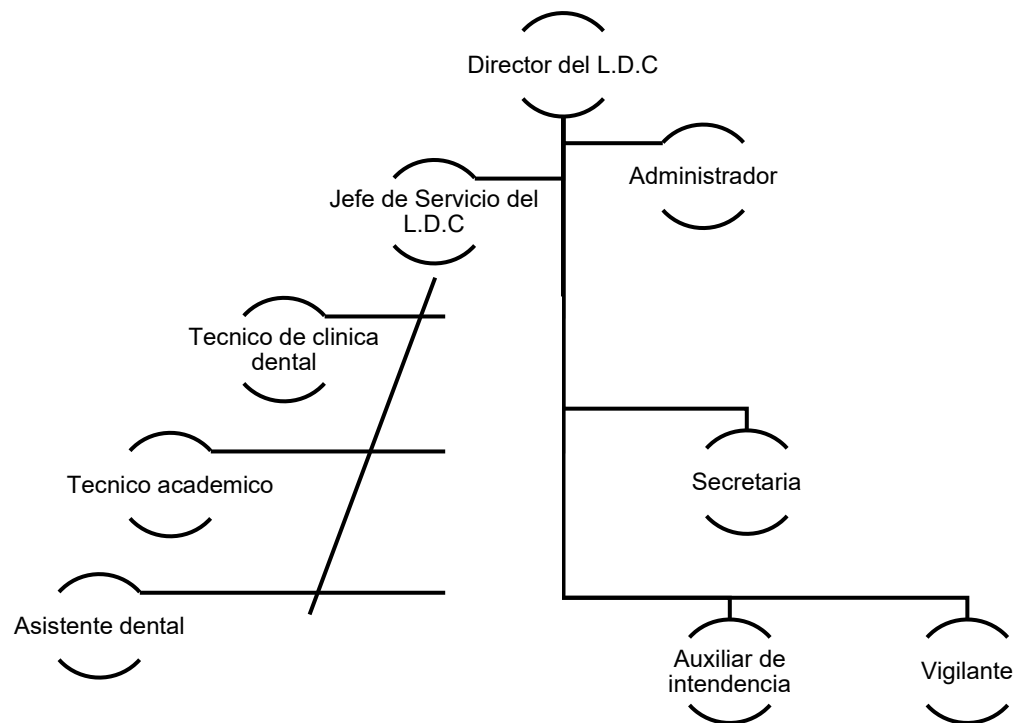
El laboratorio se encuentra distribuido en diferentes zonas y salas estratégicas, dentro de las cuales cada una está destinada a cumplir una función específica, además de existir una lista jerárquica de puestos en donde cada integrante cumple con actividades específicas que logran que la clínica brinde atención a la población de forma profesional.

-Distribución del laboratorio por zonas.



- | | |
|---|---|
| 1. Sala de espera/recepción | 12. Esterilización |
| 2. Sanitario para pacientes (hombres) | 13. Roseta de farmacia |
| 3. Sanitario para pacientes (mujeres) | 14. Dirección |
| 4. Área para procesado de modelos | 15. Área de vestidores, gavetas y sanitarios (hombres) |
| 5. Área secretarial | 16. Área de vestidores, gavetas y sanitarios (mujeres) |
| 6. Dos cubículos de Rayos X | 17. Área clínica |
| 7. Área de revelado de radiografías | 18. Dos cubículos de cirugía |
| 8. Cubículo de Ortopantomografía | 19. Área para personal |
| 9. Almacén | 20. Área de depósito de residuos peligrosos biológico-infecciosos /basura |
| 10. Área de máquinas (compresoras, succión, purificación de agua) | 21. Área de archivo inactivo |
| 11. Cubículo para alumnos | 22. Estacionamiento |

-Organigrama de los L.D.C



Programas de servicio:

-Clínica de odontología para el bebé.

La filosofía es la prevención de la salud bucal, enfocada en capacitar a las madres, padres y/o cuidadores sobre las acciones de prevención de caries que deben llevarse a cabo en la boca del bebé.

En este programa de la universidad, se atiende a la población infantil, especialmente a los menores de entre 4 meses de nacidos hasta los 3 años de vida, cuya finalidad es prevenir la formación de lesiones cariosas, así como fomentar en sus tutores los hábitos de cuidado bucal en los menores, enseñando a como cepillar los dientes, que alimentos evitar en los pequeños, etcétera, y mantener en observación la erupción dental, para que se lleve de forma ideal bajo un cuidado periódico asistiendo a sus consultas mensuales.

Este servicio de atención contaba con un salón especial, adaptado con camas con red para la inmovilización del menor durante su atención, además de juguetes, y aditamentos que hacen que los pequeños y sus acompañantes se sientan cómodos durante cada cita.

Atienden los martes y jueves de cada semana, en horarios que van de las 4pm a las 7 pm, con previa cita solicitada a los contactos proporcionados en la clínica.

Cuenta con dos odontopediatras a cargo, además de pasantes que realizan su servicio social en dicho programa universitario.

-Servicio de atención de Urgencias

Este servicio se atiende de forma regular de lunes a viernes, en los horarios ordinarios de atención en la clínica de 8:00 a 14:00 y de 15:00 a 20:00 (turno en el que realice mi servicio social)

La finalidad de este servicio anexo a la clínica era atender casos de urgencias que surgían en niños y adultos, que los llevaban a acudir de forma inmediata a consulta por causas de dolor.

Se atendían pacientes sin expediente previo en la institución, la consulta iniciaba ingresándolos de forma prioritaria, realizando una breve anamnesis, exploración clínica y tomando radiografías de diagnóstico, para después solicitar autorización de tratamiento con el director de la clínica, posterior se proponía al paciente el tratamiento indicado, se solicitaba autorización de este mediante un consentimiento informado y se iniciaba el tratamiento atendiendo la causa del dolor.

Dependiendo el caso, se realizaban tratamientos como extracciones, cirugías, obturaciones temporales y tratamientos de conductos, en caso de que la condición sistémica del paciente nos impidiera llevar a cabo algún tratamiento se enviaba farmacoterapia y se remitía al posgrado de otra universidad o a una institución hospitalaria según fuera el caso.

El diagnóstico y el tratamiento de cada paciente era documentado en una ficha de emergencia (formato que plasmaba de forma breve la condición del paciente), además, se elaboraba una nota de evolución en la cual se describía de forma clara y minuciosa todo lo realizado durante la consulta.

El costo de una consulta de urgencia era de \$90.00 MN (noventa pesos) e incluía una radiografía, si el tratamiento meritaba utilizar material adicional, se incrementaba el costo de forma mínima.

En todos los pacientes atendidos en este servicio, se daban los tratamientos por terminados en la misma cita, en caso de que el paciente solicitara atención periódica o una rehabilitación total, se refería a alguna unidad de alumnos para realizar un expediente y anexarlo a la lista de pacientes activos, según el cupo de atención de la clínica.

-Atención a la población preescolar y escolar.

En ese sector de atención, se tomaba como prioridad la rehabilitación oral de menores de 18 años, que presentaban deterioro o pérdida de la función en la cavidad oral. La atención se llevaba a cabo, mediante la supervisión de docentes especialistas en odontopediatría, Los cuales monitoreaban en todo momento los tratamientos que se realizaban en los menores de edad, para evitar algún tipo de iatrogenia o percance que se pudiera haber registrado durante el horario de atención.

Se realizaban tratamientos de prevención, como lo eran la profilaxis dental, la aplicación de flúor, la técnica de cepillado en menores y exámenes de placa dentobacteriana, además de tratamientos de restauración según fuera el caso, como obturaciones mínimamente invasivas, obturaciones con resina y obturaciones temporales.

También se llevaban a cabo tratamientos de terapia pulpar en menores, como lo era la pulpectomía y la pulpotomía, para finalmente ser rehabilitado con la colocación de una corona de acero cromo.

Además, se ofrecía la colocación de fundas de celuloide, como una alternativa estética de rehabilitación de los dientes anteriores durante el tratamiento.

Finalmente se ofrecía un seguimiento ortopédico en los pacientes que lo requerían, colocando diferentes tipos de aparatos, con la finalidad de ayudar a los pequeños durante su crecimiento de los maxilares, y a conservar espacios durante el transcurso de la exfoliación dental. Todos estos tratamientos eran realizados con la finalidad de devolver la función y la estética al paciente, una vez fuera dado de alta.

-Atención a la población adolescente.

A este grupo de atención se le realizaban tratamientos de prevención como, profilaxis dental, eliminación de sarro exámenes de placa dentobacteriana. Además de eliminación de lesiones cariosas, mediante obturaciones temporales y obturaciones con resina.

También se ofrecían tratamientos de terapia pulpar, como lo eran los tratamientos de conductos, o retratamientos según fuera el caso. Una vez terminados se indicaba la colocación de un poste de fibra de vidrio para concluir la rehabilitación del diente con la colocación de una corona de tipo metálica, zirconia, disilicato de litio, o alguna incrustación metálica o de resina.

Se realizaban también extracciones de dientes no restaurables o restos radiculares, además de cirugías de terceros molares, dientes retenidos y dientes supernumerarios, en el caso de pacientes que eran candidatos para tratamientos ortodónticos. Todos estos tratamientos eran realizados con la finalidad de devolver la función y la estética al paciente, una vez fuera dado de alta.

-Atención a la población adulta.

En cuanto a la población adulta que atendíamos, se realizaban tratamientos periodontales, tal era el caso de raspados y alisados, eliminación de sarro supra y subgingival, cirugías periodontales, toma de series radiográficas para diagnóstico y seguimientos periodontales.

En pacientes edéntulos, se elaboraban prótesis totales o parciales y fijas o removibles, de diferentes materiales. Si presentaban restos radiculares por extraer, estos se extraían mediante cirugías dentoalveolares, y si era necesario previo a la colocación de una prótesis, se realizaba una regularización de proceso en el área de cirugía. Como un tratamiento extra se realizaba la preservación de alveolo post extracción, así como la toma de biopsias, las cuales eran supervisadas por el patólogo que acudía a la clínica. Todos estos tratamientos eran realizados con la finalidad de devolver la función estética al paciente, una vez fuera dado de alta.

Cabe mencionar que si el paciente presentaba alguna condición sistémica de riesgo era atendido, mediante la coordinación con su médico tratante, atendiendo siempre sus indicaciones para evitar algún percance en el sillón dental.

Si durante la evaluación del paciente este no era candidato para recibir atención en la clínica, (por la complicación del tratamiento) le era explicado el motivo, y era referido alguna otra institución de especialidad que pudiera ayudarlo.

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Durante el transcurso del año de mi pasantía, tuve la oportunidad de atender pacientes en dos modalidades, la primera fueron pacientes control y los segundos fueron pacientes que acudían al área de urgencia. A continuación, describo a detalle las actividades realizadas en ambos rubros.

-Pacientes control.

El primer grupo de pacientes que atendí fueron pacientes en los que llevé un seguimiento constante, cuyo objetivo fue la rehabilitación total de su cavidad oral, con tratamientos invasivos y no invasivos, además de la concientización de cambiar hábitos de cuidado con la finalidad de preservar su salud oral de forma permanente.

El total de pacientes que atendí en este rubro fueron 1 niño y 5 adultos, en los cuales se realizaron los siguientes tratamientos:

1.- Liam Arellano Silva

Paciente masculino de 4 años, el cual ingrese al inicio de mi servicio (agosto del 2024), Liam acudió en compañía de su tutor (mama) para chequeo de la cavidad oral, a la exploración intraoral, presentaba múltiples lesiones cariosas cavitadas en dientes posteriores, sarro supragingival en anteriores, deficiencia en la higiene oral, y lesiones de mancha blanca en diferentes órganos dentales. Se elaboro un plan de tratamiento integral, el cual se distribuyó en diferentes citas semanales.

Al finalizar el tratamiento se contabilizaron los siguientes tratamientos:

1 limpieza profesional	1 eliminación de sarro	6 obt. con resinas
2 pulpectomías	3 coronas acero cromo	4 fundad de celuloide
1 aplicación de flúor	1 pulpotomía	12 controles de placa

El paciente fue dado de alta integral de la clínica al terminar los tratamientos programados (sin complicaciones), con el consentimiento de su tutor, y con la autorización de los doctores de la clínica, no sin antes haber aprendido las siguientes indicaciones; llevar a cabo su cepillado dental rutinario, acudir a consulta dental mínimo cada seis meses y usar aditamentos que fortalecen al cepillado.

2.-Maria Dolores Nava Rodríguez

Paciente femenino de 54 años, que me fue asignado al término de la licenciatura, realice un tratamiento periodontal integral, además de realizar los siguientes tratamientos;

1 profilaxis mensual	1 eliminación de sarro	2 cx periodontales
7 extracciones simples	2 raspados y alisados	2 obt. con resina
1 aplicación de flúor	1 prótesis inmediata	2 prótesis removibles

Su tratamiento fue prolongado debido a que a la paciente le costó mucho trabajo adaptarse a los nuevos hábitos de higiene que le fueron indicados, además de no querer dejar el tabaco, lo cual fue indicado en muchas ocasiones que afectaba al progreso de rehabilitación gingival por el que atravesaba. Además de dificultar la atención el estado de bipolaridad por el que atraviesa y del cual recibía tratamiento en un hospital de atención psiquiátrica. Finalmente fue dada de alta mediante el consentimiento de la paciente y la autorización de los doctores al terminar los tratamientos programados.

3.-Silvia Aragón Ponce

Paciente femenina de 52 años, que me fue asignada después de presentar una queja con el director de la clínica debido a su inconformidad con los tratamientos que le estaban realizando un equipo de alumnos.

En un primer momento, y al analizar su expediente me percaté que la paciente presentaba problemas periodontales, los cuales tenían que llevar un seguimiento, y de acuerdo con la voluntad de la señora tenía que realizarse una nueva valoración y un nuevo plan de tratamiento.

Realicé diversas obturaciones con resina en dientes superiores e inferiores, además de que en cada cita realizaba controles de placa para revisar si la paciente llevaba a cabo las indicaciones higiénicas que le daba durante cada cita.

Durante el transcurso del tratamiento, un fragmento del OD 25 se fracturó por su cara vestibular, por lo que tuve que retirar la incrustación que tenía la paciente desde hace años, realicé la colocación de un poste de fibra de vidrio y coloqué una corona metálica para que el diente recobrará su función.

Terminé sin complicaciones los tratamientos que me fueron asignados en esta paciente, posteriormente se le indicó acudir al posgrado de odontología para la planeación de sus prótesis removibles, mismas que iban a ser valoradas por el compromiso periodontal el que presenta la paciente. Fue dada de alta integral pues ya no contaba con tratamientos que pudieran realizarse en la clínica, la paciente aceptó bajo la supervisión de los doctores de la clínica.

4.-Bryan Santiago Ramírez

Este paciente realizó el cambio de turno en la clínica, al llegar al turno vespertino me fue asignado para continuar con los tratamientos pendientes. A la exploración clínica y revisando el plan de tratamiento me percaté que faltaba por realizar la colocación de una corona en el primer molar superior derecho.

Antes de colocar la corona fue necesario planear un alargamiento de corona, mismo que se llevó a cabo en las citas próximas después de su ingreso. Después del tiempo de recuperación se pudo colocar dicha corona sin reacción alguna del diente, además se le realizaron diversas obturaciones de resina, así como la colocación de selladores de fosas y fisuras, una profilaxis y la aplicación de flúor.

Dicho paciente fue dado de alta mediante el consentimiento de su tutor al terminar los tratamientos programados y mediante la supervisión de los doctores fue revisado el plan de tratamiento comprobando el término de estos.

-Otros pacientes control.

Así mismo atendí además pacientes que por diversas causas no continuaron con los tratamientos programados, por ello sus expedientes fueron archivados en espera de que pudieran regresar a la clínica para continuar con la rehabilitación bucal que necesitan.

-Pacientes de emergencia.

Este tipo de pacientes ingresaron a la clínica por alguna dolencia o malestar que necesitaba de forma urgente la atención en el sillón dental. Por ello, a continuación, describo de forma cualitativa cuántos y cuáles tratamientos realicé en esta área cada trimestre:

1er trimestre de servicio social:

Pacientes atendidos de emergencia: 7

Niños	Adultos	Cantidad	Endodoncia	Pulpectomía	Obt. temporal	Extracción	Cirugía	Otro
	X	1				X		
	X	1					X	
	X	2					X	
	X	1						X
	X	1						X
	X	2					X	
	X	2				X		

2do trimestre de servicio social:

Pacientes atendidos de emergencia: 4

Niños	Adultos	Cantidad	Endodoncia	Pulpectomía	Obt. temporal	Extracción	Cirugía	Otro
	X	1						X
	X	1					X	
	X	1						X
	X	1	X					

3er trimestre de servicio social:

Número de pacientes atendidos de emergencia: 16

Niños	Adultos	Cantidad	Endodoncia	Pulpectomía	Obt. temporal	Extracción	Cirugía	Otro
X		1					X	
X		3		X				
X		1			X			
X		1				X		
X		1						X
X		2			X			
X		1			X			
	X	1	X					
	X	1						X
	X	1				X		
	X	1				X		
	X	1						X
	X	1				X		
	X	1				X		
	X	1						X
	X	1						X

4to trimestre de servicio social:

Número de pacientes atendidos de emergencia: 16

Niños	Adultos	Cantidad	Endodoncia	Pulpectomía	Obt. temporal	Extracción	Cirugía	Otro
X		1				X		
X		1		X				
	X	1					X	
	X	1					X	
	X	1	X					
	X	1	X					
	X	1				X		
	X	1					X	
	X	1				X		
	X	1	X					
	X	1						X
	X	1					X	
	X	1				X		
	X	1				X		
	X	1				X		
	X	1						X

Realizando un conteo total por actividades se obtiene los resultados mostrados en la siguiente tabla:

Trimestre	Número de pacientes	Endodoncia	Pulpectomía	Obt. temporal	Extracción	Cirugía	Otro
24-P	7	0	0	0	3	5	2
24-0	4	1	0	0	0	1	2
25-I	16	1	3	4	5	6	0
25-P	16	1	1	0	6	7	0
Total	43	3	4	4	14	19	4

De igual manera realice diversos formatos solicitados por el director de la clínica, que sirvieron de apoyo en evaluaciones y en difusión del servicio en la comunidad como los siguientes:

-FICHA DE EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS CLÍNICAS

Diseñada para servir como rubrica al evaluar a los alumnos antes, durante y después de realizar cualquier tratamiento por primera vez, bajo la supervisión de un docente (el cual llenada y firmaba la rúbrica) autorizando o no llevar a cabo la actividad.

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN DR RAFAEL LOZANO OROZCO
CLÍNICA TEPERAN T.V

FICHA DE EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Procedimiento	Fecha				
Evaluador					
Paciente	Nombre:	Total	Señal	Me	()
		Nota	media	()	()
Para cada rubro evaluado asignar la puntuación que mejor caracterice el desempeño del estudiante durante la realización de la técnica.					
Rubro	Debera de la ejecución	Limitada	Alcanza la ejecución	Supera la ejecución	
1. Conocimiento previo relevante de las indicaciones, anatomía, técnica del procedimiento, entre otros.					
2. Obtención del consentimiento informado, explica y aclara el procedimiento al paciente y acompañante.					
3. Preparación previa al procedimiento. Presentación de la técnica.					
4. Habilidad técnica.					
5. Técnica de asepsia, medidas de bioseguridad y seguridad del paciente.					
6. Conducta post procedimiento.					
7. Trato del paciente / profesionalismo.					
8. Habilidad general para realizar el procedimiento.					
Recomendación	Información adicional				
Comentarios					

FIRMA DEL EVALUADOR

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN DR RAFAEL LOZANO OROZCO
CLÍNICA TEPERAN T.V

FICHA DE EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Procedimiento	Fecha				
Evaluador					
Paciente	Nombre:	Total	Señal	Me	()
		Nota	media	()	()
Para cada rubro evaluado asignar la puntuación que mejor caracterice el desempeño del estudiante durante la realización de la técnica.					
Rubro	Debera de la ejecución	Limitada	Alcanza la ejecución	Supera la ejecución	
1. Conocimiento previo relevante de las indicaciones, anatomía, técnica del procedimiento, entre otros.					
2. Obtención del consentimiento informado, explica y aclara el procedimiento al paciente y acompañante.					
3. Preparación previa al procedimiento. Presentación de la técnica.					
4. Habilidad técnica.					
5. Técnica de asepsia, medidas de bioseguridad y seguridad del paciente.					
6. Conducta post procedimiento.					
7. Trato del paciente / profesionalismo.					
8. Habilidad general para realizar el procedimiento.					
Recomendación	Información adicional				
Comentarios					

FIRMA DEL EVALUADOR

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN DR RAFAEL LOZANO OROZCO
CLÍNICA TEPERAN T.V

FICHA DE EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Procedimiento	Fecha				
Evaluador					
Paciente	Nombre:	Total	Señal	Me	()
		Nota	media	()	()
Para cada rubro evaluado asignar la puntuación que mejor caracterice el desempeño del estudiante durante la realización de la técnica.					
Rubro	Debera de la ejecución	Limitada	Alcanza la ejecución	Supera la ejecución	
1. Conocimiento previo relevante de las indicaciones, anatomía, técnica del procedimiento, entre otros.					
2. Obtención del consentimiento informado, explica y aclara el procedimiento al paciente y acompañante.					
3. Preparación previa al procedimiento. Presentación de la técnica.					
4. Habilidad técnica.					
5. Técnica de asepsia, medidas de bioseguridad y seguridad del paciente.					
6. Conducta post procedimiento.					
7. Trato del paciente / profesionalismo.					
8. Habilidad general para realizar el procedimiento.					
Recomendación	Información adicional				
Comentarios					

FIRMA DEL EVALUADOR

-FICHA DE ANESTESIA

Se realizó un ejemplo de cómo se debería llenar la ficha de anestesia, con la finalidad de orientar al alumnado, fue difundida en la clínica para su consulta.

Actividades de Diagnóstico para el 5to. Trimestre:
Técnica de anestesia en el paciente

Nombre del paciente Alfredo Ramírez Pérez Fecha 10/abril/2025
 Alumno Brandon Castro Hernández Revisado _____
 O.D. a anestesiarse 46 Tratamiento Tratamiento de conductos
 Tipo de anestesia:
 Regional ☒ Infiltrativa ☐ local ☐ intrapulpar ☐ otra ☐
 Nervio (os) a anestesiarse: Nervio alveolar inferior / Nervio mentoniano / Nervio lingual (a menudo) / Nervio incisivo
 Técnica de anestesia: BLOQUEO DEL NERVO ALVEOLAR INFERIOR (BLOQUEO MANDIBULAR)

El sillón se colocó con una angulación de 45 grados, se pide al paciente que incline la cabeza ligeramente hacia abajo, mandíbula paralela al piso y a la altura de los codos del operador, boca del paciente en máxima apertura. Para inyectar en el lado derecho, me ubique a la derecha y delante del paciente, utilice el dedo pulgar de la mano izquierda para identificar los repartos anatómicos, con la mano derecha porte la jeringa en todo momento. Luego lleve la Carpule a la boca del paciente siguiendo la trayectoria de mi dedo pulgar, el cual posicione del lado a anestesiarse. Con una aguja de 21 mm puncione la mucosa introduciendo sólo la punta (4 mm), encuentre tope óseo y retroceda 1 mm, tomando como referencia el borde de mi dedo que descanso en el fondo del triángulo retromolar, luego lleve el cuerpo de la jeringa hacia los premolares contralaterales sin torcer la aguja, termine de introducir unos 6 a 10 mm, teniendo la aguja en esta posición, con previa aspiración sanguínea negativa, comencé a depositar lentamente la solución anestésica, espere de 1 a 3 minutos aproximadamente, cuando el paciente me refirió la sensación de adormecimiento y hormigueo en la punta de la lengua, comisura labial y región retromolar, fue cuando comencé a trabajar mis compañeros.

Tipo de anestesia utilizado: Lidocaína 2% con epinefrina (vasoconstrictor)
 Dosis máxima de acuerdo al peso: Paciente masculino con 75.4 kg de peso, con el cual se utilizó 1 cartucho total.

$$\frac{6.6 \times 75.4}{36} = \frac{497.64}{36} = 13.8 \text{ cartuchos (DOSIS REAL = 11 CARTUCHOS)}$$

ELABORADO POR CARLOS JEFREY PEREZ MORALES / PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL

LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN DR RAFAEL LOZANO OROZCO
TURNO VESPERTINO

-ODONTOGRAMA ICDAS

Se realizo bajo la solicitud de la doctora Sandra Morales, con la finalidad se seguirla como guía durante el llenado de esta sección de la historia clínica, y poner en práctica de sus alumnos los códigos de lesiones cariosas vistos en el módulo. Dicho apartado tendría que ser evaluado por sus alumnos y revisado por ella.

NOTA DE INGRESO	
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA	
L.D.C.	Epiphan TURNO: Vespertino
NOMBRE:	Hermandes Jhon E. Arce
EXPEDIENTE:	7352099
FECHA:	15/ Octubre / 2024
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Es masculino de 78 años de edad, originario y residente de la CDMX, profesor religioso católico, ocupación chofer, estado civil casado, persona discapacitada, habita en hogar propio donde cuenta con todos los servicios desarrollados, la vivienda es subvencionada por el paciente independiente para sus actividades diarias, odontológico-ortodoncia, hipertensión bajo tratamiento.	
DX. A NIVEL SISTEMICO Y CLASIFICACION ASA	ASA II (paciente con enfermedad sistémica moderada) / Hipertensión arterial.
MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO	Losartan (Strong), dos capsules al día, una por la mañana y otra por la noche.
ATN/MUSCULOS	Chupando bilateral.
DX. CARIES/ANOMALIAS	caries irreversible en QD 14 con restauración / caries cavada (activa en QD) 14,24,35.
DX. OCLUSIÓN	Clasificación de Angle II
DX. MUCOSA BUCAL	Lengua fisurada, neoplasia benigna (hiperplasia fibrosa focal) en mucosa palatal izquierda.
INDICES CPQD/CEDD	C: 8 P: 7 Q: 2 D: 15
DX. PERIODONTAL	Gingivitis asociada a brujas.
DX. PULPAR/PERIAPICAL	Necrosis pulpar en QD 14, pulpa irreversible en QD 14,24.
DX. PROTESICO (CLASIFICACION DE KENNEDY)	Clase I, Modificación 1, edentulismo parcial superior.
DX. QUIRURGICO	Dientes incluidos (mala posición).

Carlos Perea Morales
 REALIZO

Jorge Morales G.
 SUPERVISO

XIV OODONTOGRAMA

Se sugiere tomar el odontograma de acuerdo con los códigos ICDAS, localizados en los siguientes catálogos de acuerdo con el grado de la lesión cariosa:

- Blanco: caries
- Verde: caries en desarrollo en dentadura o en desarrollo en dentadura (dentadura incipiente).
- Amarillo: caries en desarrollo que no ha alcanzado la cavidad.
- Rojo: caries en desarrollo que ha alcanzado la cavidad.
- Azul: caries en desarrollo que ha alcanzado la cavidad.
- Grises: dentadura completa

Punto de partida del CPQD se relaciona con su estado de caries como "factor" los CDs muestran los datos de caries en el odontograma.

CPQD	INICIAL	FINAL
C	5	2
P	2	1
Q	2	1
D	2	1

FECHA: 4 / 10 / 2025

ANO: 2025
 MES: 10
 DIA: 04

CLARO QUE LOS DATOS ESCRITOS EN ESTA HISTORIA CLÍNICA SON VERDADEROS Y ACEPTO EL TRATAMIENTO REALIZAR, LIBERANDO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A LA UAM-X EN CASO DE QUE LOS DATOS FUERAN FALSOS.

MA DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE
 ANO: 2025 MES: 10 DIA: 04
 FIRMA: _____
 INMO: 2025 MES: 10 DIA: 04
 FIRMA: _____
 INMO: 2025 MES: 10 DIA: 04
 FIRMA: _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
 INSTITUTO DE ODONTOLÓGICA

-LLENADO DE NOTA DE INGRESO.

Se elaboro un ejemplo de llenado de esta parte del expediente con la finalidad de orientar al alumnado sobre cómo se recomendaba llenar este formato; fue difundido en el tablero de avisos para su consulta.

-FORMATO PARA TOMA DE SIGNOS VITALES.

Fue elaborado para que los alumnos registraran en cada cita los signos vitales del paciente, con la finalidad de llevar un registro ordenado sobre todo en los pacientes con compromisos sistémicos. Dicha hoja iría pegada en la parte interior de su carnet de citas, cada vez que asistieran a la clínica deberían de mostrarlo para tomar sus signos y darles acceso, alertando al operador en caso de que estos fueran anormales.

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C
TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C
TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C	TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ °C

-ABC DEL CARNET DE CITAS

Se elaboro este formato como guía de consulta para conocer cómo se debe emplear el carnet de citas en la clínica, y como deben ser orientados los pacientes para usarlos. Fue difundido durante las pláticas de introducción al inicio de cada trimestre.



FORMA: _____
 FICHA: _____
 CONSENTIMIENTO INFORMADO
 PARA CAMBIO DE PACIENTE

YO, _____, ALUMNO DE _____, TRIMESTRE _____, ACEPTO QUE EL
 PACIENTE _____, DEL CUAL PARTICIPO EN SU ATENCIÓN,
 REALIZANDO DIVERSOS TRATAMIENTOS, CONTINÚE SU ATENCIÓN A CARGO DE MI
 COMPAÑERO, _____, DE _____ TRIMESTRE, CON LA
 FINALIDAD DE DARLO DE ALTA DE ESTA CLÍNICA.

ESTOY CONSCIENTE QUE RENUNCIO A CUALQUIER BENEFICIO QUE PUEDERA TENER EN UN FUTURO
 EL TERMINAR LOS TRATAMIENTOS EN EL PACIENTE EN CUANTO A PODERLE REVALUAR SU ALTA...

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

DR. JORGE MONALDO GARCÍA

DR. GABRIELA CASTAÑEDA PALACIO



LABORATORIO DE DISEÑO Y COMUNICACIÓN DE RAFAEL ÁNGEL OROZCO
 TURNO VESPERTINO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CAMBIO DE PACIENTE.

Fue elaborado a solicitud de la doctora Gabriela Castañeda, con la finalidad de tener un registro de seguimiento de los pacientes cuando un equipo se desintegraba. No fue difundido, pero se presentó como opción cuando exista un caso como el ya mencionado.

-CARTEL DE ADMISIÓN DE PACIENTES

Los elabore con la finalidad de atraer más pacientes en la época de recepción, ya que muchas veces los anuncios no eran llamativos o pasaban desapercibidos al paso de los vecinos. Fueron difundidos en tamaño considerable en la barda perimetral de la clínica.



¡Admisión de pacientes!

TURNO VESPERTINO

MARTES 20 DE MAYO
¡UNICO DIA!

ADMISION DE NIÑOS Y ADULTOS

HORA DE ATENCIÓN: 3:00 pm

DEBERÁS PRESENTAR (EN COPIAS):
 -ACTA DE NACIMIENTO -CURP- -COMPARTANTE DE DOMICILIO-
 -CARTILLA DE VACUNACIÓN

Cupo limitado



LABORATORIO DE DISEÑO Y COMUNICACIÓN DE RAFAEL ÁNGEL OROZCO
 LABORATORIO DE DISEÑO Y COMUNICACIÓN

-CHECK IN...ALTA INTEGRAL, AVANCE Y ALTA OPERATORIA.

Fue realizado con la finalidad de orientar a los alumnos sobre que requisitos debería de cumplir para solicitar el porcentaje de alta o avance. Fue difundido cada trimestre para ser consultado en época de evaluaciones.

Check in!	ALTA INTEGRAL	Check in!	ALTA OPERATORIA	Check in!	AVANCE
I.- Deberás tener el expediente en orden. PARA EL PACIENTE, AL PACIENTE SE LE ENTREGA EL EXPEDIENTE EN ORDEN, EL PACIENTE DEBE DE TENER EL EXPEDIENTE EN ORDEN, EL PACIENTE DEBE DE TENER EL EXPEDIENTE EN ORDEN, EL PACIENTE DEBE DE TENER EL EXPEDIENTE EN ORDEN.		I.- Deberás tener el expediente en orden. PARA EL PACIENTE, AL PACIENTE SE LE ENTREGA EL EXPEDIENTE EN ORDEN, EL PACIENTE DEBE DE TENER EL EXPEDIENTE EN ORDEN, EL PACIENTE DEBE DE TENER EL EXPEDIENTE EN ORDEN, EL PACIENTE DEBE DE TENER EL EXPEDIENTE EN ORDEN.		I.- Deberás tener el expediente en orden. PARA EL PACIENTE, AL PACIENTE SE LE ENTREGA EL EXPEDIENTE EN ORDEN, EL PACIENTE DEBE DE TENER EL EXPEDIENTE EN ORDEN, EL PACIENTE DEBE DE TENER EL EXPEDIENTE EN ORDEN, EL PACIENTE DEBE DE TENER EL EXPEDIENTE EN ORDEN.	
II.-Tener 2 Indices CAMBRA. (Inicial/Final) EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA, EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA, EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA, EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA.		II.-Tener 2 Indices CAMBRA. (Inicial/Final) EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA, EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA, EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA, EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA.		II.-Tener 2 Indices CAMBRA. (Inicial/Final) EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA, EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA, EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA, EL PACIENTE DEBE DE TENER 2 INDICES CAMBRA.	
III.-Tener modelos del paciente. EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE.		III.-Tener modelos del paciente. EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE.		III.-Tener modelos del paciente. EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER MODELOS DEL PACIENTE.	
III.-Fotos iniciales/finales del paciente. EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE.		III.-Fotos iniciales/finales del paciente. EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE.		III.-Fotos iniciales/finales del paciente. EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE, EL PACIENTE DEBE DE TENER FOTOS INICIALES/FINALES DEL PACIENTE.	
IV.-Últimos 5 índices O'leary por debajo del 15%. EL PACIENTE DEBE DE TENER LOS ÚLTIMOS 5 ÍNDICES O'LEARY POR DEBAJO DEL 15%, EL PACIENTE DEBE DE TENER LOS ÚLTIMOS 5 ÍNDICES O'LEARY POR DEBAJO DEL 15%, EL PACIENTE DEBE DE TENER LOS ÚLTIMOS 5 ÍNDICES O'LEARY POR DEBAJO DEL 15%, EL PACIENTE DEBE DE TENER LOS ÚLTIMOS 5 ÍNDICES O'LEARY POR DEBAJO DEL 15%.		IV.-Terminar todas las obturaciones programadas. EL PACIENTE DEBE DE TERMINAR TODAS LAS OBTURACIONES PROGRAMADAS, EL PACIENTE DEBE DE TERMINAR TODAS LAS OBTURACIONES PROGRAMADAS, EL PACIENTE DEBE DE TERMINAR TODAS LAS OBTURACIONES PROGRAMADAS, EL PACIENTE DEBE DE TERMINAR TODAS LAS OBTURACIONES PROGRAMADAS.		IV.-Últimos 5 índices O'leary por debajo del 15%. EL PACIENTE DEBE DE TENER LOS ÚLTIMOS 5 ÍNDICES O'LEARY POR DEBAJO DEL 15%, EL PACIENTE DEBE DE TENER LOS ÚLTIMOS 5 ÍNDICES O'LEARY POR DEBAJO DEL 15%, EL PACIENTE DEBE DE TENER LOS ÚLTIMOS 5 ÍNDICES O'LEARY POR DEBAJO DEL 15%, EL PACIENTE DEBE DE TENER LOS ÚLTIMOS 5 ÍNDICES O'LEARY POR DEBAJO DEL 15%.	

-CARTEL ADM-AMIC 2024

Además tuve la oportunidad de participar junto con mis compañeros pasantes en el Concurso Nacional e Internacional de Carteles de Investigación y Casos Clínicos en el Área Odontológica de la Asociación Dental Mexicana-Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas A.C, realizado del 6 al 9 de noviembre en el Word Trade Center de la Ciudad de México, en la cual presenté un cartel con el nombre de "Presentación Inusual de una Lesión Relacionada con VPH" con la tutoría del patólogo de la clínica; el doctor Mario Emmanuelle Castro García, sin dejar atrás el apoyo que mostró en todo momento la doctora Gabriela Castañeda Palacios y el doctor Jorge morales García. En dicho concurso obtuve una constancia del tercer lugar en el Área de Casos Clínicos-Categoría Licenciatura y una constancia de participación como ponente.

PRESENTACION INUSUAL DE UNA LESIÓN RELACIONADA CON VPH.
Carlos Jairo Pérez Morales, Alejandro Gómez Elvizar, Mario Emmanuelle Castro García
Universidad Autónoma Metropolitana - L.D.C Dr. Rafael Lozano Orozco

INTRODUCCIÓN
La biopsia es un prerrequisito para el examen diagnóstico microscópico de una porción de tejido extraída de un ser vivo, tiene el propósito de corroborar las lesiones con una causa aparente y definir con precisión el pronóstico de una condición específica.

OBJETIVOS
En este caso, la lesión por VPH se presentó como una placa, lo que nos permite analizar su manejo clínico y la importancia del análisis histopatológico para el diagnóstico.

PRESENTACION DEL CASO CLINICO
Una mujer de 77 años acudió al Laboratorio de Diagnóstico y Compensación (L.D.C) Tepepan de la UAM-Xochimilco para atención bucal integral. Durante la evaluación clínica, se identificó una placa blanquecina elevada en la mucosa retro comisural izquierda.
La lesión, de forma ovalada y 6 mm de diámetro, era firme y rugosa, y se asoció con el uso de una prótesis removible.
A pesar de los ajustes y la terapia antimicótica, no se observaron cambios significativos, por lo que se realizó una biopsia que confirmó el diagnóstico de verruga vulgar.

DESCRIPCION MICROSCOPICA
Se identifica epitelio estratificado hiperqueratinizado, estrato granular prominente, papilomasos y acantosis, con abundantes células con daño citoplásmico, figuras mitóticas y células balnearios, procesos epiteliales son alargados y endofíticos. El tejido conectivo subyacente es maduro con bien vascularizado.

DISCUSION
Las lesiones blancas a menudo se manifiestan como placas que no pueden clasificarse como otro tipo de lesión. Sin embargo, en casos atípicos, otros tipos de lesiones pueden ser relevantes para el diagnóstico diferencial.
La verruga vulgar, aunque generalmente presenta características singulares, puede sorprender al manifestarse en forma de placa, lo cual es inusual pero real.

CONCLUSIONES
La evaluación temprana y la biopsia de lesiones bucales son cruciales para prevenir su progresión, este es un procedimiento valioso, poco utilizado, aun con guías que orientan sobre aplicaciones y debe ser fundamental en la formación del estomatólogo.

REFERENCIAS

Amic



CAPÍTULO V: ANALISIS DE LA INFORMACION

De acuerdo con los datos personales que se recababan de cada paciente a su ingreso, logramos identificar que casi en su totalidad era población residente de zonas aledañas a la ubicación de la clínica, por lo tanto, se podía concluir de forma clara, que este servicio era aprovechado por la comunidad (uno de los objetivos por la cual fue creada). Además, la mayoría de la población que acudía (durante mi año de la pasantía), cursaba por un déficit económico, por lo tanto, aprovechaban los costos accesibles de los tratamientos para atender las necesidades de sus pacientes. (otro objetivo desde su apertura).

Según los datos mostrados previamente, podemos observar que la mayoría de los tratamientos que realizábamos, eran extracciones de terceros molares y de restos radiculares, esto nos dice, que aun la población opta por tratamientos radicales aun cuando existen tratamientos conservadores de rehabilitación. Por ello, se trataba de recalcar la prevención en los pacientes, los cuales eran captados desde su ingreso para continuar con la rehabilitación completa y no solo atender la causa por la cual asistían, y dejar como última opción posibles extracciones futuras, por ejemplo, se promovían los tratamientos endodónticos como opción para el alivio del dolor, los cuales solo en algunas ocasiones eran aceptados por los pacientes, por lo prolongado del tratamiento y el aumento de costo en la rehabilitación total del órgano dental.

Todos los tratamientos eran supervisados por los docentes de apoyo, los cuales eran especialistas en diferentes áreas de la odontología, lo cual generaba confianza en los pacientes, pues se cercioraban que de todo se realizara sin complicaciones, también se ponía especial atención en pacientes sistémicamente comprometidos,

pues ellos eran los más susceptibles a sufrir alguna emergencia en el sillón dental, para este tipo de situaciones se contaba con un “carro rojo” el cual se pretendía que estuviera en funcionamiento ante cualquier eventualidad que llegara a surgir en la clínica.

También era de suma importancia para los docentes y los pasantes mantener vigilada permanentemente la zona de atención dental, pues se sabía que en cualquier momento podían surgir situaciones de emergencia, de conflicto o incluso de “mala praxis” por parte del alumnado.

La Clínica Tepepan contaba con el inmobiliario y la infraestructura y el material indispensable para que la atención de los pacientes que requieran atención dental “general”, pues los casos complicados, eran referidos a los posgrados de otras universidades, o a la atención en consulta privada.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Durante el periodo en el que realicé mi pasantía en la Clínica Tepepan, tuve la oportunidad de realizar diversas actividades prácticas y administrativas que fueron de total aprendizaje, entre ellas; continúe con la revisión de pacientes, realizando diversos tratamientos de la odontología general, como extracciones, que a consideración mía, era lo que más disfrutaba, ya que recibía a los pacientes desde su ingreso a la clínica por el área de urgencias hasta aliviarles el dolor que presentaban, o si bien preparándolos para tratamientos ortodónticos o protésicos. Además de reforzar día a día los conocimientos que en algún momento revise en las aulas, ya que conviva con todos los doctores que acudían a clínica y solía acercarme a aclarar dudas o pedir consejos sobre tratamientos que estaban en puerta y debía resolver. Fue sumamente importante que nunca me aleje de la práctica clínica y de todas las áreas que engloba la odontología general, ya que me ayudaron en gran medida a practicar en todo momento y no olvidar concepto o peor aún perder la habilidad al realizar diversos tratamientos. También fue un reto atender pacientes pediátricos, con la ayuda de los odontopediatras que acudían al servicio, por ello, logre reforzar esta área que tan compleja se me había hecho antes. Algo que considero fue muy importante durante la pasantía fue el participar en los congresos realizados por la Asociación Dental Mexicana, donde logre llevar a casa un tercer lugar con la ayuda y asesoría de los docentes que confiaron en mí. Agradezco a mis jefes de servicio por haberme brindado la oportunidad de cursar tan significativa experiencia en esta noble sede, a los pacientes por confiarme su salud dental, a mi familia; por apoyarme en todo momento, a mis amigos; por su incondicionalidad, humor y lealtad, y finalmente a los doctores externos; por inspirarme, creer en mí, y motivarme a seguir superándome día a día...