



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

LUXACIÓN ANTERIOR DEL MENISCO SIN REDUCCIÓN DE LA ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR: REPORTE DE UN CASO.

INFORME DE SERVICIO SOCIAL
LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN TEPEPAN

ARLETH GUADALUPE NAVA CARRETO
2192030016

1 AGOSTO 2024 – 31 JULIO 2025
NOVIEMBRE, 2025.

C.M.F. JOSÉ MARTÍN NUÑEZ MARTÍNEZ
C.D.E.O LUZ MARÍA LEDESMA ÁLVAREZ

VoBo. Luxación anterior del menisco sin reducción de la articulación temporomandibular: reporte de un caso.



ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

CMF. José Martín Núñez Martínez (No. Eco. 28881)

Jefe de proyecto LDC Tepepan.



ASESORA DEL SERVICIO SOCIAL

CDEO. LUZ MARÍA LEDESMA ÁLVAREZ (No. Eco.39467)

Jefa de servicio LDC Tepepan.

VoBo. Luxación anterior del menisco sin reducción de la articulación temporomandibular: reporte de un caso.

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

CDE. Karla Ivette Oliva Olvera (No. Eco.36669)

RESUMEN DEL INFORME.

En el presente informe de servicio social se detallan las actividades realizadas durante el periodo comprendido del 1 de agosto del 2024 al 31 de julio del 2025 en el Laboratorio de Diseño y Comprobación (LDC) Tepepan, la cual es una clínica formativa y operativa de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Durante este lapso realicé labores tanto clínicas como administrativas, ambas orientadas a cumplir los diversos objetivos del LDC, brindando atención odontológica a la población, priorizando la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno en cada caso. Las actividades mencionadas siempre se llevaron a cabo bajo la supervisión del personal académico.

El caso clínico presentado describe el manejo conservador de una paciente diagnosticada con desplazamiento del disco anterior sin reducción, la cual presenta lesiones de abfracción, apertura limitada de la cavidad bucal y dolor ocasional. El tratamiento fue integral, realizando las restauraciones correspondientes y posteriormente empleando un relajante muscular y una férula de estabilización tipo Michigan. Se valoró la apertura máxima bucal y los niveles de dolor antes y después del tratamiento.

Los resultados clínicos mostraron un aumento progresivo en la apertura máxima y una reducción significativa del dolor, demostrando que el tratamiento farmacológico y conservador es, además de ser la primera opción, fundamental y efectiva para el desplazamiento del disco anterior sin reducción.

Palabras clave.

Articulación temporomandibular, desplazamiento del disco anterior sin reducción, apertura máxima, relajante muscular.

ÍNDICE

CAPÍTULO I:	6
INTRODUCCIÓN GENERAL.	6
CAPÍTULO II:	7
CASO CLÍNICO.	7
Introducción.	7
Objetivo.	9
Presentación del caso.	9
Discusión.	12
Conclusiones.	13
Referencias bibliográficas.	13
CAPÍTULO III:	15
DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.	15
Ubicación.	15
Infraestructura. ¹	15
Servicios que ofrece el LDC. ¹	16
Referencia bibliográfica.	18
CAPÍTULO IV:	18
INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.	18
Reporte trimestral de actividades.	19
CAPÍTULO V:	31
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	31
CAPÍTULO VI:	31
CONCLUSIONES.	31
CAPÍTULO VII:	32
FOTOGRAFÍA.	32

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN GENERAL.

El presente documento corresponde al servicio social realizado en el LDC Tepepan, perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Periodo que comprendió del 1 de agosto de 2024 al 31 de julio de 2025. Esta clínica forma parte de los cuatro espacios clínicos diseñados para la formación profesional de los estudiantes de la Licenciatura en Estomatología, la cual permite poner en práctica los conocimientos en un escenario real. El LDC Tepepan está ubicado en la calle Francisco Villa s/n, colonia San Juan Tepepan, Alcaldía Xochimilco, Ciudad de México, C.P. 16020.¹

El informe se compone de varios apartados que describen el entorno institucional, las labores realizadas y los aprendizajes obtenidos a lo largo del año del servicio social. Dentro de las actividades en las que participé se incluyen actividades administrativas, como el pase de lista, revisión de expedientes clínicos, registro de actividades, admisión y asignación de pacientes, control de instrumental, elaboración de informes trimestrales y anuales e inventarios. Por otro lado, dentro de las actividades clínicas se encuentra la prevención a la salud bucal mediante eliminaciones de sarro, profilaxis, aplicación de flúor, selladores de foseas y fisuras, diagnóstico mediante la elaboración de historias clínicas, exploraciones extraorales, intraorales y radiológicas, terapéuticas como tratamientos operatorios, pulpares, de rehabilitación, quirúrgicos, así como la atención a urgencias odontológicas. Todo lo anterior, se desarrolló bajo la supervisión de personal académico, y conforme a las normas que operan el LDC Tepepan.

Se integra un capítulo destinado a la presentación de un caso clínico, en el que una paciente acudió al LDC para recibir tratamiento integral. Durante la valoración clínica inicial se identificaron lesiones de abfracción en premolares y molares, relacionadas con bruxismo, además de pérdida de estructura dental en el borde incisal de dientes anteriores. Mediante la exploración de la articulación temporomandibular se observó una limitación en la apertura bucal y dolor durante la apertura, lateralidad derecha y protrusión, incluso se logró observar la desviación de la mandíbula de lado derecho. El plan de tratamiento consistió en la restauración de los órganos dentales afectados mediante el uso de ionómero de vidrio vitremer, con el fin de devolver la integridad dental. Posteriormente, se estableció el manejo conservador para tratar el desplazamiento del disco anterior sin reducción, que consistió en la administración de un relajante muscular y el uso de una férula tipo Michigan.

CAPÍTULO II:

CASO CLÍNICO.

Luxación anterior del menisco sin reducción de la articulación temporomandibular: reporte de un caso.

Introducción.

La articulación temporomandibular (ATM) es una estructura sinovial compleja que permite los movimientos de apertura, cierre, protrusión, retrusión y lateralidad mandibular, considerándose fundamental para la masticación, la deglución y el habla.² Dentro de las patologías que puede sufrir la ATM se encuentran desde disfunciones miofasciales que se caracterizan por dolor y limitación secundaria a hiperactividad o desequilibrio muscular, hasta alteraciones internas en la estructura del cóndilo-disco las cuales son más complejas y comprenden el desplazamiento discal con o sin reducción, degeneración condilar y adherencias intraarticulares, todas ellas representan un compromiso mecánico directo de la traslación condilar.³

El disco articular es una estructura fibrocartilaginosa bicóncava que amortigua cargas y facilita la traslación condilar. Su posición va a depender de la integridad y tensión del ligamento colateral y del ligamento lateral pterigoideo accesorio, de la articulación del cóndilo con la fosa mandibular, del equilibrio en la función de los músculos masticatorios y de los factores oclusales que distribuyen las cargas.^{3,4} Si alguno de estos sufre una alteración, el disco puede desplazarse a una posición anterior.

Existen varios mecanismos que contribuyen a que el disco articular se desplace hacia adelante, como es la sobrecarga mecánica, ya que las fuerzas excesivas sobre la articulación generan el desplazamiento anterior del disco gracias a la deformación del tejido retrodiscal o por la compresión posterior crónica. El bruxismo se ha descrito como un factor que favorece el desplazamiento progresivo del disco e incluso a la pérdida de estructura dental, esto justifica la asociación clínica entre abfracciones, ya que son signo de parafunción.^{2,5,6}

Un traumatismo o un movimiento mandibular forzado puede dar lugar a un desplazamiento repentino del disco articular, lesionando los ligamentos y perdiendo la reducción.^{3,6} En pacientes con ligamentos laxos, el disco articular tiene menor retención, dando lugar a que este se pueda desplazar con mayor facilidad gracias a la fuerza de los músculos masticadores.³ Por otro lado, la inflamación crónica y la fibrosis pueden producir adherencias intraarticulares que van a impedir la recaptura del disco articular durante el movimiento de apertura, incluso, el remodelado condilar y la deformación del disco van a dificultar la reducción espontánea.^{3,7} Finalmente, la alteración en la oclusión como pérdida de órganos dentarios, interferencias oclusales o incluso el desgaste de la estructura dental pueden modificar la trayectoria de la mandíbula y aumentar la carga articular, desplazando el disco.⁶

El desplazamiento anterior del disco sin reducción es una alteración intracapsular donde hay un bloqueo mecánico que no permite que el disco articular regrese a su posición normal durante la apertura mandibular.³ Existen dos clasificaciones: unilateral y bilateral. Siendo la primera la más común ya que suele originarse por una carga asimétrica, es decir un trauma lateral, pérdida dental unilateral, maloclusión o alguna parafunción que predomine en un lado. Clínicamente, en el desplazamiento anterior del disco sin reducción unilateral se observa una desviación mandibular hacia el lado afectado, con dolor localizado y limitación de la traslación condilar más marcada. Por su parte la bilateral aparece cuando hay factores sistémicos como una parafunción elevada, patrones oclusales o algún proceso degenerativo generalizado, afectando a ambas articulaciones. Se percibe una limitación de la apertura y dolor bilateral, incluso se ha observado en algunos casos que es la progresión de un proceso unilateral que por repetición de factores o tiempo de evolución llega a afectar no solo a una articulación sino a ambas.^{3,6,7}

Esta patología en concreto representa una de las principales causas de dolor articular y limitación de apertura bucal en la población adulta, clínicamente se observa una apertura bucal menor a 35 mm, desviación hacia el lado afectado, dolor de la ATM a la palpación y cefaleas relacionadas con hiperactividad muscular.^{5,8-10} Cabe mencionar que la apertura máxima es un criterio que ayuda a medir la evolución de esta patología, los valores de referencia en mujeres adultas se encuentran en un rango promedio de 45 mm.¹¹

Dentro de la literatura consultada sobre farmacología, se pudo observar el manejo de AINEs y relajantes musculares los cuales son de gran utilidad para disminuir el dolor en la fase aguda del desplazamiento anterior del disco sin reducción, sin embargo, se muestra que no basta solo con el empleo de estos fármacos, a ellos debe aunarse terapias mecánicas y rehabilitadoras para obtener mayores resultados en la recuperación funcional.^{2,5,9,10,12} Dentro de las terapias utilizadas se encontró el empleo de férulas, mostrando una mejoría en cuanto la apertura y el dolor en pacientes donde la patología esta en su etapa inicial o donde no presentan una adherencia intraarticular severa.^{6,8,13-15}

Existen procedimientos mínimamente invasivos y quirúrgicos como la artrocentesis la cual consiste en una punción directa a la ATM, donde se hace un lavado en el espacio articular superior con solución salina, durante la técnica se tiene que manipular la mandíbula en diversas ocasiones para lograr la apertura máxima, al finalizar el procedimiento se inyecta ácido hialurónico en la cavidad articular con el fin de actuar como fármaco terapéutico, este procedimiento está indicado si no hay una respuesta conservadora, si existe un bloqueo persistente o alguna evidencia de adherencia intraarticular.⁷ Por su parte, la artroscopia consiste en una intervención quirúrgica, según estudios recientes este procedimiento quirúrgico está indicado en el fracaso de los tratamientos previos y se debe realizar en masas confinadas al espacio temporomandibular superior.⁴

El manejo del desplazamiento anterior del disco sin reducción necesita la combinación de diversos métodos, en este caso el empleo de farmacoterapia y el uso de una férula oclusal, donde ambos contribuyen con la disminución del dolor y la corrección de la patología articular. Las férulas tipo Michigan son muy utilizadas para distribuir las cargas oclusales, favoreciendo la disminución del dolor y al mismo tiempo mejorando la relación cóndilo-disco.¹⁶

Estudios de tratamiento conservador muestran que si existe un cambio en la oclusión se puede corregir la distribución de cargas, lo cual favorece a microtraumatismos e incluso en algunos casos el desplazamiento discal.⁶ En cuanto a fases más avanzadas se observan adherencias intraarticulares, fibrosis capsular y deformidades condilares que impiden el desplazamiento del cóndilo y la reducción del disco, con ello se ha demostrado el por qué no todos los casos clínicos responden únicamente a medidas conservadoras y requieren de tratamientos invasivos.³

Objetivo.

Describir el manejo farmacológico y conservador de una paciente con desplazamiento anterior del disco sin reducción.

Presentación del caso.

Paciente femenina de 46 años clasificación ASA I, acude al LDC para tratamiento integral. Al realizar la anamnesis la paciente mencionó que al despertar sentía una sensación de tensión acompañada de dolor en los músculos de la mandíbula. Durante la valoración clínica inicial se observó pérdida de estructura dental en dientes anteriores, específicamente en zona incisal, además de la zona cervical en premolares y molares de los cuatro cuadrantes (Figura 1 y 2). A la exploración de la ATM, la paciente presentó dolor a la palpación de lado derecho, apertura máxima limitada a 23 mm y desviación de la mandíbula del lado afectado (Figura 3).

Antes de proceder al manejo de la articulación se realizaron las restauraciones en los premolares y molares de los cuatro cuadrantes, con ionómero de vidrio vitremer, esto con el fin de estabilizar la oclusión y proteger a los órganos dentarios (Figura 4 y 5).

Los hallazgos clínicos encontrados en la paciente fueron compatibles con el desplazamiento anterior del disco sin reducción, por lo que se optó por este diagnóstico. Se empleó un tratamiento conservador, iniciando la terapia con un relajante muscular nocturno “Dolocam Plus 15mg/215mg (Meloxicam/Metocarbamol)” durante 1 semana.

Posteriormente, se fabricó una férula oclusal tipo Michigan desde cero, utilizando los materiales necesarios y con la supervisión de mi asesor, asegurando el ajuste preciso a su relación céntrica con el fin de distribuir las cargas oclusales y permitir la desprogramación muscular¹⁶ (Figura 6). A la paciente se le dio la indicación que el uso de la férula oclusal era exclusivamente por las noches.

Después de 3 semanas de uso nocturno continuo, la paciente mencionó una disminución significativa de dolor, así como un incremento en la apertura máxima, la cual incremento a 44 mm, comparado a los valores normales reportados (40-50 mm) descritos en la literatura¹⁰ (Figura 7). Clínicamente, hubo una reducción de la tensión muscular y una ausencia de desviación mandibular. Estos resultados coinciden con la literatura consultada, la terapia con férula en la recuperación funcional de pacientes con trastornos internos de la ATM es efectivo.



Figura 1. Fotografía intraoral inicial lado derecho.



Figura 2. Fotografía intraoral inicial lado izquierdo.



Figura 3. Apertura máxima inicial.



Figura 4. Restauraciones con ionómero de vidrio vitremer, lado derecho.



Figura 5. Restauraciones con ionómero de vidrio vitremer, lado izquierdo.



Figura 6. Férula oclusal.



Figura 4. Apertura máxima posterior al tratamiento.

Discusión.

Los resultados obtenidos del presente caso muestran una mejoría progresiva tanto en la apertura máxima como en la disminución del dolor después de la terapia con el relajante muscular y la colocación de la férula. La literatura que aborda las estrategias conservadoras para el manejo inicial del desplazamiento anterior del disco sin reducción menciona que, al realizar una evaluación temprana, tendremos la opción de un tratamiento favorable e invasivo antes de escalar a procedimientos invasivos o incluso quirúrgicos.^{3,8,11}

En cuanto a la apertura máxima, se puede mencionar que los datos de la paciente están a la par con los estudios realizados según Miernik y Więckiewicz, los cuales indican que el uso de férula produce un aumento en la apertura en un corto a mediano plazo, mejorando la funcionalidad masticatoria.⁶

La disminución del dolor en este caso en particular posiblemente sea multifactorial. El manejo farmacológico con el relajante muscular ayudó a reducir la hipertonía, lo cual ayudo mucho a la mejoría de la paciente al disminuir el dolor, tal cual se menciona en las bibliografías sobre terapias farmacológicas en los trastornos temporomandibulares.^{2,5,14} A su vez, la férula actúo disminuyendo la carga oclusal y la sobrecarga articular durante la noche y en episodios de bruxismo, mostrando de esta manera un cuadro menos doloroso, casi nulo con tratamientos combinados.^{7,15}

En este caso clínico se observaron signos compatibles con bruxismo y desgaste cervical por abfracción los cuales se relacionaron con la patología estudiada al ser factores que pueden propiciar a la sobrecarga articular e incluso dificultar el reposicionamiento del disco a su posición funcional. El tratamiento integral de las restauraciones con ionómero de vidrio vitremer, la terapia farmacológica y el uso de la férula favorecieron a la rehabilitación articular, según autores que señalan la

importancia de abordar factores dentales y funciones como parte del manejo integral del desplazamiento del disco sin reducción.^{4,6,16}

Conclusiones.

La evolución de la paciente fue favorable, respaldando el uso de un tratamiento conservador inicial como una opción con evidencia para el manejo del desplazamiento anterior del disco sin reducción. En este caso se decidió efectuar la combinación de un relajante muscular y una férula tipo Michigan lo que permitió mejorar la sintomatología de la paciente y la apertura máxima dentro de sus valores normales.

El uso del relajante muscular mejoro la función articular, controlo el dolor miofascial y disminuyo la hiperactividad y tensión de los músculos masticatorios, ya que estos retienen el dolor y limitan el movimiento mandibular en este tipo de alteraciones. Por otro lado, el uso de la férula oclusal durante la noche ayudo a reducir las cargas articulares estabilizando la oclusión, favoreciendo la relajación muscular y la desprogramación neuromuscular.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son factores clave para un pronóstico favorable, evitando que la patología progrese hacia etapas crónicas donde se presenta un desplazamiento bilateral, fibrosis capsular o adherencias intraarticulares donde el tratamiento resultaría invasivo.

Como conclusión, se puede confirmar que los tratamientos conservadores con una buena planificación y una ejecución temprana muestran una evolución favorable con resultados que devuelven la función de la articulación temporomandibular. Se recomienda hacer uso de la férula por las noches y el seguimiento clínico continuo.

Referencias bibliográficas.

1. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Manual De Funcionamiento De Los Laboratorios De Diseño Y Comprobación De La Licenciatura En Estomatología [En línea]. UAM; [Fecha de acceso 23 de junio de 2025]. Disponible en: http://www2.xoc.uam.mx/ofertaeducativa/divisiones/cbs/lineamientos/manual_reglas.pdf
2. Wu M, Cai J, Yu Y, Hu S, Wang Y, Wu M. Therapeutic agents for the treatment of temporomandibular joint disorders: progress and perspective. *Front Pharmacol.* 2021;11:596099. doi: 10.3389/fphar.2020.596099.
3. Garstka AA, Kozowska L, Kijak K, Brzózka M, Gronwald H, Skomro P, et al. Accurate diagnosis and treatment of painful temporomandibular disorders: a literature review supplemented by own clinical experience. *Pain Res Manag.* 2023;2023:1002235. doi: 10.1155/2023/1002235.
4. Mauro G, Verdecchia A, Suárez-Fernández C, Nocini R, Mauro E, Zerman N. Temporomandibular disorders management—what's new? A scoping review. *Dent J (Basel).* 2024;12(6):157. doi: 10.3390/dj12060157.

5. Minervini G, Franco R, Crimi S, Di Blasio M, D'Amico C, Ronsivalle V, et al. Pharmacological therapy in the management of temporomandibular disorders and orofacial pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):78. doi: 10.1186/s12903-023-03524-8.
6. Miernik M, Więckiewicz W. The basic conservative treatment of temporomandibular joint anterior disc displacement without reduction: review. *Adv Clin Exp Med*. 2015;24(4):731–5. doi: 10.17219/acem/35165.
7. Heo HA, Park S, Pyo SW, Yoon HJ. Clinical outcomes of patients with unilateral internal derangement of the temporomandibular joint following arthrocentesis and stabilization splint therapy. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2024;46(1):24. doi: 10.1186/s40902-024-00436-7.
8. Li J, Zhang Z, Han N. Diverse therapies for disc displacement of temporomandibular joint: a systematic review and network meta-analysis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2022;60(8):1012–22. doi: 10.1016/j.bjoms.2022.04.004.
9. Christidis N, Al-Moraissi EA, Barjandi G, Svedenlöf J, Jasim H, Christidis M, et al. Pharmacological treatments of temporomandibular disorders: a systematic review including a network meta-analysis. *Drugs*. 2024;84(1):59–81. doi: 10.1007/s40265-023-01971-9.
10. Ouanounou A, Goldberg M, Haas DA. Pharmacotherapy in temporomandibular disorders: a review. *J Can Dent Assoc*. 2017;83:h7.
11. Gözler S, Seyedokuyi A, Apak A, Eyüboğlu TF, Özcan M. Temporomandibular joint sound frequencies and mouth-opening distances: effect of gender and age. *J Clin Med*. 2025;14(13):4399. doi: 10.3390/jcm14134399.
12. Kulkarni S, Thambar S, Arora H. Evaluating the effectiveness of nonsteroidal anti-inflammatory drug(s) for relief of pain associated with temporomandibular joint disorders: a systematic review. *Clin Exp Dent Res*. 2020;6(1):134–46. doi: 10.1002/cre2.241.
13. Kulesa-Mrowiecka M, Ciężarek P, Pihut M. Effectiveness of rehabilitation for disk displacement of the temporomandibular joint: a cross-sectional study. *J Clin Med*. 2024;13(3):902. doi: 10.3390/jcm13030902.
14. Di Giacomo P, Di Paolo C, Qorri E, Gatto R, Manes Gravina G, Falisi G. Conservative therapies for TMJ closed lock: a randomized controlled trial. *J Clin Med*. 2022;11(23):7037. doi: 10.3390/jcm11237037.
15. Albagieh H, Alomran I, Binakresh A, Alhatarisha N, Almeteb M, Khalaf Y, et al. Occlusal splints: types and effectiveness in temporomandibular disorder management. *Saudi Dent J*. 2023;35(1):70–9. doi: 10.1016/j.sdentj.2022.12.013.
16. Al-Moraissi EA, Al-Otaibi K, Almaweri AA, Bastos RM, Haas Junior OL, Amran AG. Treatment of painful temporomandibular joint disc displacement without reduction: network meta-analysis of randomized clinical trials. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2024;53(7):584–95. doi: 10.1016/j.ijom.2024.02.004.

CAPÍTULO III:

DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.

El LDC Tepepan, es uno de los cuatro espacios clínicos implementados por la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, buscando la formación integral de los estudiantes de la Licenciatura en Estomatología. El objetivo principal del laboratorio es brindar atención odontológica integral, priorizando la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades bucales, permitiendo el desarrollo de habilidades clínicas, operativas y sociales mediante la atención a la población.¹

El LDC Tepepan fue diseñado para operar como una clínica con servicios odontológicos de calidad y bajo costo, por ello es una opción accesible para la comunidad. Además, se promueve el trabajo interdisciplinario donde los estudiantes son supervisados en todo momento por personal académico calificado, lo que garantiza la calidad del servicio brindado.

Ubicación.

El LDC Tepepan se localiza al sur de la Ciudad de México, en la calle Francisco Villa s/n, entre las calles Emiliano Zapata e Ignacio Zaragoza, Colonia San Juan Tepepan, Alcaldía Xochimilco, C.P. 16020. (Imagen 1).



Imagen 1: Ubicación satelital del LDC. Fuente: Google Maps.

Infraestructura.¹

1. Sala de espera/recepción.
2. Sanitario para pacientes (hombres).
3. Sanitario para pacientes (mujeres).
4. Área para procesado de modelos.
5. Área secretarial.
6. Dos cubículos de Rayos X.
7. Área de revelado de radiografías.
8. Cubículo de Ortopantomografía.

9. Almacén.
10. Área de máquinas (compresoras, succión, purificación de agua).
11. Cubículo para alumnos.
12. Esterilización.
13. Roseta de farmacia.
14. Dirección.
15. Área de vestidores, gavetas y sanitarios (hombres).
16. Área de vestidores, gavetas y sanitarios (mujeres).
17. Área clínica.
18. Dos cubículos de cirugía.
19. Área para personal.
20. Área de depósito de residuos peligrosos biológico-infecciosos /basura.
21. Área de archivo inactivo.
22. Estacionamiento.

Servicios que ofrece el LDC.¹

Atención a la salud bucal individual y comunitaria.

1. Elaboración de historia clínica
 - Registro de datos sociodemográficos.
 - Antecedentes familiares.
 - Antecedentes personales no patológicos.
 - Antecedentes personales patológicos.
 - Evaluación del estado físico general.
 - Evaluación de tejidos blandos y duros bucales.
 - Elaboración de diagnóstico y plan de tratamiento.
 - Elaboración de notas de evolución.
2. Actividades de educación y promoción a la salud, intra y extramuros.
 - Pláticas de salud bucal y general.
 - Teatro guiñol.
 - Elaboración de material de apoyo (trípticos, material audiovisual).
3. Actividades de promoción a la salud y de prevención.
 - Enseñanza de técnicas para control de biopelícula.
 - Aplicación de fluoruros.
 - Evaluación de placa dentobacteriana.
 - Aplicación de selladores de fosetas y fisuras.
 - Eliminación de sarro dental, alisado y pulido coronario.
4. Actividades de diagnóstico y solicitud de exámenes de laboratorio.
 - Elaboración de índices epidemiológicos.
 - Periodontograma y diagnóstico periodontal.
 - Radiografías dentales, panorámicas y laterales de cráneo.
 - Glucemia, química sanguínea, biometría hemática.
 - Solicitud de estudios de laboratorio específicos.

5. Actividades endodónticas.
 - Recubrimiento pulpar.
 - Pulpotomías 1ª dentición.
 - Pulpectomías 1ª dentición.
 - Tratamiento de conductos.
6. Actividades periodontales.
 - Eliminación de factores etiológicos y de retención de biopelícula.
 - Tratamiento quirúrgico.
 - Actividades de mantenimiento.
7. Actividades restaurativas.
 - Obturación con amalgama, resina.
 - Obturación provisional.
 - Incrustaciones.
 - Endoposte.
 - Reconstrucción dental.
 - Corona total.
8. Actividades de rehabilitación bucal.
 - Prostodoncia fija.
 - Prostodoncia parcial removible.
 - Prostodoncia total.
9. Actividades de ortodoncia interceptiva.
 - Colocación de aparatología removibles.
10. Actividades quirúrgicas.
 - Odontectomía de primera y segunda dentición.
 - Biopsias de tejidos duros y blandos.
 - Cirugía dentoalveolar.
 - Cirugía de tejidos blandos.
11. Actividades de emergencia.
 - Tratamiento farmacológico.
 - Drenado de abscesos.
 - Restauraciones provisionales.
12. Actividades de investigación epidemiológica y clínica.
 - Elaboración de casos clínicos.
 - Investigación epidemiológica.

Referencia bibliográfica.

1. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Manual De Funcionamiento De Los Laboratorios De Diseño Y Comprobación De La Licenciatura En Estomatología [En línea]. UAM; [Fecha de acceso 23 de junio de 2025]. Disponible en: http://www2.xoc.uam.mx/ofertaeducativa/divisiones/cbs/lineamientos/manual_reglas.pdf

CAPÍTULO IV:

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.

Durante el periodo correspondiente al servicio social, tuve la oportunidad de realizar diversas actividades dentro de LDC Tepepan que contribuyeron a mi formación profesional. En cada procedimiento realizado se buscó el bienestar odontológico integral de la comunidad, brindando atención preventiva, educativa y curativa de los pacientes atendidos, lo que fue de gran ayuda para reforzar mis conocimientos y mi compromiso social mediante la práctica. Además, realicé diversas actividades administrativas y de apoyo.

A continuación, se muestran las actividades realizadas durante el servicio social, organizadas en tablas mensuales.

Reporte mensual de actividades.

AGOSTO 2024		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	22	20.6
Revisión de expedientes	12	11.2
Admisión de pacientes	0	0.0
Asignación de pacientes	0	0.0
Control de instrumental	2	1.9
Elaboración de informe trimestral	0	0.0
Inventario	1	0.9
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	2	1.9
Profilaxis	2	1.9
Aplicación de flúor	2	1.9
Selladores de fosetas y fisuras	0	0.0
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	5	4.7
Toma de radiografías	8	7.5
Análisis radiográfico	2	1.9
Modelos de estudio	2	1.9
Fotografías intra y extraorales	5	4.7
Urgencias	1	0.9
INTERMEDIAS		
Asistencias	9	8.4
Anestesias	8	7.5
Aislamiento	13	12.1
Farmacoterapia	3	2.8
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	6	5.6
Endodoncia	1	0.9
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	1	0.9
TOTAL	107	100

Tabla 1. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos

SEPTIEMBRE 2024		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	19	20.4
Revisión de expedientes	24	25.8
Admisión de pacientes	0	0.0
Asignación de pacientes	0	0.0
Control de instrumental	2	2.2
Elaboración de informe trimestral	0	0.0
Inventario	0	0.0
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	1	1.1
Profilaxis	2	2.2
Aplicación de flúor	2	2.2
Selladores de fosetas y fisuras	4	4.3
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	1	1.1
Toma de radiografías	4	4.3
Análisis radiográfico	1	1.1
Modelos de estudio	0	0.0
Fotografías intra y extraorales	1	1.1
Urgencias	3	3.2
INTERMEDIAS		
Asistencias	8	8.6
Anestesias	4	4.3
Aislamiento	5	5.4
Farmacoterapia	3	3.2
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	9	9.7
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	0	0.0
TOTAL	93	100

Tabla 2. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

OCTUBRE 2024		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	12	16.7
Revisión de expedientes	14	19.4
Admisión de pacientes	7	9.7
Asignación de pacientes	3	4.2
Control de instrumental	1	1.4
Elaboración de informe trimestral	1	1.4
Inventario	1	1.4
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	0	0.0
Profilaxis	1	1.4
Aplicación de flúor	1	1.4
Selladores de fosetas y fisuras	2	2.8
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	1	1.4
Toma de radiografías	2	2.8
Análisis radiográfico	1	1.4
Modelos de estudio	0	0.0
Fotografías intra y extraorales	1	1.4
Urgencias	1	1.4
INTERMEDIAS		
Asistencias	6	8.3
Anestesias	4	5.6
Aislamiento	6	8.3
Farmacoterapia	1	1.4
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	6	8.3
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	0	0.0
TOTAL	72	100

Tabla 3. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

NOVIEMBRE 2024		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	24	33.8
Revisión de expedientes	8	11.3
Admisión de pacientes	0	0.0
Asignación de pacientes	0	0.0
Control de instrumental	5	7.0
Elaboración de informe trimestral	0	0.0
Inventario	0	0.0
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	2	2.8
Profilaxis	2	2.8
Aplicación de flúor	2	2.8
Selladores de fosetas y fisuras	2	2.8
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	1	1.4
Toma de radiografías	2	2.8
Análisis radiográfico	1	1.4
Modelos de estudio	0	0.0
Fotografías intra y extraorales	1	1.4
Urgencias	1	1.4
INTERMEDIAS		
Asistencias	9	12.7
Anestesias	4	5.6
Aislamiento	2	2.8
Farmacoterapia	1	1.4
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	4	5.6
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	0	0.0
TOTAL	71	100

Tabla 4. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

DICIEMBRE 2024		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	15	25.4
Revisión de expedientes	12	20.3
Admisión de pacientes	0	0.0
Asignación de pacientes	0	0.0
Control de instrumental	4	6.8
Elaboración de informe trimestral	0	0.0
Inventario	0	0.0
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	0	0.0
Profilaxis	1	1.7
Aplicación de flúor	0	0.0
Selladores de fosetas y fisuras	2	3.4
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	1	1.7
Toma de radiografías	3	5.1
Análisis radiográfico	1	1.7
Modelos de estudio	2	3.4
Fotografías intra y extraorales	1	1.7
Urgencias	1	1.7
INTERMEDIAS		
Asistencias	8	13.6
Anestesias	2	3.4
Aislamiento	2	3.4
Farmacoterapia	0	0.0
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	3	5.1
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	1	1.7
TOTAL	59	100

Tabla 5. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

ENERO 2025		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	9	15.5
Registro de expedientes	16	27.6
Admisión de pacientes	6	10.3
Asignación de pacientes	2	3.4
Control de instrumental	2	3.4
Elaboración de informe trimestral y anual	2	3.4
Inventario	1	1.7
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	0	0.0
Profilaxis	0	0.0
Aplicación de flúor	0	0.0
Selladores de foseas y fisuras	2	3.4
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	0	0.0
Toma de radiografías	0	0.0
Análisis radiográfico	0	0.0
Modelos de estudio	0	0.0
Fotografías intra y extraorales	0	0.0
Urgencias	4	6.9
INTERMEDIAS		
Asistencias	7	12.1
Anestesias	2	3.4
Aislamiento	2	3.4
Farmacoterapia	0	0.0
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	3	5.2
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	0	0.0
TOTAL	58	100

Tabla 6. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

FEBRERO 2025		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	14	23.0
Revisión de expedientes	12	19.7
Admisión de pacientes	0	0.0
Asignación de pacientes	0	0.0
Control de instrumental	1	1.6
Elaboración de informe trimestral	0	0.0
Inventario	0	0.0
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	0	0.0
Profilaxis	1	1.6
Aplicación de flúor	1	1.6
Selladores de fosetas y fisuras	3	4.9
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	1	1.6
Toma de radiografías	2	3.3
Análisis radiográfico	1	1.6
Modelos de estudio	2	3.3
Fotografías intra y extraorales	1	1.6
Urgencias	2	3.3
INTERMEDIAS		
Asistencias	11	18.0
Anestesias	2	3.3
Aislamiento	2	3.3
Farmacoterapia	0	0.0
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	4	6.6
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	1	1.6
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	0	0.0
TOTAL	61	100

Tabla 7. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

MARZO 2025		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	19	28.8
Revisión de expedientes	14	21.2
Admisión de pacientes	0	0.0
Asignación de pacientes	0	0.0
Control de instrumental	2	3.0
Elaboración de informe trimestral	0	0.0
Inventario	0	0.0
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	1	1.5
Profilaxis	1	1.5
Aplicación de flúor	0	0.0
Selladores de fosetas y fisuras	0	0.0
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	2	3.0
Toma de radiografías	4	6.1
Análisis radiográfico	1	1.5
Modelos de estudio	2	3.0
Fotografías intra y extraorales	2	3.0
Urgencias	1	1.5
INTERMEDIAS		
Asistencias	9	13.6
Anestesias	2	3.0
Aislamiento	2	3.0
Farmacoterapia	1	1.5
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	2	3.0
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	1	1.5
Prótesis	0	0.0
TOTAL	66	100

Tabla 8. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

ABRIL 2025		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	20	21.7
Revisión de expedientes	24	26.1
Admisión de pacientes	0	0.0
Asignación de pacientes	0	0.0
Control de instrumental	3	3.3
Elaboración de informe trimestral	0	0.0
Inventario	0	0.0
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	1	1.1
Profilaxis	2	2.2
Aplicación de flúor	2	2.2
Selladores de fosetas y fisuras	4	4.3
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	2	2.2
Toma de radiografías	2	2.2
Análisis radiográfico	1	1.1
Modelos de estudio	2	2.2
Fotografías intra y extraorales	2	2.2
Urgencias	3	3.3
INTERMEDIAS		
Asistencias	6	6.5
Anestesias	3	3.3
Aislamiento	8	8.7
Farmacoterapia	0	0.0
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	6	6.5
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	1	1.1
TOTAL	92	100

Tabla 9. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

MAYO 2025		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	4	7.1
Revisión de expedientes	0	0.0
Admisión de pacientes	6	10.7
Asignación de pacientes	30	53.6
Control de instrumental	0	0.0
Elaboración de informe trimestral	1	1.8
Inventario	1	1.8
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	0	0.0
Profilaxis	0	0.0
Aplicación de flúor	0	0.0
Selladores de fosetas y fisuras	0	0.0
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	0	0.0
Toma de radiografías	0	0.0
Análisis radiográfico	0	0.0
Modelos de estudio	0	0.0
Fotografías intra y extraorales	0	0.0
Urgencias	4	7.1
INTERMEDIAS		
Asistencias	3	5.4
Anestesias	0	0.0
Aislamiento	1	1.8
Farmacoterapia	4	7.1
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	2	3.6
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	0	0.0
TOTAL	56	100

Tabla 10. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

JUNIO 2025		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	21	21.9
Revisión de expedientes	14	14.6
Admisión de pacientes	0	0.0
Asignación de pacientes	0	0.0
Control de instrumental	3	3.1
Elaboración de informe trimestral	0	0.0
Inventario	0	0.0
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	3	3.1
Profilaxis	3	3.1
Aplicación de flúor	3	3.1
Selladores de fosetas y fisuras	0	0.0
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	2	2.1
Toma de radiografías	5	5.2
Análisis radiográfico	1	1.0
Modelos de estudio	0	0.0
Fotografías intra y extraorales	1	1.0
Urgencias	2	2.1
INTERMEDIAS		
Asistencias	8	8.3
Anestesias	7	7.3
Aislamiento	7	7.3
Farmacoterapia	2	2.1
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	14	14.6
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	0	0.0
TOTAL	96	100

Tabla 11. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

JULIO 2025		
Actividades	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS		
Pase de lista	23	27.1
Revisión de expedientes	11	12.9
Admisión de pacientes	0	0.0
Asignación de pacientes	0	0.0
Control de instrumental	3	3.5
Elaboración de informe trimestral	0	0.0
Inventario	0	0.0
PREVENTIVAS		
Eliminación de sarro	1	1.2
Profilaxis	1	1.2
Aplicación de flúor	0	0.0
Selladores de fosetas y fisuras	3	3.5
DIAGNÓSTICAS		
Historia clínica	0	0.0
Toma de radiografías	1	1.2
Análisis radiográfico	1	1.2
Modelos de estudio	2	2.4
Fotografías intra y extraorales	4	4.7
Urgencias	1	1.2
INTERMEDIAS		
Asistencias	6	7.1
Anestesias	6	7.1
Aislamiento	9	10.6
Farmacoterapia	2	2.4
TERAPÉUTICAS		
Operatoria	10	11.8
Endodoncia	0	0.0
Periodoncia	0	0.0
Exodoncias	0	0.0
Prótesis	1	1.2
TOTAL	85	100

Tabla 12. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

Actividades totales	Número	Porcentaje
ADMINISTRATIVAS	453	49.5
PREVENTIVAS	62	6.8
DIAGNÓSTICAS	115	12.6
INTERMEDIAS	210	22.9
TERAPÉUTICAS	76	8.3
TOTAL	916	100

Tabla 13. Fuente: Bitácora de servicio social y expedientes clínicos.

CAPÍTULO V:

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Como se muestra en las tablas, el total de las actividades realizadas durante el año del servicio social fue de 916, observando que las actividades con mayor proporción son las administrativas con un porcentaje del 49.5%, seguidas de las intermedias, las diagnósticas, las terapéuticas y por último las preventivas. Estos valores demuestran que el servicio odontológico no solo implica la atención clínica directa, sino también la organización, control y registros los cuales permiten garantizar el servicio brindado a los pacientes. El mayor porcentaje de actividades administrativas e intermedias puede interpretarse como un reflejo de la dinámica del LDC Tepepan, donde es indispensable el cumplimiento de procedimientos de organización y de apoyo para alcanzar de manera eficaz los tratamientos terapéuticos.

Todas las actividades en conjunto corresponden a las necesidades de salud de la comunidad, ya que abarcan desde la prevención y detección oportuna de patologías hasta el tratamiento y seguimiento de estas. Cabe resaltar que cada uno de los tratamientos se llevó a cabo conforme a los protocolos de atención y se aplicaron medidas de bioseguridad como protección tanto para el paciente como para el personal odontológico.

CAPÍTULO VI:

CONCLUSIONES.

Los doce meses que realicé el servicio social representaron una etapa enriquecedora tanto en el ámbito académico como en el personal. Este periodo me permitió aplicar los conocimientos adquiridos durante la licenciatura, los diagnósticos y procedimientos fueron un constante aprendizaje, los cuales día con día reforzaron mis habilidades diagnósticas y clínicas.

La práctica odontológica que desarrollé en el LDC Tepepan fue una experiencia que me dio la oportunidad para mejorar mi criterio profesional. Asimismo, el acompañamiento del personal clínico fue clave fundamental para este proceso, contar con la guía constante de mis asesores fue un pilar esencial que marcó mi formación durante este periodo, su orientación me permitió mejorar técnicas y adquirir autonomía en la práctica clínica.

La Universidad Autónoma Metropolitana, particularmente la Unidad Xochimilco, ha sido una casa de estudios que me ha brindado una formación sólida, crítica y humanista. Todo lo anterior se vio reflejado en este año del servicio social, donde aplique y reafirme mis conocimientos con cada caso clínico.

CAPÍTULO VII:

FOTOGRAFÍA.

