



DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

**MANEJO ESTOMATOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES:
PÉNFIGO VULGAR, LIQUEN PLANO Y SÍNDROME DE SJÖGREN. REVISIÓN
DE LA LITERATURA**

PRESENTA:

JORGE ANTONIO BARRÓN ALVAREZ

MATRICULA: 2203059001

FEBRERO 2025 – FEBRERO 2026

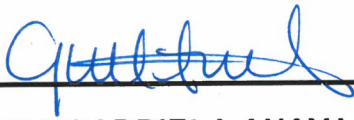
ASESORAS:

DRA. IRMA GABRIELA ANAYA SAAVEDRA

MTRA. STEPHANIE SÁNCHEZ MEJORADA

Manejo estomatológico de las enfermedades autoinmunes:
pénfigo vulgar, líquen plano y síndrome de Sjögren.
Revisión de la literatura

SERVICIO SOCIAL – UAM XOCHIMILCO



DRA. IRMA GABRIELA ANAYA SAAVEDRA

ASESORA INTERNA

Maestría en Patología y Medicina Bucal



MTRA. STEPHANIE SÁNCHEZ MEJORADA

ASESORA EXTERNA

Maestría en Patología y Medicina Bucal



CDEOP Karla Ivette Olvera Olvera

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL

DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN

El servicio social realizado en el periodo del 31 de enero del 2025 al 01 de febrero del 2026 en el programa de Patología y Medicina Bucal, específicamente en el Laboratorio de Diseño y Comprobación de Tepepan y en la Clínica de Patología y Medicina Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco (UAM-X), se llevó a cabo la atención de pacientes que acudían al servicio por presentar alguna alteración o lesión en la cavidad oral, recibiendo atención especializada por parte de los doctores y estudiantes de patología y medicina bucal a cargo de estos servicios, los cuales determinan el diagnóstico y tratamiento certero y llevan a cabo el seguimiento de la evolución del paciente. Las actividades realizadas por los pasantes de la licenciatura en Estomatología dentro de estos servicios permiten ampliar el conocimiento de diversas patologías así como el papel del estomatólogo en su detección temprana, y permiten impulsar el desarrollo profesional y personal como profesionales de la salud.

Algunas patologías de la cavidad oral son causadas por enfermedades autoinmunes como el pénfigo vulgar, el liquen plano y el síndrome de Sjögren. Clínicamente, la primera se caracteriza por la formación de ampollas en la mucosa oral, el liquen plano puede presentarse de diversas maneras, pero se caracteriza principalmente por la formación de placas blanquecinas, por último, el síndrome de Sjögren afecta las glándulas salivales, generando sequedad en la cavidad oral (xerostomía). El control de estas enfermedades requiere un manejo multidisciplinario para evitar su progresión y para ello el estomatólogo tiene la responsabilidad de identificar cualquier expresión anormal en cavidad oral y realizar la remisión con el especialista

de forma adecuada. El presente trabajo está dirigido a los estomatólogos de práctica general que tiene como objetivo ser una guía para el conocimiento más profundo de estas patologías.

Palabras clave: Enfermedad autoinmune, cavidad oral, pénfigo vulgar, liquen plano, síndrome de Sjögren.

ÍNDICE

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	1
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN.....	4
2.1. MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.1. SISTEMA INMUNE.....	4
2.1.2. ENFERMEDADES AUTOINMUNES.....	5
2.1.2.1. ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN CAVIDAD ORAL.....	6
2.1.3. PÉNFIGO VULGAR.....	6
2.1.3.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	6
2.1.3.2. FACTORES ASOCIADOS.....	7
2.1.3.3. PATOGÉNESIS.....	7
2.1.3.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN CAVIDAD ORAL.....	8
2.1.3.5. DIAGNÓSTICO.....	9
2.1.3.6. MANEJO ESTOMATOLÓGICO Y TRATAMIENTO.....	10
2.1.4. LIQUEN PLANO.....	12
2.1.4.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	13
2.1.4.2. FACTORES ASOCIADOS.....	13
2.1.4.3. PATOGÉNESIS.....	13
2.1.4.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN CAVIDAD ORAL.....	14
2.1.4.6. DIAGNÓSTICO.....	16
2.1.4.7. MANEJO ESTOMATOLÓGICO Y TRATAMIENTO.....	18
2.1.5. SÍNDROME DE SJÖGREN.....	19

2.1.5.1. EPIDEMIOLOGÍA	20
2.1.5.2. FACTORES ASOCIADOS	20
2.1.5.3. PATOGÉNESIS	21
2.1.5.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN CAVIDAD ORAL	21
2.1.5.5. DIAGNÓSTICO	22
2.1.5.6. MANEJO ESTOMATOLÓGICO Y TRATAMIENTO	24
2.1.6. CONCLUSIONES	26
2.1.7. BIBLIOGRAFÍA	27
CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA	31
3.1. INTRODUCCIÓN	31
3.2. LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN DE SISTEMAS ESTOMATOLÓGICOS TEPEPAN (LDC TEPEPAN)	31
3.2.1. LOCALIZACIÓN	32
3.2.2. ANTECEDENTES	32
3.2.3. ORGANIZACIÓN	32
3.3. CLÍNICA DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - XOCHIMILCO (UAM-X)	33
3.3.1. LOCALIZACIÓN	33
3.3.2. ANTECEDENTES	33
3.3.3. ORGANIZACIÓN	34
3.4. BIBLIOGRAFÍA	35
CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	39

4.1. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL EN LDC TEPEPAN ...	39
CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	41
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	42

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL

El servicio social realizado en el periodo de febrero 2025 a febrero 2026 en el departamento de Posgrado de Medicina y Patología Bucal emplea un programa en el cual se atiende, evalúa, diagnostica y trata a pacientes que presentan alguna variante de la normalidad o lesión en la cavidad oral, los cuales son evaluados en distintas clínicas, dentro de las cuales se encuentran el Laboratorio de Diseño y Comprobación de Sistemas Estomatológicos Tepepan (LDC Tepepan) y la Clínica de Patología y Medicina Bucal de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco (UAM-X). ubicados en la Ciudad de México.

Dentro de las patologías que podemos observar en estos servicios, se encuentran las enfermedades autoinmunes tales como: el pénfigo vulgar, liquen plano y el síndrome de Sjögren.

Para comprender qué es una enfermedad autoinmune, es importante saber que el sistema inmune es una red de células y moléculas con la capacidad de proteger al individuo de microorganismos patógenos, e inclusive destruir células neoplásicas (Sanz y cols., 2017). Una enfermedad autoinmune es aquella en la que el sistema inmune ataca o destruye las células y moléculas del propio organismo. Estas presentan una prevalencia entre el 3% al 5% en la población mundial. Son de carácter crónico, por lo que presentan un daño continuo y progresivo, pudiendo afectar uno o más órganos (Morin y cols., 2016; González y Padrón, 2021).

El Pénfigo vulgar, el Liquen plano y el Síndrome de Sjögren son enfermedades autoinmunes que presentan manifestaciones en la cavidad oral. El pénfigo vulgar

es una enfermedad crónica mucocutánea que se caracteriza por la formación de ampollas que llevan a la pérdida de integridad de la mucosa. Las lesiones suelen iniciar en cavidad oral y posteriormente presentar lesiones en piel (Carmona y cols., 2018; Mercedes y cols., 2016). De igual manera, el liquen plano es una enfermedad crónica que afecta la mucosa oral, pero también puede afectar la piel, la mucosa genital, la piel cabelluda y las uñas. Esta enfermedad posee una gran variedad de presentaciones clínicas, las cuales suelen agruparse en dos categorías; lesiones blancas-queratósicas o rojas-erosivas. En la cavidad oral, en la mayoría de los casos, las lesiones suelen ser bilaterales, múltiples y simétricas (Araújo 2018; Villanueva y cols., 2018; Jajam y Niklander, 2022). Por último, el Síndrome de Sjögren es un trastorno crónico que afecta a las glándulas secretoras, principalmente a las glándulas lagrimales y salivales. Entre sus manifestaciones clínicas destaca la sequedad de la mucosa bucal denominada xerostomía, y también se puede presentar sequedad en mucosa nasal, mucosa vaginal e incluso en piel (Rozo y cols., 2022; Solis y Barreto, 2021; Calle y cols., 2021).

El Pénfigo vulgar presenta una incidencia de 0.5-3.2 casos por cada 100,000 habitantes y presenta una mortalidad promedio del 30% si no es tratada de una manera adecuada. El Liquen plano presenta una prevalencia mundial promedio de entre 1 y 2.2% (Jajam y Niklander, 2022). El Síndrome de Sjögren presenta una incidencia promedio de 6.92% por cada 100,000 habitantes y su diagnóstico es de importancia debido a que puede estar asociado a otras enfermedades autoinmunitarias como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, entre otras (Rozo y cols., 2022; Solis y Barreto, 2021)

El control de cualquier enfermedad autoinmune suele requerir una combinación de tratamientos que tienen como objetivo únicamente el control de la enfermedad y su sintomatología, ya que estas enfermedades pueden llegar a afectar el bienestar y la calidad de vida de las personas. Su diagnóstico puede ser complejo y requiere de antecedentes médicos, exploraciones físicas y exámenes clínicos (Aulla y cols., 2024). Es por ello que el estomatólogo tiene la responsabilidad de conocer las características de las enfermedades autoinmunes que tienen una expresión en la cavidad oral, lo cual permitirá su correcta y oportuna identificación y poder así tener un diagnóstico y tratamiento correctos y oportunos.

CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO.

2.1.1. SISTEMA INMUNE.

Todos los días, el ser humano se encuentra expuesto a una gran variedad de microorganismos capaces de producir una enfermedad, es por ello que el ser humano cuenta con un sistema ampliamente desarrollado que está conformado por grupos celulares y moleculares, dando lugar al sistema inmune o sistema inmunológico (Sanz y cols., 2017; Cedillo y cols., 2015).

El sistema inmune cuenta con una capacidad de reconocimiento molecular, que le permite distinguir entre las células del organismo y otros componentes que no son propios como los que constituyen a las bacterias, hongos, virus o cualquier otra sustancia ajena, los cuales son conocidos como antígenos, e incluso tiene la capacidad de diferenciar células neoplásicas y eliminarlas (Cedillo y cols., 2015).

El sistema inmune se puede dividir en: sistema inmune innato y sistema inmune adaptativo; el sistema inmune innato es la primer línea de defensa, es inespecífico porque actúa de manera inmediata ante la presencia de cualquier antígeno; el sistema inmune adaptativo se desarrolla después de la exposición a agentes infecciosos, generando memoria inmunológica, por lo que al exponerse nuevamente al mismo agente patógeno, el sistema inmune tendrá la capacidad de tener una respuesta inmediata y específica ante este y podrá eliminarlo. Sin embargo, el sistema inmunológico puede fallar y comenzará a atacar a células o tejidos propios,

generando así enfermedades llamadas autoinmunes o algún tipo de cáncer (Cedillo y cols., 2015).

2.1.2. ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Las enfermedades autoinmunes son causadas cuando existe una alteración en la respuesta inmunológica en la cual el organismo reconoce a las células o moléculas propias como extrañas, desencadenando contra ellas una respuesta inmune que genera daño a los tejidos y dependiendo del tipo de enfermedad, se afecta uno o múltiples órganos (González y Padrón, 2021; Cruz y cols., 2020; Wang y cols., 2015).

La aparición de enfermedades autoinmunes puede verse influenciada por múltiples factores: genéticos, infecciosos, ambientales, estresantes, hormonales, entre otros. Sin embargo, en la actualidad, aún se desconoce con exactitud cuáles son los factores etiológicos específicos que desencadenan este tipo de enfermedades (González y Padrón, 2021; Cruz y cols., 2020; Wang y cols., 2015).

La prevalencia e incidencia de enfermedades autoinmunes dependerá de acuerdo a las regiones geográficas. Sin embargo, a nivel mundial, la prevalencia oscila entre el 3% al 5% y una incidencia de 990 por cada 100,000 habitantes (González y Padrón, 2021; Cruz y cols., 2020; Wang y cols., 2015). A pesar de ser consideradas enfermedades poco frecuentes, sus niveles de mortalidad y morbilidad son significativos. Por otra parte, las enfermedades autoinmunes presentan una mayor frecuencia en mujeres que en hombres, con una proporción que oscila en 10:1. Actualmente se desconoce el motivo por el que las mujeres son las más afectadas (González y Padrón, 2021; Cruz y cols., 2020; Wang y cols., 2015).

2.1.2.1. ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN CAVIDAD ORAL

Las enfermedades autoinmunes suelen presentar manifestaciones en cavidad oral, muchas veces siendo esta la primera manifestación de la enfermedad, las expresiones más comunes de las enfermedades autoinmunes en cavidad oral son la presencia de ulceraciones, erosiones y eritemas. Muchas de estas enfermedades presentan lesiones muy similares, por lo que el diagnóstico diferencial suele ser amplio. Es de vital importancia la realización de una anamnesis precisa, una correcta exploración física y, según sea el caso, la realización de estudios complementarios (Saccucci y cols., 2018; Baglama y cols., 2018).

2.1.3. PÉNFIGO VULGAR

El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune caracterizada por la formación de ampollas que pueden evolucionar a erosiones generando pérdida de la continuidad de barreras cutáneas o mucosas. Las manifestaciones pueden presentarse en cualquier parte de la cavidad oral en aproximadamente 88% de los pacientes y suele ser la primera expresión de la enfermedad en el 18% de los casos (Carmona y cols., 2018; Mercedes y cols., 2016; Reilly y cols., 2019).

2.1.3.1. EPIDEMIOLOGÍA

El pénfigo vulgar presenta una incidencia de 2 a 10 casos por cada millón de habitantes y una prevalencia de 0.1 a 0.7 por cada 100,000 habitantes (González y cols., 2019). Otros autores, como Marchena y cols., mencionan que su incidencia es de 0.5 a 3.2 casos por cada 100,000 habitantes y se ha reportado una mayor incidencia en la población judía, hindú y asiática (Carmona y cols., 2018). Su

aparición media oscila entre los 40 a 60 años de edad y no existe una predilección por algún sexo (González y cols., 2019).

2.1.3.2. FACTORES ASOCIADOS

Como ya se mencionó, el pénfigo vulgar tiene mayor predisposición en población judía, hindú y asiática, por lo que se sabe que su origen puede estar determinado por factores genéticos, sin embargo, suelen requerirse factores desencadenantes, tales como factores ambientales, el consumo de medicamentos (Antiinflamatorios No Esteroideos [AINES], penicilinas, antihipertensivos, quimioterapéuticos, cloroquina, imiquimod, entre otros), agentes físicos (quemaduras, traumas, radiaciones), virus, alimentos (ajo, puerro, fenoles y taninos) y estrés (Peralta y cols., 2022; González 2021)

2.1.3.3. PATOGÉNESIS

La patogenia del pénfigo vulgar está dada por la formación de autoanticuerpos de la inmunoglobulina G (IgG) contra la desmogleína 1 (Dsg1) y desmogleína 3 (Dsg3), estas se encuentran en la superficie de los queratinocitos y tiene como función permitir la adherencia entre estos, por tal motivo, los autoanticuerpos formados producen la ruptura intercelular de los queratinocitos generando pérdida de continuidad de barreras cutáneas y mucosas, causando las lesiones características del pénfigo vulgar. La Dsg1 predomina en las mucosas, mientras que la Dsg3 predomina en el epitelio, cuando las lesiones se manifiestan en cavidad oral, los autoanticuerpos se encuentran contra la Dsg1, en cambio, cuando son lesiones cutáneas se encuentran contra la Dsg3 (González 2021; González y cols., 2019).

2.1.3.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN CAVIDAD ORAL

Los pacientes que padecen pénfigo vulgar suelen expresar sus primeras lesiones en la cavidad oral, siendo la ampolla y vesículas las lesiones elementales de la enfermedad, estas pueden ser únicas o múltiples, con contenido seroso o hemorrágico, las cuales se pueden localizar en cualquier zona de la cavidad oral, aunque presentan mayor prevalencia en la mucosa yugal (Figura 1). Las lesiones se rompen con facilidad produciendo erosiones irregulares y dolorosas causando dificultad al masticar, hablar y deglutir llegando a generar anemia o desnutrición (Figura 2 y 3). Además, cuando se produce una erosión, la mucosa queda expuesta a microorganismos que pueden causar infecciones sistémicas y generar inmunosupresión (Carmona y cols., 2018; Mercedes y cols., 2016).



Figura 1. Pénfigo vulgar. Úlceras irregulares en piso de boca y vientre lingual (Neville y cols., 2008).



Figura 2. Pénfigo vulgar. Erosiones en mucosa yugal izquierda (Neville y cols., 2008).



Figura 3. Pénfigo vulgar. Erosiones en margen gingival (Neville y cols., 2008).

2.1.3.5. DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico de pénfigo vulgar se requiere la combinación de hallazgos clínicos e histopatológicos; los hallazgos clínicos en cavidad oral son los mencionados anteriormente; las características histopatológicas se basan en la presencia de acantólisis de los queratinocitos en la capa suprabasal y la parte baja de la capa espinosa (Figura 4), pruebas en sangre para detectar la presencia de autoanticuerpos contra la Dsg3, por su predominio de lesiones mucosas, en

comparación con infecciones mucocutáneas donde se encuentran autoanticuerpos contra Dsg1 y Dsg3, y con el pénfigo foliáceo, en donde únicamente se encuentra autoanticuerpos contra la Dsg1. Por otra parte, existe una prueba llamada “*prueba de Nikolsky*” en donde el estomatólogo realiza una ligera presión con algún aditamento, como un hisopo, en la mucosa alrededor de una ampolla o cercana a ella, si la mucosa se desprende con facilidad, la prueba es positiva, siendo una característica del pénfigo vulgar (Carmona y cols., 2018; González y cols., 2019). Es de importancia realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías que causan lesiones similares, tales como eritema multiforme, penfigoide de las membranas mucosas, liquen plano ampollar, entre otras (Carmona y cols., 2018).

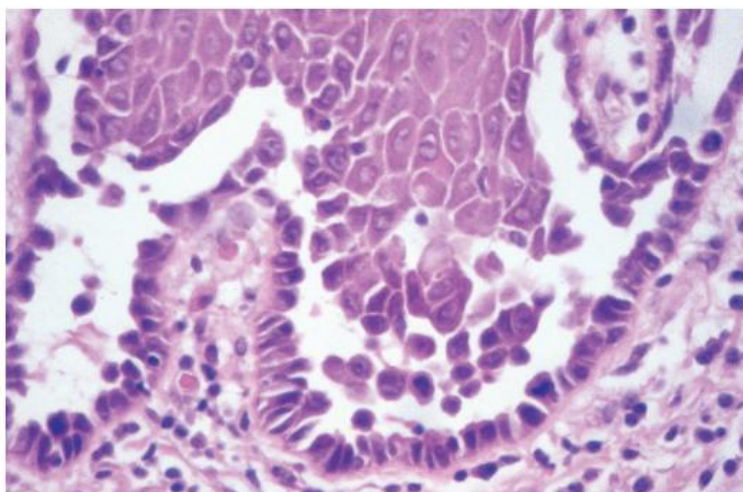


Figura 4. Pénfigo vulgar. Fotomicrografía de hendidura intraepitelial mostrando células epiteliales basales en empalizada y células redondeadas acantolíticas (Neville y cols., 2008).

2.1.3.6. MANEJO ESTOMATOLÓGICO Y TRATAMIENTO

Como ya se mencionó las primeras manifestaciones del pénfigo vulgar suelen expresarse en cavidad oral, es por ello que el estomatólogo tiene la responsabilidad de identificar las primeras lesiones y las subsecuentes una vez confirmado el

diagnóstico de pénfigo vulgar. El estomatólogo debe remitir al paciente con el profesional competente quién dará la atención especializada y pertinente (Martín y Clemente, 2023).

El objetivo del tratamiento terapéutico es controlar la enfermedad y realizar una reducción progresiva hasta tratar de llegar a una remisión completa de la enfermedad (Peralta y cols., 2022). La piedra angular del tratamiento es el uso de corticoesteroides, los cuales lograron reducir la tasa de mortalidad del pénfigo vulgar de un 75% a un 30% (González y cols., 2016; Veneri y cols., 2021). Sin embargo, estos presentan graves efectos adversos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, úlceras gástricas, entre otras (Veneri y cols., 2021).

De acuerdo a la Academia Europea de Dermatología y Venereología (AEDV) (Veneri y cols., 2021), la primera opción de tratamiento se basa en prednisona entre 0.5 a 1.5 mg/kg diarios, en un tiempo de hasta dos semanas, esperando encontrar mejoras, de no ser así, la dosis se puede elevar hasta 2 mg/kg (González y cols., 2019; Veneri y cols., 2021). Con este tratamiento, se espera que no se desarrollen lesiones en un lapso de 2 semanas y que el 80% de las lesiones ya existentes hayan cicatrizado. Si esto se consigue, las dosis del tratamiento se van disminuyendo gradualmente, en caso de una recaída, se vuelve a la dosis anterior, de no funcionar, se puede regresar a la dosis inicial (Veneri y cols., 2021).

En el Foro Europeo de Dermatología (FED) (Veneri y cols., 2021) menciona que, en los casos refractarios a la prednisona o en situaciones en las que los corticoides están contraindicados, se puede utilizar como tratamiento el uso de inmunosupresores como la azatioprina o micofenolato mofetil, sin embargo, en casos donde no sea viable administrar inmunosupresores, se ha utilizado el

rituximab, un anticuerpo que impide la maduración y producción de autoanticuerpos, administración de inmunoglobulinas intravenosa con el objetivo de eliminar autoanticuerpos presentes en sangre, la realización de plasmaféresis para separar de manera rápida los autoanticuerpos de la sangre del paciente, o el implemento de antiinflamatorios muy potentes como el dapsona y metotrexato. Se puede utilizar la combinación de medicamentos para un tratamiento más completo y eficaz, esto dependerá de cada caso en particular (González y cols., 2019; Veneri y cols., 2021).

2.1.4. LIQUEN PLANO

El liquen plano es una enfermedad autoinmune crónica inflamatoria que afecta la piel, mucosa genital, la piel cabelluda, las uñas y la cavidad oral, la cual se ve afectada entre un 60% a 70% de los casos, presentando lesiones compuestas por estrías blanquecinas (estrías de Wickham) asociadas con fondo eritematoso, comúnmente presentándose de manera bilateral y simétrica, aunque esto puede variar (Araujo y cols., 2018).

Su etiología es incierta, sin embargo, se ha asociado con factores como el estrés, la diabetes, la ansiedad, predisposición genética, enfermedades autoinmunes e infecciones (Araújo y cols., 2018). El liquen plano se clasifica en reticular, atrófico, ampolloso, papular, erosivo/ulcerativo y en placa, que a su vez se pueden agrupar en; lesiones blancas: reticular y en placa; lesiones erosivas: atrófica, erosiva, ampollosa (Araújo y cols., 2018; Jajam y Niklander, 2022).

2.1.4.1. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del liquen plano a nivel mundial oscila entre 0.1 a 2.2% afectando con mayor frecuencia a adultos entre la tercera y la quinta década de vida, con una predisposición mayor en mujeres con proporción 3:2 en comparación con los hombres (Villanueva y cols., 2018).

2.1.4.2. FACTORES ASOCIADOS

Las causas del liquen plano son inciertas y su relación con otros factores desencadenantes tampoco ha sido clara, sin embargo, se ha relacionado con la diabetes, la ansiedad, el estrés, enfermedades autoinmunes, predisposición genética, entre otras (Araújo y cols., 2018). Algunos autores describen que la etiopatogenia puede estar relacionada con el virus de hepatitis C (VHC) como efecto a la respuesta inmunitaria producida por el virus (Jajam y Niklander, 2022). Por otra parte, la teoría más aceptada como causa del liquen plano es por una desregulación de la respuesta inmunológica que provoca una reacción contra antígenos epiteliales propios (Jajam y Niklander, 2022).

2.1.4.3. PATOGÉNESIS

Se desconoce cuál es la patogénesis del liquen plano, pero se considera que existe una actividad anormal en receptores tipo Toll (TLR), los cuales son proteínas de membrana asociados a patógenos. Los TLR se expresan en células dendríticas plasmocitoides (pDC) que tienen la función de combatir patógenos virales mediante linfocitos T. La actividad anormal de los TLR en los pDC provoca una cantidad excesiva de linfocitos T que van a destruir queratinocitos, pudiendo provocar así, las lesiones del liquen plano (Kumar y Lipner, 2021).

Por otra parte, se ha demostrado una asociación entre el liquen plano y la hepatitis C, debido a que son patógenos virales. De la misma manera, se ha relacionado al liquen plano con alergia a los metales y a reacciones medicamentosas (AINES, antihipertensivos, entre otros) (Kimar y Lipner, 2021).

2.1.4.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN CAVIDAD ORAL

Como ya se mencionó, el liquen plano puede expresarse de diferentes maneras en la cavidad oral, en lesiones blancas queratósicas o rojas erosivas, sin importar la variante de liquen plano que se presente, se suelen presentar estrías blanquecinas (estrías de Wickham) con un fondo eritematoso (Jajam y Niklander, 2022).

Con relación a las lesiones blancas queratósicas, encontramos el liquen plano reticular que presenta líneas blancas en forma de encaje o pápulas en la mucosa oral formando un aspecto de red que es una característica distintiva de este tipo de variante (Figura 5 y 6), mientras el liquen plano en forma de placa se caracteriza por la aparición de una placa blanquecina junto con las estrías de Wickham que suele afectar principalmente a pacientes fumadores (Nukaly y cols., 2024). Por otra parte, en las lesiones rojas erosivas encontramos el liquen plano erosivo que presenta estrías de Wickham, úlceras, erosiones y zonas eritematosas que ocasionan ardor y molestias en las áreas afectadas (Figura 7), mientras que el liquen plano atrófico se caracteriza por el adelgazamiento de la mucosa en cavidad oral generando una apariencia de parche que puede ser de color rojo o violáceo acompañado de las estrías de Wickham; por su parte el liquen plano bulloso o ampolloso presenta vesículas dentro de la cavidad oral que al romperse generan úlceras únicas o

múltiples que ocasiona molestias al comer, hablar o beber, en este punto, el liquen plano se conoce como liquen plano ulcerativo (Nukaly y cols., 2024).

En ocasiones se puede ver afectada la encía lo cual se denomina gingivitis atrófica que se caracteriza por el adelgazamiento epitelial dejando una superficie lisa y brillante localizada principalmente en encía adherida y papilas interdentes, provocando ardor, sensibilidad y dolor, y puede llegar a convertirse en un liquen plano erosivo (Figura 8) (Nukaly y cols., 2024).



Figura 5. Liquen plano. Líneas blancas y pápulas características de la enfermedad (Neville y cols., 2008).



Figura 6. Liquen plano. Lesiones blancas con estrías de Wickham y áreas de pigmentación posiblemente asociadas a inflamación (Neville y cols., 2008).



Figura 7. Liquen plano. Estrías de Wickham asociadas a lesión ulcerativa (Neville y cols., 2008).



Figura 8. Liquen plano. Erosión en margen gingival y encía adherida, característico de gingivitis atrófica (Neville y cols., 2008).

2.1.4.6. DIAGNÓSTICO

En ocasiones el líquen plano oral puede ser diagnosticado únicamente con las características clínicas antes mencionadas, sin embargo, en algunos casos, estos hallazgos no son lo suficientemente contundentes para poder llegar a un diagnóstico certero, por lo que se recomienda la realización de una biopsia y el estudio histopatológico de la lesión (Jajam y Niklander, 2022; Nukaly y cols., 2024). En el estudio histopatológico se pueden observar distintos grados de ortoqueratosis y paraqueratosis en la superficie del epitelio, esto dependerá si la muestra se toma

de una zona erosiva o reticular, y los procesos epiteliales se muestran hiperplásicos con una forma muy típica del liquen plano, en forma puntiaguda o “dentada” con infiltración linfocitaria (Figura 9) (Neville y cols., 2008).

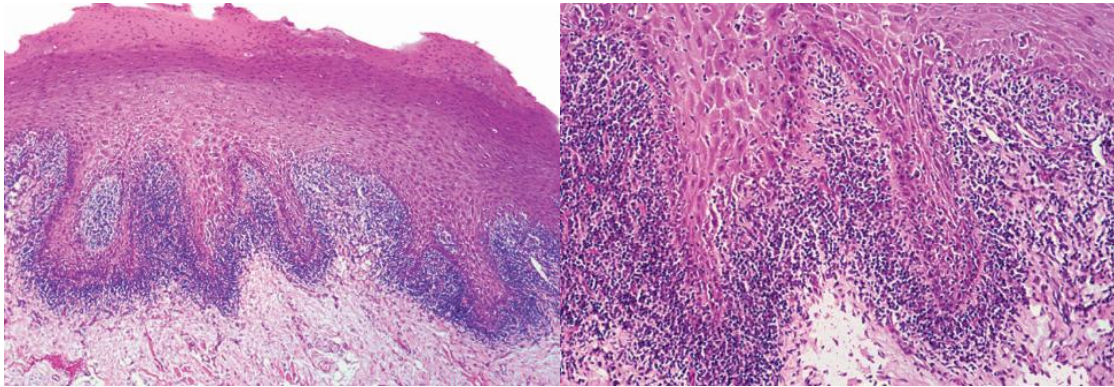


Figura 9. Liquen plano. La primera imagen muestra hiperqueratosis, crestas interpapilares en forma de sierra y un infiltrado de linfocitos. La segunda imagen muestra migración de linfocitos al epitelio inferior (Neville y cols., 2008).

Por otra parte, se aprecia una destrucción de la capa de células basales, acompañado de un infiltrado inflamatorio en forma de banda de linfocitos T subyacente al epitelio (Figura 10) (Neville y cols., 2008).

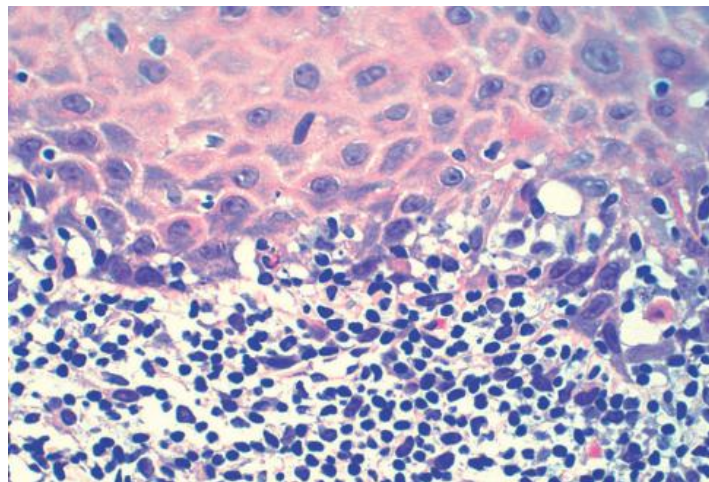


Figura 10. Liquen plano. Degeneración de la capa basal e infiltración de linfocitos en la lámina propia superficial (Neville y cols., 2008).

2.1.4.7. MANEJO ESTOMATOLÓGICO Y TRATAMIENTO

El líquen plano es una enfermedad crónica que únicamente se puede controlar, lo que implica llevar a cabo una evaluación periódica del paciente para tratar de mantener las lesiones lo más atenuadas posibles y reducir la sintomatología, aunque algunas lesiones (como las estrías de Wickham) no presentan incomodidad alguna, por lo que no suelen requerir algún tratamiento medicamentoso (Jajam y Niklander, 2022).

Para tratar el líquen plano, de acuerdo a la Academia Europea de Dermatología y Venereología (EADV) el tratamiento de elección son los corticosteroides, tales como el acetónido de triamcinolona, fluocinonida y propionato de clobetasol aplicándolos dos veces al día por un período de dos semanas han demostrado una mejoría en más del 50% de los casos (Nukaly y cols., 2024). A pesar de esto, es importante mencionar que el uso prolongado de corticosteroides puede provocar efectos secundarios como adelgazamiento de la mucosa, aumentando el riesgo de una infección por candida (Jajam y Niklander, 2022; Nukaly y cols., 2024).

Otro tratamiento a considerar son los retinoides tópicos y sistémicos como la tretinoína, la isotretinoína y la fenretinida, estos ayudan a reducir las lesiones en cavidad oral, así como disminuir su reaparición, sin embargo, presentan efectos adversos graves, como daño hepático y daños teratogénicos en pacientes embarazadas (Nukaly y cols., 2024).

Por otra parte, los inmunosupresores también pueden ser considerados como tratamiento del líquen plano, ya que ayudan a regular la respuesta inmunitaria del paciente y a reducir la inflamación. Uno de los inmunosupresores más utilizados es

el tacrolimus tópico al 0.1%, este se aplica dos veces al día en un lapso máximo de cuatro semanas, realizando revisiones periódicas del paciente para verificar su reacción al medicamento, puesto que pueden presentarse reacciones adversas como ardor, toxicidad, entre otros (Nukaly y cols., 2024).

Un tratamiento prometedor es la cúrcuma por sus propiedades antiinflamatorias, se recomienda de 300 a 600 mg, tres veces al día durante un periodo de entre 8 y 12 semanas, evaluando la eficacia y tolerancia por parte del paciente, aunque a día de hoy no hay pruebas suficientes para considerarlo un tratamiento seguro y efectivo (Nukaly y cols., 2024).

Se recomienda eliminar o reducir en lo posible factores que puedan irritar la mucosa bucal, tales como prótesis desajustadas, restauraciones desajustadas, biofilm, entre otros. El control de estos factores ha demostrado reducir los signos y síntomas asociados (Jajam y Niklander, 2022).

2.1.5. SÍNDROME DE SJÖGREN

El síndrome de Sjögren es una enfermedad crónica autoinmune que se caracteriza principalmente por afectar a las glándulas exocrinas como las glándulas lagrimales y las glándulas salivales ocasionando xeroftalmía (ojos secos) y xerostomía (sequedad bucal) respectivamente (Calle y cols., 2021; Rozo y cols., 2022; Yura y Hamada 2023).

Se clasifica como primario, cuando se presenta de manera única, afecta exclusivamente a las glándulas excretoras y secundario, cuando está asociado a otras enfermedades como artritis reumatoide (30% de los casos), esclerosis

sistémica (20% de los casos), lupus eritematoso sistémico (10% de los casos), entre otras (Calle y cols., 2021; Solis y Barreto, 2021; Rozo y cols., 2022; Yura y Hamada, 2023). Por otra parte, también puede clasificarse como glandular en el cual únicamente están afectadas las glándulas lagrimales y salivales; y el extraglandular en el cual además de estar afectadas las glándulas también afecta diferentes órganos como pulmones, riñones, sangre, sistema nervioso, así como las articulaciones (Yura y Hamada, 2023).

2.1.5.1. EPIDEMIOLOGÍA

El síndrome de Sjögren se presenta con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta década de vida y presenta una prevalencia que oscila entre un 0.09% y 2.7% a nivel mundial (Solis y Barreto, 2021). En países de América, como Colombia, se estima que se presenta en 6.92 por cada 100,000 personas al año, afectando al sexo femenino entre 90% y 95% (Roza y cols., 2022). En Europa se reporta que se presenta en 1.8 por cada 100,000 habitantes, mientras que en Estados Unidos la cifra aumenta a 2.5 por cada 100,000 habitantes (Solis y Barreto, 2021).

2.1.5.2. FACTORES ASOCIADOS

El desarrollo del síndrome de Sjögren está relacionado con diferentes factores tales como alteraciones genéticas, la alteración del Antígeno Leucocitario Humano (HLA) lo cual provoca la producción de autoanticuerpos que se han asociado con el desarrollo de la enfermedad, además factores ambientales, infecciones (Epstein-Barr (VEB), virus de hepatitis C, citomegalovirus, herpes tipo 6), vitamina D, estrés, tabaco y factores hormonales como la disminución del estrógeno debido a que las glándulas salivales presentan un receptor de estrógeno y al haber una disminución

es este se favorece a la formación de autoanticuerpos y el desarrollo de la enfermedad (Rozo y cols., 2022; Yura y Hamada, 2023).

2.1.5.3. PATOGÉNESIS

La patogénesis del síndrome de Sjögren aún no está bien definida, sin embargo, se sabe que existen diversos factores que están relacionados con la aparición y desarrollo de la enfermedad y que la inflamación local y la producción de citocinas pueden alterar la estructura de la unión de las células epiteliales de las glándulas salivales, lo que conlleva a cambios en las glándulas que afectan la funcionalidad secretora, teniendo como resultado una disminución en la cantidad y calidad de saliva (Negrini y cols., 2021). Así mismo, se conoce que existe la activación de receptores tipo Toll (TLRs), lo que es fundamental para la progresión de enfermedades autoinmunes, estos se expresan y actúan en el tejido salival como mediadores de inflamación, aunque se desconoce si son activados por agentes microbianos o por el propio huésped (Shen y cols., 2019). Por otra parte, también se ha demostrado que los linfocitos B, células Th1 y Th17, así como algunos subgrupos de células natural killer, producen citocinas inflamatorias en las glándulas salivales (Negrini y cols., 2021).

2.1.5.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN CAVIDAD ORAL

El síndrome de Sjögren no presenta algún tipo de lesión en cavidad oral, sino que presenta la sintomatología de boca seca por la falta de producción salival al verse afectadas las glándulas salivales, a esto se le conoce como xerostomía (Rozo y cols., 2022; Negrini y cols., 2021). Los pacientes refieren dificultad para ingerir alimentos e incapacidad para hablar por un periodo largo de tiempo sin beber algún

tipo de líquido (Negrini y cols., 2021). A la exploración intraoral, se aprecia mucosa seca y eritematosa, lengua lobulada o depapilada y fisurada (Figura 11), y en ocasiones caries dental, enfermedad periodontal o algún tipo de infección por *Candida* debido a la falta de producción salival (Negrini y cols., 2021).

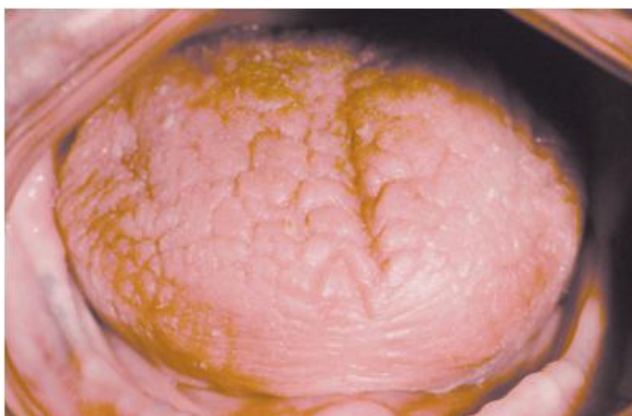


Figura 11. Síndrome de Sjögren. Mucosa bucal deshidratada y dorso lingual depapilado y fisurado (Neville y cols., 2008).

2.1.5.5. DIAGNÓSTICO

Para poder realizar un diagnóstico preciso de síndrome de Sjögren se requieren de diversas pruebas y manifestaciones clínicas, los criterios de evaluación más recientes son del año 2016, avalados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR), estos criterios presentan una sensibilidad del 96% y una especificidad del 95%, y es aplicable a cualquier persona que presente sintomatología ocular o bucal (Rozo y cols., 2022; Negrini y cols., 2021). Los criterios son:

1. Focos de inflamación con infiltración linfocítica en la glándula salival labial y ≥ 1 foco en $4 \text{ mm}^2 = 3$.
2. Presencia de anticuerpos anti-Ro positivos = 3.

3. Tinción conjuntival y corneal ≥ 5 en escala de Whitcher y cols. o ≥ 4 en escala de van Bijsterveld, por lo menos en un ojo = 1.
4. Prueba de Schirmer ≤ 5 mm pasados 5 min, por lo menos en un ojo = 1.
5. Secreción salival no estimulada valorada con el método de Navazesh y Kumar $\leq 0,1$ ml/min = 1.

Es importante mencionar que pacientes con tratamiento de quimioterapias en cabeza y cuello, con hepatitis C, VIH/SIDA, sarcoidosis, amiloidosis, son excluidos para estos criterios (Rozo y cols., 2022).

La prueba de Schirmer mide la cantidad de líquido lagrimal, la tinción en la córnea se realiza con verde de lisamina o fluoresceína y muestra si hay presencia de células degeneradas o muertas en la córnea y el flujo salival se mide durante cinco minutos mientras el paciente se encuentra sentado sin hablar ni masticar (André y Böckle, 2022).

Las pruebas de laboratorio de anticuerpos antinucleares (ANA), anti-Ro, anti-La, suelen ser positivos entre un 50% y 70% de los casos (Rozo y cols., 2022).

Por otra parte, se puede realizar una biopsia de las glándulas salivales menores de la mucosa labial inferior en donde el hallazgo microscópico del síndrome de Sjögren es una infiltración linfocítica (Figura 12), con destrucción de las unidades acinares, esta prueba suele ser muy útil en las primeras etapas de la enfermedad cuando otros criterios aún son negativos, sin embargo, esta prueba no es un criterio de diagnóstico definitivo (André y Böckle, 2022; Neville y cols., 2008).

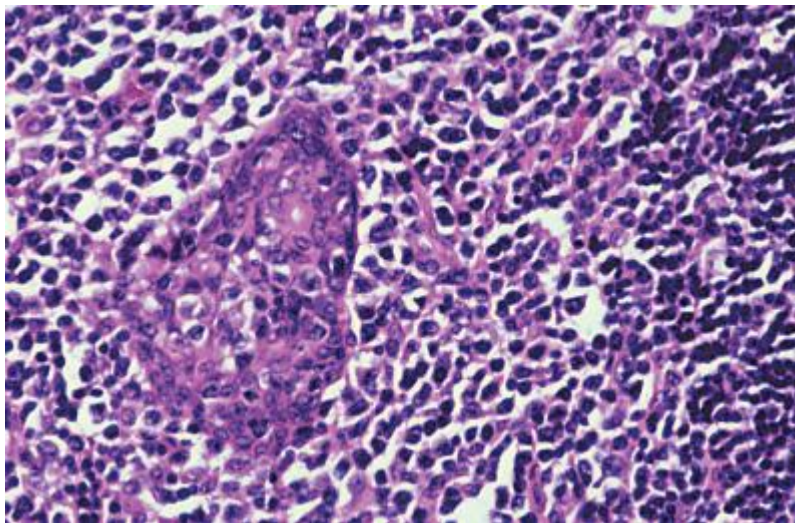
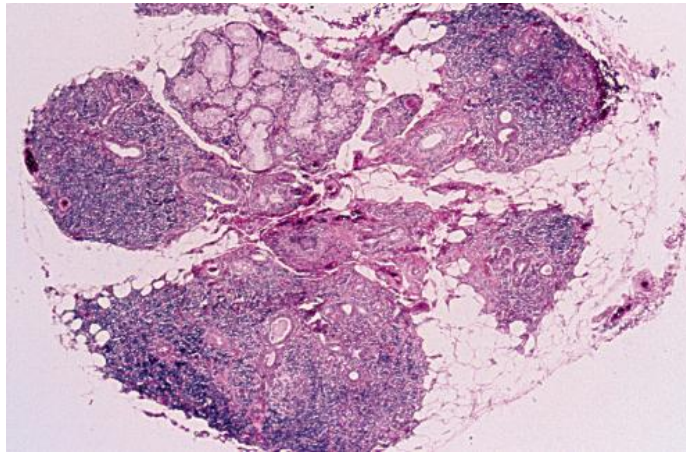


Figura 12. Síndrome de Sjögren. Biopsia de glándula salival que muestra infiltración linfocítica (Neville y cols., 2008).

2.1.5.6. MANEJO ESTOMATOLÓGICO Y TRATAMIENTO

Actualmente no existe un tratamiento que cure el síndrome de Sjögren, por ello, los tratamientos empleados son exclusivamente para reducir los síntomas que este produce y se llevan a cabo de manera multidisciplinaria (Rozo y cols., 2022; Negrini y cols., 2021). De esta manera, el estomatólogo tiene la responsabilidad de tratar los síntomas que se presentan en cavidad oral, es decir, sequedad oral (xerostomía) y las consecuencias que esta pudiera generar, para ello, lo primero es instruir al

paciente en evitar los factores que agravan la sintomatología, como el consumo de tabaco, cafeína y bebidas alcohólicas y en caso de que el paciente tome medicamentos se debe verificar que estos no sean xerogénicos (Rozo y cols., 2022; Negrini y cols., 2021).

Existen medidas locales que se pueden emplear para mejorar los síntomas de la xerostomía, estas incluyen mantener una hidratación constante, usar agentes mecánicos que estimulen la producción salival (chicles o dulces sin azúcar) y, en casos graves, el uso de saliva artificial (Negrini y cols., 2021).

Como tratamiento medicamentoso, encontramos a la pilocarpina, agente que funciona como agonista muscarínico, este medicamento estimula la secreción exocrina, ayudando a la secreción salival y lagrimal, se puede emplear de manera tópica o por vía oral, aunque puede tener efectos secundarios como náuseas, vómitos, parestesias, dolores de cabeza y sudoración, se recomienda el uso tópico porque ha demostrado presentar menos efectos secundarios (Negrini y cols., 2021; Yura y Humada, 2023). Otra opción farmacológica es la cevimelina, estimula a las glándulas salivales para su secreción y se ha demostrado que produce el doble de saliva a comparación del uso de la pilocarpina. La dosis recomendada es de 30 mg vía oral tres veces al día, de igual manera, se pueden presentar efectos secundarios similares a la pilocarpina, siendo la sudoración el más común (Yura y Humada 2023).

La sequedad oral es la sintomatología de la enfermedad, pero esta puede traer consecuencias como el desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal e infecciones por hongos, para prevenir estas complicaciones, se recomienda la

aplicación de flúor tópico, persuadir al paciente para mantener una buena higiene oral y reducir la ingesta de alimentos y bebidas azucaradas, así como revisiones periódicas con el estomatólogo (Negrini y cols., 2021; André y Böckle, 2022).

2.1.6. CONCLUSIONES

Es fundamental que el estomatólogo tenga conocimiento completo de enfermedades autoinmunes como el pénfigo vulgar, el liquen plano y el síndrome de Sjögren, cuya primera manifestación frecuentemente puede presentarse en la cavidad oral como úlceras, erosiones y eritemas, y debe tener la capacidad de identificar estas lesiones pudiendo realizar un diagnóstico certero, la remisión adecuada con el o los especialistas y así poder llevar a cabo el tratamiento más óptimo para evitar la evolución de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.

2.1.7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz J, Gómez A, Reina S, Martín P. Introducción al sistema inmune. Componentes celulares del sistema inmune innato. *Medicine*. 2017; 12: 1369-1378.
2. Morín O, López S, Martínez A, Rodríguez O. Manifestaciones bucales y conocimiento sobre cuidados orales en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Rev. Mex. de Estomatol*. 2016; 3.
3. González M, Padrón A. Factores etiopatogénicos de las enfermedades autoinmunes en el siglo XXI. *Rev. Cub. de Invest. Bioméd*. 2021; 40.
4. Carmona M, Porto I, Berrocal S, Camacho F. Manejo estomatológico y sistémico de pénfigo vulgar: reporte de un caso. *Rev. Cienc. Salud*. 2018; 16: 357-367.
5. Mercedes M, Fernández V, Rosende R, Krupp S, Fernández E. Manifestaciones bucales y cutáneas del pénfigo vulgar. *Rev. ADM*. 2016; 73: 28-32.
6. Araújo J, Dos Santos A, Soares L, Vidal T, Cláudia A, De Oliveira E. Líquen plano oral: um relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. BucoMaxiloFac*. 2018; 18(2):30-33.
7. Villanueva F, Escalante L, Zambrano G, Cuevas J, Maya I. Líquen plano bucal. Reporte de un caso y una revisión de la literatura. *Rev. Alerg. Mex*. 2018; 65(4): 424-430.
8. Jajam M, Niklander S. Líquen plano oral: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Av. en Odontoestomatol*. 2022; 18: 30-39.

9. Rozo E, Vargas L, Ruiz J, Medina S, Morales G, Sandoval D. Síndrome de Sjögren: una revisión de la literatura. MÉD. UIS. 2022; 35(3): 9-17.
10. Solís U, Barreto J. El síndrome de Sjögren y su influencia en la calidad de vida. Rev. Cient. Cienc. Méd. 2021; (24): 30-36.
11. Calle J, Calle J, Calle M, Valdés Y. Manejo estomatológico en el paciente con síndrome de Sjögren. Rev. FECIM. 2021: 24-33.
12. Aulla J, Ortiz G, Orozco E, Cisneros L, Velasco S, Cardenas M. El impacto de las enfermedades autoinmunes en la calidad de vida. Un análisis de los síntomas, tratamientos y estrategias de afrontamiento. Rev. San. de Invest. 2024; 5(8).
13. Cedillo L, López M, Gutiérrez B. ¿Qué es y cómo funciona el sistema inmune? Rev. Cien. 2015; 66(2): 18-25.
14. Cruz M, Graña D, Gaudio J, Pérez L. Unidad de enfermedades autoinmunes: experiencia de un centro. Rev. Urug. Med. Interna. 2020. 2: 28-36.
15. Wang L, Wang F, Gershwin M. Human autoimmune diseases: a comprehensive update. Journal of Internal Medicine. 2015. 278; 369–395.
16. Saccucci M, Di Carlo G, Boss M, Giovarruscio F, Salucci A, Polimeni A. Autoimmune diseases and their manifestations on oral cavity: Diagnosis and clinical management. J. Immunol. Res. 2018.
17. Baglama S, Trcko K, Rebo, J, Miljkovic J. Oral manifestations of autoinflammatory and autoimmune diseases. 2018. 27; 9-16.
18. Reilly R, Johnston W, Culshaw S. Autoimmunity and the oral cavity. Current Oral Health Reports. 2019; 6: 1-8.

19. González V, Cordero C, Domínguez J, Méndez S. Pénfigo Vulgar. Med. Int. Mex. 2019; 35(5): 708-712.
20. Peralta S, Pita Y, Blanco C. Experiencia clínica en una gestante con penfigoide vulgar. Univ. Méd. Pinareña. 2022.
21. González R. Pénfigo Vulgar, reporte de un caso en el sistema penitenciario costarricense, manejo médico-legal. Cien. Lat. Rev. Cient. Multidis. 2021; 5(2): 1988-1998.
22. Martín F, Clemente L. Pénfigo vulgar en la práctica odontológica. Medicina de Familia SEMERGEN. 2023; 49(3): 1-3.
23. Veneri N, Al-Nakash D, Martínez N, Leco I, Madrigal C, Martínez J. Pénfigo vulgar mucoso: a propósito de un caso. Revisión de la literatura. Cient. Dent. 2021; 18(4): 247-253.
24. Kumar M, Lipner S. Review of nail lichen planus epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. Dermatol Clin; 39: 221-230.
25. Nukaly H, Halawani I, Alghamdi S, Alruwaili A, Binhezaim A, Alghamdi R, Alzahrani R, Alharamlah F, Aldumkh S, Alasqah H, Alamri A, Jfri A. Oral lichen planus: a narrative review navigating etiologies, clinical manifestations, diagnostics, and therapeutic approaches. J. Clin. Med. 2024; 13(17): 1-20.
26. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral and Maxillofacial Pathology. 3a ed. Estados Unidos : Elsevier; 2008.
27. Yura Y y Hamada M. Outline of salivary gland pathogenesis of Sjögren's syndrome and current therapeutic approaches. Int. J. Mol. Sci. 2023; 6: 24(13): 1-29.

28. Negrini S, Emmi G, Greco M, Borro M, Sardanelli F, Murdaca G, Indiveri F, Puppo F. Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. Clin. Exp. Med. 2021; 22: 9-25.
29. Shen L, He J, Kramer J, Bunya V. Sjögren's syndrome: Animal models, etiology, pathogenesis, clinical subtypes, and diagnosis. J. Immunol Res. 2019.
30. André F y Böckle B. Sjögren's syndrome. J. Dtsch. Dermatol. Ges. 2022; 20(7): 980-1002.

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA

3.1. INTRODUCCIÓN

El servicio social transcurrido en el periodo del 01 de Febrero del año 2025 hasta el 31 de Enero del año 2026 fue realizado en el proyecto de Patología y Medicina Bucal del cual es responsable la Doctora Irma Gabriela Anaya Saavedra, durante el cual se realizó la asignación al servicio en el Laboratorio de Diseño y Comprobación de sistemas estomatológicos Tepepan (LDC Tepepan / Clínica estomatológica Tepepan) en los primeros dos meses de haber ingresado al servicio y posteriormente en la Clínica de Patología y Medicina Bucal de la UAM-X. Las actividades y trabajos realizados durante este periodo fueron la preparación de los materiales, insumos e instrumentos para la atención a pacientes que acudían al servicio de patología, así como la asistencia durante el mismo; limpieza y organización del área, posterior a la atención de cada paciente; auxiliar en el llenado de historias clínicas, toma de fotografías, toma de radiografías y realizar cualquier procedimiento o actividad que se solicitara.

3.2. LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN DE SISTEMAS ESTOMATOLÓGICOS TEPEPAN (LDC TEPEPAN)

En las clínicas estomatológicas de la UAM-X se busca que los alumnos de la Licenciatura en Estomatología sean capaces de realizar un correcto diagnóstico y tratamiento en donde puedan resolver los problemas bucales que puedan presentarse en la sociedad, aplicando un correcto uso de materiales, instrumentos

y técnicas, siempre con principios éticos y bioéticos, manteniendo un compromiso social y moral (Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 2024)

3.2.1. LOCALIZACIÓN

La clínica estomatológica de Tepepan de la UAM-X se localiza en la calle Ignacio Zaragoza 12, San Juan Tepepan, Xochimilco, 16020 Ciudad de México, CDMX.

3.2.2. ANTECEDENTES

En el año de 1976 se inició con el proyecto de los Laboratorios de Diseño y Comprobación (LDC) de Sistemas Estomatológicos de la UAM-X, los primeros LDC en inaugurarse fueron los LDC de Tláhuac y Nezahualcóyotl, fue hasta el 26 de octubre de 1977 que se inaugura el LDC de San Lorenzo y Tepepan. En el año 2003 se inician trabajos de remodelación de las clínicas estomatológicas y a principios del año 2004 fueron reinauguradas (Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 2024).

3.2.3. ORGANIZACIÓN

La clínica estomatológica de Tepepan cuenta con atención odontológica general a cualquier persona que solicite el servicio así como un área exclusiva de patología y medicina bucal en donde se remiten a pacientes que presenten alguna anomalía en la cavidad oral. El área de atención odontológica está conformada por doctores altamente capacitados que supervisan y guían a un grupo de alumnos encargados de brindar atención al paciente, de igual manera, el área de patología y medicina bucal está integrado por un grupo de doctoras y alumnos de la Maestría en Patología y Medicina Bucal, así como egresados de la licenciatura de estomatología

que se encuentran realizando el servicio social, los cuales en conjunto se encargan de brindar atención especializada a todos los pacientes que así lo requieran.

3.3. CLÍNICA DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - XOCHIMILCO (UAM-X)

Una lesión o enfermedad bucal impacta en la vida de las personas, no solo físicamente si no que también generan un impacto emocional, mental y social, afectando su vida personal, es por ello que, la clínica de Patología y Medicina Bucal de la UAM-X es un espacio clínico en el que se brindan servicios para la detección y diagnóstico de lesiones maxilofaciales, permitiendo así realizar tratamientos oportunos y conservadores, mejorando la calidad de vida de las personas y en algunos casos aumentando la supervivencia de las mismas (Unidad de Patología y Medicina Bucal, 2024).

3.3.1. LOCALIZACIÓN

La Clínica de Patología y Medicina Bucal de UAM-X se localiza en el Edificio "D" primer piso, aula 114 de la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana ubicada en Calzada del Hueso 1100 Coapa, Villa Quietud, Coyoacán, 04960, CDMX, México.

3.3.2. ANTECEDENTES

Las enfermedades bucales siempre han sido un problema en la sociedad, trayendo consigo un impacto emocional, social y mental para las personas que las padecen, es por ello que, en diciembre del 2024, la atención a pacientes con alguna enfermedad bucal se amplió gracias a la inauguración de la nueva clínica de

Patología y Medicina Bucal de la UAM-X, mejorando el servicio de atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Para la apertura de esta clínica, se obtuvo el apoyo de la farmacéutica Neolpharma y la Secretaría de Educación, Ciencia y Tecnología e Innovación del gobierno de la Ciudad de México (SECTEI), a través del Premio en Ciencias Biológicas y de la Salud “Matilde Montoya 2023”, el cual fue otorgado a la doctora Irma Gabriela Anaya Saavedra (Ochoa, 2024).

3.3.3. ORGANIZACIÓN

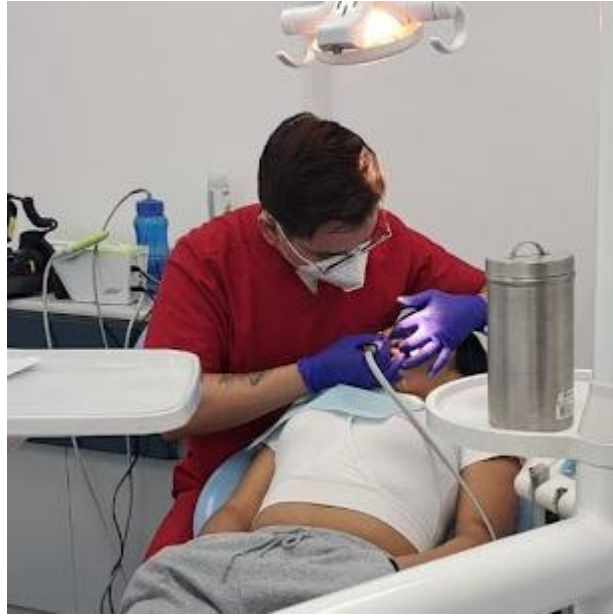
La clínica de Patología y Medicina bucal de la UAM-X está conformada por un grupo de Doctoras y Doctores altamente capacitados en el área, alumnos de la Maestría en Patología y Medicina Bucal y un grupo de egresados de la licenciatura de estomatología y enfermería que se encuentran realizando su servicio social. Se lleva a cabo la atención a personas que presentan alguna anormalidad en cavidad oral realizando una historia clínica completa y una exploración extra e intraoral con la finalidad de poder obtener un diagnóstico certero y poder dar el tratamiento más oportuno.

3.4. BIBLIOGRAFÍA

1. Perfil de Ingreso y Egreso. Ciencias Biológicas y de la Salud UAM-X. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco [Internet]; 2024 [citado el 24 de julio de 2025]. Disponible en: <https://cbstmp.xoc.uam.mx/estomatologia/perfil-de-egreso/>
2. Historia. Ciencias Biológicas y de la Salud UAM-X. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco [Internet]; 2024 [Citado el 24 de julio de 2025]. Disponible en: <https://cbstmp.xoc.uam.mx/estomatologia/historia/>
3. Unidad de Patología y Medicina Bucal. Productos y servicios. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco [Internet]; 2024 [Citado el 28 de julio de 2025]. Disponible en: <https://productosyservicios.xoc.uam.mx/servicios/upmb/>
4. Ochoa G. Inauguran clínica de Patología y Medicina Bucal de CBS. Uam.mx [Internet]; 2024 [Citado el 28 de julio de 2025]. Disponible en: <https://cauce.xoc.uam.mx/2024/12/18/inauguran-clinica-de-patologia-y-medicina-bucal-de-cbs/>

3.5. ANEXOS







CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.

4.1. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL EN LDC TEPEPAN

Asistencia
Febrero del 2025 - Abril del 2025

Actividades realizadas
Preparación de materiales e instrumentos para la atención de pacientes.
Limpieza y desinfección del área clínica posterior a la atención de cada paciente.
Preparación de materiales e instrumentos previo a cualquier intervención quirúrgica.
Participar como asistente o circular durante cada intervención quirúrgica.
Lavado y empaquetado del instrumental utilizado posterior a la atención de cada paciente.
Toma de radiografías.
Toma de fotografías clínicas.
Toma y vaciado de impresiones.
Preparación de documentos para la elaboración de historias clínicas.
Organización y acomodo de expedientes clínicos.

Orientación a los pacientes para la realización de trámites o pagos requeridos por parte de la universidad.

4.2. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL EN LA CLÍNICA DE PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL

Asistencia
Mayo del 2025 - Febrero del 2026

Actividades realizadas
Preparación de materiales e instrumentos para la atención de pacientes.
Limpieza y desinfección del área clínica posterior a la atención de cada paciente.
Preparación de materiales e instrumentos previo a cualquier intervención quirúrgica.
Participar como asistente o circular durante cada intervención quirúrgica.
Lavado y empaquetado del instrumental utilizado posterior a la atención de cada paciente.
Toma de radiografías.
Toma de fotografías clínicas.
Toma y vaciado de impresiones.

Realización de guardas oclusales.
Realización de limpiezas dentales.
Preparación de documentos para la elaboración de historias clínicas.
Organización y acomodo de expedientes clínicos.
Orientación a los pacientes para la realización de trámites o pagos requeridos por parte de la universidad.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las actividades realizadas durante el período del 31 de enero del 2025 al 01 de febrero del 2026, realizadas en el área de Patología y Medicina Bucal cumplen y responden a las necesidades de la población que acuden a este servicio. Las clínicas de Patología y Medicina Bucal se centran en la atención de lesiones que se presentan en la cavidad oral y la atención de la población se realiza de manera ordenada, iniciado con la elaboración de una historia clínica, la cual se realiza a cada paciente que acude por primera vez, en donde se recopilan datos personales, heredofamiliares y socioeconómicos de interés que puedan ser relevantes para el diagnóstico del paciente. Posteriormente se lleva a cabo una exploración extraoral e intraoral en dónde se pretende localizar el motivo de consulta del paciente. Además se realiza toma de fotografías para poder llevar a cabo un seguimiento de la lesión que presente el paciente, y dependiendo el caso, será necesario la

realización de radiografías o la solicitud de estudios de laboratorio para poder llegar a un diagnóstico más certero.

Dependerá de cada caso los tratamientos a seguir, entre ellos podemos encontrar la realización de limpiezas dentales y profilaxis, toma de impresiones para la realización de guardas oclusales, terapia con láser, citologías o biopsias con la posterior realización de un estudio histopatológico del tejido obtenido, lo cual permitirá establecer un diagnóstico definitivo.

En todo momento de la atención al paciente se cumple con una serie de medidas de bioseguridad como es el uso de barreras de protección, lavado de manos, desinfección de la zona, esterilización de instrumental y material, desechos de residuos peligrosos.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Las actividades realizadas por los pasantes de la licenciatura de Estomatología en el servicio de Patología y Medicina Bucal son las óptimas para desarrollar habilidades que permitirán mejorar su relación médico-paciente, además de generar una mejor y mayor destreza manual en los tratamientos en los que se desenvuelve. Así mismo, el pasante obtiene un aprendizaje más amplio e íntegro respecto a patologías y lesiones en cavidad oral, siendo de importancia para su desarrollo profesional.