



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Biológicas y de la Salud.

Depto. Atención a la Salud.

Licenciatura en Estomatología.

Anomalías dentarias de número, tamaño y forma en pacientes con síndromes asociados a alteraciones bucodentales y craneofaciales: estudio descriptivo en el Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Pasante de servicio social: Angel Vera De La Rosa

Matricula: 2213055248

Periodo: 01-08-2025 / 31-07-2026

Fecha de entrega:

Informe de Servicio Social

Institución educativa: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Lugar de servicio social: Hospital General Dr. Manuel Gea González, Servicio de Estomatología - Ortodoncia.

Nombre de los asesores responsables:

Asesor interno:

Mta. Denisse Elizabeth Duran Merino

Asesor externo:

CDEO. Danae Tapia Alquicira.

Alteraciones dentarias de número, tamaño y forma en pacientes con sindromes asociados a alteraciones bucodentales y craneofaciales: estudio descriptivo en el Hospital General Dr. Manuel Gea González.

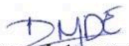
Servicio Social UAM Xochimilco


Asesor Externo del Servicio Social

CD Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar: Danae Tapia Alquicira.
Coordinadora del Servicio de Estomatología - Ortodoncia del Hospital General Dr.
Manuel Gea González.

Anomalías dentarias de número, tamaño y forma en pacientes con síndromes asociados a alteraciones bucodentales y craneofaciales; estudio descriptivo en el Hospital General Dr. Manuel Aza González.

Servicio Social Uam Xochimilco


Asesor Interno del Servicio Social

Maestra en Ciencias Odontológicas: Denisse Elizabeth Duran Merino
Profesor investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana UAM Unidad
Xochimilco.


Comisión de Servicio Social de Estomatología
CDE: Karla Ivette Oliva Olvera

Resumen del informe

El servicio social se llevó a cabo en el Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, durante el periodo 01 de Agosto 2025 al 31 de Julio 2026, constituyendo una etapa fundamental en mi formación como estomatólogo. Esta experiencia me permitió consolidar mis competencias clínicas, administrativas y de interacción social mediante la atención integral proporcionada a la población atendida, con una ejecución acertada de tratamientos que me permitió reforzar mi capacidad para diseñar planes personalizados y colectivos, con énfasis en la detección temprana de patologías bucodentales y promoción de hábitos saludables que repercutirá de manera satisfactoria a la población atendida.

La investigación desarrollada sobre las anomalías de número, tamaño y forma en pacientes sindrómicos con afectaciones bucales y craneofaciales es de particular relevancia evidenciando una mayor predisposición de estos pacientes a presentar dichas anomalías. Esta asociación podría relacionarse con alteraciones en el desarrollo del complejo maxilomandibular y con modificaciones en las interacciones epitelio-mesenquimáticas involucradas en la odontogénesis, factores que favorecen la aparición de variaciones dentarias estructurales y morfológicas.

Los hallazgos obtenidos resaltan la necesidad de establecer protocolos diagnósticos más precisos y oportunos que contribuyan al abordaje multidisciplinario, favoreciendo una atención integral y mejores resultados terapéuticos. Dicha investigación aporta información relevante que puede servir como base para futuros estudios orientados a fortalecer la evidencia científica disponible en este campo.

La participación con equipos multidisciplinarios y la adaptación constante a entornos hospitalarios de alta demanda favorecieron mis habilidades de resiliencia, pensamiento crítico y toma de decisiones clínicas fundamentales. El servicio social no sólo consolidó mi perfil profesional, sino también mi compromiso ético y social en la atención a la salud como estomatólogo en la reducción de inequidades sanitarias y la promoción de la salud integral. La experiencia adquirida sienta bases sólidas para un ejercicio profesional orientado a la excelencia clínica, la innovación científica, la actualización continua y la responsabilidad social con el compromiso de mejorar los sistemas de atención a la salud bucodental.

Palabras clave: Anomalía dentaria, Tamaño, Forma, Número, Síndrome, Ablefáron, Apert, Binder, Crouzon, Displasia Cleidocraneal, Down, Goldenhar, Moebius, Opitz, Parry Romberg, Pfeiffer, Treacher Collins, Wanderburg, Craneofacial, Bucodental.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	8
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN.....	9
2.1 Introducción.....	9
2.2 Marco Teórico.....	10
2.3 Odontogénesis.....	10
2.3.1 Morfogénesis.....	10
2.3.2 Estadio laminar.....	10
2.3.3 Estadio brote.....	11
2.3.4 Estadio casquete.....	11
2.3.5 Estadio campana.....	12
2.3.6 Estadio de maduración o terminal.....	12
2.3.7 Estadio de aposición.....	13
2.3.8 Formación de la raíz.....	13
2.3.9 Erupción dental.....	13
2.3.10 Maduración y mantenimiento.....	13
2.4 Anomalías dentarias.....	14
2.5 Definición.....	14
2.6 Anomalías de tamaño.....	14
2.6.1 Microdoncia.....	14
2.6.2 Microdoncia parcial.....	14
2.6.3 Microdoncia generalizada.....	14
2.6.4 Macrodoncia.....	15
2.6.5 Macrodoncia parcial.....	15
2.6.6 Macrodoncia generalizada.....	15
2.7 Anomalías de número.....	15
2.7.1 Anodoncia.....	15
2.7.2 Anodoncia verdadera o absoluta.....	16
2.7.3 Anodoncia falsa o relativa.....	16
2.7.4 Oligodoncia.....	16
2.7.5 Agenesia.....	17
2.7.6 Supernumerarios.....	17
2.8 Anomalías de forma.....	18
2.8.1 Conoidismo o diente conoide.....	18
2.8.2 Cúspides o tubérculos accesorias.....	19

2.8.3 Dens In Dente o Diente Invaginado.....	20
2.8.4 Dilaceración.....	21
2.8.5 Fusión.....	21
2.8.6 Geminación.....	22
2.8.7 Concrecencia.....	22
2.8.8 Perlas del esmalte.....	22
2.9 Síndromes.....	23
2.9.1 Concepto de síndrome.....	23
2.9.2 Cómo se diagnostica un síndrome.....	24
2.10 Síndromes con afectación craneofacial y bucodental.....	24
2.10.1 Síndrome de Abléfaron.....	24
2.10.2 Síndrome de Apert.....	25
2.10.3 Síndrome de Binder.....	25
2.10.4 Síndrome de Crouzon.....	26
2.10.5 Síndrome de Down.....	27
2.10.6 Síndrome de Goldenhar.....	28
2.10.7 Síndrome de Moebius.....	28
2.10.8 Síndrome de Opitz.....	29
2.10.9 Síndrome de Parry Romberg.....	29
2.10.10 Síndrome de Pfeiffer.....	30
2.10.11 Síndrome de Treacher Collins.....	31
2.10.12 Síndrome de Waardenburg.....	32
2.10.13 Síndrome de Displasia Cleidocraneal.....	32
2.11 Relación Síndrome/Anomalía.....	33
2.12 Planteamiento del problema.....	34
2.13 Justificación.....	35
2.14 Objetivo general.....	35
2.14.1 Objetivos específicos	35
2.15 Criterios de inclusión y exclusión.....	36
2.15.1 Criterios de inclusión.....	36
2.15.2 Criterios de exclusión.....	36
2.16 Recursos humanos y tecnológicos.....	36
2.16.1 Recursos humanos.....	36
2.16.2 Recursos tecnológicos.....	37
2.17 Materiales y métodos.....	37
2.17.1 Tipo de estudio.....	37
2.17.2 Ubicación tiempo/espacio.....	37
2.17.3 Universo de trabajo.....	37
2.18 Metodología.....	37
2.18.1 Método de recolección de la información.....	38
2.18.2 Elaboración de análisis estadístico.....	38

2.19 Resultados.....	38
2.20 Discusión.....	48
2.21 Conclusiones.....	50
2.22 Referencias.....	51
CAPÍTULO III DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	55
3.1 Zona de influencia.....	55
3.2. Ubicación.....	55
3.3 Población total por sexo.....	56
3.4 Nacimientos registrados.....	57
3.5 Mortandad y Morbilidad.....	57
3.6 Grado Promedio de Escolaridad.....	58
3.7 Educación Superior.....	58
3.8 Unidades Médicas.....	59
3.9 Estructura orgánica del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez.....	60
3.10 Organización del Servicio Estomatología - Ortodoncia.....	60
3.11 Niveles de atención.....	61
3.12 Referencias.....	61
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.....	62
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	74
CAPÍTULO VI CONCLUSIÓN.....	76
ANEXO.....	76

Capítulo I: Introducción General.

El servicio social se realizó en el hospital previamente mencionado con un plazo ubicado del 01 de Agosto 2025 al 31 de Julio 2026.

El presente informe expone un proyecto de investigación observacional descriptivo de las anomalías dentarias de tamaño, número y forma en pacientes con síndromes asociados a alteraciones bucodentales y craneofaciales en el área de Estomatología - Ortodoncia, efectuando una búsqueda sobre los tipos de síndromes con afecciones bucodentales y craneofaciales, anomalías de tamaño, número, forma, diagnóstico de síndromes, la relación entre síndrome/anomalía en base de datos como Scielo, Pubmed, ADM, Google Scholar, Libros virtuales.

También se describen las actividades realizadas durante la etapa efectuadas del 1 de Agosto 2025 al 31 de Julio 2026, en el cual se efectuaron actividades como: valoraciones prequirúrgicas, valoraciones a pacientes embarazadas, obturaciones con resinas, ionómero, remoción de sarro, profilaxis, selladores de fosetas y fisuras, extracciones, vaciado de modelos de estudios, asistencia a cuatro manos a residentes, toma de radiografías panorámicas, periapicales, laterales de cráneo, carpales, tomografías; así como actividades administrativas y de apoyo como, limpieza de las área de trabajo, limpieza/desinfección de instrumental, esterilización de instrumental, dar citas a pacientes para su seguimiento, hojas de referencia a otros servicios, instituciones educativas y hospitales.

También participé activamente en extracurriculares y complementarios como talleres, cursos, sesiones informativas y clases impartidas por los adscritos encargados del área.

Capítulo II: Investigación.

2.1 Introducción.

En el desarrollo dental humano la odontogénesis es un proceso biológico altamente complejo y regulado que depende de interacciones entre el ectodermo y el ectomesénquima derivado de la cresta neural.¹ Cuando estos mecanismos moleculares y celulares se ven alterados por factores genéticos o ambientales, se originan las anomalías dentales, las cuales se manifiestan como derivaciones de número, tamaño, forma y estructura de los dientes.¹

Las anomalías pudieran presentarse de forma aislada en la población general, pero adquieren relevancia clínica cuando se manifiestan en el contexto de síndromes genéticos con afectaciones craneofaciales y bucodentales. En estos pacientes, las anomalías dentarias no se consideran hallazgos fortuitos, sino manifestaciones orales intrínsecas y esperadas de su condición sistémica. Un síndrome representa un patrón clínico reconocible de signos y síntomas que comparten una etiología común, afectando frecuentemente las vías de diferenciación celular que rigen el desarrollo bucodental.²

En instituciones de alta especialidad se atiende de manera integral a pacientes con malformaciones derivadas de síndromes con afectaciones complejas craneofaciales y bucodentales, la falta de una identificación oportuna de estas anomalías puede derivar en complicaciones graves como maloclusiones severas, dificultades en la erupción, problemas estéticos y funcionales, comprometiendo a la calidad de vida.

El presente estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal surge de la necesidad de documentar y caracterizar las anomalías antes mencionadas en pacientes con diagnósticos sindrómicos craneofaciales con manifestaciones bucodentales, esta investigación busca describir la precisas entre tipos específicos de anomalías y los síndromes atendidos en dicha institución. Este conocimiento permitirá optimizar los protocolos de atención ortodóncica y quirúrgica para fortalecer el manejo odontológico integral y preventivo en centros de tercer nivel de atención.

2.2 MARCO TEÓRICO.

2.3 Odontogénesis.

La odontogénesis es el proceso embrionario en la cual se forman los dientes, este sería un procedimiento secuencial y muy regulado que implica interacciones entre diferentes tejidos y capas germinativas. También se le conoce como el proceso continuo y complejo mediante el cual las células del ectodermo que origina el órgano del esmalte y el mesodermo en específicamente el ectomesénquima derivado de la cresta neural, que origina la papila dental y el saco dental, que interactúan para formar los dientes temporales y permanentes.³

- La dentición temporal comienza su desarrollo entre la sexta y octava semana de vida fetal.
- La dentición permanente comienza a formarse alrededor de la vigésima semana.

2.3.1 Morfogénesis: Es el desarrollo del germen dental y este se describe en varias etapas morfológicas pero el proceso es continuo.³

2.3.2 Estadio laminar.

Este se comprende en el periodo 6^a - 7^a semana intrauterina. Aquí las células del ectodermo del estomodeo (boca primitiva) proliferan y se diferencian para formar la lámina dental o lámina dentaria y la lámina vestibular.

- Lámina Dental: Es un engrosamiento del epitelio que crece hacia el tejido conjuntivo subyacente (ectomesénquima) y dará origen a los gérmenes dentarios.
- Lámina Vestibular: Forma una hendidura que constituye el surco vestibular, separando el labio y el carrillo de la zona dentaria.

De estas bandas se derivan las láminas dentales, que más tarde darán origen a los gérmenes dentarios y el mesénquima subyacente (ectomesénquima) juega un papel fundamental ya que las células de la cresta neural migran y establecen la base mesenquimal que va a interactuar con el epitelio. ³

2.3.3 Estadío de Brote.

Comprende en el periodo 8ª semana intrauterina la fase más breve. En este aparecen 10 brotes redondeados en cada lámina dental (maxilar y mandibular), que son los primordios de los 20 dientes temporales. Cada brote está constituido por una masa de células epiteliales (futuro órgano del esmalte) rodeada por células mesenquimáticas condensadas.

Una vez formada la lámina dental, se generan protrusiones hacia el mesénquima, a esto se le conoce como brotes o yemas dentales.

En esta etapa hay mucha proliferación celular y las células epiteliales proliferan para formar la yema.³

2.3.4 Estadío de Casquete.

Periodo comprendido de la 9ª - 10ª semana intrauterina. En este periodo el brote prolifera de forma desigual, adoptando una forma cóncava algo similar a un casquete o un capuchón, debido a la invaginación de su superficie profunda.

En esta aparece la formación del germen dentario que se establecen las tres partes esenciales:

- Órgano del esmalte de origen ectodérmico: Este adopta la forma de casquete y formará el esmalte.
- Papila dental de origen ectomesenquimático: En este se encuentran células condensadas en la concavidad del casquete y formarán la pulpa dental y la dentina.
- Saco dental o folículo dentario de origen ectomesenquimático: Este es tejido conjuntivo condensado que rodea al órgano del esmalte y a la papila y formará el cemento, el ligamento periodontal y el hueso alveolar de soporte.

En la parte lingual de la lámina dental se forma la extensión que dará lugar a los gérmenes de los dientes permanentes sucesores (incisivos, caninos y premolares).

En este periodo se distinguen capas dentro del órgano del esmalte, el epitelio interno del esmalte, el epitelio externo del esmalte, y una capa intermedia (retículo estrellado), por otro lado el mesénquima subyacente, se condensa y da lugar a la papila dental (que dará después dentina y pulpa).³

2.3.5 Estadio de Campana.

Periodo comprendido de la 14ª a 18ª semana intrauterina. En este periodo aparece la invaginación, dando la forma de campana al germen dentario. En este periodo también ocurre la

- **Histodiferenciación** (diferenciación celular)
- **Morfodiferenciación** (adquisición de la forma de la corona)

El Epitelio Dental Interno del órgano del esmalte se diferencia en preameloblastos y las células de la papila dental adyacentes a los preameloblastos se diferencian en Odontoblastos (que formarán la dentina). Estableciendo cuatro capas en el órgano del esmalte: Epitelio Dental Externo, Retículo Estrellado, Estrato Intermedio y Epitelio Dental Interno.

En esta etapa la estructura epitelial “casquete” cambia de forma y se parece a una campana y se produce la diferenciación celular:

- Las células internas del epitelio se convierten en ameloblastos, que producirán el esmalte.
- En la papila mesenquimal, las células se diferencian en odontoblastos, que producirán dentina.
- Aparece el nudo de esmalte (“nudo de enamel”), que es una estructura central dentro del órgano del esmalte que actúa como centro de señalización y regula la morfogénesis de la cúspide dental. ³

2.3.6 Estadio de maduración o terminal.

Aquí es donde comienza la formación y mineralización de los tejidos duros: la Dentina y el Esmalte.

- **Dentinogénesis:** Los odontoblastos originados de la papila dental son las primeras células en secretar su matriz, formando la predentina que se mineraliza a dentina.

- **Amelogénesis:** Una vez formada la primera capa de dentina, los preameloblastos se transforman en ameloblastos originados del epitelio dental interno y comienzan a secretar la matriz del esmalte, que se mineraliza.³

2.3.7 Etapa de aposición (Formación de la corona).

Durante esta fase, los ameloblastos depositan matriz de esmalte, y los odontoblastos depositan matriz de dentina. La matriz inicialmente es orgánica (proteínas) y luego se mineraliza para formar los tejidos duros. Los ameloblastos tienen una prolongación llamada proceso de Tomes, esta es fundamental para la organización de los prismas del esmalte.³

2.3.8 Formación de la raíz (Morfogénesis radicular)

Después que la corona se ha formado parcialmente, comienza el desarrollo de la raíz. La vaina epitelial de Hertwig que se forma por la unión del epitelio interno y externo del órgano del esmalte y guía la formación de la dentina radicular y da forma a la raíz. En los dientes multirradiculares (molares), esta vaina epitelial emite lengüetas que forman los distintos ápices radiculares. También se formará cemento alrededor de la raíz (celular y acelular) a partir del folículo dentario, y finalmente se desarrolla el ligamento periodontal para unir la raíz al hueso alveolar.³

2.3.9 Erupción dental

Una vez que la corona y la raíz tienen un grado adecuado de formación, los dientes comienzan a erupcionar. Durante la erupción, hay remodelación ósea y cambios en el folículo dental para permitir el paso del diente, estos eventos pueden verse modificados por factores biológicos y ambientales.³

2.3.10 Maduración y mantenimiento

Luego de erupcionados los dientes, los tejidos continúan madurando: el esmalte termina de materializarse, la dentina secundaria se deposita, y el ligamento periodontal se organiza, también existe mantenimiento (remodelación) del ligamento periodontal y también del cemento radicular.³

2.4 ANOMALÍAS DENTARIAS.

2.5 Definición.

Son diferencias anatómicas o funcionales que se encuentran en individuos sanos y que no implican una patología, pero pueden generar algunas alteraciones en estabilidad oclusal, estética y un correcto funcionamiento; estas se consideran parte de la diversidad biológica humana, si las anomalías no afectan el funcionamiento y la estética no requieren tratamiento. Las anomalías dentarias se producen por alteraciones que afectan el proceso normal de odontogénesis afectando directamente la estructura de los dientes. ⁴

Aunque las variantes no ocasionan ninguna enfermedad, de alguna manera estas pueden influir en la función masticatoria, en la estética dental y en la estructura del tratamiento odontológico, esto normalmente sucede en áreas como la ortodoncia y la estomatología. Se reconoce que las variantes de la normalidad dental son el reflejo de la diversidad biológica humana, la cual surge como producto de la interacción entre herencia y ambiente. ⁵

Desde esta perspectiva comprender su etiología ha permitido diferenciar variantes normales de alteraciones patológicas, interpretar patrones poblacionales y establecer relaciones entre anomalías dentales y posibles contextos sindrómicos. ⁶

2.6 ANOMALÍAS DE TAMAÑO.

2.6.1 Microdoncia.

La **microdoncia** es aquella anomalía en la cual los dientes afectados son más pequeños de lo normal, esta puede ser autosómica dominante o no, pero en presencia de dientes supernumerarios no aplica el término aquí encontramos dos subtipos: ⁷

2.6.2 Microdoncia parcial : afecta uno o más dientes, la anatomía puede ser normal o puede presentar deformidad coronal. Afecta principalmente a los incisivos laterales superiores permanentes, de forma unilateral o bilateral.

2.6.3 Microdoncia generalizada : Los dientes de ambas arcadas dentarias son uniformemente más pequeños de lo normal, lo que ocurre en trastornos poco frecuentes como el enanismo hipofisario, a esta patología se conoce como

microdoncia generalizada verdadera para diferenciarla de la microdoncia generalizada relativa, en la que los maxilares son más grandes de lo normal, dando la falsa impresión de dientes pequeños.⁷

2.6.4 Macrodoncia.

La **macrodoncia** es el término utilizado para designar a los dientes más grandes de lo normal, la etiología es desconocida, pero se asocia con un patrón de herencia autosómico dominante, la microdoncia se describen dos tipos al igual que la microdoncia, en esta patología también hay dos subtipos: ⁸

2.6.5 Macrodoncia parcial : Se presenta en uno o más dientes, la anatomía puede ser normal o presentar deformidad coronal. Los dientes afectados principalmente son los incisivos centrales superiores y los terceros molares inferiores. En caso de hipertrofia hemifacial, el lado afectado presenta dientes macrodónticos.

2.6.6 Macrodoncia generalizada: Se presentan dientes grandes en ambas arcadas, en esta patología, aquí encontramos la macrodoncia generalizada verdadera, como en el gigantismo hipofisario y la macrodoncia generalizada relativa, los maxilares son más pequeños de lo normal, pero los dientes son normales lo que da un aspecto de dientes grandes. ⁸

2.7 ANOMALÍAS DE NÚMERO.

2.2.1 Anodoncia.

La anodoncia es la ausencia congénita de gérmenes dentarios y puede afectar tanto a la dentición primaria como a la dentición permanente o a ambas, también puede ser de forma parcial. La etiología de la anodoncia es variable y en muchos casos imposible de establecer.

- Esta puede deberse a la falta de iniciación del germen dental o a la detención del desarrollo en sus fases iniciales.
- Se han mencionado como factores causales como Infecciones, Tumores, Traumatismos o Radiaciones.
- Generalmente se encuentra asociada a la displasia ectodérmica y particularmente a la displasia ectodérmica anhidrótica. Su hallazgo es poco frecuente y excepcional cuando afecta a ambas denticiones y no presenta enfermedad asociada. ⁹

2.7.2 Anodoncia Verdadera o Absoluta.

Es donde existe la ausencia de piezas dentales (Anodoncia parcial o total), se produce como resultado de defectos congénitos o ambientales.¹³

2.7.3 Anodoncia Falsa o Relativa.

Ausencia clínica (Total o Parcial) como resultado de su extracción.

Existen anodoncias parciales en el que se ve afectado uno o varios dientes; este tipo de anodoncia es común en dentición permanente y la ausencia total o casi total de piezas dentarias es rara.¹⁰

2.7.4 Oligodoncia.

La oligodoncia es definida como ausencia congénita de más de seis dientes en la dentición primaria y/o permanente y es considerada como una anomalía del desarrollo dental que comúnmente, se encuentra asociada a síndromes y alteraciones sistémicas, aquí se excluyen los terceros molares, la etiología es desconocida pero se atribuyen o asocia dos grandes grupos, clasificados generales y hereditarios.¹²

- Factores causales generales: traumatismo local, infección durante el desarrollo dental, quimioterapia o radioterapia, disfunción glandular, raquitismo, sífilis, sarampión durante el embarazo y disturbios intrauterinos severos, etc.
- Factores hereditarios: se consideran las enfermedades sindrómicas que se relacionan con esta alteración como el Síndrome de Down, Síndrome de Ellis van Creveld.

La oligodoncia también posiblemente causada por alteraciones de genes independientes o vínculos genéticos afectando los procesos tempranos del desarrollo de los dientes, aunque la oligodoncia suele presentarse como un rasgo aislado también puede presentarse como parte de un síndrome. La displasia ectodérmica es el grupo más común de síndromes asociados con la oligodoncia.¹²

Se presenta en personas del sexo femenino en un 8,4% y en el masculino en un 6,5%, observándose una mayor frecuencia de esta afección en la región mandibular.

2.7.5 Agenesia.

La agenesia dental constituye una de las anomalías craneofaciales más frecuentes en el desarrollo humano. Se define como un desorden heterogéneo de origen genético que se manifiesta clínicamente como la ausencia congénita de uno o más dientes. Esta entidad es considerada una condición de etiología multifactorial, en la que intervienen factores genéticos, ambientales, patológicos y evolutivos que influyen en los mecanismos normales de la odontogénesis.

La odontogénesis es un proceso biológico complejo que implica interacciones recíprocas y secuenciales entre células epiteliales y mesenquimáticas, las cuales coordinan la formación y el desarrollo de las estructuras dentales (imagen 1). ¹⁴



Imagen 1. Tomada de: Base de datos del servicio de Estomatología - Ortodoncia del Hospital General “Dr. Manuel Gea Gonzalez”: Se observa agenesia de ambos caninos inferiores.

2.7.6 Supernumerarios.

Los dientes supernumerarios representan una alteración en la odontogénesis, definida como la aparición de dientes adicionales a los 32 permanentes o 20 temporales esperados. Se consideran una variante de número, puede presentarse en dentición temporal o permanente, aislados o múltiples.

Su etiología aún no está completamente esclarecida, pero se relaciona con la hiperactividad en la lámina dental, pueden ser factores genéticos como la displasia cleidocraneal o síndrome de Gardner.

La localización más frecuente es en la región anterior del maxilar superior (mesiodens coniformes, dismórficos o pequeños), eumórficos o suplementarios (similares a dientes normales), únicos o múltiples, en casos raros asociados a

síndromes. Pueden causar complicaciones como la retención dentaria, malposición, diastemas, quistes dentígeros, alteraciones estéticas y funcionales (imagen 2).¹⁵



Imagen 2. Tomada de: Base de datos del servicio de Estomatología - Ortodoncia del Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez": Se observan dientes supernumerarios correspondientes a segundo molar superior izquierdo e incisivo central izquierdo.

2.8 ANOMALÍAS DE FORMA.

2.8.1 Conoidismo o diente conoide.

Como su nombre lo dice es un diente con la corona en forma de cono, suele ser más frecuente en dientes anteriores especialmente en incisivos laterales superiores y en supernumerarios. El conoidismo, o presencia de dientes conoides, es una anomalía dental que afecta principalmente a los incisivos laterales superiores, caracterizada por una corona y raíz en forma de cono. Aunque suele ser más un problema estético que funcional, puede asociarse con otras alteraciones como microdoncia e hipodoncia.

Conoidismo es una anomalía de forma dental en la que el diente presenta una corona reducida y cónica relacionada con mutaciones genéticas y síndromes como displasia ectodérmica, Ellis-Van Creveld, Rieger o Gardner, esta es poco común, afecta tanto dentición temporal como permanente, se observan dientes pequeños, con corona y raíz en forma de cono (imagen 3).¹⁶

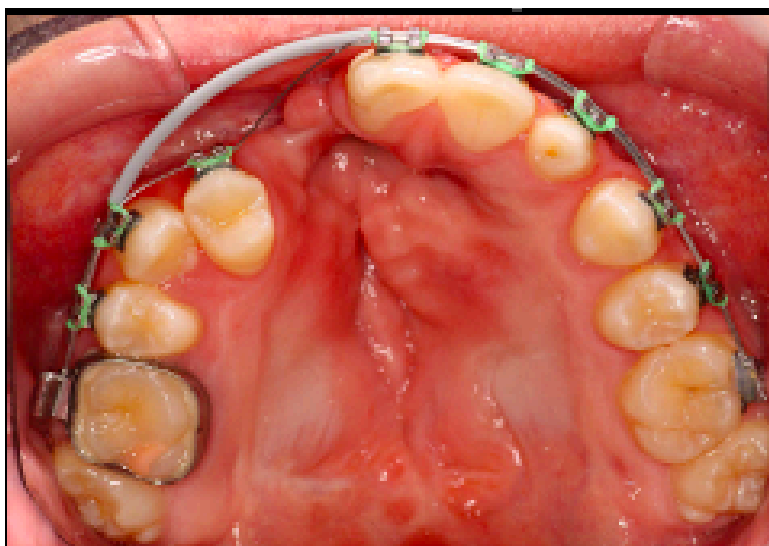


Imagen 3. Tomada de: Base de datos del servicio de Estomatología - Ortodoncia del Hospital General “Dr. Manuel Gea Gonzalez”: Se observa diente cónico lateral superior.

2.8.2 Cúspides y tubérculos accesorios.

Se refiere a la anatomía de la corona respecto al número de cúspides o de excrecencias (tubérculos). Las cúspides y tubérculos accesorios son variaciones morfológicas dentarias que se presentan como elevaciones adicionales de esmalte y dentina en la corona. Los ejemplos más conocidos son el tubérculo de Carabelli, la cúspide en talón y el diente evaginado.

Su prevalencia varía según la población, y aunque suelen ser hallazgos benignos, pueden tener implicaciones clínicas en estética, oclusión y riesgo de desgaste o fractura (imagen 4).¹⁷

- Cúspide accesoria: elevación adicional en la corona dental, generalmente no funcional, ni afectación en la estética dental ni en la oclusión.
- Tubérculo accesorio: variante anatómica que aparece como una protuberancia en la superficie oclusal o palatina, sin afectaciones oclusales.
- Tubérculo de Carabelli: localizado en la cúspide mesiopalatina de los molares superiores, más frecuente en primeros molares permanentes.
- Cúspide en talón: cúspide prominente en el cóngulo de dientes anteriores, especialmente incisivos, no existen afectaciones oclusales ni estéticas.

- Diente evaginado: cúspide adicional en dientes posteriores, resultado de la evaginación del esmalte (Imagen 4). ¹⁷

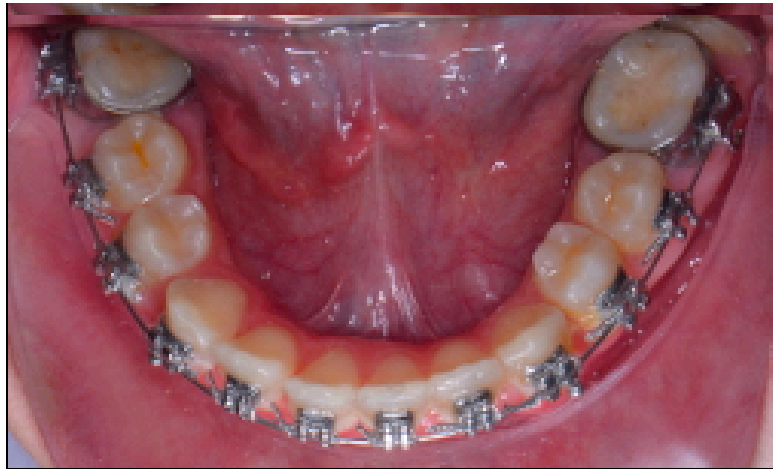


Imagen 4. Tomada de: Base de datos del servicio de Estomatología - Ortodoncia del Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez": Se observa diente con cúspides accesorias en primeros y segundos molares inferiores.

2.8.3 Dens in dente o diente invaginado.

Esta consiste en la penetración del esmalte en el interior de la corona. Dens in dente o diente invaginado se caracteriza por la invaginación del esmalte y dentina hacia la pulpa, generando una anatomía compleja que favorece caries y necrosis pulpar temprana. ¹⁸

Es más común en incisivos laterales superiores permanentes, la etiología aún incierta, se asocia a factores genéticos y disturbios en la morfogénesis dental, radiográficamente se observa una invaginación radiopaca que puede extenderse hasta la raíz. ¹⁸

Clasificación de Oehlers

- Tipo I: invaginación limitada a la corona.
- Tipo II: se extiende más allá de la unión cemento-esmalte, sin comunicación con el ligamento periodontal.
- Tipo III: llega hasta el ápice, con comunicación directa al periodonto. ¹⁸

2.8.4 Dilaceración.

La dilaceración dental es una alteración en la forma del diente caracterizada por una curvatura o angulación anormal entre la corona y la raíz, o dentro de la misma raíz. Esta curvatura puede observarse en radiografías, ocurre cuando el germen dentario sufre un desplazamiento, trauma mientras el diente está formándose, alteraciones del crecimiento del diente, posición del germen dentario.

Clínicamente es poco observable, estos se podrán observar mediante estudios de imagenología, es más común en dientes permanentes superiores, puede verse una curvatura leve, moderada o severa (imagen 5).¹⁹



Imagen 5. Tomada de: Base de datos del servicio de Estomatología - Ortodoncia del Hospital General "Dr. Manuel Gea Gonzalez": Se observan dilaceraciones radiculares moderadas en dientes 12,13,32 y 44.

2.8.5 Fusión.

La fusión dental es una anomalía del desarrollo caracterizada por la unión de dos gérmenes dentarios adyacentes, que da lugar a un diente clínicamente más grande de lo normal y con una anatomía compleja. Es importante diferenciarla de la geminación, ya que ambas presentan dientes aumentados de tamaño pero con distinta etiopatogenia. Su etiología no está completamente esclarecida; se asocia a factores genéticos, presión física entre gérmenes y alteraciones en la lámina dental generando un diente de mayor tamaño, con número reducido en la arcada. Son más frecuentes en incisivos y caninos temporales; menos común en dentición permanente, radiográficamente se observa unión de dentina y, en algunos casos, cámaras pulpaes separadas o parcialmente fusionadas.²⁰

2.8.6 Geminación.

La geminación dental es una anomalía del desarrollo caracterizada por la división parcial de un germen dentario, lo que da lugar a un diente aumentado de tamaño con una corona bífida y una sola raíz. Es importante diferenciarla de la fusión, ya que ambas producen dientes grandes pero con distinta etiología y repercusión en el conteo dentario.

La etiología de la geminación no es clara, sin embargo es asociada a factores genéticos y disturbios en la lámina dental, su localización más frecuente es en incisivos y caninos temporales superiores, radiográficamente muestra una sola raíz y cámara pulpar, con división parcial de la corona.²⁰

2.8.7 Concrecencia.

Unión de dos dientes diferentes a través de sus raíces. La concrecencia dental es una anomalía de desarrollo caracterizada por la unión de dos dientes adyacentes únicamente a nivel del cemento radicular, sin involucrar dentina y esmalte. Es distinta de la fusión y la geminación, y suele diagnosticarse de manera incidental en estudios radiográficos.

Su etiología puede ser desarrollo normal durante la formación radicular, por proximidad de gérmenes, puede ser también adquirida por hiperplasia del cemento secundaria a inflamación, trauma o presión. Se localiza más en molares superiores, especialmente segundos y terceros, radiográficamente las raíces aparentemente fusionadas.²¹

2.8.8 Perlas del esmalte

También son conocidas como nódulo, Isla o gota de esmalte, son un glóbulo de esmalte ectópico, redondeado, de 1-3mm, en la superficie radicular. Es un área de esmalte heterotópico, habitualmente de una forma esferoidal que se presenta a nivel del inicio de la raíz. Se ubica en cualquier zona de la raíz, aunque posee preferencia por la región próxima al cuello dental.

Estos son de origen genético y se atribuyen a la diferenciación de restos celulares de la vaina epitelial de Hertwig en ameloblasto; este hecho no debe pronunciarse en

condiciones normales, ya que daría lugar a la formación de esmalte ectópico sobre la superficie radicular. Se cree que sucede como resultado de un desplazamiento anormal de ameloblastos durante la formación del diente. La perla del esmalte es un hallazgo infrecuente (Imagen 6).²²



Imagen 6. Tomada de: Base de datos del servicio de Estomatología - Ortodoncia del Hospital General “Dr. Manuel Gea Gonzalez”: Se observan perlas del esmalte, cuartos molares y anodoncia de premolares inferiores.

2.9 SÍNDROMES.

2.9.1 Concepto de Síndrome.

Se define como un conjunto de síntomas que se presentan de manera recurrente y los cuales comparten una etiología en común. La mayoría de los síndromes afectan vías moleculares y mecanismos de diferenciación celular involucrados en el desarrollo craneofacial y dental, de esta manera se explica la asociación entre síndromes genéticos y anomalías dentales.²³

En otras palabras, un síndrome es un conjunto de signos y síntomas que aparecen de manera simultánea y que, en conjunto, conforman un patrón clínico reconocible. Este patrón puede deberse a una enfermedad específica, a múltiples causas posibles, o incluso a una etiología aún desconocida. El término se utiliza cuando las manifestaciones clínicas tienen una asociación constante entre sí, independientemente de que la causa esté plenamente identificada.

En medicina y genética clínica, un síndrome también se describe como un grupo recurrente de anomalías físicas, fisiológicas o del desarrollo que se presentan juntas

con mayor frecuencia de lo esperado por azar, permitiendo reconocer una entidad clínica útil para el diagnóstico, el pronóstico y la investigación.²⁴

2.9.2 Cómo se diagnostica un síndrome.

Se inicia con una guía diagnóstica, el reconocer un síndrome orienta qué pruebas se pueden pedir, entre los estudios encontramos: imágenes, genética, marcadores bioquímicos para identificar la causa subyacente.

Se da pronóstico y terapia, ya que algunos síndromes agrupan manifestaciones que requieren intervenciones específicas inmediatas.

Comunicación clínica y codificación: el uso de la etiqueta “síndrome” facilita la comunicación entre equipos y la codificación (ICD), aunque para registro epidemiológico es preferible asociar la causa cuando se conoce.²⁵

- Historia clínica completa y examen físico: identificar el patrón de signos/síntomas (qué sistemas están comprometidos).
- Uso de criterios clínicos o conjuntos diagnósticos: muchos síndromes tienen criterios (diagnósticos en reumatología, genética clínica).
- Pruebas dirigidas: laboratorios, imagenología, pruebas genéticas o biopsias según la sospecha.
- Diagnóstico diferencial amplio: un mismo síndrome puede provenir de varias etiologías (infecciosa, genética, autoinmune, tóxica, metabólica).
- Reevaluación dinámica: con nueva información clínica o pruebas, el “síndrome” puede codificarse como una enfermedad definida..
- Importancia interdisciplinaria.²⁴

2.10 SÍNDROMES CON AFECTACIÓN CRANEOFACIAL Y BUCODENTAL.

2.10.1 Síndrome Abléfaron

Etiología: El Síndrome Abléfaron-Macrostromía fue descrito por primera vez por McCarthy y West en 1977, por lo cual también se le conoce como Síndrome de McCarthy. La etiología se cree que es de herencia autosómica recesiva, aunque

algunos autores mencionan que es una mutación genética o un patrón de herencia autosómica dominante.²⁶

Características clínicas: Este es un trastorno genético extremadamente raro caracterizado principalmente por la ausencia parcial o total de los párpados (ablefaria) y alteraciones faciales y cutáneas como ausencia o hipoplasia de párpados, exposición corneal, pestañas y cejas escasas o ausentes, macrostomía (boca anormalmente grande), labios delgados poco desarrollados o ausentes, hipodoncia, retraso de erupción dental, hipoplasia de esmalte, mordida abierta o cruzada, nariz pequeña o hipoplásica, orejas malformadas o de implantación baja, piel seca, delgada o laxa, ausencia parcial de tejido subcutáneo, anomalías genitales, retraso en el crecimiento y posibles alteraciones dentales.²⁶

2.10.2 Síndrome Apert.

Etiología : Eugene Apert fue un médico francés quien describió a nueve pacientes que comparten atributos y características similares a la acrocefalosindactilia en 1906. El síndrome de Apert es un desorden autosómico dominante cuyo defecto se produce por una mutación espontánea de origen paterno, que afecta al receptor 2 del factor de crecimiento de los fibroblastos (FGFR2).²⁷

Características clínicas: El defecto genético produce un cierre precoz de las suturas craneales, con la aparición de craneosinostosis, ocasionando un crecimiento asimétrico de la cabeza, acompañada de una sindactilia simétrica que afecta frecuentemente los cuatro miembros, dismorfia facial, cara cóncava por poco desarrollo del maxilar, clase III esquelética, paladar estrecho y profundo, apiñamiento dental severo, supernumerarios en pocos casos, agensia, alteraciones de forma, alteraciones neurales, siendo frecuente que aparezca el retardo mental.²⁷

2.10.3 Síndrome de Binder

Etiología: El Síndrome de Binder es una patología congénita caracterizada por un desarrollo deficiente de la región premaxilar y nasomaxilar. Aunque la etiología no es exacta, se reconoce como una alteración del crecimiento del complejo maxilo-nasal durante el desarrollo embrionario.²⁸

La primera descripción de alteraciones relacionadas con esta entidad es de 1882, cuando Zuckerkandl describió una anomalía en el suelo de la fosa nasal, en la cual la cresta normal que separa el suelo nasal de la superficie anterior del hueso maxilar estaba ausente. Posteriormente, Noyes describió el aspecto clínico de la displasia maxilo-nasal, aunque no la reconoció formalmente como un síndrome. No fue sino hasta 1962 cuando Binder describió tres niños con características clínicas similares, estableciendo así la entidad como un síndrome definido.²⁸

Características clínicas: Se caracteriza principalmente por hipoplasia nasomaxilar, secundaria al desarrollo insuficiente de la premaxila, hipoplasia nasomaxilar, labio superior convexo, nariz de orientación vertical, ángulo nasofrontal plano, ausencia de la espina nasal anterior, atrofia de la mucosa nasal, senos frontales hipoplásicos, retroinclinación de incisivos centrales superiores, apiñamiento dental marcado en el maxilar, proceso alveolar superior poco desarrollado y alteraciones fonéticas.²⁸

2.10.4 Síndrome Crouzon.

Etiología: El Síndrome de Crouzon también conocido como disostosis craneofacial congénita, esta fue descrita por primera vez por el médico francés Octave Crouzon en 1912 como un trastorno genético, fue caracterizado por la fusión prematura de una o varias suturas craneales, en la mayoría de los casos son las suturas coronal y sagital. Este es un trastorno autosómico dominante causado por una mutación heterocigótica en el gen que codifica el receptor 2 del factor de crecimiento de fibroblastos durante el desarrollo embriológico (gen FGFR2), en el locus cromosómico 10q25-3,4 10q26.²⁹

Características clínicas: se manifiesta como el cierre prematuro de las suturas craneales (coronal y lambdoidea) que suelen estar más afectadas, también se observa braquicefalia, hipoplasia del tercio medio de la cara, maxilar con arcada dentaria en forma de “V”, mordida abierta, mandíbula en forma de “U”, generalmente con prognatismo y presenta el labio superior corto, palabra ojival, erupción ectópica, agenesia, alteraciones de forma. Se han descrito casos con alteraciones cerebrovasculares, como incremento de la presión craneal y ocular, entre las que se presenta el incremento de la distancia interpupilar (hipertelorismo), globos oculares exoftalmos, proptosis y estrabismo divergente.³⁰

2.10.5 Síndrome de Down.

Etiología: John Langdon Down en 1866 hizo la primera descripción clínica del síndrome, él caracterizó a un grupo de pacientes con rasgos físicos comunes estableciendo las bases para su identificación clínica. Los pacientes con esta condición se les denominó “mongoles”.³¹

El Síndrome de Down consiste en una alteración donde existe material genético adicional del cromosoma 21 siendo esta la responsable de las características morfológicas, cognitivas y conductuales observadas en los individuos afectados.³¹

Existen variantes citogenéticas:

- Trisomía 21 libre.
- Translocación cromosómica.
- Mosaicismo.

Este síndrome se asocia con discapacidad intelectual y con alteraciones en el desarrollo físico, fisiológico y en la salud general del individuo, durante el desarrollo fetal.

Características clínicas: Cabeza de menor tamaño, región occipital relativamente prominente, nariz pequeña, puente nasal plano, ojos que muestran hendiduras palpebrales oblicuas, orejas pequeñas y de implantación baja, cavidad oral relativamente pequeña, lengua de tamaño normal, puede aparentar ser mayor debido a la disminución del espacio oral o macroglosia (lengua grande), proyección lingual, dificultad al sellado labial, erupción tardía en ambas denticiones, hipodoncia con mayor predilección en incisivos y premolares, microdoncia, alteraciones dentales de forma, maloclusiones e incluso enfermedad periodontal.³¹

Las manos son pequeñas, con dedos cortos, presentan un pliegue palmar único transversal, piel cianótica en etapas temprana, una talla inferior al promedio para la edad y el sexo, cierta tendencia al sobrepeso u obesidad. Además, existe una mayor incidencia de problemas de salud asociados, tales como infecciones recurrentes, cardiopatías congénitas, alteraciones del tracto gastrointestinal y trastornos sensoriales, entre otros.³¹

2.10.6 Síndrome Goldenhar.

Etiología: El síndrome de Goldenhar fue descrito por el Dr. Robert J. Gorlin en 1963, este síndrome es el segundo tipo de malformación craneofacial más frecuente que involucra los derivados del primer y segundo arco branquial. Su etiología es desconocida pero se cree que es multifactorial asociada a alteraciones en el desarrollo embrionario, alteraciones vasculares y factores ambientales.

Características clínicas: Se presentan por lo general son unilaterales, con predominio derecho con afecciones oculares, auriculares (oído y pabellón auricular) y vertebrales, obteniendo así un seudónimo espectro óculo-aurículo-vertebral (OAVS).³²

Encontraremos microsomía hemifacial, subdesarrollo de los huesos faciales: pómulos, mandíbula, hueso temporal, se puede dar de un solo lado de la cara causando asimetría severa, orejas ausentes o pequeñas posicionadas inusualmente, conductos auditivos estrechos o ausencia, pérdida auditiva, crecimientos en la superficie del ojo (quistes), falta de párpado o tejido ocular, estrabismo, labio hendido, paladar hendido, erupción dentaria ectópica del lado afectado, macrostomía, agenesia del lado afectado, microdoncias o alteraciones de forma.³²

2.10.7 Síndrome Moebius.

Etiología: En 1892 el profesor Paul Julius Moebiu describió el síndrome. Este es un trastorno neurológico congénito caracterizado por la parálisis facial, la etiología es desconocida aún pero se cree que es causada por alteraciones vasculares embrionarias, alteraciones en el desarrollo neurológico, causas ambientales y factores genéticos..

Características clínicas: Las más destacadas están dificultad en la deglución, falta de expresión facial, problemas en la pronunciación, babeo, estrabismo, limitación del movimiento ocular, problemas dentales tempranos por autolimpieza inapropiada y estado entreabierto de la boca, micrognatia, maloclusiones, lengua pequeña o hipotónica. Los nervios más comúnmente afectados son el VII (expresión facial), y el VI (movimiento lateral de los ojos); los siguientes nervios afectados son el IX y el X

(el gloso-faríngeo y el vago), también puede verse afectado el XII par (hipogloso), el III nervio (oculomotor). Rara vez están afectados los nervios restantes, el IV (patético), el VIII (acústico), y el V (trigémino), Sólo en muy raras circunstancias se ha visto afectado el XI (accesorio), y finalmente el (olfatorio).³³

2.10.8 Síndrome de Opitz.

Etiología: El Síndrome de Smith-Lemli-Opitz es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva caracterizada por múltiples anomalías congénitas, discapacidad intelectual y alteraciones del comportamiento. Esta entidad es causada por mutaciones en el gen DHCR7, este codifica la enzima 7-dehidrocolesterol reductasa la que es responsable de catalizar la conversión del 7-dehidrocolesterol en colesterol, que es el paso final en la vía de biosíntesis del colesterol.³⁴

La deficiencia o actividad reducida de la 7-dehidrocolesterol reductasa ocasiona una acumulación de 7-dehidrocolesterol y de otros precursores metabólicos, haciendo una disminución significativa de los niveles de colesterol en sangre y tejidos. Esta alteración metabólica afecta procesos del desarrollo embrionario que son fundamentales.³⁴

Características clínicas: El síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLOS) presenta un espectro clínico amplio, que puede variar desde formas leves hasta cuadros graves con múltiples malformaciones congénitas. Las manifestaciones derivan de la alteración en la síntesis de colesterol durante el desarrollo embrionario, algunas son: retraso del crecimiento intrauterino y posnatal, bajo peso al nacer, microcefalia, discapacidad intelectual (leve a severa), trastornos del espectro autista, ptosis palpebral, micrognatia, fisura palatina o paladar hendido, retraso en la erupción dental, alteraciones en la formación del esmalte, sindactilia parcial del segundo y tercer dedo del pie (hallazgo muy característico).³⁴

2.10.9 Síndrome de Parry Romberg

Etiología: El síndrome de Parry Romberg es un trastorno neurocutáneo de etiología desconocida, fue descrito por primera vez en el año 1825 por Parry CH, luego en 1846 Romberg MH realizó la primera descripción detallada.³⁵

Existen varias teorías sobre su etiología, las principales son: neuritis trigeminal, neurovasculitis autoinmune crónica, otra es la infección crónica por un virus neurotrófico como el herpes y aumento en la actividad nerviosa simpática que lleva a la atrofia facial.

Características clínicas: Su presentación clínica es la hemiatrofia facial progresiva la cual puede comprometer piel, tejido subcutáneo, músculo e incluso estructuras óseas. Esta atrofia suele asociarse con alteraciones oftalmológicas, principalmente enoftalmos, secundario a la pérdida de volumen orbitario.³⁵

Pueden presentarse manifestaciones neurológicas como epilepsia, migraña y neuralgia del trigémino. En algunos casos, los estudios de neuroimagen evidencian hiperintensidades corticales y de la sustancia blanca ipsilateral, así como hemiatrofia cerebral del mismo lado afectado. También se incluyen las anomalías bucodentales como raíces pequeñas, microdoncias, maloclusiones, hipoplasia maxilar, disminución del crecimiento de la mandíbula del lado afectado.

No obstante, a pesar de los hallazgos radiológicos que pueden acompañar al cuadro clínico, el diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la progresión característica de la atrofia hemifacial.³⁵

2.10.10 Síndrome de Pfeiffer.

Etiología: El Síndrome de Pfeiffer es un trastorno genético infrecuente de herencia autosómica dominante. Fue descrito originalmente en 1964 por Rudolf Arthur Pfeiffer, quien lo definió como una forma de acrocefalosindactilia.

Este síndrome presenta heterogeneidad genética, ya que puede estar causado por mutaciones en los genes que codifican los receptores del factor de crecimiento de fibroblastos, específicamente FGFR1 o FGFR2. Las alteraciones causadas por estas mutaciones generan una activación anómala de la señalización osteogénica conduciendo a la fusión prematura de las suturas craneales y a las malformaciones.³⁶

En 1993, Michael M. Cohen Jr. propuso una clasificación clínica en tres tipos:

- Tipo 1 (clásico): presenta manifestaciones leves, inteligencia normal o cercana a lo normal y, en general, un pronóstico favorable.
- Tipo 2: se caracteriza por la presencia de cráneo en trébol (kleeblattschädel), proptosis severa, anquilosis o sinostosis del codo, retraso del desarrollo y complicaciones neurológicas y respiratorias que pueden ocasionar muerte temprana.
- Tipo 3: es clínicamente similar al tipo 2, pero sin la presencia de cráneo en trébol.³⁶

Características clínicas: El síndrome de Pfeiffer se caracteriza por un conjunto de manifestaciones craneofaciales, esqueléticas y sistémicas derivadas principalmente de la craneosinostosis prematura y alteraciones en el desarrollo óseo como: Craneosinostosis (generalmente coronal), que provoca braquicefalia o turricefalia, hipoplasia del tercio medio facial, proptosis ocular (secundaria a órbitas poco profundas), hipertelorismo, nariz pequeña con puente nasal deprimido, cráneo en trébol (casos reverso), hipoplasia maxilar, maloclusión Clase III esquelética, apiñamiento dental, paladar alto y estrecho, se puede presentar hipodoncia y anomalías de forma..³⁶

2.10.11 Síndrome Treacher Collins

Etiología: El síndrome de Treacher Collins (TC) fue descrito por primera vez en 1946 por Thompson, unos años más tarde por Berry, en 1889 y finalmente por el oftalmólogo inglés E. Treacher Collins quien describió sus características principales en 1900. Posteriormente Franceschetti y Klein fueron los primeros en usar la expresión disostosis mandibulofacial describiendo el perfil como cara de los peces o los pájaros.³⁷

El síndrome es un trastorno craneofacial congénito de herencia autosómica dominante; generado por una mutación del gen TCOF1, donde se codifica la proteína treacle, que es la encargada de la migración de las estructuras de la cara, en especial a las porciones derivadas del primer y segundo arco braquial.

Características clínicas: Por lo general son bilaterales y simétricas, entre ellas se reconoce la hipoplasia cigomática y de los rebordes orbitales, alteraciones en la región nasales, alteraciones del pabellón auricular, retrognatía, micrognatía, paladar

o labio hendido, alteraciones dentales como la agenesia dental y alteraciones de forma y tamaño.³⁷

2.10.12 Síndrome Waardenburg.

Etiología: En 1951 Waardenburg describió por primera vez este síndrome, esta es una enfermedad genética que se describe en varios tipos clínicos, con gran heterogeneidad genética, la mayoría de los casos publicados presentan un patrón de herencia autosómico dominante, aunque también se describen otras formas de herencia. Este síndrome está causado por una migración o diferenciación anormal de células de la cresta neural durante el desarrollo embrionario. Mutaciones en genes relacionados con el desarrollo de la cresta neural, principalmente en PAX3, MITF y SOX10.³⁸

Características clínicas: Las características clínicas reportadas fueron, sordera neurosensorial congénita unilateral o bilateral, desplazamiento lateral del canto interno de los ojos y del conducto lagrimal inferior, raíz nasal alta y amplia, heterocromía del iris, sinofris, hipertrichosis del tercio medio de las pestañas, agenesia dental, dientes conoides, microdoncia, maloclusiones.³⁸

2.10.13 Displasia cleidocraneal.

Etiología: La enfermedad es causada por una mutación en el gen RUNX2 (CBAF1), ubicado en el brazo corto del cromosoma 6, de herencia autosómica dominante con penetrancia genética casi completa con expresión clínica variable. Este gen codifica la síntesis de la proteína RUNX2, también denominada CBFA1 (core-binding factor subunit alpha-1), participando en la diferenciación osteoblástica y en la morfogénesis del esqueleto.³⁹

Características clínicas: La displasia cleidocraneal es un raro síndrome esquelético de herencia autosómica dominante que se caracteriza por anomalías dentales y anormalidades óseas, se caracteriza por presentar prominencia frontal y parietal, braquicefalia, cierre tardío de las suturas craneales, hipoplasia o aplasia de clavículas y múltiples anomalías dentales, algunos pacientes puede presentar normalidad clavicular, también presentan complicaciones otitis media aguda

recurrente e hipoacusia, agenesia dental, dientes supernumerarios, retraso en la exfoliación dental, perlas del esmalte..³⁹

2.11 Relación síndrome/anomalía

Las anomalías dentarias son hallazgos frecuentes en pacientes con síndromes genéticos con afectaciones craneofaciales y bucodentales, resultantes de las alteraciones en la odontogénesis y en el desarrollo de estructuras craneofaciales. Las anomalías se pueden clasificar según el número, tamaño, forma, estructura, erupción y posición dental.^{40, 42}

En síndromes tales como el Apert, el de Crouzon y el de Pfeiffer, las anomalías dentarias son mayormente secundarias a alteraciones esqueléticas, especialmente dada a la hipoplasia maxilar que en estos síndromes se observa. Estas condiciones generan discrepancias en el tamaño de la arcada maxilar, dando lugar a apiñamiento dental severo, erupción ectópica y maloclusiones Clase III, agenesia, supernumerarios; siendo la posición dental la categoría más afectada.^{41,43} De manera similar, el Síndrome de Binder presenta alteraciones oclusales, como la maloclusión Clase III que son derivadas de la deficiencia del desarrollo del maxilar anterior.⁴²

En síndromes como el de Down y la Displasia cleidocraneal, predominan anomalías dentarias primarias. En el síndrome de Down se observan anomalías como la agenesia, microdoncia y también existen alteraciones de forma.^{40,42,44} La displasia cleidocraneal se caracteriza por anomalías en el número, destacando por dientes supernumerarios, alteraciones severas en la erupción, retención prolongada de dientes temporales e inclusión de dientes permanentes.^{41,43}

En el Síndrome de Treacher Collins y el de Goldenhar, las alteraciones dentarias están estrechamente relacionadas con defectos en los arcos branquiales. En estos casos predominan anomalías como agenesia, retraso en la erupción y maloclusiones, asociadas a hipoplasia mandibular o asimetría facial.^{42,43} De manera semejante, el Síndrome de Abléfaron-Macrostomía presenta alteraciones dentarias como hipodoncia y defectos de forma, aunque su principal afección es de tejidos blandos periorales.⁴²

En síndromes con compromiso neuromuscular, como el Síndrome de Moebius, las anomalías dentarias son principalmente secundarias a disfunción muscular, manifestándose como maloclusiones y alteraciones funcionales más que estructurales ⁴¹. Mientras que, el Síndrome de Parry-Romberg se distingue por un patrón progresivo-unilateral, donde las anomalías dentarias, como microdoncia, raíces cortas y retraso eruptivo, son consecuencia de la atrofia de tejidos blandos y óseos. ^{42,43}.

El Síndrome de Waardenburg presenta anomalías dentarias leves, como hipodoncia y microdoncia, sin alteraciones esqueléticas significativas. ^{41,42}

En conjunto, la relación entre síndromes y anomalías dentarias evidencia que estas pueden ser primarias (de origen genético directo) o secundarias (resultado de alteraciones esqueléticas o funcionales). La identificación de cada una es fundamental para el diagnóstico, la planificación de un tratamiento multidisciplinario integral, permitiendo mejorar la función, estética y calidad de vida del paciente. ^{41,44}

2.12 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las anomalías dentarias constituyen de gran forma las alteraciones en número, tamaño y forma de los dientes, su presencia puede complicar la función masticatoria, la estética y el desarrollo normal de la oclusión. Dichas anomalías se pueden presentar en la población general, sin embargo también se pudieran observar con una mayor prevalencia en pacientes con síndromes craneofaciales, genéticos y hasta personas con discapacidad.¹

En esta institución hospitalaria se da atención a dichos pacientes con malformaciones craneofaciales y síndromes complejos, por otro lado, la información sistematizada sobre las anomalías dentales en este grupo es limitada y la falta de registros detallados dificulta la identificación de patrones específicos y su relación con determinados síndromes, lo cual podría retrasar o complicar el abordaje interdisciplinario.

Ante la situación, surge la necesidad de investigar y documentar dichas anomalías dentarias, presentes en los pacientes con síndromes craneofaciales y bucodentales atendidos en el servicio de Estomatología - Ortodoncia de dicha institución. Este

conocimiento permitirá mejorar la detección temprana, la planificación ortodóncica y la sinergia con otras especialidades que así lo amerite cada caso.

2.13 JUSTIFICACIÓN.

Las anomalías dentales son alteraciones del desarrollo de etiología compleja, donde los factores genéticos tienen un papel primordial. En los pacientes con síndromes genéticos con afectación craneofacial y bucodental, la presencia de anomalías dentales no es considerada una mera coincidencia, sino una manifestación oral esperada y frecuente de su condición sistémica. Por ejemplo, la agenesia de incisivos laterales superiores en el Síndrome de Down, el taurodontismo en las displasias ectodérmicas o la presencia de supernumerarios en el síndrome de Cleidocraneal.

La Identificación y caracterización de estas anomalías es el primer paso para un manejo odontológico integral y preventivo. La falta de identificación temprana puede conducir a complicaciones como maloclusiones, problemas estéticos, funcionales, dificultades en la erupción dental y, en última instancia, a tratamientos ortodóncicos y protésicos más complejos y prolongados.

La institución hospitalaria de tercer nivel es un un punto de convergencia crucial para estos pacientes, quienes acuden buscando soluciones a problemas funcionales y estéticos derivados de sus condiciones, este estudio busca generar un conocimiento específico y contextualizado sobre el predominio y los patrones de alteraciones dentales en los usuarios a quienes se brinda servicio.

2.14 OBJETIVO GENERAL.

Describir la presencia de anomalías dentarias de número, tamaño y forma en pacientes con síndromes asociados a alteraciones bucodentales y craneofaciales en el Hospital General Dr. Manuel Gea González.

2.14.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar la anomalía dentaria más frecuente en cada síndrome revisado.
2. Identificar la frecuencia y la distribución de las variantes de número, tamaño y forma en la dentición, permanente y temporal, así como el cuadrante.
3. Revisar y confirmar mediante estudios de imagen la presencia y el tipo de anomalías de número y forma.

4. Describir cada anomalía encontrada y en qué tipo de síndrome se encuentra.
5. Describir la distribución de anomalías dentarias de número, tamaño y forma según el síndrome diagnosticado en cada paciente.

2.15 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

2.15.1 Inclusión.

- Pacientes con diagnóstico sindrómico confirmado.
- Pacientes que hayan acudido a valoración o tratamiento en el Servicio de Ortodoncia dentro del período de estudio definido y tengan diagnóstico sindrómico confirmado (2023-2025).
- Expedientes clínicos que cuenten con estudios de imagen (tomografía, ortopantomografía).
- Expedientes clínicos que contengan consentimiento informado.
- Expedientes que incluyan fotografías clínicas que permitan evaluar anomalías de tamaño y forma.
- Pacientes de edad de entre los 9 y 40 años de edad.

2.15.2 Exclusión.

- Expedientes clínicos incompletos o ilegibles.
- Radiografías con artefactos, distorsión o mala calidad que impidan un análisis fiable.
- Pacientes cuyos síndromes no tengan un diagnóstico confirmado.
- Pacientes con síndromes sin implicaciones craneofaciales y bucodentales.
- Pacientes que no cumplan con el mínimo de edad.

2.16 RECURSOS HUMANOS Y TECNOLÓGICOS.

2.16.1 Humanos.

- Investigador principal: P.S.S Angel Vera De La Rosa.
- Asesor interno. Mtra. Denisse Elizabeth Durán Merino.
- Asesor externo. C.D.E.O. Danae Tapia Alquicira.
- Jefe de servicio C.D.E.O. Claudia Lizbeth Luna Barrientos.
- Residentes de la especialidad en Ortodoncia.
- Secretarias.

2.16.2 Tecnológicos.

- Laptop.

- Sistema de información Hospitalaria.
- Software de visualización de radiografías y tomografías.

2.17 MATERIALES Y MÉTODOS.

2.17.1 Tipo de estudio.

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

2.17.2 Ubicación tiempo - espacio.

Servicio de Estomatología - Ortodoncia del Hospital General “Dr.Manuel Gea González”, hospital de tercer nivel en atención, ubicado en la Ciudad de México, México. Esta institución es un centro de referencia que atiende a población con una alta diversidad de condiciones médicas complejas, incluyendo síndromes genéticos, craneofaciales y bucodentales.

2.17.3 Universo de trabajo.

100 expedientes clínicos de pacientes sindrómicos (Abléfaron, Apert, Binder, Crouzon, Displasia Cleidocraneal, Down, Goldenhar, Moebius, Opitz, Parry Romberg, Pfeiffer, Treacher Collins y Waardenburg) con implicaciones en el desarrollo craneofacial y bucodental del servicio antes mencionado.

2.18 METODOLOGÍA.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal de 100 expedientes clínicos de pacientes con síndromes genéticos con implicaciones craneofaciales y bucodentales del servicio correspondiente, durante un período de 3 años (01 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2025), solo se tomaron en cuenta 66 expedientes que cumplieron con los requisitos. También se realizó la revisión de fotografías intraorales, ortopantomografías y tomografías de los expedientes muestra. Los resultados se organizaron mediante tablas y gráficas, que incluyen el tipo de síndrome , género , edad, tipo de dentición, cuadrante y anomalía dentaria hallada.

2.18.1 Método de recolección de la información.

La información se extrajo de los expedientes clínicos llenados en el área, durante un lapso del 01 de enero de 2023 - 31 de diciembre de 2025. Donde las variables a

analizar fueron la edad, sexo, tipo de dentición, cuadrante y tipo de síndrome con afectación craneofacial y bucodental.

2.18.2 Elaboración de análisis estadístico.

Se realizaron dos bases de datos en el programa Excel, una con el concentrado de pacientes de la muestra obtenida y otra la muestra con hallazgos de la investigación; posteriormente fue analizada mediante estadística descriptiva.

2.19 RESULTADOS.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal en una muestra de 66 pacientes diagnosticados con algún Síndrome que implique anomalía craneofacial y bucodental, entre ellos se incluyeron: Abléfaron, Apert, Binder, Crouzon, Displasia Cleidocraneal, Down, Goldenhar, Moebius, Opitz, Parry Romberg, Pfeiffer, Treacher Collins y Waardenburg, los cuales se revisaron las historias clínicas, fotografías y estudios de imagenología con el fin de obtener datos si existen anomalías dentarias de número, tamaño y forma.

De la muestra total de 66 pacientes, 49 de los pacientes incluidos en el estudio no se identificó alguna anomalía dentaria. En contraste, 17 pacientes presentaron anomalías dentarias con 23 hallazgos en total con relación a una o más anomalías dentarias por paciente. Se realizan tablas descriptivas y comparativas así como prevalencia estadística o de porcentaje.

De la muestra total de 66 pacientes con síndromes con afectación bucodental y craneofacial, el 25.7% (17 pacientes) presentaron una o más anomalías de número, forma o tamaño (23 hallazgos). El síndrome de Crouzon representó el mayor volumen de casos positivos en términos absolutos, mientras que el síndrome de Displasia Cleidocraneal y el síndrome de Down con muestras más pequeñas, la presencia fue del 100% (Tabla 1).

Síndrome	Muestra total	Con Anomalía	Sin anomalía	Prevalencia
Apert	9	2	7	22.2%
Crouzon	12	5	7	41.6%

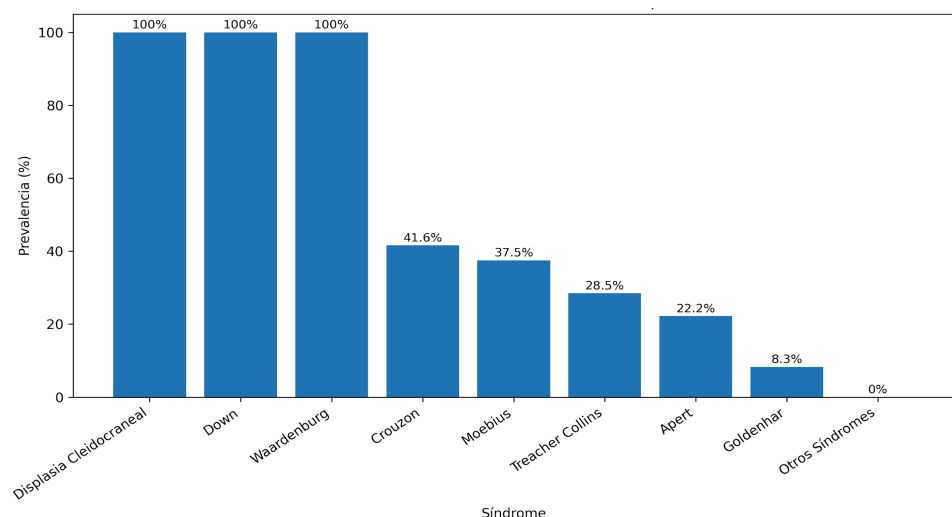
Displasia Cleidocraneal	2	2	0	100%
Down	1	1	0	100%
Goldenhar	12	1	11	8.3%
Moebius	8	3	5	37.5%
Treacher Collins	7	2	5	28.5%
Waardenburg	2	2	0	100%
Total General	66	17	49	25.7%

Tabla 1. Descripción de distribución de anomalías por síndrome (universo de trabajo), incluyendo el análisis de prevalencia de la muestra obtenida.

Muestra de la prevalencia de anomalías dentarias en los distintos síndromes de la muestra total. Los síndromes con mayor prevalencia (100%) fueron:

- Displasia cleidocraneal
- Síndrome de Down
- Síndrome de Waardenburg

Esto indica que los pacientes diagnosticados con estos síndromes presentaron al menos una anomalía dentaria, en estos casos la muestra fue más reducida y debe considerarse esa parte en los datos obtenidos de la muestra. El síndrome de Crouzon presentó una prevalencia del (41.6%) concentrando el mayor número absoluto de anomalías, con una o más encontradas por paciente esto lo convierte en el síndrome con mayor contribución clínica dentro del estudio. El síndrome de Moebius presentó una prevalencia intermedia (37.5%), seguido por Treacher Collins (28.5%) y Apert (22.2%). El síndrome de Goldenhar presentó prevalencia baja (8.3%) (Gráfica 1).



Gráfica 1: Descripción de distribución de anomalías por síndrome.

Se presenta el desglose detallado de los 17 pacientes que manifestaron anomalías dentarias organizados por diagnóstico sindrómico, así como las variables: género, edad, anomalía, diente afectado, dentición, cuadrante (Tabla 2).

Paciente (PX)	Género	Edad	Anomalía (Hallazgos)	Diente afectado	Dentición	Cuadrante
Síndrome de Apert						
PX 1	Femenino	14 años	Agenesia	Primeros premolares superiores	Permanente	1 y 2
PX 2	Masculino	9 años	Agenesia	Laterales superiores	Mixta - Permanente	1 y 2
Síndrome de Crouzon						
PX 3	Femenino	17 años	Dientes cónicos + Cúspides accesorias	Lateral súper izquierdo + primeros premolares inferiores y segundos premolares inferiores	Permanente	2, 3 y 4
PX 4	Femenino	20 años	Macrodoncia, Microdoncia,	Segundos premolares inferiores, incisivos	Permanente	1, 2, 3 y 4

			agenesia, mesioden	superiores, laterales inferiores , mesiodens inferior		
PX 5	Femenino	21 años	Agenesia	Caninos inferiores	Permanente	3 y 4
PX 6	Femenino	19 años	Agenesia	lateral superior izquierdo, canino y primer premolar superior derecho	Permanente	2, 3
PX 7	Femenino	15	Dientes cónicos	Laterales superiores izquierdo y derecho	Permanente	1 y 2
Síndrome de Displasia Cleidocraneal						
PX 8	Femenino	16 años	Perlas del esmalte, agenesia, supernumerarios	Primeros y segundos molares superiores e inferiores +premolares inferiores + cuartos molares superiores	Permanente	1,2,3 y 4
PX 9	Femenino	31 años	Supernumerarios	Segundo molar superior izquierdo e incisivo central inferior	Permanente	2 y 4
Síndrome de Goldenhar						
PX 10	Masculino	25 años	Dilaceración	Segundo premolar superior Derecho	Permanente	1
Síndrome de Moebius						
PX 11	Masculino	12 años	Dilaceración	Segundo molar inferior derecho	Mixta - Permanente	4
PX 12	Femenina	13 años	Cúspides accesorias	Primer premolar inferior derecho	Mixta - Permanente	4
PX 13	Femenina	18 años	Dilaceración	Canino superior izquierdo	Permanente	2

Síndrome de Treacher Collins						
PX 14	Femenina	13 años	Dilaceración Dens in dente Agenesia	Lateral derecho superior, canino superior derecho, lateral inferior izquierdo y primer premolar inferior derecho. + primer premolar inferior derecho. + caninos inferiores derecho e izquierdo.	Mixta- Permanente	1 y 3
PX 15	Masculino	10 años	Cúspide accesorio	Canino superior izquierdo	Mixta - Permanente	2
Síndrome de Down						
PX 16	Femenina	12 años	Dens in dente	Laterales superiores	Mixta - Permanente	1 y 2
Síndrome de Waardenburg						
PX 17	Femenina	17 años	Tubérculo de Carabelli	Primer molar superior izquierdo	Permanente	1

Tabla 2. Descripción de las anomalías dentarias identificadas en los síndromes de los pacientes evaluados.

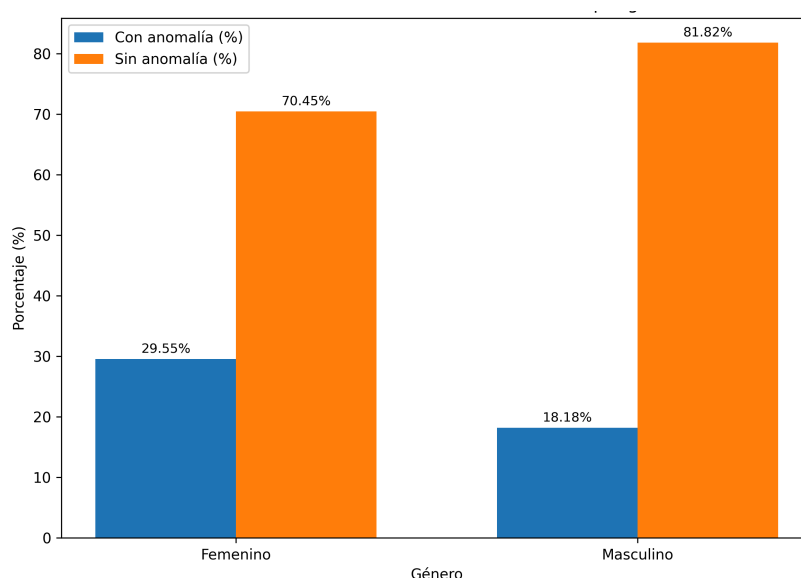
El análisis por género determinó que la prevalencia de anomalías es notablemente mayor en el género femenino con un 29.54% en contraste con el género masculino con un 18.18%, la prevalencia observada fue mayor en mujeres con un 1.6 veces más que la observada en hombres. (Tabla 3).

Género	PX con anomalía	PX sin anomalía	Total por género	Prevalencia
Femenino	13	31	44	29.54%
Masculino	4	18	22	18.18%
Total	17	49	66	25.75%

Tabla 3. Descripción de la comparación de anomalías dentarias por género de los pacientes analizados

La distribución por género indica que las anomalías dentarias son más frecuentes en el género femenino. De las 44 pacientes femeninas 13 presentaron anomalías, del género masculino solo 4 de 22 pacientes se encontraron anomalías.

En términos comparativos, la proporción de casos positivos es mayor en mujeres, lo que respalda una mayor prevalencia interna en este grupo (Gráfica 2).



Gráfica 2 Análisis de prevalencia interna por género.

Al categorizar las anomalías halladas (23 hallazgos) en los 17 pacientes, las anomalías de forma fueron las frecuentes, con un 56.5%, correspondientes a 13 hallazgos; las anomalías de número obtuvieron un 34.8%, con 8 hallazgos, mientras que las anomalías de tamaño representado el 8.7% en 2 hallazgos.

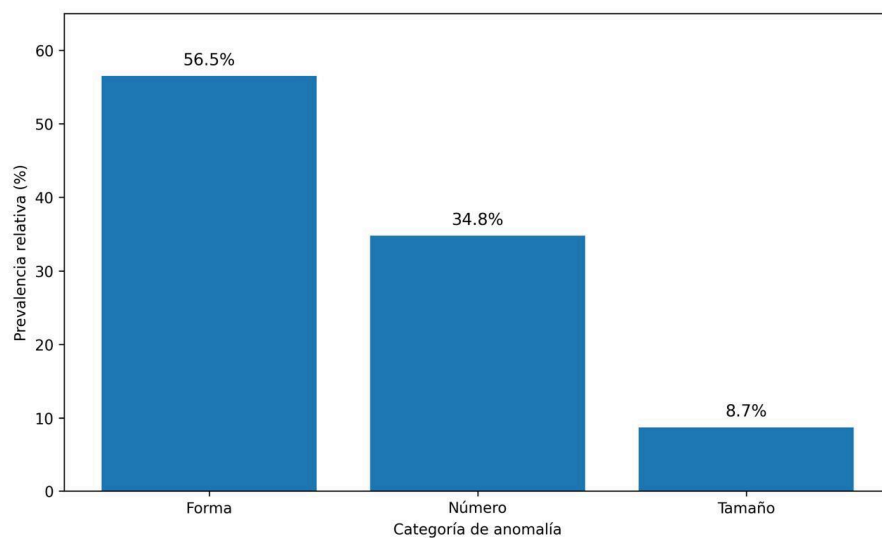
Cabe señalar que las categorías no fueron mutuamente excluyentes, debido a que algunos pacientes presentaron simultáneamente más de una anomalía perteneciente a distintas categorías. (Tabla 4).

Categoría de anomalía	Tipo de anomalía	Hallazgos	Frecuencia relativa
-----------------------	------------------	-----------	---------------------

Tamaño	Macrodoncia, Microdoncia	2	8.7%
Número	Agnesia, Supernumerarios	8	34.8%
Forma	Dilaceración, Cúspides accesorias, Dientes cónicos, Perlas del esmalte, Dens in dente.	13	56.5%

Tabla 4. Descripción de la distribución de los hallazgos por categoría clínica.

La distribución de las anomalías dentarias por categoría muestra un claro ejemplo de predominio de las alteraciones de forma, las cuales por sí solas representan más de tres cuartas partes de los casos observados (56.5%). En segundo lugar, se encontraron las anomalías de número con una prevalencia por debajo de la media del 34.8%. En tercer lugar, las anomalías de tamaño, fueron las menos frecuentes, representando el 8.7% de los hallazgos.(Gráfica 3)



Gráfica 3. Análisis de frecuencia relativa de la distribución del tipo anomalías por categoría.

Distribución topográfica de los 23 hallazgos (Tabla 4) se observa una concentración mayor en el sector anterior del maxilar el cual representa un 52.1% de todas las anomalías halladas, el lado izquierdo es el que presentó una mayor frecuencia de manifestaciones con un 56.6% en comparación con el lado derecho, aunque sin mostrar una asimetría estadísticamente significativa (Tabla 5).

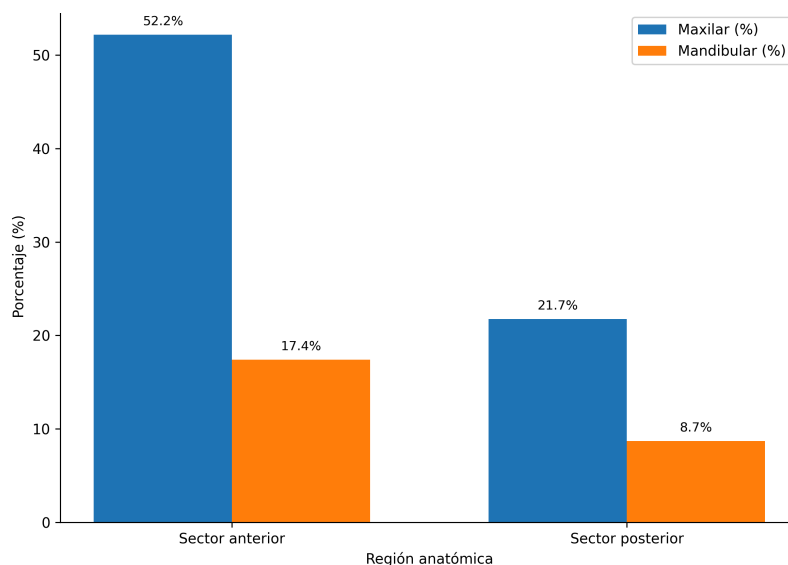
Región anatómica	Maxilar	Mandibular	Total de pacientes con anomalía	Porcentajes
SECTOR ANTERIOR	12	4	16	69.6%
Lado derecho C1/C4	5	2	7	30.4%
Lado izquierdo C2/C3	7	2	9	39.2%
SECTOR POSTERIOR	5	2	7	30.4%
Lado derecho C1/C4	2	1	3	13.0%
Lado izquierdo C2/C3	3	1	4	17.4%
Total por arcada	17 (73.9%)	6 (26.1%)	23	100%

Tabla 5. Descripción del análisis topográfico de las anomalías halladas por arcada y Cuadrante (C1, C2, C3, C4)

La distribución de las anomalías dentarias halladas según región anatómica mostró un claro predominio en el sector anterior, especialmente en la arcada maxilar.

En la arcada maxilar, el sector anterior concentró la mayor frecuencia de anomalías (n=12), en comparación con el sector posterior (n=5). De manera similar, en la arcada mandibular, el sector anterior también presentó mayor frecuencia (n=4) frente al sector posterior (n=2).

Estos hallazgos indican que existe una mayor concentración de anomalías en el sector anterior, donde la arcada maxilar es la más afectada. (Gráfica 4)



Gráfica 4. Análisis de porcentaje de las anomalías halladas por arcada y Cuadrante

Los datos revelados indican que existe una exclusividad en la dentición permanente en nuestra muestra, cabe señalar que no se identificaron anomalías en dentición decidua (Tabla 6).

Etapas de dentición	Número de pacientes	Dentición decidua (Diente con anomalía)	Dentición permanente (Diente con anomalía)
Dentición permanente	17	0	23
Dentición decidua	0	0	0
Total	17	0	23

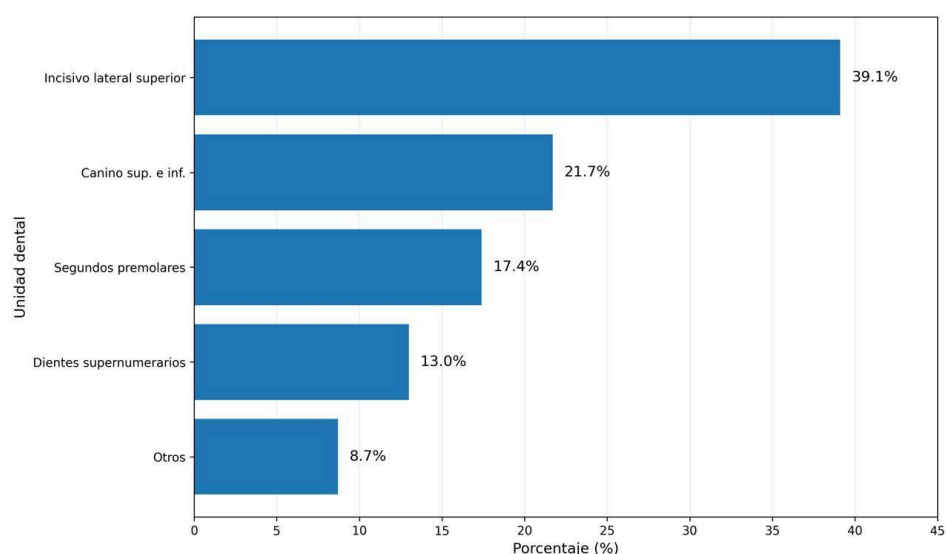
Tabla 6. Descripción de la distribución de anomalías según su etapa de dentición

Para el análisis de porcentaje por diente afectado se consideró cada anomalía como un hallazgo independiente. Se observa que el incisivo lateral es el más frecuentemente afectado, no solo por anomalías de número, sino también por variabilidad morfológica, seguido de los segundos premolares inferiores y superiores (Tabla 7).

Rango	Unidad dental (hallazgo)	Frecuencia	Anomalia incluida	Porcentaje
1°	Incisivo lateral superior	9	Agenesia, Dientes cónicos, Dens in dente	39.1%
2°	Canino superior e inferior	5	Agenesia, Dilaceración, Cúspides accesorias	21.7%
3°	Segundos premolares	4	Agenesia, Dilaceración	17.4%
4°	Dientes supernumerarios	3	Mesiodens, cuartos molares e incisivo central	13.0%
5°	Otros (Primeros premolares y molares)	2	Perlas del esmalte, agenesia.	8.7%

Tabla 7. Descripción de la frecuencia de afectación por diente específico.

La distribución de anomalías dentarias por unidad mostró un predominio por el incisivo lateral superior, donde se centraron la mayor de hallazgos (n=9; 39.1%). Los caninos (superiores e inferiores) representan el segundo lugar con una frecuencia de 5 casos (21.7%), seguidos de los premolares con 4 casos (17.4%). Por otra parte, los supernumerarios con solo 3 casos representan el (13.0%), y el grupo de otros dientes (primeros premolares y molares) fue el menos afectado (n=2; 8.7%). (Gráfica 5).



Gráfica 5. Análisis de porcentaje de la frecuencia de afectación por diente específico.

2.20 DISCUSIÓN .

El presente estudio tuvo como objetivo describir los hallazgos de anomalías de número, tamaño y forma en pacientes con síndromes con afectaciones craneofaciales y bucodentales atendidos en el hospital ya mencionado.

La relación síndrome-anomalía puede explicarse por la participación de mecanismos genéticos y embrionarios compartidos entre el desarrollo craneofacial y la odontogénesis.^{3,6} Tal como señalan Neville et al.⁶, cuando un síndrome afecta la migración de células de la cresta neural, es esperable encontrar manifestaciones dentarias asociadas.

Sin embargo, también se observó variabilidad intra-sindrómica, lo cual respalda lo descrito por Echeverri et al.¹⁴, quienes mencionan que la expresión fenotípica de las anomalías dentarias es multifactorial y depende de la interacción entre genética y ambiente.

De los 66 expedientes revisados, 17 pacientes presentaron anomalías dentarias, lo que confirma que, si bien no todos los pacientes sindrómicos desarrollan alteraciones dentales evidentes, existe una frecuencia clínica relevante coincide con lo que reportó García et al.¹, quienes señalan que las anomalías dentarias presentan mayor prevalencia en poblaciones con condiciones sistémicas o discapacidad en comparación con la población general.

Las anomalías de número, particularmente la agenesia y la presencia de dientes supernumerarios, fueron las alteraciones más frecuentes en el presente estudio. Desde el punto de vista embriológico, estas alteraciones se explican por disturbios en la fase de iniciación de la odontogénesis, proceso altamente regulado por interacciones epitelio-mesenquimáticas dependientes de señales moleculares específicas.³ Ten Cate³ describe que cualquier alteración en estas interacciones puede traducirse en ausencia o formación excesiva de gérmenes dentarios.

Interpretación de los hallazgos según el síndrome.

En los pacientes con Síndrome de Apert, se identificó principalmente agenesia dental. Este síndrome, descrito como un trastorno autosómico dominante asociado a

mutaciones en el gen FGFR2 (27), provoca craneosinostosis y alteraciones del crecimiento maxilofacial que impactan indirectamente el desarrollo dental.

Neville et al.⁶ Mencionan que los síndromes con alteraciones del crecimiento craneofacial suelen presentar hipoplasia maxilar, apiñamiento severo y anomalías eruptivas. La agenesia observada en premolares e incisivos laterales podría relacionarse con una alteración en la morfodiferenciación temprana del germen dentario³.

En los casos de Síndrome de Crouzon se observó mayor diversidad de anomalías: agenesia, microdoncia, macrodoncia y mesiodens. Este síndrome también se asocia a mutaciones en FGFR2 ³⁰, lo que sugiere que la alteración molecular compartida con Apert puede explicar la afectación tanto ósea como dentaria.

La coexistencia de anomalías de número y tamaño en un mismo paciente ha sido descrita en poblaciones con alteraciones sistémicas, donde los procesos de proliferación y diferenciación celular se ven comprometidos ⁸. La microdoncia y macrodoncia, según Agurto-S y Nicholson ⁷, pueden derivar de alteraciones en la fase de morfodiferenciación durante el estadio de campana.

La paciente con Displasia Cleidocraneal presentó supernumerarios múltiples, perlas del esmalte y agenesia, patrón altamente consistente con la literatura. Medina y Muñoz ³⁹ describen que este síndrome, asociado a mutaciones en RUNX2, se caracteriza por alteraciones óseas y múltiples anomalías dentarias, especialmente dientes supernumerarios retenidos.

Juan Francisco et al.¹⁵ Explican que los dientes supernumerarios se relacionan con hiperactividad de la lámina dental, fenómeno embriológicamente sustentado en alteraciones de proliferación epitelial. La fuerte concordancia entre nuestros hallazgos y lo descrito en la literatura fortalece la validez clínica del estudio.

En pacientes con Síndrome de Moebius se observaron principalmente dilaceraciones y cúspides accesorias. Carrillo Hernández et al.³³ Describen que este síndrome afecta principalmente pares craneales, sin embargo, pueden presentarse alteraciones bucales secundarias.

Las dilaceraciones podrían explicarse por disturbios mecánicos durante el desarrollo radicular, fenómeno relacionado con alteraciones en la vaina epitelial de Hertwig.³ Aunque no es una manifestación clásica del síndrome, su presencia podría asociarse a factores locales o alteraciones del crecimiento maxilofacial.

En la paciente con Síndrome de Down se identificó dens in dente en incisivos laterales superiores. La literatura describe que este síndrome se asocia con microdoncia, hipodoncia y alteraciones estructurales del esmalte.³¹ Aunque el dens in dente no es la anomalía más reportada, Rodríguez Moreno et al.¹⁸ señalan que esta alteración puede presentarse en incisivos laterales superiores debido a disturbios en la invaginación del órgano del esmalte durante el estadio de campana.

LIMITACIONES.

El diseño retrospectivo y transversal limita la posibilidad de establecer asociaciones estadísticas causales, además de que el tamaño de la muestra es reducido en algunos síndromes y puede influir en la representatividad de los hallazgos. No obstante, como estudio observacional descriptivo, cumple con el objetivo de caracterizar clínicamente la población atendida en dicha institución hospitalaria.

2.1 CONCLUSIONES.

El presente trabajo de investigación implicó con el objetivo de describir las anomalías dentarias presentes en pacientes con síndromes con afectación craneofacial y bucodental que son atendidos en dicho hospital. Los resultados obtenidos demostraron que existe una proporción importante entre anomalía y síndrome causando una asociación en su condición sindrómica observada dentro de los resultados obtenidos de la muestra analizada.

Algo de suma importancia es que las anomalías de forma constituyeron a la mayor frecuencia, las de número tiene una frecuencia media, mientras que las de tamaño concluyen en una frecuencia baja dentro de toda la muestra obtenida, así mismo se logró identificar un predominio en la dentición permanente principalmente en el sector anterior del maxilar y el incisivo lateral superior se localizó como el más afectado.

Los síndromes con mayor prevalencia de anomalías fueron la Displasia Cleidocraneal, Síndrome de Down y el Síndrome de Waardenburg; el síndrome de Crouzon concentró el mayor número de anomalías absolutas por individuo de los hallazgos, estos datos respaldan la existencia de una relación entre determinadas alteraciones dentarias y algunos síndromes que tengan afectaciones craneofaciales y bucodentales.

La identificación temprana de las anomalías dentarias en este tipo de pacientes es un paso fundamental para establecer diagnósticos oportunos y ayudar a favorecer un correcto diagnóstico para una planificación terapéutica interdisciplinaria. Estos hallazgos aportan una valiosa información clínica para el manejo integral de dicha población y de tal forma también pueda servir como base en futuras investigaciones con muestras más amplias que permitan profundizar en la asociación entre los diferentes síndromes y las manifestaciones de las anomalías dentarias.

2.22 REFERENCIAS.

1. García RL, Rebolledo CM, Moreno JV, et al. Anomalías dentales en personas con discapacidad. *Rev Cubana Estomatol.* 2020; 57(3):1-12.
2. Mariana Seabra, Viviana Macho, Ana Pinto, Daniela Soares, Casimiro de Andrade. A Importância Das Anomalias Dentárias de Desenvolvimento. *Rev Port Pediatr.* 2008; 39(5): 195-200.
3. Ten Cate AR. *Oral Histology: Development, Structure, and Function.* 8th ed. St. Louis: Mosby; 2013.
4. Wolfgang Bengel, Dr. med. dent. Variantes anatómicas de la mucosa oral. *Quintessence (ed. esp.)* 2010; 23(5): 133-41.
5. Alejandro DC, Karla TC, Gerardo TM, León EC, Dalia GG, Alma GC, Juan CG. Frecuencia de lesiones orales y variantes de lo normal en pacientes del Departamento de Estomatología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. *Rev ADM.* 2017; 74(6): 298-303.
6. Neville, B. W., Damm, D. D., Allen, C. M., & Chi, A. C. (2016). *Oral and maxillofacial pathology* (4th ed.). Elsevier.

7. Agurto-S Paulina, Nicholson Christopher, del Sol Mariano. Propuesta de términos anatómicos para alteraciones en el tamaño dental: "Microdoncia y macrodoncia". *Int. J. Morphol.* 2019; 37(1): 375-378.
8. Paulina Iglesias, María Manzanares, Iván Valdivia, Reinaldo Zambrano, Eduvigis Solórzano, Victoria Tallón, Patricia Carvalho. Anomalías dentarias: prevalencia en relación con patologías sistémicas en una población infantil de Mérida, Venezuela. *Rev Odontol. Los Andes.* 2007; 2(2): 37-50.
9. María Dolores de la Hoz Marín, Carrillo Badillo, José Antonio Benítez Hita. Anodoncia de la dentición temporal y permanente: informe de un caso. *Quintessence.* 2004; 8(9): 590-593.
10. Ponce-Bravo S, Ledesma-Montes C, Pérez-Pérez G, et al. Anodoncia no sindrómica. Estudio clínico-radiográfico. *Rev ADM.* 2004;61(5):171-175.
11. Margarita G. L, Margarita G. L. de Sonn, Francisco Javier Romero Jiménez. Anodoncia total en un niño de 11 años. *ODOUS Cient.* 2010; 11(1): 33-37.
12. B. Dharmo, MAR Kuijpers, Balk-Leurs, C. Boxum, EB Wolvius, EM Ongkosuwito. Las alteraciones del desarrollo dental distinguen a los pacientes con oligodoncia - displasia ectodérmica de los pacientes con oligodoncia aislada. *Orthod Craneofac Res.* 2018; 21:48-56.
13. Lemus R. E., Quiroz P. T., Torres C. S., Ruiz, D. C. Oligodoncia: reporte de un caso clínico. *Rev UstaSalud.* 2012; 124-129.
14. Echeverri Escobar J., Restrepo Perdomo L.A., Vásquez Palacio G., Pineda Trujillo N., Isaza Guzmán D.M., Manco Guzmán H.A. et al . Agenesia dental: Epidemiología, clínica y genética en pacientes antioqueños. *Av Odontoestomatol.* 2013; 29(3): 119-130.
15. Juan Francisco S.G, Constantino L.M, Florentino H.F, Diego P, Maricela G.O. Frecuencia de dientes supernumerarios en una población Mexicana. *Med. Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004; 9(5): 403-409.
16. Rivas de Armas RA, Canto Pérez M. Anomalías de número, forma y tamaño de los dientes. *Act Méd.* 2007; 1(2):78-92.

17. Labajo González, Elena. Variabilidad y comportamiento en el estudio de los caracteres dentales no-métricos en identificación. *Gac Dent.* 2012; 212: 254-263.
18. Rodríguez Moreno E, Hermida Rojas M, Díaz Hernández M de J, García Alonso J de J, Herrera Paradelo R, Morales Moreira E. Dens in dente o diente invaginado. Presentación de un caso. *Mediciego.* 2007; 13 (1).
19. Çolak H, Bayraktar Y, Hamidi MM, Bronceado E, Çolak T. Prevalencia de dilaceraciones radiculares en pacientes dentales turcos de Anatolia Central / Prevalencia de las dilaceraciones radiculares en pacientes dentales turcos de la región de Anatolia Central. *West Indian Med. J.* 2012; 61(6): 635-639.
20. M^a Carmen Jiménez, Paloma Montero, Juan José Saúco, Juan J. Segura. Geminación y fusión: un desafío en la práctica clínica Geminación and fusion: a challenge for clinical practice. *Endodoncia* 2016; 34(3): 9-20.
21. Aristizábal-Elejalde D, et al. Concrescence in anterior teeth assessed by cone beam computed tomography. A case report. *Rev Cient Odontol (Lima).* 2022; 10(1): 102.
22. García Barbero J. (2005) *Patología y Terapéutica Dental*. Segunda ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
23. Regezi, J. A., Sciubba, J. J., & Jordan, R. C. K. *Oral pathology: Clinical pathologic correlations* (7th ed.). Elsevier. 2017
24. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2022.
25. Nugent K. When should clinicians use the term syndrome? *Southwest Respir Crit Care Chron.* . 2023; 11(47):1-3.
26. Chávez M, Zea A, Córdova G, Bambarén E. Síndrome Abléfaron-Macrostromía: Reporte de un caso. *Rev. Peru. Pediatr.* 2012; 6(2): 89-93.
27. Camargo Luaces E, Serrano Figueroa Z. Apert syndrome. *Rev Cienc Méd.* 2017; 21(6): 191-195.

28. Tito M., Piero C. Cirugía ortognática y rinoplastia en el síndrome de Binder. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2007; 29(2): 109-116.
29. Chaib-Saavedra SO, Delgadillo-Navarro JA, González-González JA, et al. Síndrome de Crouzon. *Rev Med MD.* 2018; 9.10(1):60-63.
30. Schneider E, Gómez OE, Ríos GOD, et al. Síndrome de Crouzon. Diagnóstico radiográfico y tratamiento ortognático de un caso clínico. *Rev ADM.* 2011; 68(4):188-191.
31. Fernández Morales Antonio Daniel. Aspectos generales sobre el síndrome de Down. *Rev. int. apoyo incl. logop. soc. multicult. .* 2016; 2(1):33-38
32. Kershenovich Sefchovich R, Garrido García LM, Burak Kalik A. Síndrome de Goldenhar: Reporte de un caso. *Act Méd. Grupo ángeles.* 2007; 5 (4): 214-220.
33. Carrillo Hernández, Cándida Aleyda, Romo Chávez, Héctor Flores Síndrome de Moebius *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.* 2010; 15(4):261-265
34. Pérez Crespo MR. , Vidal Esteban A., Brea Prieto L, Serrano Riobos C, Martín Arévalo A, Alarabe Alarabe A. Síndrome de Smith-LemliOpitz: Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Pediatr.* 2018;51(2)43-47.
35. Trujillo Cañón Adriana, Rodríguez Ramírez Diana Paola. Síndrome de Parry Romberg: reporte de un caso. *Acta Neurol Colomb.* 2012; 28(2): 101-105.
36. Roldán-Arce, Jorge; Villarroel-Cortés, Camilo Síndrome de Pfeiffer tipo 2. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex.* 2013; 34(1): 43-47.
37. Juan C. Leyva, Gonzalo Mallarino Restrepo. Síndrome de Treacher Collins: revisión de tema y presentación de caso. *Univ. Méd. Bogotá (Colombia).* 2014; 55(1): 64-70.
38. Santana Hernández EE, Tamayo Chang VJ. Síndrome Waardenburg. Presentación de una familia afectada. *Gac Méd Espirit.* 2015;17(3): 181-186.
39. Medina Olga, Muñoz Nelson, Moneriz Carlos. Displasia cleidocraneal: reporte de un caso. *Rev Chil Pediatr.* 2017 ; 88(4): 517-523.

40. Alemán SPC, González VD, Concepción ARB. Anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo. Rev Haban Cienc Méd. 2015; 14(2):179-187.
41. Duque Á, Rodríguez C, Soto L, Triana F. Prevalencia de anomalías dentales en pacientes pediátricos. Rev Gastrohnp. 2016; 18(1):4-11.
42. Sánchez Peña MK, Galvis Aricapa JA. Anomalías dentales en pacientes con alteraciones craneofaciales. Rev Nac Odontol. 2020; 16(1):1-17.
43. Da Silva D, Falótico P, Dommar P, Zalnieriunas M. Anomalías dentarias en pacientes ortodóncicos: revisión de la literatura. Ortodoncia.ws. 2024.
44. Navas Salinas RA. Prevalencia de anomalías dentarias en pacientes de clínica odontológica. Rev Cient Salud Hum. 2024; 3(1).
45. Escuza González SR, Díaz Álvarez AC, Vigo García C. Prevalencia de anomalías dentarias en radiografías panorámicas. Rev Cient Odontol. 2025; 13(1):e231.

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

3.1 ZONA DE INFLUENCIA.

Realicé mi servicio social en el Hospital General Dr. Manuel Gea González este Hospital se ubica en Calz. de Tlalpan 4800, en lo que es conocido como Zona de Hospitales.

3.2 UBICACIÓN

El área de Estomatología (que cuenta con especialidades de Ortodoncia, Prótesis Maxilofacial y Odontopediatría) se localiza al interior de la institución hospitalaria una vez mencionada. Esta se asienta sobre la Calzada de Tlalpan, en la sección Belisario Domínguez de la demarcación territorial Tlalpan. A través de un abordaje multidisciplinario, esta institución médica se enfoca en ofrecer asistencia odontológica general y especializada a individuos diagnosticados con patologías bucodentales y craneofaciales.¹

Geográficamente, la alcaldía Tlalpan se sitúa en la región suroeste de la capital del país. Sus límites colindan con Coyoacán; hacia el sur con el estado de Morelos (municipio de Huitzilac) y el Estado de México (municipio de Santiago Tianguistenco); al oriente colinda con Xochimilco y Milpa Alta; mientras que en el sector poniente delimita con Magdalena Contreras y con el municipio de Xalatlaco en el Estado de México.²

Cuenta con una superficie de 312.85 kilómetros cuadrados, se consolida como la alcaldía de mayor extensión territorial en la Ciudad de México, albergando el 20.94% de los capitalinos. Su densidad demográfica es estimada en 2,237 habitantes por kilómetro cuadrado. Esto la posiciona como el segundo territorio con menor concentración poblacional de la entidad. El relieve de la demarcación presenta variaciones altitudinales notables que oscilan entre los 2,230 y los 3,932 metros sobre el nivel del mar, situándose entre las zonas de mayor elevación en la urbe (Imagen 1).²

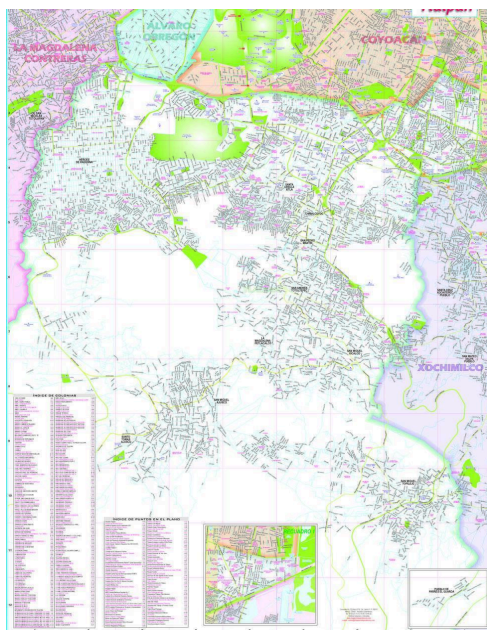


Imagen 1: Plano mural Alcaldía Tlalpan. Fuente: Mapas sin independencia. [Internet]. Consultado de Abril 2026. Disponible en: <https://mapasinindependencia.com/producto/alcaldia-tlalpan/>

3.3 POBLACIÓN TOTAL POR SEXO

Se registró una población total en 2020 de la alcaldía Tlalpan de 699,928 habitantes, de estos 365,051 son del género femenino y 334,877 del género masculino (imagen 2).²

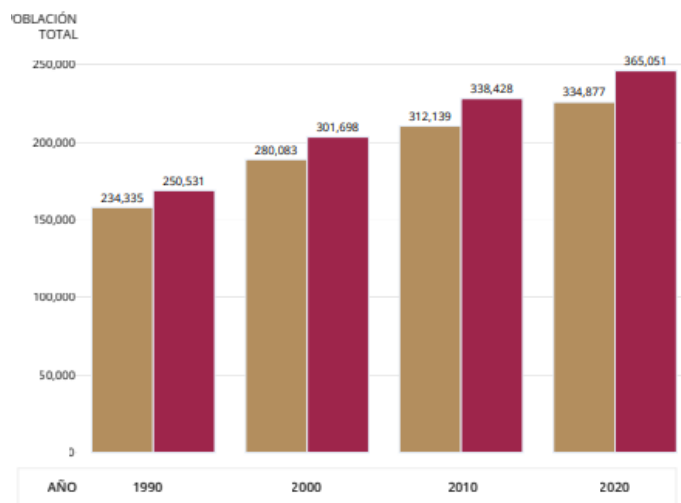


Imagen 2: tomada del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI](2020,2010,2000,1990). Censos de Población y Vivienda [Internet] Consultado 1 de Abril 2026, Disponible en <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf>

3.4 NACIMIENTOS REGISTRADOS.

En 2022 los nacimientos registrados fueron de 3,718 bebés con una prevalencia en el sexo femenino, mientras que el 25% de las madres oscila entre los 25 y 29 años de edad (imagen 3).²

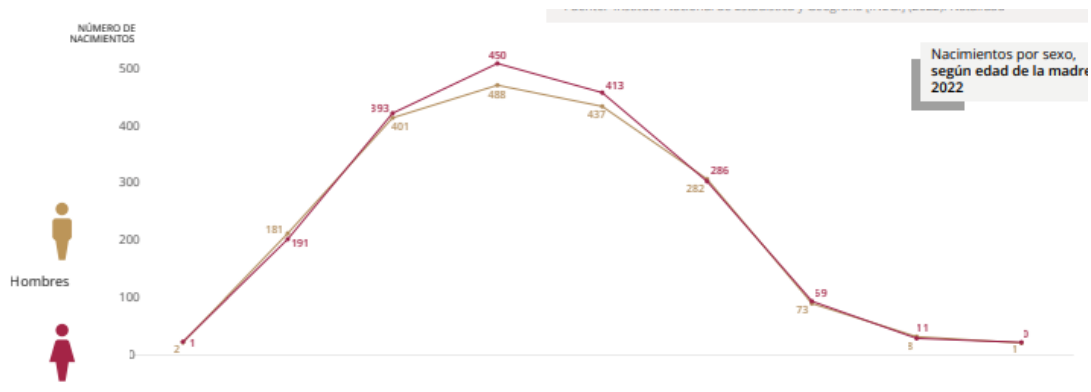


Imagen 3: tomada de: Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2022). Natalidad. [Internet] Consultado 1 de Abril 2026, Disponible en <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf>

3.5 MORTANDAD Y MORBILIDAD.

En 2022 fueron registradas 8,806 muertes, el 48% fueron del sexo femenino y el 52% del sexo masculino.²

Las principales causas de muerte son enfermedades como: enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades endocrinas, enfermedades nutricionales, enfermedades metabólicas y tumores (imagen 4).²

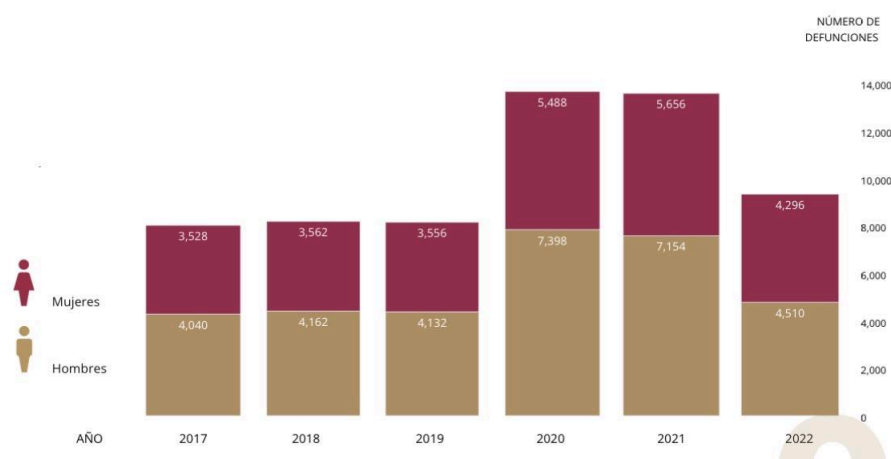


Imagen 4: tomada de: Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2022). Mortalidad. [Internet] Consultado 1 de Abril 2026, Disponible en <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf>

3.6 GRADO PROMEDIO DE ESCOLARIDAD.

El grado de estudios para el año 2020 tuvo un creciente número de población con educación superior con una predilección por el sexo femenino en comparación con el censo del 2010. Por otro lado, la educación básica no tuvo cambios drásticos del 2010 al 2020 (imagen 5).²

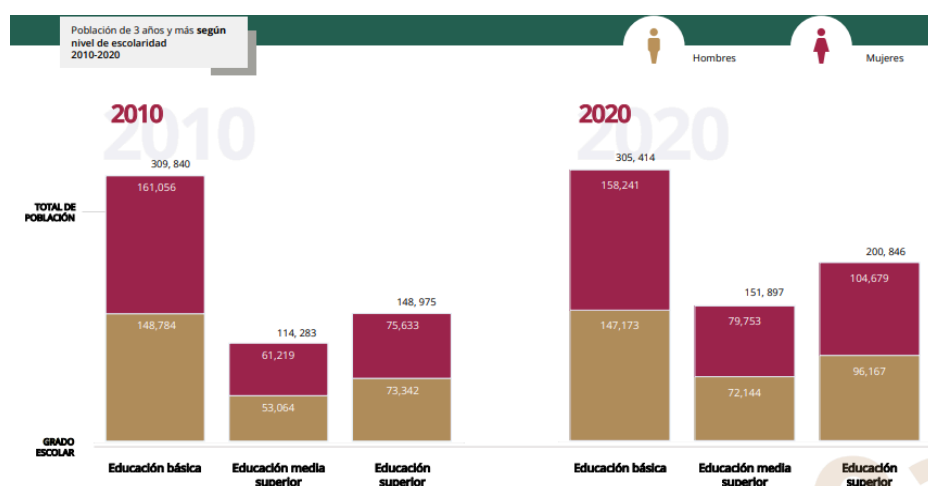


Imagen 5: tomada de: Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI](2020, 2010). Censos de Población y Vivienda. [Internet] Consultado 1 de Abril 2026, Disponible en <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf>

3.7 EDUCACIÓN SUPERIOR.

La demarcación Tlalpan cuenta con muchas instituciones educativas y tecnológicas de educación superior, el campo de profesionales más grande en esta alcaldía son las Ciencias de la Salud con 9,431 estudiantes representando el 26% (2022-2023) (imagen).² 6

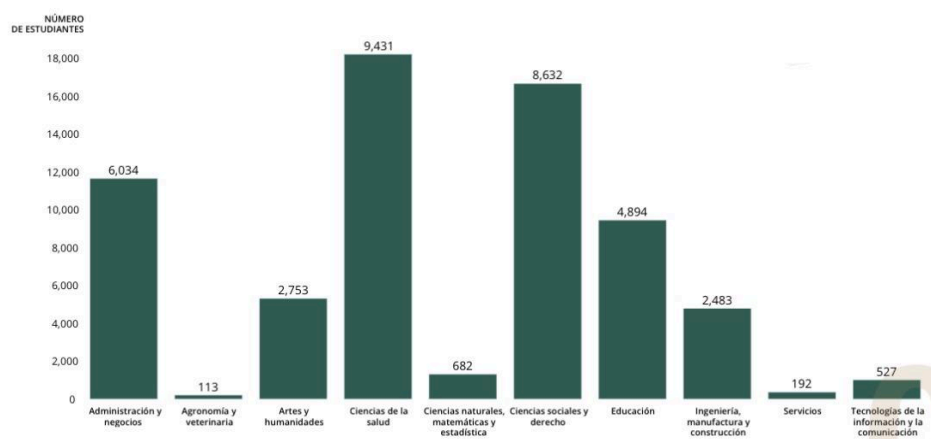


Imagen 6: tomada de: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior [ANUIES]. (2023). Anuarios Estadísticos de Educación Superior. [Internet] Consultado 1 de Abril 2026, Disponible en <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf>

3.8 UNIDADES MÉDICAS.

La alcaldía Tlalpan es una de las que más unidades médicas tiene a lo largo de su territorio; cuenta con 38 unidades de primer nivel, 10 hospitales de segundo nivel y 8 hospitales de tercer nivel, convirtiendo a esta demarcación en una de las más concurridas por estos servicios(imagen7).²



Imagen 7: tomada de: Secretaría de Salud [SALUD], Dirección General de Información en Salud [DGIS] (2022). Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud [CLUES]. [Internet] Consultado 1 de Abril 2026, Disponible en: <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf>

3.9 ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ.

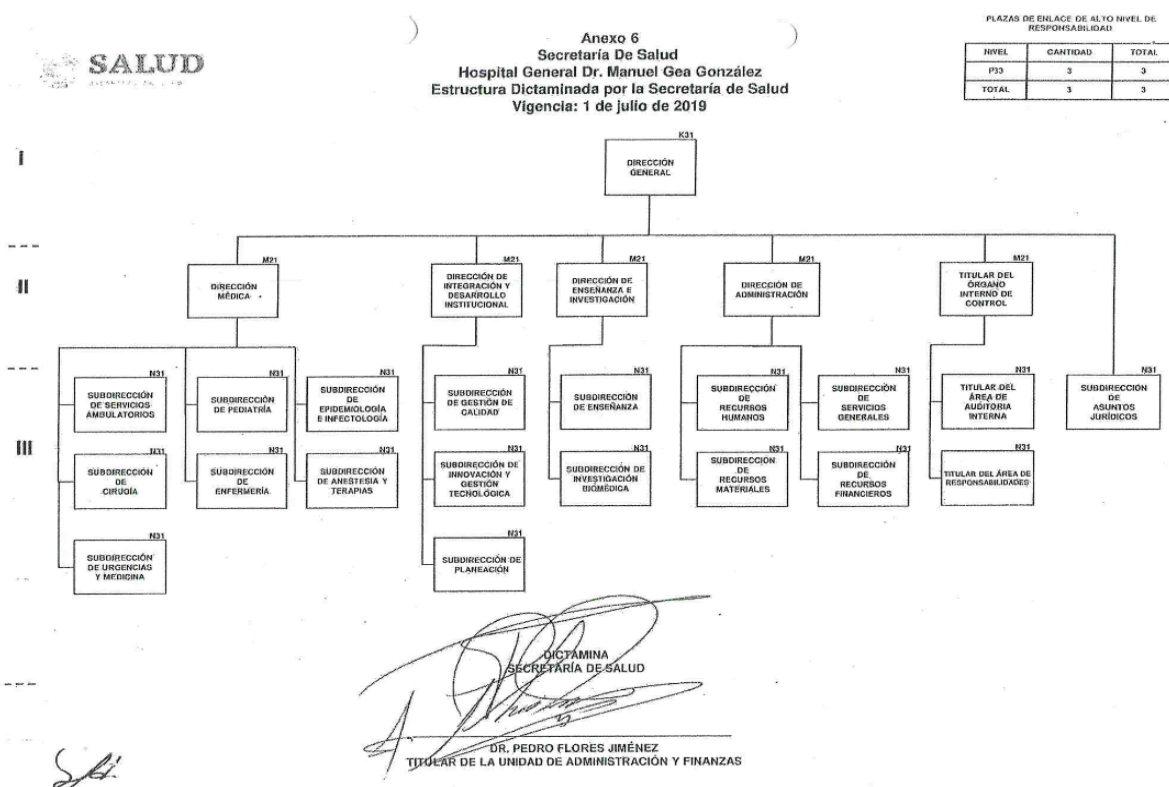


Imagen 8: tomada de: Estructura Orgánica vigente del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez. [internte] 2020 [Consultado 1 de Abril 2026]. Disponible en <https://www.gob.mx/salud%7Chospitalgea/documentos/estructura-organica-vigente>

3.10 ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO ESTOMATOLOGÍA - ORTODONCIA.

Jefatura de Servicio.

- Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

C.D.E.O Claudia Lizbeth Luna Barrientos

Coordinadora de la Especialidad Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

- Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

C.D.E.O Danae Tapia Alquicira

- **Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.**

C.D.E.O Julio Cesar Quiroz Barrios

- **Maestro en Ciencias Odontológicas.**

Mtro. Salvador García López.

- **Especialista en Prótesis Maxilofacial**

C.D.P.M.F. Mario Alberto Rodriguez

- **Especialista en Odontopediatría.**

C.D.O Gladys Trolle Gabriel.

- **Enfermería.**

Enfermera. Gabriela Reyes Reyes

- **Secretarias.**

Licenciada. Rosario Mecilla Montes

Licenciada. María Del Carmen Martínez Beltrán

3.11 NIVELES DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

Primer nivel de atención: Este prioriza las intervenciones de carácter preventivo y da programas de promoción orientados a la salud bucodental. El campo de atención va desde procedimientos de profilaxis, selladores de fisuras y fasetas (SSF), así como aplicación tópica con flúor. Asimismo, comprende el diagnóstico temprano de lesiones cariosas, el /reforzamiento de la técnica de cepillado, el uso de auxiliares de higiene bucal y la obtención de auxiliares de diagnóstico mediante estudios radiográficos o de imagen.¹

Segundo nivel: Esta etapa se ejecutan procedimientos de tipo terapéutico y conservador que son dirigidos a patologías específicas de la cavidad oral. Entre las principales actividades se encuentran la remoción y restauración de lesiones cariosas en fase activa, además del abordaje clínico de enfermedades que afectan los tejidos de soporte dental, tales como la gingivitis y la periodontitis, controles de higiene bucal y orientación conservadora a pacientes inmunocomprometidos.¹

Tercer nivel: Atención de alta especialidad médica e intervenciones complejas. Este se encarga del manejo clínico interdisciplinario en áreas especializadas como Ortodoncia, Prótesis Maxilofacial, Odontopediatría y Endodoncia.¹

3.12 REFERENCIAS.

1. Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez/Gobierno [Internet] 2025. Consultado 1 de abril de 2026 Disponible en <https://www.gob.mx/salud/hospitalgea>.
2. Panorama Geográfico y Estadístico/Gobierno de la Ciudad de México. 2024 [Internet] Consultado 1 de Abril 2026 Disponible en: <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/46e/90c/67046e90c866f273698183.pdf>

CAPÍTULO IV. INFORME NUMERICO/NARRATIVO

01 de Agosto al 29 de Agosto. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm	
Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula. Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.	1. Anatomía de cabeza y cuello. 2. Farmacología de los anestésicos. 3. Farmacología en odontología. 4. Anomalías dentales. 5. Síndromes Craneofaciales.
Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm. Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, Circulante con otras especialidades Odontologicas, lavado y empaquetado de material (C.E.Y.E), toma de estudios de imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), vaciado de modelos primarios. Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados. Actividades realizadas de 6:00 pm a 8:00 pm Elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.	
Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	4
Historias clínicas	4
Obturaciones con resina	1
Exodoncias	5
Revisión post exodoncia	5
Remoción de sarro	2

Profilaxis	2
Fluoroterapia	0
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	4
Vaciado de modelos de estudio	4
Total de actividades realizadas	31

01 de Septiembre al 30 de Septiembre. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm	
Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula. Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.	1. Anatomía de cabeza y cuello. 2. Farmacología de los anestésicos. 3. Farmacología en odontología. 4. Anomalías dentales. 5. Síndromes Craneofaciales.
Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm. Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, Circulante con otras especialidades Odontologicas, lavado y empaquetado de material (C.E.Y.E), toma de estudios de imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), vaciado de modelos primarios. Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados. Actividades realizadas de 6:00 pm a 8:00 pm Elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.	
Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	3
Historias clínicas	3
Obturaciones con resina	5
Exodoncias	4
Revisión post exodoncia	4
Remoción de sarro	1
Profilaxis	1
Fluoroterapia	0
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	4

Vaciado de modelos de estudio	6
Total de actividades realizadas	31

01 de Octubre al 30 de Octubre. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm	
Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula. Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.	1. Anatomía de cabeza y cuello. 2. Farmacología de los anestésicos. 3. Farmacología en odontología. 4. Anomalías dentales. 5. Síndromes Craneofaciales.
Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm. Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, Circulante con otras especialidades Odontológicas, lavado y empaquetado de material (C.E.Y.E), toma de estudios de imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), vaciado de modelos primarios. Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados. Actividades realizadas de 6:00 pm a 8:00 pm Elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.	
Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	1
Historias clínicas	1
Obturaciones con resina	9
Exodoncias	1
Revisión post exodoncia	1
Remoción de sarro	2
Profilaxis	2
Fluoroterapia	0
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	2
Vaciado de modelos de estudio	5
Total de actividades realizadas	24

02 de Noviembre al 30 de Noviembre. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm
--

Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula. Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.	1. Anatomía de cabeza y cuello. 2. Farmacología de los anestésicos. 3. Farmacología en odontología. 4. Anomalías dentales. 5. Síndromes Craneofaciales.
Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm. Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, Circulante con otras especialidades Odontologicas, lavado y empaquetado de material (C.E.Y.E), toma de estudios de imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), vaciado de modelos primarios. Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados. Actividades realizadas de 6:00 pm a 8:00 pm Elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.	
Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	2
Historias clínicas	2
Obturaciones con resina	7
Exodoncias	2
Revisión post exodoncia	2
Remoción de sarro	2
Profilaxis	2
Fluoroterapia	0
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	2
Vaciado de modelos de estudio	4
Total de actividades realizadas	25

01 de Diciembre al 29 de Diciembre. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm	
Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula. Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.	1. Anatomía de cabeza y cuello. 2. Farmacología de los anestésicos. 3. Farmacología en odontología. 4. Anomalías dentales. 5. Síndromes Craneofaciales.

Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm. Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, Circulante con otras especialidades Odontologicas, lavado y empaquetado de material (C.E.Y.E), toma de estudios de imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), vaciado de modelos primarios. Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados. Actividades realizadas de 6:00 pm a 8:00 pm: elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.	
Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	1
Historias clínicas	1
Obturaciones con resina	3
Exodoncias	7
Revisión post exodoncia	7
Remoción de sarro	2
Profilaxis	2
Fluoroterapia	1
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	3
Vaciado de modelos de estudio	2
Total de actividades realizadas	29

04 de Enero al 15 de Enero. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm	
Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula. Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.	1. Embriología. 2. Análisis de radiografías panorámicas. 3. Cómo leer correctamente tomografías. 4. Puntos y planos de radiografías lateral de cráneo. 5. Trazado de estructuras en PA. 6. Análisis de Obwegeser.
Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm. Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, toma de Estudios de Imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), Vaciado de	

modelos primarios.

Se establecen Roles de Rotación: Martes encargado de C.E.Y.E., Jueves Emergencias en piso, Miércoles y Jueves: Valoraciones prequirúrgicas y de Obstetricia.

Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados.

Actividades realizadas de 6:30 pm a 8:00 pm: elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, Entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.

Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	3
Historias clínicas	3
Obturaciones con resina	0
Exodoncias	0
Revisión post exodoncia	0
Remoción de sarro	1
Profilaxis	1
Fluoroterapia	0
Selladores de fosetas y fisuras	0
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	3
Vaciado de modelos de estudio	2
Total de actividades realizadas	13

02 de Febrero al 27 de Febrero. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm

Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula.
Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.

1. Embriología.
2. Análisis de radiografías panorámicas.
3. Cómo leer correctamente tomografías.
4. Puntos y planos de radiografías lateral de cráneo.
5. Trazado de estructuras en PA.
6. Análisis de Obwegeser.

Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm.

Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, toma de Estudios de Imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), Vaciado de

modelos primarios.

Se establecen Roles de Rotación: Martes encargado de C.E.Y.E., Jueves Emergencias en piso, Miércoles y Jueves: Valoraciones prequirúrgicas y de Obstetricia.

Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados.

Actividades realizadas de 6:30 pm a 8:00 pm: elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, Entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.

Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	1
Historias clínicas	1
Obturaciones con resina	6
Exodoncias	1
Revisión post exodoncia	1
Remoción de sarro	2
Profilaxis	2
Fluoroterapia	0
Selladores de fosetas y fisuras	0
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	2
Vaciado de modelos de estudio	5
Total de actividades realizadas	21

02 de Marzo al 31 de Marzo. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm

Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula.
Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.

1. Embriología.
2. Análisis de radiografías panorámicas.
3. Cómo leer correctamente tomografías.
4. Puntos y planos de radiografías lateral de cráneo.
5. Trazado de estructuras en PA.
6. Análisis de Obwegeser.

Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm.

Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, toma de Estudios de Imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), Vaciado de

modelos primarios.

Se establecen Roles de Rotación: Martes encargado de C.E.Y.E., Jueves Emergencias en piso, Miércoles y Jueves: Valoraciones prequirúrgicas y de Obstetricia.

Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados.

Actividades realizadas de 6:30 pm a 8:00 pm: elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, Entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.

Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	7
Historias clínicas	7
Obturaciones con resina	7
Exodoncias	2
Revisión post exodoncia	2
Remoción de sarro	6
Profilaxis	6
Fluoroterapia	0
Selladores de fosetas y fisuras	0
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	7
Vaciado de modelos de estudio	7
Total de actividades realizadas	51

01 de Abril al 30 de Abril. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm	
Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula. Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.	1. Embriología. 2. Análisis de radiografías panorámicas. 3. Cómo leer correctamente tomografías. 4. Puntos y planos de radiografías lateral de cráneo. 5. Trazado de estructuras en PA. 6. Análisis de Obwegeser.
Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm. Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, toma de Estudios de Imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), Vaciado de	

modelos primarios. Se establecen Roles de Rotación: Martes encargado de C.E.Y.E., Jueves Emergencias en piso, Miércoles y Jueves: Valoraciones prequirúrgicas y de Obstetricia. Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados. Actividades realizadas de 6:30 pm a 8:00 pm: elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, Entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.	
Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	3
Historias clínicas	3
Obturaciones con resina	27
Exodoncias	8
Revisión post exodoncia	8
Remoción de sarro	6
Profilaxis	6
Fluoroterapia	2
Selladores de fosetas y fisuras	16
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	3
Vaciado de modelos de estudio	4
Total de actividades realizadas	86

01 de Mayo al 29 de Mayo. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm	
Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula. Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.	1. Embriología. 2. Análisis de radiografías panorámicas. 3. Cómo leer correctamente tomografías. 4. Puntos y planos de radiografías lateral de cráneo. 5. Trazado de estructuras en PA. 6. Análisis de Obwegeser.
Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm.	

Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, toma de Estudios de Imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), Vaciado de modelos primarios.

Se establecen Roles de Rotación: Martes encargado de C.E.Y.E., Jueves Emergencias en piso, Miércoles y Jueves: Valoraciones prequirúrgicas y de Obstetricia.

Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados.

Actividades realizadas de 6:30 pm a 8:00 pm: elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, Entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.

Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	2
Historias clínicas	2
Obturaciones con resina	7
Exodoncias	4
Revisión post exodoncia	4
Remoción de sarro	3
Profilaxis	3
Fluoroterapia	1
Selladores de foseas y fisuras	0
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	3
Vaciado de modelos de estudio	5
Total de actividades realizadas	34

01 de Junio al 26 de Junio. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm

Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula.
Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.

1. Embriología.
2. Análisis de radiografías panorámicas.
3. Cómo leer correctamente tomografías.
4. Puntos y planos de radiografías lateral de cráneo.
5. Trazado de estructuras en PA.
6. Análisis de Obwegeser.

Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm.

Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, toma de Estudios de Imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), Vaciado de modelos primarios.

Se establecen Roles de Rotación: Martes encargado de C.E.Y.E., Jueves Emergencias en piso, Miércoles y Jueves: Valoraciones prequirúrgicas y de Obstetricia.

Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados.

Actividades realizadas de 6:30 pm a 8:00 pm: elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, Entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.

Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	2
Historias clínicas	2
Obturaciones con resina	9
Exodoncias	5
Revisión post exodoncia	5
Remoción de sarro	3
Profilaxis	3
Fluoroterapia	3
Selladores de foseas y fisuras	13
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	3
Vaciado de modelos de estudio	2
Total de actividades realizadas	50

13 de Julio al 30 Julio. Horario de servicio social 1:00pm a 8:00pm

Todos los días Martes de 4:00pm a 5:00pm sesiones en aula. Con temas seleccionados por los adscritos del servicio.	1. Embriología. 2. Análisis de radiografías panorámicas. 3. Cómo leer correctamente tomografías. 4. Puntos y planos de radiografías lateral de cráneo. 5. Trazado de estructuras en PA. 6. Análisis de Obwegeser.
Actividades Realizadas de 1:00 pm a 3:00 pm. Asistencia a 4 manos a Residentes de Ortodoncia, toma de Estudios de Imagenología (Ortopantomografías, Periapicales, Laterales de Cráneo, Carpal, Tomografía), Vaciado de modelos primarios. Se establecen Roles de Rotación: Martes encargado de C.E.Y.E., Jueves Emergencias en piso, Miércoles y Jueves: Valoraciones prequirúrgicas y de Obstetricia. Actividades realizadas de 3:00 pm a 6:00 pm valoraciones prequirúrgicas, atención a emergencia y atención a pacientes citados. Actividades realizadas de 6:30 pm a 8:00 pm: elaboración de notas de evolución, limpieza de las áreas, Entrega de material esteril, envío de estudios de imagen, agregar productividad a la plataforma del hospital.	
Actividades	Número de actividades
Valoraciones prequirúrgicas	4
historias clínicas	4
Obturaciones con resina	27
Exodoncias	7
Revisión post exodoncia	7
Remoción de sarro	5
Profilaxis	5
Fluoroterapia	2
Selladores de fasetas y fisuras	3
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	3
Vaciado de modelos de estudio	4
Total de actividades realizadas	71

Tabla del resumen con porcentajes de las actividades clínicas realizadas durante el periodo 01 Agosto 2025 al 26 de julio 2026. (Imagen 1)

Tabla de actividades realizadas en el servicio Estomatología - Ortodoncia en el periodo Agosto 2025 a Julio 2026		
Actividad	Número de actividades realizadas	Porcentaje (%)
Valoraciones prequirúrgicas	33	6.98%
Historias clínicas	33	6.98%
Obturaciones con resina	108	22.83%
Exodoncias	46	9.72%
Revisión post exodoncia	46	9.72%
Remoción de sarro	37	7.82%
Profilaxis	37	7.82%
Fluoroterapia	12	2.54%
Selladores de fasetas y fisuras	32	6.77%
Toma de estudios de imagen (Radiografías y/o tomografías)	39	8.25%
Vaciado de modelos de estudio	50	10.57%
Total	473	100%

Imagen 1: Resumen de las actividades realizadas en el periodo con porcentaje.

El siguiente gráfico representa el total de actividades realizadas en el periodo 01 Agosto 2025 al 26 de julio 2026 con un total de 473 actividades realizadas durante el periodo. (Imagen 2)

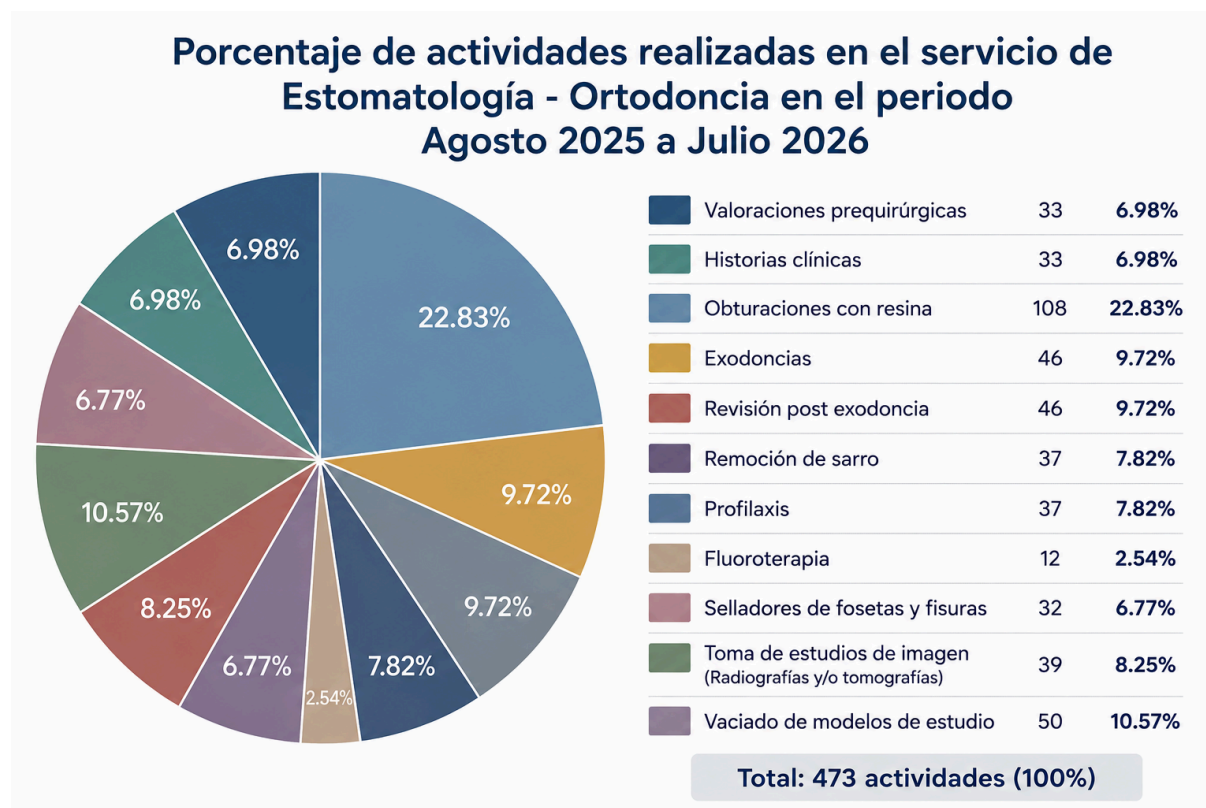


Imagen 2: Gráfica de actividades.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A lo largo de la pasantía en el transcurso comprendido entre agosto 2025 y julio 2026 realicé un total de 401 actividades clínicas, diagnóstico y prevención.

La actividad clínica con mayor frecuencia fue la obturación con resina, con 108 procedimientos con el fin de rehabilitar dientes con lesiones cariosas para devolver su función y evitar focos infecciosos activos que podrían afectar el estado sistémico de los pacientes, equivale al 22.83% del total de actividades, esto indica que la mayor demanda de atención fue enfocada en el tratamiento restaurador de lesiones cariosas y la rehabilitación de la función dental, esto sin duda refleja una alta prevalencia de lesiones cariosas entre todos los pacientes atendidos.

En segundo lugar se encontró el vaciado de modelos de estudios primarios, con 50 vaciados equivalente al 10.57%, seguido de las exodoncias por lesión cariosa extensa, dientes supernumerarios, restos radicales, o por tratamiento ortodóntico, junto a la revisión postexodoncia con 46 procedimientos cada uno equivalentes al 9.72% reflejando una buena actividad quirúrgica y un adecuado seguimiento clínico de los pacientes.

La toma de estudios de imagen (Radiografías periapicales, Ortopantomografías, Laterales de Cráneo, PA, AP, Carpaes y Tomografías), con 39 procedimientos

equivalentes al 8.25%, el uso de estas herramientas de diagnóstico evidencia su uso en procedimientos para una mejor atención y diagnóstico.

Dentro de las actividades preventivas también tienen una representatividad importante en el servicio, se realizaron 36 profilaxis y 37 remociones de sarro con un equivalente al 7.82% cada una; las valoraciones prequirúrgicas y la elaboración de historias clínicas representaron 33 actividades cada una 6.98%. Los 32 selladores de fasetas y fisuras representan el 6.77 % y 12 aplicaciones de fluoroterapia con un 2.54%. En conjunto, estas actividades clínicas preventivas corresponden al 24.11% del total de actividades realizadas, esto sin duda demuestra que existió un enfoque orientado a la divulgación en la prevención y promoción de salud bucal.

Durante todo el periodo se llevó a cabo las clases con temas selectos por los adscritos con exposiciones por pasantes y residentes de primer año con retroalimentación de los adscritos, esto se llevó a cabo los días martes con temas como: Anatomía de cabeza y cuello, Farmacología de los anestésicos, Farmacología en odontología, Anomalías dentales, Síndromes Craneofaciales, Embriología, Análisis de radiografías panorámicas, Cómo leer correctamente tomografías, Puntos y planos de radiografías lateral de cráneo, Trazado de estructuras en PA - AP y Análisis de Obwegeser.

Participé en el curso de “Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso” llevado a cabo el día 4 de septiembre 2025 con una duración de 10 horas, de igual manera se asistió al AMIC dental 2025 asistiendo 5, 6, 7 y 8 de Noviembre con una duración de 20 horas; también se asistió al congreso anual 2025 “Visión Global: La Ortodoncia como Eje Multidisciplinario” llevado a cabo el día 27 y 28 de Noviembre del 2025 con una duración de 12 horas, se participó en el Curso de Reanimación Cardiopulmonar Básica efectuado el 6 de Diciembre de 2025 con una duración de 20 horas; de todos estos cursos y participaciones se entregaron constancias.

En términos generales, la distribución de actividades refleja que el servicio proporciona atención integral, donde se realizan procedimientos restauradores, preventivos, diagnósticos y quirúrgicos, también es un buen campo en donde la actualización es de suma importancia para brindar una mejor atención y siempre estar a la vanguardia de los procedimientos, nuevas herramientas diagnósticas y sobre todo ayudar a los pasantes a finalizar una curva de aprendizaje de suma importancia en su carrera con Odontólogos.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Los resultados muestran que el servicio desarrolló una actividad clínica diversa, con una predominancia por los procedimientos restauradores y de diagnóstico, sin dejar

de lado las actividades preventivas, quirúrgicas y de seguimiento donde se refleja una atención integral orientada tanto al tratamiento como a la prevención y al adecuado control de los pacientes; durante mi estancia en este Hospital Ubicado en Tlalpan, logré comprender que la odontología no solo es práctica clínica, sino también de carácter social y se requiere un compromiso ético muy grande con el bienestar de los pacientes, ya que no solo se observan y tratan dientes, sino que también se realizan revisiones minuciosas de todo el aparato bucodental en conjunto con todo el organismo del paciente de tal forma que se pueda prevenir, diagnosticar y tratar patologías multifactoriales, el hospital al ser de tercer nivel nos permite desarrollar habilidades para situaciones complejas y comprender las necesidades de cada paciente, por otro lado la constante capacitación nos ayuda a seguir formando y fomentado la educación continua dentro de nuestro ámbito para garantizar una buena atención.

ANEXOS