



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

**INFORME ANUAL DE SERVICIO SOCIAL DE LA LICENCIATURA
EN ESTOMATOLOGÍA**

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud
Licenciatura en Estomatología

**LESIONES REACTIVAS EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA
CLÍNICA DE MEDICINA Y PATOLOGÍA BUCAL EN EL
LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN “RAFAEL
LOZANO OROZCO” DE LA UAM- XOCHIMILCO DURANTE EL
PERIODO DE JUNIO 2016 A JUNIO 2019.**

CLÍNICA DE MEDICINA Y PATOLOGÍA BUCAL

ALEXANDRA RENEE PAREDES SANCHEZ

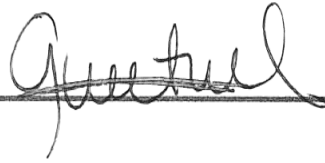
2143059261

Agosto 2018 - Julio 2019

ASESORES RESPONSABLES:

Dra. IRMA GABRIELA ANAYA SAAVEDRA

Dra. VELIA AYDÉE RAMÍREZ AMADOR



ASESOR INTERNO DEL SERVICIO SOCIAL

IRMA GABRIELA ANAYA SAAVEDRA



ASESOR INTERNO DEL SERVICIO SOCIAL

VELIA AYDÉE RAMIREZ AMADOR



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

Este informe se realizó en la Clínica de Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación "Rafael Lozano Orozco" de la UAM Xochimilco, durante el periodo de agosto 2018 a julio 2019, en donde se describe la prevalencia de lesiones reactivas en pacientes que asistieron a dicha clínica de junio 2016 a junio 2019.

De igual forma se incluye un concentrado de las actividades del servicio social a lo largo de un año, realizadas en las distintas instituciones como son la Clínica de Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación "Rafael Lozano Orozco" de la UAM Xochimilco, Clínica de Especializada Condesa (CEC), Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa (CECI), Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

El objetivo principal de esta investigación es determinar la prevalencia de lesiones reactivas en pacientes que asisten a la Clínica de Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación "Rafael Lozano Orozco" de la UAM Xochimilco.

A través de un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo; en donde se estableció como resultado que de los 24 pacientes que conformaron la muestra del estudio y que presentaron algún tipo de lesión reactiva; el 75% fueron mujeres, con un promedio de edad de 51 años, siendo la hiperplasia fibrosa la lesión con mayor prevalencia y la lengua la ubicación anatómica de la mayoría de estas lesiones reactivas.

Palabras clave: Lesiones reactivas, mucosa bucal, irritantes crónicos, tumor benigno

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Capítulo I: INTRODUCCION GENERAL | 1 |
| Capítulo II: INVESTIGACIÓN | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| OBJETIVOS | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| MARCO TEORICO | 4 |
| Lesiones reactivas en cavidad bucal | 6 |
| Prevalencia | 8 |
| Causas de las lesiones reactivas | 9 |
| Características clínicas de las lesiones reactivas | 10 |
| Hiperplasia fibrosa | 13 |
| Pólipo fibroepitelial | 15 |
| Granuloma piógeno | 16 |
| Granuloma periférico de células gigantes | 18 |
| Fibroma osificante periférico | 21 |
| MATERIAL Y METODOS | 23 |
| RESULTADOS | 25 |
| DISCUSIÓN | 29 |
| CONCLUSIÓN | 30 |
| BIBLIOGRAFÍA | 31 |
| ANEXOS | 33 |
| Capitulo III: ANTECEDENTES | 34 |
| Zona de influencia Delegación Xochimilco | 34 |
| Ubicación geográfica | 34 |
| Aspectos demográficos | 35 |
| Servicios | 35 |
| Vialidad | 36 |
| Vivienda | 37 |
| Servicios educativos | 38 |
| Servicios de salud | 38 |
| Morbilidad y mortalidad | 39 |
| Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco”. | 39 |
| Ubicación | 40 |

| | |
|---|----|
| Organización | 41 |
| Recursos | 41 |
| Programas de servicio | 42 |
| Bibliografía | 44 |
| Capítulo IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO | 45 |
| Capítulo V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN | 58 |
| Capítulo VI: CONCLUSIONES | 59 |
| Capítulo VII: FOTOGRAFÍAS | 60 |

Capítulo I: INTRODUCCION GENERAL

El presente informe tiene la finalidad de dar a conocer el tema de investigación abordado, así como, las actividades realizadas en la Clínica de Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco principalmente, Clínica de Especializada Condesa (CEC), Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa (CECI), Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, instituciones en donde realicé mi servicio social durante el periodo de 1 de agosto de 2018 al 31 de julio de 2019.

La investigación desarrollada abordó el tema de lesiones reactivas en pacientes que asisten a la Clínica De Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM- Xochimilco durante el periodo de junio 2016 a junio 2019.

Las lesiones reactivas son frecuentemente respuestas a la inflamación crónica causada por una variedad de formas de irritaciones de bajo grado (Hunasgi, 2017), constituyen aproximadamente el 66% de todas las lesiones de la cavidad oral (Casian, 2011). Por ello es útil conocer la frecuencia de las lesiones para desarrollar una impresión clínica en la práctica (Reddy, 2012), puesto que su frecuencia difiere en varias poblaciones (Kadeh, 2015).

El proyecto mencionado es un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo; con la finalidad de determinar la prevalencia de lesiones reactivas en pacientes que asisten a la CMPB; los pacientes incluidos fueron todos aquellos con expediente clínico que asistieron a la CMPB durante este periodo, conformando el universo de estudio.

Finalmente se registran las actividades clínicas y administrativas realizadas durante el servicio social, tales como atención preventiva a pacientes VIH de la CEC y CECI (instrucción de técnica de cepillado y uso de hilo dental, profilaxis, asistencias clínicas, examen de mucosa), manejo de expedientes, registro de fichas de seguimiento y bitácoras de CMPB del LDC e INCMNSZ; además de añadir los cuadros por mes y el cuadro con el concentrado anual de actividades.

Capítulo II: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

El mantenimiento de la homeostasis de la mucosa bucal es particularmente problemático ya que está en contacto permanente con una cantidad de microorganismos (Casariego, 2012) y de estímulos externos e internos (Reddy, 2012), por lo tanto, es asiento de una amplia diversidad de entidades que involucran variaciones anatómicas y estados patológicos, tales como las lesiones reactivas, que dentro de las más frecuentes encontramos a granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, granuloma fibroso osificante, hiperplasia fibrosa y pólipo fibroepitelial (Donohue, 2007).

Aunque la mayoría de las lesiones reactivas son benignas, tienen una tendencia a la recurrencia con escisión incompleta e incapacidad para eliminar los irritantes locales (Babu, 2017). De esta forma la interrelación con otras ciencias nos permite arribar a un conocimiento más completo de los distintos elementos inmunes en el mantenimiento de salud y el manejo terapéutico de las distintas lesiones y enfermedades de la mucosa oral (Casariego, 2012).

Por ello el diagnóstico y el desarrollo de un plan de tratamiento son difíciles si los dentistas no conocen la prevalencia y los síntomas clínicos de estas lesiones (Kadeh, 2015). Es útil conocer la frecuencia y presentación de las lesiones orales más comunes para desarrollar una impresión clínica de dichas lesiones en la práctica y para minimizar las posibles complicaciones dentoalveolares (Reddy, 2012).

En diferentes estudios, los datos de distribución de las lesiones reactivas orales han mostrado algunas diferencias en el tipo, edad, sexo y ubicación de las lesiones, puesto que la frecuencia de estas lesiones difiere entre varias poblaciones (Kadeh, 2015).

Este estudio analiza los casos presentados en la Clínica de Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco, para poder conocer la prevalencia de las lesiones reactivas, dentro de la población con la que se basa la consulta de esta clínica

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de lesiones reactivas en pacientes que asisten a la Clínica de Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la prevalencia de las lesiones reactivas y su asociación con el grupo etario y al sexo de la población atendida en Clínica de Medicina y Patología Bucal en el LDC.
- Establecer los sitios anatómicos más frecuentes de presentación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de lesiones reactivas en pacientes que asisten a la Clínica de Medicina y Patología bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco, durante el periodo de junio 2016 a junio 2019?

La mucosa bucal puede presentar diversas alteraciones y variantes de la normalidad, debido a que a diario se encuentra sujeta a traumas constantes de los diferentes factores irritantes que actúan sobre ella. Dentro de estas manifestaciones las lesiones reactivas cobran importancia por su prevalencia y relación con los estímulos constantes como factor etiológico de las lesiones reactivas.

En el LDC “Rafael Lozano Orozco” no hay un estudio que describa cuales son las lesiones reactivas más frecuentes en la población que recibe sus servicios; es de gran importancia tener un registro, por lo que esta investigación ayudará a determinar la prevalencia de las lesiones reactivas de esa población, para contar con la destreza en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estas lesiones.

Es por ello por lo que conocer la prevalencia de las lesiones bucales es una significativa herramienta para entender sus características clínicas y el abordaje

de estas, como parte de la formación de los profesionales, además de obtener información sobre el estado de salud de la población en la que realizamos nuestra práctica diaria como odontólogos.

Integrar y dirigir esta información hacia diferentes programas de prevención y control de entidades bucales, orientando tanto el diagnóstico como el tratamiento y fomentando la remisión, saber que está a nuestro alcance, reconocer que ciertas lesiones deben remitirse cuando no se está seguro del diagnóstico y mucho menos del tratamiento.

MARCO TEORICO

La mucosa bucal tiene varias características comunes con las de los epitelios de otras partes del organismo (Chiego, 2014). A nivel de los labios la mucosa bucal se continúa con la piel, una capa de protección seca, mientras que en la faringe se continúa con la mucosa húmeda que bordea el resto del intestino (Ten Cate's, 2008).

Aunque la mucosa bucal se continúa con la piel, su aspecto es diferente, tiene un color más intenso, rojo brillante, contrasta con el tono más pálido de la piel, debido a factores como el espesor, grado de queratinización y cantidad de pigmento melánico del epitelio, además de la concentración y dilatación de los vasos sanguíneos del tejido conectivo subyacente, su superficie húmeda y ausencia de apéndices o anexos (Ten Cate's, 2008).

La mucosa bucal se presenta constituida por el epitelio y el tejido conectivo, separados por la membrana basal (Casariego, 2012). Consta de una lámina propia, la capa de tejido conectivo inmediatamente subyacente al epitelio (Chiego, 2014).

La mucosa funciona como una barrera protectora a través de su estrato córneo. En las zonas más delgadas posee interesantes propiedades absorbentes. El estrato granuloso ayuda a frenar la colonización extraoral y el estrato espinoso, con la incorporación del complejo plasma-membrana-desmosomas, representa un mecanismo de conservación de la estructura. Si alguno de estos elementos se

altera, pueden aparecer enfermedades inflamatorias, autoinmunes y/o neoplásicas benignas o malignas (Casariego. 2012).

La mucosa bucal cumple varias funciones, la más importante de ellas es la protección que otorga a los tejidos más profundos de la cavidad bucal, además de que es un órgano sensorial, un regulador de temperatura corporal y un medio a través del cual se segrega saliva (Ten Cate´s, 2008).

La mucosa bucal tiene el objetivo de llevar a cabo las funciones iniciales de la digestión, esto es, masticación, salivación, degustación y deglución; además de otras actividades funcionales como la respiración y esenciales como la modulación fonética, expresión oral, gesticulación bucofacial (Ferraris, 2009).

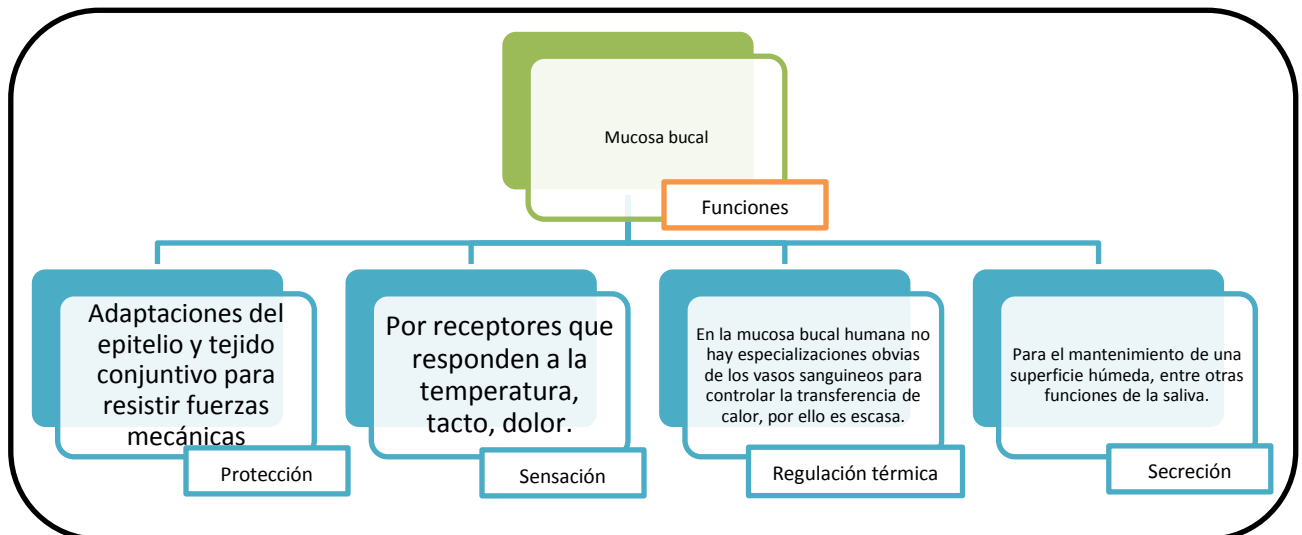


Figura1. Funciones de la mucosa bucal (Ten Cate´s. 2008).

La mucosa bucal varía considerablemente en cuanto a su firmeza y textura dependiendo del tipo de mucosa que se trate (Ten Cate´s, 2008). Cada tipo de tejido tiene diferencias estructurales: la mucosa de revestimiento es blanda, flexible y no queratinizada; la mucosa masticatoria esta queratinizada, lo que es indicativo de la abrasion/atrición que tiene lugar durante las masticacion. La mucosa especializada de la superficie de la lengua esta compuesta en gran medida por papilas epiteliales cornificadas, que actuan en la masticación (Chiego, 2014).

A la mucosa de revestimiento la cubre un epitelio plano estratificado no queratinizado, el cual carece de estrato granuloso. Por debajo del tejido conectivo se encuentra otra capa denominada submucosa (Ferraris, 2009). En la submucosa hay glándulas salivales menores y esta unida al músculo subyacente (Fortoul, 2013). No actúa en la masticación y por tanto tiene una atrición pequeña (Chiego, 2014). Rara vez percibe el impacto directo del acto masticatorio (Ferraris, 2009).

La mucosa masticatoria es la que recibe directamente las cargas de masticación de alimentos que se deslizan por las zonas próximas a los dientes. Esta recubierta por un epitelio plano estratificado queratinizado con los cuatro estratos: basal, espinoso, granuloso y corneo. Consta de una lamina propia de tejido conjuntivo gruesa y fibrosa, carece de submucosa y esta unida directa y firmemente al hueso subyacente (Fortoul, 2013).

La mucosa especializada es la mucosa de la cara dorsal de la lengua o superficie superior. Presenta un epitelio paraqueratinizado donde están las papilas y corpúsculos gustativos (Fortoul, 2013).

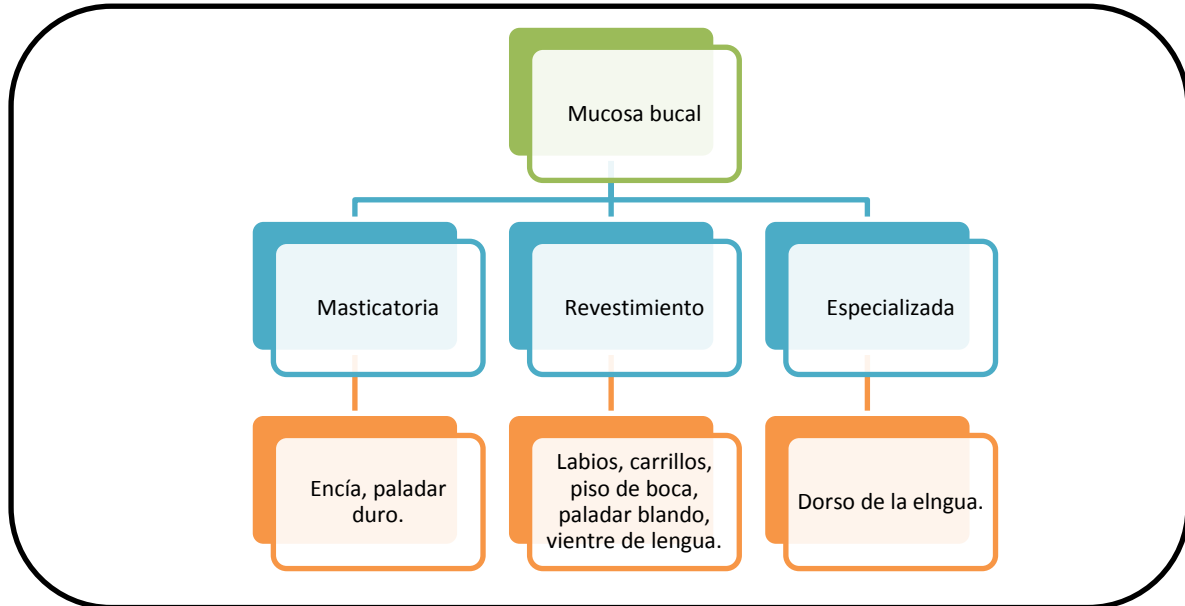


Figura 2. Estructura de la mucosa bucal (Chiego, 2014).

Lesiones reactivas en cavidad bucal

El mantenimiento de la homeostasis de la mucosa bucal es particularmente problemático ya que está en contacto permanente con una cantidad de

microorganismos (Casariego, 2012) y continuamente se encuentra sujeta a modificaciones debido a diversos factores irritantes crónicos y persistentes, por sus diversas funciones (Akinyamoju, 2013).

La mucosa bucal es asiento de una amplia diversidad de entidades que involucran variaciones anatómicas y estados patológicos (Donohue, 2018). Estas lesiones se presentan como lesiones generalizadas o localizadas (Effiom, 2011).

Conforme aumenta la edad también se modifican los tejidos influyendo en el estado de salud-enfermedad, lo cual conlleva a que las manifestaciones locales y sistémicas sean distintas entre las etapas de la vida y que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean diferentes entre una población y otra (Donohue, 2018).

Los Periodoncistas y los Cirujanos Maxilofaciales a menudo dan el término diagnóstico 'épulis' a estas lesiones (Reddy, 2012). Pueden denominarse 'épulis' cuando la proliferación de tejido conectivo que se produce está confinada a la encía (Effiom, 2011), indica únicamente un crecimiento sobre la encía sin especificar la naturaleza de la lesión, considerándose imprescindible su estudio histológico para establecer un diagnóstico de certeza (Tamarit, 2005). Anneroth y Sigurdson prefieren emplear el término de hiperplasia en vez de épulis, ya que este último sólo designa la localización topográfica de la lesión (Tamarit, 2005).

Las lesiones reactivas suelen clasificarse dentro del grupo de los tumores benignos de la mucosa bucal (Tamarit, 2005). De acuerdo con su histología Kfir et al. han clasificado específicamente las lesiones reactivas en granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, hiperplasia fibrosa y fibroma periférico con calcificación (Effiom, 2011), siendo estas las lesiones reactivas frecuentes de la cavidad oral (Hunasgi, 2017).

Las lesiones reactivas son inflamaciones nodulares clínicamente e histológicamente no neoplásicas (Effiom, 2011). Están relacionados, pero tienen nombres diferentes debido a la variación en el sitio anatómico, aspecto clínico o microscópico (Akinyamoju, 2013). La identificación de cualquier lesión hiperplásica

reactiva requiere la formulación de un diagnóstico diferencial para permitir una evaluación y manejo precisos del paciente (Reddy, 2012).

En general, las lesiones reactivas corresponden a un grupo de lesiones producidas como una respuesta exagerada de la mucosa bucal frente a irritantes crónicos de baja intensidad, motivo por el cual se le considera una lesión reactiva (Casian, 2011). Este término englobaría a toda aquella lesión autolimitada provocada por un estímulo o irritación que tiende a desaparecer después de su exéresis y de la eliminación de los factores etiológicos (Tamarit, 2005).

Las lesiones reactivas se clasifican según las características histopatológicas en tipos fibrosos e inflamatorios. El grupo inflamatorio constituye hiperplasia fibrosa inflamatoria, granuloma piógeno, fibroma de irritación y granulomas de células gigantes periféricas y el grupo fibroso constituye fibroma osificante periférico (Babu, 2017).

Prevalencia

Diversos estudios encaminados a establecer perfiles epidemiológicos de lesiones de tejidos blandos han sido reportados en la literatura mundial. En México existen estudios epidemiológicos de lesiones en cavidad bucal, los cuales se han realizado en diferentes poblaciones por instituciones de salud y educativas, todos encaminados a obtener información sobre el estado de salud bucal de nuestra población (Donohue, 2007).

Pero aún se requiere más información de la morbilidad bucal con el propósito de establecer un panorama encaminado a la planeación y evaluación de los programas de prevención y control de las enfermedades bucales, fomentando el diagnóstico y la investigación dentro de la patología bucal (Donohue, 2007).

La prevalencia de lesiones de la mucosa oral varía entre poblaciones y se ha reportado del 9.7% al 61.6% en adultos, en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus la frecuencia se incrementa. Diversos estudios epidemiológicos demuestran que las alteraciones patológicas y

condiciones de la mucosa oral se incrementan conforme aumenta la edad del individuo (Donohue, 2018).

Las lesiones de naturaleza inflamatoria constituyen aproximadamente el 66% de todas las lesiones de la cavidad oral, siendo la mayoría de estas lesiones atribuidas a la mala higiene y al uso de aparatología fija o removible. La relación directa entre la frecuencia de las lesiones con el aumento del período del uso de las prótesis mal adaptadas; una minoría de los casos se presentan en niños, que se encuentran en dentición mixta, asociada a presencia de biofilm, mal posición dental y aparatología fija o removible, sin embargo, existe poca literatura sobre la prevalencia de estas lesiones en la población mexicana (Casian, 2011).

En un estudio previo realizado en México, la mayoría de las lesiones encontradas fueron de origen infeccioso, traumático e irritativo, dentro de las lesiones irritativas más frecuentes se encuentran; las lesiones traumáticas agudas, úlceras, hiperqueratosis friccional, morsicatio buccarum, fibroma traumático, épulis fisurado entre otros (Donohue, 2018).

El diagnóstico y el desarrollo de un plan de tratamiento son difíciles si los dentistas no conocen la prevalencia y los síntomas clínicos de estas lesiones (Kadeh, 2015). Es útil conocer la frecuencia y presentación de las lesiones orales más comunes para desarrollar una impresión clínica de dichas lesiones en la práctica (Reddy, 2012). Ya que la frecuencia de estas lesiones difiere en varias poblaciones (Kadeh, 2015).

Por lo tanto, el diagnóstico precoz y la eliminación de estas lesiones junto con la eliminación del irritante pueden minimizar en gran medida las posibles complicaciones dentoalveolares (Reddy, 2012).

Causas de las lesiones reactivas

La etiología de las lesiones reactivas es variada y se asocia a la presencia de factores irritativos locales como la presencia de biofilm, cálculo, aparatología ortodóntica o protésica mal ajustada o sobre extendida, mal posición dental (Casian, 2011), bordes afilados de los dientes cariados y las

restauraciones/aparatos defectuosos (Akinyamoju, 2013) y el tabaco (Tamarit, 2005). También se han implicado factores hormonales (Akinyamoju, 2013).

Las lesiones reactivas se desarrollan en respuesta a una lesión tisular crónica y recurrente que estimula una respuesta tisular exuberante o excesiva (Effiom, 2011). Generalmente, las lesiones hiperplásicas bucales siguen una evolución común en su formación (Tamarit, 2005).

Las lesiones reactivas comprenden capilares en ciernes con células endoteliales mezcladas, células inflamatorias crónicas (Babu, 2017). Luego los fibroblastos proliferan y se manifiestan como un crecimiento excesivo llamado hiperplasia reactiva (Reddy, 2012).

En la patogenia de las lesiones reactivas, una característica necesaria de la inflamación crónica es que el proceso de inflamación y reparación ocurre simultáneamente con la consiguiente creación de tejido de granulación y, en consecuencia, la mayoría de estas lesiones simbolizan la creación exuberante de tejido de granulación (Hunasgi, 2017).

El comportamiento clínico de las lesiones reactivas puede variar en diferentes poblaciones, lo que refleja los diferentes factores ambientales, estilos de vida y factores raciales (Vidyanath, 2015).

Las características histopatológicas de las lesiones reactivas son bastante distintas, pero aún existe una superposición considerable en estas lesiones. Eversole y Rovin especularon que las diferentes entidades histológicas de la hiperplasia inflamatoria pueden deberse a la respuesta del tejido conjuntivo a intensidades variadas de irritación de la mucosa (Sangle, 2018). La eliminación de los irritantes locales y el reemplazo dental adecuado pueden contribuir a la reducción de estas lesiones (Sangle, 2018).

Características clínicas de las lesiones reactivas

Las características clínicas de las lesiones reactivas dependen de la fase de desarrollo de la lesión. En la fase temprana, son muy vasculares, rojizas y tienden a sangrar con facilidad (Akinyamoju, 2013), mientras que, en las últimas etapas,

aparecen como firmes (Hunasgi, 2017), de color rosado (Akinyamoju, 2013), maduras y crecimientos fibrosos avasculares que pueden ser pedunculados o sésiles (Hunasgi, 2017).

Clínicamente, la lesión reactiva puede ser redonda u ovoide, asintomática, de superficie lisa, firme, sésil o pedunculada (Vidyanath, 2015), El tamaño de la lesión varía de unos pocos milímetros a varios centímetros (Naderi, 2012), cuyo diámetro puede variar de 1 a 2 cm, a consistencia varía de blanda a firme (Vidyanath, 2015), de diferentes colores, desde rosa claro a rojo (Naderi, 2012), la superficie puede ser hiperqueratósica o ulcerada debido a traumas repetidos (Sangle, 2018).

Los casos que presentan sintomatología están asociados a ulceración concomitante de la lesión; se muestra eritematoso si está ulcerado, semejando un Granuloma Piógeno (Casian, 2011).

Histológicamente la lesión reactiva se caracteriza por una sobreproducción de tejido conjuntivo fibroso, rico en fibras de colágeno y fibroblastos, delimitado por epitelio escamoso superficial; existe presencia de infiltrado inflamatorio crónico (linfocitos y células plasmáticas, principal y ocasionalmente leucocitos polimorfonucleares pueden estar presentes y pocos vasos sanguíneos (Casian, 2011).

El aspecto del tejido conjuntivo de la lesión reactiva varía de acuerdo con el estado de desarrollo de la lesión: de tejido de granulación inmaduro en lesiones recientes a tejido conjuntivo denso y fibroso en lesiones más antiguas. En muchos casos una misma lesión puede presentar diferentes aspectos microscópicos (Casian, 2011). La duración puede variar de semanas a meses y puede ulcerarse al trauma (Akinyamoju, 2013).

Las lesiones reactivas pueden presentarse en cualquier localización intraoral, pero la zona más frecuente de aparición es la región gingival, seguida por la mucosa vestibular, lengua, labios y el paladar. Ha sido relatada con mayor frecuencia en la región del surco vestibular y, en menor proporción, en reborde alveolar lingual de

mandíbula y en la región palatina (Casian, 2011), la ubicación más común es la mucosa bucal a lo largo de la línea de la mordedura (Sangle, 2018).

El diagnóstico de las lesiones reactivas generalmente es clínico establecido por la relación entre la causa y consecuencia de la lesión; y por medio de un estudio histopatológico (biopsia excisional). En algunas ocasiones, el odontólogo podrá ser el primer facultativo que detecte una lesión bucal relacionada con una enfermedad sistémica. Antes de efectuar cualquier maniobra terapéutica será necesario realizar pruebas complementarias (Tamarit, 2005).

Ocasionalmente se requiere de exámenes radiográficos para descartar el comprometimiento óseo (Casian, 2011), o que verifiquen la extensión en los tejidos duros adyacentes a la lesión (Tamarit, 2005). Las lesiones reactivas en general no muestran hallazgo radiográfico; sin embargo, en algunos casos, se presenta erosión y radiolucidez en forma de copa, producida en el hueso subyacente debido a la presión de estas lesiones (Vidyanath, 2015).

La identificación de cualquier lesión reactiva requiere la formulación de un diagnóstico diferencial para permitir una evaluación y manejo precisos del paciente (Effiom, 2011). El comportamiento clínico de las lesiones reactivas puede variar en diferentes poblaciones, lo que refleja los diferentes factores ambientales, estilos de vida y factores raciales (Sangle, 2018).

El tratamiento para las lesiones reactivas va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad del tejido afectado (Casian, 2011), encaminado a la eliminación de los agentes etiológicos y a su exéresis quirúrgica (Tamarit, 2005). Las lesiones pequeñas pueden ser tratadas de manera conservadora, con remoción del agente, mientras que las lesiones extensas y de larga evolución necesitarán de escisión quirúrgica. En cualquier caso, es inevitable la erradicación del factor irritativo (Casian, 2011).

Hay una tendencia de recidiva en las lesiones reactivas que a menudo se atribuye a un traumatismo persistente o una escisión incompleta (Akinyamoju, 2013). La

eliminación completa de los irritantes locales con el seguimiento y el mantenimiento de la higiene bucal ayuda a prevenir la recurrencia de dichas lesiones (Babu, 2017).

El tratamiento exitoso de las lesiones reactivas implica obtener un diagnóstico preciso a lo largo del análisis histopatológico, la extirpación completa de la lesión reactiva y el tratamiento de los irritantes locales mediante la atención de seguimiento, así como la preservación de la higiene dental para detener o atender la recidiva (Hunasgi, 2017).

El estudio histopatológico de todas estas lesiones es fundamental, aunque su apariencia sea benigna, porque el diagnóstico de certeza sólo lo puede determinar la histología (Tamarit, 2005). El pronóstico de las lesiones reactivas es bueno y los índices de recidivas son bajos siempre y cuando el factor irritativo sea eliminado (Casian, 2011).

Hiperplasia fibrosa

La hiperplasia fibrosa es un agrandamiento reactivo, localizado y de tipo inflamatorio del tejido conectivo (Casian, 2011). Es considerado como el tumor benigno más frecuente de la cavidad bucal (Brenes, 2013), más usual en adolescentes y adultos y relativamente común en niños (menos del 5%) (Casian, 2011). Sin embargo, la edad, no es el único factor que se relaciona a la aparición de lesiones en la mucosa oral (Rodríguez, 2005).

La etiología de la hiperplasia fibrosa parece estar relacionada con factores irritativos crónicos o traumáticos repetidos tales como malos hábitos, mordisqueo de carrillos, queilofagia, aparatos ortodóncicos, un borde afilado de un diente, amalgama fracturada o irritación por prótesis, que en muchos casos tiene que ver con rebasados acrílicos defectuosos o dentaduras mal adaptadas (Brenes, 2013).

La localización más frecuente de la hiperplasia fibrosa, es la región anterior del maxilar superior (Tamarit, 2005). No presenta una predisposición por sexo, sin embargo, se cree que el sexo femenino es más proclive a presentar esta lesión, lo cual puede deberse al hecho de que las mujeres utilizan más frecuentemente

prótesis o aparatos ortodónticos probablemente por razones estéticas (Brenes, 2013).

La hiperplasia fibrosa se desarrolla por la disminución del soporte (debido a la reabsorción alveolar) y la prótesis se profundiza poco a poco sobre el fondo de surco, ejerciendo una presión anormal sobre los tejidos blandos (Rodríguez, 2005).

La úlcera crónica y la hiperplasia de tejido conjuntivo crónicamente inflamado pueden aparecer como lesiones combinadas (Rodríguez, 2005). Induciendo un sobre crecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno producido por ellos, lo que origina una masa submucosa evidente al examen clínico (Brenes, 2013). En respuesta a la acción de agentes físicos constantes (Casian, 2011).

La hiperplasia fibrosa suele ser una lesión exofítica, asintomática (Tamarit, 2005), aparece como una lesión generalmente única, bien definida, de crecimiento lento y autolimitado, de aspecto nodular, elevada, pedunculada y sésil, de tamaño variable. El color de la mucosa que la cubre es el de la mucosa normal, aunque ésta puede ser más pálida, tersa, lisa y brillante (Brenes, 2013). Cuando existe ulceración, estas hiperplasias se muestran eritematosas (Rodríguez, 2005).

La consistencia de la hiperplasia fibrosa puede variar desde firme y resiliente a blanda y esponjosa (Brenes, 2013). Frecuentemente elongada, que presenta, al menos, una fisura en la que penetra y se ajusta el reborde de la prótesis, junto con la proliferación de tejido a ambos lados (Tamarit, 2005).

La histopatología de la hiperplasia fibrosa se caracteriza fundamentalmente por la presencia de proliferación de fibroblastos y fibras de colágeno, rodeadas por una capa de epitelio escamoso estratificado delgado con crestas poco profundas (Brenes, 2013).

El tratamiento de la hiperplasia fibrosa va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad del tejido afectado; lesiones pequeñas pueden ser tratadas de manera conservadora, con remoción del agente, mientras que lesiones extensas y de larga evolución necesitarán de exéresis quirúrgica con posterior biopsia. En

cualquier caso, es inevitable la erradicación del factor irritativo. El pronóstico de la HFI es bueno y los índices de recidivas son bajos siempre y cuando el factor irritativo sea eliminado (Brenes, 2013).

Pólipo fibroepitelial

El pólipo fibroepitelial es una lesión hiperplásica inflamatoria en respuesta a la irritación crónica (Apurva, 2016), es el tumor de tejido blando benigno más común en la cavidad oral (Samudrawar, 2017), también se conoce como fibroma de irritación, fibroma traumático, nódulo fibroso o un pólipo fibroepitelial (Apurva, 2016).

El pólipo fibroepitelial es de origen mesodérmico, de crecimiento indoloro (Apurva, 2016), clínicamente aparecen como lesiones de base amplia, más claras en color que el tejido normal circundante, por la hiperqueratosis, en ocasiones con ulceración superficial causada por un trauma secundario. El potencial de crecimiento del fibroma no excede de 10-20mm de diámetro (Patil, 2018).

El pólipo fibroepitelial ocurre como resultado del proceso de reparación crónica que incluye tejido de granulación y formación de cicatrices que causan un crecimiento fibroso (Samudrawar, 2017). Rara vez ocurre antes de la cuarta década de la vida y su prevalencia no es específica del sexo (Apurva, 2016).

El pólipo fibroepitelial es una respuesta común de la submucosa debido al trauma. Los irritantes traumáticos incluyen cálculos, márgenes colgantes, restauraciones, cuerpos extraños, picaduras crónicas, márgenes de caries, espículas afiladas de huesos (Patil, 2018).

El pólipo fibroepitelial tiene características clínicas muy similares que a menudo pueden crear una situación de diagnóstico difícil (Patil, 2018). Sus características clínicas no son exclusivas y debe diferenciarse de un fibroma osificante periférico y un granuloma periférico de células gigantes (Apurva, 2016).

El pólipo fibroepitelial sigue un curso completamente benigno. Ocurre en áreas que son propensas a traumatismos como la lengua, mucosa bucal y los labios (Patil, 2018). Principalmente tratada con la escisión quirúrgica conservadora junto

con la eliminación de la fuente de etiología. La tasa de crecimiento del fibroma es lenta sin recurrencia (Samudrawar, 2017).

Granuloma piógeno

También conocido como tumor de embarazo, tumor vascular benigno y épulis vascular. Recientemente, también se le ha llamado hemangioma lobular capilar, debido a la presencia de una disposición lobular bien circunscrita y distinta, con grandes vasos centrales y agregados periféricos de capilares bien formados (Babu, 2017).

El granuloma piógeno suele afectar a las encías de los niños, los jóvenes y, muy a menudo, las embarazadas (Kumar, 2015). Ocurre predominantemente en la segunda década de la vida en mujeres jóvenes. Surge en respuesta a diversos estímulos, como irritación local de bajo grado (Sangle, 2018) como son la presencia de placa y cálculo (Babu, 2017), lesión traumática o factores hormonales, posiblemente debido a los efectos vasculares de las hormonas femeninas (Sangle, 2018).

El granuloma piógeno es una lesión pediculada (Kumar, 2015), muy vascular y, a menudo, sangra fácilmente debido a su vascularización extrema (Effiom, 2011). Su superficie está específicamente ulcerada y tiene un color rojo o morado. En algunos casos su crecimiento es inquietantemente rápido y despierta el temor de que sea una neoplasia maligna (Kumar, 2015).

Desde el punto de vista histológico el granuloma piógeno, manifiesta una proliferación muy vascular, semejante al tejido de granulación (Kumar, 2015). Con un delgado epitelio escamoso estratificado paraqueratinizado, atrófico y ulcerado en algunos lugares. El tejido conectivo subyacente muestra un estroma fibrocelular delicado con abundantes capilares de sangre revestidos de endotelio que estaban repletos de glóbulos rojos (eritrocitos) y denso infiltrado de células inflamatorias crónicas, principalmente de linfocitos y células plasmáticas (Sangle, 2018).

El aumento gradual en el desarrollo del granuloma piógeno en el embarazo puede deberse al aumento de los niveles de estrógeno y progesterona que se producen a

medida que avanza el embarazo (Sangle. 2018). Estas hormonas hacen que los tejidos gingivales sean más susceptibles a la irritación crónica por el cálculo y la placa, y en última instancia, conducen al desarrollo de granuloma piógeno asociado al embarazo (Effiom, 2011).

Ciertos factores como el factor de crecimiento endotelial vascular, el factor de crecimiento del tejido conectivo y el factor de crecimiento de fibroblastos básico se han relacionado con el rápido crecimiento y la angiogénesis del granuloma piógeno. Se ha demostrado que el estrógeno causa la formación de tejido de granulación estimulando el factor de crecimiento de fibroblastos básico (bFGF) y transformando el factor de crecimiento $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$) en los fibroblastos (Effiom, 2011).

La progesterona actúa como un inmunosupresor en los tejidos gingivales de las mujeres embarazadas al prevenir el desarrollo de una reacción inflamatoria aguda rápida contra la placa, pero permitiendo un aumento de la reacción tisular crónica que resulta clínicamente en una apariencia exagerada de inflamación (Effiom, 2011).

El retorno de los niveles hormonales al posparto normal generalmente ocurre con la resolución del granuloma piógeno en algunos casos incluso sin tratamiento (Effiom, 2011). El granuloma piógeno puede involucionar, sobre todo después del parto (Kumar, 2015). Si se dejan sin tratar a lo largo del tiempo, experimentan una maduración fibrosa con osificación y se convierten en fibroma osificante periférico (Babu, 2017).

El tratamiento del Granuloma piógeno es la extirpación quirúrgica completa (Kumar, 2015), deben extirparse en profundidad hasta el periostio y / o ligamento periodontal y eliminar los irritantes locales. La naturaleza hemorrágica de la lesión plantea dificultades durante el tratamiento; por lo tanto, se recomienda el uso de láser sobre el bisturí para extirpar la lesión (Babu, 2017).

Granuloma periférico de células gigantes

El granuloma periférico de células gigantes también se conoce como osteoclastoma, tumor periférico de células gigantes, granuloma reparador de células gigantes, émulis de células gigantes e hiperplasia de células gigantes de la mucosa oral (Sangle, 2018).

El granuloma periférico de células gigantes es una lesión hiperplásica benigna (Sangle, 2018) y la lesión de células gigantes más frecuente de los maxilares. Se localiza con mayor frecuencia en la mandíbula que en el maxilar superior (Chaparro, 2005). Se produce durante toda la vida, con una incidencia máxima durante los años de dentición mixta y en el grupo de edad de 30 a 40 años (Sangle, 2018). Afecta con mayor frecuencia al sexo femenino (Chaparro, 2005).

El granuloma periférico de células gigantes se origina a partir del tejido conjuntivo del periostio o de la membrana periodontal, como respuesta a una irritación local o un traumatismo crónico (Chaparro, 2005). Los posibles factores considerados son irritación crónica, extracciones dentales, hormonas y xerostomía (Babu, 2017).

El granuloma periférico de células gigantes está cubierto de una mucosa gingival intacta, pero que puede encontrarse ulcerada. Su aspecto clínico a veces es parecido al del granuloma piógeno, pero por lo común presenta un color más morado azulado, mientras que este último es más rojo vivo (Kumar, 2015).

Clínicamente el granuloma periférico de células gigantes se presenta como un nódulo firme, suave, brillante o como una masa que puede ser sésil o pediculada, pudiendo variar de color, de un rojo oscuro a púrpura o azul (Chaparro, 2005). La alta vascularidad de estas lesiones se puede entender por su color rojo violáceo y su tendencia a sangrar (Sangle, 2018).

El granuloma periférico de células gigantes varía de tamaño de 0,5 a 1,5 cm. de diámetro, aunque se han citado lesiones mayores de 5 cm, localizadas en la papila interdentaria, en el reborde alveolar edéntulo o en la encía marginal, en las cuales factores como la higiene bucal deficiente o la xerostomía jugarían un papel importante en el crecimiento de estas lesiones (Chaparro, 2005).

Aunque las lesiones incipientes de granuloma periférico de células gigantes pueden sangrar y causar cambios menores del contorno gingival, el crecimiento progresivo en algunos casos llega a producir una tumoración importante que compromete la función normal de la boca (Chaparro, 2005).

Rara vez el granuloma periférico de células gigantes afecta al hueso subyacente, aunque puede llegar a erosionarlo (Chaparro, 2005), junto con la separación de los dientes adyacentes (Sangle, 2018). El dolor no se presenta de forma habitual y su crecimiento está inducido la mayor parte de las veces por un traumatismo repetido (Chaparro, 2005).

El granuloma periférico de células gigantes se describe como una masa no encapsulada de tejido formado por un estroma de tejido conectivo reticular y fibrilar que contiene grandes cantidades de células jóvenes de forma ovoide o fusiforme del tejido conectivo y de células gigantes multinucleadas (Chaparro, 2005).

Histológicamente el granuloma periférico de células gigantes está compuesto de nódulos de células gigantes multinucleadas en un fondo de células mesenquimatosas ovaladas y con forma de huso y de glóbulos rojos extravasados (Sangle, 2018), separadas por un estroma fibroangiomaso (Kumar, 2015).

Las células gigantes pueden contener solo unos pocos núcleos o hasta varias docenas de ellos. Algunos de ellos son grandes núcleos vesiculares; otros muestran núcleos pequeños y picnóticos con una vascularización prominente asociada. El tejido mineralizado en forma de hueso tejido y/o laminar puede identificarse en aproximadamente un tercio de estas lesiones (Sangle, 2018).

El origen de las células gigantes es controvertido y se sabe que se origina a partir de fagocitosis, cuerpos extraños, osteoclastos y células sanguíneas endoteliales (Babu, 2017). Los capilares son numerosos, en especial alrededor de la periferia de la lesión, y a veces las células gigantes se encuentran en la pared interna de dichos vasos (Chaparro, 2005).

También son característicos los focos hemorrágicos con liberación de pigmento de hemosiderina y su posterior invasión por fagocitos mononucleares, así como la infiltración de células inflamatorias. Las células gigantes están inmersas en un estroma de fibroblastos, células inmaduras y sustancia fundamental (fibras de colágeno, de reticulina y sustancia fundamental propiamente dicha) que variará en su composición dependiendo del estado evolutivo de la lesión (Chaparro, 2005).

El estudio histológico se centra en tres puntos: el epitelio, el área conjuntiva y el área medular (Chaparro, 2005).

-El epitelio de revestimiento es el estratificado de la encía, que puede presentar modificaciones de tipo ulcerativo (Chaparro, 2005).

-El área conjuntiva subepitelial está formada por tejido conectivo conteniendo una gran cantidad de vasos sanguíneos de pequeño calibre. Con frecuencia se observa un infiltrado inflamatorio agudo (Chaparro, 2005).

-El área medular es la zona donde se localizan las células gigantes. Pueden existir dos tipos de células gigantes (Chaparro, 2005).

Células tipo A: son células eosinófilas polinucleares con citoplasma amplio y difuso. El núcleo es prominente y la cromatina se dispone rodeando la membrana interna (Chaparro, 2005).

Células tipo B: estas células tienen un citoplasma bien definido y regular, más cromático y de mayor tamaño. Los núcleos, cuyos límites son mal definidos, tienen tendencia a la acumulación central y presentan un intenso hiper cromatismo (Chaparro, 2005).

El origen de las células gigantes no se ha establecido, aunque algunos autores piensan que se originan a partir de las células endoteliales de los capilares. Se han formulado dos teorías para explicar el origen de estas células: una traumática y otra proliferativa en la que la lesión no se genera por un traumatismo previo, sino que se debe a alteraciones del endotelio vascular. (Chaparro, 2005)

En estudios ultraestructurales e inmunológicos se ha comprobado que las células gigantes derivan de los macrófagos, pero estas células no son funcionales desde el punto de vista de la fagocitosis y de la resorción ósea (Chaparro, 2005).

La positividad inmunohistoquímica de CD68 sugiere que las células multinucleadas gigantes se derivan del linaje monocito/macrófago. Las células del estroma se consideran el compartimento proliferativo y están relacionadas con el comportamiento clínico de la lesión (Babu, 2017).

El tratamiento del granuloma periférico de células gigantes comprende la extirpación y supresión de factores etiológicos subyacentes con la eliminación de toda la base de la lesión (Babu, 2017), para evitar la aparición de recidivas (Chaparro, 2005). Las radiografías son importantes para determinar si la lesión es de origen gingival (periférico) o de origen óseo (central) con extensión hacia la superficie (Chaparro, 2005).

Fibroma osificante periférico

El fibroma osificante periférico se considera de naturaleza reactiva en lugar de neoplásica, que sufre una maduración fibrosa y una posterior calcificación (Vidyanath, 2015). La incidencia máxima es la tercera década (Sangle, 2018). Se precipita por irritación local y trauma menor. Como la lesión se presenta solo en la encía y se supone que se deriva de ligamentos periodontales o papilas interdentes (Sangle, 2018).

Clínicamente el fibroma osificante periférico, aparece como una masa nodular que puede ser pedunculada o sésil, de color rosado a rojo y la superficie generalmente, pero no siempre, está ulcerada (Sangle, 2018).

Desde el punto de vista histológico el fibroma osificante periférico, muestra un epitelio escamoso estratificado que cubre una masa extremadamente celular de tejido conectivo formado por fibroblastos gruesos, fibrocitos, estroma fibrilar y áreas de mineralización con células gigantes multinucleadas cerca de ellos en algunos casos (Sangle, 2018).

La mineralización del fibroma osificante periférico puede consistir en hueso, material similar al cemento o calcificaciones distróficas. Las calcificaciones distróficas se observan generalmente en lesiones tempranas y ulceradas, mientras que las lesiones más antiguas, maduras y no ulceradas muestran un hueso bien formado y material similar al cemento (Sangle, 2018).

Debido a su similitud clínica e histopatológica, se considera que al menos algunos casos de fibroma osificante periférico pueden surgir como resultado de la maduración de un granuloma piógeno de larga data. El producto mineralizado probablemente tiene su origen en las células del periostio o el ligamento periodontal (Sangle, 2018). La presencia de fibras oxitáreas dentro del fibroma osificante periférico apoya su origen a partir del ligamento periodontal (Babu, 2017).

La pérdida de periodonto que se produce con la pérdida de dientes en la vejez podría explicar la mayor incidencia del fibroma osificante periférico en el grupo de edad más joven. Además, sugirieron que la ubicación estricta del sitio gingival apoya una derivación histogénica del ligamento periodontal superficial. El ligamento periodontal contiene células capaces de producir cemento y hueso y esto explica la presencia de hueso o cemento (Effiom, 2011).

Un diagnóstico concluyente del fibroma osificante periférico se realiza mediante histopatología, que comprende epitelio atrófico y estroma denso de tejido conectivo con proliferación fibroblástica y proliferación vascular mínima. Son evidentes infiltrados de células inflamatorias crónicas intensas con focos de cemento y calcificaciones distróficas (Babu, 2017).

La resección quirúrgica completa del fibroma osificante periférico hasta el periostio es el tratamiento de elección, ya que estos procesos tienen una tasa de recidiva del 15 al 20% (Kumar, 2015).

MATERIAL Y METODOS

Selección de la muestra

Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo realizado en la Clínica de Medicina y Patología Bucal del Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco; los pacientes incluidos en el presente trabajo fueron todos aquellos con expediente clínico que asistieron a la CMPB, conformando el universo de estudio.

Se incluyeron 341 pacientes de junio de 2016 a junio de 2019 en la Clínica de Medicina y Patología Bucal del Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco, siendo este el universo de estudio.

La muestra fue conformada por 24 pacientes, quienes presentaban los siguientes criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, de nuevo ingreso y de seguimiento, con expediente completo en la Clínica de Medicina y Patología bucal en el LDC “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco, que presentaran alguna lesión reactiva a partir del año 2016 y contaran con su respectivo estudio histopatológico confirmado.

Como criterios de exclusión de la muestra, se limitaron a los pacientes que no contaran con expediente clínico en la CMPB. El estudio fue realizado en el periodo que comprende de junio 2016 hasta igual mes del 2019.

Recopilación de la información

Se revisaron los expedientes de la Clínica de Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco, considerando solo a aquellos pacientes que presentaran alguna lesión reactiva, que se les haya realizado algún tipo de biopsia a partir de junio de 2016 y que contaran con un estudio histopatológico confirmado.

Las variables a considerar fueron edad, género, sitio anatómico y diagnóstico histopatológico. Dentro de las lesiones que se estudiaron son granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, granuloma fibroso osificante, hiperplasia

fibrosa y pólipo fibroepitelial. En los siguientes sitios anatómicos, encía, lengua, mucosa labial, mucosa yugal, paladar. El rango de edad se estratificó en edades por décadas a partir de los 16 años hasta los 85 años.

Registro y análisis de la información

Se elaboró una base de datos en Excel 2010 con la información obtenida de los expedientes, de los pacientes que presentaran alguna lesión reactiva. Registrando las siguientes variables edad, género, sitio anatómico, diagnóstico histopatológico y año en que se diagnosticó.

Las lesiones se ordenarán por frecuencia, la edad se agrupará por décadas. Se obtendrá el promedio y porcentajes de cada variable, así como el cruce de variables por edad y sexo en general y de cada una de las alteraciones, la frecuencia y porcentaje de las lesiones y distribución topográfica.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes, 18 (75%) fueron mujeres y 6 (25%) hombres. Con un promedio de edad de 51 años. El rango de edad con mayor frecuencia fue de 46 a 55 años con una frecuencia de 6 (25%). La tabla 1 muestra la frecuencia de las lesiones reactivas de acuerdo con el sexo y la tabla 2 la prevalencia de las lesiones reactivas por rangos de edad.

Tabla 1. Prevalencia de lesiones reactivas por grupo etáreo

| Edad | n | % |
|--------------|-----------|-------------|
| 16-25 | 3 | 12.5% |
| 26-35 | 2 | 8.3% |
| 36-45 | 2 | 8.3% |
| 46-55 | 6 | 25.0% |
| 56-65 | 5 | 20.8% |
| 66-75 | 5 | 20.8% |
| 76-85 | 1 | 4.1% |
| TOTAL | 24 | 100% |

La hiperplasia fibrosa fue la lesión reactiva que presentó mayor incidencia con 16 casos (66.6%), seguida del pólipo fibroepitelial con 4 casos (16.6%). Siendo el Granuloma periférico osificante el que no presentó ningún caso en el estudio. Del total de las lesiones reactivas solo hubo recidiva de 1 (4.1%) tratándose de granuloma periférico de células gigantes. La tabla 3 muestra la distribución de las lesiones reactivas en la cavidad oral.

Tabla 2. Prevalencia de lesiones reactivas

| Diagnóstico | n | % |
|--------------------|-----------|-------------|
| HF | 16 | 66.6% |
| PF | 4 | 16.6% |
| GP | 2 | 8.3% |
| GCG | 2 | 8.3% |
| GPO | 0 | 0% |
| TOTAL | 24 | 100% |

De los 24 casos que completaron el estudio, el sitio anatómico donde se presentaron mayor número de lesiones reactivas fue la lengua con 10 casos (41.6%), existiendo una diferencia significativa respecto al paladar y mucosa yugal que presentaron 0 y 3 (12.5%) casos respectivamente. La tabla 4 muestra la frecuencia de las lesiones reactivas en diferentes ubicaciones anatómicas.

Tabla 3. Sitio anatómico de localización más frecuente de lesiones reactivas

| Sitio anatómico | n | % |
|------------------------|-----------|-------------|
| ENCIA | 7 | 29.1% |
| M LABIAL | 4 | 16.6% |
| M YUGAL | 3 | 12.5% |
| LENGUA | 10 | 41.6% |
| PALADAR | 0 | 0% |
| TOTAL | 24 | 100% |

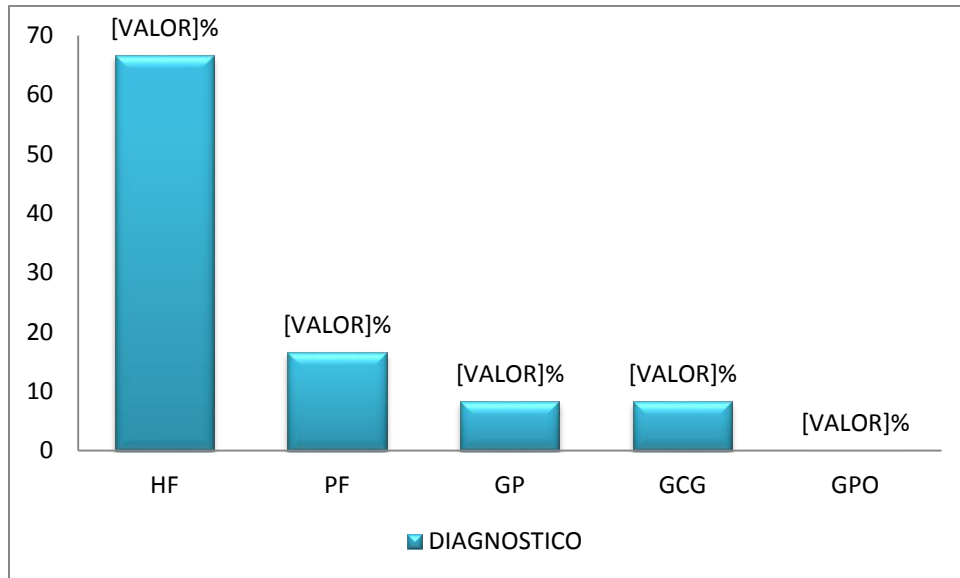


Figura 3. Gráfica de lesiones reactivas más prevalentes, nos muestra que la lesión que tuvo mayor prevalencia fue la hiperplasia fibrosa con un 66.6% del total de las lesiones del estudio. Seguida por el pólipo fibroepitelial que representa un 16.6% de prevalencia, por otro lado, el granuloma periférico osificante no tuvo ninguna frecuencia dentro de este estudio.

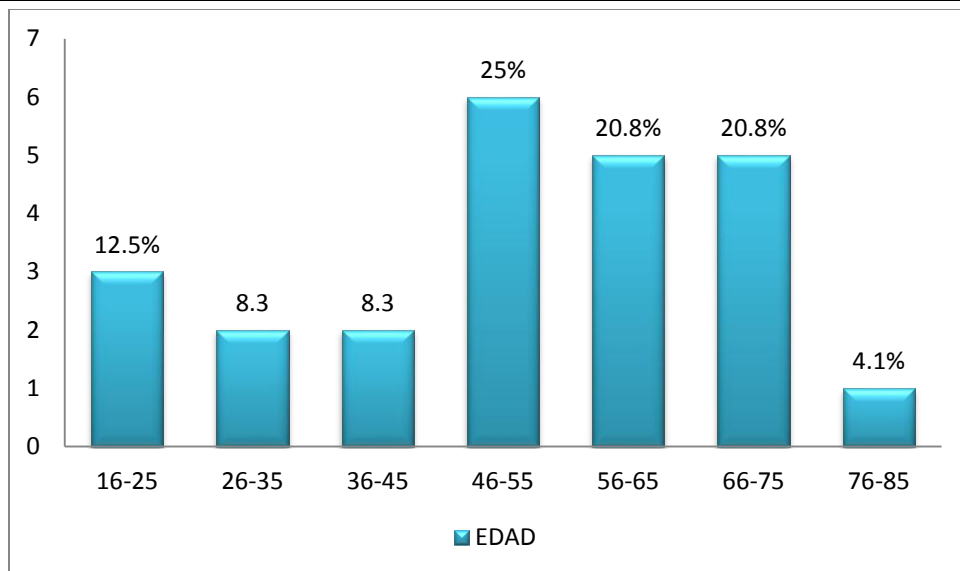


Figura 4. Se observó un mayor número de lesiones reactivas en el rango de edad de 46-55 años representando el 25% de la población de estudio. Sin embargo, el rango de edad de 76-85 años con un 4.1% representa una baja prevalencia de lesiones reactivas.

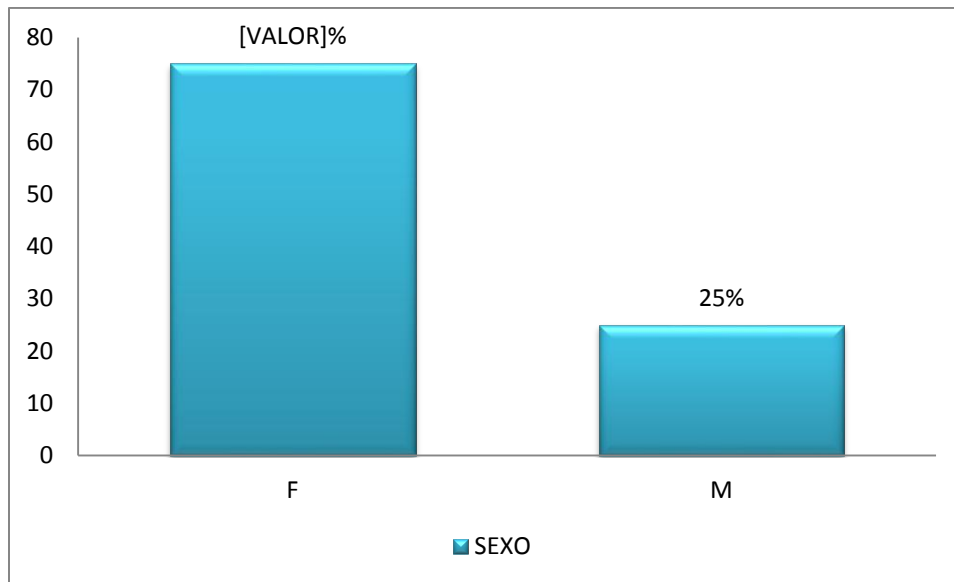


Figura 5. El sexo que tuvo un 75% de prevalencia de lesiones reactivas en el estudio fue el sexo femenino, mientras que el sexo masculino represento el 25% de nuestra población que presento alguna lesión reactiva durante el estudio.

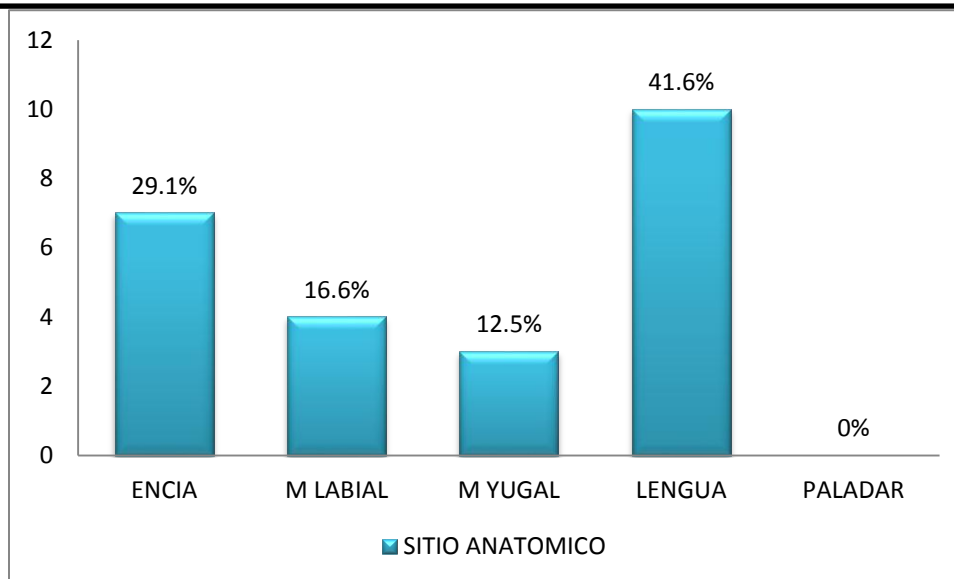


Figura 6. La lengua fue la estructura más afectada por las lesiones reactivas en el estudio, representando el 41.6% de sitios anatómicos donde se presentaron las lesiones inflamatorias, seguido de la encía con un 29.1% de prevalencia, sin embargo, fue el paladar el sitio donde no se presentaron lesiones cariosas en este estudio.

DISCUSIÓN

Las lesiones reactivas son lesiones muy comunes en la cavidad bucal, lesiones en tejidos blandos que en varias ocasiones se pasan por alto. Existen muchos factores importantes para el análisis sobre la frecuencia de estas lesiones como lo son la edad, el sexo, y las estructuras anatómicas donde se desarrollan.

El presente estudio de 24 casos de lesiones reactivas de la cavidad oral, la lesión más prevalente fue la hiperplasia fibrosa que comprendió el 66.66% de los casos.

Se presentó una mayor prevalencia de lesiones reactivas en el rango de edad de 46 a 55 años, probablemente porque a menudo las personas a esa edad cuentan con mayor número de restauraciones e incluso en su mayoría usan alguna prótesis, pues son desdentadas. Inclusive en esta misma edad hay mayor presencia de enfermedad periodontal, permitiendo que el acumulo de biofilm y sarro actué como irritante crónico y suscite este tipo de lesiones por irritación.

El sexo femenino fue el más prevalente en cuando a presencia de lesiones reactivas, esto podría deberse a que las mismas presentan mayor preocupación respecto a la atención general de su salud, además del papel de las hormonas que se relaciona con lesiones reactivas como es el caso del granuloma piógeno, otro factor asociado es una mayor preocupación por su imagen por ello el uso de prótesis o restauraciones. En cuanto al sexo masculino generalmente no reciben revisiones dentales regulares y en la mayoría de las veces lesiones indoloras como son las lesiones reactivas, no toman importancia para ellos y permanecen sin diagnosticar y tratar.

El sitio anatómico más frecuente en el desarrollo de lesiones reactivas fue la lengua debido a que es un musculo móvil, con una capacidad sensorial muy alta, que ocupa gran parte de la cavidad bucal y que está en mayor contacto con bordes cortantes de restauraciones y dientes, prótesis dentales y a pesar de ser mucosa especializada también se encuentra en constante trauma durante la masticación o simplemente al hablar. En cuanto a la encía que ocupó el segundo lugar en prevalencia fue debido al acumulo de biopelícula y sarro que originan una

inflamación crónica en la enfermedad periodontal, además de ser mucosa de masticación y estar sometida a trauma constante durante la masticación.

CONCLUSIÓN

Las lesiones reactivas son lesiones que bajo un buen examen bucal podemos identificar en la práctica diaria. Por lo tanto, el odontólogo es el principal profesional de la salud que observa cualquier alteración en cavidad bucal, tiene que conocer cada patología tanto características clínicas, como la prevalencia en la población de su consulta. Todo esto con la finalidad de tener un diagnóstico lo más acertado y un tratamiento exitoso,

El uso de los exámenes complementarios para la ruta diagnóstica es indispensable, en cualquier caso, por más sencillo que parezca. Agotar cualquier prueba complementaria será necesario para un diagnóstico atinado, además de la identificación de estructuras y tejidos adyacentes que puedan involucrarse con la lesión. Además del análisis de la historia clínica del paciente y su estado sistémico.

Es importante remitir casos a los especialistas correspondientes, como es el caso de los Patólogos bucales, cuando no se tenga seguridad en el diagnóstico, para asegurar atención en calidad para el paciente. De igual forma ser conscientes de no realizar biopsias al por mayor o sin saber la técnica o el procedimiento más conveniente para cada caso, para evitar quitar parcialmente las lesiones y que estas presenten recidiva más adelante. Además de la completa eliminación de factores irritantes y el seguimiento del caso, son elementos importantes para la atención de estas lesiones.

A pesar de ser lesiones benignas, el estudio histopatológico es indispensable para un diagnóstico preciso y por lo tanto un tratamiento exitoso. Pues a pesar de que todos los factores asociados, características clínicas y etiología indiquen cierta lesión, no está demás realizar un estudio histopatológico de la lesión, para un diagnóstico más exacto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hunasgi, S, Koneru, A., Vanishree, M., y Manvikar, V. (2017). Evaluación de las lesiones gingivales reactivas de la cavidad oral: un estudio histopatológico. *Diario de patología oral y maxilofacial*; 21 (1), 180.
2. Casian Romero, A, Trejo Quiroz, P, De León Torres, C, Carmona Ruiz, D. (2011). Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 4(2), 74-79.
3. Kadeh, H, Saravani, S, Tajik, M. (2015). Reactive hyperplastic lesions of the oral cavity. *Iranian journal of otorhinolaryngology*, 27(79), 137–144.
4. Casariego, Zulema J. (2012). Inmunología de la mucosa oral: Revisión. *Avances en Odontoestomatología*, 28(5), 239-248.
5. Reddy, V., Saxena, S., Saxena, S., y Reddy, M. (2012). Lesiones hiperplásicas reactivas de la cavidad oral: un estudio observacional de diez años en la población del norte de la India. *Revista de odontología clínica y experimental*, 4 (3), 136 –140.
6. Donohué Cornejo, Alejandro, Leyva Huerta, Elba Rosa, Ponce Bravo, Santa, Aldape Barrios, Beatriz, Quezada Rivera, Daniel, Borges Yáñez, Aída, Aguirre Montes de Oca, Alfredo. (2007). Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos. *Revista Cubana de Estomatología*, 44(1).
7. Babu, B., y Hallikeri, K. (2017). Lesiones reactivas de la cavidad oral: estudio retrospectivo de 659 casos. *Revista de la Sociedad India de Periodoncia*, 21(4), 258-263.
8. Chiego, Daniel. (2014). Principios de histología y embriología bucal, con orientación clínica; 4,166-183.
9. Ten Cate's, Nanci A. (2008). Oral histology, development, structure, and function; 7,410-445.
10. Gómez de Ferraris, María Elsa. 2009. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental; 3, 137-176.
11. Fortoul, Teresa. (2013). Histología y biología celular. The Mc Graw Hill; 3. 223-252.
12. Donohue-Cornejo, Alejandro, Torre-y-Morán, Alberto De la, Torre-Morán, Gerardo De la, Espinosa-Cristóbal, León Francisco, Guzmán-Gastelum, Dalia Abril, García-Calderón, Alma Graciela, Cuevas-González, Juan Carlos. (2018). Frecuencia de Lesiones y Condiciones Orales en Pacientes Mayores de 18 Años en una Clínica de Atención Primaria en México. *International journal of odontostomatology*, 12(1), 129-133.
13. Akinyamoju, OA, Adeyemi, BF, Kolude. B. (2013). Lesiones reactivas localizadas de la cavidad oral: una revisión de 246 casos en Ibadan. *El diario de internet de la ciencia dental*, 12(1), 1-7.
14. Effiom, OA, Adeyemo, WL, y Soyele, OO (2011). Lesiones reactivas focales de la encía: un análisis de 314 casos en una institución de salud terciaria en Nigeria. *Revista médica de Nigeria: revista de la Asociación Médica de Nigeria*, 52 (1), 35–40.

15. Tamarit Borràs, Meritxell, Delgado Molina, Esther, Berini Aytés, Leonardo, Gay Escoda, Cosme. (2005). Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal: Estudio retrospectivo de 128 casos. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Ed. impresa), 10(2), 151-162.
16. Vidyanath, S., Shameena, PM, Johns, DA, Shivashankar, VY, Sudha, S., y Varma, S. (2015). Lesiones hiperplásicas reactivas de la cavidad oral: un estudio de 295 casos en una Institución de Salud Terciaria en Kerala. *Revista de patología oral y maxilofacial: JOMFP*, 19 (3), 330–334.
17. Sangle VA, Pooja VK, Holani A, Shah N, Chaudhary M, Khanapure S. (2018). Lesiones hiperplásicas reactivas de la cavidad oral: estudio de revisión retrospectiva y revisión de la literatura. *Indian J Dent Res*, 29, 61-6.
18. Naderi, NJ, Eshghyar, N., y Esfehanian, H. (2012). Lesiones reactivas de la cavidad bucal: estudio retrospectivo sobre 2068 casos. *Revista de investigación dental*, 9 (3), 251-255.
19. Brenes-Barquero, J. (2013). “Hiperplasia fibrosa inflamatoria: a propósito de un caso”. *Revista Científica Odontológica*, 9 (1), 41-44.
20. Rodríguez Zegarra, Anita F.; Sacsquispe Contreras, Sonia J. (2005) Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores *Revista Estomatológica Herediana*; 15 (2), 139-144.
21. Apurva Mishra, Kumar Pandey Ramesh. 2016. Fibro-epithelial polyps in children: A report of two cases with a literatura review. *International Advancement Center for medicine and Health Reserch Co.* 5(2) 129-132.
22. Samudrawar R, Mashar H, Kashyap MK, Gupta R. Fibro- epithelial Polyp: Case report whit literatura Review. *Int Healthcare Res J*; 1 (7): 14-17.
23. Patil Viren, Shirish, Rramanojam Shandilya. 2018. Importance of histology in diagnosis of large fibroepithelial polyp in oral caviti: A case Report. *Ann Clin Case Rep*; 2, 1-3.
24. Kumar, VA, Abbas, N, Fausto y Aster, JC. (2010). *Robbins y Cotran Patología estructural y funcional*; 8, 741-743.
25. Chaparro Avendaño, Angie V, Berini Aytés, Leonardo, Gay Escoda, Cosme. (2005). Granuloma periférico de células gigantes: A propósito de 5 casos y revisión de la literatura. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Ed. impresa), 10(1), 41-47.

ANEXOS

Tabla 4. Base de datos de pacientes muestra

| BIOPSIA | EDAD | AÑO | SEXO | DIGNÓSTICO | SITIO ANATÓMICO |
|---------|------|----------|------|--|-----------------|
| B16-080 | 20 | 01.04.16 | M | HIPERPLASIA FIBROSA | MUCOSA LABIAL |
| B16-135 | 74 | 03.06.16 | F | HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA | MUCOSA YUGAL |
| B16-150 | 43 | 14.06.16 | F | HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA | ENCIA |
| B17-034 | 49 | 10.02.17 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | MUCOSA YUGAL |
| B17-035 | 71 | 10.02.17 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | LENGUA |
| B17-062 | 48 | 10.03.17 | F | GRANULOMA PIOGENO | LENGUA |
| B17-246 | 66 | 20.10.17 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | LENGUA |
| B17-262 | 61 | 11.11.17 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | MUCOSA LABIAL |
| B17-272 | 60 | 21.11.17 | F | POLIPO FIBROEPITELIAL | LENGUA |
| B17-279 | 35 | 24.11.17 | M | POLIPO FIBROEPITELIAL | LENGUA |
| B18-023 | 57 | 01.02.18 | M | HIPERPLASIA FIBROSA | LENGUA |
| B18-024 | 66 | 13.10.17 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | MUCOSA LABIAL |
| B18-025 | 55 | 09.01.18 | F | HIPERPLASIA FIBROSA CON CALCIFICACION | ENCIA |
| B18-057 | 26 | 02.03.18 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | MUCOSA YUGAL |
| B18-059 | 68 | 23.02.18 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | ENCIA |
| B18-116 | 60 | 18.05.18 | M | HIPERPLASIA FIBROSA | ENCIA |
| B18-117 | 51 | 18.05.18 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | LENGUA |
| B18-251 | 20 | 23.11.18 | M | POLIPO FIBROEPITELIAL | LENGUA |
| B18-261 | 55 | 7.12.18 | F | GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES | ENCIA |
| B19-062 | 47 | 31.05.18 | M | POLIPO FIBROEPITELIAL | LENGUA |
| B19-071 | 85 | 14.06.19 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | MUCOSA LABIAL |
| B19-072 | 56 | 14.06.19 | F | GRANULOMA PERIFERICO DE CELULAS GIGANTES | ENCIA |
| B19-086 | 45 | 21.06.19 | F | HIPERPLASIA FIBROSA | LENGUA |
| B19-086 | 16 | 28.06.19 | F | GRANULOMA PIOGENO | ENCIA |

Capítulo III: ANTECEDENTES

Zona de influencia Delegación Xochimilco

Ubicación geográfica

Xochimilco es una de las 16 delegaciones que conforman a la Ciudad de México, se encuentra situada al sureste de la ciudad, entre las siguientes coordenadas: 19°15' de latitud norte y 99°06' de longitud oeste; con una altitud de 2,240 m.s.n.m., tomando como punto de referencia el antiguo Edificio Delegacional.

Sus colindancias son al norte con las delegaciones Tlalpan, Coyoacán, Iztapalapa y Tláhuac; al sur con las delegaciones Milpa Alta y Tlalpan; al oeste con la delegación Tlalpan; al este con las delegaciones Tláhuac y Milpa Alta.

Presenta una superficie de 12,517.8 ha, la cual equivale al 8.40 % de la superficie de la Ciudad de México; de las cuales el 20% es suelo urbano y el 80% corresponde a suelo de conservación.

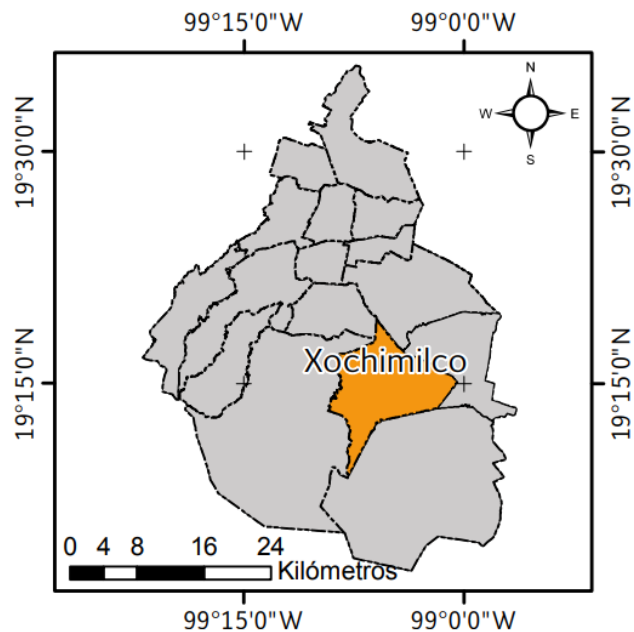


Figura 7. Ubicación geográfica de la Delegación Xochimilco

Aspectos demográficos

La población dentro de la Delegación Xochimilco es de 415,007 habitantes, de los cuales 205,305 son hombres y 209,702 son mujeres. La relación hombres-mujeres es de 97.9.

La densidad poblacional para la demarcación es de 3,511.1 habitantes/km². El intervalo de edad más frecuente en la población xochimilca es de 20 a 24 años y 15 a 19 años; esto se ve reflejado en la estructura de la pirámide poblacional. En la Delegación Xochimilco, 98 de las 120 localidades están pobladas. La mayor población se concentra en las localidades Xochimilco, Xometitla (Tlalitenco), Ampliación Chalmita y Tepexomulco.

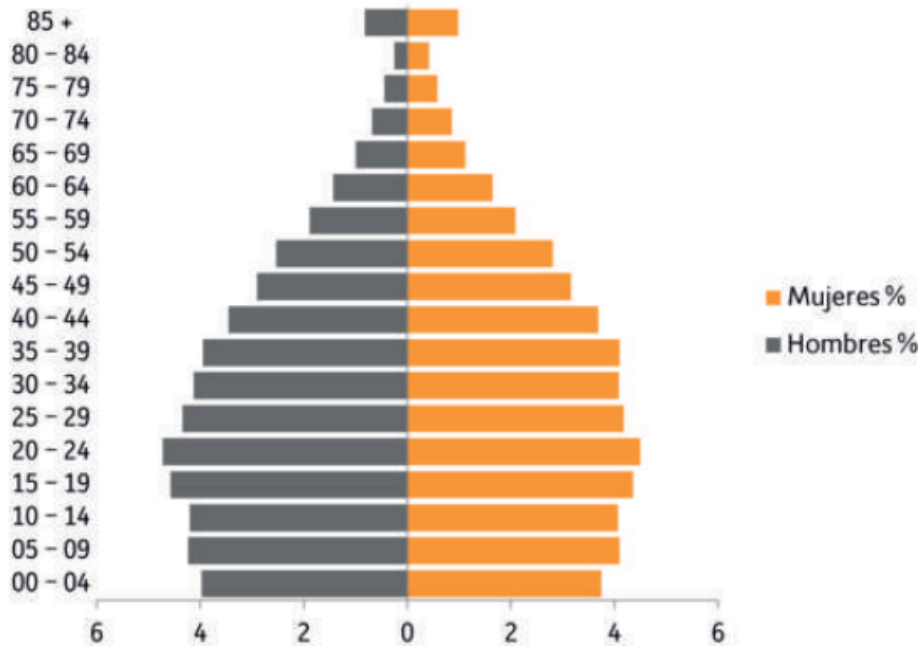


Figura 8. Pirámide poblacional de la Delegación Xochimilco

Servicios

Xochimilco es una delegación abastecedora de agua potable para la ciudad de México, por lo que cuenta con una importante red de captación de agua potable que la extrae de los mantos acuíferos de su territorio. Tiene una cobertura del 95% de agua potable, que abarca prácticamente la mayoría del suelo urbano delegacional, de este el 90.2% se realiza a través de toma domiciliaria y 4.5% se abastece por medio de pipas que llevan a los asentamientos y colonias de los

poblados rurales, para cubrir las necesidades de esta población, los cuales permiten atender a 2,380 familias.

Uno de los rezagos más importantes de infraestructura básica en Xochimilco es la deficiente e insuficiente red de drenaje sanitario y pluvial, ya que en suelo urbano el 26% de las viviendas carecen de conexión a la red pública de drenaje y el 7.8% del total de viviendas no tienen ningún sistema de desalojo. Se estiman 21 mil descargas sanitarias sin control, las cuáles arrojan desechos líquidos a las barrancas o las chinampas, convirtiéndose en grandes focos de infección y contaminación ambiental. En la Delegación Xochimilco hay una cobertura del 90% de este servicio en el área urbana y del 86% en los poblados rurales

El alumbrado público cubre las zonas urbanas de los barrios y pueblos, pero no todos los asentamientos ubicados en suelo de conservación que sólo en algunos casos cuentan con electrificación como ocurre en la parte alta de Tulyehualco, San Luis Tlaxialtemalco y Santiago Tepalcatlalpan.

Para el desarrollo de actividades recreativas y culturales, en Xochimilco funcionan 12 centros sociales y culturales, entre los que se encuentran el Foro Cultural Quetzalcóatl, La casa del Arte y el Conjunto Cultural Carlos Pellicer; 17 bibliotecas; y 19 centros comunitarios en los que se imparten talleres de capacitación para el trabajo en apoyo a la economía doméstica de los habitantes de Xochimilco. La práctica de actividades deportivas se realiza en 23 deportivos distribuidos en toda la demarcación, además de 8 clubes deportivos y la pista olímpica de canotaje Virgilio Uribe en Cuemanco.

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

Vialidad

El 40 % del espacio urbano usado como vialidad no está pavimentado y el resto se encuentra en regulares condiciones, provocando lentitud, congestionamientos y conflictos viales. La estructura vial de la Delegación Xochimilco tiene gran

dependencia de la avenida Prolongación División del Norte (y su continuación Francisco Goitia, Camino a Nativitas, Calzada Xochimilco–Tulyehualco, Avenida Tenochtitlán, Avenida Chapultepec y Belisario Domínguez) y del Antiguo Camino a Xochimilco (con sus respectivos componentes: avenida Guadalupe I. Ramírez, 16 de septiembre y carretera Xochimilco–San Pablo–Topilejo), que son los accesos principales y vías que articulan a la delegación. Los principales accesos que nos conducen a la Delegación Xochimilco en la forma más rápida son Periférico Sur, la Calzada México–Xochimilco y Prolongación División del Norte. También se puede acceder por la avenida Miramontes (incorporándose a la avenida Prolongación División del Norte), Calzada de Tlalpan y Viaducto Tlalpan (siguiendo por Calzada México–Xochimilco).

El sistema de transporte que da servicio a la delegación se compone de 8 rutas de microbuses, 9 rutas de Red de Transporte de Pasajeros (RTP); con 9 ramales tratan de cubrir la demanda. La delegación cuenta con cinco estaciones del Tren Ligero, el cual corre a lo largo de la avenida 20 de noviembre llegando al centro de la delegación. Existen también rutas de microbuses con los destinos Huipulco, Hospitales, San Lázaro, Izazaga y Central de Abastos, que distribuyen por este medio a las personas que tienen que transportarse fuera de las líneas del Metro.

Vivienda

El número de hogares en la demarcación asciende a 102,778, de los cuales el 95% tiene piso de cemento en sus viviendas y el 2.3 % lo tiene de tierra. El 9 % de las viviendas sólo tiene un cuarto en el que prácticamente desarrollan sus actividades diarias, como cocinar, bañarse, dormir, entre otras actividades; en contraste, el 73 % de las viviendas posee tres o más cuartos. El promedio de ocupantes por vivienda es de 4.

Para los servicios básicos con los que cuentan las viviendas existieron incrementos de 2010 a 2015 de alrededor de cinco mil viviendas en el rubro de acceso a sanitario y drenaje conectado a red pública. En tanto, al analizar de forma conjunta si la vivienda cuenta con servicio de drenaje, agua entubada y energía eléctrica se encontró que mientras en 2010 el total de viviendas que

cuentan con estos servicios ascendía a más de 92,000; para el año 2015 el valor se ubicó en poco más de 97,000.

Servicios educativos

La Delegación Xochimilco cuenta con 129 escuelas pertenecientes al sector privado y un total de 229 escuelas públicas de todos los niveles educativos: preescolar, primaria, secundaria y bachillerato, además de la Escuela Nacional Preparatoria, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, y la Escuela Nacional de Artes Plásticas de la UNAM.

La tasa de alfabetización es de 99.4 %, lo cual sitúa a la delegación por debajo de la tasa media del Distrito Federal (99.6). Los índices de retención a nivel primaria son del 98.1 %; a nivel secundaria, del 96.2 %; y a nivel bachillerato, de 94.4 %, respecto a los índices de retención media del Distrito Federal, que son: 98.1, 94.8 y 96.3 % respectivamente. Entre la población de 15 años y más existen 8,093 personas analfabetas, de las cuales 2,635 son hombres y 5,458 son mujeres.

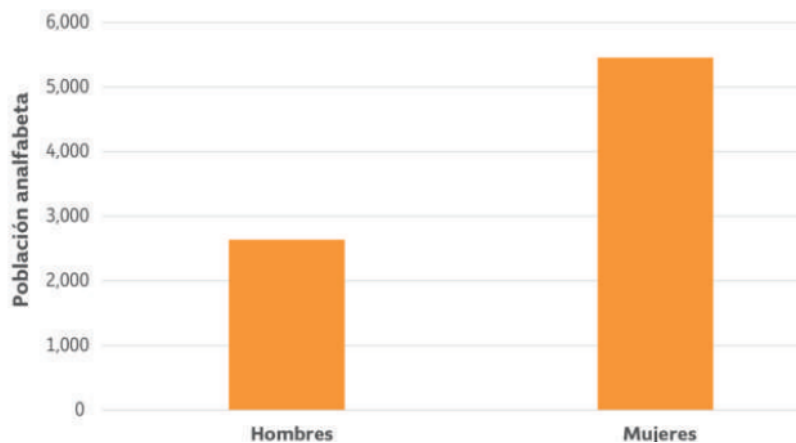


Figura 9. Población de hombres y mujeres analfabetas de 15 y más años en Xochimilco

Servicios de salud

En el 2010 según los datos de INEGI, 206,732 habitantes de Xochimilco eran derechohabientes a servicios de salud; 98,158, afiliados al IMSS; 72,359, al ISSSTE; 36,215, al Seguro popular y 222,238 personas eran derechohabientes a servicios de salud. El servicio de salud en la delegación es insuficiente para toda

la población, pues no se cuenta con las especialidades necesarias. Los principales problemas de salud de la población son respiratorios (tos, gripa, bronquitis), estomacales (diarreas, infecciones, parásitos), gastritis, hipertensión y diabetes. En la delegación, 19,673 personas son discapacitadas; de ellas, 9,240 tienen limitaciones motrices; 4,805, limitación visual; 1,338, limitaciones para hablar; 1,827, limitaciones auditivas y 2,463 tienen discapacidad mental.

Morbilidad y mortalidad

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

| Causa | Defunciones |
|---|-------------|
| 1 Diabetes mellitus | 354 |
| 2 Enfermedades del corazón | 319 |
| 3 Tumores malignos | 248 |
| 4 Enfermedades cerebrovasculares | 122 |
| 5 Enfermedades del hígado | 96 |
| 6 Accidentes | 89 |
| 7 Influenza y neumonía | 75 |
| 8 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | 49 |
| 9 Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | 37 |
| 10 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 33 |

Figura 10. Principales causas de mortalidad en la delegación Xochimilco (INEGI, 2007)

Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco”.

La Universidad Autónoma Metropolitana Unidad-Xochimilco cuenta con 4 clínicas estomatológicas: LDC-Tepepan, LDC-Tláhuac, LDC-San Lorenzo Atemoaya y LDC-Nezahualcóyotl. Todas las clínicas estomatológicas o laboratorios de diseño y comprobación (LDC), brindan una atención odontológica integral a la comunidad en general a través de sus distintos programas de atención disponibles de lunes a

viernes el turno matutino de 8:00 a 14:00 y el turno vespertino de 15:00 a 20:00 horas, (con excepción de días festivos y periodos vacacionales).

Con el objetivo de preparar alumnos que estén capacitados para promover y mantener la salud bucal, así como el brindar tratamiento y rehabilitación para enfermedades bucales ya establecidas, los LDC cuentan con 3 programas de atención bucal para la población en general.

Ubicación

Se encuentra ubicado en Francisco Villa s/n, entre Emiliano Zapata y Zaragoza, Del. Xochimilco, México D. F.



Figura 11. Ubicación del Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco”

Organización

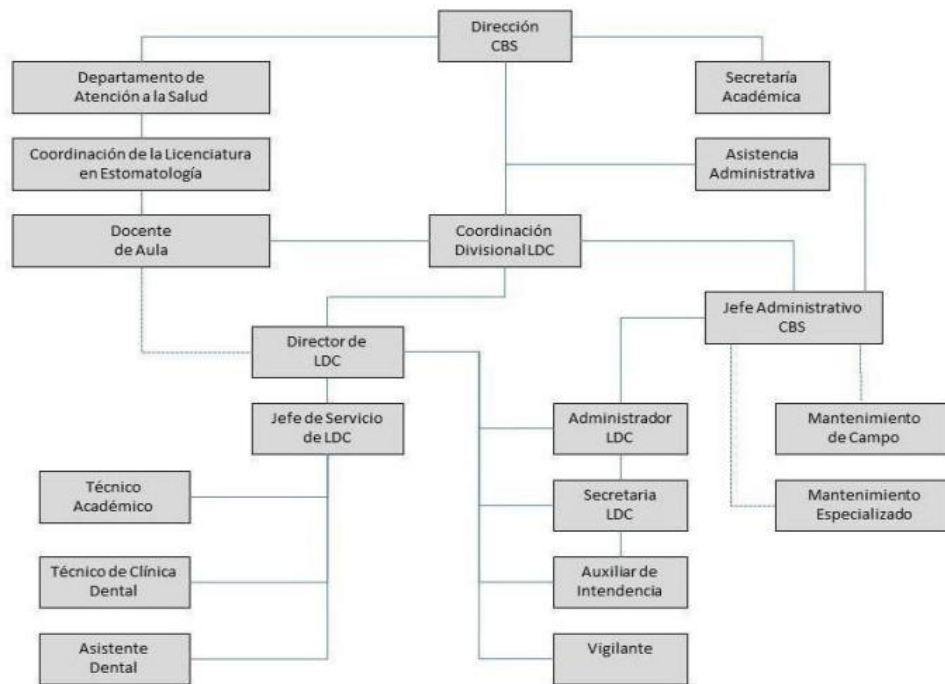


Figura 12. Organigrama de Laboratorio de diseño y comprobación "Rafael Lozano Orozco"

Recursos

1. Sala de espera/recepción
2. Sanitario para pacientes (hombres)
3. Sanitario para pacientes (mujeres)
4. Área para procesado de modelos
5. Área secretarial
6. Dos cubículos de Rayos X
7. Área de revelado de radiografías
8. Cubículo de Ortopantomografía
9. Almacén
10. Área de máquinas (compresoras, succión, purificación de agua)
11. Cubículo para alumnos
12. Esterilización
13. Roseta de farmacia
14. Dirección

15. Área de vestidores, gavetas y sanitarios (hombres)
16. Área de vestidores, gavetas y sanitarios (mujeres)
17. Área clínica
18. Dos cubículos de cirugía
19. Área para personal
20. Área de depósito de residuos peligrosos biológico-infecciosos /basura
21. Área de archivo inactivo
22. Estacionamiento



Figura 13. Diferentes áreas del Laboratorio de diseño y comprobación “Rafael Lozano Orozco”

Programas de servicio

Programa de atención al niño:

Su objetivo es mejorar la salud bucal infantil a través de medidas de promoción a la salud y atención integral de los problemas de mayor prevalencia como son: caries dental, periodontopatías y maloclusiones.

Programa de atención al adulto:

Su objetivo es atender las necesidades de salud bucal de la población adulta y grupos específicos como gestantes y adultos mayores, se brinda atención integral de diagnóstico bucal y de enfermedades sistémicas con repercusiones bucales, Actividades educativo-preventivas, Servicio de patología y medicina bucal, Atención básica en áreas de operatoria, endodoncia, periodoncia, prótesis y cirugía bucal.

Programa de servicio en urgencias:

Su objetivo es la solución de problemas en la demanda espontánea para niños, adultos y personas de la tercera edad.

Servicios que ofrecen los laboratorios Atención a la salud bucal individual y comunitaria.

1. Elaboración de historia clínica
2. Actividades de educación y promoción a la salud, intra y extramuros
3. Actividades de promoción a la salud y de prevención
4. Actividades de diagnóstico y solicitud de exámenes de laboratorio
5. Actividades endodónticas
6. Actividades periodontales
7. Actividades restaurativas
8. Actividades de rehabilitación bucal
9. Actividades de ortodoncia interceptiva
10. Actividades quirúrgicas
11. Actividades de emergencia
12. Actividades de investigación epidemiológica y clínica

Bibliografía

Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México. Delegación del Distrito Federal. Xochimilco. Recuperado el 26 de agosto de 2019, de <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM09DF/delegaciones/09013a.html>

Atlas de peligros y riesgos de la ciudad de México. Actualización de los mapas de riesgo. Xochimilco. 2014. Recuperado el 26 de agosto de 2019, de http://www.atlas.cdmx.gob.mx/mapas/MR_Xochimilco.pdf

Gaceta oficial de la ciudad de México. Delegación Xochimilco. 2018. Recuperado el 26 de agosto de 2019, de http://www.data.sedema.cdmx.gob.mx/cambioclimaticocdmx/images/biblioteca_cc/PACdel_Xochimilco.pdf

Universidad Autónoma Metropolitana. Oferta educativa. División de CBS. Consejo académico, Lineamientos. “Manual de Funcionamiento de los Laboratorios de Diseño y Comprobación de la Licenciatura en Estomatología”. Recuperado el 28 de agosto de 2019, en: <http://cbs1.xoc.uam.mx/consejo/documentos.php>

Universidad Autónoma Metropolitana. Oferta educativa. División de CBS. Licenciaturas. Estomatología. Coordinaciones. Clínicas. Recuperado el 5 de agosto de 2019, en: <http://www.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/coordinaciones/clinicas/>

Capítulo IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Concentración de actividades por mes

CUADRO 1. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO DEL 2018

| Actividades | No. | % |
|--|------------|----------|
| Diagnóstico | 0 | 0% |
| SUBTOTAL | 0 | 0% |
| Clínicas | 0 | 0% |
| SUBTOTAL | 0 | 0% |
| Laboratorio | | |
| • Explicación sobre el registro de muestras de biopsia y citologías | 1 | 9.09% |
| • Orientación sobre el uso de autoclave, microscopio y material dentro del laboratorio | 1 | 9.09% |
| SUBTOTAL | 2 | 18.18%% |
| Investigación | | |
| • Elección del tema de investigación | 1 | 9.09% |
| • Desarrollo de objetivos | 1 | 9.09% |
| • Elaboración de planteamiento del problema y justificación | 1 | 9.09% |
| SUBTOTAL | 3 | 27.27% |
| Administrativas | | |
| • Reunión para determinar el plan de trabajo durante el servicio social | 2 | 18.18%% |
| • Explicación de la forma de trabajo dentro del laboratorio de MPB | 1 | 9.09% |
| • Organización del material e instrumental para cada una de las clínicas | 3 | 27.27% |
| SUBTOTAL | 6 | 54.54% |
| Total | 11 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas.

CUADRO 2. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2018

| Actividades | No. | % |
|--|------------|----------|
| Diagnóstico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 29 | 7.45% |
| • Llenado hojas de control CEC | 10 | 2.57% |
| • Examen intrabucal en pacientes de CEC | 10 | 2.57% |
| • Examen intrabucal en EEMyF | 60 | 15.42% |
| SUBTOTAL | 109 | 28.02% |
| Clínicas | | |
| • Eliminación de sarro | 2 | 0.51% |
| • Limpieza de encías de paciente con PUN | 1 | 0.25% |
| • Técnica de cepillado y uso de hilo dental | 3 | 0.77% |
| SUBTOTAL | 6 | 1.54% |
| Laboratorio | | |
| • Interpretación de laminillas de citologías | 4 | 1.02% |
| • Biopsias CECI para laboratorio | 3 | 0.77% |
| • Registro de biopsias y citologías CECI | 7 | 1.79% |
| SUBTOTAL | 14 | 3.59% |
| Investigación | | |
| • Modificación del tema de investigación | 1 | 0.25% |
| • Desarrollo de nuevos objetivos | 1 | 0.25% |
| • Modificación de planteamiento de problema | 1 | 0.25% |
| • Búsqueda de artículos | 10 | 2.27% |
| SUBTOTAL | 13 | 3.34% |
| Administrativas | | |
| • Reunión para determinación del plan de trabajo en cada una de las clínicas | 4 | 1.02% |
| • Registro de base de datos | 4 | 1.02% |
| • Copias de hojas de registro de CEC y CECI | 3 | 0.77% |
| • Copias de consentimientos informados | 1 | 0.25% |
| • Copias carpeta de pacientes CECI | 1 | 0.25% |
| • Copias carpeta de registro de pacientes Tepepan | 1 | 0.25% |
| • Material e instrumental para clínicas | 4 | 1.02% |
| • Elaboración de base de datos de EEMyF | 160 | 41.13% |
| • Manejo de expedientes CECI | 29 | 7.45% |
| • Llenado de notas de evolución INCMNSZ | 34 | 8.74% |
| • Control de citas de pacientes Tepepan | 6 | 1.54% |
| SUBTOTAL | 247 | 63.49% |
| Total | 389 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas.

CUADRO 3. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE DEL 2018

| Actividades | No. | % |
|--|------------|----------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 34 | 8.54% |
| • Llenado de hojas de control CEC | 5 | 1.25% |
| • Examen intrabucal en pacientes de CEC | 5 | 1.25% |
| SUBTOTAL | 44 | 11.05% |
| Clínicas | | |
| • Eliminación de sarro | 1 | 0.25% |
| • Limpieza de encías de pacientes con PUN | 3 | 0.75% |
| • Técnica de cepillado y uso de hilo dental | 3 | 0.75% |
| • Asistencia de cirugía para biopsia excisional en INCMNSZ | 1 | 0.25% |
| SUBTOTAL | 8 | 2.01% |
| Laboratorio | | |
| • Interpretación de laminillas de citologías INCMNSZ | 3 | 0.75% |
| • Interpretación de laminillas de citologías CECI | 19 | 4.77% |
| • Biopsias CECI para laboratorio | 1 | 0.25% |
| • Registro de biopsias y citologías CECI | 23 | 5.77% |
| SUBTOTAL | 46 | 11.55% |
| Investigación | | |
| • Desarrollo de metodología de la investigación | 3 | 0.75% |
| • Desarrollo Capitulo II. Marco Teórico | 2 | 0.50% |
| • Búsqueda de artículos | 5 | 1.25% |
| • Registro de Capitulo IV. Informe numérico narrativo | 2 | 0.50% |
| SUBTOTAL | 12 | 3.01% |
| Administrativas | | |
| • Manejo de expedientes CECI | 34 | 8.54% |
| • Registro de base de datos | 4 | 1.00% |
| • Llenado de notas de evolución INCMNSZ | 37 | 9.29% |
| • Material para las clínicas | 6 | 1.50% |
| • Elaboración de base de datos de EEMyF | 197 | 49.49% |
| • Supervisión de examen de Patología a alumnos pregrado | 1 | 0.25% |
| • Copias consentimientos informados Tepepan | 1 | 0.25% |
| • Copias solicitud de estudio histopatológico Tepepan y CECI | 1 | 0.25% |
| • Control de citas de pacientes Tepepan | 7 | 1.75% |
| SUBTOTAL | 288 | 72.36% |
| Total | 398 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas.

**CUADRO 4. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
NOVIEMBRE DEL 2018**

| Actividades | No. | % |
|---|-----|--------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 34 | 9.11% |
| • Llenado hojas de control CEC | 6 | 1.60% |
| • Examen intrabucal en pacientes de CEC | 6 | 1.60% |
| SUBTOTAL | 46 | 12.33% |
| Clínicas | | |
| • Eliminación de sarro | 0 | 0% |
| • Técnica de cepillado y uso de hilo dental | 2 | 0.53% |
| • Elaboración de guarda oclusal | 2 | 0.53% |
| • Asistencia de cirugía biopsia excisional CECI | 1 | 0.26% |
| SUBTOTAL | 5 | 1.34% |
| Laboratorio | | |
| • Interpretación de laminillas de citologías INCMNSZ | 2 | 0.53% |
| • Interpretación de laminillas de citologías CEC | 8 | 2.14% |
| • Biopsias CECI para laboratorio | 1 | 0.26% |
| • Registro de biopsias y citologías CECI | 11 | 2.94% |
| • Esterilización de instrumental | 1 | 0.26% |
| SUBTOTAL | 23 | 6.16% |
| Investigación | | |
| • Desarrollo de metodología de la investigación | 1 | 0.26% |
| • Elaboración de base de datos biopsias 2016-2019 | 2 | 0.53% |
| • Desarrollo Capitulo II. Marco Teórico | 4 | 1.07% |
| • Búsqueda de artículos | 6 | 1.60% |
| • Revisión de avances de protocolo | 1 | 0.26% |
| • Registro de Capitulo IV. Informe numérico narrativo | 2 | 0.53% |
| SUBTOTAL | 16 | 4.28% |
| Administrativas | | |
| • Manejo de expedientes CECI | 34 | 9.11% |
| • Registro de base de datos | 4 | 1.07% |
| • Material faltante en CECI | 1 | 0.26% |
| • Llenado de notas de evolución INCMNSZ | 44 | 11.79% |
| • Elaboración de base de datos de EEMyF | 189 | 50.67% |
| • Copias de hojas de registro de CEC y CECI | 2 | 0.53% |
| • Control de citas de pacientes Tepepan | 8 | 2.14% |
| • Aplicación de examen de Patología a alumnos de pregrado | 1 | 0.26% |
| SUBTOTAL | 283 | 75.87% |
| Total | 373 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas.

CUADRO 5. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL 2018

| Actividades | No. | % |
|---|-----|--------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 16 | 17.77% |
| • Llenado de notas de evolución INCMNSZ | 22 | 24.44% |
| SUBTOTAL | 38 | 42.22% |
| Clínicas | 0 | 0% |
| SUBTOTAL | 0 | 0% |
| Laboratorio | | |
| • Interpretación de laminillas de citologías INCMNSZ | 2 | 2.22% |
| • Interpretación de laminillas de citologías CEC | 6 | 6.66% |
| • Registro de biopsias y citologías CECI | 8 | 8.88% |
| SUBTOTAL | 16 | 17.77% |
| Investigación | | |
| • Elaboración de base de datos biopsias 2016-2019 pacientes muestra | 2 | 2.22% |
| • Desarrollo Capitulo II. Marco Teórico | 5 | 5.55% |
| • Consulta de artículos y libros | 3 | 3.33% |
| • Registro de Capitulo IV. Informe numérico narrativo | 2 | 2.22% |
| SUBTOTAL | 12 | 13.33% |
| Administrativas | | |
| • Revisión de expedientes CECI | 16 | 17.77% |
| • Copias para Tepepan | 1 | 1.11% |
| • Organización de documentos en el laboratorio | 1 | 1.11% |
| • Informe trimestral de actividades Tepepan | 1 | 1.11% |
| • Registro de base de datos | 2 | 2.22% |
| • Corrección de base de datos | 2 | 2.22% |
| • Digitalización de diapositivas | 1 | 1.11% |
| SUBTOTAL | 24 | 26.66% |
| Total | 90 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas.

**CUADRO 6. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO
DEL 2019**

| Actividades | No. | % |
|---|------------|----------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 48 | 26.96% |
| • Llenado de hojas de control CEC | 4 | 2.24% |
| • Examen intrabucal de pacientes CEC | 4 | 2.24% |
| • Llenado de notas de evolución INCMNSZ | 7 | 3.93% |
| SUBTOTAL | 63 | 36.20% |
| Clínicas | | |
| • Técnica de cepillado y uso de hilo dental | 1 | 0.56% |
| • Asistencia biopsia excisional CECI | 1 | 0.56% |
| • Asistencia en biopsias Tepepan | 2 | 1.12% |
| • Asistencia en toma de muestra en protocolo VPH en CECI | 2 | 1.12% |
| SUBTOTAL | 6 | 3.44% |
| Laboratorio | | |
| • Esterilización de campos para cirugía | 1 | 0.56% |
| • Interpretación de laminillas CECI | 5 | 2.80% |
| • Biopsias CECI para laboratorio | 1 | 0.56% |
| • Registro de biopsias y citologías | 6 | 3.37% |
| • Registro de informe numérico narrativo | 2 | 1.12% |
| SUBTOTAL | 15 | 8.42% |
| Investigación | | |
| • Desarrollo Capitulo II. Marco Teórico | 10 | 5.61% |
| • Revisión de expedientes | 0 | 0% |
| • Registro en base de datos | 15 | 8.42% |
| • Revisión de artículos | 5 | 2.80% |
| • Registro de Capitulo IV. Informe numérico narrativo | 4 | 2.24% |
| SUBTOTAL | 34 | 19.10% |
| Administrativas | | |
| • Organización de expedientes del Laboratorio de Medicina y Patología bucal | 1 | 0.56% |
| • Organización de laminillas de CECI | 2 | 1.12% |
| • Revisión de expedientes CECI | 48 | 26.96% |
| • Registro de base de datos | 7 | 3.93% |
| • Copias de formatos de CECI y Tepepan | 2 | 1.12% |
| SUBTOTAL | 60 | 33.70% |
| Total | 178 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas.

CUADRO 7. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2019

| Actividades | No. | % |
|--|-----|--------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 33 | 25.78% |
| • Llenado de hojas de control CEC | 2 | 1.56% |
| • Examen intrabucal de pacientes CEC | 2 | 1.56% |
| • Llenado de notas de evolución INCMNSZ | 18 | 14.06% |
| SUBTOTAL | 55 | 42.96% |
| Clínicas | | |
| • Técnica de cepillado y uso de hilo dental | 1 | 0.78% |
| • Asistencia en toma de muestra en protocolo VPH en CECI | 3 | 2.34% |
| SUBTOTAL | 4 | 3.12% |
| Laboratorio | | |
| • Registro de biopsias y citologías CECI | 1 | 0.78% |
| SUBTOTAL | 1 | 0.78% |
| Investigación | | |
| • Desarrollo Capitulo II. Marco Teórico | 21 | 16.40% |
| • Revisión de expedientes | 0 | 0% |
| • Registro en base de datos | 1 | 0.78% |
| • Revisión de artículos | 5 | 3.90% |
| • Registro de Capitulo IV. Informe numérico narrativo | 2 | 1.56% |
| SUBTOTAL | 29 | 22.65% |
| Administrativas | | |
| • Revisión de expedientes CECI | 33 | 25.78% |
| • Copias de formatos de CECI | 1 | 0.78% |
| • Material faltante CECI | 1 | 0.78% |
| • Control de citas Tepepan para reagendar | 4 | 3.12% |
| SUBTOTAL | 39 | 30.46% |
| Total | 128 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas

**CUADRO 8. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
MARZO DEL 2019**

| Actividades | No. | % |
|--|------------|----------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 36 | 25.53% |
| • Llenado de hojas de control CEC | 7 | 4.96% |
| • Examen intrabucal de pacientes CEC | 7 | 4-96% |
| • Llenado de notas de evolución INCMNSZ | 17 | 12.05% |
| SUBTOTAL | 67 | 47.51% |
| Clínicas | | |
| • Técnica de cepillado y uso de hilo dental | 2 | 1.41% |
| • Asistencia en toma de muestra en protocolo VPH en CECI | 3 | 2.12% |
| SUBTOTAL | 5 | 3.54% |
| Laboratorio | | |
| • Registro de biopsias y citologías | 2 | 1.41% |
| SUBTOTAL | 2 | 1.41% |
| Investigación | | |
| • Desarrollo Capitulo II. Marco Teórico | 15 | 10.63% |
| • Registro en base de datos | 1 | 0.70% |
| • Revisión de artículos | 3 | 2.12% |
| • Registro de Capitulo IV. Informe numérico narrativo | 9 | 6.38% |
| SUBTOTAL | 27 | 19.14% |
| Administrativas | | |
| • Revisión de expedientes CECI | 36 | 25.3% |
| • Copias de formatos de CECI | 3 | 2.12% |
| SUBTOTAL | 39 | 27.65% |
| Total | 140 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas

**CUADRO 9. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
ABRIL DEL 2019**

| Actividades | No. | % |
|---|------------|----------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 28 | 19.04% |
| • Llenado de hojas de control CEC | 5 | 3.40% |
| • Examen intrabucal de pacientes CEC | 5 | 3.40% |
| SUBTOTAL | 38 | 25.85% |
| Clínicas | | |
| • Técnica de cepillado y uso de hilo dental | 1 | 0.68% |
| SUBTOTAL | 1 | 0.68% |
| Laboratorio | | |
| • Registro de biopsias y citologías | 2 | 1.36% |
| SUBTOTAL | 2 | 1.36% |
| Investigación | | |
| • Desarrollo Capitulo II. Marco Teórico | 15 | 10.20% |
| • Registro de Capitulo IV. Informe numérico narrativo | 1 | 0.68% |
| • Elaboración de capítulo III: Antecedentes | 2 | 1.36% |
| SUBTOTAL | 18 | 12.24% |
| Administrativas | | |
| • Manejo de expedientes CECI | 28 | 19.04% |
| • Copias de formatos de CECI | 3 | 2.04% |
| • Llenado de notas de evolución INCMNSZ | 54 | 36.76% |
| • Material para clínicas | 3 | 2.04% |
| SUBTOTAL | 88 | 59.86% |
| Total | 147 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas

**CUADRO 10. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
MAYO DEL 2019**

| Actividades | No. | % |
|---|------------|----------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 47 | 30.51% |
| • Llenado de hojas de control CEC | 7 | 4.54% |
| • Examen intrabucal en pacientes de CEC | 7 | 4.54% |
| SUBTOTAL | 61 | 39.61% |
| Clínicas | | |
| • Técnica de cepillado y uso de hilo dental | 1 | 0.64% |
| SUBTOTAL | 1 | 0.64% |
| Laboratorio | | |
| • Interpretación de laminillas de citologías CECI | 10 | 6.49% |
| • Biopsias CECI para laboratorio | 2 | 1.29% |
| • Registro de biopsias y citologías CECI | 12 | 7.79% |
| SUBTOTAL | 24 | 15.58% |
| Investigación | | |
| • Elaboración de resultados y análisis de resultados | 2 | 1.29% |
| • Registro de Capítulo IV. Informe numérico narrativo | 4 | 2.59% |
| SUBTOTAL | 6 | 3.89% |
| Administrativas | | |
| • Manejo de expedientes CECI | 47 | 30.51% |
| • Registro de base de datos | 4 | 2.59% |
| • Copias y Material para las clínicas | 1 | 0.64% |
| • Control de citas de pacientes Tepepan | 4 | 2.59% |
| • Llenado de consentimiento informado | 4 | 2.59% |
| • Registro e inventario de expedientes clínicos Tepepan | 2 | 1.29% |
| SUBTOTAL | 62 | 40.25% |
| Total | 154 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas

CUADRO 11. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 2019

| Actividades | No. | % |
|--|------------|----------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 42 | 28% |
| • Llenado de hojas de control CEC | 5 | 3.33% |
| • Examen intrabucal en pacientes de CEC | 5 | 3.33% |
| SUBTOTAL | 52 | 34.66% |
| Clínicas | | |
| • Toma de impresión para elaboración de guarda | 2 | 1.33% |
| • Asistencia a biopsia y retiro de puntos Tepepan | 2 | 1.33% |
| SUBTOTAL | 4 | 2.66% |
| Laboratorio | | |
| • Interpretación de laminillas de citologías CECI | 3 | 2% |
| • Biopsias CECI para laboratorio | 8 | 5.33% |
| • Registro de biopsias y citologías CECI | 11 | 7.33% |
| • Elaboración de guarda oclusal | 2 | 1.33% |
| SUBTOTAL | 24 | 16% |
| Investigación | | |
| • Elaboración de discusión | 1 | 0.66% |
| • Elaboración de conclusión | 1 | 0.66% |
| • Elaboración de Capitulo VII. Fotografías | 1 | 0.66% |
| • Elaboración de base de datos pacientes atendidos 2016-2019 universo de estudio | 1 | 0.66% |
| • Registro de Capitulo IV. Informe numérico narrativo | 4 | 2.66% |
| SUBTOTAL | 8 | 5.33% |
| Administrativas | | |
| • Manejo de expedientes CECI | 42 | 28% |
| • Registro de base de datos | 4 | 2.66% |
| • Copias y Material para las clínicas | 2 | 1.33% |
| • Control de citas de pacientes Tepepan | 4 | 2.66% |
| • Llenado de consentimiento informado | 6 | 4% |
| • Registro e inventario de expedientes clínicos Tepepan | 2 | 1.33% |
| • Elaboración de reportes de citología | 2 | 1.33% |
| SUBTOTAL | 62 | 41.33% |
| Total | 150 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas

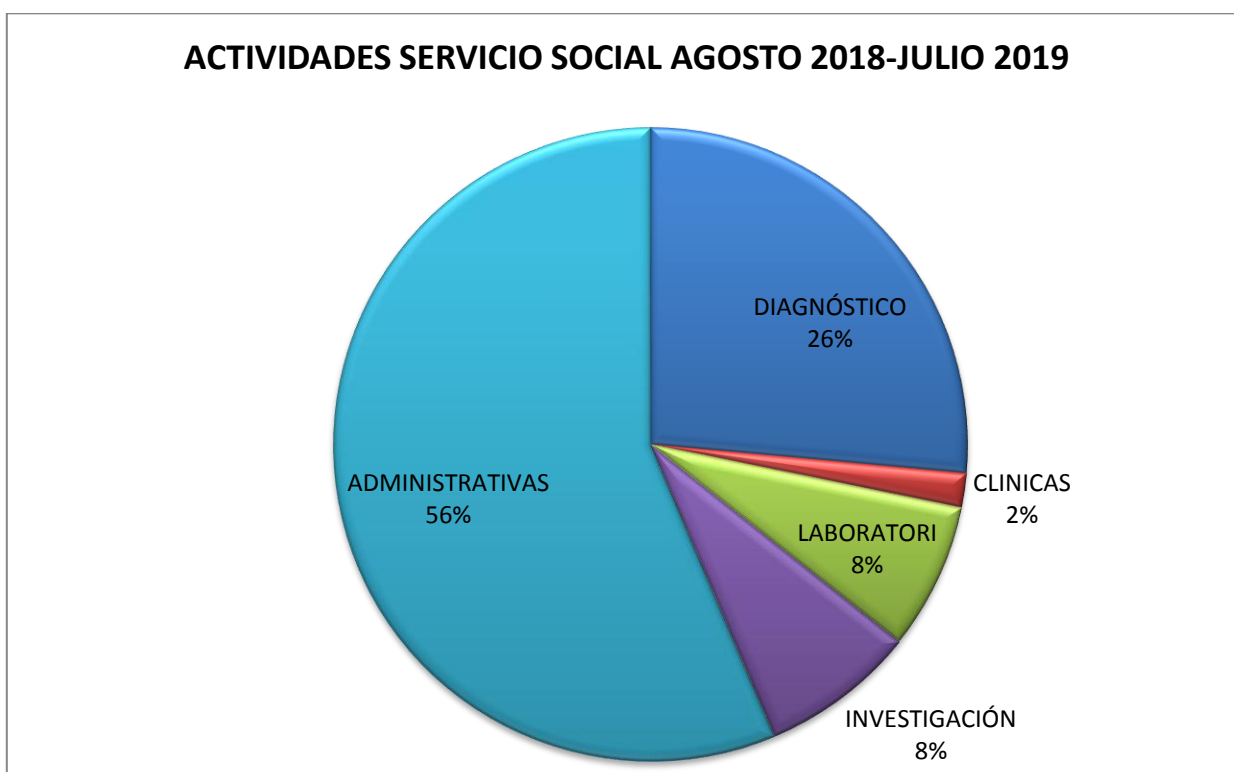
CUADRO 12. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO DEL 2019

| Actividades | No. | % |
|---|-----|--------|
| Diagnostico | | |
| • Llenado de hojas de control CECI | 20 | 16.39% |
| • Llenado de hojas de control CEC | 5 | 4.09% |
| • Examen intrabucal en pacientes de CEC | 5 | 4.09% |
| SUBTOTAL | 30 | 24.59% |
| Clínicas | 0 | 0% |
| SUBTOTAL | 0 | 0% |
| Laboratorio | | |
| • Interpretación de laminillas de citologías CECI | 1 | 0.81% |
| • Biopsias CECI para laboratorio | 0 | 0% |
| • Registro de biopsias y citologías CECI | 1 | 0.81% |
| SUBTOTAL | 2 | 1.63% |
| Investigación | | |
| • Elaboración de Capítulo V. Análisis de informe numérico narrativo | 1 | 0.81% |
| • Elaboración de Capítulo VI. Conclusiones | 1 | 0.81% |
| • Desarrollo de Capítulo I. Introducción general | 1 | 0.81% |
| SUBTOTAL | 3 | 2.45% |
| Administrativas | | |
| • Manejo de expedientes CECI | 20 | 16.39% |
| • Registro de base de datos | 3 | 2.45% |
| • Copias y Material para las clínicas | 1 | 0.81% |
| • Control de citas de pacientes Tepepan | 3 | 2.45% |
| • Registro e inventario de expedientes clínicos Tepepan | 2 | 1.63% |
| • Informe trimestral de actividades Tepepan | 1 | 0.81% |
| • Llenado de enjuagues para protocolo de investigación | 57 | 46.72% |
| SUBTOTAL | 87 | 71.31% |
| Total | 122 | 100% |

Fuente: Información recolectada de bitácora personal del servicio social y formatos de integración de datos y registro de cada una de las clínicas

CUADRO 13. INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES

| MES | DIAGNOSTICO | CLINICAS | LABORATORIO | INVESTIGACION | ADMINISTRATIVAS | TOTAL |
|--------------|-------------|-----------|-------------|---------------|-----------------|-------------|
| AGOSTO | 0 | 0 | 2 | 3 | 6 | 11 |
| SEPTIEMBRE | 109 | 6 | 14 | 13 | 247 | 389 |
| OCTUBRE | 44 | 8 | 46 | 12 | 288 | 398 |
| NOVIEMBRE | 46 | 5 | 23 | 16 | 283 | 373 |
| DICIEMBRE | 38 | 0 | 16 | 12 | 24 | 90 |
| ENERO | 63 | 6 | 15 | 34 | 60 | 178 |
| FEBRERO | 55 | 4 | 1 | 29 | 39 | 128 |
| MARZO | 67 | 5 | 2 | 27 | 39 | 140 |
| ABRIL | 38 | 1 | 2 | 18 | 88 | 147 |
| MAYO | 61 | 1 | 24 | 6 | 62 | 154 |
| JUNIO | 52 | 4 | 24 | 8 | 62 | 150 |
| JULIO | 30 | 0 | 2 | 3 | 87 | 122 |
| TOTAL | 603 | 40 | 171 | 181 | 1285 | 2280 |



Capítulo V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Las actividades descritas en los cuadros anteriores se estratificaron en 5 rubros; actividades de diagnóstico, actividades clínicas, actividades en laboratorio, desarrollo de la investigación y actividades administrativas.

La Clínica de Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco, Clínica de Especializada Condesa (CEC), Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa (CECI), Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, fueron las instituciones donde se realizó el servicio social, que abarco de agosto de 2018 a julio de 2019. Dentro de las actividades más frecuentes durante el año de servicio social, fueron las actividades administrativas, representando un 56% del total de actividades, que incluían actividades como manejo de expedientes, llenado de hojas de control, notas de evolución, consentimientos informados, control de material y papelería para las clínicas, registro de base de datos, inventarios y reportes de actividades trimestral, entre otras.

Seguidas por las actividades que abarcan el diagnóstico 26%, e incluían actividades como examen de mucosas de los pacientes de las clínicas, así como la participación en el Examen Médico y Físico de los alumnos de nuevo ingreso de la UAM; registro de formatos de seguimiento en donde cada cita se registraban nuevas lesiones, tratamientos y evolución de lesiones anteriores. Dentro de las actividades menos realizadas fueron las actividades clínicas 2%, donde se incluía actividades preventivas como técnicas de cepillado y uso de hilo dental, profilaxis dental, tomas de impresión para elaboración de guardas oclusales, asistencia a cirugías, toma de frotis citológico; por mencionar algunas.

De igual forma las actividades realizadas en el laboratorio que se basaban principalmente en el análisis de laminillas para identificación de *Cándida albicans*, en pacientes de CEC, CECI e INCMNSZ. Y por último todas las actividades para el desarrollo de este informe y de la investigación de lesiones reactivas en pacientes de la CMPB del LDC “Rafael Lozano Orozco”.

Capítulo VI: CONCLUSIONES

En cuanto a mi servicio social dentro de la Clínica de Medicina y Patología Bucal en el Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco” de la UAM Xochimilco, Clínica de Especializada Condesa (CEC), Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa (CECI), Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán contribuyó a mi formación académica, pues pude ampliar mis conocimientos en cuanto a la patología bucal y aplicar mis conocimientos previos para la identificación y diagnóstico clínico de lesiones de cavidad bucal.

Además de conocer y compartir la importancia de la educación para la prevención de lesiones en los pacientes y con ello contribuir de alguna forma a la resolución de los principales problemas de salud que afecta a la población que nos rodea, identificando cada uno de estos problemas, jerarquizándolos, buscando soluciones con los recursos disponibles y a nuestro alcance, para la mejora de la salud de la población y abarcando las necesidades que existen o pueden surgir.

Tuve la oportunidad de observar y contribuir a la identificación de lesiones en pacientes con diferentes enfermedades sistémicas que se presentan en cada una de las instituciones en las que realicé mi servicio, lo que me permitió ampliar mis conocimientos, reforzar los ya obtenidos e identificar las diferentes soluciones a problemas de la población.

Capítulo VII: FOTOGRAFÍAS



Bitácora personal del servicio social Clínica Especializada Condesa Iztapalapa.



Bitácora personal del servicio social Clínica Especializada Condesa Iztapalapa.



Bitácora personal del servicio social Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, revisión de expedientes clínicos para elaboración de nota seguimiento.



Bitácora personal de servicio social, interpretación de laminillas de citologías para Cándida, en laboratorio de Medicina y Patología Bucal de la UAM Xochimilco.



Bitácora personal de servicio social, examen de mucosa en Clínica Especializada Condesa