

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

QUISTE RADICULAR CASO CLÍNICO

**INFORME DE SERVICIO SOCIAL COSIB UAM IZTAPALAPA Y
LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN LDC “TEPEPAN”**

LESLIE GUZMAN JIMÉNEZ

MATRÍCULA 2112035722

1° DE AGOSTO DE 2015 AL 31 DE JULIO DE 2016

Marzo, 2025

ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

Dra. Teresa Leonor Sánchez Pérez

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO

Dra. Teresa Leonor Sánchez Pérez



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

Mtra. María Sandra Compeán Dardón

RESUMEN DEL INFORME

En el presente informe se realiza una descripción de las actividades realizadas durante mi servicio social en el periodo del 01 de Agosto del 2015 al 31 de Julio del 2016 en la clínica Estomatológica UAM-Iztapalapa y en el Laboratorio de Diseño y Comprobación (L.D.C) Tepepan.

Dentro de estas actividades se me dio la oportunidad de poder llevar a cabo el tratamiento integral de un paciente el cual describiré en el capítulo II.

Así mismo mencionare datos históricos de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco y Unidad Iztapalapa enfocándome también en el LDC de Tepepan y Clínica Estomatológica Iztapalapa, misma que se encuentra dentro de la Unidad Iztapalapa y que brinda atención odontológica a los trabajadores y alumnado de la Universidad.

Palabras clave: ***Quistectomía, UAMI, UAM-X, COSIB.***

INDICE

CAPÍTULO I

Introducción general	6
-----------------------------------	---

CAPÍTULO II

Investigación	7
----------------------------	---

Quistes maxilares.....	7
------------------------	---

Quistes Odontogénicos.....	8
----------------------------	---

Quiste periodontal lateral.....	9
---------------------------------	---

Quiste gingival del adulto.....	9
---------------------------------	---

Quistes radiculares.....	10
--------------------------	----

Revisión de la literatura de Quiste radicular.....	12
--	----

Caso Clínico	13
---------------------------	----

Quistectomía radicular.....	13
-----------------------------	----

Identificación del paciente.....	13
----------------------------------	----

Fotografías intraorales.....	14
------------------------------	----

Justificación del problema.....	16
---------------------------------	----

Técnica y procedimientos.....	17
-------------------------------	----

Resultados de laboratorio.....	21
--------------------------------	----

Fotografías finales.....	22
--------------------------	----

Bibliografía.....	23
-------------------	----

La UAM En La Historia	24
------------------------------------	----

Entorno Universitario.....	24
----------------------------	----

UAM Xochimilco.....	24
---------------------	----

Clínicas Estomatológicas.....	27
-------------------------------	----

Definición de los niveles de atención.....	29
--	----

UAM Iztapalapa.....	30
---------------------	----

CAPÍTULO III

Descripción de la plaza	31
--------------------------------------	----

CAPÍTULO IV

Informe numérico narrativo	34
---	----

CAPÍTULO V

Análisis de la información.....56

CAPÍTULO VI

Conclusiones.....57

Bibliografía.....58

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN GENERAL

La Universidad Autónoma Metropolitana surge en un momento crucial para el país, recogiendo los esfuerzos que a finales de los años sesenta y principios de los setenta se dieron en materia de organización de la educación, revisión de los currículos y de los métodos de enseñanza. Todo esto producto del movimiento estudiantil del 68 y de los subsecuentes movimientos en favor de la educación y de reclamos de mejoras sociales. De forma concreta, es durante el sexenio de Luis Echeverría Álvarez cuando se lleva a cabo reformas a la Ley Federal de Educación y se crea la Ley Nacional para la Educación de los Adultos. Se organiza la educación superior en semestres y horarios establecidos, así como se determina valorar las asignaturas por medio de crédito. ⁽¹⁾

El 10 de enero de 1974 se designa como primer Rector de la UAM al Arquitecto Pedro Ramírez Vázquez, quien concibe a la UAM distribuida en tres unidades, ubicando la investigación científica en la unidad Iztapalapa; a las carreras tradicionales como la Ingeniería civil y la arquitectura en la unidad Azcapotzalco; y el área de salud en la unidad Xochimilco. Para ello convocó a tres personalidades de la comunidad universitaria y científica del País, nombró al Dr. Juan Casillas García de León como Rector de la Unidad Azcapotzalco; al Dr. Alonso Fernández para la Unidad Iztapalapa; y al Dr. Ramón Villarreal como Rector de la Unidad Xochimilco. ⁽²⁾

En la Universidad Autónoma Metropolitana la obligación constitucional de prestar el llamado Servicio Social, está normada por el reglamento de Servicio Social a nivel de licenciatura.

“(...) la Universidad ha establecido, de acuerdo con la legislación nacional, la prestación de servicio social como uno de los requisitos para la obtención del título profesional”. ⁽³⁾

El servicio social lo realice en dos clínicas de Estomatología de la UAM – Xochimilco, en un periodo de 1 año como tiempo total. Una de ellas ubicada dentro de las instalaciones de UAM- Iztapalapa durante un periodo de 8 meses. El resto del año total, en el LDC Tepepan, ubicado en calle Francisco Villa s/n esquina con Emiliano Zapata en la Colonia San Juan Tepepan, Delegación Xochimilco. En este trabajo, mencionare datos históricos del origen de la Universidad Autónoma Metropolitana, así como el surgimiento del proyecto de los LDC en donde realice servicio social y daré un informe narrando las actividades realizadas durante este periodo.

1.- Universidad Autónoma Metropolitana. Diez años en el tiempo reseña histórica de la Unidad Xochimilco 1974-1983, Unidad Xochimilco 1985. Ed UAM.

2.- Romualdo López Zarate, Oscar M. González Cuevas y Miguel Ángel Casillas Alvarado. Una historia de la UAM sus primeros 25 años, Vol.1, México D.F, 2000 ed. UAM

3.- Villa Real, Documento Xochimilco. México UAM-X 1989

CAPÍTULO II

INVESTIGACIÓN

QUISTES MAXILARES

GENERALIDADES

Un quiste según Kramer ⁽⁴⁾ se define por ser una cavidad patológica que contiene material líquido o semisólido, como por ejemplo moco o residuos celulares. Está se encuentra revestido por un epitelio y/o tejido conectivo, en su totalidad o de manera parcial, que puede ser plano estratificado, queratinizado, pseudoestratificado, cilíndrico o cuboidal. ⁽⁴⁾

Los quistes son lesiones frecuentes que puede llegar a producir signos y síntomas, sobre todo cuando aumentan de tamaño o se sobre infectan.

Son lesiones no tumorales, consideradas como benignas, que presentan un crecimiento lento.

La gran mayoría de los quistes de cavidad oral son los llamados quistes verdaderos, ya que están rodeados de un epitelio. Los pseudoquistes, por el contrario, carecen de este revestimiento.

Exceptuando los quistes periapicales, los dientes incluidos suelen conservar su vitalidad, los más próximos puede presentar alteraciones de su sensibilidad, sobre todo si se infectan, o bien desplazarse por la presión lateral de la lesión. En estas circunstancias, raramente existe dolor o anestesia ya que las estructuras nerviosas son desplazadas. ⁽⁴⁾

CLASIFICACIÓN

Scultet en 1657, fue el primero en describir quistes en la región maxilar; más tarde, Fauchard sugeriría a relación entre quistes y el sistema dentario. Las primeras publicaciones sobre neoplasias y quistes odontogénicos datan de 1839, aunque por aquel entonces la creencia generalizada era que el quite provocaba la necrosis del diente y no al contrario. ⁽⁴⁾

Se puede encontrar los llamados quistes fisulares, desarrollados a expensas de restos embriológicos persistentes, o quistes inflamatorios, como respuesta a lesiones dentarias.

Desde que en el año 1972, la OMS publicara una clasificación histológica sobre los tumores odontogénicos dirigida por Pindborg y Kramer, diversos son las clasificaciones propuestas por distintos autores. ⁽⁴⁾

4.- Antonio López Davis, Rafael Martín –Granizo López, Cirugía Oral y Maxilofacial 3ª edición. Editorial médica Panamericana

TABLA I CLASIFICACIÓN DE LOS QUISTES MAXILARES

QUISTES DEL DESARROLLO

Quistes odontogénicos

- Quistes gingivales del recién nacido (perlas de Epstein)
- Queratoquiste odontogénico (quiste primordial)
- Quiste folicular
- Quiste de erupción
- Quiste periodontal lateral
- Quiste gingival del adulto
- Quiste odontogénico glandular (quiste sialo-odontogénico)

Quistes no odontogénicos

- Quiste nasopalatino (del conducto incisivo)
- Quiste nasolabial (nasoalveolar)

QUISTES INFLAMATORIOS

- Quiste radicular
- Quiste apical y radicular lateral
- Quiste residual radicular
- Quiste periodontal (de Craig)
- Quiste yugal mandibular infectado colateral

Clasificación OMS.

Nota: La clasificación de esta tabla tomada del libro “*Cirugía Oral*” 1ª edición Navarro Villa Carlos.

QUISTES ODONTOGENICOS

Los quistes Odontogénicos constituyen un grupo de lesiones de los maxilares, que causan destrucción de los mismos. Se define “*Quiste*” como una bolsa conectivo-epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido, son asintomáticos y se descubren en estudios radiográficos de rutina.

Los quistes son lesiones frecuentes que pueden llegar a producir signos y síntomas, sobre todo cuando aumentan de tamaño o se sobre infectan.

Generalmente, los quistes relacionados con dientes patológicos por si mismos o por su inclusión suelen tener complicaciones infecciosas, aunque a veces hay quistes que en su evolución se hacen submucosos, condicionando la propia infección.

Son lesiones no tumorales, consideradas como benignas, que presentan un crecimiento lento. ⁽⁵⁾

Exceptuando a los quistes periapicales, los dientes incluidos suelen conservar su vitalidad, los más próximos pueden presentar alteraciones en su sensibilidad, sobre todo si se infectan, o bien desplazarse por la presión lateral de la lesión. En estas circunstancias, raramente existe dolor o anestesia ya que las estructuras nerviosas son desplazadas.

Estas lesiones suelen descubrirse de forma casual tras una exploración radiológica. Diagnosticar de manera concreta un quiste odontogénico requiere recabar información clínica, radiográfica e histológica. ⁽⁶⁾

De acuerdo con su patogénesis, se clasifican como lesiones del desarrollo o de tipo inflamatorio. A continuación se mostrará una clasificación de quistes y tumores odontogénicos publicado por la OMS vigente desde 1992. ⁽⁶⁾

QUISTE PERIODONTAL LATERAL

Se origina en restos del epitelio odontogénico. Se localiza en sector lateral de la raíz del diente. Es poco frecuente, asintomático y de descubrimiento radiográfico. En la radiografía muestra una imagen radiolúcida bien definida y con halo opaco. Posee una cubierta epitelial delgada, no queratinizada.



Imagen tomada de la Rev. Nac. Odontol. Quiste periodontal lateral. ⁽⁷⁾

Debe diferenciarse del quiste radicular lateral y del primordial.

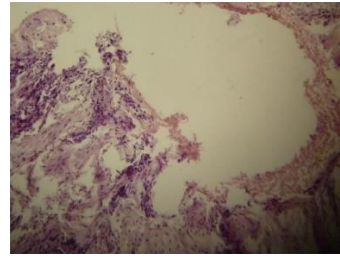
El tratamiento consiste en su enucleación, controlando las maniobras quirúrgicas para no dañar las raíces adyacentes. ⁽⁸⁾

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

Se originan en restos epiteliales odontogénicos, localizándose en área canina y premolar con mayor frecuencia. Es de baja incidencia. Presenta un epitelio delgado, aunque se pueden observar células claras que producen engrosamiento en la pared quística. Dichas células contienen glucógeno. ⁽⁸⁾

6.- Sapp, Eversole, Wysocki, Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2ª edición, editorial Mosby. Barcelona España 2005.

7.- Villalobos-Medina M, Jiménez- Matute JM. Quiste periodontal lateral, reporte de un caso. Rev Nac Odontol. 2019;5(28):1-10. doi: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.01.08>



Avendaño R,AR, Sosa De JL, Dávila BL. Quiste gingival del adulto de ubicación inusual. Reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana Volumen 55, No. 1, Año 2017. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-16/>

QUISTES RADICULARES

Los quistes radiculares representan la mayoría de todos los quistes buco maxilofaciales, entre el 57 y el 87%

DEFINICIÓN: Es un pequeño saco, el centro lleno de líquido o material semisólido cubierto internamente con epitelio y externamente con tejido conectivo fibroso.

Se presenta en 3 modos diferentes:

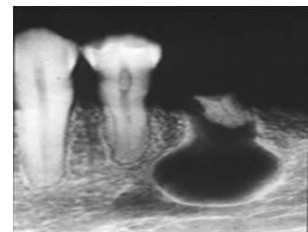
- Periapical: Se sitúa en el espacio de Black, relacionado con el ápice dental.
- Lateral: Está en dependencia de un conducto lateral accesorio o de una falsa vía producida endodónticamente.
- Residual: Relacionado con un diente ausente en la arcada, ya extraído, y que ya presentaba esta lesión.



<https://www.ceidclinicasdentales.es/quie-son-los-quistes-en-la-boca-identificacion-y-riesgos/>



<https://dentisalut.com/los-quistes-dentales/>



<http://www.iztacala.unam.mx/rrivas>

CAUSA: Presupone un daño físico, químico o bacteriano que resultó de muerte pulpar, seguida de estimulación de los restos epiteliales de Malassez.

La transformación de estas células epiteliales en quistes puede ocurrir por caries con consiguiente necrosis pulpar, se forma un granuloma como reacción defensiva hiperplásica frente a un estímulo inflamatorio persistente y no intenso.

(9) Avendaño R,AR, Sosa De JL, Dávila BL. Quiste gingival del adulto de ubicación inusual. Reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana Volumen 55, No. 1, Año 2017. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-16/>

La proliferación de las células epiteliales se hace de modo irregular, las células situadas en el interior sufren una degeneración hidrópica y se necrosa formando una cavidad llena de líquido. Por otro lado, las células plasmáticas de la vecindad son asiento de la degeneración grasa y se incorporan al contenido líquido.

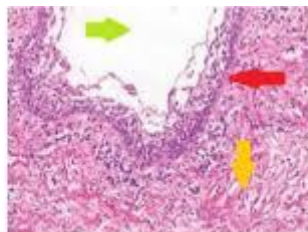
Una vez formado el quiste, crece progresivamente por aumento pasivo y no por proliferación del epitelio. Para explicar el crecimiento del quiste existen diversas teorías:

Reabsorción ósea por presión quística (Ahlfors), producción de colagenasas (Donaff), presencia de prostaglandinas sintetizadas (Harris), poder fibrinolítico de la pared.⁽⁶⁾

Un quiste puede o no estar infectado. Se han aislados actinomicos de quistes radiculares.

HISTOPATOLOGÍA: Se compone de una cubierta interna de epitelio escamoso estratificado, que se puede romper en casos de infección, y de una pared externa conectiva en contacto con el hueso. En los quistes jóvenes de pequeño tamaño, aumenta el componente inflamatorio celular conectivo. Al crecer el quiste, la capa externa se esclerosa y el hueso periférico se vuelve más compacto. La línea radiopaca de condensación ósea periquística no siempre se aprecia. En el interior de la cavidad se encuentran cristales de colesteroína, restos celulares (polimorfonucleares, macrófagos), proteínas hemosiderina y queratina. El líquido tiene aspecto claro en los casos no infectados y turbios o purulentos en los que sí lo están; en caso de queratinización, el contenido es espeso y cremoso.

Histológicamente, un quiste pericapical es muy similar al granuloma excepto por la presencia de una cavidad patológica recubierta internamente por epitelio contenido de un líquido o un material semisólido compuesto fundamentalmente de células epiteliales degeneradas. El recubrimiento es usualmente epitelio escamoso estratificado con anchura variable. En raras circunstancias, los quistes periapicales están recubiertos por un epitelio ciliar columnado que también ha sido descrito.⁽⁶⁾



Epitelio de quiste (flecha roja), cavidad quística (flecha verde) y estroma (flecha amarilla)

Imagen tomada de Acta Odontológica. Quiste dentígero ⁽¹⁰⁾

6.- Sapp, Eversole, Wysocki, Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2ª edición, editorial Mosby. Barcelona España 2005.

(10) Vizuite-Bolaños M, Salgado-Chavarría F, Cruz-Tapia RO. Quiste dentígero. Revisión de la literatura y reporte de caso. *Acta Odontol. Col.* 2022; 12(1): 80-88. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/98021>

REVISIÓN DE LA LITERATURA DE QUISTE RADICULAR.

REPORTE DE CASOS CLINICOS.

Realizando un análisis de casos clínicos en la literatura que pudieran ayudarme a tener un diagnóstico diferencial encontré que, en cuanto a su incidencia, los quistes radiculares, dentígeros y los queratoquistes odontogénicos representan en conjunto el 94.5% de los quistes maxilares.

La región del cuerpo mandibular y la zona incisiva superior son las zonas con mayor incidencia de quistes.

En un estudio de un caso clínico de quiste residual realizado por Luna Morán y col. ⁽¹¹⁾ mencionan que Loannidour y Díaz comprobaron que los quistes radiculares se encuentran en mayor frecuencia en la tercera década de la vida y la mayor incidencia en el maxilar superior, siendo la zona preferente la región anterior maxilar.

En comparación de mi caso clínico con el de un quiste radicular infectado realizado por Rojas Jiménez y cols.⁽¹²⁾ Se menciona que el quiste radicular o periapical, de origen inflamatorio, sigue siendo el quiste odontogénico más frecuentemente descrito y se forma a partir de restos de Malassez en el ligamento periodontal, como resultado de periodontitis apical posterior a la necrosis pulpar.

En un caso clínico descrito en la revista cubana Estomatológica en el 2014 ⁽¹³⁾ mencionan a una paciente de 67 años quien acude a consulta por dolor y acúmulo de alimentos en la zona mandibular de molares izquierdos. Encontrando un tratamiento endodóntico de años atrás en O.D 36 y radiográficamente una lesión con bordes limitados y definidos en zona periapical. Se realizó enucleación de quiste radicular en O.D 36. Resaltando que el origen de dicho quiste radicular es una necrosis pulpar y el acumulo de restos de Malassez, lo cual se describe previamente en la literatura ⁽⁷⁾

11.- Luna Moran, Marchena Rodríguez, Fernández Ortega. Diagnóstico y tratamiento de un quiste residual en la consulta dental. Caso clínico. Disponible en <http://www.redoe.com/ver.php?id=151&highlight>

12.-Diego Rojas Jiménez DDS¹; Daniela Zamora Arce²; Natalia Vargas Monge²; Diego Guillén Colombari DDS, MSc, Path³. Quiste radicular infectado. Revisión de conceptos básicos y reporte de un caso clínico. Disponible en <file:///C:/Users/mi/Downloads/Dialnet-QuisteRadicularInfectadoRevisiónDeConceptosBásicos-8985743.pdf>

13.- Velazque L, Simões-Nogueira A, Sampaio VI, Tiegui NV, Barreto GAG, Sánchez GE. Enucleación de quiste periapical simultáneo a la obturación de sistema de conductos radiculares. Revista cubana de Estomatología 2014. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=53616>.

Caso Clínico

QUISTECTOMIA RADICULAR

Identificación del Paciente

Paciente del sexo femenino de 50 años de edad que responde al nombre de María del Refugio S.L. Se presenta a LDC Tepepan el día 25 de Mayo del 2015 para revisión e inicio de tratamiento dental.

Antecedentes Heredo Familiares

2 Hermanos hipertensos y 4 hermanastros con diabetes mellitus. Mamá finada a causa de cáncer cervicouterino y papá finado por alcoholismo.

Antecedentes Personales Patológicos

Hipercolesterolemia y Gastritis.





FOTOGRAFIAS INTRAORALES





En el interrogatorio de la Historia Clínica, la paciente refiere haber sufrido un accidente automovilístico aproximadamente 15 años atrás, teniendo un traumatismo en mentón al cual no le dio mayor importancia. En el año 2012 en una consulta con su odontólogo refiere haber tenido un tratamiento de conductos en el diente (O.D) 41. Motivo por el cual se decide tomar radiografía periapical.



En O.D 31 se observa estructura de esmalte y dentina radiopaco sin alteración de forma. Espacio de cámara pulpar se observa radiolúcido sin alteración. Hueso esponjoso se observa radiopaco por la parte distal y en espacio de ligamento periodontal se observa un ensanchamiento, identificándolo hacia la parte apical de manera radiolúcido. En O.D 41 observamos estructura de esmalte y dentina sin alteración alguna. Espacio de cámara pulpar se observa radiopaco abarcando conducto radicular. El espacio del ligamento periodontal se observa ensanchado por la parte mesial y distal. Hacia la parte apical observamos un círculo aproximadamente de 1 cm de diámetro radiolúcido, abarcando el ápice por la parte mesial del O.D 31 y en su totalidad de ápice en O.D 41.

Justificación del problema

Dentro de la literatura de quistes odontogénicos inflamatorios se menciona el quiste radicular teniendo como características las ya mencionadas por la paciente en la Historia Clínica, así como las observadas en la radiografía periapical, motivo por el cual se realizó el diagnóstico presuntivo de Quiste radicular.

Tratamiento dental

El tratamiento consiste en

Operatoria O.D 36, 37, 46, 47

Exodoncia O.D 45

Quistectomía Radicular O.D 41

Interpretación de Exámenes de Laboratorio

Se ha decidido la toma de estudios de laboratorio previo al procedimiento quirúrgico debido a los antecedentes heredo familiares de la paciente, pues ella refiere tener hermanos con diabetes. Menciona en su historia clínica estar en tratamiento naturista para controlar sus problemas de gastritis con un medicamento en gotas orales llamado "CHACUALALATE". Al no haber referencia bibliográfica de dicho medicamento, se decide mandar Tiempos de Coagulación para no correr riesgo en el procedimiento quirúrgico.

Los resultados son:

● BIOMETRÍA HEMÁTICA

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| ● Eritrocitos | 5.19 millones/mm ³ |
| ● Plaquetas | 425,000.0 mm ³ |
| ● Leucocitos totales | 5,630.0 mm ³ |

● TIEMPOS DE PROTROMBINA

- | | |
|-------|-------------|
| ● TP | 12 " = 100% |
| ● TPT | 25" |
| ● IRN | 1.04 |

Observando que todos los valores se encuentren dentro de los rangos normales, se decide programar la cirugía para la extracción del quiste.

TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO

El tratamiento ante la presencia de un quiste se basa en la enucleación o marsupialización, las cuales consisten en la remoción completa del quiste en una sola sesión o en la eliminación de la presión intraquística respectivamente.⁽¹⁴⁾

Para este caso clínico el tratamiento de elección fue la enucleación.

ANESTESIA

Comencé por anestésiar el nervio dentario inferior en técnica troncular directa y el nervio mentoniano con técnica mentoniana como se ilustra en las siguientes imágenes.



Imágenes tomadas del libro "Cirugía Oral Texto y Atlas en color" pdf.⁽¹⁵⁾

Se procede a realizar un colgajo tipo Newman modificado para el acceso a hueso.

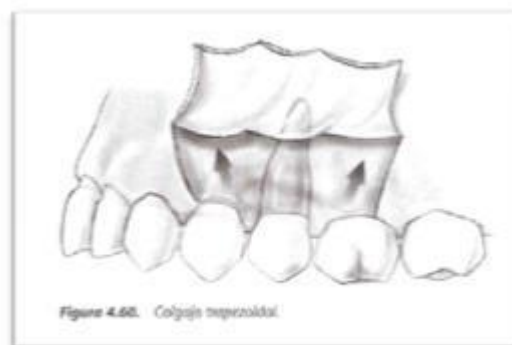
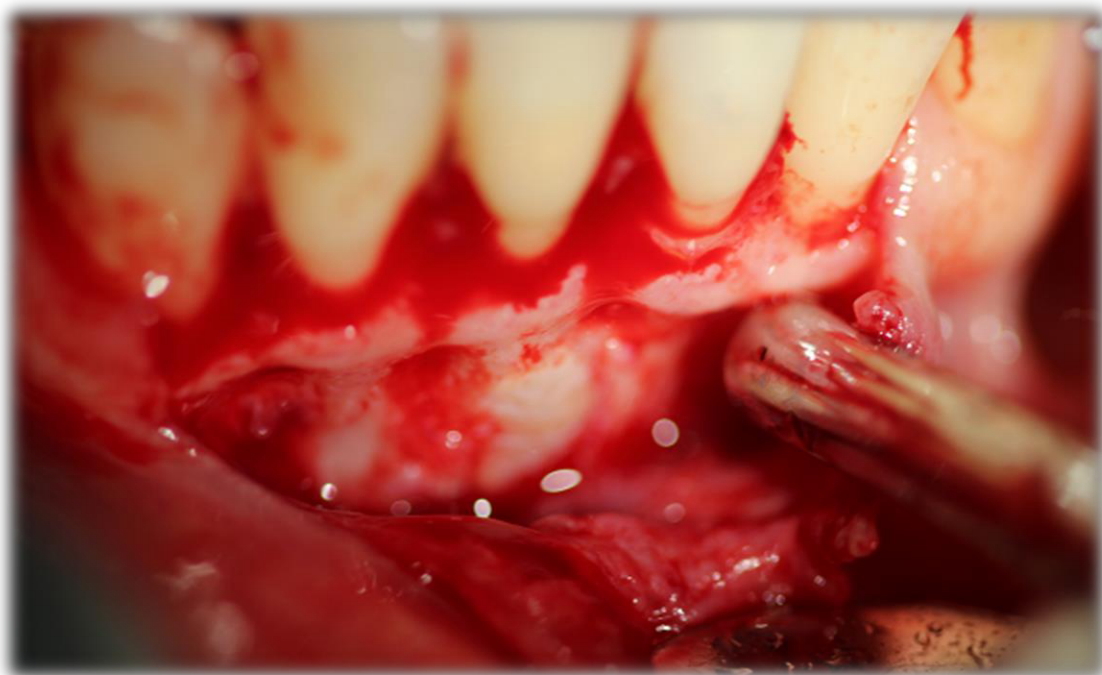


Imagen tomada del libro "Cirugía Oral Texto y Atlas en color"⁽¹⁵⁾

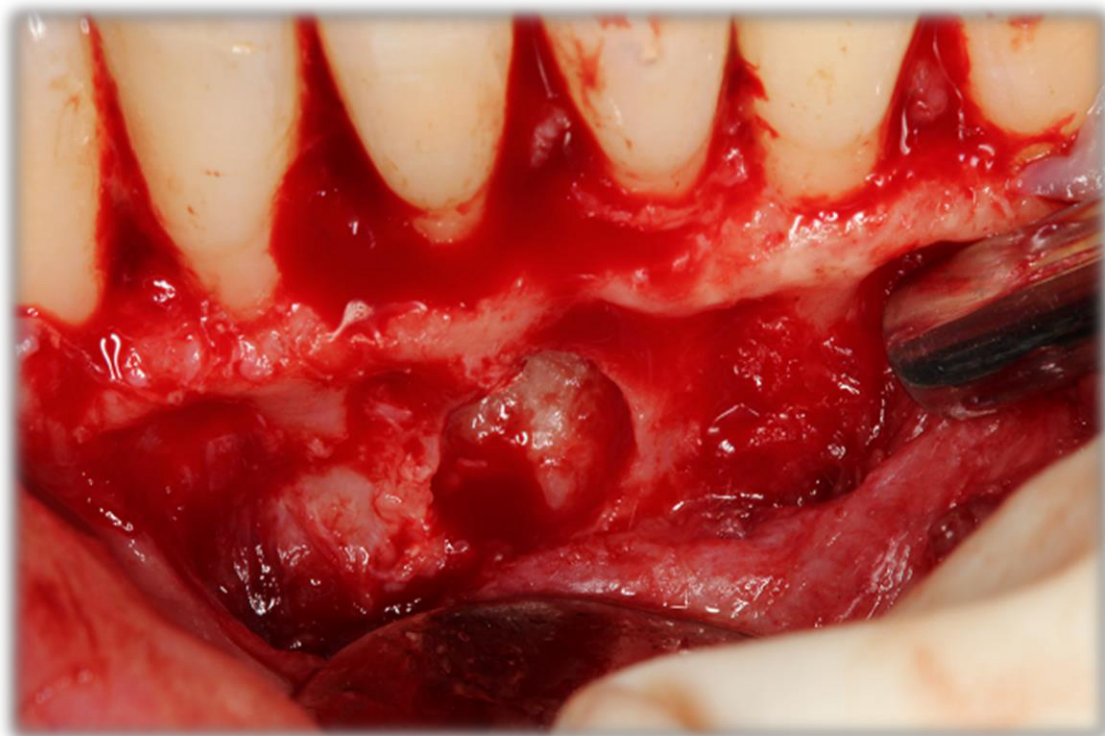
(14) Cedeño P. Manual de Cirugía Bucal.. Pdf.

(15) Chiapasco M Cirugía Oral Texto y Atlas en color, editorial Masson. Pdf.

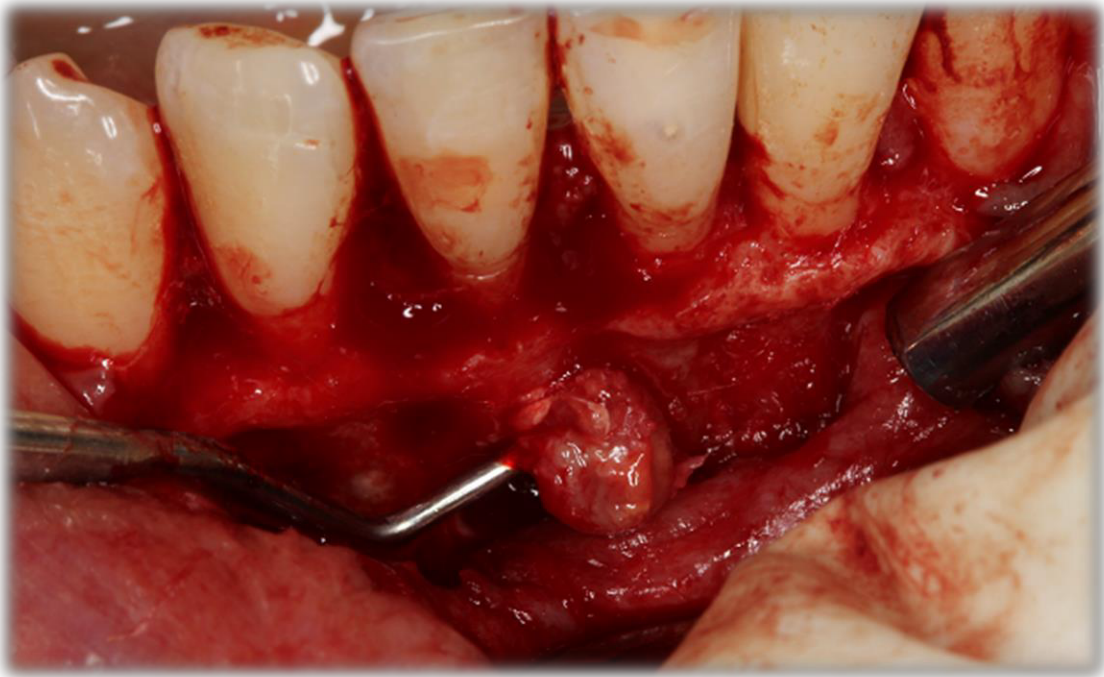
Imágenes del caso



Al irrigar y limpiar podemos observar el quiste situado en la parte apical de O.D 31 y 41



Se procede a extraerlo.



Fotografía del espécimen.



Se limpia cavidad y se realiza una sutura de 7 puntos simples.



Se manda muestra al laboratorio de patología, arrojando los siguientes resultados.



LABORATORIO DE HISTOPATOLOGÍA

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO B15-030

FECHA: 09-02-15

PACIENTE: MARÍA DEL REFUGIO SOLÍS

EDAD: 50

SEXO: FEMENINO

DIRECCIÓN: _____

CLÍNICA: PRIVADO

SOLICITANTE: DRA. LESLIE SOLIS

EXP.: _____

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Se recibe espécimen de tejido blando, fijado en formol, de forma esferoidal, de color blanco-amarillento con áreas marrón, superficie lisa, base sésil que mide .5x.5x.5cm y consistencia firme al corte. Se incluye en su totalidad para su estudio histopatológico.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA:

En las secciones estudiadas se observa un fragmento de tejido fibroconectivo maduro colagenizado caracterizado por presentar moderado infiltrado inflamatorio mixto con predominio linfoplasmocitario y presencia de cuerpos de Russell; en cuya periferia, se identifican estructuras vasculares, focos de hemosiderina y áreas de hemorragia reciente.

DIAGNÓSTICO: PROCESO INFLAMATORIO CRÓNICO INESPECÍFICO (GRANULOMA PERIAPICAL)

DRA. JESSICA MALDONADO MENDOZA

DRA. MARTHA E. GARCÍA SÁNCHEZ

Nombre y Firma del Patólogo

A continuación, se muestran las fotos de la recuperación 2 semanas después.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Universidad Autónoma Metropolitana. Diez años en el tiempo reseña histórica de la Unidad Xochimilco 1974-1983, Unidad Xochimilco 1985. Ed UAM.
- 2.- Romualdo López Zarate, Oscar M. González Cuevas y Miguel Ángel Casillas Alvarado. Una historia de la UAM sus primeros 25 años, Vol.1, México D.F, 2000 ed. UAM
- 3.- Villa Real, Documento Xochimilco. México UAM-X 1989.
- 4.- Antonio López Davis, Rafael Martín –Granizo López, Cirugía Oral y Maxilofacial 3ª edición. Editorial médica Panamericana.
- 5.- Navarro Vila Carlos. Cirugía Oral. 1ª edición Aran 2008
- 6.- Sapp, Eversole, Wysocki, Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea. 2ª edición, editorial Mosby. Barcelona España 2005.
- 7.- Villalobos-Medina M, Jiménez- Matute JM. Quiste periodontal lateral, reporte de un caso. Rev Nac Odontol. 2019;5(28):1-10. doi: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.01.08>
- 8.- H.-H. Horch. Masson, Cirugía Oral y Maxilofacial. Tomo II S.A. 1995
- 9.- Avendaño R,AR, Sosa De JL, Dávila BL. Quiste gingival del adulto de ubicación inusual. Reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana Volumen 55, No. 1, Año 2017. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-16/>
- 10.- Vizuite–Bolaños M, Salgado–Chavarría F, Cruz–Tapia RO. Quiste dentígero. Revisión de la literatura y reporte de caso. *Acta Odont Col.* 2022; 12(1): 80–88. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/98021>
- 11.-Diego Rojas Jiménez DDS¹; Daniela Zamora Arce²; Natalia Vargas Monge²; Diego Guillén Colombari DDS, MSc, Path³. Quiste radicular infectado. Revisión de conceptos básicos y reporte de un caso clínico. Disponible en file:///C:/Users/mi/Downloads/Dialnet-QuisteRadicularInfectadoRevisionDeConceptosBasicos-8985743.pdf
- 12.- Luna Moran, Marchena Rodríguez, Fernández Ortega. Diagnóstico y tratamiento de un quiste residual en la consulta dental. Caso clínico. Disponible en <http://www.redoe.com/ver.php?id=151&highlight>
- 13.-Diego Rojas Jiménez DDS¹; Daniela Zamora Arce²; Natalia Vargas Monge²; Diego Guillén Colombari DDS, MSc, Path³. Quiste radicular infectado. Revisión de conceptos básicos y reporte de un caso clínico. Disponible en <file:///C:/Users/mi/Downloads/Dialnet-QuisteRadicularInfectadoRevisionDeConceptosBasicos-8985743.pdf>
- 14.- Cedeño P. Manual de Cirugía Bucal. PDF
- 15.- Chiapasco M Cirugía Oral Texto y Atlas en color, editorial Masson. PDF.

LA UAM EN LA HISTORIA

Los rasgos pretendidos de la nueva universidad eran los siguientes: que fuera pública, metropolitana, autónoma, innovadora en lo educativo y en lo organizacional. Su creación satisface dos impulsos principales: la demanda por escolaridad superior y el impulso de un sistema innovador y en constante transformación.⁽²⁾

EL ENTORNO UNIVERSITARIO

El origen de la Universidad Autónoma Metropolitana se inscribe en un agitado ambiente universitario. Por un lado se venían desarrollando intensos conflictos de las universidades de los estados, la UNAM vivía una conflictiva rearticulación interna, además de aparecer nuevos sujetos de la educación.

La decisión de fundar la UAM se tomó, en parte, como un ensayo para construir la Universidad distinta que permitiera innovar y probar nuevas formas de trabajo y de convivencia.

La iniciativa por crear la UAM fue producto de una estrategia que buscaba darle solución a los problemas de la matrícula estudiantil en la zona Metropolitana que resultaban una prioridad política. Pero al mismo tiempo, y eso no puede ser soslayado, la UAM significó la oportunidad para ensayar una estrategia de modernización del sistema que resultó de la conjunción de esfuerzos de un conjunto de intelectuales, académicos y políticos. En tanto la UAM es creada por la conjunción de tres voluntades principales: El presidente de la República, el Secretario de Educación Pública y el rector de la UNAM.⁽²⁾

UAM XOCHIMILCO

ESTRATEGIA EDUCATIVA DE LA UNIDAD XOCHIMILCO

En la Unidad Xochimilco se plantea un perfil educacional que se sustenta en esta hipótesis: “El aprendizaje derivado de una participación en la transformación de la realidad lleva implícito el abordar simultáneamente la producción de conocimientos y la transformación de los mismos, así como la aplicación de estos conocimientos a una realidad concreta. En consecuencia, la estrategia educativa consiste en pasar de un enfoque basado en disciplinas a uno que se centra en objetos de transformación, esa transformación que requiere la contribución de varias disciplinas”.⁽³⁾

2.- Romualdo López Zarate, Oscar M. González Cuevas y Miguel Ángel Casillas Alvarado. Una historia de la UAM sus primeros 25 años, Vol.1, México D.F, 2000 ed. UAM

3.- Villa Real, Documento Xochimilco. México UAM-X 1989.

Se crea la Unidad en 1974 con tres divisiones aprobadas y que posteriormente en 1975 se añadiría una más, de las cuales solo tres de ellas se seleccionaron para impartirse en la UAM-X. El doctor Rolf Mainers afirma en un texto histórico sobre el tema que el criterio utilizado para establecer las divisiones de esta unidad fue: "...Xochimilco, región que mantiene todavía una fuerte producción agrícola pero con grandes perspectivas de desarrollo urbanístico y con una fuerte concentración de centros médico-asistenciales, selecciono las áreas de Ciencias Sociales y Humanidades (CSH), Ciencias Biológicas y de la Salud (CBS) y Ciencias y Artes para el Diseño (CyAD).⁽²⁾

En cuanto a las carreras seleccionadas, en el Documento Xochimilco se afirma que: "las carreras definidas socialmente constituyen el contorno que debemos respetar".⁽¹⁾ Para definir los planes de estudio de dichas carreras, se realizaron talleres de diseño curricular, en donde se discutieron, teniendo como premisa fundamental que el proceso de aprendizaje "debería incluir el componente empírico-inductivo, seguido de un reforzamiento teórico-deductivo".⁽²⁾

Programas de Integración de Docencia Asistencial

La UAM-X se propone formar, en el área de la Estomatología, recursos humanos con nuevas concepciones respecto del papel social de su práctica profesional.

Para alcanzar esta meta fue proyectada en 1975 la creación de los Laboratorios de Diseño y Comprobación de Sistemas Estomatológicos en la comunidad LDC, conocidas ahora como Clínicas Estomatológicas de la UAM-X.

En dichas clínicas, la actividad docente estará encaminada a proporcionar experiencias integradas de aprendizaje de los casos de patología o anormalidad más frecuente.

Los LDC intentan cubrir un vacío y contribuir a la búsqueda de nuevas formas de entender la integración docente asistencial. También se propone que los resultados permitan evaluar esta experiencia como un Modelo de Servicio Odontológico pretendiendo así que sea innovador, para esto se proponen los siguientes objetivos.

Docencia

- A) Estimular en los alumnos una actitud social, crítica y creadora para actuar como agentes de cambio positivo, frente a las necesidades de salud de la comunidad.
- B) Adquirir los conocimientos y habilidades psicomotoras para su formación profesional.

Servicio

- A) Brindar a la población una atención estomatológica adecuada. En primer término a los menores de 14 años y con énfasis a la prevención de los padecimientos más frecuentes.

- B) Ofrecerle información útil y pertinente respecto a la mejor forma de solucionar sus problemas de salud que la afectan, especialmente los bucales.
- C) Participar en acciones conjuntas con algunas organizaciones que persigan el beneficio individual o colectivo de los miembros de la comunidad.

De investigación

- A) Instituir la investigación científica y tecnológica como norma de trabajo, lo cual posibilitará determinar las prioridades para elaborar planes y programas de docencia y servicio.
- B) Diseñar y comprobar modelos de prácticas estomatológicas que integrados en el contexto socioeconómico y epidemiológico permitan desarrollar acciones de integración docencia y servicio. ⁽³⁾

2.- Romualdo López Zarate, Oscar M. González Cuevas y Miguel Ángel Casillas Alvarado. Una historia de la UAM sus primeros 25 años, Vol.1, México D.F, 2000 ed. UAM

3.- Villa Real, Documento Xochimilco. México UAM-X 1989.

CLÍNICAS ESTOMATOLÓGICAS

Con el objetivo de que los alumnos de Estomatología de la unidad Xochimilco realicen prácticas profesionales con la supervisión de sus profesores, vinculando así la docencia y el servicio, lo cual permite, al mismo tiempo, colaborar a la solución de problemas de la salud, se abrieron 4 clínicas estomatológicas: Tláhuac, Nezahualcóyotl, San Lorenzo Atemoaya y Tepepan. Funcionan desde el año de 1976, con la intención de atender de manera integral al paciente; se ofrecen servicios tales como la prevención, colocación de prótesis y cirugía, todos ellos en el campo bucodental. ⁽³⁾

Planificación

Un análisis de la situación existente permitió que la práctica privada, individualista, elitista y mercantilista, con una distribución geográfica irregular y un marcado énfasis en los aspectos reconstructivos y mutiladores de los servicios, domina en México el campo profesional del Odontólogo.

Se desarrolló un primer trabajo colectivo en forma de taller a nivel de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la cual depende el Departamento de Atención a la Salud, del que a su vez depende la carrera de Estomatología), con el fin de analizar y establecer los conceptos básicos sobre el diseño curricular que representaron al marco fundamental de la acción educativa que hasta hoy se está realizando.

El objetivo de la carrera de Estomatología es: Formar recursos humanos con un perfil profesional definido por su capacidad para:

- 1.- Investigar, analizar y evaluar las necesidades y recursos actuales de una comunidad y proponer alternativas que mejore su salud, así como para superar los problemas estomatológicos relacionados con factores socioeconómicos, políticos, epidemiológicos, administrativos, clínicos y educativos. Factores que determinan el proceso de salud -enfermedad de una comunidad.
- 2.- Planificar, organizar y evaluar programas estomatológicos de promoción de la salud; protección contra enfermedades específicas; tratamiento de enfermedades ya identificadas y rehabilitación a partir del uso de tecnología propia que pueda ser desarrollada y optimada.
- 3.- Participar en trabajos de equipo interdisciplinarios de atención a la salud, a fin de orientar a la comunidad en programas de promoción a la salud.
- 4.- Diseñar, operar y administrar centros de trabajo tales como clínicas urbanas, unidades transportables de servicio rural, etcétera.

En la UAM-X se sostiene que mediante el servicio social deben ser resueltos los problemas descubiertos merced a la investigación. El alumno se debe incorporar en forma progresiva, fase por fase, al modelo planteado.

Cómo estrategia central, la UAM-X decidió utilizar el sistema de enseñanza modular. Se consideró que por permitir hacer innovaciones necesarias en los

sistemas formadores de recursos humanos tradicionales para la salud, sus características sobresalientes resultan ser:

- 1.- Fundamenta la docencia en el servicio que responde a necesidades sociales conocidas como resultado de la investigación (investigación, servicio, docencia)
- 2.- Se basa en la solución de problemas, más que en la especificación de técnicas predeterminadas.
- 3.- Considerar al aprendizaje un proceso activo en el que el estudiante construye su conocimiento mediante el servicio de actividades en un medio determinado.
- 4.- En su metodología predominan las prácticas profesionales.
- 5.- Facilita la interdisciplinariedad mediante programas en los que participan varias unidades académicas.
- 6.- Utiliza instalaciones con posibilidades de modificación, adaptación y de bajo costo.
- 7.- Ubica geográficamente sus instalaciones y ejecuta sus acciones en la comunidad donde se presentan las necesidades por atender, dando a los estudiantes la oportunidad de obtener experiencias que los formen con un concepto más cercano a la realidad.
- 8.- Dar más facilidades que cualquier otro sistema de enseñanza conocido, a fin de modificar el plan de estudios merced a los cambios que indíquela evaluación de todo proceso. ⁽³⁾

Programación y ejecución

Desde los primeros días de la Unidad Xochimilco se consideró que la perspectiva de atención de las necesidades estomatológicas de la población mexicana, preveía como imposible extender su cobertura y cambiar su intencionalidad.⁽³⁾

Es ahí cuando la UAM Xochimilco decidió establecer 4 clínicas estomatológicas que, como Laboratorios de Diseño y Comprobación (LDC) operaran modelos de servicio diferentes. Se decidió situar estas clínicas en los mismos sitios en donde se dan los problemas de población y no centralizados en los campus universitarios con intención de operar “programas activos”. Se obtuvo así, permisos para ocupar terreno en Tláhuac, Tepepan, San Lorenzo y Nezahualcóyotl.

La organización de los recursos humanos, físicos y administrativos quedaba en función de los propósitos que se mencionaron anteriormente. El énfasis recayó en los servicios de promoción de la salud y de protección específica.

El tipo de personas y problemas que se atenderían debían responder a las prioridades que surgían de los criterios de magnitud que se consideraban dentro del marco socioeconómico

Es interesante subrayar un aspecto innovador en relación con el resto de los programas de servicio-docencia conocidos por nosotros, y que se refiere a que la asistencia de los alumnos a los Laboratorios de Diseño y Comprobación se debía organizar de manera que se repartieran en todas las clínicas, a fin de que siempre hubiera estudiantes en todas las fases, con el propósito de construir equipos de alumnos para permitir todo tipo de tratamientos (de nivel licenciatura), y por otro lado para promover la enseñanza-aprendizaje entre los propios alumnos.⁽¹⁾

DEFINICION DE LOS NIVELES DE ATENCION DE SERVICIO

Primer nivel:

1. Diagnóstico. (Elaboración de Historia Clínica y actividades auxiliares de diagnóstico).
2. Fomento y educación para la salud. (Enseñanza de Técnica de cepillado, detección de placa dentobacteriana y actividades en la salud).
3. Protección específica. (Odontoxesis, control de placa dentobacteriana, aplicación tópica de flúor, aplicación de selladores de fosetas y fisuras).
4. Eliminación de focos sépticos bucales. 5. Detección precoz de lesiones cancerizables.

Segundo nivel: Actividades Básicas.

1. Exodoncia de dientes temporales y permanentes.
2. Operatoria dental en niños y adultos. (obturación con amalgama y resina, colocación de incrustaciones, colocación de coronas de acero cromo y policarbonato).
3. Tratamiento de endodoncia en niños y adultos. (recubrimientos pulpaes, pulpotomías, pulpectomías).
4. Tratamientos parodontales.
5. Tratamiento preventivo e interoceptivo de mala oclusión. (análisis de dentición mixta, actividades de ortodoncia preventiva y actividades de ortodoncia interoceptiva).

Tercer Nivel:

1. Tratamiento de prótesis. (Parcial-Fija o Removible y Total).
2. Tratamientos Quirúrgicos. (parodontal, y cirugía menor).

En la actualidad se le considera Laboratorios de Diseño y Comprobación, atendiendo un promedio de 80 pacientes diarios en cada una de las cuatro

unidades clínicas. Ofrecen además, cursos de actualización para el personal de salud de la secretaria de salud. ⁽³⁾

UAM IZTAPALAPA

HISTORIA

La Unidad Iztapalapa fue la primera en iniciar los trabajos de construcción de edificios e instalaciones, hoy por hoy se considera la unidad más completa, de acuerdo al diseño original de la misma, que a pesar de haberse modificado, ha conseguido adaptarse a las necesidades cambiantes de los nuevos acontecimientos científicos, sociales y culturales. Se seleccionó un predio de 177,955 metros cuadrados al oriente del Distrito Federal, en la Delegación Iztapalapa para iniciar los trabajos. Este lugar resultaba idóneo por su creciente urbanización y por el asentamiento de pequeñas y medianas empresas.

El 1974 se creó la Universidad Autónoma Metropolitana, y fue a partir de una vinculación real de la Universidad con la sociedad y con la formación de profesionales capaces de participar activa y críticamente en la transformación de las relaciones de producción de la misma sociedad en la que se ven involucrados.⁽¹⁶⁾

1.- Diez años en el tiempo reseña histórica de la Unidad Xochimilco 1974-1983, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco 1985. Ed UAM.

2.- Romualdo López Zarate, Oscar M. González Cuevas y Miguel Ángel Casillas Alvarado. Una historia de la UAM sus primeros 25 años, Vol.1, México D.F, 2000 ed. UAM

3.- Villa Real, Documento Xochimilco. México UAM-X 1989.

16.- Universidad Autónoma Metropolitana, 2009. Logros y Horizontes 35 años de compromiso,

CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

COSIB (Coordinación de Servicios Integrados para el Bienestar)

LA UAM Iztapalapa decidió implementar un proyecto que ayudara a la comunidad Universitaria a tener acceso a servicios de salud de una manera económica para su población.

La coordinación tiene como objetivo promover el bienestar en la salud de los miembros de la comunidad a través de diferentes proyectos y servicios de salud y el fomento al deporte.

Bajo dicha coordinación se rigen servicios y proyectos como:

- Servicio Médico
- Clínica Estomatológica
- Clínica de Acupuntura y Fitoterapia
- Clínica de Tabaquismo
- Programa de Apoyo de Orientación Psicológica
- Proyecto jóvenes sexualidad y salud
- Programa de nutrición
- Prevención en la Salud
- Actividades deportivas y recreativas

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA

La Clínica Estomatológica es un proyecto realizado por un convenio entre las unidades Xochimilco – Iztapalapa, con el propósito de dar una atención bucodental integral de primer nivel en calidad y eficiencia a la comunidad universitaria.

Dicha clínica brinda atención a la comunidad Universitaria, así como al personal administrativo que labora en UAM-I. Se establecen 3 tipos de cuotas, la primera es para estudiantes de Licenciatura de cualquier carrera, la segunda es para personal Administrativo o Alumnos de posgrado y la tercera es para Académicos.

A continuación se presentan las listas de los diferentes tratamientos y el costo de ellos:

PROCEDIMIENTO	ALUMNOS DE LICENCIATURA	ADMINISTRATIVOS / ALUMNOS POSGRADO	ACADÉMICOS
Historia clínica - urgencia	\$50	\$55	\$100
Amalgama	\$70	\$85	\$200
Resina	\$85	\$100	\$200
Control de placa	\$50	\$60	\$100
Odontoxesis	de \$80 - \$150 sujeto a valoración	de \$120 - \$170 sujeto a valoración	de \$200. - \$300 sujeto a valoración
Profilaxis	\$50	\$70	\$100
Aplicación de fluor	\$50	\$60	\$100
Aplicación de desensitaizer	\$50	\$60	\$100
Curetaje de tercer molar	\$50	\$60	\$100
Exodoncia	\$100	\$120	\$300
Cx de tercer molar c/ hoja, sutura, rx	\$220	\$270	\$400
Cartucho de anestesia extra	\$30	\$35	\$50
Duralay endoposte	\$80	Sujeto a valoración	Sujeto a valoración
Cementación p/incrustación c/poli - iono	\$60	\$70	\$90
Impresión con alginato total	\$60	\$80	\$140

PROCEDIMIENTO	ALUMNOS DE LICENCIATURA	ADMINISTRATIVOS / ALUMNOS POSGRADO	ACADÉMICOS
Impresión con alginato cuadrante	\$40	\$50	\$80
Impresión con elastomeros total	\$95	Sujeto a valoración	Sujeto a valoración
Impresión con elastomeros cuadrante	\$65	Sujeto a valoración	Sujeto a valoración
Ionomero	\$60	\$70	\$130
Obturación provisional	\$50	\$70	\$100
Reconstrucción c/ ionomero	\$70	\$80	\$120
Provisional acrílico	\$80	\$100	\$250
Pulpotomías - drenado	\$70	\$90	\$220
Tratamiento de conductos	\$100	Sujeto a valoración	Sujeto a valoración
Rx	\$50	\$60	\$100
Sutura	\$60	\$70	\$100
Desgaste oclusal selectivo	\$50	\$50	\$100
Ferula	\$200	\$200	\$400
Guarda oclusal	\$250	\$270	\$500
Revisión	\$10	\$20	\$30

La Clínica cuenta con 3 unidades dentales, un cuarto rojo de rayos x, un autoclave para esterilizar el instrumental que a diario se utiliza, un archivero donde se almacenan todas las historias clínicas de los pacientes que se atienden y se han atendido, un anaquel donde se coloca todo el material de restauración e instrumental estéril.

El tipo de tratamientos que se brindan en la Clínica Estomatologica, son:

Actividades preventivas: Profilaxis, eliminación de sarro, aplicación de Fluor, educación para la salud bucal.

Operatoria: Preparación de cavidades, restauración con resinas, restauración con amalgamas, colocación de incrustaciones.

Endodónticos

Cirugía: Cirugía de terceros molares, cirugía de restos radiculares, exodoncias simples.

Urgencias: Revisión, curetaje de tercer molar, desgaste oclusal, aplicación de desensibilizante, eliminación de lesión cariosa profunda, canalizaciones, obturaciones provisionales.

Este tipo de tratamientos se brindan como ya antes se menciona, al alumnado de UAM I, académicos y personal administrativo que labora ahí. Los tratamientos integrales únicamente se enfocan a alumnos de todas las carreras de la misma Institución, en un horario de 11:00 a.m a 4:00 p.m. Mientras que el tratamiento de urgencias se brinda a alumnos, académicos y personal administrativo en un horario de 9:00 a.m a 11:00 a.m.



CAPÍTULO IV

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

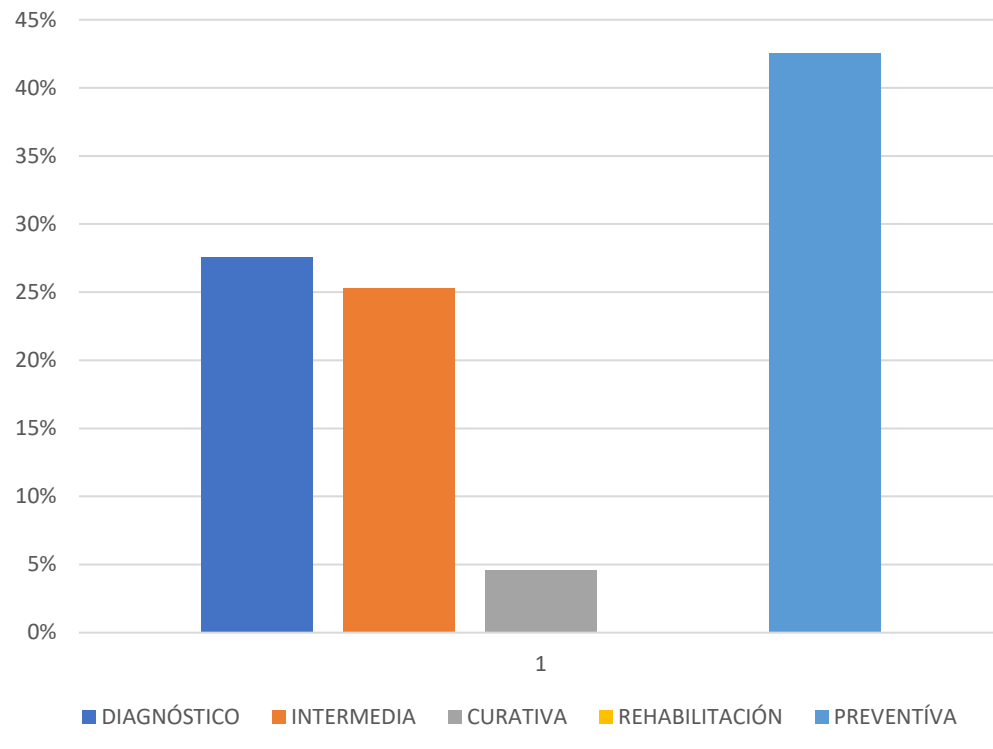
En el presente informe se realiza una descripción de las actividades realizadas durante mi servicio social en el periodo del 01 de Agosto del 2015 al 31 de Julio del 2016.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2015

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	9	
Ficha de Emergencia	7	
Radiografía	8	
Analisis de modelos	0	
Subtotal	24	28%
INTERMEDIA		
Asistencia	9	
Farmacoterapia	4	
Canalización	1	
Anestesia	4	
Desgaste selectivo	3	
Cementación de provisional	1	
Subtotal	22	25%
CURATIVAS		
Obturación cavidades	2	
Curetaje cerrado	2	
Subtotal	4	5%
REHABILITACIÓN		
Subtotal	0	0%
PREVENTIVA		
Odontoxesis	3	
Profilaxis	4	
Técnica de cepillado	15	
Uso de hilo dental	15	
Subtotal	37	43%
TOTAL	87	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2015

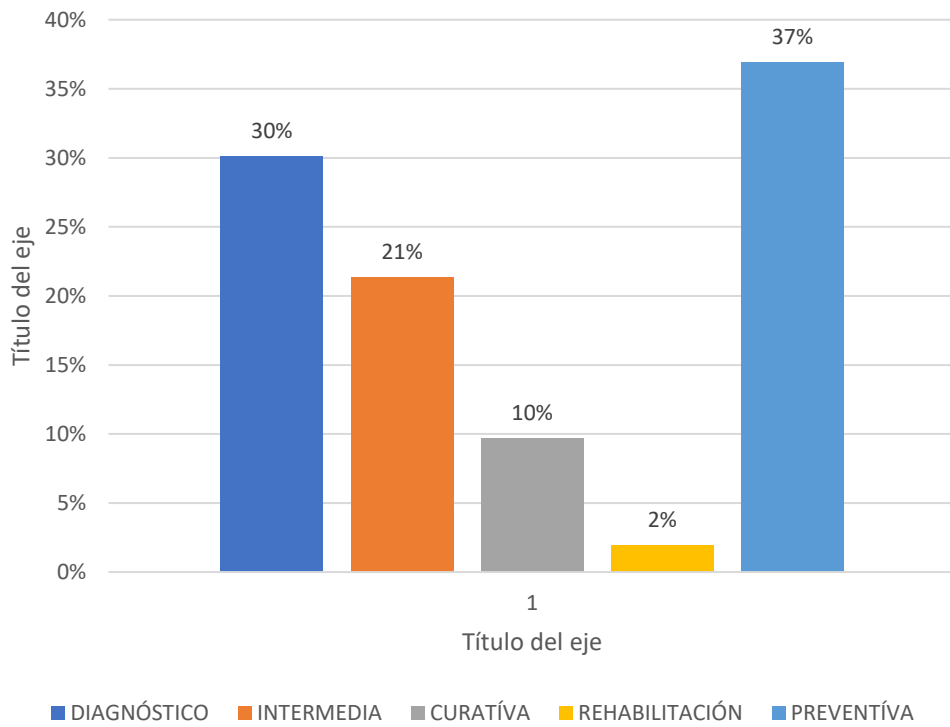


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE DEL 2015

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	10	
Ficha de Emergencia	12	
Radiografía	9	
Subtotal	31	30%
INTERMEDIA		
Asistencia	8	
Farmacoterapia	3	
Canalización	3	
Anestesia	5	
Desgaste selectivo	2	
Cementación de provisional	1	
Subtotal	22	21%
CURATIVAS		
Obturación cavidades	3	
Obturación provisional	4	
Curetaje cerrado	3	
Subtotal	10	10%
REHABILITACIÓN		
Incrustación	2	
Subtotal	2	2%
PREVENTIVA		
Odontoxesis	5	
Profilaxis	7	
Técnica de cepillado	13	
Uso de hilo dental	13	
Subtotal	38	37%
TOTAL	103	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE OCTUBRE DEL 2015

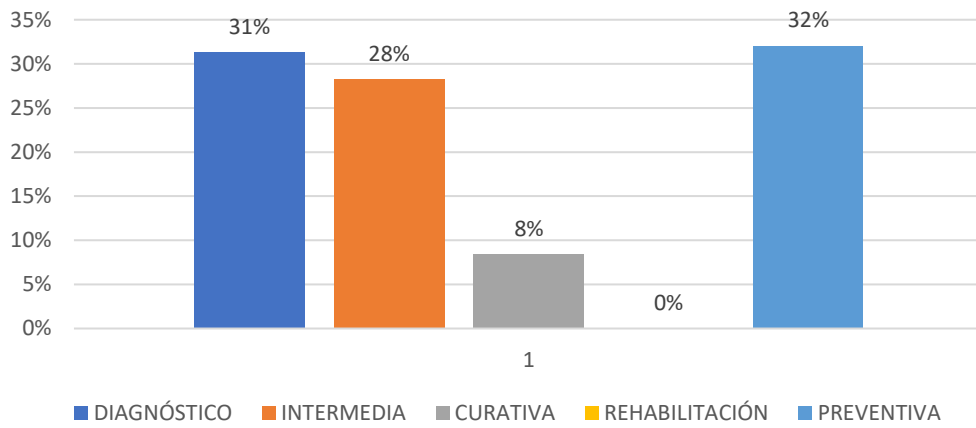


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
NOVIEMBRE DEL 2015

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	17	
Historia Clínica	3	
Ficha de Emergencia	8	
Radiografía	12	
Análisis de modelos	1	
Subtotal	41	31%
INTERMEDIA		
Asistencia	10	
Preparación para incrustación	1	
Farmacoterapia	9	
Canalización	7	
Anestesia	7	
Desgaste selectivo	3	
Subtotal	37	28%
CURATIVAS		
Pulpectomías # conductos	2	
Obturación cavidades	2	
Extracciones	1	
Obturación provisional	1	
Curetaje cerrado	4	
Drenado	1	
Subtotal	11	8%
REHABILITACIÓN		
Subtotal	0	0%
PREVENTIVA		
Odontoxesis	4	
Profilaxis	4	
Técnica de cepillado	16	
Índice de O'Leary	2	
Uso de hilo dental	16	
Subtotal	42	32%
TOTAL	131	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE NOVIEMBRE DEL 2015

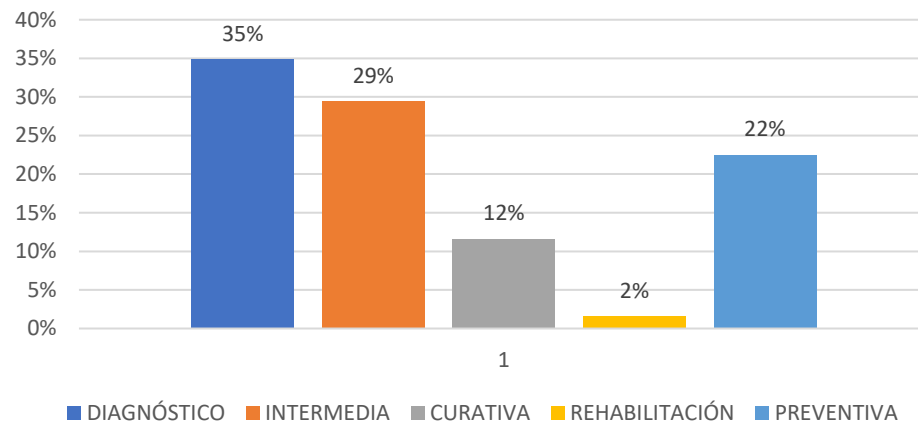


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
DICIEMBRE DEL 2015

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	21	
Historia Clínica	2	
Ficha de Emergencia	11	
Radiografía	10	
Análisis de modelos	1	
Subtotal	45	
INTERMEDIA		
Asistencia	12	
Preparación para incrustación	1	
Farmacoterapia	5	
Canalización	5	
Anestesia	9	
Retiro de Férula	1	
Desgaste selectivo	4	
Cementación de provisional	1	
Subtotal	38	29%
CURATIVAS		
Pulpectomías # conductos	1	
Obturación cavidades	4	
Extracciones	1	
Obturación provisional	3	
Curetaje cerrado	5	
Drenado	1	
Subtotal	15	12%
REHABILITACIÓN		
Incrustación	2	
Subtotal	2	2%
PREVENTIVA		
Odontoxesis	4	
Profilaxis	4	
Técnica de cepillado	9	
Índice de O'Leary	3	
Uso de hilo dental	9	
Subtotal	29	22%
TOTAL	129	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE DICIEMBRE DEL 2015

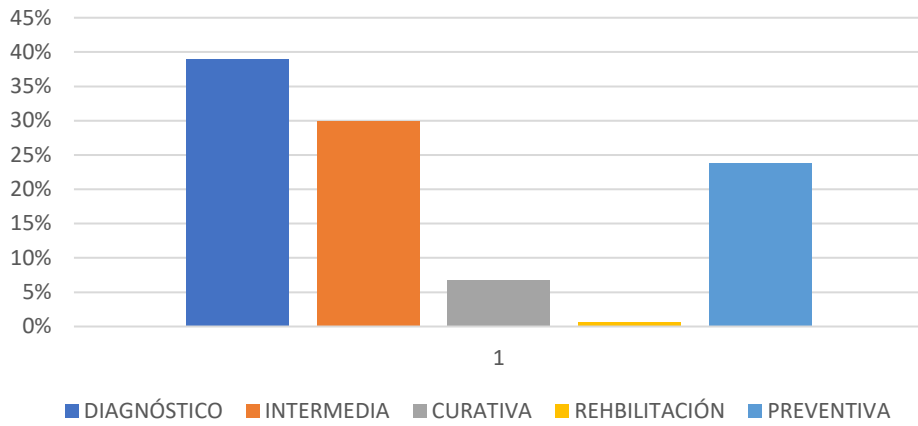


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
ENERO DEL 2016

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	20	
Historia Clínica	3	
Ficha de Emergencia	19	
Radiografía	20	
Análisis de modelos	2	
Subtotal	64	
INTERMEDIA		
Asistencia	19	
Preparación para incrustación	2	
Farmacoterapia	4	
Canalización	7	
Anestesia	12	
Desgaste selectivo	5	
Subtotal	49	30%
CURATIVAS		
Obturación cavidades	5	
Extracciones	2	
Obturación provisional	2	
Curetaje cerrado	1	
Medicación de lesiones en boca	1	
Subtotal	11	7%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	1	
Subtotal	1	1%
PREVENTIVA		
Odontoxesis	10	
Profilaxis	5	
Técnica de cepillado	12	
Uso de hilo dental	12	
Subtotal	39	24%
TOTAL	164	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE ENERO DEL 2016

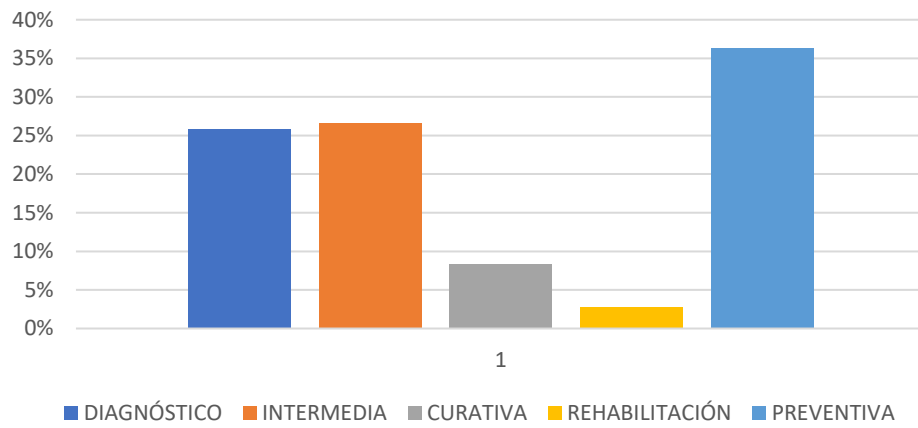


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
FEBRERO DEL 2016

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	15	
Historia Clínica	1	
Ficha de Emergencia	8	
Radiografía	13	
Subtotal	37	
INTERMEDIA		
Asistencia	15	
Farmacoterapia	2	
Canalización	2	
Anestesia	16	
Desgaste selectivo	3	
Subtotal	38	27%
CURATIVAS		
Pulpectomías # conductos	2	
Obturación cavidades	3	
Extracciones	1	
Obturación provisional	2	
Curetaje cerrado	1	
Drenado	1	
Medicación de lesiones en boca	2	
Subtotal	12	8%
REHABILITACIÓN		
Incrustación	1	
Cirugía	2	
Colocación de guarda oclusal	1	
Subtotal	4	3%
PREVENTIVA		
Odontoxesis	7	
Profilaxis	8	
Técnica de cepillado	18	
Índice de O'Leary	1	
Uso de hilo dental	18	
Subtotal	52	36%
TOTAL	143	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE FEBRERO DEL 2016

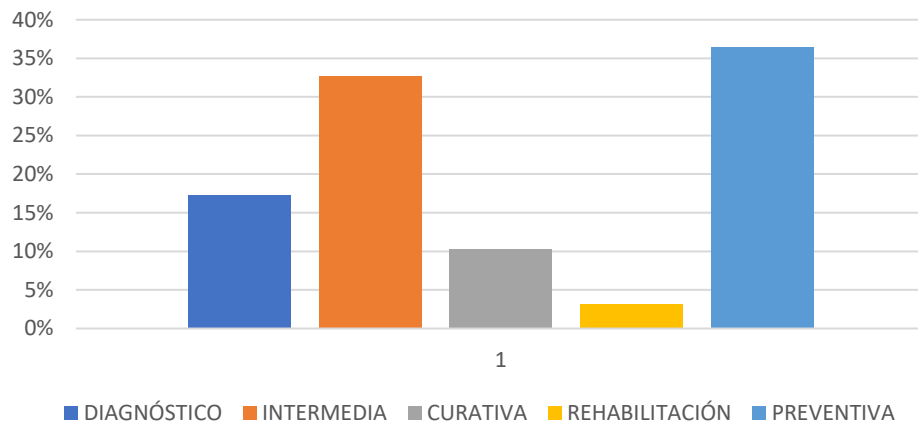


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
MARZO DEL 2016

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	14	
Ficha de Emergencia	5	
Radiografía	6	
Análisis de modelos	2	
Subtotal	27	17%
INTERMEDIA		
Asistencia	21	
Preparación para incrustación	2	
Farmacoterapia	10	
Canalización	2	
Anestesia	12	
Retiro de Férula	1	
Desgaste selectivo	1	
Cementación de provisional	2	
Subtotal	51	33%
CURATIVAS		
Pulpectomías # conductos	1	
Obturación cavidades	5	
Obturación provisional	5	
Curetaje cerrado	2	
Drenado	1	
Medicación de lesiones en boca	2	
Subtotal	16	10%
REHABILITACIÓN		
Incrustación	2	
Cirugía	2	
Colocación de guarda oclusal	1	
Subtotal	5	3%
PREVENTIVA		
Odontoxesis	9	
Profilaxis	10	
Técnica de cepillado	17	
Índice de O'Leary	4	
Uso de hilo dental	17	
Subtotal	57	37%
TOTAL	156	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE MARZO DEL 2016

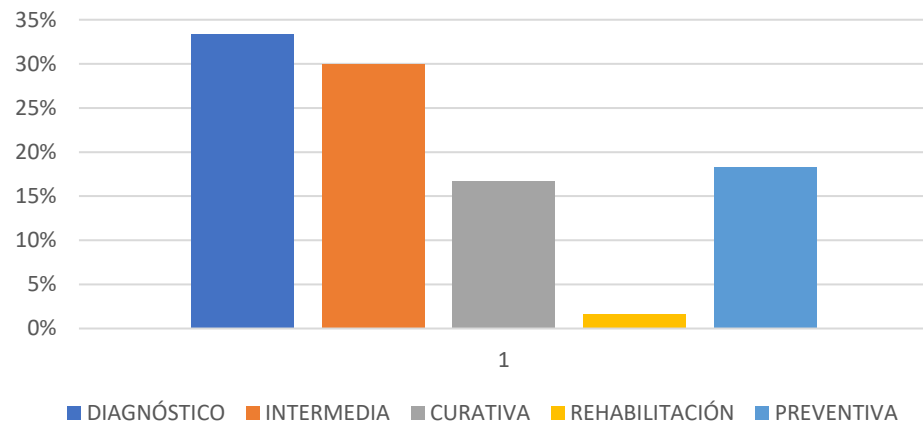


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
ABRIL DEL 2016

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	11	
Radiografía	8	
Análisis de modelos	1	
Subtotal	20	33%
INTERMEDIA		
Asistencia	7	
Preparación para incrustación	1	
Farmacoterapia	1	
Canalización	3	
Anestesia	3	
Desgaste selectivo	3	
Subtotal	18	30%
CURATIVAS		
Pulpectomías # conductos	1	
Obturación cavidades	3	
Obturación provisional	3	
Curetaje cerrado	1	
Medicación de lesiones en boca	2	
Subtotal	10	17%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	1	
Subtotal	1	2%
PREVENTIVA		
Profilaxis	2	
Técnica de cepillado	2	
Índice de O'Leary	5	
Uso de hilo dental	2	
Subtotal	11	18%
TOTAL	60	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE ABRIL DEL 2016

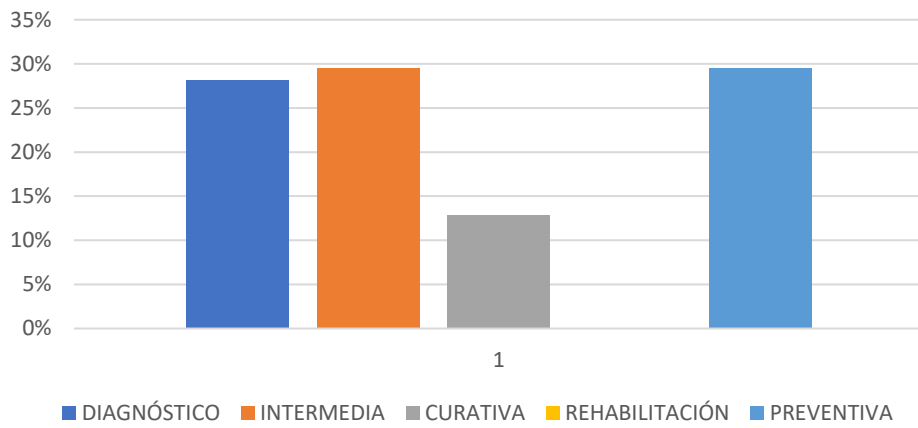


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE
MAYO DEL 2016

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	10	
Historia Clínica	3	
Ficha de Emergencia	5	
Radiografía	4	
Subtotal	22	
INTERMEDIA		
Asistencia	11	
Farmacoterapia	3	
Canalización	2	
Anestesia	7	
Subtotal	23	29%
CURATIVAS		
Pulpotomías	1	
Obturación cavidades	4	
Extracciones	2	
Obturación provisional	2	
Drenado	1	
Subtotal	10	13%
REHABILITACIÓN		
Subtotal	0	0%
PREVENTIVA		
Profilaxis	3	
Técnica de cepillado	9	
Índice de O'Leary	2	
Uso de hilo dental	9	
Subtotal	23	29%
TOTAL	78	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE MAYO DEL 2016

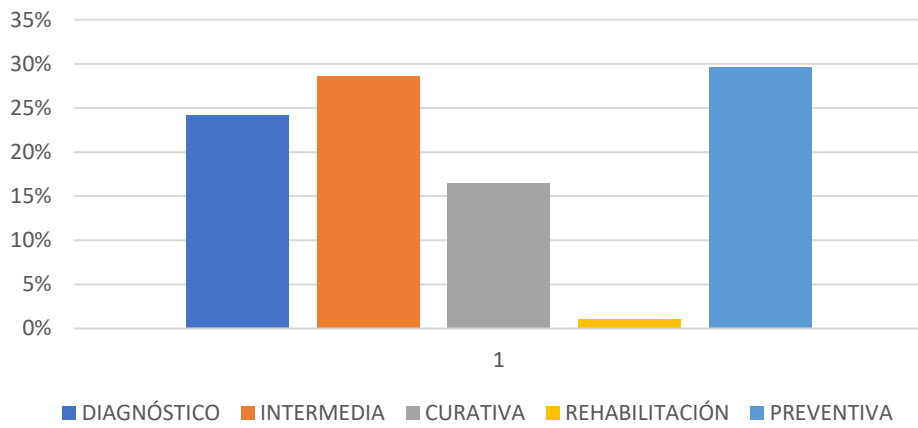


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO DEL 2016

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	12	
Ficha de Emergencia	4	
Radiografía	5	
Análisis de modelos	1	
Subtotal	22	24%
INTERMEDIA		
Asistencia	12	
Preparación para incrustación	1	
Farmacoterapia	3	
Canalización	2	
Anestesia	7	
Cementación de provisional	1	
Subtotal	26	29%
CURATIVAS		
Pulpotomías	2	
Obturación cavidades	4	
Extracciones	3	
Obturación provisional	6	
Subtotal	15	16%
REHABILITACIÓN		
Cirugía	1	
Subtotal	1	1%
PREVENTIVA		
Aplicación de flúor	3	
Odontoxesis	2	
Profilaxis	1	
Técnica de cepillado	9	
Índice de O'Leary	3	
Uso de hilo dental	9	
Subtotal	27	30%
TOTAL	91	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE JUNIO DEL 2016

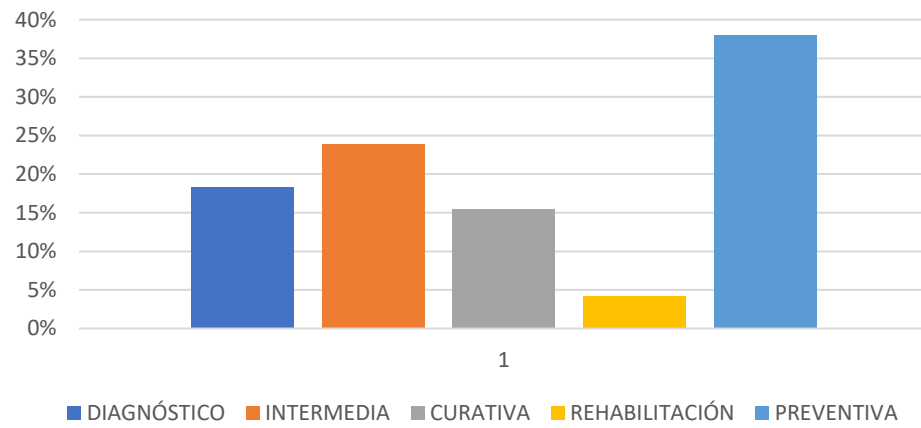


ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO DEL 2016

ACTIVIDAD	NÚMERO	%
DIAGNÓSTICO		
Revisión	7	18%
Ficha de Emergencia	2	
Radiografía	4	
Subtotal	13	
INTERMEDIA		
Asistencia	8	24%
Farmacoterapia	2	
Canalización	4	
Anestesia	3	
Subtotal	17	
CURATIVAS		
Pulpotomías	1	15%
Obturación cavidades	5	
Obturación provisional	5	
Subtotal	11	
REHABILITACIÓN		
Incrustación	1	4%
Cirugía	2	
Subtotal	3	
PREVENTIVA		
Aplicación de flúor	2	38%
Odontoxesis	2	
Profilaxis	2	
Técnica de cepillado	8	
Índice de O'Leary	5	
Uso de hilo dental	8	
Subtotal	27	
TOTAL	71	100%

Tabla tomada de bitácora personal

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE JULIO DEL 2016



CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En ambas clínicas la manera de laborar es diferente puesto que en LDC Tepepan la atención brindada se enfoca hacia el público en general, llevando a cabo tratamientos integrales a los pacientes dependiendo de las necesidades de ellos. Estos pueden ser desde prevención a la salud, operatoria, endodoncia, prostodoncia, periodoncia y cirugías sencillas hasta un tanto complicadas. Siempre con apoyo de los profesores que refuerzan los conocimientos que se estudian en aula. Por otro lado, los tratamientos también se dirigen hacia el público pediátrico que de manera preventiva o correctiva se pueden realizar.

En mi pasantía de tres meses se me permitió realizar más actividades de urgencias, preventivas, operatoria y algunas exodoncias que se me pudieron asignar en el inicio de dicho trimestre. Brindé apoyo en el área administrativa en cuanto a revisión de expedientes de la clínica.

En la Clínica Estomatológica de la Unidad Iztapalapa se brinda atención exclusivamente a alumnos y trabajadores de ella. Por tal motivo las actividades realizadas en esta clínica se enfocan más hacia la parte de urgencias y preventivas. En cuanto a las cuotas de recuperación, se manejan tres tipos de costos dependiendo del nivel académico, brindando mayor apoyo económico a los estudiantes de Licenciatura que son los que tienen costos más bajos.

Durante los 9 meses que estuve en pasantía y analizando las gráficas de actividades realizadas mes tras mes de la bitácora personal puedo resaltar actividades enfocadas en Urgencias que se presentaban en el alumnado y trabajadores, Redirigiendo hacia lo preventivo y operatoria dental. Se me permitió realizar más actividades de exodoncia y endodoncia.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Agradezco la oportunidad que UAM Xochimilco y UAM Iztapalapa me brindó para la realización de mi servicio social.

Durante el año se me permitió realizar trabajos administrativos como prácticos, reforzando así lo que aprendí en aula durante los 4 años de la carrera.

Por la parte administrativa en la Clínica Estomatológica UAM-I considero que fue de gran utilidad puesto que en ella aprendí cómo es el manejo de un consultorio en el área privada como simulación de éste.

Por la parte práctica, la realización diagnósticos y tratamientos de forma individual por cada pasante de clínica, ayudan a tener la seguridad y confianza al momento de la realización de algún tratamiento odontológico.

Sin duda, de las mejores plazas que puede ofrecer la UAM Xochimilco para realizar el servicio social son las clínicas Estomatológicas. Así nosotros podemos desarrollar las habilidades necesarias y la práctica que se requiere para ayudar a la población que tiene problemas bucales. Siendo éste mi objetivo principal de la carrera.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Universidad Autónoma Metropolitana. Diez años en el tiempo reseña histórica de la Unidad Xochimilco 1974-1983, Unidad Xochimilco 1985. Ed UAM.
- 2.- Romualdo López Zarate, Oscar M. González Cuevas y Miguel Ángel Casillas Alvarado. Una historia de la UAM sus primeros 25 años, Vol.1, México D.F, 2000 ed. UAM
- 3.- Villa Real, Documento Xochimilco. México UAM-X 1989.
- 4.- Antonio López Davis, Rafael Martín –Granizo López, Cirugía Oral y Maxilofacial 3ª edición. Editorial médica Panamericana.
- 5.- Navarro Vila Carlos. Cirugía Oral. 1ª edición Aran 2008
- 6.- Sapp, Eversole, Wysocki, Patología Oral y Maxilofacial Contemporanea. 2ª edición, editorial Mosby. Barcelona España 2005.
- 7.- Villalobos-Medina M, Jiménez- Matute JM. Quiste periodontal lateral, reporte de un caso. Rev Nac Odontol. 2019;5(28):1-10. doi: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.01.08>
- 8.- H.-H. Horch. Masson, Cirugía Oral y Maxilofacial. Tomo II S.A. 1995
- 9.- Avendaño R,AR, Sosa De JL, Dávila BL. Quiste gingival del adulto de ubicación inusual. Reporte de un caso. Acta Odontológica Venezolana Volumen 55, No. 1, Año 2017. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-16/>
- 10.- Vizuite–Bolaños M, Salgado–Chavarría F, Cruz–Tapia RO. Quiste dentígero. Revisión de la literatura y reporte de caso. *Acta Odont Col.* 2022; 12(1): 80–88. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/98021>
- 11.-Diego Rojas Jiménez DDS¹; Daniela Zamora Arce²; Natalia Vargas Monge²; Diego Guillén Colombari DDS, MSc, Path³. Quiste radicular infectado. Revisión de conceptos básicos y reporte de un caso clínico. Disponible en file:///C:/Users/mi/Downloads/Dialnet-QuisteRadicularInfectadoRevisionDeConceptosBasicos-8985743.pdf
- 12.- Luna Moran, Marchena Rodríguez, Fernández Ortega. Diagnóstico y tratamiento de un quiste residual en la consulta dental. Caso clínico. Disponible en <http://www.redoe.com/ver.php?id=151&highlight>
- 13.-Diego Rojas Jiménez DDS¹; Daniela Zamora Arce²; Natalia Vargas Monge²; Diego Guillén Colombari DDS, MSc, Path³. Quiste radicular infectado. Revisión de conceptos básicos y reporte de un caso clínico. Disponible en <file:///C:/Users/mi/Downloads/Dialnet-QuisteRadicularInfectadoRevisionDeConceptosBasicos-8985743.pdf>
- 14.- Cedeño P. Manual de Cirugía Bucal. PDF
- 15.- Chiapasco M Cirugía Oral Texto y Atlas en color, editorial Masson. PDF.

16.- Universidad Autónoma Metropolitana, 2009. Logros y Horizontes 35 años de compromiso,