Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

INP

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

MANIFESTACIONES ORALES Y MANEJO ESTOMATOLÓGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS EN EL INP

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ELABORADO POR:

JESSICA ANNAHÍ REYES MARTÍNEZ

MATRÍCULA: 2202032800

PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL:

FEBRERO 2025 - ENERO 2026

ASESORES:

ASESORA INTERNA: DRA. KARLA IVETTE OLIVIA OLVERA

ASESOR EXTERNO: DR. JOSE CARLOS LARA BARREDES

(ENERO, 2026)

MANIFESTACIONES ORALES Y MANEJO ESTOMATOLÓGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS EN EL INP



ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

Dr. José Carlos Lara Barredes

(Médico adscrito del servicio de estomatología pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría)

Cédula profesional: 14543932

MANIFESTACIONES ORALES Y MANEJO ESTOMATOLÓGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS EN EL INP



ASESOR INTERNO

C.D Karla Ivette Oliva Olvera

(Especialista en odontología Pediátrica Hospital Infantil Federico Gómez)

N° económico:36669

Cédula profesional: 6982432



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

El presente informe tiene como propósito mostrar el manejo estomatológico y manifestaciones orales en pacientes con Histiocitosis de Células de Langerhans del Instituto Nacional de Pediatría (INP), ubicado en Av. Insurgentes Sur, 3700, Ciudad de México.

Elaborado durante la pasantía del servicio social en Estomatología, en el periodo de 1 de Febrero de 2025 al 31 de Enero de 2026, a lo largo de ese lapso se determinó el tema de investigación, búsqueda y elección de bibliografía, abordando temas como definición, etiología, epidemiología, clasificación, diagnóstico, tratamiento, manifestaciones orales, manifestaciones clínicas, aspectos radiográficos de la Histiocitosis de células de Langerhans (HCL), como también la solicitud a archivo clínico para recabar datos de pacientes del INP, del periodo de 2015 al 2025, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

Parte de este informe fue el seguimiento a pacientes con el diagnóstico activo y en vigilancia del INP, dando como importancia que el diagnóstico en cavidad oral, las medidas preventivas y el seguimiento que se lleva a cabo en los pacientes con HCL, su manejo estomatológico es importante para evitar lesiones óseas y en mucosas, como también conocer el seguimiento y resolución de dichas lesiones.

Palabras clave: Odontopediatría, Histiocitosis de células de Langerhans, Manifestaciones orales, Manejo estomatológico, Control radiográfico.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

- INTRODUCCIÓN
- MARCO TEÓRICO
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODOS
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

ANEXOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El servicio social es parte de la etapa final para obtener el título de la licenciatura de Estomatología, en este informe se dan a conocer parte de las actividades que se desarrollan en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), y el papel que desempeña el pasante del servicio social dentro del área de Estomatología Pediátrica. Este período tiene una duración de un año, iniciando el 1 de Febrero de 2025 y concluyendo el 31 de Enero de 2026.

Realizar el servicio social permite desarrollar habilidades, conocimientos, abordaje en tratamientos complejos, responsabilidades y experiencia práctica, al ser un hospital de enseñanza cuenta con residentes los cuales se encargan en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes pediátricos, las actividades como pasante quien incluye el apoyo en agendar citas, solicitud de estudios, elaboración de recetas, impresión de notas de evolución, control de higiene en pacientes, como también la realización de tratamientos supervisados por un médico adscrito.

El INP permite el aprendizaje mediantes clases, sesiones en auditorios, médicos adscritos que resuelven dudas, cursos impartidos por el servicio de Estomatología, realización de actividades de apoyo como aparatología, mismos que como pasante se pueden tomar.

Parte de llevar a cabo este proyecto es el asesoramiento para realizarlo, con apoyo de un asesor interno que forma parte de la universidad y un asesor externo en este caso de un médico adscrito del INP, mismo que se realiza mediante una investigación del manejo estomatológico, manifestaciones orales y control radiográfico en pacientes con Histiocitosis de Células de Langerhans del INP, esto mediante citas para toma de fotografías intraorales y extraorales, tratamientos preventivos, toma de radiografías en pacientes de primera vez y pacientes en seguimiento por el servicio de Estomatología.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una neoplasia hematológica de etiología desconocida, con una frecuencia mínima, donde hay una acumulación y proliferación de células de Langerhans (CL) de forma anormal, dando lugar a lesiones destructivas, donde pueden verse afectados órganos y/o tejidos, presentando una variabilidad en la presentación clínica, lo que puede causar error en el diagnóstico, por lo que realizar estudios para confirmar el diagnóstico diferencial es de importancia, esto por medio de una biopsia y estudio histológico [1,2].

Dentro de la clasificación de la HCL se divide en tres grupos, su clasificación se dará por el número de lesiones y su ubicación. De la siguiente forma: afectación multisistémica de alto riesgo (daño a órgano de riesgo), multisistémica de bajo riesgo (sin daño a órgano de riesgo) y afectación de un sistema u órgano (monosistémica). Esta misma clasificación permite darle un correcto manejo médico a los pacientes pediátricos, es decir, dependiendo el grado de daño que tenga dependerá del abordaje en tratamiento médico, con quimioterapia y de ser necesario realizar una intervención quirúrgica, también se puede conocer pronóstico del paciente, debido a que haya afectación en órgano de riesgo (bazo, médula ósea e hígado) se considera un mal pronóstico [1,3].

Dentro de la cavidad oral se pueden hallar signos y síntomas clínicos patológicos, los cuales pueden imitar trastornos y desórdenes infecciosos o inflamatorios, de otros diagnósticos similares a la HCL, es importante destacar que suele ser en la cavidad bucal el primer signos clínico de la HCL, por lo que realizar la historia clínica, examen clínico bucal, estudios de laboratorio y radiográficos por parte del odontopediatra permite detectar de forma oportuna la HCL, y realizar la interconsulta para la confirmación adecuada del diagnóstico [4].

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos

La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) fue descrita en un principio por el doctor Thomas Smith en el año 1865, reportando el caso de un niño de 4 años de edad con impétigo y tres defectos óseos en huesos largos. Después en 1868, Paul Langerhans observó células dendríticas no pigmentadas en la epidermis y membrana mucosa, considerándose en un principio neuronales, que luego corrigió él mismo [2]. En 1893 Alfred Hand lo tituló "poliuria y tuberculosis", basándose en el caso de un niño de tres años con exoftalmos, poliuria, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia y destrucción ósea, años después planteó que la causa era probablemente neoplásica [5].

Posteriormente e independientemente uno del otro Artur Schüller en 1915 y Henry Christian en 1920 describieron casos similares con lesiones osteolíticas y afección de las encías [1, 5].

Años siguientes Lichtenstein y Jaffe, en 1940, presentaron dos pacientes con lesiones líticas, formadas por histiocitos y un denso infiltrado de eosinófilos denominado granuloma eosinofílico del hueso; lesiones óseas que se encontraban mayormente en cráneo, fémur, costillas, vértebras y mandíbula, con síntomas como

dolor e inflamación, al igual que presentaban fracturas, problemas dentales y otitis media [5].

No fue hasta el año 1953 que se propone el término histiocitosis X por Lichtenstein, donde "X" significa desconocido, para representar la falta de entendimiento del trastorno [6]. Lichtenstein reunió al granuloma eosinofílico (identificado por la HCL óseo solitario o múltiple), con la enfermedad de Hand-Schüller-Christian (identificada por diabetes insípida, lesiones óseas y exoftalmos) y la enfermedad de Abt-Letterer-Siwe (HCL multiorgánica en edad temprana) [5]. Después en 1973, Christian Nezelof propone a la célula de Langerhans como el origen de la HCL, sustituyendo el término histiocitosis X por histiocitosis de células de Langerhans [5]. A principios de la década de 1990 mostraron que la HCL consistía en una acumulación de células monoclonales, lo que sugiere un trastorno neoplásico, los datos más recientes, en conjunto, inclinan la balanza hacia una aberración inmunológica [7].

Definición

La HCL es un trastorno hematológico de células dendríticas (células presentadoras de antígeno) de origen mieloide, que se caracteriza por una infiltración, proliferación y acumulación de un histiocito de célula de Langerhans patológica, considerada una célula mononuclear dendrítica, originadas en la médula ósea, cumpliendo funciones inmunológicas, en especial con el desarrollo de antígenos de linfocitos T [2, 8].

La infiltración monoclonal de células de Langerhans, junto con otras células efectoras inmunes, causa lesiones tisulares destructivas localizadas como resultado de la infiltración celular [2].Su proliferación puede ser localizada (lesión única), o bien, generalizada (en varios órganos y sistemas), con compromiso en huesos, piel, dientes, tejido gingival, oídos, órganos endocrinos, pulmones, hígado, bazo, ganglios linfáticos y médula ósea, causando enfermedades como: granuloma eosinófilo, síndrome de Letterer-Siwe y síndrome de Hand-Schüller-Christian. Estos síndromes pueden tener manifestaciones variadas y en su mayoría los pacientes con HCL presentan manifestaciones de más de uno de éstos [8,9].En el caso de lesiones granulomatosas, integradas por histiocitos langerina-positivos (CD207+) y un infiltrado inflamatorio pueden formarse en algún sistema orgánico, pero tienen una afinidad en piel, hueso, hipófisis y pulmones [10].

En niños con afectación del hígado, bazo o médula ósea tienen el mayor riesgo de muerte por HCL, por ello, se clasifican como HCL de alto riesgo, e integrar algunos estudios clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos, es necesario para una detección oportuna [10,11].

Epidemiología

La frecuencia de incidencia de la HCL es poca, estimada de 2 a 10 casos por millón de niños menor a 15 años por año, con una edad media de diagnóstico de 3 años, su distribución es aproximadamente igual en pacientes masculinos y femeninos [12, 13]. No obstante es una enfermedad que puede presentarse a cualquier edad, desde la etapa neonatal hasta la adultez [3].

Los factores de riesgo y causas para desarrollar HCL no se encuentran claros, sin embargo se han realizado estudios poblacionales que han mostrado diferencias en

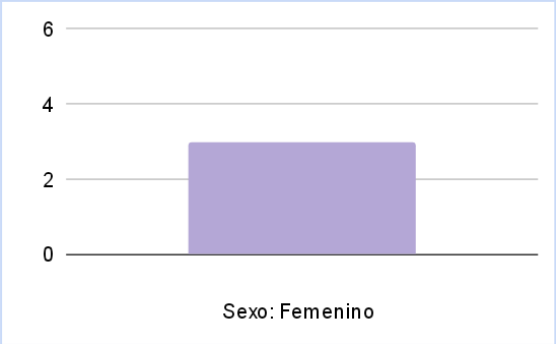
raza y etnia [13]. El programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales de Cáncer realizó un estudio en el año 2000 al 2009, por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, en el cual incluyeron pacientes pediátricos menores de 5 años con HCL, dicho estudio contó con 145 casos, donde mostraron resultados con una incidencia baja en niños de tez negra (0.41 por un millón) y más alta en pacientes hispanos (1.63 por un millón) [14]. Otro estudio realizado en el año 2013 al 2019 en Inglaterra, con los datos más recientes del Conjunto de Datos del Registro Nacional de Cáncer, incluyeron a 658 adultos y niños, donde el 49% eran niños, y el 79 % de ellos eran de tez blanca, en sus resultados no se observó un aumento con la población hispana, mostrando la variabilidad de tener HCL en cuanto a la raza [15].

Posteriormente en el período 2010-2016 el programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales de Cáncer, muestra datos de HCL con una incidencia máxima en el primer año de vida y después disminuyó de forma constante con la edad [12].

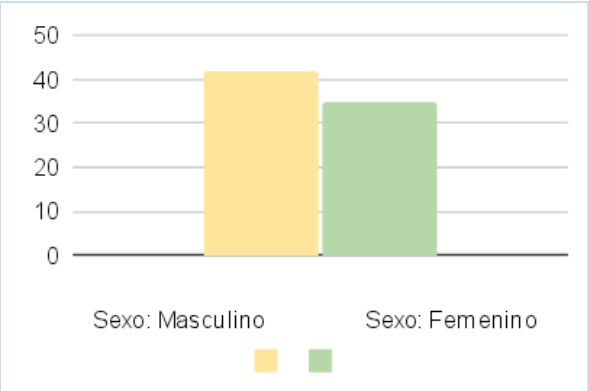
También se ha sugerido la presencia de una predisposición germinal, en un estudio de gemelos, mostró un resultado de 1% de incidencia, con mayor tasa en gemelos monocigóticos [13, 16]. De igual manera se han asociado diferentes neoplasias con la HCL como el carcinoma de pulmón, carcinoma de tiroides; en linfomas de Hodgkin y no Hodgkin que a menudo se producen de forma concurrente en los mismos ganglios. La neoplasia hematológica más común notificada es la leucemia mieloide aguda, que a menudo se produce años después de la HCL. Por el contrario la leucemia linfoblástica aguda (LLA) se produce comúnmente durante el tratamiento de HCL, mostrando que comparten las mismas mutaciones oncogénicas [13].

En México se ha mostrado una incidencia de casos estimada en 4.3 por cada millón de niños menores de 18 años, reportándo aproximadamente 100 casos nuevos al año [3].

En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) contamos con los datos de pacientes que se encuentran activos en el sistema del hospital, del año 2015 al 2025, los cuales se muestran en la gráfica 1 y gráfica 2:



Gráfica 1. Pacientes con diagnóstico de HCL activa, de 0-17 años 11 meses de edad. Con un total de 3 pacientes de sexo femenino.



Gráfica 2. Pacientes con diagnóstico de HCL en vigilancia, de 0-17 años 11 meses de edad. Con un total de 42 pacientes de sexo masculino y 35 pacientes de sexo femenino, con un total de 77 pacientes.

Los datos de pacientes con HCL activa (gráfica 1) y en vigilancia (gráfica 2) del INP, son un total de 80 pacientes, en la interpretación de las gráficas se refleja que no muestra predisposición de sexo (datos no publicados del INP).

Etiología

Su etiología sigue siendo desconocida, debido a su variedad clínica y comportamiento biológico, sin embargo cuenta con dos hipótesis, las cuales son: la desregulación del sistema inmunitario y neoplásica, con la transformación maligna de las células dendríticas por mecanismos de mutación genética [1,11].

En la desregulación del sistema inmune las lesiones se caracterizan por una producción y liberación descontrolada de citocinas, quimiocinas, células de Langerhans, células inflamatorias como linfocitos T, macrófagos, células plasmáticas, eosinófilos, células gigantes multinucleadas similares a osteoclastos y neutrófilos [11]. En este microambiente inflamatorio destaca el papel de linfocitos T y citoquinas, las cuales contribuyen a las manifestaciones clínicas y en el desarrollo de lesiones con fibrosis, necrosis y osteolisis [1].

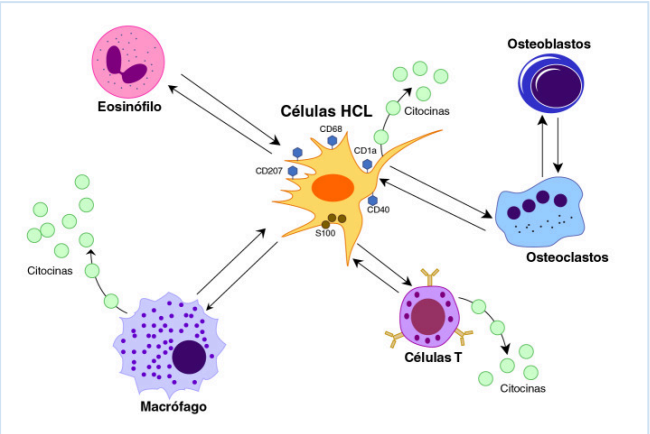


Figura 1. Las células de Langerhans en la histiocitosis expresan principalmente las proteínas CD1a, CD68, CD40, CD207 y S100 [11].

La proteína *BRAF* forma parte de la vía *MAPK* (vía de las proteínas quinasas activadas por mitógenos), la cual su función e implicación es en procesos de proliferación, diferenciación y fosforilación de proteínas del ciclo celular [3].

En la hipótesis de un trastorno neoplásico se observan mutaciones en la vía *MAPK*, en especial *BRAF* (frecuentes en HCL, melanomas, cáncer colorrectal y tiroideo) [3,17].

En el año 2010 se mostró histiocitos patológicos CD1a y CD207 en el 60% de los casos, quienes portaban una mutación somática de la variante oncogénica *BRAF V600E* en la activación de la vía de la *MAPK,* esto ocasiona una hiperfosforilación de *ERK* (quinasa regulada por señal extracelular) causando un incremento en la transducción de señales en el núcleo de las células [1,3, 17].

En el 40% de los casos restantes se encontraron mutaciones *de BRAF,* de la vía *MAP2K1, MEK1* (producto del gen *MAP2K1*), y reordenamientos estructurales de *BRAF* [17].En una pequeña proporción de casos de HCL no presentan anomalías genéticas detectables y la causa de la activación de la vía de la *MAPK* aún está por determinar, sin embargo, las mutaciones en *BRAF* sólo se identifican entre 45 y 65% de los pacientes con HCL, mientras que la hiperfosforilación de *ERK* en todos los casos con HCL [3, 17].

La célula que da origen a la HCL también ha recibido debate, pues en pacientes con formas clínicas graves se han detectado mutaciones en precursores mieloides, como células dendríticas (CD11c o monocitos CD14) histiocitos que derivan del sistema fagocítico mononuclear de la médula ósea, procedentes de células madre CD34; por otro lado en las menos graves se han descrito células residentes de cada órgano afectado, ambas por la activación patológica de *ERK* [1, 18].

La vía *RAS-RAF-MEK1/2-ERK1/2*, conocida como *MAPK*, genera señales de activación, proliferación, diferenciación y supervivencia de precursores de células dendríticas mieloides a señales ambientales extracelulares [1, 19].

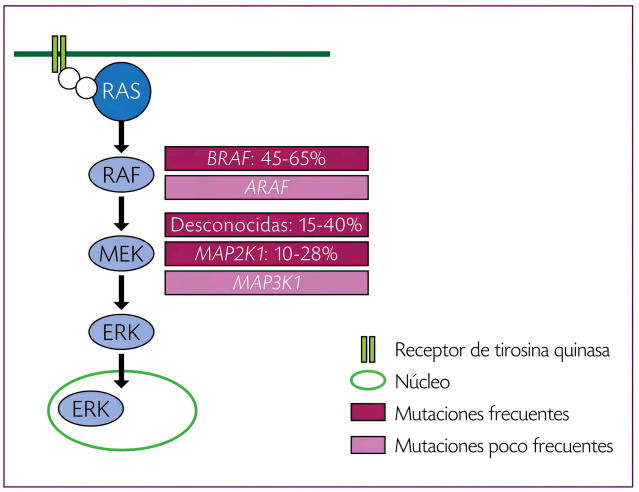


Figura 2. Mutaciones en la vía MAPK en pacientes con histiocitosis de células de Langerhans [3].

Clasificación

Los trastornos histiocíticos tienen una gran variedad de afecciones, por ello en 1987 la Histiocyte Society clasificó por primera vez los trastornos histiocíticos, pero fue en el 2016 que se aprobó una organización en cinco grupos principales, las cuales son:[3, 20, 21]

- Grupo L: histiocitosis de células de Langerhans y Erdheim-Chester
- Grupo C: histiocitosis de células no-Langerhans (cutáneas y mucocutáneas)
- Grupo R: enfermedad de Rosai-Dorfman (RDD)
- Grupo M: histiocitosis malignas (primaria y secundaria)
- Grupo H: síndrome de activación de macrófagos y linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH)

Dentro de esa clasificación se subdivide el grupo L, clasificándose la HCL en subtipos, dependiendo en el número de lesiones y su localización como monosistémicos (unifocal, pulmonar, tejidos blandos y del sistema nervioso central [SNC]) y multisistémicos (sin afectación y con afectación de órganos de riesgo) [3, 22]. La afectación de uno de los tres órganos de riesgo incluyen: hígado, bazo y médula ósea, es decir disfunción del sistema hematopoyético [23].

- Grupo 1: Enfermedad multisistémica de alto riesgo -> involucra uno o más órganos de riesgo.
- Grupo 2: Enfermedad multisistémica de bajo riesgo -> implica dos o más órganos.
- Grupo 3: Enfermedad de un solo órgano o sistema -> una o más lesiones [11,23].

La organización Histiocyte Society considera al subtipo multisistémico de alto riesgo cuando se encuentra afectado el hígado, médula ósea o bazo [22]. Actualmente se recomienda utilizar esta clasificación (tabla 1), ya que conocerla permite orientar sobre la conducta terapéutica a seguir como también predecir el pronóstico y monitorizar la enfermedad [3, 23].

Grupo 1	Afección multisistémica de alto riesgo	Afección de cualquier órgano de riesgo:* hígadoa, bazob y/o médula óseac
Grupo 2	Afección multisistémica de bajo riesgo	Afección de dos o más órganos (sin daño a órganos de riesgo)
Grupo 3	Afección de un solo órgano o sistema	Una o más lesiones en un solo órgano.

*Se consideran órganos de riesgo porque al estar afectados, confieren un mayor riesgo de mortalidad asociada a la enfermedad.
[a] Afección hepática = hepatomegalia >3 cm por debajo del borde costal, hiperbilirrubinemia >3 veces su valor normal, hipoalbuminemia, elevación de enzimas hepáticas, ascitis o edema.
[b] Afección esplénica = esplenomegalia >3 cm por debajo del borde costal a nivel de la línea media clavicular, corroborado por ultrasonido.
[c] Afección hematopoyética = trombocitopenia < 100 000/mm3 y hemoglobina <10 g/dl.

Tabla 1. Clasificación actual de la histiocitosis de células de Langerhans [3]. La cual será en la que se basará este trabajo

En el INP, la clasificación y tratamiento actual en pacientes con diagnóstico de HCL activa y en vigilancia es la siguiente:

Sexo	Edad	Clasificación	Tratamiento actual
F	6 Año(s) 6 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3), tercera recaída pulmonar (en el año 2020, 2021 y 2023)	• Quimioterapia vía intravenosa y vía oral • Vinblastina y Prednisona
F	11 Año(s) 9 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3), con afectación en órbita izquierda	• Quimioterapia vía intravenosa y vía oral • Vinblastina, Prednisona y ondansetrón
F	4 Año(s) 6 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3), con lesiones líticas en columna lumbar en L5 y L1, y en región temporal posterior derecha	• Quimioterapia vía intravenosa y vía oral • Vinblastina, Prednisona y ondansetrón

Tabla 2. Sexo, edad, tipo de clasificación y tratamiento actual de pacientes con diagnóstico de HCL activa del INP, en esta tabla se muestra un total de tres pacientes de sexo femenino, con clasificación monosistémica de HCL (datos no publicados del INP).

Sexo	Edad	Clasificación
M	4 Año(s) 7 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	4 Año(s) 11 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	5 Año(s) 10 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	7 Año(s) 4 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	10 Año(s) 10 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	5 Año(s) 7 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	6 Año(s) 9 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	4 Año(s) 3 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	8 Año(s) 6 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	13 Año(s) 4 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	16 Año(s) 5 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
F	7 Año(s) 2 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	4 Año(s) 10 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)

F	9 Año(s) 1 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
F	17 Año(s) 8 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	8 Año(s) 5 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	8 Año(s) 7 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	12 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	7 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	7 Año(s) 10 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	8 Año(s) 7 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
F	7 Año(s) 10 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	7 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	7 Año(s) 10 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	8 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	13 Año(s) 5 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	7 Año(s) 11 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	9 Año(s) 10 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	9 Año(s) 6 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	11 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	16 Año(s) 0 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	9 Año(s) 9 Mes(es)	HCL multisistémica de bajo riesgo (Grupo 2)
M	15 Año(s) 3 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	8 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	9 Año(s) 7 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	8 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	10 Año(s) 0 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	11 Año(s) 2 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	10 Año(s) 4 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	11 Año(s) 6 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)

M	13 Año(s) 9 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	14 Año(s) 1 Mes(es)	HCL multisistémica de bajo riesgo (Grupo 2)
M	2 Año(s) 2 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	10 Año(s) 8 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	3 Año(s) 6 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	3 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	14 Año(s) 3 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	11 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	14 Año(s) 7 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	11 Año(s) 3 Mes(es)	HCL multisistémica de bajo riesgo (Grupo 2)
M	11 Año(s) 10 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	11 Año(s) 0 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	11 Año(s) 6 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	13 Año(s) 9 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	14 Año(s) 4 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	11 Año(s) 2 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	11 Año(s) 5 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
F	11 Año(s) 2 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	9 Año(s) 6 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	11 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	16 Año(s) 0 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	9 Año(s) 9 Mes(es)	HCL multisistémica de bajo riesgo (Grupo 2)
M	15 Año(s) 3 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	8 Año(s) 11 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	9 Año(s) 7 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	10 Año(s) 4 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	6 Año(s) 0 Mes(es)	HCL multisistémica de bajo riesgo (Grupo 2)

F	9 Año(s) 1 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
F	8 Año(s) 5 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	8 Año(s) 7 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
F	7 Año(s) 10 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	7 Año(s) 10 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	13 Año(s) 5 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
M	9 Año(s) 10 Mes(es)	HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1)
M	2 Año(s) 2 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	10 Año(s) 8 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)
F	10 Año(s) 8 Mes(es)	HCL monosistémica (Grupo 3)

Tabla 3. Sexo, edad y tipo de clasificación en pacientes con diagnóstico de HCL en vigilancia del INP, en la tabla se muestra un total de 35 pacientes de sexo femenino y 42 de sexo masculino. También se muestran 17 pacientes con HCL multisistémica del grupo 1, 5 pacientes con HCL multisistémica del grupo 2 y 55 pacientes con HCL monosistémica del grupo 3; siendo un total de 77 pacientes con HCL en vigilancia (datos no publicados del INP).

La tabla número 2 nos muestra los pacientes con diagnóstico de HCL activa que se encuentran en el INP, en la que refleja a 3 pacientes de sexo femenino que llevan como tratamiento quimioterapia vía intravenosa y vía oral en el INP. Por otro lado tenemos la tabla número 3 que muestra a los pacientes con diagnóstico de HCL que se encuentran en vigilancia y que llevan un seguimiento por parte de los servicios de hematología y oncología, siendo 17 pacientes del grupo 1, 5 pacientes del grupo 2 y 55 pacientes del grupo 3, siendo un total de 77 pacientes.

También es necesario mencionar que en pacientes con HCL que no responden al tratamiento inicial proporcionado se definirá como HCL refractaria, y en pacientes que se encuentran en remisión y presentan nuevamente HCL se describe como HCL recurrente [25].

Diagnóstico médico

El diagnóstico de HCL se basa en datos clínicos, radiológicos e histopatológicos [26, 27]. Los análisis de sangre y las imágenes forman parte del objetivo de conocer y establecer la extensión de la enfermedad, en caso de sospecha de HCL [26].

El cuadro clínico incluye un aspecto general con cambios en la conducta y modificaciones neurológicas [28]. La guia del Instituto Mexicano del Seguro Social menciona que va acompañado de:

Signos	Síntomas
- Pérdida de peso - Ictericia - Exantema - Astenia - Sudoración nocturna - Lesiones mucosas o cutáneas - Palpación del bazo, ganglios linfáticos e hígado (linfadenopatía o citopenias) - Dermatitis seborreica en lactantes, que afecta la zona cabelluda, área del pañal, pliegues axilares y cuello - Lesiones líticas en bóveda craneal, base del cráneo y esqueleto axial	- Fatiga - Tos - Fiebre - Disnea - Otorrea - Hiporexia - Polidipsia - Poliuria - Diarrea - Irritabilidad - Dolor óseo a la presión

Tabla 4. Cuadro clínico en pacientes con HCL [24, 26, 29].



Figura 3. Lesiones cutáneas diseminadas en paciente con HCL [26].

Una vez realizada la historia clínica completa, junto con el examen físico detallado, junto con la audiometría, se pasan a las pruebas diagnósticas basales, los cuales incluyen estudios de laboratorio como: tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa), tiempo de protrombina (TP), biometría hemática completa (BHC), pruebas de función hepática, proteínas totales, estudios de coagulación, análisis de osmolaridad y densidad urinaria [24, 28, 30].

También se deben incluir estudios de gabinete, entre ellos está la resonancia magnética, tomografía computarizada, radiografía posteroanterior y lateral de tórax, serie ósea metastásica (gamagrafía ósea de forma complementaria), esto permite valorar con exactitud el grado de destrucción ósea cortical y trabecular en los sitios con riesgo de fractura inminente. De encontrarse lesiones líticas en radiografías y en base a los resultados de los estudios realizados previamente se sugiere sospechar de una histiocitosis, y es necesario dirigir a una biopsia del tejido afectado del órgano más accesible, ya sea ganglio, piel o hueso [28, 30].

Es relevante señalar que en caso de hallar alteraciones en la BHC (leucopenia, trombocitopenia, pancitopenia y/o citopenia persistente), se sugiere realizar biopsia ósea, aspirado y biopsia de médula ósea, para confirmar la sospecha de HCL, en la que se caracteriza la infiltración tisular por histiocitos CD1a y CD207 [24, 26, 27, 28].

Una vez diagnosticada, la HCL infantil puede clasificarse como monosistémica o multisistémica, de alto o bajo riesgo [26].

Diagnóstico diferencial médico

La presentación cutánea de la HCL causa un amplio espectro de diagnóstico diferencial [31]. Dentro de las cuales las más destacadas se incluyen: Rosai-Dorfman, xantogranuloma juvenil, dermatitis seborreica, leucemia neonatal y mastocitosis cutánea difusa, las cuales se detallan a continuación: [18, 28, 32]

- *Rosai-Dorfman*

La enfermedad de Rosai-Dorfman forma parte de la histiocitosis de células no Langerhans, su espectro clínico es variable, su manifestación cutánea es poco frecuente en la infancia, la cual se relaciona a infecciones virales, con un curso benigno, aunque existe el riesgo de cicatrización extensa si no se instaura un tratamiento temprano [33].



Figura 4. Lesiones cutáneas de paciente masculino de 3 años de edad, con presencia de múltiples nódulos subcutáneos blandos y ulcerados en dorso de cuerpo [33].

- *Xantogranuloma juvenil (JXG)*

Suele presentarse mayormente en pacientes pediátricos, su manifestación clínica son: pápulas cutáneas o máculas de color anaranjado/amarillo, púrpura o marrón. Estas lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, a veces de manera aislada [34].



Figura 5. Manifestación de lesiones dispersas, en paciente con JXG [34].

- *Dermatitis seborreica*

En niños se puede producir un eccema herpético extenso, herpes simple, e infección herpética generalizada, presentándose lesiones múltiples, vesículas y lesiones en proceso de cicatrización de color oscuro, con predisposición a sangrar y supurar ligeramente, presentándose con mayor frecuencia en cara, cuero cabelludo y extremidades inferiores [35].



Figura 6. Niño de siete meses con lesiones por dermatitis seborreica infantil, con mayor afectación en el ojo izquierdo [35].

- *Leucemia neonatal*

Es una enfermedad con poca frecuencia, sin embargo presentan una alta tasa de mortalidad, en la etapa neonatal, sus alteraciones en piel son: leucemia cutis (síndrome de bebé muffin de arándanos), lesiones indiferenciadas como placas eritematosas y nódulos firmes [36].



Figura 7. Recién nacido, con 16 días de vida, con presencia de placas eritematosas diseminadas en cara, tórax y región abdominal [36].

- *Mastocitosis cutánea difusa*

Mastocitosis se define como la proliferación clonal de mastocitos en diferentes órganos, afectando frecuentemente la piel. La mastocitosis cutánea difusa forma parte de la clasificación recomendada por la Organización Mundial de la Salud, la cual es: mastocitosis cutánea, mastocitosis sistémica y mastocitoma extracutáneo [37]. Presentándose en los primeros 18 meses de vida, con presencia de ampollas hemorrágicas [37].



Figura 8. Mastocitosis cutánea difusa en un lactante, con un desarrollo espontáneo de ampollas y vesículas, causadas por fricción [37].

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas son variables, presentándose desde lesiones solitarias mínimamente sintomáticas hasta una enfermedad multisistémica rápida y severa, debido a lesiones granulomatosas [22, 38]. La afectación cutánea es muy común y representativa en la HCL multisistémica, en la cual se presenta una afectación sistémica en la mayoría de los casos [39].

Dentro de las más comunes se encuentran: pápulas marrones, púrpura y erupción eccematosa semejante a la de una infección por cándida, estas pueden ser lesiones

circunscritas o diseminadas como múltiples o únicas [3, 11, 39]. En presencia de pápulas, estas tienden a converger, formando placas de costra hemática [3].



Figura 9. A) Lesiones con placas dispersas en cara y torso del cuerpo. **B)** Lesiones erosivas redondas en el brazo [40].

Estas lesiones se observan en cualquier parte del cuerpo, sin embargo predomina más en sitios como en cara, cuero cabelludo, tronco del cuerpo, ingle, pliegue axilar, palma de la mano y planta del pie [3, 40].

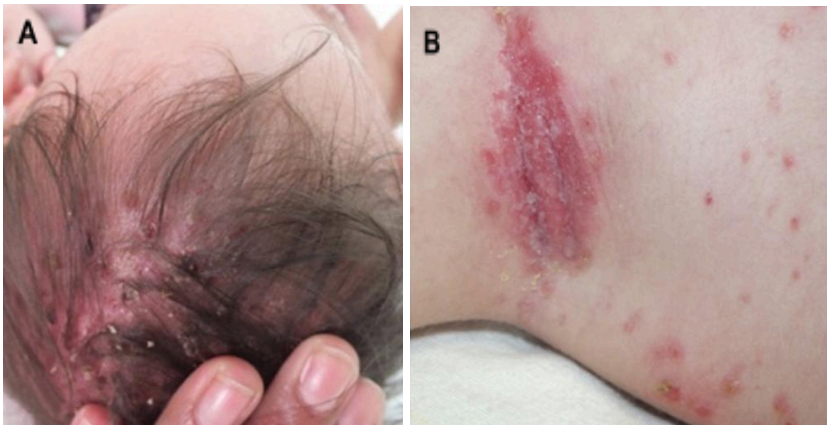


Figura 10. A) Presencia de placas eritematosas en la cuero cabelludo. **B)** Pápulas eritematosas en pliegue axilar [3].

Otras lesiones cutáneas que se pueden encontrar son: pústulas purpúreas, nódulos, petequias o vesículas [11].



Figura 11. Petequias, presentes en el dorso del cuerpo y en pliegue inguinal [13].

También puede presentarse dermatitis generalizada, con presencia de máculas hipercrómicas, como se muestra a continuación:



Figura 12. Paciente actual del INP. Fotografías de paciente femenina de 5 años, 2 meses de edad con los siguientes diagnósticos y antecedentes: HCL en tercera recaída pulmonar (2020, 2021 Y 2023) y desnutrición crónica moderada. Con protocolo de quimioterapia, en su 5to curso de 6 con los fármacos cladribina y citarabina. Hospitalizada por el servicio de Oncología debido a presencia de dermatosis generalizada. **A)** Presencia de máculas hipercrómicas en abdomen, flictenas en región torácica y miembros pélvicos, de forma circular u ovoides de aproximadamente 5 mm de diámetro la más grande, de color marrón oscuro. **B)** Presencia de hiperpigmentación, ampollas tensas y collarete epidérmico descamativo residual a nivel de ambos párpados superiores. **D, E)** Lesiones de collarete epidérmico descamativo residual, con edema y eritema en labios. Paciente refiere dolor y dificultad para su alimentación. *(Fuente directa).*

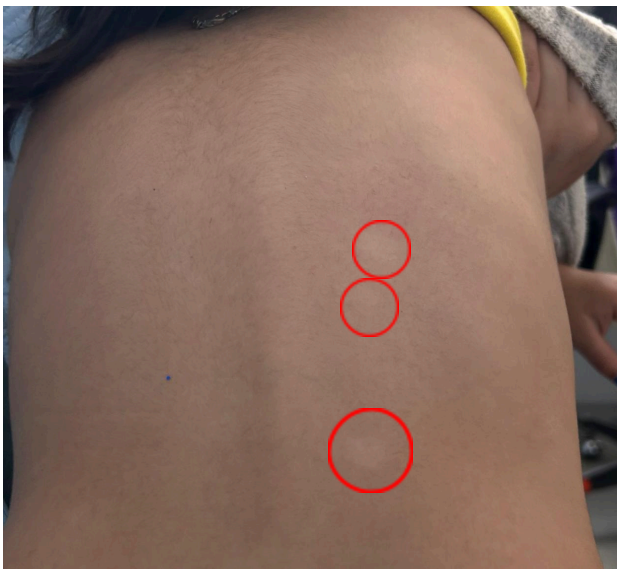


Figura 13. Paciente actual del INP. Fotografías de paciente femenina de 4 años, 6 meses de edad con los siguientes diagnósticos y antecedentes: HCL monosistémica (Grupo 3), con lesiones líticas en columna lumbar en L5 y L1, y en región temporal posterior derecha. En tratamiento con Vinblastina, Prednisona y ondansetrón. En la fotografía se observa el dorso de la espalda, encerrado con ayuda de un círculo de color rojo, máculas hiperpigmentadas, de contornos irregulares, limitada, con diámetro aproximadamente de 2-3cm, de color marrón claro a blanquecinas, sin elevación, con superficie íntegra. *(Fuente directa)*.

Tratamiento y manejo médico

Las recientes recomendaciones y enfoques terapéuticos varían, el consenso internacional de expertos describen las opciones de tratamiento para la HCL según la extensión de la enfermedad, la afectación orgánica y el perfil genético [12, 41].

El manejo de la HCL monosistémica suele ser de forma conservadora, mediante tratamiento tópico o de observación; las lesiones y síntomas asociadas a esta clasificación suelen resolverse incluso si no se ha logrado su escisión completa, su aplicación de esteroides como la prednisona, la cual se usa para la resolución de lesiones y aliviar el dolor [41, 42]. La Histiocyte Society recomienda administrar quimioterapia sistémica cuando hay compromiso del SNC, en afectación en base del cráneo y huesos orbitarios, denominados como sitios de "riesgo del SNC", aplicando el protocolo de combinación estándar de vinblastina y prednisona durante 6 a 12 meses [25, 42, 43].

En niños la HCL multifocal/multisistémica se indica la terapia sistémica, con un abordaje estándar que consiste en quimioterapia mediante vía intravenosa o vía oral, en combinación de prednisona y vinblastina, regularmente durante un año, en la mayoría de los casos tienen una respuesta eficaz y tolerante, sin efectos significativos a largo plazo [42].

Otras alternativas en tratamiento en niños y adolescentes son las siguientes:

- Dabrafenib: En tumores sólidos avanzados con mutación *BRAF V600* [44].
- Vemurafenib: Para trastornos histiocíticos con mutaciones *BRAF V600* [44].

- Trametinib ± dabrafenib: Cáncer donde alberga mutaciones *BRAF V600* (inhibidor de *MEK*) [44].
- Cobimetinib: En tumores sólidos previamente tratados (inhibidor de *MEK*) [44].
- Vincristina, citarabina, etopósido, mercaptopurina y metotrexato: En HCL multifocal como agentes quimioterapéuticos convencionales [42].

En pacientes tratados con vemurafenib, dabrafenib han mostrado resultados alentadores [43]. Por otro lado en pacientes con HCL refractaria o recurrente suelen presentarse dos años posteriores al diagnóstico inicial, el tratamiento que se usa para su abordaje es quimioterapia con o sin esteroides, terapia con bifosfonatos, uso de inhibidores de la vía MAPK (siendo una alternativa prometedora) y la terapia dirigida en casos de recaída con dabrafenib y trametinib [25, 41, 42].

Manifestaciones orales

En ocasiones, las manifestaciones orales pueden ser el primer signo de HCL o, incluso, la única zona con afectación, por lo que identificarlas puede ser clave para el diagnóstico, reconocimiento y tratamiento de la HCL, en su mayoría los pacientes presentan alguna afectación en la cavidad oral [45, 46].

Las lesiones orales se ordenan según el tejido afectado:

A. Lesiones óseas: Lesiones osteolíticas solitarias o múltiples en hueso mandibular o maxilar que no afectan la mucosa oral. Estas lesiones pueden causar inflamación o dolor facial [45, 46].

B. Lesiones en mucosas: Hipertrofia gingival, necrosis gingival, afectación periodontal, pericoronitis en los primeros molares permanentes hasta su erupción completa, lesión eritematosa plana en paladar duro y blando, lesión en mucosa labial erosiva o ulcerosa, como en o en labios y lengua [47, 48].

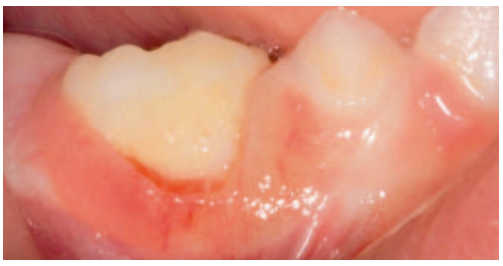


Figura 14. Se diagnostica gingivitis localizada a nivel del órgano dentario 83 y 84 en paciente de 1 año 2 meses de edad con HCL [46].

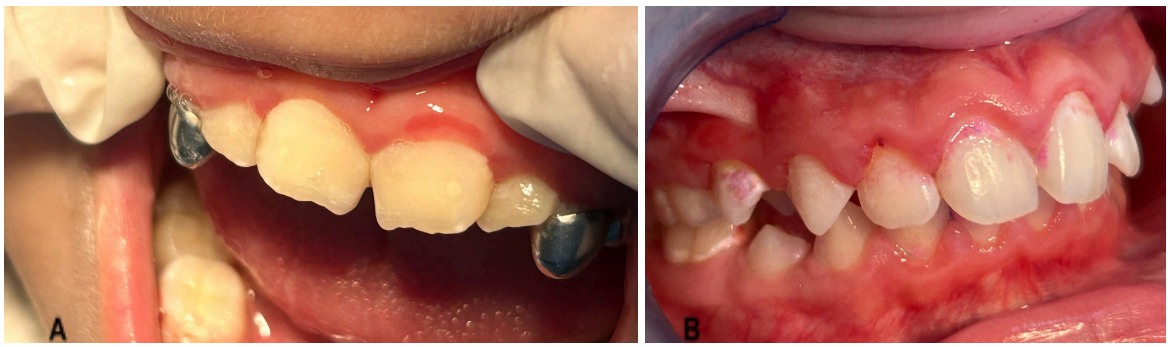


Figura 15. A) Paciente actual del INP, de sexo femenino de 9 años 11 meses de edad con HCL, con dentición mixta, que presenta gingivitis generalizada. **B)** Paciente actual del INP, de sexo masculino de 10 años 1 mes de edad con HCL multisistémica de bajo riesgo (Grupo 2), se colocó revelador de placa dentobacteriana, donde se presenta una placa de formación reciente a nivel cervical de los órganos dentarios superiores e inferiores, con una gingivitis generalizada. *(Fuente directa).*

C. Lesiones osteo-mucosas: Lesiones extensas que afectan ambos maxilares, comprometiendo los procesos alveolares con una pérdida ósea, causando recesión gingival, destrucción de encía queratinizada, presencia de bolsas periodontales, tumefacción, dolor y movilidad severa de órganos dentarios sin soporte óseo, reabsorción radicular patológica o cemento expuesto, provocando su pérdida prematura [46,47].

   La lesión osteolítica del hueso alveolar puede inducir la erupción dental precoz de los dientes temporales o permanentes superiores e inferiores, sin llevar una adecuada calcificación coronaria con escasa formación radicular [47, 48].

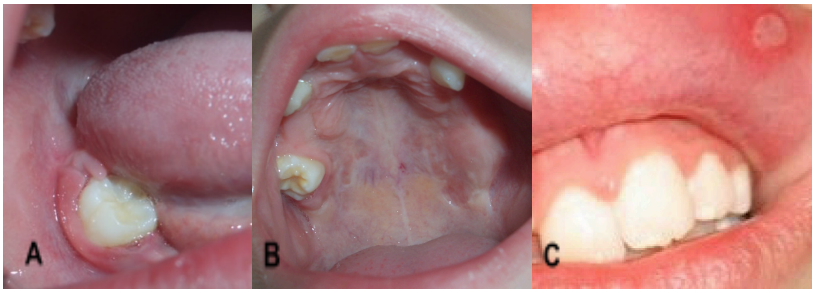


Figura 16. A) Pericoronitis. **B)** Erosión en el paladar. **C)** Lesión erosiva en mucosa del labio superior [47].

A continuación se anexan fotografías intraorales, extraorales y faciales de pacientes actuales del Instituto Nacional de Pediatría con HCL en vigilancia:

Paciente número 1, sexo femenino de 4 años 11 meses de edad con diagnóstico HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1), con órgano de riesgo pulmón, bazo y médula ósea en vigilancia sesde Septiembre de 2024. Paciente del INP desde Agosto de 2022. En Marzo de 2023 se solicita una interconsulta por el servicio de Hematología en hospitalización con motivo de una valoración por parte del servicio de Estomatología, dentro de la exploración clínica que se realizó se encuentra que paciente presentaba regulares condiciones de higiene con presencia de placa dentobacteriana en totalidad de superficies, mucosas de adecuada coloración e hidratación; dentición temporal acorde a edad y libre de caries, se solicita a madre

de menor que una vez realizado su egreso hospitalario se agendara una cita en Estomatología para un seguimiento, control y manejo de higiene.

Actualmente la paciente continúa en seguimiento en el servicio de Estomatología, a la valoración actual de la cavidad bucal se observa que presenta regulares condiciones de higiene, dentición temporal acorde a edad, lesiones cariosas en órganos dentales, mordida abierta anterior, colapso maxilar y mandibular. Figura 17 y figura 18.



Figura 17. (A, B, C y D) Paciente número 1. Fotografías extraorales. *(Fuente directa).*

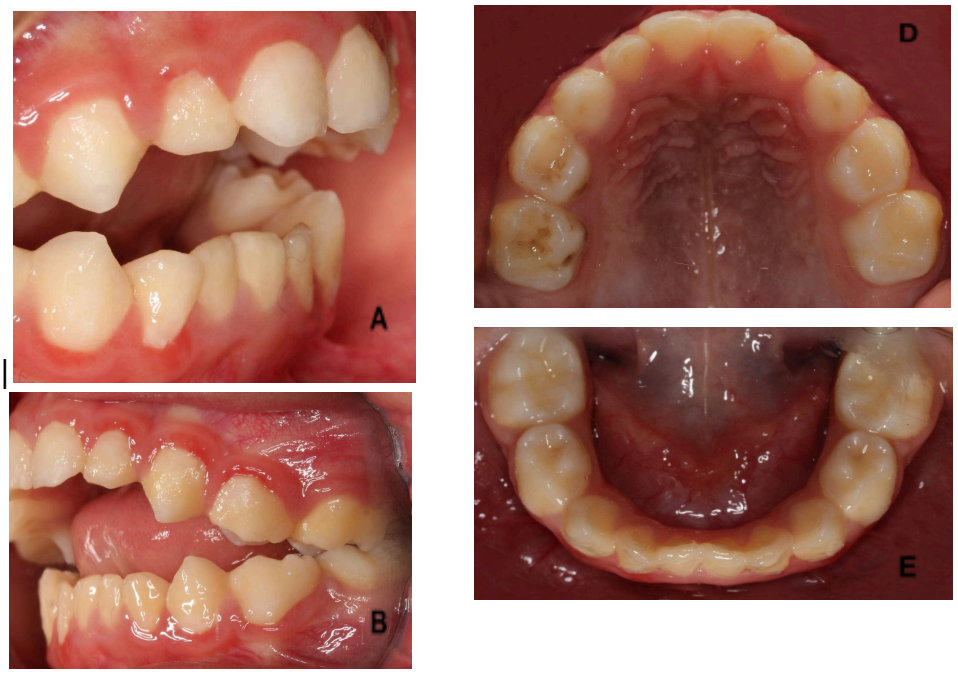




Figura 18. Paciente número 1. Fotografías intraorales. **(A, B y C)** Se observa en fotografías laterales, mordida abierta anterior, colapso maxilar y mandibular; también puede observarse placa dentobacteriana en múltiples órganos dentales, con gingivitis generalizada. **(D y E)** En fotografías oclusales se observan lesiones cariosas en molares superiores, ocluso-palatinas. *(Fuente directa).*

Paciente número 2, sexo masculino de 4 años, 7 meses de edad con diagnóstico de HCL monosistémica (Grupo clínico 3) en vigilancia desde Abril de 2024. Paciente del INP desde Noviembre de 2022.

En Agosto de 2023 se realiza la primera valoración por el servicio de Estomatología, encontrando los siguientes datos: regulares condiciones de higiene, mucosas íntegras de adecuada coloración e hidratación, glándulas salivales de adecuado volumen con conductos permeables, dentición primaria acorde a edad, lesiones cariosas en múltiples órganos dentarios y placa dentobacteriana.

- ICDAS 01 en órganos dentales 54, 55, 64, 65, 74 y 84
- ICDAS 02 en órgano dental 51
- ICDAS 03 en órganos dentales 61 y 62

En Enero de 2024 se realiza previa administración de profilaxis antibiótica a base de Amoxicilina, debido a administración de inmunosupresores (Vinblastina y Prednisona) y bajo estabilización protectora, se realiza exodoncia de órgano dental 61. Posteriormente se coloca gasa a presión embebida en subsalicilato de bismuto durante 5 minutos y se retira gasa.

A la valoración actual, se encuentra en cavidad oral, dentición temporal acorde a edad, condiciones de higiene regulares, lesiones cariosas en múltiples órganos dentales, ausencia clínica de órganos dentales. Figura 19.

- Desalojo de corona de acero cromo de órgano dental 51
- ICDAS 06 en órganos dentales 54, 64 y 84
- ICDAS 04 en órganos dentales 75 y 85
- ICDAS 03 en órganos dentales 65 y 75
- ICDAS 02 en órganos dentales 74 y 83



Figura 19. Paciente número 2. Fotografías intraorales. **(A, B y C)** Se observan fotografías laterales, donde se valora una mordida cruzada, ausencia clínica de órganos dentales

61 y 62, presencia de placa, dentobacteriana en múltiples órganos dentales, color blanco amarillentas, desprendibles al raspado y gingivitis generalizada. **(D y E)** Fotografía oclusal superior e inferior, donde se se observan lesiones cariosas en molares superiores e inferiores.*(Fuente directa).*

Posteriormente se anexan fotografías intraorales, extraorales y faciales de pacientes actuales del Instituto Nacional de Pediatría con HCL activa:

Paciente número 3, sexo femenino de 6 años 6 meses de edad, con HCL monosistémica (Grupo 3). Paciente del INP desde Mayo de 2019.

En Diciembre de 2023 se realiza interconsulta por el servicio de Oncología, para una valoración por el servicio de Estomatología, en el examen bucal se encuentra lo siguiente: presencia de regulares condiciones de higiene, lengua saburral, resto de mucosas íntegras de adecuada coloración e hidratación, dentición temporal acorde para edad, con presencia de manchas blancas en cara vestibular de órganos dentales 51, 52, 61 y 62; con presencia de placa dentobacteriana. En Febrero de 2024 se realiza bajo aislamiento relativo, sellador de fosetas y fisuras en cara vestibular de órganos dentales 52 y 62. Debido a que el paciente se encontraba libre de caries, se indicó alta del servicio de Estomatología. Reportando a paciente libre de caries, se da de alta del servicio de Estomatología.

A valoración actual se toman fotografías extraorales (figura 20) e intraorales (figura 21), y en la exploración de la cavidad oral se observa buenas condiciones de higiene, hipomineralización en múltiples órganos dentales, línea media centrada y melanosis gingival.



Figura 20. (A, B, C y D) Paciente número 3. Fotografías extraorales. *(Fuente directa).*



Figura 21. Paciente número 3. Fotografías intraorales. **(A, B y C)** Se observan fotografías laterales, relación de mordida clase I, línea media centrada, hipomineralización en superficies vestibulares en múltiples órganos dentales. **(D y E)** Fotografía oclusal superior e inferior, donde se observa ICDAS 01 en órganos dentarios 74, 84 y 64. *(Fuente directa).*

Paciente número 4, sexo femenino de 4 años 6 meses de edad, con HCL monosistémica (Grupo 3). Paciente del INP desde Mayo de 2024.

En Octubre de 2024 se solicita una interconsulta para una valoración por parte del servicio de Estomatología, ingresada a hospitalización por el servicio de oncología para biopsia de lesiones.

Se realiza exploración de cavidad oral, donde se observan adecuadas condiciones de higiene, dentición temporal libre de caries. Se explica a madre de menor la importancia de mantener adecuadas medidas de higiene durante estancia intrahospitalaria y posterior a egreso, quien refiere entender y estar de acuerdo. Se concluye valoración sin incidentes ni complicaciones, reportando en nota paciente libre de procesos infecciosos en cavidad oral.

A valoración actual se toman fotografías extraorales (figura 22) e intraorales (figura 23). A la valoración de cavidad oral se observa una buena condición de higiene, dentición temporal y libre de caries, por lo que se realiza profilaxis dental, refuerzo de técnica de cepillado y aplicación tópica de flúor.



Figura 22. (A, B, C y D) Paciente número 4. Fotografías extraorales. *(Fuente directa).*





Figura 23. Paciente número 4. Fotografías intraorales. **(A, B y C)** Se observan fotografías laterales, dentición temporal, relación de mordida clase I, libre de caries, mucosas íntegras de adecuada coloración e hidratación. **(D y E)** Fotografía oclusal superior e inferior, donde se observa ICDAS 01 en órgano dentario 62. *(Fuente directa).*

Paciente número 5, sexo femenino de 11 años 9 meses de edad, con HCL monosistémica (Grupo 3). Paciente del INP desde Noviembre de 2024, no conocida por el servicio de Estomatología.

Se realiza cita de primera vez, donde se realiza historia clínica y se toman fotografías extraorales (figura 24) e intraorales (figura 25). A la exploración de la cavidad bucal con una buena condición de higiene, dentición permanente y libre de caries, por lo que se realiza profilaxis dental, se instruye una técnica de cepillado, uso de hilo dental y se realiza aplicación tópica de flúor.



Figura 24. (A, B, C y D) Paciente número 5. Fotografías extraorales. *(Fuente directa).*





Figura 25. Paciente número 5. Fotografías intraorales. **(A, B y C)** Se observan fotografías laterales, dentición permanente, relación de mordida clase I, libre de caries. **(D y E)** Fotografía oclusal superior e inferior, donde se observan órganos dentarios libres de caries dental. *(Fuente directa).*

Aspectos radiográficos

Una vez realizada la evaluación clínica, y en caso de haber una hipermovilidad de los órganos dentales, es importante señalar de una sospecha de destrucción ósea del hueso maxilar y/o mandibular; dentro de la evaluación pueden utilizarse auxiliares de diagnóstico como una ortopantomografía o una radiografía periapical, estas lesiones pueden asemejar a un quiste periodontal, forma localizada de

periodontitis, granuloma apical, o incluso a un proceso neoplásico, por lo que para determinar su diagnóstico definitivo es necesario realizar un estudio histopatológico [45, 47].

En la evaluación radiográfica se pueden observar zonas radiolúcidas alrededor de los dientes afectados, esto se describe como "dientes flotantes" [47, 49].

Se presenta un caso de una paciente de 5 años de edad con diagnóstico de HCL, el cual en el examen clínico presentaba recesión gingival e inflamación, radiográficamente se observan dientes flotantes (figura 26), con radiolucidez alrededor de los molares temporales inferiores, esto debido a la destrucción de la lámina dura y la pérdida ósea, la paciente refería asintomatología [49].



Figura 26. Radiografía panorámica la cual muestra destrucción periodontal y la pérdida ósea (“dientes flotantes”) [49].

De igual manera se presentan las siguientes radiografías de pacientes actuales con HCL en vigilancia del INP:

Paciente número 1, sexo femenina de 4 años 11 meses de edad con diagnóstico de HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1) en vigilancia, con cese de quimioterapia desde el 9 de septiembre de 2024, la cual presenta colapso maxilar y mandibular, hipoplasia mandibular y condilar, actualmente en protocolo para abordaje quirúrgico de injerto costocondral para remodelación de hipoplasia de rama y cóndilos mandibulares. Figura 27 y 28.

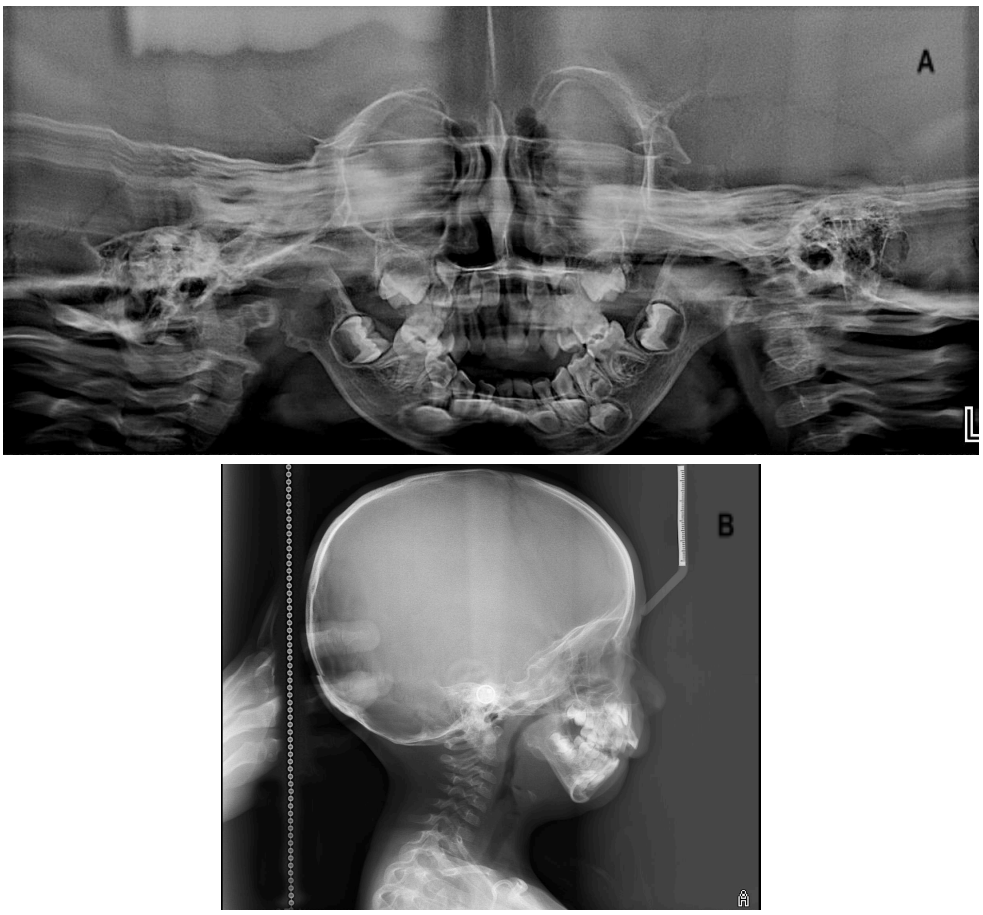


Figura 27. A) Paciente número 1. Se presenta ortopantomografía de paciente femenina de 4 años, 11 meses de edad con diagnóstico de HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1), donde se aprecia la ausencia bilateral de estructuras anatómicas de la mandíbula, manteniendo solo evidencia de la presencia de la sínfisis, parasínfisis, cuerpo y parte del ángulo de la mandíbula. Se evidencia también la falta de desarrollo de la cavidad articular del hueso temporal. Presentándose también datos de apiñamiento dental, así como la falta de espacio para alojar el resto de los dientes permanentes. **B)** Se presenta radiografía lateral de cráneo de un paciente femenina de 4 años, 11 meses de edad con diagnóstico de HCL multisistémica de alto riesgo (Grupo 1), donde es evidente la ausencia de estructuras anatómicas de la mandíbula aparentemente de manera bilateral, condicionando la deficiencia anteroposterior del tercio inferior facial, se observa perfil cóncavo, además se denota apiñamiento dental severo en el cuerpo mandibular. *(Fuente directa).*

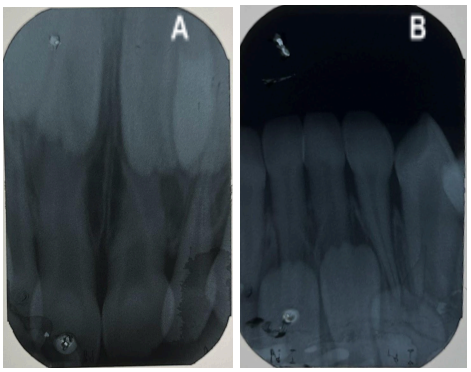


Figura 28. Paciente número 1. **A)** Radiografía periapical de órganos dentarios 51, 61 y 62, con cresta ósea disminuida. **B)** Radiografía periapical de órganos dentarios 81, 71, 72 y 73, donde se aprecia la cresta ósea disminuida. *(Fuente directa).*

Paciente número 2, sexo masculino de 4 años 7 meses de edad con diagnóstico de HCL monosistémica (Grupo clínico 3) en vigilancia desde abril de 2024, se realiza toma de serie radiográfica para su valoración y análisis. Figura 29.

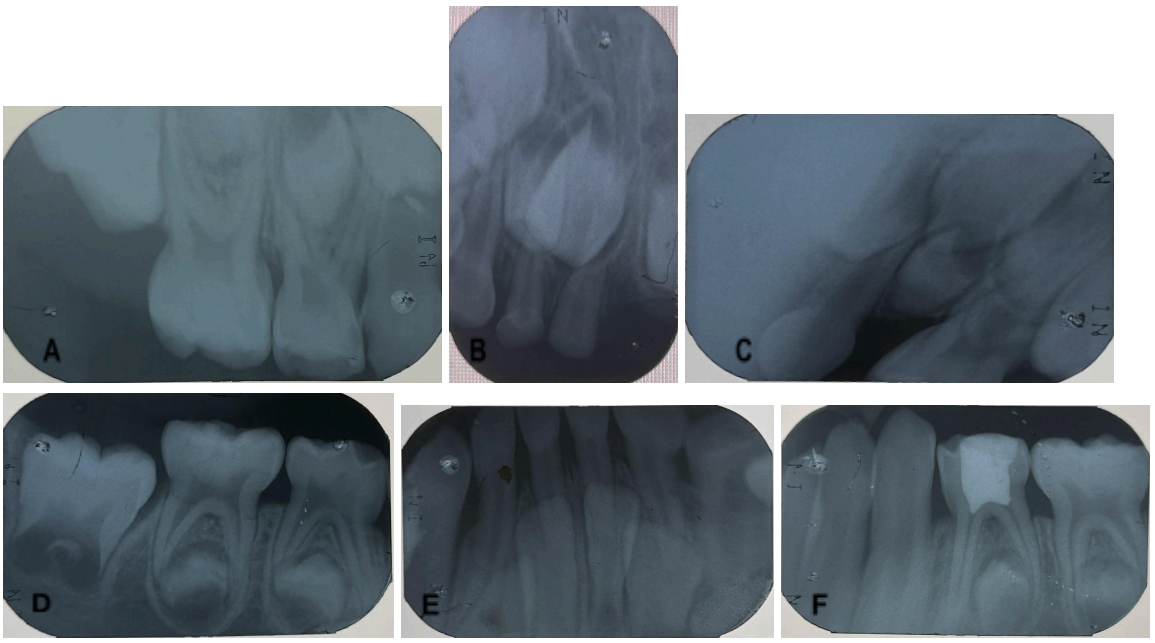


Figura 29. Paciente número 2. Serie radiográfica de paciente masculino de 4 años, 7 meses de edad con diagnóstico de HCL monosistémica (Grupo clínico 3) en vigilancia. **(A, D, E, F)** Radiografías periapicales, en las que se observan crestas óseas disminuidas, en hueso trabecular no se observa alguna irregularidad, en órgano dentario 74 se observa una zona radiopaca en cámara pulpar, tratamiento realizado en el INP, correspondiente a una pulpotomía. **(B, C)** Se observan en radiografías periapicales la cresta ósea sin disminución, ligamento periodontal en términos de normalidad. *(Fuente directa).*

Posteriormente se presentan las radiografías de pacientes actuales del Instituto Nacional de Pediatría con HCL activa:

Paciente número 3, sexo femenino de femenina de 6 años 6 meses de edad, con HCL monosistémica (Grupo 3), con HCL monosistémica (Grupo 3), se realiza toma de serie radiográfica para su valoración. Figura 30.

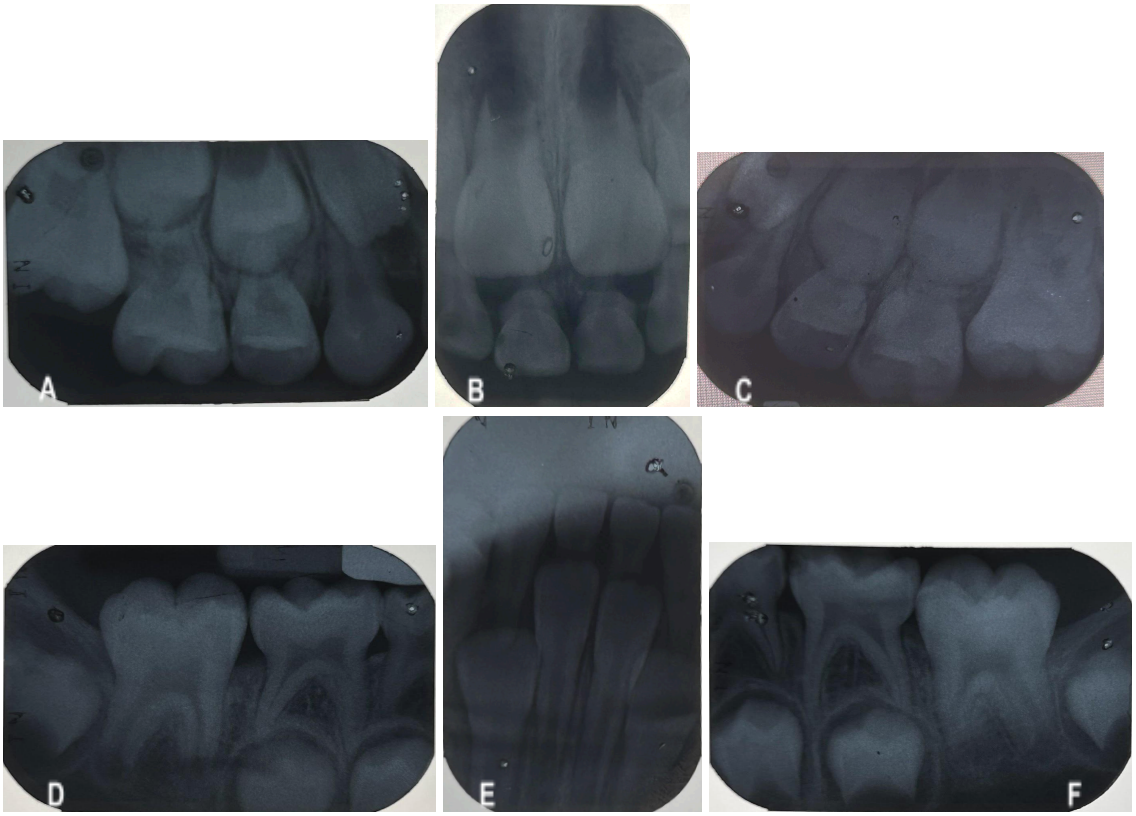


Figura 30. Paciente número 3. Serie radiográfica de paciente femenina de 6 años 6 meses de edad, con HCL monosistémica (Grupo 3). (**A, B, C, D, E, F)** En valoración radiográfica de serie periapical se puede observar cresta ósea, ligamento periodontal radiolúcido con normalidad, erupción y reabsorción de raíces de dientes temporales de acuerdo a la cronología de edad. *(Fuente directa).*

Paciente número 4, sexo femenino de 4 años 6 meses de edad, con HCL monosistémica (Grupo 3), se realiza toma de serie radiográfica para su valoración. Figura 31.

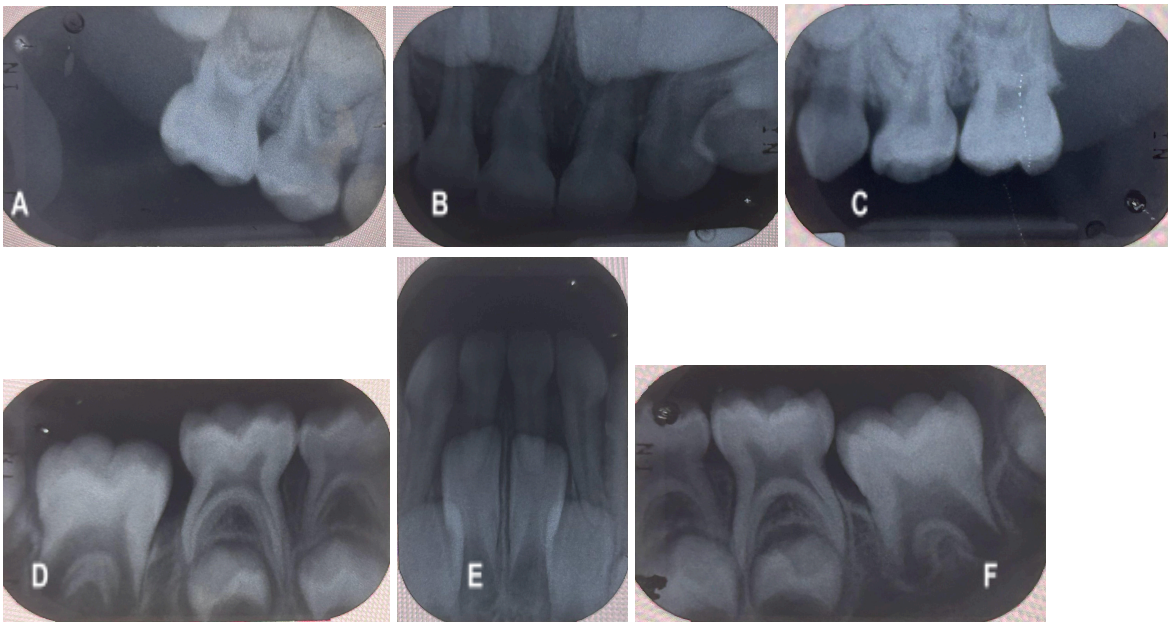


Figura 31. Paciente número 4. Serie radiográfica de paciente femenina de 4 años 6 meses de edad, con HCL monosistémica (Grupo 3). **(A, B, C, E, F)** Serie radiográfica donde se aprecia hueso trabecular sin alteración, ligamento periodontal ensanchado con zona radiolúcida, reabsorción de raíces de dientes temporales de acuerdo a la edad cronológica. **D)** Cresta alveolar con una disminución a nivel de los órganos dentarios 44 y 45. *(Fuente directa).*

Paciente número 5, sexo femenino de 11 años 9 meses de edad, con HCL monosistémica (Grupo 3), se realiza toma de radiografías periapicales. Figura 32.

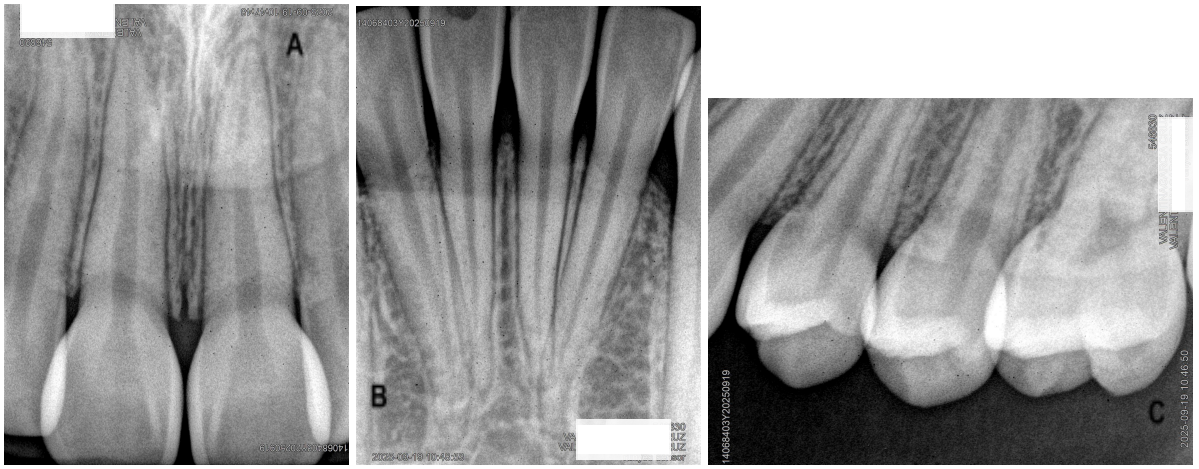
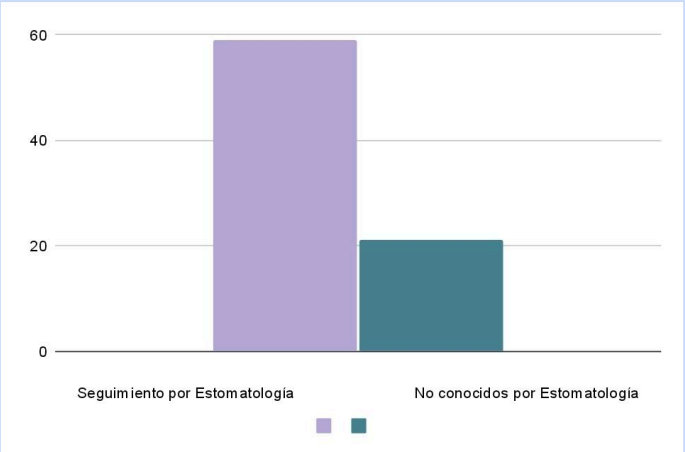


Figura 32. A) Paciente número 5. Radiografía periapical de órganos dentarios 11 y 21, donde se observa la sutura intermaxilar, espina nasal anterior, pérdida de la cresta ósea a nivel de los órganos dentales centrales, ensanchamiento del ligamento periodontal con zona radiolúcida. **B)** Radiografía periapical de órganos dentarios 42, 41, 31 y 32, donde se observa una disminución de la cresta ósea en órganos dentarios 42, 41, 31 y 32, ligamento periodontal radiolúcido, con un ensanchamiento en el mismo.**C)** Radiografía periapical de órganos dentarios 24, 25 y 26, donde el ligamento periodontal se encuentra en criterio sano, sin pérdida de estructura ósea. *(Fuente directa).*

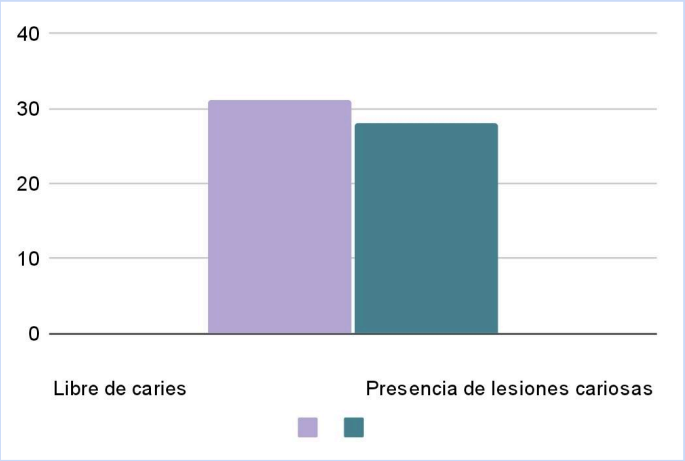
Manejo estomatológico

Realizar una historia clínica completa junto con un examen bucal, por parte del odontólogo pediatra, permite ayudar a determinar la causa subyacente de las manifestaciones bucales y poder dar una intervención temprana por parte de otras subespecialidades médicas, como es el caso en pacientes con sospecha de HCL [45].

En el INP se llevan a cabo tratamientos en conjunto con otras especialidades, como es el caso en pacientes con HCL por parte del servicio de hematología, oncología y estomatología. Se presenta de la manera siguiente gráficas que muestran el total de pacientes que llevan tratamiento y seguimiento en el INP en conjunto con el servicio de estomatología (gráfica 3), y así mismo pacientes que presenten lesiones cariosas o se encuentren libres de lesiones cariosas (gráfica 4).



Gráfica 3. Pacientes con diagnóstico de HCL que se encuentran en seguimiento por el servicio de estomatología (59 pacientes), y no conocidos por el servicio de Estomatología (21 pacientes). Un total de 80 pacientes. *(Fuente directa).*



Gráfica 4. Pacientes con diagnóstico de HCL libre de lesiones cariosas (31 pacientes) y con presencia de lesiones cariosas (28 pacientes). Con un total de 59 pacientes que llevan seguimiento por el servicio de Estomatología. *(Fuente directa).*

La gráfica 3 nos muestra a los pacientes actuales del INP que llevan seguimiento por el servicio de Estomatología (59 pacientes), así como los pacientes que no son conocidos por el servicio de Estomatología (21 pacientes). En la gráfica 4 se pueden observar los datos de los pacientes que llevan seguimiento en Estomatología con presencia de caries dental (28 pacientes) y libre de caries dental (31 pacientes), siendo un total de 59 pacientes que se tratan en Estomatología de 80 pacientes con HCL del INP, y que dentro de esta muestra los datos reflejan que hay más pacientes libre de caries dental que llevan seguimiento en Estomatología.

En pacientes activos con el diagnóstico de HCL que lleven como tratamiento quimioterapia sistémica, radioterapia y sea necesario un tratamiento odontológico, deben tomarse previamente estudios de biometría hemática (BH) para conocer el recuento de neutrófilos absolutos (RAN), el recuento de plaquetas y coagulopatías secundarias [49, 50, 51]. A continuación se anexa en la tabla 5 los intervalos de referencia normal en en BH, índice internacional normalizada (INR), tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP): [52, 53]

	Intervalo	*Función*	*Término elevado/disminuido*
Hemoglobina	7-21 g/dL	Se relaciona con el recuento de eritrocitos y el valor de hematocrito	Poliglobulina o eritrocitosis/Anemia
Hematocrito	42%-52% (hombre) 37%-47% (mujer)	Medida del porcentaje respecto del volumen de glóbulos rojos	Eritrocitosis/Anemia
Eritrocitos	4.6-6.2 millones de células/µL (hombre) 4.2-5.4 millones de células/µL (mujer)	Transportan oxígeno y dióxido de carbono en la circulación sanguínea. El recuento de eritrocitos es la cantidad de glóbulos rojos por unidad de volumen	Eritrocitosis/Anemia
Leucocitos	5,000-10,000 mm^3	Actúan como defensa al organismo. Es el recuento absoluto de glóbulos blancos	Leucocitosis/ Leucopenia
Neutrófilos	1,500-8,000 mm^3	Fagocitan y destruyen bacterias, hongos y algunos virus	Neutrofilia/Neutropenia
Linfocitos	1,000-4,000 mm^3	Ayudan a proteger el cuerpo de infecciones, enfermedades y células cancerosas	Linfocitosis/ Linfocitopenia
Monocitos	100-700 mm^3	Destruyen partículas extrañas	Monocitosis/ Monocitopenia
Eosinófilos	50-500 mm^3	Defienden contra parásitos e infecciones helmínticas	Eosinofilia/Eosinopenia
Basófilos	25-100 mm^3	Liberan histamina y otros mediadores en reacciones alérgicas	Basofilia/Basopenia
Plaquetas	150,000-450,000 µL	Esenciales para la hemostasia y la reparación de tejidos	Trombocitosis/ Trombocitopenia
TP	11.0-12.5 seg	Determina el	

		funcionamiento del sistema extrínseca y la vía común en el mecanismo de coagulación	—
TTP	24-37 seg	Determina el sistema intrínseco y la vía común para la formación de coágulos	—
INR	0.8-12.5 seg	Es la manera de estandarizar los valores obtenidos de la TP para el tratamiento y seguimiento de los pacientes con tratamiento anticoagulante	—

Tabla 5. Valores de referencia, función, término elevado y disminuido correspondientemente en BH, INR, TP y TTP [52, 53].

A continuación se agregan los valores obtenidos en los estudios de laboratorio de pacientes con HCL activa del INP (tabla 6):

Paciente	***Tipo de HCL***	***Fase actual***	***Primer estudio de laboratorio realizado y fecha***	***Último estudio de laboratorio realizado y fecha***
Paciente número 3 6 Año(s) 6 Mes(es) de edad	HCL monosistémica (Grupo 3), tercera recaída pulmonar (en el año 2020,2021 y 2023)	Quinto ciclo de quimioterapia con 3a línea de tratamiento con citarabina, vinblastina + prednisona	**09-01-2020** LEU 7,800 NEU 1,200 LINF 5,800 HGB 11.7 HTC 36.2 PLT 462,000 TP 11.9 seg INR 1.03 TTP 11.3 seg	**22-05-2025** LEU 7,500 NEU 3,900 LINF 2,700 MON 500 EOS 400 ERIT 4,640,000 HGB 14.1 HTC 40.6 PLT 260,000
Paciente número 4	HCL monosistémica (Grupo 3), con	Tratamiento con quimioterapia,	**07-10-2024** LEU 6,000 NEU 3,500	**07-03-2025** LEU 5,300 NEU 2,300

4 Año(s) 6 Mes(es) de edad	lesiones líticas en columna lumbar en L5 y L1, y en región temporal posterior derecha	último tratamiento vinblastina + prednisona	LINF 2,100 MON 300 EOS 100 HGB 13.6 HTC 38.4 PLT 296,000 TP 11.5 seg INR 1.03 TTP 34.2 seg	LINF 2,100 MON 400 EOS 100 ERIT 4,570,000 HGB 12.9 HTC 37.1 PLT 478,000
Paciente número 5 11 Año(s 9 Mes(es) de edad	HCL monosistémica (Grupo 3), con afectación en órbita izquierda	Séptimo ciclo de quimioterapia en tratamiento con vinblastina + prednisona	**02-12-2024** LEU 6,600 NEU 3,500 LINF 2,300 MON 500 EOS 200 ERIT 4,840,000 HGB 14.1 HTC 41.4 PLT 236,000	**08-03-2025** LEU 3,700 NEU 2,400 LINF 900 MON 400 HGB 12.1 HTC 35.2 PLT 210,000

Tabla 6. En la tabla se muestran los valores de los estudios de laboratorio realizados a pacientes actuales del INP. Paciente número 3, 4 y 5 con HCL activa, fase actual del tratamiento y tipo de HCL. Abreviaturas utilizadas en esta tabla: Leucocitos (LEU), neutrófilos (NEU), linfocitos (LINF), monocitos (MON), eosinófilos (EOS), eritrocitos (ERIT), hemoglobina (HGB), hematocrito (HTC), plaquetas (PLT), índice internacional normalizada (INR), tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP). *(Fuente directa).*

De acuerdo a los valores mostrados en la tabla 6, de pacientes con HCL con el diagnóstico activo, del INP, se observa en paciente número 3 que presenta neutrofilia y anemia en BH tomada el 9 de Enero de 2020. Mientras que en paciente número 5 presenta leucocitosis, linfocitosis y anemia en BH tomada el 3 de Marzo de 2025. Es de importancia tomar en cuenta los valores que se muestran en los estudios de laboratorio realizados al paciente ya que al momento de su intervención en tratamientos odontológicos como es el caso en pacientes con HCL, deben de abordarse de manera adecuada y oportuna durante su tratamiento, con la seguridad de hacerlo lejos de las fases de inmunosupresión o trombocitopenia, en base a valores de referencia con normalidad, como se muestran en la tabla 5 [54].

Dentro de las medidas que se toman como tratamiento y manejo estomatológico es el curetaje quirúrgico de lesiones óseas, como es a nivel mandibular, si es que la lesión está localizada y aislada puede optarse por esa opción [46, 50] . Como también una valoración por parte del odontopediatra, en caso de requerir exodoncia de los órganos dentarios afectados, evaluando su movilidad, pérdida ósea, sintomatología o si está próxima su exfoliación [49, 50].

Otras opciones como tratamiento es el curetaje de raíces de los órganos dentarios, escisión de tejidos blandos, revisiones periódicas a nivel periodontal, elección de materiales restaurativos y técnicas de tratamiento como ionómero de vidrio de alta viscosidad modificado con resina compuesta y resina compuesta (figura 33.), control radiográfico (figura 34.), de higiene oral, los cuales permiten la valoración, seguimiento y conservación de los órganos dentarios y tejidos adyacentes, mediante profilaxis dental (figura 35.) y técnica de cepillado (figura 36.), teniendo en cuenta que lo ideal es terminar todo el tratamiento odontológico antes de comenzar el tratamiento oncológico [46, 49, 51, 54].

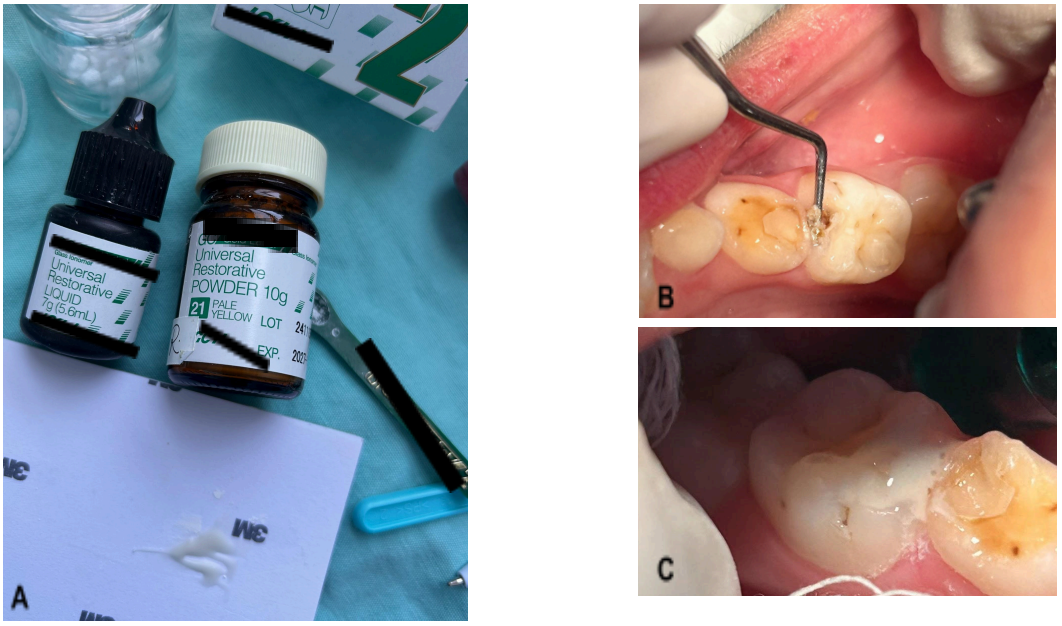


Figura 33. A) Ionomero de vidrio que se utilizó como restauración. B) Mediante aislamiento relativo se retira lesión cariosa mediante tratamiento restaurador atraumático (TRA) en órgano dentario 85. C) Restauración finalizada en órgano dentario 85. *(Fuente directa)*.



Figura 34. Control radiográfico. Se solicita apoyo a tutor para poner a paciente pediátrico en piernas, esto permite un mejor control y confianza en el paciente. *(Fuente directa).*



Figura 35. Se realiza profilaxis dental mediante la técnica decir, mostrar, hacer; esto permite un mejor acercamiento para procedimientos en pacientes de primera vez en un consultorio dental. **A)** Decir: Explicar el procedimiento mediante palabras que permitan una mejor explicación y comprensión para el paciente pediátrico. **B)** Mostrar: Mostrarle al paciente pediátrico el material e instrumentos que se utilizarán durante el tratamiento, en este caso se muestra el cepillo profiláctico en su dedo, el movimiento que se hará con la pieza de baja y la pasta profiláctica que utilizaríamos. **C)** Hacer: Una vez explicado y comprendido se comienza con la profilaxis dental. *(Fuente directa).*



Figura 36. Técnica de cepillado. **A)** Se muestra técnica de cepillado bass modificada a tutor de paciente. **B)** Se pide al tutor que realice la técnica de cepillado, para aclarar dudas y verificar una correcta aplicación de la técnica. Explicando al tutor que es necesario su apoyo para realizar el cepillado dental, debido a falta de motricidad y edad del paciente. *(Fuente directa).*

En caso de estar indicado algún procedimiento quirúrgico o exodoncia, se debe realizar al menos de siete a catorce días antes de su inicio de quimioterapia y catorce días antes de la radioterapia, si el recuento absoluto de neutrófilos (RAN) es

<1000/mm³ este debe posponerse hasta que el valor sea mayor, y en caso de una urgencia, se requiere valorar la administración de profilaxis antibiótica [51, 54].

Después de finalizar el tratamiento oncológico es necesario tomar en cuenta que este puede causar cambios en las estructuras óseas, salivales y dentales que no desaparecen después de su finalización, por lo que se recomienda en todo momento continuar con el seguimiento odontológico [54].

El manejo en pacientes con compromiso médico puede cambiar de acuerdo al abordaje que se recomiende y se emplee para realizar procedimientos odontológicos, esto puede variar mínimamente de acuerdo a los diferentes manuales y ubicación en el cual se basen, a continuación se muestra una tabla sobre el manejo que se da en pacientes oncológicos y hematológicos en Estados Unidos, México e INP (tabla 7).

Estados Unidos	***México***	***INP***
● Valoración bucal previo al inicio de terapia oncológica para descartar enfermedades orales, y dar instrucciones de higiene, evitar dieta cariogénica, profilaxis y terapia con flúor . ● Incluir dentro de la valoración: examen radiográfico, clínico y análisis de sangre. ● Exodoncia de dientes temporales con movilidad y que puedan perderse durante la quimioterapia. ● Pautas para la exodoncia de dientes: Retirar bandas ortodónticas (en caso de radioterapia), bolsas periodontales de 6 mm o más, enfermedad ósea inflamatoria, movilidad excesiva, purulencia al sondaje, inflamación periapical, fractura de diente no restaurable o	Evaluación de condición bucal para disminuir o evitar manifestaciones secundarias durante y después de la terapia oncológica. Una vez se inicia la radioterapia o quimioterapia, se deberán evitar alteraciones causadas por el manejo estomatológico, como una profilaxis, curetaje o terapia pulpar. ● Realizar estudios radiológicos: ortopantomografía y periapical, para descartar patologías o infecciones. De ser necesario realizar exodoncias se debe: ● Realizar al menos 20 días antes de la terapia oncológica (para evitar hemorragias, bacteriemia o septicemia) ● En caso de realizar dichos tratamientos	Los pacientes con compromiso médico, en este caso pacientes en seguimiento oncológico y hematológico, se les brinda atención estomatológica tomando en cuenta medidas preventivas como: ● Realizar tratamientos, de aplicación de flúor, colocación de selladores de fosetas y fisuras. Indicación de técnica de cepillado y uso de hilo dental. ● También se habla con madre, padre o tutor a cargo del paciente, sobre la importancia de mantener las medidas de higiene adecuadas, ya que al presentar un foco infeccioso puede causar un tratamiento invasivo para el

funcional. *Realizarse antes del inicio de la radioterapia:* ● Al menos 2 semanas o 3 semanas (idealmente). *Antes del inicio de la quimioterapia:* ● Mínimo 5 días (hueso maxilar). ● Mínimo 7 días (hueso mandibular) Se recomienda evitar agentes hemostáticos intraalveolares, que pueden iniciar un crecimiento microbiano. ● Realizar una transfusión en plaquetas menores a 50,000/mm^3 ● Prolongar extracción en glóbulos blancos menor a 2,000/µm, neutrófilos menor a 1,000/mm^3 ● Uso de antibióticos profilácticos con exodoncias urgentes.	odontológicos, se deberá realizar y evaluar estudios de hemoglobina, biometría hemática, química sanguínea, entre otros y que estos se encuentren dentro de los valores normales. ● De ser necesario, recetar un antibiótico, se deberá consultar con el médico oncólogo tratante.	paciente, implicando realizarse en días posteriores al tratamiento oncológico (evitando días de inmunosupresión), o antes de iniciar nuevo ciclo de tratamiento. ● Al igual que se opta por la administración de profilaxis antibiótica, una hora antes de realizar tratamientos como: exodoncias, terapia pulpar, curetaje periodontal y profilaxis dental. ● Se revisan los valores de estudios de laboratorio, previo a realizar un procedimiento odontológico, estos estudios se realizan continuamente en pacientes con diagnóstico oncológico, permitiendo tener un registro actualizado del estado actual del paciente.

Tabla 7. En la tabla se muestra el manejo en pacientes oncológicos y hematológicos en Estados Unidos, México e INP [55,56].

Pronóstico

Dependiendo de la afectación de los órganos de riesgo (hígado, bazo y médula ósea) en el momento del diagnóstico, particularmente de la presencia de disfunción orgánica y de la respuesta a la terapia inicial, ya que el pronóstico suele ser bueno, y con una recurrencia espontánea después de meses [18, 39] . En cambio se puede hablar de algunos factores que llevan a un pronóstico adverso, como lo son en

pacientes menores de dos años, afección de tres o más órganos y/o sistemas, como también la respuesta inicial que tenga, que puede ser lenta al tratamiento y desfavorable [24].

Si se habla del pronóstico de cada tipo de HCL, en la HCL monosistémica se registra favorable, con una tasa de supervivencia de casi el 100% en pacientes pediátricos, y un porcentaje menor a 20% de recurrencia en 5 años, pero con una ubicación diferente, limitándose al esqueleto e hipófisis posterior (diabetes insípida), sin afectar su supervivencia, es importante mencionar que es necesario mantener un seguimiento continuo, ya que casi el 40% puede avanzar a una multisistémica [3, 39].

En cambio en la HCL multisistémica tiene un riesgo potencial de mortalidad más alto y generalmente necesitan un tratamiento sistémico, con una respuesta menor a la terapia, con un tratamiento más agresivo y con una recurrencia ≤50%, siendo más prevalente que la monosistémica. La supervivencia con afectación de órganos de riesgo es ≤77% con una respuesta a las 6 semanas en el 65%; y sin afectación a órganos de riesgo es del 98% con una respuesta a las 6 semanas en en el 86% en los pacientes [26, 39].

Por lo que el diagnóstico temprano e inicio inmediato del tratamiento son clave para un buen pronóstico, ya que su retraso puede provocar lesiones óseas líticas y afectar de manera particular cabeza y cuello con lesiones óseas; y una mayor afectación en cráneo y mandíbula [49, 57].

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Dar a conocer el manejo y seguimiento estomatológico que se lleva a cabo en pacientes con Histiocitosis de Células de Langerhans activa y en vigilancia del Instituto Nacional de Pediatría.

Objetivos específicos:

- Analizar el manejo estomatológico que se lleva a cabo en pacientes con HCL.
- Revisar información en literatura sobre manifestaciones orales en pacientes con HCL.
- Recolectar datos de pacientes con HCL del INP del año 2015 al 2025.
- Analizar y evaluar los hallazgos radiográficos de pacientes con HCL activa y en vigilancia.
- Mostrar el abordaje y seguimiento que se dan a pacientes con HCL activa y en vigilancia del INP.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de la presente investigación es analítico, descriptivo, longitudinal y bibliográfico, en la cual se hizo una recolección de datos de 77 expedientes de pacientes con HCL que se encuentran en vigilancia y activa.

Criterios de inclusión:

- Artículos sobre la Histiocitosis de Células de Langerhans publicados del año 2015 al 2025.
- Artículos que describen las manifestaciones clínicas y orales en pacientes con HCL.
- Pacientes activos con diagnóstico de base Histiocitosis de Células de Langerhans que se encuentren en vigilancia y con el diagnóstico activo en el INP durante el periodo 2015-2025.

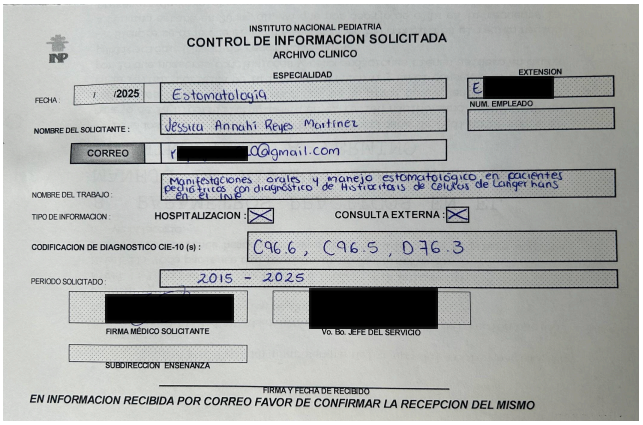

INSTITUTO NACIONAL PEDIATRIA
CONTROL DE INFORMACION SOLICITADA
ARCHIVO CLINICO
FECHA: /2025
ESPECIALIDAD: Estomatología
EXTENSION: E [redacted]
NUM. EMPLEADO
NOMBRE DEL SOLICITANTE: Jessica Annahi Reyes Martinez
CORREO: [redacted]@gmail.com
NOMBRE DEL TRABAJO: Manifestaciones orales y manejo estomatológico en pacientes pediatricos con diagnóstico de Histiocitosis de Células de Langerhans en el INP
TIPO DE INFORMACION: HOSPITALIZACION: ☒ CONSULTA EXTERNA: ☒
CODIFICACION DE DIAGNOSTICO CIE-10 (s): C96.6, C96.5, D76.3
PERIODO SOLICITADO: 2015 - 2025
[redacted]
FIRMA MÉDICO SOLICITANTE
[redacted]
Vo. Bo. JEFE DEL SERVICIO
SUBDIRECCION ENSEÑANZA
FIRMA Y FECHA DE RECIBIDO
EN INFORMACION RECIBIDA POR CORREO FAVOR DE CONFIRMAR LA RECEPCION DEL MISMO

Figura 37. Solicitud de datos de pacientes con HCL durante el periodo 2015-2025 del INP.

Criterios de exclusión:

- Artículos con un mayor a los 10 años desde su publicación.
- Pacientes con HCL que hayan perdido seguimiento por el Instituto Nacional de Pediatría.
- Pacientes con HCL referidos a otro hospital por mayoría de edad.
- Pacientes con deceso por diagnóstico de base de HCL.

Diseño de estudio:

Se realizó una revisión y recopilación de información bibliográfica en artículos de internet y libros, en la cual se utilizaron las siguientes palabras clave: “histiocitosis de células de langerhans”, “histiocitosis”, “manifestaciones clínicas”, “manifestaciones bucales”, “manejo estomatológico”, “diagnóstico” y “tratamiento”.

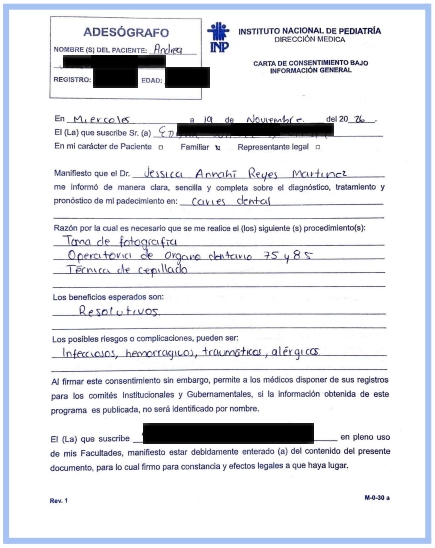
Una vez recopilada la información, se continúo solicitando los expedientes clínicos electrónicos para recolectar los datos de pacientes, posteriormente se agendó una cita a los pacientes con HCL en vigilancia y activa del Instituto Nacional de Pediatría, para una revaloración o valoración de primera vez, toma de fotografías, radiografías, técnica de cepillado, profilaxis dental, aplicación de flúor, operatoria dental en el servicio de Estomatología. Para después continuar con la interpretación y análisis de los datos e imágenes.

Recurso humano:

Pasante del servicio social de la licenciatura en Estomatología, de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Recurso material:

- Celular
- Computadora
- Cámara fotográfica profesional
- Memoria USB
- Libros
- Consentimientos informados
- Expedientes del INP
- Formatos de autorización para los pacientes:



ADESÓGRAFO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE (S) DEL PACIENTE: Andrea [redacted]
REGISTRO: [redacted] EDAD: [redacted]

En Miercoles a 19 de Noviembre del 20 26
El (La) que suscribe Sr. (a) [redacted]
En mi carácter de Paciente ☐ Familiar ☒ Representante legal ☐

Manifiesto que el Dr. Jessica Annahi Reyes Martinez
me informó de manera clara, sencilla y completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mi padecimiento en: caries dental

Razón por la cual es necesario que se me realice el (los) siguiente (s) procedimiento(s):
Toma de fotografia
Operatoria de organo dentario 75 y 85
Técnica de cepillado

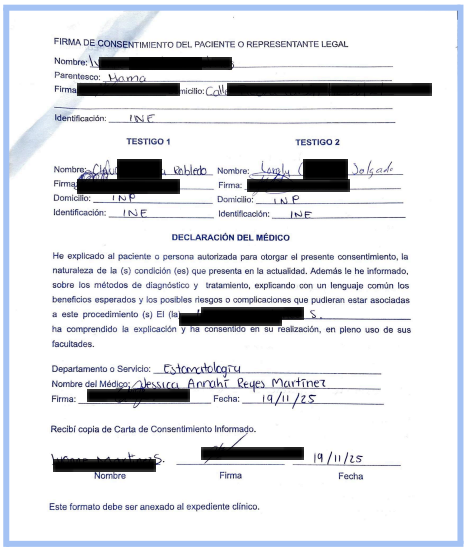
Los beneficios esperados son:
Resolutivos

Los posibles riesgos o complicaciones, pueden ser:
Infecciosos, hemorragicos, traumáticos, alérgicos

Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

El (La) que suscribe [redacted] en pleno uso de mis Facultades, manifiesto estar debidamente enterado (a) del contenido del presente documento, para lo cual firmo para constancia y efectos legales a que haya lugar.

Rev. 1 M-0-30 a



FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: [redacted]
Parentesco: Mama
Firma: [redacted] Domicilio: [redacted]
Identificación: INE

TESTIGO 1

Nombre: [redacted] Roblero
Firma: [redacted]
Domicilio: INP
Identificación: INE

TESTIGO 2

Nombre: [redacted] Salgado
Firma: [redacted]
Domicilio: INP
Identificación: INE

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

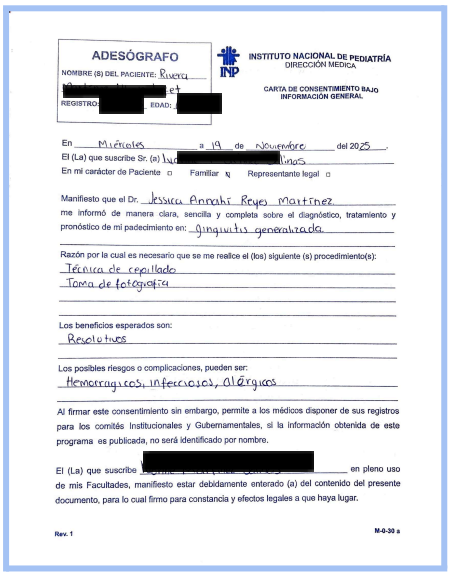
He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento (s) El (la) [redacted] S
ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: Estomatología
Nombre del Médico: Jessica Annahi Reyes Martinez
Firma: [redacted] Fecha: 19/11/25

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

[redacted] [redacted] 19/11/25
Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.



ADESÓGRAFO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE (S) DEL PACIENTE: Rivera [redacted]
REGISTRO: [redacted] EDAD: [redacted]

En Miércoles a 19 de Noviembre del 2025
El (La) que suscribe Sr. (a) [redacted]
En mi carácter de Paciente ☐ Familiar ☒ Representante legal ☐

Manifiesto que el Dr. Jessica Annahi Reyes Martinez
me informó de manera clara, sencilla y completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mi padecimiento en: gingivitis generalizada

Razón por la cual es necesario que se me realice el (los) siguiente (s) procedimiento(s):
Técnica de cepillado
Toma de fotografía

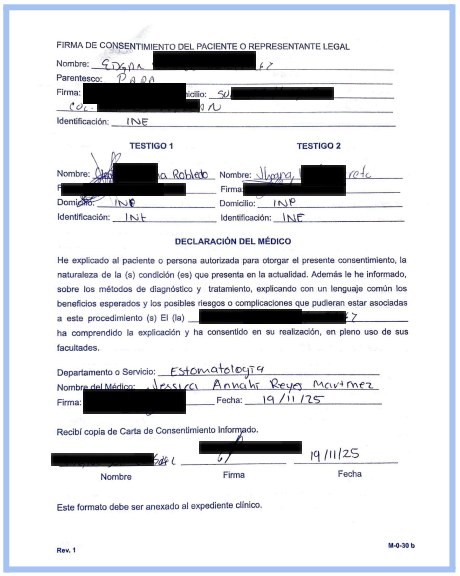
Los beneficios esperados son:
Resolutivos

Los posibles riesgos o complicaciones, pueden ser:
Hemorragicos, infecciosos, Alérgicos

Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

El (La) que suscribe [redacted] en pleno uso de mis Facultades, manifiesto estar debidamente enterado (a) del contenido del presente documento, para lo cual firmo para constancia y efectos legales a que haya lugar.

Rev. 1 M-0-30 a



FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: [redacted]
Parentesco: Papá
Firma: [redacted] Domicilio: [redacted]
Identificación: INE

TESTIGO 1

Nombre: [redacted] Roblero
Firma: [redacted]
Domicilio: INP
Identificación: INE

TESTIGO 2

Nombre: [redacted]
Firma: [redacted]
Domicilio: INP
Identificación: INE

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento (s) El (la) [redacted]
ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

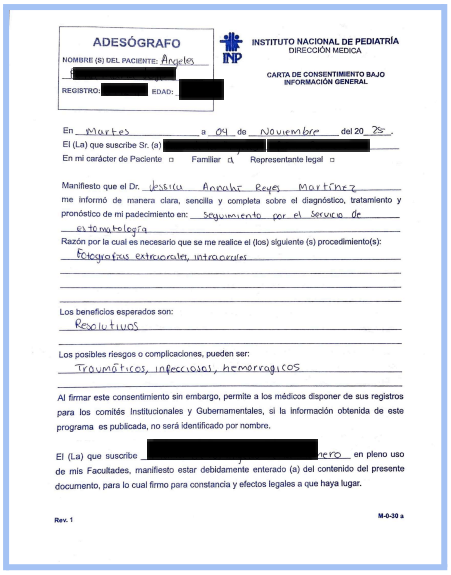
Departamento o Servicio: Estomatología
Nombre del Médico: Jessica Annahi Reyes Martinez
Firma: [redacted] Fecha: 19/11/25

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

[redacted] [redacted] 19/11/25
Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

Rev. 1 M-0-30 b



ADESÓGRAFO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MEDICA

NOMBRE (S) DEL PACIENTE: Angeles [redacted]
REGISTRO: [redacted] EDAD: [redacted]

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN GENERAL

En Martes a 04 de Noviembre del 20 25.
El (La) que suscribe Sr. (a) [redacted]
En mi carácter de Paciente ☐ Familiar ☐ Representante legal ☐

Manifiesto que el Dr. Jessica Annahi Reyes Martínez me informó de manera clara, sencilla y completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mi padecimiento en: seguimiento por el Servicio de estomatología
Razón por la cual es necesario que se me realice el (los) siguiente (s) procedimiento(s):
fotografías extraorales, intraorales

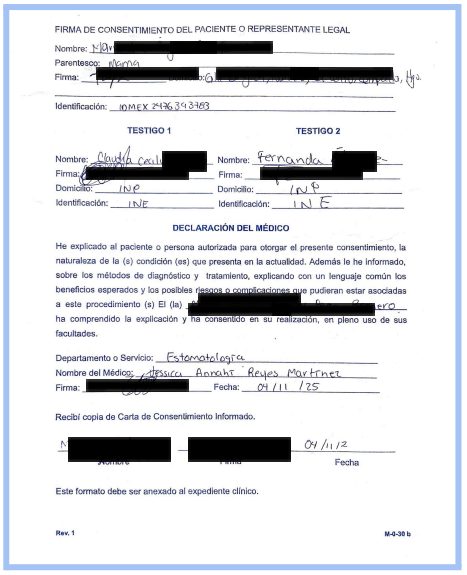
Los beneficios esperados son:
Resolutivos

Los posibles riesgos o complicaciones, pueden ser:
Traumáticos, infecciosos, hemorragicos

Al firmar este consentimiento sin embargo, permite a los médicos disponer de sus registros para los comités Institucionales y Gubernamentales, si la información obtenida de este programa es publicada, no será identificado por nombre.

El (La) que suscribe [redacted] en pleno uso de mis Facultades, manifiesto estar debidamente enterado (a) del contenido del presente documento, para lo cual firmo para constancia y efectos legales a que haya lugar.

Rev. 1 M-0-30 a



FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: [redacted]
Parentesco: Mama
Firma: [redacted]
Identificación: IDMEX 249639383

TESTIGO 1

Nombre: [redacted]
Firma: [redacted]
Domicilio: INP
Identificación: INE

TESTIGO 2

Nombre: Fernanda [redacted]
Firma: [redacted]
Domicilio: INP
Identificación: INE

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado al paciente o persona autorizada para otorgar el presente consentimiento, la naturaleza de la (s) condición (es) que presenta en la actualidad. Además le he informado, sobre los métodos de diagnóstico y tratamiento, explicando con un lenguaje común los beneficios esperados y los posibles riesgos o complicaciones que pudieran estar asociadas a este procedimiento (s) El (la) [redacted] ha comprendido la explicación y ha consentido en su realización, en pleno uso de sus facultades.

Departamento o Servicio: Estomatología
Nombre del Médico: Jessica Annahi Reyes Martínez
Firma: [redacted] Fecha: 04/11/25

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

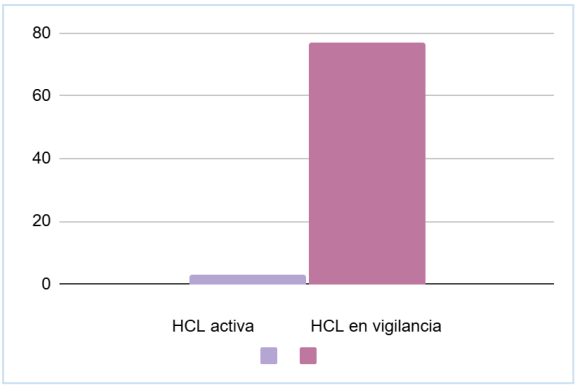
[redacted] [redacted] 04/11/25
Nombre Firma Fecha

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

Rev. 1 M-0-30 b

RESULTADOS

En este trabajo se recolectaron datos de pacientes del Instituto Nacional de Pediatría del año 2015 al 2025, que recibieron atención en ese período, tomando en cuenta un seguimiento por parte del INP. Dividiendo a pacientes con HCL activa y en vigilancia, por lo cual se obtuvo un total de 77 pacientes con HCL en vigilancia, 42 pacientes de sexo masculino y 35 pacientes de sexo femenino. En pacientes con el diagnóstico de HCL activo fue un total de 3 pacientes del sexo femenino.



Gráfica 5. Pacientes con diagnóstico de HCL activa y en vigilancia, de 0-17 años 11 meses de edad. Un total de 77 pacientes con HCL en vigilancia y 3 con HCL activa. Con un total de 80 pacientes del INP.

Durante el reporte se recabaron datos de 5 pacientes; 3 pacientes con HCL activa y 2 pacientes con HCL en vigilancia que acuden a citas de seguimiento en el servicio de Oncología y Hematología.

El manejo que se da a los pacientes con HCL que llevan algún protocolo de quimioterapia va centrado a medidas preventivas, dentro de la valoración estomatológica que se llevó a cabo en los pacientes del INP fueron los siguientes: Técnica Decir-Mostrar-Hacer (sobre todo en pacientes de primera vez en el servicio de Estomatología), revelación de placa dentobacteriana, profilaxis dental, aplicación de flúor, técnica de cepillado, uso de hilo dental, operatoria dental, toma de radiografías, toma de fotografía intraorales y extraorales; estas medidas ayudan a evitar focos potencialmente infecciosos, enfermedad periodontal, movilidad severa de los órganos dentarios.

En el control radiográfico que se tomaron de los pacientes del INP, se observa pérdida ósea, a nivel de la cresta ósea, es importante que en pacientes con HCL su seguimiento estomatológico vaya de la mano con el tratamiento de quimioterapia, ya que de ser necesario algún tratamiento se debe hacerlo lejos de las fases de inmunosupresión o trombocitopenia. Otra opción es realizar el tratamiento de siete a catorce días posterior al inicio de la quimioterapia y valorar la administración de profilaxis antibiótica.

También se realizó un registro de pacientes con diagnóstico de HCL que se encuentran en seguimiento por parte del servicio de Estomatología, tomando como registro a 59 pacientes en seguimiento, y 21 pacientes no conocidos por el servicio de Estomatología, con un total de muestra de 80 pacientes (gráfica 3). En esta misma muestra se registró a los pacientes que se encuentran libre de lesiones cariosas (31 pacientes) y con presencia de lesiones cariosas (28 pacientes), siendo un total de 59 pacientes que tienen seguimiento por el servicio de Estomatología (gráfica 4). Los datos que reflejan las gráficas evidencian que por parte de los pacientes que llevan seguimiento en el servicio de Estomatología, en su mayoría se encuentra libre de caries dental y en seguimiento en dicho servicio (59 pacientes de 80).

Así mismo es importante mencionar que el manejo en pacientes con compromiso médico, tanto en Estados Unidos, México y en el INP, muestran que a pesar de que hay cierta variabilidad en el abordaje, todas suelen tomar en cuenta los valores en los estudios de laboratorio, y que hay un lapso en días que se recomienda para realizar dichos tratamientos odontológicos.

DISCUSIÓN

Los datos recabados en este trabajo nos muestra las manifestaciones orales en pacientes con HCL, y la manera más oportuna para su abordaje estomatológico, mediante tratamientos preventivos y restaurativos en caso de ser necesarios, y su estrecha relación con llevar un tratamiento para la HCL.

Pavan VH y cols, nos hablan de la relación que hay entre la edad con el diagnóstico de HCL, donde se muestra que las afectaciones se pueden presentar a nivel de la cavidad oral, son lesiones osteomucosas, con una edad promedio de 1 año,4 meses de edad, con diagnóstico de HCL multisistémica, viéndose afectada la mucosa oral en recaídas de la enfermedad. El estudio incluyó una muestra de 95 pacientes de 0 a 16 años de edad, en el cual se vio reflejado como resultado que el 42.1% presentó lesiones orales, y dentro de la misma el 14.73% fue la primera manifestación de HCL. El 90% presentó únicamente lesiones óseas, mientras que el 10% restante presentó lesiones osteomucosas y mucosas [47]. En HCL monosistémica, el 52,5% presentó lesiones óseas, en HCL multisistémicos con o sin daño a órganos de riesgo, se hallaron lesiones en mucosa, osteomucosa y ósea [47].

Una revisión sistemática realizada por Difloe-Geisert JC y cols, en el que se evaluaron manifestaciones periodontales en pacientes con HCL, con una muestra total de 1,278 pacientes, 216 pacientes presentaron lesiones orales en tejidos duros y blandos, presentando úlceras, lesiones y sangrado gingival. También se informó un aumento de la profundidad de las bolsas y pérdida de inserción en dos series de casos. Los datos restantes fueron en su mayoría inespecíficos con una posible relación con enfermedad periodontal, con inflamación y dolor bucal, pérdida o

movilidad de órganos dentarios. En lesiones óseas se observó que afectaba más en zonas posteriores del hueso mandibular, y radiográficamente presentaban similitud de lesiones óseas con tumores benignos, malignos, quistes odontogénicos, pérdida ósea periodontal y lesiones periapicales [50].

El manejo que se suele dar en pacientes que llevan tratamiento oncológico son bajo prevención en beneficio al paciente, durante este trabajo se observa el manejo que se da en el INP, y se realiza una comparación con Estados Unidos. En Ecuador Córdova JJ y Alvear MA realizaron una revisión, donde hablan sobre el abordaje odontológico en pacientes con tratamiento oncológico, mencionando que confirmar los valores hematológicos antes de iniciar alguna intervención, como en los recuentos de neutrófilos menor a 2,000/mm^3 no es necesaria la administración previa de profilaxis antibiótica, el medicamento de primera elección suele se Amoxicilina con una dosis de 50 mg/kg una hora antes. La intervención dental antes, durante y después del tratamiento médico reduce la incidencia y la gravedad de complicaciones, evaluando periódicamente la cavidad oral del paciente, control radiográfico, aplicación tópica de flúor periódicamente, comentar e incentivar la una higiene bucal adecuada, evitando alimentos cariogénicos y tomando las medidas de higiene [58].

CONCLUSIONES

La HCL es un trastorno hematológico poco frecuente, el cual conlleva un abordaje multidisciplinario, la información recabada en este trabajo nos muestra que el manejo estomatológico en pacientes pediátricos con HCL va de la mano con el manejo preventivo y restaurativo en caso de ser necesarias, pero de igual manera muestra una importancia de llevar un seguimiento tanto por el servicio de Oncología y/o Hematología.

En el Instituto Nacional de Pediatría se lleva a cabo la atención estomatológica en pacientes que en ocasiones son por interconsulta, urgencias o interés del paciente para recibir atención, en el caso de pacientes con HCL, llevan seguimiento odontológico, de la mano con la prevención, control radiográfico, tratamientos y restauraciones en caso de ser necesarios, tomando en cuenta en todo momento los valores de los estudios de laboratorio del paciente.

Los datos recabados en este trabajo de pacientes del periodo 2015 al 2025, que recibieron atención médica en ese periodo en el INP, mostraron que en su mayoría los pacientes se encuentran actualmente en vigilancia, y así mismo presentan en un mayor porcentaje con HCL monosistémica (Grupo 3), un menor porcentaje corresponde a formas multisistémicas de alto riesgo (Grupo 1) y bajo riesgo (grupo 2), destacando que llevar el seguimiento y tratamiento médico, permite un correcto manejo estomatológico, evitando procesos infecciosos que comprometan el estado de salud del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Astigarraga I, García-Obregón S, Pérez-Martínez A, Gutiérrez-Carrasco I, Santa-María V, Rodríguez-Vigil Iturrate C, et al. Histiocitosis de células de Langerhans. Avances en la patogenia y práctica clínica. Un Pediatr (Barc) [Internet]. Agosto de 2022 [Fecha de acceso 01 de Julio de 2025]; 97 (2): 130.e1-130.e7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.05.002

2. Ramos-Gutiérrez E, Alejo-González F, Ruiz-Rodríguez S, Garrocho-Rangel JA, Pozos-Guillén A. Histiocitosis de células de Langerhans: conceptos actuales en odontología y reporte de caso. J Clin Exp Dent [Internet]. Febrero 2016 [fecha de acceso 16 de Junio de 2025]; 8 (1): e102–e108. Disponible en: https://doi.org/10.4317/jced.52498

3. Morán VE, Durán MC, Orozco CL, Palacios LC, Sáez-de-Ocáriz M, García RM. Histiocitosis de células de Langerhans: nuevos conceptos moleculares y clínicos. DERMATOLOGÍA CMQ [Internet]. Enero-Marzo de 2017 [Fecha de acceso 26 de Junio de 2025]; 16 (1): 36-44. Disponible en: https://dcmq.com.mx/edición-enero-marzo-2018-volumen-16-número-1/617-histiocitosis-de-células-de-langerhans-nuevos-conceptos-moleculares-y-clínicos

4. Medina-Ruiz B, Arocho L, Del Valle-López L, Molina-Negrón D. Histiocitosis de células de Langerhans: seguimiento de 5 años y revisión sistemática de literatura. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Internet]. Diciembre 2021 [fecha de acceso 10 de Enero de 2026]; 11 (2): 1-9. Disponible en: https://doi.org/10.47990/alop.v11i2.231

5. Jurado Rodríguez R, Zapata Tarrés MM, Leal y Leal CA. Histiocitosis de células de Langerhans. ACTA PEDIATR MÉX [Internet]. julio-agosto 2001 [fecha de acceso 16 de Junio de 2025]; 22 (4): 280-287. Disponible en: http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/1933/1/ActPed2001_41.pdf

6. Kara MK. 30.HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS. En: Weiner MA, Cairo MS. SECRETOS DE HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA. Preguntas que se le hará… en rondas, en la clínica, en exámenes orales. 2da edición. Filadelfia, Pensilvania: Hanley & Belfus, INC; 2002. 141-143

7. Abla O, Egeler RM, Weitzman S. Histiocitosis de células de Langerhans: conceptos y tratamientos actuales. Cancer Treat Rev [Internet]. Junio 2010 [fecha de acceso 16 de Junio de 2025]; 36 (4): 354-9. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2010.02.012.

8. Lipton JM, Levy CF. Histiocitosis de células de Langerhans. Manuales MSD [Internet]; Octubre de 2024 [Fecha de accseso 23 de Junio de 2025]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/hematología-y-oncología/síndromes-histiocíticos/histiocitosis-de-células-de-langerhans?ruleredirectid=757

9. Medina MÁ, Meyer W, Echeverri C, Builes N. Histiocitosis de células de Langerhans: reporte de caso y revisión de la literatura. Biomedica [Internet].

22 de septiembre de 2021 [fecha de acceso 03 de Junio de 2025]; 41 (3):396–402. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.5430

10. Allen CE, Merad M, McClain KL. Histiocitosis de células de Langerhans. N Engl J Med [Internet]. 30 de Agosto de 2018 [fecha de acceso 20 de Junio de 2025]; 379(9):856-868. Disponible en: https://doi.org/10.1056/NEJMra1607548

11. Barrios K, Patiño O, Muñoz N, Moneriz C. Histiocitosis congénita de células de Langerhans. Biomedica [Internet]. 1 de Septiembre de 2020 [fecha de acceso 19 de Junio de 2025]; 40(3):464-471. Disponible en: https://doi.org/10.7705/biomedica.5150

12. McKinney RA, Wang G. Histiocitosis de células de Langerhans y otras lesiones histiocíticas. Head Neck Pathol [Internet]. 25 de Febrero de 2025 [Fecha de acceso 26 de Junio de 2025]; 19(1):26. Disponible en: 10.1007/s12105-025-01766-2

13. Rodríguez-Galindo C, Allen CE. Histiocitosis de células de Langerhans. Blood [Internet]. 16 de Abril de 2020 [Fecha de acceso 25 de Junio de 2025]; 135(16):1319-1331. Disponible en: 10.1182/blood.2019000934

14. PDQ sobre el tratamiento pediátrico. PDQ Tratamiento de la histiocitosis de células de Langerhans. Bethesda, MD: National Cancer Institute [Internet]. 07 de Marzo de 2025 [Fecha de acceso 26 de Junio de 2025]; Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/langerhans/pro/tratamiento-langerhans-pdq

15. Liu H, Stiller CA, Crooks CJ, Rous B, Bythell M, Broggio J, Rankin J, Nanduri V, Lanyon P, Card TR, Ban L, Elliss-Brookes L, Broughan JM, Paley L, Wong K, Bacon A, Bishton M, West J. Incidencia, prevalencia y supervivencia en pacientes con histiocitosis de células de Langerhans: un estudio de registro nacional de Inglaterra, 2013-2019. Br J Haematol [Internet]. Diciembre de 2022 [Fecha de acceso 06 de Septiembre de 2025]; 199 (5): 728-738. Disponible en: 10.1111/bjh.18459.

16. García Díaz MP, De Luca Sologaistoa A, De Paula Vernetta C, Moreno MA, Galeano Paniagua LA, Fernández MM, et al. Histiocitosis de células de Langerhans de cabeza y cuello en la población pediátrica de un centro terciario: Presentación clínica, clasificación y tratamiento. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet]. Abril de 2022 [Fecha de acceso 06 de Julio de 2025]; 155 (111073): 111073. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2022.111073

17. Abla O, Rollins B, Ladisch S. Histiocitosis de células de Langerhans: avances y controversias. Br J Haematol [Internet]. Diciembre de 2019 [Fecha de acceso 01 de Julio de 2025]; 187 (5): 559-562. Disponible en: 10.1111/bjh.16099

18. Menzinger S, Fraitag S, Barète S. Histiocitosis. EMC - Dermatol [Internet]. Junio de 2021 [Fecha de acceso 03 de Julio de 2025]; 55 (1): 1–16. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/s1761-2896(21)44710-2

19. Gulati N, Peckham-Gregory E, Parsons DW, Allen CE. Alteraciones genómicas en la histiocitosis de células de Langerhans. Hematol Oncol Clin North Am [Internet]. Junio de 2025 [Fecha de acceso 01 de Julio de 2025]; 39 (3): 491-511. Disponible en: 10.1016/j.hoc.2025.02.001

20. Asociación de Histiocitosis. Descripción general de los trastornos histiocíticos. Asociación de Histiocitosis [Internet]. 2020 [Fecha de acceso 07 de Septiembre de 2025]. Disponible en: https://histio.org/histiocytic-disorders/

21. Medlineplus. Histiocitosis. Medlineplus [Internet]. 2024 [citado el 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000068.htm

22. Sconocchia T, Foßelteder J, Sconocchia G, Reinisch A. Histiocitosis de células de Langerhans: avances actuales en patogénesis molecular. Front Immunol [Internet]. 26 de Octubre de 2023 [Fecha de acceso 09 de Julio de 2025]; 14:1275085. Disponible en: 10.3389/fimmu.2023.1275085

23. Emile JF, Abla O, Fraitag S, Horne A, Haroche J, Donadieu J, et al. Clasificación revisada de las histiocitosis y neoplasias de los linajes de células macrófago-dendríticas. Blood [Internet]. 2 de Junio de 2016 [Fecha de acceso 10 de Julio de 2025]; 127 (22): 2672-81. Disponible en: 10.1182/blood-2016-01-690636

24. Hospital Infantil de México Federico Gomez. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS. s.f. [Fecha de acceso 06 de Septiembre de 2025]. 4-7.

25. Tratamiento de la histiocitosis de células de Langerhans (PDQ): Tratamiento - información para el paciente. MD: National Cancer Institute [Internet]. s.f [Fecha de acceso 12 de Octubre de 2025]. Disponible en: https://www.cham.org/health-library/article?id=ncicdr0000597824

26. Emile JF, Cohen-Aubart F, Collin M, Fraitag S, Idbaih A, Abdel-Wahab O, et al. Histiocitosis. Lancet [Internet]. 10 de Julio de 2021 [Fecha de acceso 10 de Julio de 2025]; 398 (10295): 157-170. Disponible en: 10.1016/S0140-6736(21)00311-1

27. Haroche J, Cohen-Aubart F, Rollins BJ, Donadieu J, Charlotte F, Idbaih A, et al. Histiocitosis: neoplasia emergente detrás de la inflamación. Lancet Oncol [Internet]. Febrero de 2017 [Fecha de acceso 10 de Julio de 2025]; 18 (2): e113-e125. Disponible en: 10.1016/S1470-2045(17)30031-1

28. IMSS. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS en edad pediátrica para segundo y tercer nivel de atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. 14-19.

29. Cohen Aubart F, Idbaih A, Emile JF, Amoura Z, Abdel-Wahab O, Durham BH, et al. Histiocitosis y sistema nervioso: del diagnóstico a las terapias dirigidas. Neuro Oncol [Internet]. 01 de Septiembre de 2021 [Fecha de acceso 10 de Julio de 2025]; 23 (9): 1433-1446. Disponible en: 10.1093/neuonc/noab107

30. Kamal AF, Luthfi APWY. Diagnóstico y tratamiento de la histiocitosis de células de Langerhans con lesión ósea en un paciente pediátrico: Reporte de un caso. Ann Med Surg (Lond) [Internet]. 02 de Agosto de 2019 [Fecha de acceso 10 de Julio de 2025]; 45: 102-109. Disponible en: 10.1016/j.amsu.2019.07.030.

31. Krooks J, Minkov M, Weatherall AG. Histiocitosis de células de Langerhans en niños: diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento, secuelas y seguimiento estandarizado. J Am Acad Dermatol [Internet]. Junio de 2018 [Fecha de acceso 14 de Julio de 2025]; 78 (6): 1047-1056. Disponible en: 10.1016/j.jaad.2017.05.060

32. Light J, Retrouvey M, Conran RM. Educational Case: Langerhans cell histiocytosis. Acad Pathol [Internet]. 12 de Mayo de 2022 [Fecha de acceso 14 de Septiembre de 2025]; 9 (1): 100018. Disponible en: 10.1016/j.acpath.2022.100018.

33. Carmona-Cruz SA, Palacios-López CG, Fuentes-Gutiérrez D, Ramírez-Ristori AG, Sáez-de-Ocariz M. Enfermedad cutánea de Rosai-Dorfman en un niño de 3 años. Pediatr Dermatol [Internet]. Noviembre de 2022 [Fecha de acceso 14 de Septiembre de 2025]; 39 (6): 955-959. Disponible en: 10.1111/pde.15092

34. McClain KL, Bigenwald C, Collin M, Haroche J, Marsh RA, Merad M, Picarsic J, Ribeiro KB, Allen CE. Trastornos histiocíticos. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 07 de Octubre 2021 [Fecha de acceso 14 de Septiembre de 2025];7(1):73. Disponible en: 10.1038/s41572-021-00307-9

35. Karpierz K, Kuchar EP. An Infant With Seborrhoeic Dermatitis and Eczema Herpeticum Complicated by a Generalized Infection. Cureus [Internet]. 01 de Agosto de 2021 [Fecha de acceso 14 de Septiembre de 2025];13 (8): e16818. Disponible en: 10.7759/cureus.16818

36. Blanco Caviedes GC, Deaza Fernández MC, Alarcón Ávila C. Más allá del diagnóstico de leucemia congénita neonatal. Rev Med [Internet]. 2023 [Fecha de acceso 14 de Septiembre de 2025]; 30 (2): 99–104. Disponible en: http://dx.doi.org/10.18359/rmed.4307

37. Azaña JM, Torrelo A, Matito A. Actualización en mastocitosis. Parte 2: categorías, pronósticos y tratamiento. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2016 [Fecha de acceso 14 de Septiembre de 2025]; 107(1): 15–22. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.009

38. Buhtoiarov IN, Mukherjee S, Radivoyevitch T. Incidencia, características clínicas y resultados de la histiocitosis de células de Langerhans en Estados Unidos. J Pediatr Hematol Oncol [Internet]. 01 de Octubre de 2022 [Fecha de acceso 21 de Julio de 2025]; 44 (7): e1006-e1015. Disponible en: 10.1097/MPH.0000000000002383

39. Krooks J, Minkov M, Weatherall AG. Histiocitosis de células de Langerhans en niños: historia, clasificación, patobiología, manifestaciones clínicas y pronóstico. J Am Acad Dermatol [Internet]. Junio de 2018 [Fecha de acceso

16 de Julio de 2025]; 78 (6):1035-1044. Disponible en: 10.1016/j.jaad.2017.05.059

40. Fraitag S, Emile JF. Histiocitosis cutáneas en niños. Histopathology [Internet]. Enero de 2022 [Fecha de acceso 14 de Julio de 2025]; 80 (1): 196-215. Disponible en: 10.1111/his.14569

41. Koh KN, Yoon SH, Kang SH, Kim H, Im HJ. Advancements in the understanding and management of histiocytic neoplasms. Blood Res [Internet]. 04 de Julio de 2024 [Fecha de acceso 23 de Julio de 2025]; 59 (1): 22. Disponible en: 10.1007/s44313-024-00022-w

42. Degar BA, Huang JT, Bledsoe J. Características clínicas y tratamiento de los trastornos histiocíticos en niños. Hematol Oncol Clin North Am [Internet]. Junio de 2025 [Fecha de acceso 23 de Julio de 2025]; 39 (3): 513-529. Disponible en: 10.1016/j.hoc.2025.02.006.

43. Papo M, Cohen-Aubart F, Trefond L, Bauvois A, Amoura Z, Emile JF, Haroche J. Histiocitosis sistémica (histiocitosis de células de Langerhans, enfermedad de Erdheim-Chester, enfermedad de Destombes-Rosai-Dorfman): de mutaciones oncogénicas a trastornos inflamatorios. Curr Oncol Rep [Internet]. 21 de Mayo de 2019 [Fecha de acceso 23 de Julio de 2025]; 21 (7): 62. Disponible en: 10.1007/s11912-019-0810-6. PMID: 31115724.

44. Héritier S, Emile JF, Hélias-Rodzewicz Z, Donadieu J. Avances hacia el tratamiento molecular de la histiocitosis de células de Langerhans infantil. Arch Pediatr [Internet]. Julio de 2019 [Fecha de acceso 23 de Julio de 2025]; 26 (5): 301-307. Disponible en: 10.1016/j.arcped.2019.05.015

45. Hammouri EH, Sweidan HA, AShokaibi O, Al Omari L. Histiocitosis de células de Langerhans: Reporte de un caso con manifestaciones orales y el papel del odontopediatra en el diagnóstico. Clin Case Rep [Internet]. 15 de Febrero de 2020 [Fecha de acceso 17 de Agosto de 2025]; 8 (3): 545-549. Disponible en: 10.1002/ccr3.2726.

46. Pipa Vallejo A, Pipa Muñiz M, Pipa Muñiz C, Gangoiti Moratinos Z, Peña González I, Pipa Muñiz I, Pipa Muñiz A, González García M, De Vicente Rodríguez JC. Histiocitosis de células de Langerhans con implicación oral. A propósito de un caso. Av. Odontoestomatol [Internet]. 2016 [Fecha de acceso 04 de Septiembre de 2025]; 32 (4): 187-193. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852016000400002&lng=es.

47. Pavan VH, Fernández de Preliasco V, Ienco M, Benchuya C. Lesiones orales de histiocitosis de células de Langerhans en pacientes pediátricos. Acta Odontol Latinoam [Internet]. 31 de Diciembre de 2023 [Fecha de acceso 29 de Julio de 2025]; 36 (3): 156-162. Disponible en: 10.54589/aol.36/3/156

48. Jezierska M, Stefanowicz J, Romanowicz G, Kosiak W, Lange M. Histiocitosis de células de Langerhans en niños: una enfermedad multifacética. Avances recientes en patogénesis, exámenes diagnósticos y tratamiento. Postepy Dermatol Alergol [Internet]. 20 de Febrero de 2018 [Fecha de acceso 17 de Agosto de 2025]; 35 (1): 6-17. Disponible en: 10.5114/pdia.2017.67095.

49. Nazemisalman B, Zarabadi MS. Manifestación oral como único signo de histiocitosis de células de Langerhans: Reporte de un caso. Clin Case Rep [Internet]. 10 de Enero de 2024 [Fecha de acceso 17 de Agosto de 2025]; 12 (1): e8410. Disponible en: 10.1002/ccr3.8410.

50. Difloe-Geisert JC, Bernauer SA, Schneeberger N, Bornstein MM, Walter C. Manifestaciones periodontales de la histiocitosis de células de Langerhans: una revisión sistemática. Clin Oral Investig [Internet]. 22 de Marzo de 2021 [Fecha de acceso 04 de Septiembre de 2025]; 25 (6): 3341-3349. Disponible en: 10.1007/s00784-021-03873-0.

51. Ritwik P. Atención dental para pacientes con cáncer infantil. Ochsner J [Internet]. 2018 [Fecha de acceso 04 de Septiembre de 2025]; 18 (4): 351-357. Disponible en: 10.31486/toj.18.0061.

52. El Brihi J, Pathak S. Hemograma completo normal y anormal con fórmula leucocitaria. StatPearls [Internet]. Enero de 2025 [Fecha de acceso 27 de Agosto de 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK604207/

53. Pagana, Kathleen. Laboratorio clínico: indicaciones e interpretación de resultados. 1ra edición. México: Editorial El Manual Moderno. 2015

54. Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 4. Componentes principales del plan de tratamiento odontológico para pacientes con cáncer, según los tiempos de tratamiento antineoplásico. Manual de cuidados orales para pacientes pediátricos con cáncer. Washington, DC: OPS; 2023. 16-18. Disponible en: https://doi.org/10.37774/9789275326671.

55. W. Little J, A. Falace D, L. Rhodus N. S. Miller C. Manejo odontológico del paciente con problemas médicos por parte de Little y Falace. 8va edición. Estados Unidos: Elsevier; 2012. 459-485.

56. Alvarado Gamboa Esperanza, Jiménez Castillo René, Ibieta Zarco Blanca Rosa. Manejo odontológico en el paciente con cáncer de cabeza y cuello sometido a cirugía, radioterapia y/o quimioterapia. Rev. Odont. Mex [Internet]. 2020 Jun [citado 2026 Ene 07] ; 24(2): 157-166. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2020000200157&lng=es. Epub 07-Abr-2025. https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2020.24.2.79497.

57. Kajal P, Dhingra H, Bhutani N. Histiocitosis unifocal mandibular de células de Langerhans en un niño: Informe del manejo exitoso de una afección poco frecuente. Int J Surg Case Rep [Internet]. Noviembre de 2023 [Fecha de acceso 27 de Agosto de 2025]; 112 (108940): 108940. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108940

58. Córdova JJ, Alvear MC. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTESPEDIÁTRICOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.ARTÍCULO DE REVISIÓN. Revista OACTIVA UC Cuenca [Internet]. Septiembre-Diciembre de 2022 [Fecha de acceso 07 de Enero de 2026]; 7 (3): 53-64. Disponible en: https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/687/747

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

El Instituto Nacional de Pediatría forma parte de un hospital de tercer nivel en México, ubicado en la delegación Tlalpan, Av. Insurgentes Sur 3700-C, Colonia Insurgentes Cuicuilco, C.P. 04530, Ciudad de México. Es una institución de atención médica, enseñanza-aprendizaje e investigación científica perteneciente a la Secretaría de Salud de México especializándose en pediatría, con modelos de atención de la infancia y adolescencia.

El hospital cuenta con servicios de especialidad y alta especialidad pediátrica, con capacidad de atender enfermedades severas, agudas, con un diagnóstico y tratamiento oportuno para cada paciente. Dentro de las especialidades que cuenta el INP son: Alergia, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Torácica y Neumología, Comunicación Humana, Dermatología, Endocrinología, Estomatología, Genética, Inmunología, Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Gastro-Nutrición, Infectología, Hematología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neurología, Neurocirugía, Parasitología, Radioterapia, Salud Mental, Salud Reproductiva, Urología y Urgencias.

Los recursos con los que cuenta el INP son instalaciones equipadas con tecnología de vanguardia para el diagnóstico y tratamiento médico, laboratorios especializados, áreas de hospitalización, quirófanos, servicios de imagenología, y consultorios médicos en distintas especialidades pediátricas.

El servicio de estomatología pediátrica está conformado por 7 consultorios, donde se brinda atención y tratamiento en cada respectivo consultorio. Cada consultorio cuenta con un médico adscrito que se encarga de orientar, enseñar y en momentos intervenir en el tratamiento estomatológico que llevan los residentes de primer y segundo año en la especialidad de Estomatología Pediátrica. La distribución de cada consultorio es la siguiente:

Consultorio	Especialidad	Diagnóstico
C-1	● Preventiva	
C-2	● Epilepsia ● Síndrome de Landaukleffner ● Sindrome de West ● Síndrome de Lenox Gastaut ● Síndrome de Dravet ● Síndrome de Doose ● Síndrome de Ohthara ● Síndrome de Angelman ● Miastenia ● Gastroenterología ● Rehabilitación ● Dermatología ● ATR ● Ortopedia	● Labio y paladar hendido ● Parálisis cerebral. ● Retraso psicomotor ● Pacientes con alergias ● Pacientes con Asma ● Pacientes sanos ● Rinitis ● Asma ● Neumología ● Autismo ● Hiperbilirrubinemía ● Sx Rett
C-3	● Genética ● Endocrinología	● Pacientes con síndromes ● Pacientes con

	● Clínica Down ● Diabetes ● Síndrome Turner ● Síndrome de Nooanan ● Síndrome de Cruzon ● Síndrome de Apert	● desnutrición ● Pacientes de talla baja
C-4	● Trauma ● Fracturas ● Cirugía de terceros molares ● Patología oral y maxilofacial ● Cirugía bucal ● Cirugía Ortognática	● Fractura ATM ● Fracturas Mandibulares ● Mucoceles ● Ránulas ● Tumor ● Caninos retenidos ● Quistes
C-5	● Neumonía ● SHAOS ● Síndromes con repercusión de maloclusión ● Síndrome de Goldenhar	● Maloclusión ● Ortodoncia prequirúrgica ● Respiración Bucal ● Pacientes para cirugía ortognática
C-6	● Labio y paladar hendido ● Síndrome de Treacher Collins ● Craneosinostosis ● Secuencia de Bandas amnióticas	● Pacientes con asimetría facial ● Hendiduras palatinas ● Malformaciones cráneofaciales ● Px con microftalmia ● Px conmicrotia
C-7	● Inmunología ● Cardiología ● Oncología ● Hematología ● Infectología ● Clínica del niño maltratado (CAINM) ● Nefrología	● Bajo terapia de ● reemplazo ● Protocolo de trasplante ● Síndrome ● autoinflamatorio ● Cardiopatías ● Bajo tratamiento de quimioterapéutico ● Tratamiento de inmunosupresores

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Las actividades que se realizan durante el servicio social en el Instituto Nacional de Pediatría, son en parte administrativas, agenda de pacientes citados, el llenado de papelería para procedimientos en quirófano, solicitud de estudios, asistencia a clases, sesiones en auditorio, técnica de cepillado, fotografías intraorales y extraorales, asistencia en tratamiento y realización de tratamientos supervisados por un médico adscrito.

En las siguientes tablas se describen las actividades realizadas durante el servicio social en el INP:

Periodo: 03 de Febrero de 2025 al 14 de Marzo de 2025.

Consultorio: 1.

Turno: Vespertino.

Pacientes	
1ra vez	4
Subsecuente	147
Interconsulta	2
Urgencia	11
Valoración	2
Total	166

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	1
Toma de radiografía	2
Fotografía intra y extraoral	8
Modelos de yeso	11
Asistencia en el sillón dental	159
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	1
Circulante/asistente en quirófano	0
Solicitud de laboratorios/TAC	0

Periodo: 17 de Marzo de 2025 al 11 de Abril de 2025.

Consultorio: 4.

Turno: Vespertino.

Pacientes	
1ra vez	1
Subsecuente	22
Interconsulta	0
Urgencia	2
Valoración	0
Total	25

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	0
Toma de radiografía	0
Fotografía intra y extraoral	0
Modelos de yeso	5
Asistencia en el sillón dental	15
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	2
Circulante/asistente en quirófano	4
Solicitud de laboratorios/TAC	2

Periodo: 14 de Abril de 2025 al 02 de Mayo de 2025.

Consultorio: 7.

Turno: Vespertino.

Pacientes	
1ra vez	6
Subsecuente	81
Interconsulta	22
Urgencia	6
Valoración	1
Total	116

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	2
Toma de radiografía	6
Fotografía intra y extraoral	2
Modelos de yeso	12
Asistencia en el sillón dental	98
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	2
Circulante/asistente en quirófano	0
Solicitud de laboratorios/TAC	8

Periodo: 05 de Mayo de 2025 al 16 de Mayo de 2025.

Consultorio: 4.

Turno: Vespertino.

Pacientes	
1ra vez	0
Subsecuente	11
Interconsulta	0
Urgencia	1
Valoración	0
Total	12

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	0
Toma de radiografía	1
Fotografía intra y extraoral	1
Modelos de yeso	4
Asistencia en el sillón dental	12
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	0
Circulante/asistente en quirófano	1
Solicitud de laboratorios/TAC	1

Periodo: 19 de Mayo de 2025 al 30 de Mayo de 2025.

Consultorio: 1.

Turno: Vespertino.

Pacientes	
1ra vez	2
Subsecuente	60
Interconsulta	1
Urgencia	5
Valoración	1
Total	69

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	0
Toma de radiografía	3
Fotografía intra y extraoral	1
Modelos de yeso	9
Asistencia en el sillón dental	64
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	0
Circulante/asistente en quirófano	0
Solicitud de laboratorios/TAC	0

Periodo: 02 de Junio de 2025 al 20 de Junio de 2025.

Consultorio: 2.

Turno: Vespertino.

Pacientes	
1ra vez	3
Subsecuente	54
Interconsulta	0
Urgencia	1
Valoración	0
Total	58

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	0
Toma de radiografía	1
Fotografía intra y extraoral	0
Modelos de yeso	9
Asistencia en el sillón dental	56
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	2
Circulante/asistente en quirófano	0
Solicitud de laboratorios/TAC	2

Periodo: 23 de Junio de 2025 al 11 de Julio de 2025.

Consultorio: 3.

Turno: Vespertino.

Pacientes	
1ra vez	3
Subsecuente	63
Interconsulta	0
Urgencia	1
Valoración	0
Total	67

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	0
Toma de radiografía	1
Fotografía intra y extraoral	0
Modelos de yeso	3
Asistencia en el sillón dental	67
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	0
Circulante/asistente en quirófano	1
Solicitud de laboratorios/TAC	0

Periodo: 14 de Julio de 2025 al 01 de Agosto de 2025.

Consultorio: 1.

Turno: Vespertino/Matutino.

Pacientes	
1ra vez	0
Subsecuente	62
Interconsulta	0
Urgencia	3
Valoración	0
Total	65

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	0
Toma de radiografía	3
Fotografía intra y extraoral	3
Modelos de yeso	5
Asistencia en el sillón dental	58
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	0
Circulante/asistente en quirófano	0
Solicitud de laboratorios/TAC	0

Periodo: 04 de Agosto de 2025 al 22 de Agosto de 2025.

Consultorio: 7.

Turno: Matutino.

Pacientes	
1ra vez	4
Subsecuente	73
Interconsulta	5
Urgencia	3
Valoración	0
Total	85

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	0
Toma de radiografía	2
Fotografía intra y extraoral	2
Modelos de yeso	5
Asistencia en el sillón dental	24
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	2
Circulante/asistente en quirófano	3
Solicitud de laboratorios/TAC	2

***Primer periodo vacacional*: 25 de Agosto de 2025 al 05 de Septiembre de 2025.**

Periodo: 08 de Septiembre de 2025 al 26 de Septiembre de 2025.

Consultorio: 4.

Turno: Matutino.

Pacientes	
1ra vez	8
Subsecuente	38
Interconsulta	5
Urgencia	2
Valoración	2
Total	55

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	0
Toma de radiografía	1
Fotografía intra y extraoral	6
Modelos de yeso	0
Asistencia en el sillón dental	5
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	4
Circulante/asistente en quirófano	9
Solicitud de laboratorios/TAC	17

Periodo: 29 de Septiembre de 2025 al 17 de Octubre de 2025.

Consultorio: 2.

Turno: Matutino.

Pacientes	
1ra vez	4
Subsecuente	49
Interconsulta	1
Urgencia	1
Valoración	1
Total	56

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	5
Toma de radiografía	16
Fotografía intra y extraoral	0
Modelos de yeso	5
Asistencia en el sillón dental	56
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	5
Circulante/asistente en quirófano	3
Solicitud de laboratorios/TAC	6

Periodo: 20 de Octubre de 2025 al 07 de Noviembre de 2025.

Consultorio: 3.

Turno: Matutino.

Pacientes	
1ra vez	10
Subsecuente	51
Interconsulta	1
Urgencia	1
Valoración	0
Total	63

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	0
Toma de radiografía	4
Fotografía intra y extraoral	2
Modelos de yeso	2
Asistencia en el sillón dental	63
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	3
Circulante/asistente en quirófano	6
Solicitud de laboratorios/TAC	3

Periodo: 10 de Noviembre de 2025 al 21 de Noviembre de 2025.

Consultorio: 1.

Turno: Matutino.

Pacientes	
1ra vez	3
Subsecuente	29
Interconsulta	0
Urgencia	1
Valoración	0
Total	33

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	2
Toma de radiografía	8
Fotografía intra y extraoral	2
Modelos de yeso	3
Asistencia en el sillón dental	29
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	0
Circulante/asistente en quirófano	0
Solicitud de laboratorios/TAC	0

Periodo: 24 de Noviembre de 2025 al 12 de Diciembre de 2025.

Consultorio: 5.

Turno: Matutino.

Pacientes	
1ra vez	17
Subsecuente	83
Interconsulta	3
Urgencia	0
Valoración	2
Total	105

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	10
Toma de radiografía	3
Fotografía intra y extraoral	0
Modelos de yeso	16
Asistencia en el sillón dental	4
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	0
Circulante/asistente en quirófano	0
Solicitud de laboratorios/TAC	3

***Segundo periodo vacacional*: 15 de Diciembre al 26 de Diciembre de 2025.**

Periodo: 29 de Diciembre de 2025 al 09 de Enero de 2026.

Consultorio: 2.

Turno: Matutino.

Pacientes	
1ra vez	5
Subsecuente	19
Interconsulta	0
Urgencia	0
Valoración	0
Total	24

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	4
Toma de radiografía	5
Fotografía intra y extraoral	1
Modelos de yeso	4
Asistencia en el sillón dental	24
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	0
Circulante/asistente en quirófano	0
Solicitud de laboratorios/TAC	0

Periodo: 12 de Enero de 2026 al 30 de Enero de 2026.

Consultorio: 6.

Turno: Matutino.

Pacientes	
1ra vez	10
Subsecuente	91
Interconsulta	2
Urgencia	1
Valoración	0
Total	104

Actividades realizadas por pasante	
Toma de impresión	19
Toma de radiografía	0
Fotografía intra y extraoral	4
Modelos de yeso	21
Asistencia en el sillón dental	6
Llenado de papelería para procedimiento en quirófano	0
Circulante/asistente en quirófano	0
Solicitud de laboratorios/TAC	0

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El Instituto Nacional de Pediatría es un hospital de enseñanza que se encarga de la formación médica, la cual brinda atención especializada en distintas áreas, ofreciendo atención y tratamientos a pacientes pediátricos, dependiendo de sus necesidades.

El INP cuenta con atención a diferentes áreas especialidades, con tratamientos en oncología, cardiología, cirugía, ginecología, dermatología, cuidados intensivos, diagnósticos oportunos, rehabilitación, terapia de lenguaje, estomatología y urgencias. En el servicio de estomatología dentro del instituto destaca por su formación pediátrica a nivel hospitalario, permitiendo un acercamiento a pacientes pediátricos con los diversos diagnósticos mencionados, brindando una atención estomatológica oportuna para cada paciente, atendiendo desde tratamientos preventivos, hasta tratamientos complejos, como urgencias, traumas y rehabilitaciones bucales bajo anestesia general. Es un servicio que trabaja de manera multidisciplinaria, con otras especialidades estomatológicas como ortodoncia, patología, cirugía oral y maxilofacial, trabajando así de manera completa. También cuenta el servicio de estomatología con otras instituciones como lo es posgrado en ortodoncia en CESO, posgrado de endodoncia de la UNAM, ya que al ser en ocasiones tratamientos como ortodoncia correctiva y endodoncias (en diente permanente) se refieren a ellos.

Dentro de las actividades que se desarrollan por parte del servicio social son administrativas, como solicitar expedientes, agendar citas, realizar historias clínicas, modelos de yeso, pero también se suele permitir realizar tratamientos en pacientes, autorizadas y vigiladas por el médico adscrito.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

El servicio social permite desarrollar habilidades que se aprendieron durante la licenciatura, pero de igual manera permite conocer otras durante la consulta, sobre el manejo estomatológico, en paciente con comorbilidades, o médicamente comprometidos. El instituto también permite una formación y actualización continua, ya que nos dan la oportunidad de asistir a las sesiones en el auditorio, clases y entregas de guardia.

Las actividades realizadas por los pasantes son administrativas, pero también se autorizan realizar algunos tratamientos, en pacientes donde la cooperación permite realizarse por pasantes, estas actividades son revisadas por el médico adscrito a cargo del consultorio. Realizar el servicio social en una institución de tercer nivel permite conocer el manejo en pacientes con diagnósticos que conllevan un tratamiento multidisciplinario, junto con la asistencia en las rehabilitaciones bucales bajo anestesia general.

ANEXOS

































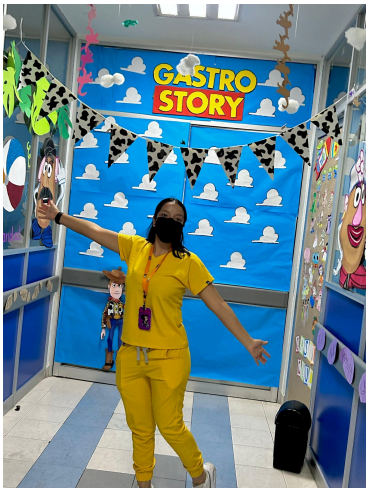


Walma
Pickup








Walmart

GASTRO
STORY







