



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**“FASCITIS NECROSANTE CERVICOFACIAL DE ORIGEN DENTAL: REPORTE
DE UN CASO”**

INFORME DEL SERVICIO SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO
VILLEGAS

PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL: LAURA BELÉN TAMAYO MARTÍNEZ

MATRÍCULA: 2203019454

PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL: FEBRERO 2025- ENERO 2026

FECHA DE ENTREGA: MARZO 2026

ASESOR EXTERNO

DR. CARLOS ALBERTO CARRASCO RUEDA

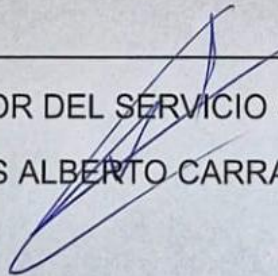
ASESOR INTERNO

C.D.M.E. CLAUDIA MARA GARCÍA CALVA

"Fascitis necrosante cervicofacial de origen dental: Reporte de un caso."

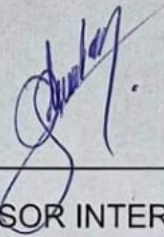
ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

DR. CARLOS ALBERTO CARRASCO RUEDA



"Fascitis necrosante cervicofacial de origen dental: Reporte de un caso."

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO

C.D.M.E. CLAUDIA MARA GARCÍA CALVA



C.D.E. Karla Ivette Oliva Olvera

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME.

El servicio social se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" (INER), durante el periodo comprendido de febrero de 2025 a enero de 2026, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial y Estomatología, bajo la supervisión del Dr. Carlos Alberto Carrasco Rueda. Durante este periodo se realizaron tratamientos odontológicos conservadores específicos, orientados a la atención integral del paciente.

Las principales actividades desarrolladas dentro del instituto consistieron en la atención estomatológica especializada de los pacientes que acudían al servicio, incluyendo la elaboración de diagnósticos y el diseño de planes de tratamiento preventivos y restauradores. Asimismo, se llevaron a cabo sesiones clínicas sobre diversos temas del ámbito estomatológico, en las que participaron pasantes y médicos adscritos del departamento, favoreciendo el intercambio académico y la actualización continua.

El caso clínico presentado tiene como objetivo analizar las características clínicas, etiológicas y terapéuticas de la Fascitis Necrosante Cervicofacial de origen dental, con la finalidad de optimizar el diagnóstico temprano y el manejo interdisciplinario de los pacientes. De igual manera, se busca evidenciar cómo una atención odontológica inadecuada se asocia de forma significativa con un incremento en el riesgo de desarrollar fascitis necrosante cervicofacial.

Palabras clave: Fascitis necrosante, Fascitis necrosante cervicofacial, Fascitis necrosante de origen dental, Diagnóstico, Tratamiento.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	1
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	2
Introducción.....	2
Marco Teórico.....	2
Fisiopatología.....	3
Características clínicas.....	4
Criterios de diagnóstico.....	4
Estudios de Imagen.....	6
Tratamiento.....	7
Otras medidas terapéuticas.....	9
Epidemiología.....	9
FN cervicofacial (FNC).....	9
Presentación de caso.....	10
Discusión.....	15
Conclusión.....	16
Bibliografía:.....	17
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	19
MISIÓN.....	19
VISIÓN.....	19
OBJETIVOS.....	19
Servicio de Estomatología en el INER.....	20
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.....	26
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	32
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	33
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	34

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

Durante el periodo comprendido del 1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026, se realizó la pasantía de servicio social en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Dr. Ismael Cosío Villegas”, dentro del Servicio de Cirugía Maxilofacial y Estomatología, bajo la supervisión del Dr. Carlos Alberto Carrasco Rueda. Esta estancia permitió la integración del ejercicio clínico estomatológico en un entorno hospitalario de alta especialidad, favoreciendo el abordaje integral de pacientes con patologías complejas.

Durante la estancia, se llevó a cabo el manejo, tratamiento y seguimiento clínico de un caso de fascitis necrosante cervicofacial (FNC), entidad infecciosa grave, de rápida progresión y alta tasa de mortalidad, caracterizada por la destrucción extensa de los tejidos blandos y la fascia. A pesar de su baja frecuencia, su evolución fulminante y su presentación clínica inicial inespecífica representan un desafío diagnóstico, lo que hace indispensable el reconocimiento oportuno de los signos de alarma y la instauración inmediata de un tratamiento adecuado.

Diversos estudios señalan que la mayoría de los casos de fascitis necrosante cervicofacial, tienen un origen odontogénico, generalmente asociados a infecciones dentales no tratadas o a un manejo odontológico inadecuado. En este contexto, el estomatólogo desempeña un papel fundamental, no solo en la prevención y el diagnóstico temprano, sino también como parte activa del manejo interdisciplinario, contribuyendo de manera decisiva a la eliminación del foco infeccioso y a la reducción de complicaciones sistémicas.

Por lo anterior, la presentación de este caso clínico tiene como finalidad resaltar la importancia del abordaje estomatológico oportuno, así como concientizar sobre el impacto que una atención odontológica adecuada tiene en la prevención de infecciones potencialmente mortales, reafirmando la responsabilidad del profesional de la salud bucal dentro del equipo médico hospitalario.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

FASCITIS NECROSANTE CERVICOFACIAL DE ORIGEN DENTAL: REPORTE DE UN CASO.

Introducción.

La fascitis necrosante se define como una enfermedad bacteriana poco frecuente, de evolución rápida y agresiva, que afecta principalmente a los tejidos blandos subcutáneos y la fascia, caracterizándose por una destrucción tisular extensa y un compromiso sistémico severo. Su elevada tasa de mortalidad y morbilidad se asocia a su rápida progresión que puede ocurrir en horas o pocos días, convirtiendo esta patología en una emergencia médico-quirúrgica.

La fascitis necrosante cervicofacial representa una tasa de mortalidad entre el 25% y el 35% atribuida a su proximidad a estructuras anatómicas vitales como la vía aérea, los vasos sanguíneos y el mediastino, favoreciendo así la rápida diseminación de la infección.

El diagnóstico oportuno y certero, así como el tratamiento inmediato, son factores determinantes para mejorar el pronóstico de la enfermedad y aumentar la tasa de supervivencia de los pacientes.

En este trabajo se presenta el caso clínico de una paciente diagnosticada con fascitis necrosante cervicofacial de origen dental, en el cual se describen los hallazgos clínicos y diagnósticos, así como el manejo terapéutico individualizado. El objetivo es resaltar la importancia del diagnóstico certero y la intervención quirúrgica temprana.

Marco Teórico.

La Fascitis Necrosante (FN) se define como una infección localizada en los tejidos blandos subcutáneos y la fascia, caracterizada por una rápida diseminación siendo potencialmente letal. Se distingue por una necrosis extensa de los tejidos blandos, una posible formación de gases en los tejidos, y mayormente asociado a enfermedades sistémicas que favorecen su aparición y progresión ^{1,2,3}.

La FN se clasifica en cuatro tipos:

- Tipo I, Polimicrobiana sinergista:

El tipo de FN más común, donde se observa una combinación de bacterias aerobias y anaerobias, con mayores especies anaerobias. Normalmente es posquirúrgica o secundaria a complicaciones de heridas profundas con compromiso vascular en áreas típicamente polimicrobianas ^{1,2,5}.

- Tipo II, Monomicrobiana:

Más frecuente por *Streptococcus pyogenes* o Estreptococo betahemolítico del grupo A (EGA), también conocida como gangrena estreptocócica hemolítica, puede ser en solitario o en la combinación de otras especies (*S. aureus*) ^{1,2,5}.

1. Tipo III, Patógenos gramnegativos marinos:

Por bacterias del género *Vibrio* y *Aeromonas hydrophila* ⁴.

- Tipo IV, Fúngica:

Debido a las levaduras y hongos verdaderos ¹.

La FN puede afectar a cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuente en las extremidades por FN tipo II, la pared abdominal, las áreas perianales e inguinales las heridas postquirúrgicas ⁴.

Fisiopatología.

El desarrollo de la enfermedad resulta de la interacción entre los factores de defensa locales y sistémicas del huésped; y de la virulencia de la bacteria ^{6,7}.

La destrucción del tejido y la trombosis es causada por la acción de las toxinas, antígenos y enzimas de la bacteria, así como a la respuesta inflamatoria del huésped. El mecanismo de virulencia incluye proteínas de la pared celular, exotoxinas, proteasas y superantígenos. Estos últimos activan a los linfocitos T, que a su vez estimulan a las citoquinas, los factores de la coagulación y del complemento. Las citoquinas liberadas incluyen el factor de necrosis tumoral (FNT), la interleucina-1 β , interleucina-2 y el interferón ⁷.

La inmunosupresión, presente hasta en el 50% de los casos, permite su diseminación a través del tejido celular subcutáneo y de las fascias superficiales. Las toxinas bacterianas son responsables de la necrosis tisular por un efecto citopático directo, ocasionando la destrucción de la fascia superficial. Este proceso se ve facilitado en zonas donde hay ausencia de barreras tegumentarias. Además, la liberación de mediadores inflamatorios contribuye a la propagación horizontal de la infección ⁶.

La cantidad del inóculo bacteriano también modifica la respuesta del huésped, pues a mayor cantidad de bacterias, mayor será el compromiso sistémico y menor la capacidad de respuesta del huésped. Asimismo, la migración bacteriana a través de los capilares produce trombosis de los vasos sanguíneos perforantes. La isquemia tisular subsecuente facilita la invasión microvascular de los gérmenes, la extensión vertical de la infección, y la propagación al plano dérmico, y la aparición de ampollas hemorrágicas ⁶.

A nivel local, cabe destacar la rápida progresión de la infección, con frecuencia siguiendo un plano virtual de disección entre la fascia muscular y el tejido celular subcutáneo, lo que explica por qué en muchas ocasiones la lesión cutánea superficial no refleja con precisión la verdadera extensión del daño tisular ⁶.

Características clínicas.

El área afectada está inicialmente eritematosa, inflamada, sin bordes definidos, caliente, brillante y con una intensa hipersensibilidad y dolorosa (Imagen 1). El proceso de la enfermedad es rápido a lo largo de horas o días, con cambios secuenciales de color cutáneo, de rojo violáceo a manchas gris-azuladas. De 3 a 5 días después del inicio de la enfermedad se pueden ver zonas de discontinuidad cutánea con ampollas (que contienen un líquido espeso rosado o morado) y gangrena cutánea franca, la zona deja de presentar hipersensibilidad, comienza el proceso de la anestesia debido a la trombosis de pequeños vasos sanguíneos y la destrucción de los nervios localizados. El comienzo de la anestesia es una pista de que se trata de una FN ^{2,4}.



Imagen 1: Mujer en etapa temprana de fascitis necrotizante cervicofacial, secundaria a un absceso odontogénico que afecta los espacios bucal y submandibular derechos, submentoniano y cara cervical lateral y anterior (absceso con flechas amarillas) y fistula (flecha azul) ²¹.

Criterios de diagnóstico.

El diagnóstico de la FN es difícil de determinar debido a su similitud en las etapas iniciales con una celulitis no complicada, siendo mayormente mal diagnosticada, por lo que un alto índice de sospecha de FN es fundamental para su diagnóstico, donde se deben considerar la aparición de los siguientes signos y síntomas del paciente ⁶:

- Dolor desproporcionado para el grado de celulitis, siendo la manifestación más constante de la FN.

- Rápida progresión de la lesión incluso después de la administración de antibióticos ⁶.
- Aparición de eritema escarlatiniforme y un marcado deterioro del estado general del paciente ⁶.

Escala LRINEC.

LRINEC es el acrónimo de *Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis*, un instrumento para ayudar a decidir si un cuadro de infección de tejidos blandos es o no una fascitis necrotizante. Se basa en seis parámetros (Imagen 2) y clasifica los valores en riesgo bajo, riesgo intermedio y riesgo alto de FN ⁸.

Se recomienda efectuar determinaciones seriadas de citología hemática, cuenta de leucocitos, PCR, Sodio, Creatinina y Glucosa, para establecer un índice de riesgo basado en resultados de laboratorio ^{8,9}.

La proteína C reactiva es un indicador de la respuesta inflamatoria sistémica, mientras que el incremento de los niveles séricos de las enzimas musculares, hipocalcemia, la hiponatremia, la leucocitosis moderada y la trombocitopenia indican la existencia de una infección necrosante potencialmente letal ⁸.

Tabla. Índice LRINEC.

Parámetro	Valor	Puntuación*
Proteína C reactiva (mg/dl)	< 150	0
	≥ 150	4
Recuento leucocitos (cels/μl)	< 15	0
	15-25	1
	>20	2
Hemoglobina (g/dl)	> 13,5	0
	11-13,5	1
	< 11	2
Sodio (mmol/l)	≥ 135	0
	< 135	2
Creatinina (μmol/l)	≤ 141	0
	> 141	2
Glucosa (g/dl)	≤ 180	0
	> 180	1

Legenda: * Estratificación de riesgo: < 6 bajo, 6-7 intermedio, ≥ 8 alto

Imagen 2: Valores de diagnóstico para FN acorde a la Escala de LRINEC ⁶.

Los pacientes con una puntuación LRINEC ≥6 deben evaluarse cuidadosamente para detectar la presencia de fascitis necrotizante (Imagen 3) ⁸.

Evaluación de riesgos LRINEC (basada en [14]).

Categoría de riesgo	Puntos LRINEC	Probabilidad de presencia de NF
Bajo	≤5	<50%
Medio	6-7	50-75%
Alto	≥8	>75%

Imagen 3: Porcentaje de probabilidad de la presencia de FN acorde al puntaje obtenido de la escala de LRINEC ⁸.

Estudios de Imagen.

Herramienta auxiliar para valorar la extensión de la lesión y las complicaciones locales, como lesiones óseas y formación de abscesos ⁶.

- Radiografía:

Los hallazgos encontrados en una radiografía en pacientes con FN pueden parecer similares a una celulitis, como el aumento del grosor y la opacidad de los tejidos blandos ¹⁰.

El gas en los tejidos blandos se observa en una minoría de los casos (entre el 24.8% y el 55%), y puede observarse hasta una etapa avanzada de la enfermedad ¹⁰.

De igual manera, la radiografía puede ser de gran utilidad en la detección de un cuerpo extraño o una fractura subyacente pudiendo ser causante de la infección ¹⁰.

- Ultrasonido:

Los hallazgos ecográficos evaluados en la FN son limitados debido a la falta de resolución de las estructuras más profundas, sin embargo, la presencia de gas puede ser más evidente que en las radiografías, donde se observa una capa ecogénica de gas por encima de la fascia profunda con sombra acústica sucia posterior¹⁰.

La ecografía ayuda a descartar trombosis venosa profunda, y evaluar posibles cuerpos extraños, así como guiar la aspiración del líquido durante la intervención ^{6,10}.

- Tomografía computarizada (TC):

Es la principal modalidad de diagnóstico por imagen para la FN debido a su velocidad, disposición y alta resolución. El gas dentro de las colecciones de líquido a lo largo de los planos faciales es el hallazgo distintivo de la FN (Imagen 4), sin embargo, la falta de éste puede deberse a una etapa de la enfermedad temprana, infecciones aeróbicas o si el paciente es diabético ¹⁰.

El engrosamiento fascial asimétrico, la acumulación de líquido subfascial e intermuscular, edema subcutáneo, acumulación de grasa inflamatoria, son otros hallazgos que pueden observarse en la TC ^{6,10}.

La TC es útil para guiar el desbridamiento y drenaje quirúrgico al evaluar la extensión de la lesión, a detectar la posible fuente infecciosa e identificar posibles complicaciones ¹⁰.



Imagen 4: La TC con contraste muestra bolsas intramusculares de gas (flecha) en zona submandibular ¹⁶.

- Resonancia magnética (RM):

La resonancia magnética es el gold standard para el diagnóstico de infecciones en tejidos blandos, proporcionando una excelente resolución de contraste con una sensibilidad del 93% para la identificación de una FN ¹⁰.

Las imágenes ponderadas en *T1* son útiles para evaluar la anatomía, mientras que las secuencias *T2 saturadas* a evaluar la grasa y secuencias cortas de intervención-recuperación para detectar engrosamiento fascial y edema ¹⁰.

Las imágenes post-contraste con gadolinio son útiles para delinear la extensión de la infección, identificar abscesos y áreas de necrosis ¹⁰.

La ausencia de hiperintensidad en *T2* dentro de la fascia profunda puede excluir el diagnóstico de FN. El realce de la fascia tras la administración del contraste varía acorde al estadio de la enfermedad ¹⁰.

El gas en la RM está representado por una señal baja puntiforme o curvilínea en *T1* y *T2* ¹⁰.

Tratamiento.

Los pacientes con FN reciben una combinación de tratamiento quirúrgico, toma de cultivo y tratamiento antimicrobiano, soporte nutricional y soporte hemodinámico.

Tratamiento quirúrgico:

Comprende el desbridamiento extenso del tejido necrótico y su aseo local, ayuda a disminuir la carga bacteriana y la concentración de toxina bacteriana; la cirugía temprana puede ayudar a minimizar la pérdida de tejido y eliminar la necesidad de amputar una extremidad gangrenosa ^{6,11}.

Este tratamiento ofrece tres ventajas:

- Confirma el diagnóstico: al realizar una exploración se puede encontrar la aponeurosis muscular profunda de aspecto necrótico y de coloración grisácea, al intentar diseccionar con los dedos se encuentra falta de resistencia y falta de sangrado. Puede aparecer pus acuoso de mal olor ⁶.
- Delimita la extensión de la infección ⁶.
- Permite la resección quirúrgica completa: debe retirarse toda la piel, tejido subcutáneo y fascia que tenga aspecto de no ser viable ⁶.

La mortalidad es del 32% cuando este proceder se realiza antes de las 24 horas del diagnóstico frente al 70% de mortalidad cuando dicho período es mayor. Sin desbridamiento quirúrgico la mortalidad se acerca al 100%. Si la evolución del paciente no es buena, es obligatorio repetir el tratamiento quirúrgico ⁶.

Tratamiento antibiótico:

El tratamiento antimicrobiano empírico se debe iniciar de preferencia dentro de la primera hora de su detección, se debe utilizar antibióticos de amplio espectro en lo que se obtienen estudios de susceptibilidad antimicrobiana, así como resultados de los cultivos tomados ^{6,7,11}.

Para la FN tipo I se indica una combinación de ampicilina o ampicilina-sulbactam más clindamicina o metronidazol, siendo más efectiva en tratamiento para FN cervical ^{6,7,11}.

Para el tipo II se recomienda la administración de penicilina G más clindamicina, a pesar de la presencia de una alta sensibilidad del EGA con los betalactámicos, se ha demostrado una mayor efectividad que la penicilina, tiene mayor efecto postantibiótico, es capaz de suprimir la síntesis de exotoxinas bacterianas, inhibe la síntesis de la proteína M transmembrana e induce la supresión del TNF ^{6,7,11}.

No hay estudios recientes que determinen la duración del tratamiento antimicrobiano, por lo que debe individualizarse según la evolución del paciente.

Soporte nutricional

La nutrición es vital, pero solo después de la cirugía. La alimentación enteral debe iniciarse tan pronto como el paciente se encuentre hemodinámicamente estable. La alimentación enteral puede ayudar a compensar el desequilibrio proteico negativo debido al catabolismo ¹¹.

Medidas de soporte hemodinámico

- Incluye cantidades masivas de volumen intravenoso (10-19 litros/día) ⁶.
- Drogas vasoactivas hipotensión intratable ⁶.
- Hemodiálisis si presenta disfunción renal ⁶.
- Ventilación mecánica en caso de distrés respiratorio ⁶.

Otras medidas terapéuticas.

- Inmunoglobulinas intravenosas:

Tiene la capacidad de neutralizar las exotoxinas circulantes, impedir la proliferación de linfocitos T e inhibir la interleucina 6 y FNT-alfa. Sin embargo, no ha sido indicada por la Food and Drug Association (FDA) ^{6,7}.

- Oxígeno hiperbárico:

La terapia de oxígeno hiperbárico (TOHB) es considerado un tratamiento complementario de la FN, funciona aumentando la presión parcial del oxígeno dentro de los tejidos infectados, administrado a través de una cámara de presión con oxígeno al 100% con una presión de 2 a 3 atmósferas ¹².

Este tipo de terapia promueve la cicatrización y atenúa una mayor necrosis tisular debido a tres mecanismos de acción ¹²:

- Aumenta la perfusión de oxígeno tisular ¹².
- Efecto bactericida para bacterias anaerobias ¹².
- Aumento de la producción de radicales libres de oxígeno, amplificando la respuesta inmune del huésped ¹².

Epidemiología.

Es más común entre la cuarta y séptima década de vida con mayor predominio en hombres. Afecta principalmente a pacientes con diabetes, obesidad, alcoholismo, fumadores, drogadicción, enfermedad inmunológica y enfermedad vascular periférica, aumentando la tasa de morbilidad y mortalidad en los pacientes ^{13, 14}.

FN cervicofacial (FNC).

La FNC es frecuentemente secundaria por una infección bacteriana odontogénica y, aunque poco frecuente, por traumatismo o infecciones periamigdalinas ¹⁵.

Durante la primera etapa de la enfermedad los pacientes pueden presentar fiebre, taquicardia, hipotensión y deshidratación, extendiéndose al espacio celular del cuello, afectando las fascias, aponeurosis, los músculos y la piel, observándose cianóticos, tensos y con signos de necrosis ¹³.

Es menos frecuente en la región de cabeza y cuello debido a su elevada vascularización; sin embargo, cuando se presenta en la región cervical puede constituir un riesgo potencialmente mortal, afecta principalmente a los espacios submandibular, submental y parafaríngeos, se relaciona con el estado inmunitario y la presencia de comorbilidades, se le atribuye una tasa de mortalidad del 45% ^{13,15}.

Presentación de caso.

Paciente femenino de 60 años, ingresa al servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, “Ismael Cosío Villegas”, presentando aumento de volumen de predominio cigomático y submandibular izquierdo, de consistencias fluctuante, de bordes mal definidos, acompañado de cambios tróficos de piel suprayacente, a expensas de eritema y descamación de la piel.

La paciente refiere odontalgia constante de 7 días de evolución. Menciona haber acudido previamente a consulta con un odontólogo privado donde se realizó el retiro de una restauración en mal estado con filtración de caries, posterior a dicho procedimiento inició la sintomatología actual, el mismo odontólogo le recetó amoxicilina con ácido clavulánico, sin embargo, no recuerda la dosis indicada. Como antecedentes personales patológicos, la paciente refiere diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 y anemia grado II.

Se realiza valoración por parte del área de Otorrinolaringología, solicitando tomografía computarizada (TC) de cráneo y macizo facial, en corte coronal (Imagen 5). El estudio evidencia alteraciones de los tejidos blandos cervicofaciales del lado derecho, observando un engrosamiento difuso y aumento de la densidad de los tejidos blandos subcutáneos y profundos, predominantes en la región cervicofacial, lo que es sugestivo a edema inflamatorio severo. Estos hallazgos indican diseminación del proceso infeccioso a través de los espacios faciales.

Los hallazgos de la TC son compatibles con un proceso infeccioso severo de tejidos blandos cervicofaciales, con extensión a planos profundos y la rápida progresión clínica, no se puede descartar una fascitis necrosante en etapa temprana.



Imagen 5: Tomografía computarizada de macizo facial en corte coronal donde se observa un engrosamiento difuso y aumento de la densidad de los tejidos blandos en la región cervicofacial lateral (flecha).

Se inicia manejo intrahospitalario con antibioticoterapia de amplio espectro, consiste en ceftriaxona 1g cada 12 horas IV, metronidazol 500mg / 100ml cada 8 horas IV, metamizol sódico 1g / 2ml cada 8 horas IV y paracetamol 1g / 100 ml. Durante la intervención se evidenció necrosis a nivel malar izquierdo, con drenaje espontáneo de material purulento, motivo por el cual se solicitó cultivo con antibiograma de la secreción obtenida. Se realiza desbridamiento quirúrgico de tejido necrótico (Imagen 6), así como aspiración mediante trampa para recolección de secreción purulenta, obteniendo 20 cc de material purulento de espacios bucal y masticador.



Imagen 6: Desbridamiento del espacio bucal, posterior al drenaje de material purulento.

Se observa incisión de cervicotomía de 6 cm, a 2 cm de borde mandibular (Imagen 7), de predominio en hemicuello izquierdo, observando presencia de escaso material purulento y abundante tejido necrótico.



Imagen 7: Desbridamiento quirúrgico tanto de la región submandibular como de la región bucal.

Durante la intervención, se realizó una exploración intraoral, en la cual se identificó la presencia de una cavidad en el diente 26, motivo por el cual se solicitó valoración por parte del servicio de Cirugía Maxilofacial y Estomatología del INER, con el objetivo de determinar un posible origen dental de la infección.

A la valoración por parte del área de Cirugía Maxilofacial y Estomatología, clínicamente se observó el diente 26 con una cavidad profunda en la cara oclusal con caries activa y presencia de edema en la encía adyacente (Imagen 8).



Imagen 8: Reconstrucción tridimensional (3D) de tomografía computarizada del macizo facial, se observan múltiples piezas dentales posteriores con pérdida severa de estructura coronaria, compatible con caries avanzadas y destrucción dentaria extensa, se aprecia compromiso del hueso alveolar adyacente, sugestivo de proceso inflamatorio crónico de origen odontogénico, potencialmente asociado a infección periapical.

Se realiza la extracción del diente 26 bajo anestesia general y se vuelve a realizar un lavado de las zonas intervenidas anteriormente. Posterior a la intervención se observó una mejoría de la lesión, donde se continuó con tratamiento de piperacilina-tazobactam (PIP-TZ) 4G / 0.5G cada 3 horas VI. 15 días después se suspende el esquema de antibiótico y se continúa con manejo ambulatorio.

30 días después se observa una herida quirúrgica limpia a 1.5cm de la comisura labial izquierda de color rosa pálido, con bordes irregulares, edematizados y eritematosos, muestra de tejido de granulación, mientras que en la región submandibular se observa una línea de sutura en proceso de cicatrización. (Imagen 9).



Imagen 9: No se observan secreciones purulentas.

60 días posterior al desbridamiento quirúrgico se observa una cicatriz retraída que afecta la continuidad de la comisura labial izquierda, con presencia de hiperpigmentación residual y zonas de fibrosis subyacente, lo que le da un aspecto endurecido. Por debajo de la base mandibular se observa cicatriz lineal transversal delgada, plana, sin signos de inflamación, hiperpigmentación leve (Imagen 10).



Imagen 10: Se observa un correcto proceso de cicatrización.

Los resultados del cultivo reportaron el aislamiento de *Streptococcus constellatus* (*S. constellatus*), bacteria que pertenece al grupo *Streptococcus anginosus* (SAG), un grupo de cocos gram positivos ampliamente distribuidos en la cavidad oral, nasofaringe, tracto gastrointestinal y genitourinaria. Dentro de este grupo se encuentra el *S. constellatus*, *Streptococcus intermedius* (*S. intermedius*), y *Streptococcus anginosus* (*S. anginosus*) ¹⁷.

El *S. constellatus* se encuentra en la microbiota de la cavidad oral, del aparato gastrointestinal y urogenital. Sin embargo, es capaz de causar infecciones oportunistas con carácter piogénico, con tendencia a formación de abscesos; pudiendo ser así en infecciones orales y endodónticas ¹⁷.

Discusión.

La fascitis necrosante en la región de cabeza y cuello es una entidad infrecuente, cuyo origen principal suele ser odontogénico, aunque también puede derivar de traumatismos, infecciones de las glándulas salivales, así como de infecciones faríngeas o amigdalinas.¹⁸ Su tasa de mortalidad es elevada, no solo debido a la localización anatómica y a la rápida progresión de la enfermedad, sino también a su frecuente asociación con enfermedades sistémicas subyacentes y factores predisponentes, entre los que se incluyen enfermedades cardiopulmonares, diabetes mellitus, cáncer, insuficiencia hepática, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, infección por VIH y edad avanzada ^{13,18,19,22}.

La fascitis necrosante rara vez se considera como diagnóstico de primera sospecha, ya que sus manifestaciones clínicas iniciales suelen simular una celulitis facial de origen odontogénico. En este contexto, la identificación temprana de su instauración y progresión acelerada resulta determinante para establecer un diagnóstico diferencial oportuno y preciso.

Custodio-Marroquín J señala que las infecciones de origen dental pueden tener su etiología en caries, pulpitis, abscesos periapicales, periodontitis, abscesos periodontales y pericoronitis. Estas infecciones pueden diseminarse a través de los espacios aponeuróticos, con posibilidad de extensión hacia espacios profundos, lo que puede requerir un manejo quirúrgico agresivo y multidisciplinario ²⁰.

Sin embargo, Rodríguez Jiménez, menciona que la infección de fascitis necrosante cervicofacial de origen dental se atribuye, en la mayoría de los casos, a procesos odontogénicos simples que no recibieron un tratamiento adecuado en el nivel primario de salud ¹³.

Es importante recordar que los síntomas de la paciente iniciaron después de una consulta odontológica en la que no recibió la atención ni el tratamiento oportunos, lo que posteriormente favoreció la evolución hacia el desarrollo de una fascitis necrosante.

Tang C, *et al*, mencionan que el progreso de la infección normalmente es a través de los espacios cervicofaciales hacia la pared torácica y el mediastino (progresión descendente) aumentando la mortalidad, y en raras ocasiones, puede presentar de igual manera un patrón de progresión periorbitario o ascendente ²¹. Banerjee AR, *et al*, encontraron que el 44% de los casos de FN cervicofacial se complicaron con la afectación del mediastino, de los cuales el 38% de estos pacientes fallecieron ¹⁸.

La infección, junto con la producción de toxinas, la activación de las citocinas, la microtrombosis y la isquemia, asociadas a la disfunción tisular y la necrosis celular, contribuyen de manera sinérgica a una mayor diseminación del proceso infeccioso ²².

Vulisha, *et al*, señalan que los factores de riesgo como el consumo excesivo de alcohol, antecedente de tabaquismo, enfermedad neoplásica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad periodontal, diabetes mellitus, hepatitis y VIH predisponen al desarrollo infecciones por *S. constellatus*. En el caso de nuestra

paciente, el principal factor de riesgo identificado fue el diagnóstico de diabetes mellitus ²³.

El tratamiento antibiótico debe de ser de amplio espectro al inicio de la sospecha de una FN, posteriormente debe centrarse en el resultado de cultivo bacteriano resultante, desbridamiento quirúrgico más terapia de soporte como vendaje y lavado quirúrgico ^{18,21}.

El desbridamiento quirúrgico puede generar defectos tisulares cuya reconstrucción resulta compleja, incluso mediante el empleo de injertos, sin embargo, Rodríguez R, *et al*, señalan que la terapia de presión negativa VAC (Vacuum Assisted Closure) favorece un afrontamiento tisular más rápido al crear un microambiente que optimiza la perfusión, estimula la migración de fibroblastos, la mitosis y la proliferación celular. Asimismo, disminuye el riesgo de una sobreinfección bacteriana ²².

Adewale AO, *et al*, señalan que la mayoría de las muertes por FN son secundarias a sepsis, insuficiencia multiorgánica o insuficiencia respiratoria. La tasa de mortalidad oscila entre el 10% y el 40% y puede incrementarse hasta el 80% en los casos en que la intervención médica y quirúrgica se retrasa ²⁴.

En un estudio realizado por Juárez-Rebollar, *et al*, se señala que en México existen escasas investigaciones que proporcionen información actualizada sobre la frecuencia de la fascitis necrosante cervicofacial odontogénico, destacando la importancia de dar seguimiento a largo plazo a los casos reportados y diagnosticados, con el objetivo de estimar el pronóstico en futuros pacientes, optimizar la planificación de los abordajes quirúrgicos y contribuir a la prevención de la diseminación de la infección ²¹.

Conclusión.

En el ámbito odontológico y maxilofacial, la fascitis necrosante representa una entidad de diagnóstico complejo debido a su presentación clínica inespecífica y rápida progresión. Su identificación temprana y el inicio inmediato del tratamiento son determinantes para prevenir complicaciones graves y potencialmente mortales. El caso clínico presentado enfatiza la relevancia del reconocimiento oportuno de los signos de alarma, el uso adecuado de la terapia antibiótica y la correcta identificación del momento en que una infección odontogénica progresa hacia un compromiso sistémico. El manejo multidisciplinario constituye un elemento esencial para mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad asociada.

Bibliografía:

- 1:** Barberán López J. Infecciones de la piel y las partes blandas. En: von Domarus A. Farreras Rozman. Medicina Interna. 20.^a ed. España: Elsevier España S.L.U.; 2024. p. 2574-2580.
- 2:** Odell EW. Principales infecciones de la boca y la cara. En: Odell EW. Cawson. Fundamentos de medicina y patología oral. 10.^a ed. Barcelona: Elsevier España S.L.U.; 2025. p. 137-148.
- 3:** Stevens DL, Bryant AE, Hagman MM. Infecciones estreptocócicas no neumocócicas y fiebre reumática. En: Goldman L. Goldman-Cecil: Tratado de medicina interna. 27.^a ed. Madrid: Elsevier España S.L.U.; 2024. p. 1913-1919.
- 4:** Pasternack MS, Swartz MN. Celulitis, fascitis necrosante e infecciones del tejido subcutáneo. En: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. 9.^a ed. Madrid: Elsevier España S.L.U.; 2020. p. 1282-1306.
- 5:** Escudero EM, Andreu JP, Torres AH. Infecciones de la piel y partes blandas. Pie diabético. En: García VE, ed. Enfermedades infecciosas. Barcelona: Elsevier España S.L.U.; 2023. p. 173-186.
- 6:** Ferrer Lozano Y, Morejón Trofimova Y. Fascitis necrosante. Actualización del tema. MediSur. 2018;16(6):920-929.
- 7:** Hernández González EH, Mosquera Betancourt G, de la Rosa Salazar V. Fascitis necrotizante. AMC. 2015;19(6):654–664.
- 8:** Hoesl V, Kempa S, Prantl L, Ochsenbauer K, Hoesl J, Kehrer A, et al. The LRINEC score—An indicator for the course and prognosis of necrotizing fasciitis? J Clin Med. 2022 Jun 22;11(13):3583. doi:10.3390/jcm11133583. PMID: 35806870; PMCID: PMC9267597.
- 9:** Instituto Mexicano del Seguro Social. *Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento de Fascitis Necrosante* (IMSS-074-08-RR). México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2008.
- 10:** Tso DK, Singh AK. Necrotizing fasciitis of the lower extremity: imaging pearls and pitfalls. Br J Radiol. 2018 Mar 27;91(1088):20180093. doi:10.1259/bjr.20180093. PMID:29537292; PMCID: PMC6209465.
- 11:** Wallace HA, Perera TB. Necrotizing fasciitis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. [Updated 2023 Feb 21].
- 12:** Tseros EA, Reddy R, Ho J, Gunaratne DA, Venkatesha V, Riffat F, et al. Improvement in mortality with hyperbaric oxygen therapy in cervical necrotising fasciitis: a systematic review of the literature. Aust J Otolaryngol. 2023;6:8. doi:10.21037/ajo-23-5.
- 13:** Rodríguez Jiménez R. Fascitis necrosante cervicofacial de origen odontogénico. Rev Cubana Estomatol. 2022;57(4):714–722.

- 14:** Gore MR. Odontogenic necrotizing fasciitis: a systematic review of the literature. BMC Ear Nose Throat Disord. 2018 Aug 15;18:14. doi:10.1186/s12901-018-0059-y. PMID:30127662; PMCID: PMC6094465.
- 15:** Martínez JM.; Rodríguez N, González MJS. Clínica de las infecciones odontógenas. En: Martínez JM. Donado. Cirugía bucal: patología y técnica. 6.^a ed. Barcelona: Elsevier España S.L.U.; 2025. p. 252-263.
- 16:** Martínez AY, McHenry CR, Meneses Rivadeneira L. Fasceítis necrosante cervicofacial: una infección severa que requiere tratamiento quirúrgico temprano Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2016 Mar;38(1):23-28.
- 17:** Mora-Palma JC, Guillot-Suay V, Sánchez Gila MM, Gutiérrez-Fernández J. Pelvic inflammatory disease by *Streptococcus constellatus*: clinical experience and a review. Rev Esp Quimioter. 2020 Aug;33(4):285–288. doi: 10.37201/req/020.2020; PMCID: PMC7374034.
- 18:** López-Aparicio E, Gómez-Arcila V, Carmona-Meza Z. Fascitis necrotizante de origen dental: reporte de caso. Rev CES Odontol. 2017;30(1):68-74. doi:10.21615/cesodon.30.1.6
- 19:** de Leyva P, Dios-Díez P, Cárdenas-Serres C, Bueno-de Vicente Á, Ranz-Colio Á, Sánchez-Jáuregui E, Almeida-Parra F, Acero-Sanz J. Cervical Necrotizing Fasciitis in Adults: A Life-Threatening Emergency in Oral and Maxillofacial Surgery. Surgeries. 2024;5(3):517-531. doi:10.3390/surgeries5030042.
- 20:** Custodio-Marroquín J. Mediastinitis necrosante descendente por absceso odontogénico. Reporte de caso. Cirugía Cardiovascular. 2025;32(5):278-280. doi:10.1016/j.circv.2024.10.004.
- 21:** Juárez-Rebollar AG, López-Saucedo F, Juárez-Rebollar D, Juárez-Paredes CM. Frequency of cervicofacial necrotizing fasciitis secondary to odontogenic abscess. Dental Research and Management. 2020;4(2):46-51. doi:10.33805/2572-6978.145.
- 21:** Tang C, McKinlay A, Buckley J. Cervicofacial necrotizing fasciitis – patterns of spread: case report and review of literature. J Oral Maxillofac Surg Med Pathol. 2026;38(2):291-295. doi:10.1016/j.ajoms.2025.09.009.
- 22:** Rodríguez-Rodríguez D, Sanz-Sánchez CI, Cazorla-Ramos ÓE. Fascitis necrotizante cervical de origen odontógeno. Descripción de un caso. Rev ORL. 2024;15(4):355-360. doi:10.14201/orl.31997.
- 23:** Vulisha AK, Sam R, Nur H, Bhardwaj N, Sirineni S. Aggressive presentation of *Streptococcus constellatus*. Cureus. 2021;13(4):e14534. doi:10.7759/cureus.14534.
- 24:** Adewale AO, Olamide OT, Yussuf SA, Stephen IO. Cervicofacial necrotizing fasciitis in patients with no underlying medical conditions: a review of four cases seen in twelve months at a Nigerian tertiary hospital. Iran J Med Sci. 2018 Nov;43(6):653–658. PMID:30510342; PMCID:PMC6230931.

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

La plaza del servicio social se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Ismael Cosío Villegas” (febrero 2025 – enero 2026), ubicado en Calzada de Tlalpan, 4502, Tlalpan, México.

El INER es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupado en el Sector Salud, que tiene por objeto principal en el campo de padecimientos del aparato respiratorio, la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, cuyo ámbito de competencia es todo el territorio nacional.



MISIÓN.

Mejorar la salud respiratoria de los individuos y las comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada

VISIÓN.

El INER debe ser la entidad nacional normativa en salud respiratoria y el principal sitio de enseñanza, investigación, promoción y atención de alta especialidad, con competitividad nacional e internacional.

OBJETIVOS.

- 1.- Desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.
- 2.- Impartir enseñanza de posgrado a profesionales de la medicina y contribuir a la formación del personal de enfermería, de técnicos y auxiliares en el campo de las enfermedades respiratorias.
- 3.- Proporcionar consulta externa y hospitalaria a pacientes que ameriten tratamiento especializado en materia de enfermedades respiratorias.

5.- Realizar y promover eventos y reuniones de carácter nacional e internacional para intercambiar experiencia y difundir los avances que logren en su área de acción.



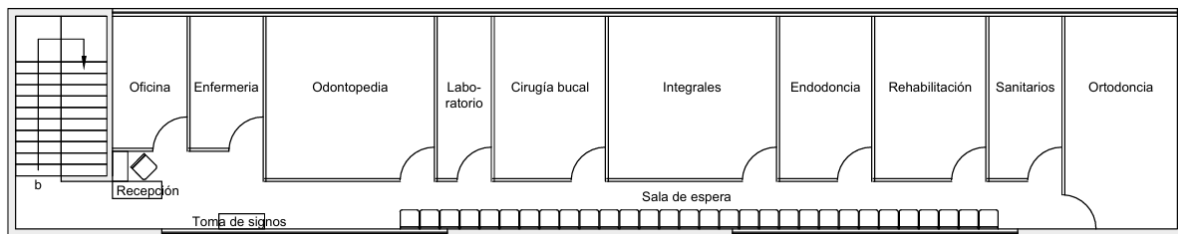
Equipo multidisciplinario de estomatólogos especialistas cuyo principal objetivo es proporcionar atención odontológica de alta especialidad a pacientes con padecimientos del sistema respiratorio que pueden condicionar alteraciones en el sistema estomatognático. Enfocado en prevenir y/o tratar oportunamente los padecimientos de la cavidad bucal asociados a enfermedades respiratorias, proporcionando la atención con valores de humanismo, ética, honestidad, responsabilidad y profesionalismo.

Nivel de atención del departamento de estomatología:

- 1er nivel: Prevención y promoción a la salud (aplicación de flúor, selladores de fosetas y fisuras, profilaxis, técnica de cepillado, detección oportuna de caries, toma de radiografía).
- 2do nivel: Tratamientos específicos conservadores (eliminación de caries) manejo de enfermedades de las estructuras de soporte dental (gingivitis, periodontitis).

- 3er nivel: Consulta de especialidad (Cirugía Oral y Maxilofacial, Endodoncia, Odontopediatría, Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, Prótesis).

A continuación, se muestra un croquis y fotografías de las áreas del servicio de Estomatología y Cirugía Maxilofacial en el INER con su descripción general.



Croquis del servicio de Estomatología y Cirugía Maxilofacial.



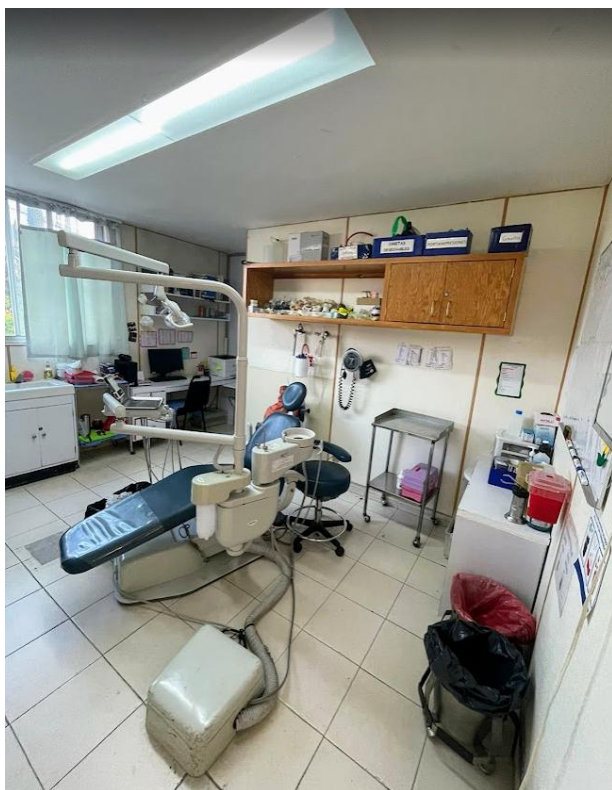
Escritorio de la secretaria y zona de toma de signos vitales de los pacientes.

Pasillo donde se encuentra la sala de espera para los pacientes y acompañantes.



Laboratorio donde se realiza el revelado de radiografías periapicales, recorte de modelos de estudio, y un contenedor para batas y campos sucios y otro contenedor para desechos biológico infeccioso.

El consultorio de Odontopediatría cuenta con dos unidades, una computadora de escritorio, dos tomas de pared de oxígeno medicinal, un lavamanos, contenedor de objetos punzantes, una báscula y un carrito de servicio.



El Consultorio de Cirugía Maxilofacial cuenta con una unidad, una toma de pared de oxígeno medicinal, dos computadoras de escritorio, un lavamanos, un carrito de servicios, un sistema de revestimiento semirrígido de aspiración, y un contenedor de objetos punzocortantes.

El consultorio de Integral cuenta con dos unidades, dos computadoras de escritorio, dos tomas de pared de oxígeno medicinal, dos sistemas de revestimiento semirrígido de aspiración, dos carritos de servicios, una tarja y un contenedor de objetos punzocortantes, así como un Rayos X dental base móvil.



El consultorio de Endodoncia cuenta de con una unidad dental, una computadora de escritorio, una tarja, un contenedor de objetos punzocortantes, una toma de pared de oxígeno medicinal, un carrito de servicios y unos Rayos X dental de base fija.

El consultorio de Rehabilitación cuenta con una unidad dental, una computadora de escritorio, una tarja, dos carritos de servicios, una toma de pared de oxígeno medicinal, un sistema de revestimiento semirrígido de aspiración



El consultorio de Ortodoncia y Ortopedia cuenta con dos unidades dentales, una tarja, dos computadoras de escritorio, una toma de oxígeno de pared medicinal y un carrito de servicios.

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

A continuación, se mencionan las actividades realizadas en el servicio social en el área de Rehabilitación del área de Estomatología, a cargo del adscrito el Dr. Daniel Olmedo Torres, donde se realizaron las siguientes actividades:

- Orientación a pacientes de primer ingreso, se agendan citas, entrega del consentimiento informado, y realización de historia clínica y exploración intra y extraoral.
- Realización de notas clínicas de las actividades y tratamientos realizados a cada uno de los pacientes en el sistema del INER, los cuales al final son revisados por el adscrito del área.
- Tratamientos de prevención y promoción a la salud, así como tratamientos específicos conservadores, bajo la supervisión de los adscritos del área.
- Atención dental en pacientes internados dentro del hospital que requerían interconsulta al área, y la intervención adecuada para cada paciente.

Periodo del reporte: 01 de febrero del 2025 al 28 de febrero del 2025.

Durante el mes de febrero se atendieron un total de 28 pacientes, de los cuales 16 fueron mujeres y 12 fueron hombres, 5 acudieron para cita de primera vez, 20 citas subsecuentes, y 3 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
12	16	28

Resina	Limpieza	Selladores	Extracciones	Historia Clínica
8	6	12	4	5

Periodo del reporte: 01 de marzo del 2025 al 31 de marzo del 2025.

Durante el mes de marzo se atendieron un total de 31 pacientes, de los cuales 17 fueron mujeres y 14 fueron hombres, 9 acudieron para cita de primera vez, 21 citas subsecuentes, y 1 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
14	17	31

Resina	Limpieza	Selladores	Extracciones	Historia Clínica
4	12	5	4	9

Periodo del reporte: 01 de abril del 2025 al 30 de abril del 2025.

Durante el mes de abril se atendieron un total de 26 pacientes, de los cuales 14 fueron mujeres y 12 fueron hombres, 11 acudieron para cita de primera vez, 13 citas subsecuentes, y 2 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
12	14	26

Resina	Limpieza	Selladores	Extracciones	Historia Clínica
9	10	0	7	11

Periodo del reporte: 01 de mayo del 2025 al 31 de mayo del 2025.

Durante el mes de mayo se atendieron un total de 35 pacientes, de los cuales 18 fueron mujeres y 17 fueron hombres, 13 acudieron para cita de primera vez, 22 citas subsecuentes, y 0 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
17	18	35

Resina	Limpieza	Selladores	Extracciones	Historia Clínica
12	15	5	0	13

Periodo del reporte: 01 de junio del 2025 al 30 de junio del 2025.

Durante el mes de junio se atendieron un total de 31 pacientes, de los cuales 23 fueron mujeres y 18 fueron hombres, 10 acudieron para cita de primera vez, 31 citas subsecuentes, y 0 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
8	23	31

Resina	Limpieza	Selladores	Extracciones	Historia Clínica
7	10	7	0	10

Periodo del reporte: 01 de julio del 2025 al 31 de julio del 2025.

Durante el mes de julio se atendieron un total de 26 pacientes, de los cuales 19 fueron mujeres y 7 fueron hombres, 6 acudieron para cita de primera vez, 20 citas subsecuentes, y 0 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
12	14	26

Resina	Limpieza	Selladores	Extracciones	Historia Clínica
14	6	14	1	6

Durante el mes de agosto, septiembre, octubre y noviembre se continuó la pasantía en el área de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, a cargo de la Dra. Gabriela Elizabeth Acosta Conejo, donde se realizaron las siguientes actividades:

- Orientación a pacientes de primer ingreso, se agendan citas, entrega del consentimiento informado, y realización de historia clínica y exploración intra y extraoral.
- Realización de notas clínicas de las actividades y tratamientos realizados a cada uno de los pacientes en el sistema del INER, los cuales al final son revisados por el adscrito del área.
- Control de tratamientos de ortopedia, asegurando el correcto funcionamiento del aparato y el mantenimiento adecuado de su higiene.
- Asistencia en controles de ortodoncia, apoyando en la evaluación y seguimiento del tratamiento.

- Toma de fotografías extra e intraorales para su posterior análisis y documentación clínica.
- Toma de impresiones y elaboración de modelos de estudio para su análisis.
- Cementación de aparatos de ortopedia.
- Atención dental en pacientes internados dentro del hospital que requerían interconsulta al área, y la intervención adecuada para cada paciente.

Periodo del reporte: 01 de agosto del 2025 al 31 de agosto del 2025.

Durante el mes de agosto se atendieron un total de 42 pacientes, de los cuales 24 fueron mujeres y 18 fueron hombres, 18 acudieron para cita de primera vez, 24 subsecuentes, y 1 paciente de urgencia.

Hombres	Mujeres	Total
18	24	42

Toma de Impresiones	Limpieza	Control Ortodoncia	Control Ortopedia	Historia Clínica
10	14	9	5	18

Periodo del reporte: 01 de septiembre del 2025 al 30 de septiembre del 2025.

Durante el mes de septiembre se atendieron un total de 20 pacientes, de los cuales 9 fueron mujeres y 11 fueron hombres, 8 acudieron para cita de primera vez, 12 citas subsecuentes, y 0 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
11	9	20

Toma de Impresiones	Limpieza	Control Ortodoncia	Control Ortopedia	Historia Clínica
3	4	9	4	8

Periodo del reporte: 01 de octubre del 2025 al 31 de octubre del 2025.

Durante el mes de octubre se atendieron un total de 17 pacientes, de los cuales 9 fueron mujeres y 11 fueron hombres, 3 acudieron para cita de primera vez, 14 citas subsecuentes, y 1 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
10	7	17

Toma de Impresiones	Limpieza	Control Ortodoncia	Control Ortopedia	Historia Clínica
2	6	7	2	8

Periodo del reporte: 01 de noviembre del 2025 al 30 de noviembre del 2025.

Durante el mes de noviembre se atendieron un total de 20 pacientes, de los cuales 9 fueron mujeres y 11 fueron hombres, 8 acudieron para cita de primera vez, 12 citas subsecuentes, y 0 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
12	10	22

Toma de Impresiones	Limpieza	Control Ortodoncia	Control Ortopedia	Historia Clínica
4	8	6	12	4

Durante el mes de diciembre y enero se continuó la pasantía en el área de Integral I, a cargo del adscrito el Dr. Daniel Vladimir Nieto Olvera, donde se realizaron las siguientes actividades:

- Orientación a pacientes de primer ingreso, se agendan citas, entrega del consentimiento informado, y realización de historia clínica y exploración intra y extraoral.

- Realización de notas clínicas de las actividades y tratamientos realizados a cada uno de los pacientes en el sistema del INER, los cuales al final son revisados por el adscrito del área.
- Análisis de estudios radiográficos (ortopantomografía, radiografías periapicales) para identificar alteraciones óseas, dentales y de tejidos circundantes.
- Evaluación detallada de tomografías computarizadas para obtener una visualización tridimensional de las estructuras anatómicas.
- Correlación de los hallazgos imagenológicos con la evaluación clínica del paciente.
- Identificación de patologías, anomalías estructurales o condiciones que puedan afectar la salud bucal y maxilofacial.
- Determinación del diagnóstico con base en la integración de datos clínicos y radiográficos.
- Elaboración de un plan de tratamiento individualizado, considerando las necesidades específicas, el pronóstico y las condiciones generales del paciente.
- Tratamientos de prevención y promoción a la salud, así como tratamientos específicos conservadores, bajo la supervisión de los adscritos del área.
- Atención dental en pacientes internados dentro del hospital que requerían interconsulta al área, y la intervención adecuada para cada paciente.

Periodo del reporte: 01 de diciembre del 2025 al 31 de diciembre del 2025.

Durante el mes de diciembre se atendieron un total de 26 pacientes, de los cuales 16 fueron mujeres y 10 fueron hombres, 10 acudieron para cita de primera vez, 16 citas subsecuentes, y 4 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
10	16	26

Resinas	Limpieza	Sellador	Extracciones	Historia Clínica
7	10	2	4	10

Periodo del reporte: 01 de enero del 2026 al 31 de enero del 2026.

Durante el mes de enero se atendieron un total de 26 pacientes, de los cuales 16 fueron mujeres y 10 fueron hombres, 10 acudieron para cita de primera vez, 16 citas subsecuentes, y 3 pacientes de urgencias.

Hombres	Mujeres	Total
9	9	18

Resinas	Limpieza	Sellador	Extracciones	Historia Clínica
6	8	0	5	4

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante el periodo comprendido entre febrero de 2025 y enero de 2026, el servicio social se desarrolló en tres áreas principales del servicio de Estomatología del INER: Rehabilitación, Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, e Integral I, participando en actividades clínicas, diagnósticas, preventivas y administrativas bajo supervisión de los adscritos responsables.

Actividades realizadas

De manera general, las funciones dentro del servicio de Cirugía Maxilofacial y Estomatología incluyeron:

- Atención integral a pacientes de primer ingreso y subsecuentes mediante elaboración de historia clínica, exploración intra y extraoral, orientación y programación de citas.
- Elaboración de notas clínicas en el sistema institucional.
- Realización de tratamientos preventivos y conservadores. Atención a pacientes hospitalizados que requerían interconsulta odontológica.
- En el área de Ortodoncia y Ortopedia se participó en controles de tratamiento, toma de impresiones, elaboración de modelos de estudio, registros fotográficos y cementación de aparatos.
- En el área Integral I se reforzaron actividades diagnósticas mediante análisis radiográfico y tomográfico, correlación clínico-imagenológica y elaboración de planes de tratamiento individualizados.

Atención de pacientes

Durante el periodo reportado se atendieron aproximadamente 322 pacientes, observándose:

- Predominio del sexo femenino en la mayoría de los meses.
- Mayor frecuencia de consultas subsecuentes, lo que refleja seguimiento continuo de tratamientos.
- Baja incidencia de urgencias odontológicas, concentrándose principalmente en algunos meses específicos.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

La pasantía del servicio social dentro del INER representó una valiosa oportunidad para el desarrollo y perfeccionamiento de las prácticas odontológicas. La posibilidad de trabajar directamente con los pacientes que acuden al servicio, bajo la supervisión de médicos adscritos, favorece el fortalecimiento de las habilidades clínicas y permite reflexionar sobre el tipo de atención y calidad de servicio que se desea brindar a la población.

La adecuada organización y planeación del servicio social en el área de Cirugía Maxilofacial y Estomatología permitió ampliar los conocimientos no solo en el ámbito estomatológico, sino también en su relación con enfermedades respiratorias. Asimismo, favoreció el desarrollo de habilidades individuales, como el análisis crítico y la investigación de temas clínicos de interés.

La rotación por distintas áreas contribuyó al fortalecimiento de habilidades clínicas, diagnósticas, preventivas y de rehabilitación oral, además de fomentar el trabajo interdisciplinario y la atención integral del paciente hospitalizado.

En conjunto, el servicio social permitió una participación en la atención odontológica integral, con énfasis en la prevención, el diagnóstico oportuno, el seguimiento terapéutico y el manejo interdisciplinario, contribuyendo de manera significativa al desarrollo profesional y a la atención de la población del INER.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

Algunos ejercicios para respiradores orales

Popote

Succionar fuertemente algún líquido con un popote, sosteniéndolo con los labios solo 4mm de este.



Fortalece los músculos de la boca y coordina los músculos para una respiración nasal adecuada.

Trozo de tela

El paciente debe mantener entre los labios un trozo de tela.

Ayuda a la propiocepción de los labios y mandíbula.



Movimientos de forma circular

Hacer lo posible por juntar los labios, sin morder la esponja, solo haciendo uso de los músculos orofaciales para apretar los labios.



Aumenta el tono de los labios y su flexibilidad, estimula el sellado labial.

¡Recuerda seguirnos en nuestras redes sociales!



INER Estomatología



iner.estomatología

Contáctanos:

**Servicio de Estomatología
Área de Ortodoncia**



**TEL: 54871700
EXT: 5163**



INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS

FOLLETO INFORMATIVO

EJERCICIOS MIOFUNCIONALES

C.D.E.O Gabriela Elizabeth
Acosta Conejo

INER Ortodoncia y Ortopedia



¿Qué Son?

Terapia para fortalecer y coordinar los músculos de la boca, lengua y cara, mejorando la deglución, la masticación y el habla.

¿Para quienes son?

- Pacientes con problemas:
- Respiratorios
 - Maloclusiones dentales
 - Dificultades en la succión, masticación y deglución
 - Mal hábitos orales
 - Ronquidos
 - Post.cirugías orofaciales

Funciones:

- Corrige patrones musculares
- Mejora la función de estructuras orofaciales
- Prevenir / tratar problemas de la respiración, suelo y articulación
- Mejorar la calidad de vida

Algunos ejercicios para deglución atípica

Tomar un sorbo de agua y tragar sin variar la posición de la lengua

Fortalece la lengua, mejora su posición durante la deglución



DRINK

Frotar la lengua sobre el paladar



Promueve la postura lingual durante la deglución

Flexiones de lengua: empujar la lengua contra una cuchara

Fortalece los músculos y mejora la posición de la lengua



Contar los dientes con la lengua



Facilita movimientos linguales a todas direcciones

Algunos ejercicios para protrusión lingual

Intentar toca la nariz



Aumenta el rango de movilidad de la lengua y su propiocepción

Movimiento de forma lateral 10 veces x cada lado x 10 seg

Mejora la movilidad y coordinación de la lengua



Inflar globos o soplar con popotes



Fortalece los músculos alrededor de la boca, mejora la coordinación de la lengua

Clic con la lengua

Fortalece los músculos de la lengua y promueve una postura lingual correcta



Hacer sonido de "OO-EE"



Fortalece los músculos de la parte posterior y media de lengua, mejora la elevación lingual

Tips para elegir tu cepillo de dientes

INER



No todos los tipos de cepillos son para ti

Un adecuado cepillo puede mejorar tu salud bucal

Cambia tu cepillo cada 3 meses.

Tipos de cabezales

20-25 mm	26-30 mm	31-35 mm
		
Pequeño Cabezal Pequeño 20-25 mm	Mediano Cabezal Mediano 26-30 mm	Grande Cabezal Grande 31-35 mm

Un cabezal pequeño ayuda a llegar a las zonas de difícil acceso, mientras que un cabezal grande no asegura una correcta limpieza.

Un cepillo sencillo es la mejor opción.



Las gomas y accesorios no limpian mejor y pueden irritar las encías.



Tipos de cerdas

Ayudan a no dañar tus encías ni rayar tu esmalte

SUAVES ✓



Si usas cerdas duras, bájalo a medias para que no sientas tanto el cambio

MEDIAS



Pueden lastimar tu encía y tejidos blandos

DURAS ✗

