



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

**PREVALENCIA DE LESIONES ORALES EN UNA CLÍNICA
DE PREGRADO DE LA UAM-X DURANTE 2022.**

CLINICA ESTOMATOLOGICA LDC TLAHUAC

UGALDE MANZANO FERNANDA
MATRÍCULA: 2173027599

01 DE FEBRERO 2022 - 31 DE ENERO 2023
FECHA DE ENTREGA

ASESORES

C.D.E.E. NALLELI DAYSI FLORES HERNÁNDEZ

MTRA.. ANGELICA ARACELI CUAPIO ORTIZ

ASESORES DEL SERVICIO SOCIAL



ASESOR INTERNO

MTRA.. ANGELICA ARACELI CUAPIO ORTIZ
Directora Laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac matutino



ASESOR INTERNO

C.D.E.E. NALLELI DAYSI FLORES HERNÁNDEZ
Jefa de servicio Laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac matutino



C.D.E.O.P Karla Ivette Oliva Olvera

COMISION DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGIA

RESUMEN

Durante el año de servicio social se logró desempeñar actividades que reforzaron los conocimientos adquiridos en la licenciatura de estomatología y así poder aplicarlos en la elaboración de un trabajo de investigación el cual lleva por nombre “PREVALENCIA DE LESIONES ORALES EN PACIENTES DEL LABORATORIO DE DISEÑO Y COMPROBACIÓN TLÁHUAC, UAM.” con el objetivo de clasificar el tipo de patología bucal de acuerdo a los resultados de estudios histopatológicos en los trimestres 22I, 22P y 22O.

Dicha investigación fue posible realizarla mediante un formato de identificación de lesiones elementales en cavidad oral a pacientes adultos o pediátricos de ambos sexos que asistan al L.D.C Tláhuac, exclusivamente en el turno Matutino, con presencia de patología bucal con o sin expediente.

El universo de la presente investigación estuvo constituido por 30 pacientes adultos entre las edades de 20 a 76 años de edad, para la obtención de datos se implementó el programa de detección de lesiones elementales en cavidad oral, donde se realizaron 14 biopsias y 7 citologías.

Obtenidos los datos se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel, donde se confeccionó un documento que recogió todas las variables a partir de la información obtenida, en el mismo programa se realizó un análisis estadístico.

Para concluir fue importante resaltar que las lesiones con mayor incidencia fueron la hiperplasia fibrosa y candidiasis y resaltar la importancia de un buen diagnóstico para brindar el tratamiento correcto.

Palabras clave: Patología bucal, lesiones elementales, cavidad bucal, histopatología, biopsia, citología.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente informe fue elaborado durante el periodo en que se realizó la pasantía en el servicio social de Estomatología con adscripción al Laboratorio de Diseño y Comprobación Tláhuac de la UAM-Xochimilco, turno matutino, con fecha de inicio del 1 de febrero de 2022 al 31 de enero de 2023.

El capítulo I contiene la introducción general del informe con datos sobre el lugar y periodo en que se realizó el servicio social, así como una breve descripción del trabajo de investigación.

En el capítulo II se encuentra la información de la investigación que lleva por título “Prevalencia de lesiones orales en pacientes del laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac, UAM” realizado en los trimestres 22I, 22P Y 22O, obteniendo resultados favorables y cumpliéndose los objetivos debido a la colaboración del Laboratorio de histopatología bucal de la UAM-Xochimilco.

El capítulo III corresponde a los antecedentes de la zona de influencia donde se realizó el servicio social, así como una descripción de cómo está conformada la clínica estomatológica y como es el servicio estomatológico.

En el capítulo IV se muestran a detalle las actividades administrativas, actividades clínicas y del área de patología bucal realizadas en el año de servicio social mediante un informe numérico narrativo. En el capítulo V se muestra el análisis anual de la información contenida en las tablas y gráficas.

Las conclusiones de las actividades realizadas y la participación en los programas con los que cuenta el LDC Tláhuac se encuentran en el capítulo VI. Finalmente, en el capítulo VII se muestran fotografías del LDC Tláhuac y de la pasante trabajando.

CAPÍTULO II

INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Dentro de la cavidad oral se pueden presentar una amplia diversidad de lesiones, la caries dental y el cáncer oral son las afecciones con más importancia para la salud odontológica. ^{1,3} Parte del problema es que cuando se habla de salud se pone un enfoque en los órganos dentarios, dejando en un segundo plano a los tejidos blandos, siendo esta una de las razones por las cuales no existe una misma cantidad de estudios de lesiones en cavidad oral como de caries dental. ⁵

En la mucosa oral se pueden agrupar un amplio conjunto de alteraciones, estas involucran variaciones anatómicas y estados patológicos que se pueden diferenciar por sus etiologías, características clínicas e histopatológicas, pronósticos y tratamientos. ^{3,4} Las lesiones se pueden observar durante el examen clínico como una alteración en el color, superficie e integridad del tejido. Una manera para lograr identificar las lesiones es clasificándolas en: no patológicas o variaciones anatómicas y en patológicas que son alteraciones multifactoriales y pueden ser resultado de traumatismos, infecciones, enfermedades sistémicas y hábitos poco saludables, como el alcoholismo y tabaquismo ⁵.

Para lograr reconocer las alteraciones dentro de la cavidad oral es fundamental tener las bases teóricas de la anatomía y funciones normales de esta, estos conocimientos son adquiridos desde el inicio de la formación odontológica, sin embargo, es importante reforzarlos periódicamente. ¹

La cavidad bucal está formada por diversas zonas anatómicas que poseen características propias modificables en función de las condiciones propias de cada paciente. Durante la exploración clínica se observa que estas se encuentren dentro de la normalidad. Los labios deben observarse hidratados, delimitados, el color y grosor de estos puede variar de acuerdo a las características físicas del paciente. La mucosa bucal se debe encontrar húmeda, rosada - rojiza y con una consistencia suave, la encía bucal presenta un color similar a la mucosa con un aspecto punteado y definida con el borde de cada órgano dental. La lengua es de un color rosado, debe mostrarse húmeda, brillante, lisa y suave, pero deben observarse las papilas que la cubren, ligeras fisuras en el dorso y en su cara ventral se encontrarán las venas raninas y plicas linguales. El paladar duro debe tener una tonalidad rosa pálido y en su bóveda se deben observar rugas transversales, posterior a este se encontrará el paladar blando con un color rosa más intenso y una consistencia suave. ³

La importancia de identificar las alteraciones en obtener un diagnóstico oportuno y no llegar a estadios avanzados como el punto inicial de un cáncer oral, teniendo presente que el cáncer cavidad bucal presenta un porcentaje significativo de todos los tipos de cáncer en el ser humano. ^{1,4}

Para lograr identificar las lesiones es importante realizar una historia clínica detallada para encontrar la etiología de la lesión, creando una correlación clínica-histopatológica, poniendo atención tanto en anamnesis, exploración y resultados histopatológicos, además de conocer teóricamente sobre las lesiones orales más frecuentes en boca y de esta manera lograr describir correctamente la lesión entrada, dar un diagnóstico definitivo y un seguimiento adecuado.^{5,6}

OBJETIVO GENERAL

Determinar prevalencia de Patología bucal en pacientes que asisten al L.D.C Tláhuac en los trimestres 22I, 22P y 22O.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar lesiones bucales elementales **en** pacientes de la LDC Tláhuac en los trimestres 22I, 22P y 22O.
2. Estudiar y analizar las diversas patologías bucales en pacientes de la LDC Tláhuac en los trimestres 22I, 22P y 22O .
3. Describir las patologías bucales encontradas en los trimestres 22I, 22P y 22O.
4. Clasificar el tipo de patología bucal de acuerdo a los resultados de estudios histopatológicos en los trimestres 22I, 22P y 22O.
5. Conocer la prevalencia de patología bucal por edad y género durante los trimestres 22I, 22P, 22O.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es reconocido que las lesiones orales son un padecimiento frecuente en la población, sin embargo, existen pocos estudios sobre la prevalencia de lesiones patológicas en la mucosa oral. ¹ Se estima que un 10% de adultos mayores presentan alguna alteración en la mucosa bucal. ² Realizar un estudio sobre la epidemiología de las variaciones de la normalidad y patologías es un gran aporte para reconocer la importancia de no solo valorar los órganos dentales, si no todo el aparato estomatognático. Por lo tanto, se planteó identificar la prevalencia de lesiones en la cavidad oral en pacientes atendidos en el laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac en el periodo febrero del 2022 a febrero del 2023, con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados en el presente estudio. Por consiguiente, nos planteamos la interrogante.

¿Cuáles son las variaciones anatómicas y lesiones patológicas en la cavidad bucal más prevalentes en los pacientes de la clínica estomatológica LDC Tláhuac durante febrero 2022 a febrero 2023?

MARCO TEÓRICO

HIPERPLASIA EPITELIAL MULTIFOCAL

La hiperplasia epitelial multifocal o enfermedad de Heck es una enfermedad papulonodular que afecta la mucosa de la cavidad bucal en los carrillos, sigue un patrón similar a la línea de oclusión y los labios; el más afectado es el inferior,⁷ Inicialmente la enfermedad se atribuyó a factores locales como irritación constante o factores sistémicos como deficiencias vitamínicas. Posteriormente algunas investigaciones sugieren que el agente causal podría ser un virus y se demostró la presencia de partículas de virus del papiloma humano en lesiones vistas en microscopio electrónico.^{7,8} Los genotipos 13 y 32, tienen predilección por tejidos queratinizados, y no queratinizados, respectivamente^{9, 10} aunque se han descrito reacciones cruzadas con virus del papiloma humano 6, 11 y 18. También se han descrito factores genéticos, desnutrición, mala higiene y condiciones sociales.¹¹

Características

La hiperplasia epitelial multifocal afecta preferentemente a población pediátrica. Los pacientes muestran lesiones nodulares múltiples rara vez únicas. Las lesiones son elevadas, del mismo color que la mucosa adyacente; la mayoría tiene diámetro de 0.1 a 0.5 cm, a veces, varios centímetros, que se forman por coalescencia de lesiones pequeñas, pápulo-nodulares; por lo general tienen superficie lisa, algunas veces rugosa; tienen crecimiento lento; son asintomáticas. En algunos casos se diagnostican erróneamente como papilomas. La diferencia es la presentación múltiple y la resiliencia, es decir que, al tensar la mucosa afectada, desaparecen y al regresar la mucosa a su posición original, las lesiones reaparecen. Se localiza con mayor frecuencia en la mucosa labial, lingual y bucal; algunos autores mencionan que es más común en infantes.¹² Las lesiones no se malignizan.¹³



Lesiones características de HME en la mucosa del labio inferior. Son del mismo color de la mucosa adyacente.

Fuente. Propia

MORSICATIO BUCCARUM

El morsicatio buccarum consiste en lesiones blanquecinas esfaceladas por mordisqueo de la mucosa yugal o labial. Se trataría de un hábito parafuncional, en el que un paciente generalmente ansioso, se mordisquea la mucosa de manera compulsiva.

El mecanismo de acción de estas lesiones es por fricción de los dientes sobre la mucosa de manera continuada y compulsiva, asociada a un estado de ansiedad.¹⁴



Morsicatio buccarum en una paciente de 22 años. Obsérvese el patrón alternante típico de erosiones y zonas hiperqueratósicas.

Fuente: Propia

HIPERPLASIA FIBROSA

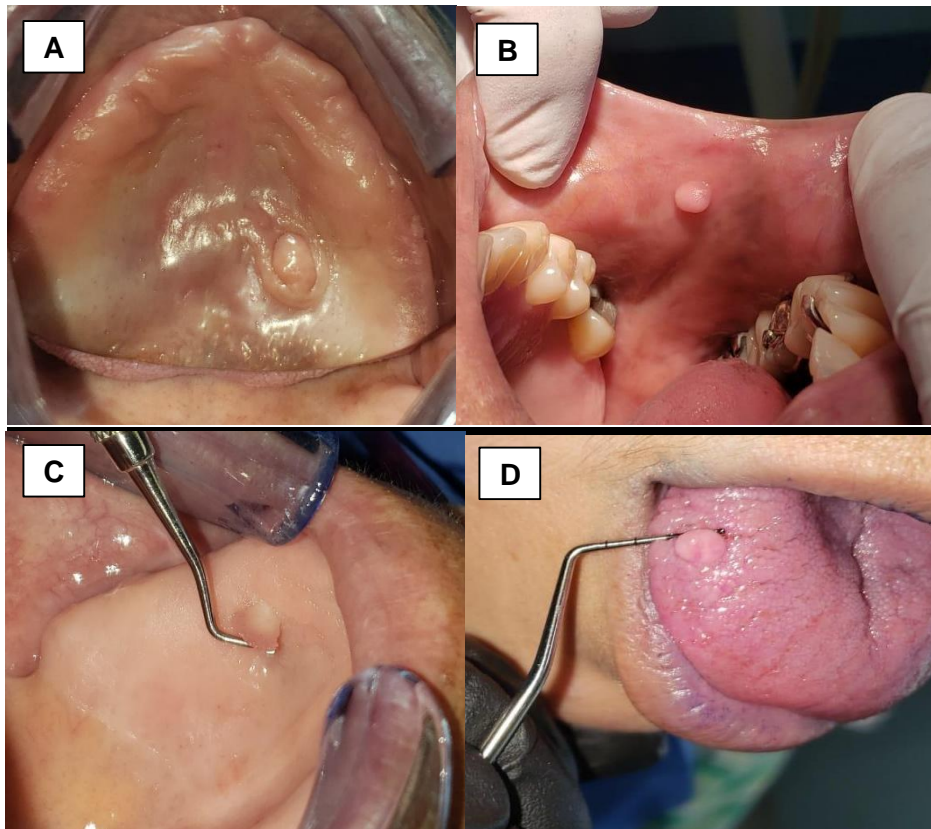
La hiperplasia fibrosa focal es una lesión reactiva inflamatoria hiperplásica^{15,16}, de tejido conectivo,^{17,16} que prolifera de manera exagerada al trauma crónico.^{15,17,19} También se le denomina fibroma irritativo,^{15,17,16,18} fibroma traumático,¹⁶ fibroma oral,^{15,17,18} y fibroma fibromatosis,¹⁵ aunque el término de fibroma hace referencia

a una neoplasia proliferativa benigna de los fibroblastos, ¹⁵,lo cual dista del origen de esta lesión, por ello, se prefiere utilizar el término de hiperplasia fibrosa focal, pues implícitamente lo describe como una respuesta tisular reactiva, ^{15,17,16} al mismo tiempo de que especifica su apariencia clínica y su patogénesis. ¹⁷

La hiperplasia fibrosa focal puede ocurrir en cualquier parte de la cavidad bucal, si bien el sitio predominante es en mucosa yugal a lo largo del plano de oclusión, también puede presentarse en mucosa gingival, lengua (dorso o borde lateral de lengua), labio, reborde alveolar edéntulo y paladar, esta última zona es poco común debido a las pocas posibilidades de trauma local. ^{15 17 ,16}

Características clínicas de la hiperplasia fibrosa focal.

CARACTERÍSTICA	
Sintomatología	- Asintomático. - El paciente generalmente es consciente de la presencia de la lesión por lo que permanece por un tiempo prolongado sin tratamiento alguno, a consecuencia de la carencia de síntomas.
Crecimiento	- Lento - El crecimiento lento se debe al bajo índice mitótico.
Consistencia	- Suave o dura.
Contorno	- Bien definido y limitado.
Tipo de base	- Sésil o pedunculada.
Forma	- Redondeado u ovoide.
Color	- Similar al tejido circundante. - La causa se debe a la reducida vascularidad. Sin embargo, puede ser más pálido por la hiperqueratosis epitelial o, también, estar ulcerado por trauma.
Tamaño	- Menor a 20 mm , a pesar de que existen estudios que describen lesiones mayores.
Edad	- A cualquier edad, sobresaliendo más entre la tercera y sexta década de vida. - Existen estudios que indican que este tipo de lesión se desarrolla frecuentemente entre la segunda y cuarta década de vida.
Malignidad	- No.



Ejemplos de localización de la lesión hiperplasia fibrosa focal: A. Mucosa de paladar duro, B. Mucosa Carrillo izquierdo, C. Mucosa de paladar duro, D. Superficie dorsal de lengua.

Fuente: Propia

CANDIDIASIS

La candidiasis o candidosis oral es la enfermedad infecciosa ocasionada por el crecimiento de las colonias de *Cándida* y la penetración de las mismas en los tejidos orales cuando las barreras físicas y las defensas del huésped se encuentran alteradas. Es la infección micótica de afectación oral más frecuente. Dado que, entre todas las especies de *Cándida*, la que con mayor frecuencia ocasiona candidiasis es la *C. albicans*, numerosos clínicos consideran candidiasis oral como sinónimo de infección por *C. albicans*.²⁰

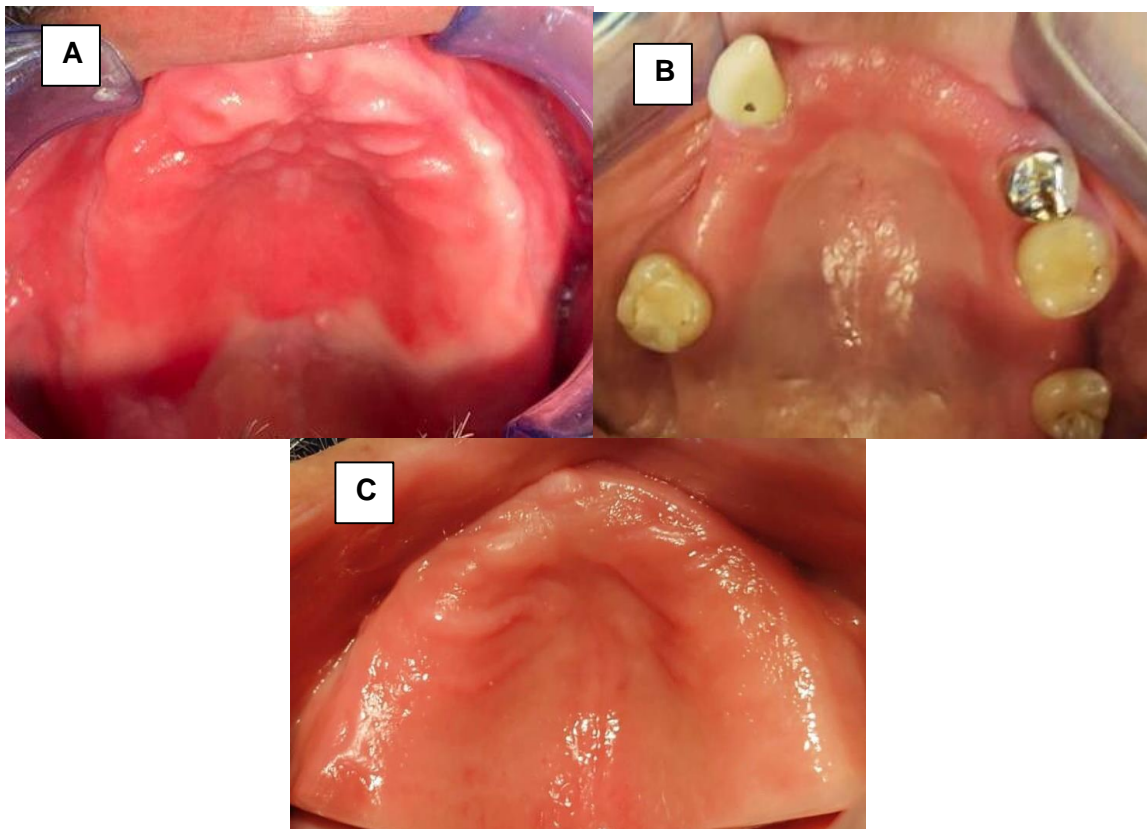
ETIOPATOGENIA

Para que los *C. albicans* pase de su estado comensal a un estado patógeno, han de coincidir: factores de virulencia del hongo, alteración de los mecanismos de defensa frente a la infección por *cándida*, existir una interacción huésped-microorganismo y la participación de unos factores predisponentes indispensables

para que se produzca la infección. En trabajos se ha comprobado la imposibilidad de provocar infecciones por *Cándida* en mucosa oral intacta. Así, cuando a sujetos sanos se les inoculan organismos de *Cándida*, no desarrollan candidiasis. Es decir, deben existir una serie de factores que provoquen que el microorganismo se vuelva infectivo. Podemos hablar entonces de unos factores predisponentes o favorecedores de la candidiasis. Vamos a dividirlos en locales, sistémicos e iatrogénicos.²¹

CARACTERÍSTICAS

Clínicamente aparece la mucosa palatina enrojecida, con atrofia de la mucosa afectada, ya sea parcialmente o todo el paladar. Es asintomático, pudiendo presentar alteraciones del gusto o mal sabor de boca. No suele ser motivo de consulta.²²



Ejemplos de candidiasis en paladar duro y blando. A. Paciente masculino de 63 años, B. Paciente femenino de 55 años, C. Paciente masculino de 74 años.

Fuente: Propia

PERICORONITIS

La pericoronitis es un proceso infeccioso agudo caracterizado por la inflamación del tejido blando que rodea el diente retenido.²³

La pericoronitis puede originarse a partir de una infección o por accidente mecánico.

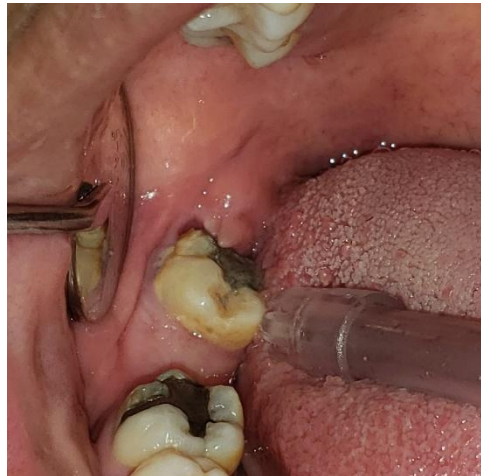
Accidente mecánico:

Cuando el tercer molar inferior (más frecuente) u otro diente retenido se encuentra cubierto en su porción coronaria por el tejido fibromucoso adyacente, el diente antagonista que se encuentra brotado, durante la masticación, traumatiza con sus cúspides, esta fibromucosa, comienza el proceso inflamatorio que llega a la infección.^{23, 24, 25}

CARACTERÍSTICAS

La pericoronitis tiene manifestaciones clínicas comunes independientes de su forma clínica de presentación, que serán descritas a continuación:^{23, 24, 25}

- Se observa en la infancia, la niñez y en los comienzos de la edad adulta, de 20 a 30 años de edad y más frecuentemente en zona de terceros molares inferiores.
- Dolor punzante.
- **Tejido pericoronario enrojecido y edematoso.**
- La inflamación se extiende a los tejidos blandos adyacentes.
- Amigdalitis y absceso peritonsilar o faríngeo



Pericoronitis en paciente femenina de 38 años de edad.

Fuente: Propia

HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS LINGUALES

Las amígdalas linguales se encuentran en la base de la lengua, son múltiples y de un tamaño pequeño, están cubiertas por epitelio escamoso estratificado, no queratinizado, su irrigación proviene de; la arteria lingual, la cual es una rama de la arteria carótida externa, rama tonsilar de la arteria facial y rama faríngea ascendente de la arteria carótida externa.²⁶ Están inervadas por las ramas tonsilares del nervio glossofaríngeo. Los linfocitos B y T que se encuentran en las amígdalas linguales se encargan de prevenir infecciones, debido a que se activan cuando las bacterias y los virus transportados por el aire o los alimentos entran en contacto con las amígdalas.

La hipertrofia de amígdalas es un proceso inflamatorio en donde existe un agrandamiento de estas, debido a su dificultad para ser visualizadas tienen una prevalencia desconocida, sin embargo, se da con mayor frecuencia en pacientes que fueron sometidos a una amigdalectomía.^{27, 28, 29} Esta hipertrofia está asociada a múltiples factores de naturaleza infecciosa, alérgica, química o traumática.²⁷

La sintomatología de la hipertrofia de amígdalas linguales puede presentarse de forma inespecífica en los pacientes, estos engloban odinofagia, disfonía, disfagia, tos crónica, voz apagada y compromiso de la vía aérea, es importante el seguimiento de los pacientes para evaluar la sintomatología, recurrencia, y otorgar el manejo adecuado.



Hipertrofia de amígdalas linguales en paciente femenina de 55 años de edad.

Fuente: Propia

MELANOSIS DEL FUMADOR

Alteración caracterizada por un cambio en la coloración de la encía; adquiere una tinción oscura ocasionada por una acumulación de melanina.³⁰

Se trata de la pigmentación parda de la mucosa oral asociada al hábito del tabaco, cuya intensidad guarda relación con el tiempo y dosis de tabaco consumido. La patogenia se debe a una hipermelanosis reactiva, a modo de protección biológica de la mucosa a ciertos componentes del humo del tabaco.³⁰ Afecta entre el 25 y 30% de los fumadores. Es más frecuente en jóvenes de 25 a 45 años, mujeres que consumen anticonceptivos orales (sinergia entre el tabaco y las hormonas femeninas) y niños de padres fumadores.³¹ Se expresa como máculas pigmentadas múltiples de menos de 1 cm de diámetro, con un rango variable de color. Principalmente se encuentra en mucosa yugal, en encía adherida labial anterior y en papilas interdentes inferiores.³² Se acompaña de pigmentación dentaria y halitosis. Se ha señalado que la melanosis del fumador que aparece en el paladar blando se asocia con enfermedades relacionadas con el tabaquismo, como enfisema y carcinoma broncogénico.³³ La histopatología muestra un aumento de la melanina en células epiteliales basales y de la lámina propia, y melanófagos con un leve infiltrado de linfocitos e histiocitos en el corion. Con suspenderse del hábito el cuadro mejora lentamente en el curso de meses a años.³²



Melanosis del fumador en paciente masculino de 60 años de edad.
Fuente: Propia

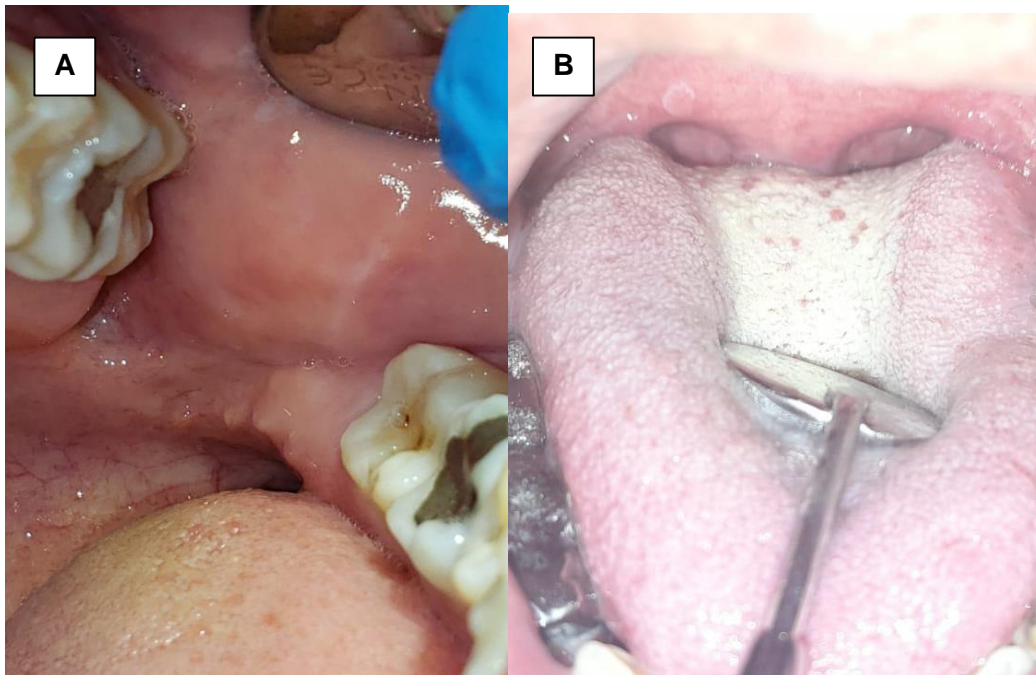
VPH

El virus del papiloma humano forma parte de un grupo de virus ADN heterogéneo llamados papillomaviridae; este virus, es causante de múltiples lesiones hiperplásicas, verrucosas y papilomatosas de las células epiteliales de piel y mucosas. Existen más de 120 tipos de VPH.³⁴

Los dos géneros de VPH más importantes son los papilomavirus alpha (α) y los beta (β), la mayoría de los virus que infectan el área genital pertenecen al género alpha,³⁵ según sus características clínicas, los VPH se pueden subdividir en cutáneos y de mucosa.³⁶

CARACTERÍSTICAS

Clínicamente presentan un aspecto parecido a la coliflor, una superficie irregular, base sésil. Su coloración depende del grado de queratinización y puede ir del blanco al rosado. Por lo general son lesiones solitarias, indoloras, de un tamaño aproximado de 1 cm de diámetro y de crecimiento rápido, una forma de contagio del virus del papiloma humano es por contacto directo, los sitios de localización son: lengua, paladar blando, úvula, frenillo y bermellón.³⁷



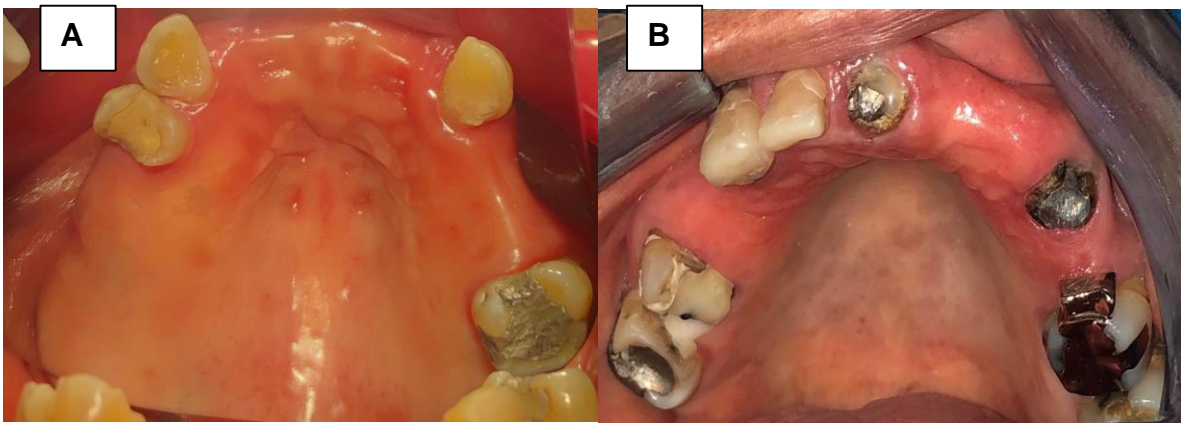
Ejemplo de virus de papiloma humano en zona retromolar y paladar blando. A. Paciente femenina de 20 años de edad, B. Paciente masculino de 63 años de edad
Fuente: Propia

ESTOMATITIS

La estomatitis protética, también denominada estomatitis subprótesis o palatitis subplaca, es una entidad clínica que aparece en portadores de prótesis mucosoportadas, completas o parciales, que se caracteriza por alteraciones eritematosas en la mucosa sobre la que asientan. Aunque puede afectar a la mucosa mandibular, la más frecuentemente afectada es la mucosa palatina. La media de edad de los pacientes está en torno a los 50 años. En cuanto al sexo, se ha observado una mayor prevalencia entre la población femenina.³⁸

Es una lesión traumática y en su origen se implican además diversos factores como una higiene deficiente, la utilización sin descanso de la prótesis, microtraumatismos continuos sobre la mucosa, por un desajuste o mala adaptación de la prótesis, etc. Las colonias fúngicas habitualmente representan un porcentaje inferior al 1% de la flora microbiana presente en la prótesis, aún en los casos de estomatitis protésica y en ocasiones, sólo se aíslan bacterias. Por otro lado, el significado etiológico de un hallazgo positivo debe valorarse en función del lugar de toma de muestra, el tipo de Cándida, la presencia de otros microorganismos patógenos, las características clínicas y la existencia de factores predisponentes.³⁸

Dentro de las especies de Cándida, la *C. albicans* es la que con más frecuencia se asocia con la estomatitis por prótesis; particularmente el serotipo A, mientras que en el resto de la cavidad oral se aíslan ambos serotipos. La higiene deficiente o la diabetes son factores predisponentes, así como prótesis deterioradas o mal ajustadas. El proceso se inicia con un eritema y edema que afecta a parte o a la totalidad de la mucosa palatina que es asintomático y, a lo sumo, el paciente refiere episodios dolorosos caracterizados por ligeras molestias. En estadios más avanzados, se forman zonas de hiperplasia y formaciones nodulares que podrían ulcerarse por acción del trauma protético, dando entonces mayor sintomatología.^{38,}
39



Ejemplos de estomatitis subprotesica, A. Paciente femenina de 55 años de edad, B. Paciente femenina de 74 años de edad.

Fuente: Propia

LIQUEN PLANO

El liquen plano oral (LP) es una enfermedad mucocutánea crónica, de carácter inflamatorio, etiología desconocida y naturaleza autoinmune, en la que se produce una agresión T linfocitaria dirigida frente a las células basales del epitelio de la mucosa oral.^{39, 40}

Las células atacadas desarrollan un complejo mecanismo molecular enfocado a detener el ciclo celular de la reparación del DNA⁴¹ o inducir la apoptosis con el fin de eliminar células muy dañadas en su DNA.⁴²

CARACTERÍSTICAS

Clínicamente se manifiesta con formas reticulares o atrófico-erosivas y potencialmente puede afectar a la piel y mucosas, siendo frecuente que las lesiones bucales preceden a las cutáneas o que sea única la localización intraoral.⁴³

El liquen plano es considerado una condición precancerosa, aunque presenta cierta controversia al respecto.⁴⁴

La **variante reticular** es la más frecuente apareciendo como una lesión blanca, lineal en forma estrellada, de retícula, rama o anular, ligeramente sobreelevada, palpable (estrías de Wickham) y que no se desprende. Se presenta en zonas amplias de la mucosa yugal preferentemente de manera bilateral, simétrica y asintomática.⁴⁵

La **variante atrófica-erosiva** se caracteriza por un adelgazamiento del espesor del epitelio manifestándose por un enrojecimiento generalizado y difuso exponiendo los vasos sanguíneos subyacentes del corion. La localización más frecuente es la lengua siendo también la encía un lugar habitual de asentamiento presentándose como una gingivitis descamativa crónica. Esta forma se caracteriza por la presencia de ulceraciones del epitelio sobre una mucosa atrófica, aunque también podría presentarse como forma ampollosa.⁴⁶



Lique plano en paciente masculino de 76 años de edad en zona del paladar, carrillo y dorso de la lengua.

Fuente: Propia

GRANULOMA PIÓGENO

El granuloma piógeno es un crecimiento tumoral de los tejidos de la cavidad oral o piel, no neoplásico. Es el tipo de hiperplasia inflamatoria más frecuente de la cavidad oral y en su histología se observa una proliferación de tejido de granulación con infiltrado inflamatorio y gran capacidad angiogénica, por lo que suelen existir neoformaciones vasculares de diferentes diámetros que tienen un inicio y fin abrupto dentro del tejido.⁴⁷

La etiología de este tipo de lesiones no se encuentra muy esclarecida, considerándose una lesión reactiva a varios estímulos de bajo grado, entre los que se encuentran: traumatismos repetidos, agresiones, factores hormonales y algunos fármacos. La alta incidencia de esta lesión durante el embarazo se relaciona con altos niveles de estrógeno y progesterona. ⁴⁸

Características

Clínicamente el granuloma piógeno aparece como una masa de crecimiento rápido, de consistencia blanda, que puede ser pediculada, de tamaño variable, de color rojizo con superficie lobulada que en ocasiones se encuentra ulcerada y presenta una gran tendencia al sangrado. ⁴⁸

Su localización involucra la encía. De manera menos común, aparece en labios, lengua, mucosa bucal y paladar, las lesiones son más comunes en el maxilar superior, en zonas anteriores y en zona vestibular de la gingival; algunas se extienden a la zona interproximal e involucran el aspecto vestibular y lingual de la gingival. ^{47, 48}



Paciente femenina de 23 años de edad con granuloma piógeno en margen gingival OD 12.
Fuente: Propia

LEUCOEDEMA

Opacidad blanquecina en ambas caras internas de mejilla. Afecta a un 90% de la raza negra. Desaparece al distender el carrillo.⁴⁹

FACTORES ETIOPATOGÉNICOS

1. Fumadores de tabaco, cannabis; masticadores de tabaco, coca o betel.
2. Irritantes químicos
3. Irritantes físicos
4. inmunosupresión
5. Herencia
6. Acción bacteriana
7. Interacciones electroquímicas

CARACTERÍSTICAS

El Leucoedema es una lesión de la mucosa oral blanquecina o gris blanquecina, difusa, lisa y opalina, con una textura aterciopelada, en general bilateral y simétrica, si n carácter de delimitación y en ocasiones con aspecto plegado.^{49, 50, 51}

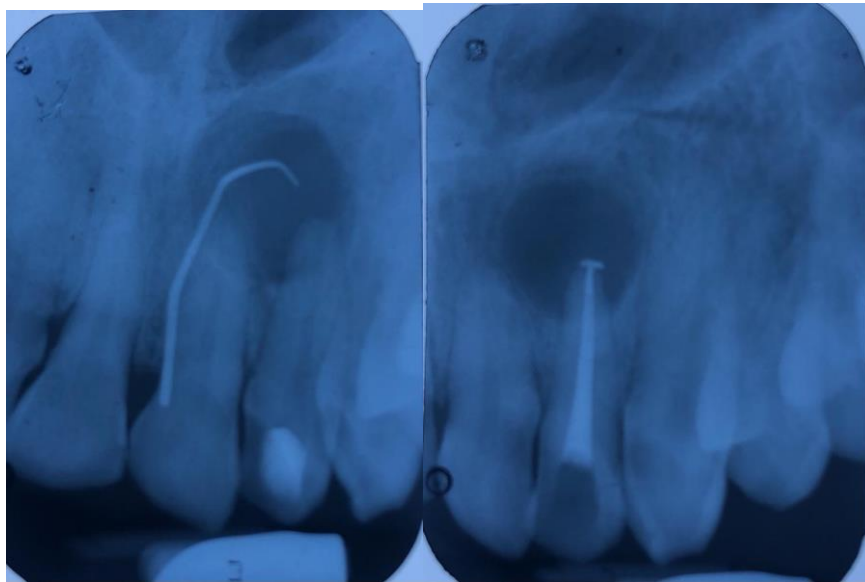


Leucoedema en paciente masculino de 60 años de edad.
Fuente: Propia

QUISTE PERIAPICAL

Se desarrollan cuando se produce inflamación pulpar en la región periapical o lateral radicular, o bien tras la formación de un granuloma apical o lateral. Cuando en un granuloma existen restos epiteliales de Malassez y estos son estimulados por un proceso inflamatorio, se inicia su proliferación hasta lograr delimitar una cavidad quística epitelial.⁵²

Radiográficamente no siempre se puede diferenciar un quiste de un granuloma apical inflamatorio, sin embargo los quistes suelen ser más grandes y de límites bien definidos. En ocasiones aparece una imagen radiopaca en la periferia de la radiolucidez apical, ello indicaría una reacción local del hueso o de la lámina dura periodontal, frente a la presión de la masa en crecimiento y expansión.^{53, 54}



Paciente masculino de 46 años de edad con quiste radicular en OD 22
Fuente: Propia

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

La palabra afta procede del término griego “Aphtay” y significa quemadura. Es una lesión vesiculosa por antonomasia. Se trata de una lesión elemental elevada de contenido líquido, claro, que se localizan en el epitelio y que generalmente no dejan cicatriz.⁵⁵

PERIODOS

Las aftas se definen como un estado vesículo-ulceroso sobre una base eritematosa y fondo amarillento y pasan por una serie de periodos.^{55, 56, 57}

- Periodo vesiculoso

- Periodo ulceroso
- Periodo de cicatrización

CARACTERÍSTICAS

Existen tres formas clínicas de aparición:

- Aftas menores

Son pequeñas úlceras bucales de 5 a 10 mm redondas u ovaladas delimitadas y no dolorosas rodeadas por un halo eritematoso y poco profundas. Pueden localizarse en todas las zonas no queratinizadas de la cavidad oral incluyendo la mucosa labial, vestibular, suelo de la boca y la zona ventral o lateral de la lengua. La duración es de 10 a 14 días y sus recurrencias varían, pero en general aparecen cada 2-3 meses.⁵⁸

- Aftas mayores

También denominada afta crónico habitual o simple recidivante.

Aparecen en la época media de la vida tras la pubertad. Son redondeadas u ovaladas de mayor tamaño que excede de 1 cm con márgenes claramente delimitados pero irregulares. La ulceración es más profunda, el dolor es muy intenso y suele aparecer 1 o 2 al mismo tiempo. Aparecen en mucosa labial, paladar blando. La cicatrización es más larga, puede durar semanas o meses.⁵⁹

OSTEOMIELITIS

La Osteomielitis se define como una inflamación extensa del hueso, implicando a toda porción esponjosa, medular, cortical, periostio, vasos sanguíneos, nervios y epífisis. La inflamación puede ser aguda, subaguda o crónica y presenta un desarrollo clínico diferente según su naturaleza.^{60, 61}

La osteomielitis se clasifica en tres tipos: osteomielitis Supurativa (aguda y crónica), osteomielitis crónica esclerosante (difusa y focal) y osteomielitis periostitis proliferativa.^{62, 63}

- La osteomielitis aguda supurativa: se caracteriza por un dolor intenso, inflamación, sensibilidad, aumento de la temperatura, movilidad de los dientes involucrados en la zona de la osteomielitis y secreción de pus.^{62, 64}
- La osteomielitis crónica supurativa es similar a la aguda, la diferencia entre ambas es que en la crónica, los síntomas están atenuados, se puede observar fístulas por donde salen el pus con los sequestróseos y generalmente es asintomática ya que el proceso infeccioso junto con el área afectada esta encapsulado y separado del resto del hueso.⁶⁴
- La osteomielitis crónica esclerosante focal es un fenómeno frecuente en pacientes jóvenes y corresponde a una reacción focal del hueso a un estímulo inflamatorio de baja intensidad, generalmente asintomática, radiográficamente se observa como una imagen radiopaca perfectamente definida⁶⁴

- La osteomielitis crónica esclerosante difusa es similar la foca es debido a que el huésped es incapaz de controlar una infección subvirulenta del todo, la radiografía muestra una esclerosis difusa del hueso.⁶⁵
- La osteomielitis periostitis proliferativa clínicamente se caracteriza con una tumefacción facial de ligera a intensa en la zona del maxilar inferior y la tumoración puede acompañarse de dolor moderado a intenso y trismo. En las radiografías oclusales se observa un propósito perióstico de nuevo hueso laminar que tiene un aspecto de piel de cebolla.⁶⁵



Paciente femenina de 23 años de edad con dx presuntivo de osteomielitis.

Fuente: Propia

PAPILOMA ESCAMOCELULAR

El papiloma escamoso oral es una proliferación benigna del epitelio estratificado plano que da como consecuencia un tumor exofítico papilar o verrugoso, inducido por el virus del papiloma humano. El virus del papiloma humano es un virus que contiene ADN y pertenece a la familia Papillomaviridae; es transmitido sexualmente en la mayoría de los casos, con un periodo de incubación variable que va desde las tres semanas a un tiempo impreciso.⁶⁶

CARACTERÍSTICAS

Identificación de una tumoración exofítica verrugosa o papilar en la cavidad oral, con base sésil, color de rosa a blanquecina. Las localizaciones más frecuentes del papiloma escamocelular son la lengua y el paladar blando, pero cualquier área intraoral puede ser afectada.⁶⁷



Paciente femenina de 42 años de edad con papiloma escamocelular en dorso de la lengua.
Fuente: Propia

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

La presente investigación es un estudio observacional, de corte transversal, descriptivo.

Universo y Muestra

El universo de la presente investigación estuvo constituido por 30 pacientes adultos entre las edades de 20 a 76 años de edad, estos presentando alguna patología bucal, y que asistieron al L.D.C Tláhuac turno matutino, perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, durante el Trimestre 221, 22P Y 22O

Criterios de Inclusión

Pacientes adultos o pediátricos de ambos sexos que asistan al L.D.C Tláhuac, exclusivamente en el turno Matutino, con presencia de patología bucal con o sin expediente.

Criterios de Exclusión.

Pacientes adultos o pediátricos que no presenten patología bucal.

Material

Para la obtención de datos se implementó el programa “detección de lesiones elementales en cavidad oral” al L.D.C. Tláhuac en donde participaban todos los pacientes activos, además de pacientes externos, llenando los formatos correspondientes, así como la toma de fotografías.

La información recopilada con los formatos se tabuló a una base de datos en Excel donde se tabularon y graficaron los resultados obtenidos

Variable Dependiente

Lesiones elementales en cavidad oral.

Variable Independiente

Variantes de la normalidad de la cavidad oral.

RESULTADOS

HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS LINGUALES

Las amígdalas linguales son un tejido con características inmunológicas importantes, debido a que su función es actuar como una barrera de defensa ante antígenos que entran por el tracto aerodigestivo. Su importancia radica no solo en la inmunidad local, sino también en la sistémica.³⁰

Las amígdalas linguales se encuentran en la base de la lengua, son múltiples y de un tamaño pequeño, están cubiertas por epitelio escamoso estratificado, no queratinizado, su irrigación proviene de la arteria lingual, la cual es una rama de la arteria carótida externa, rama tonsilar de la arteria facial y rama faríngea ascendente de la arteria carótida externa.²⁶ Están inervadas por las ramas tonsilares del nervio glossofaríngeo. Los linfocitos B y T que se encuentran en las amígdalas linguales se encargan de prevenir infecciones, debido a que se activan cuando las bacterias y los virus transportados por el aire o los alimentos entran en contacto con las amígdalas.

La hipertrofia de amígdalas es un proceso inflamatorio en donde existe un agrandamiento de estas, debido a su dificultad para ser visualizadas tienen una prevalencia desconocida, sin embargo, se da con mayor frecuencia en pacientes que fueron sometidos a una amigdalectomía.^{27, 28, 29} Esta hipertrofia está asociada a múltiples factores de naturaleza infecciosa, alérgica, química o traumática.²⁷

La sintomatología de la hipertrofia de amígdalas linguales puede presentarse de forma inespecífica en los pacientes, estos engloban odinofagia, disfonía, disfagia, tos crónica, voz apagada y compromiso de la vía aérea, es importante el seguimiento de los pacientes para evaluar la sintomatología, recurrencia, y otorgar el manejo adecuado.

El anillo de Waldeyer, es una estructura circular de tejido linfoide ubicado en la faringe, la cual se divide en: nasofaringe, orofaringe y la hipofaringe ^(1,2). La inflamación de la faringe puede ser por diversas causas y se pueden clasificar por localización; lesiones en mucosa, por evolución; aguda o crónica, por etiología; infecciosa, químicas o traumáticas ⁽²⁾. Las amígdalas linguales forman parte de este, sin embargo, debido a su complejidad se mantiene en estudio.

Para llegar a un diagnóstico es fundamental la recolección de un historial completo y el examen físico, tomando en cuenta que existen diagnósticos diferenciales los cuales pueden ser linfoma, tiroides lingual y mioblastoma de células granulares ^{10,}

^{12, 13}

CASO CLÍNICO HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS LINGUALES

Paciente femenina de 55 años de edad.

P.A. Refiere malestar en la boca de varios meses de evolución (granitos en su lengua) ha sido tratada con antimicóticos y antivirales.

A.P.P. Diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de evolución, cardiopata e hipertensa de 7 años de evolución, gastritis y colitis nerviosa, vértigo central 1, alergia a medicamentos ibuprofeno/trimetropina/difenidol/nitrofurantoína/dexametasona, alergias a alimentos como lácteos/pan/lechuga/manzana/fresa/mango.

E.F. Se encuentran signos vitales con rangos normales, se revisaron tejidos blandos y duros en cavidad bucal encontrando lo siguiente:

1. Labios y comisuras con tejidos conservados sin alteraciones ni variantes de la normalidad.
2. Paladar duro y blando sin alteraciones ni variantes de la normalidad.
3. Lengua 1/3 anterior y medio con fisuras superficiales, 1/3 posterior, dorso y bordes laterales con amígdalas linguales hipertrofiadas secundarias a hipersensibilidad a fármacos y alimentos.
4. Piso de boca sin alteraciones ni variantes de la normalidad.
5. Exploración de tejidos blandos y duros de la cavidad, se observan signos de hiposalivación objetiva con sialometría de .8 ml/min ya que los rangos normales van de 1.5 – 2.0 ml/min.

ERRORES CLÍNICOS: Ante el padecimiento la paciente acudió a diferentes especialistas los cuales le dieron distintos diagnósticos como: Cáncer, VPH, Infección. Tratando los padecimientos con antimicóticos y antivirales.

IDX: Hipertrofia de amígdalas linguales secundaria a eventos de hipersensibilidad a fármacos y alimentos

TX: Referir con Alergólogo y mantener en observación.



Paciente femenina de 55 años de edad con hipertrofia de amígdalas linguales
Fuente: Propia

Conclusión

La paciente acude con alergólogo quien envía terapia farmacológica (Cetirizina) para episodios de hipersensibilidad, así como realizar diferentes estudios para determinar a que es alérgica.

El no tener un conocimiento amplio de las estructuras anatómicas del aparato estomatognático puede llegar a ser un reto diagnóstico-terapéutico para el odontólogo.

Un ejemplo claro fue el manejo clínico errado que se le brindó a la paciente, obteniendo múltiples diagnósticos y tratamientos de los cuales no obtuvo solución al malestar que la paciente refería. Siendo este el resultado de una mala identificación de las estructuras anatómicas normales, en este caso de las amígdalas linguales y sin reconocer que su crecimiento puede depender de múltiples factores, como lo son las alergias.

Por último, es importante recalcar que es esencial el seguimiento de los pacientes y así otorgar un manejo adecuado en caso de presentar nueva sintomatología.

Trimestre 22I

Tabla 1. Distribución de la población atendida en el área de patología bucal de acuerdo con el grupo de edad y sexo del paciente

Grupo de edad y sexo									
19-35			36-59			>60			TOTAL
M	F	T	M	F	T	M	F	T	
0	3	3	1	3	4	2	0	2	9

Tabla 2. Distribución de los diagnósticos de los pacientes atendidos por patología bucal

PATOLOGIA	M	F	TOTAL
HIPERPLASIA EPITELIAL MULTIFOCAL	1	0	1
MORSICATIO BUCCARUM	0	1	1
HIPERPLASIA FIBROSA	2	0	2
HEMANGIOMA CAPILAR	1	0	1
PAPILOMA ESCAMOCELULAR	0	1	1
CANDIDIASIS	1	1	2
PERICORONITIS	0	1	1

Tabla 3. Distribución de los tratamientos realizados en los pacientes atendidos por patología bucal

TRATAMIENTO	M	F	TOTAL
Biopsia	1	3	4
Citología	1	1	2
Diascopia	1	0	1
Farmacología	2	4	6
Seguimiento	2	4	6
Indicaciones	2	4	6

Trimestre 22P

Tabla 4. Distribución de la población atendida en el área de patología bucal de acuerdo con el grupo de edad y sexo del paciente

Grupo de edad y sexo									
19-35			36-59			>60			TOTAL
M	F	T	M	F	T	M	F	T	
0	2	2	0	3	3	2	4	6	11

Tabla 5. Distribución de los diagnósticos de los pacientes atendidos por patología bucal

PATOLOGIA	M	F	TOTAL
HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS LINGUALES	0	1	1
MELANOSIS DEL FUMADOR	1	0	1
VPH	0	1	1
ESTOMATITIS	0	2	2
HIPERPLASIA FIBROSA	0	4	4
LIQUEN PLANO	1	0	1
GRANULOMA PIÓGENO	0	1	1
LEUCOEDEMA	1	0	1

Tabla 6. Distribución de los tratamientos realizados en los pacientes atendidos por patología bucal

TRATAMIENTO	M	F	TOTAL
Biopsia	0	6	6

Citología	0	2	2
Diascopia	0	0	0
Farmacología	0	0	0
Seguimiento	1	3	4
Indicaciones	2	9	11

Trimestre 220

Tabla 7. Distribución de la población atendida en el área de patología bucal de acuerdo con el grupo de edad y sexo del paciente

Grupo de edad y sexo									
19-35			36-59			>60			TOTAL
M	F	T	M	F	T	M	F	T	
0	1	1	1	3	4	2	3	5	10

Tabla 8. Distribución de los diagnósticos de los pacientes atendidos por patología bucal

TIPO DE ENFERMEDAD	M	F	TOTAL
QUISTE PERIAPICAL	1	0	1
QUISTE PERIAPICAL INFECTADO	0	1	1
CANDIDIASIS	1	2	3
HIPERPLASIA FIBROSA	1	1	1
ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE	0	1	1
DX PRESUNTIVO			
OSTEOMIELITIS	0	1	1
VPH	1	0	1
RESULTADO HISTOPATOLOGICO PENDIENTE	0	1	1

Tabla 9. Distribución de los tratamientos realizados en los pacientes atendidos por patología bucal

TRATAMIENTO	M	F	TOTAL
Biopsia	1	3	4
Citología	1	2	3

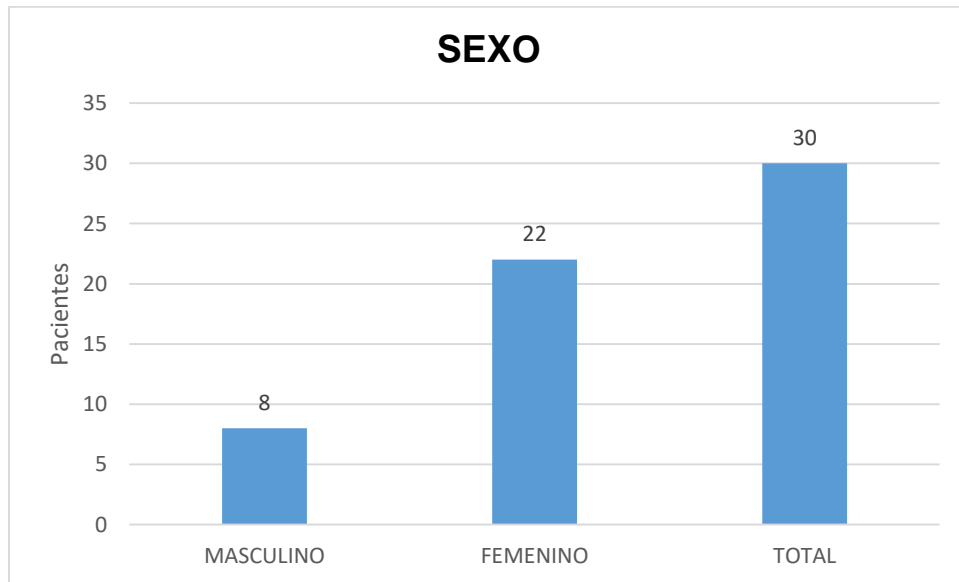
Diascopia	0	0	0
Farmacología	2	5	7
Seguimiento	1	2	3
Indicaciones	3	7	10

ANUAL

Tabla 10. Distribución de la población atendida en el área de patología bucal de acuerdo con el grupo de edad y sexo del paciente

Grupo de edad y sexo									
19-35			36-59			>60			TOTAL
M	F	T	M	F	T	M	F	T	
0	6	6	2	9	11	6	7	13	30

Grafica 1. Distribución de la población atendida en el área de patología de acuerdo al sexo.



Gráfica 2. Distribución de la población atendida en el área de patología de acuerdo a la edad.

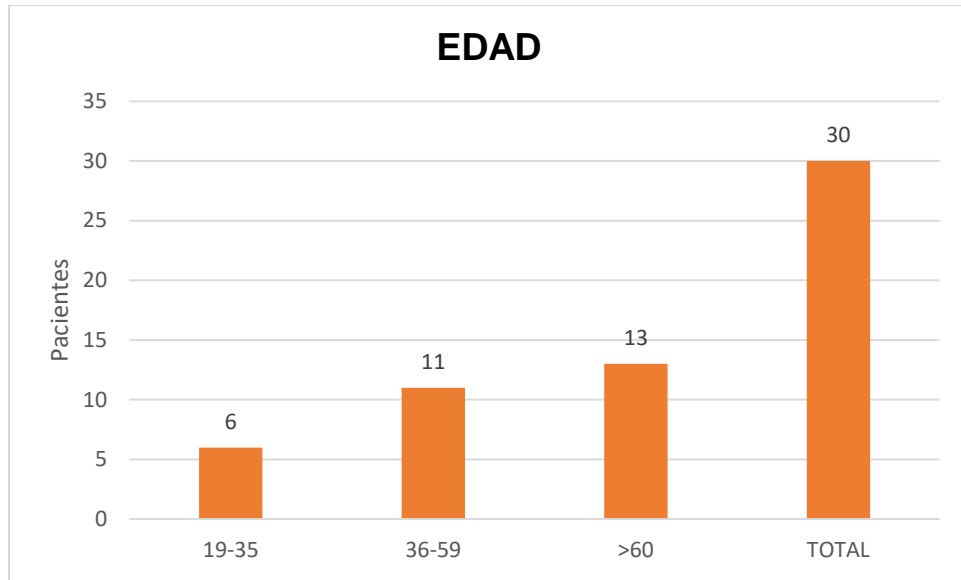


Tabla 11. Distribución de los tratamientos realizados en los pacientes atendidos por patología bucal

TRATAMIENTO	M	F	TOTAL
Biopsia	2	12	14
Citología	2	5	7
Diascopia	1	0	1
Farmacología	4	9	13
Seguimiento	4	9	13
Indicaciones	7	20	27

Gráfica 2. Distribución de los tratamientos realizados en los pacientes atendidos por patología bucal de acuerdo a su sexo.

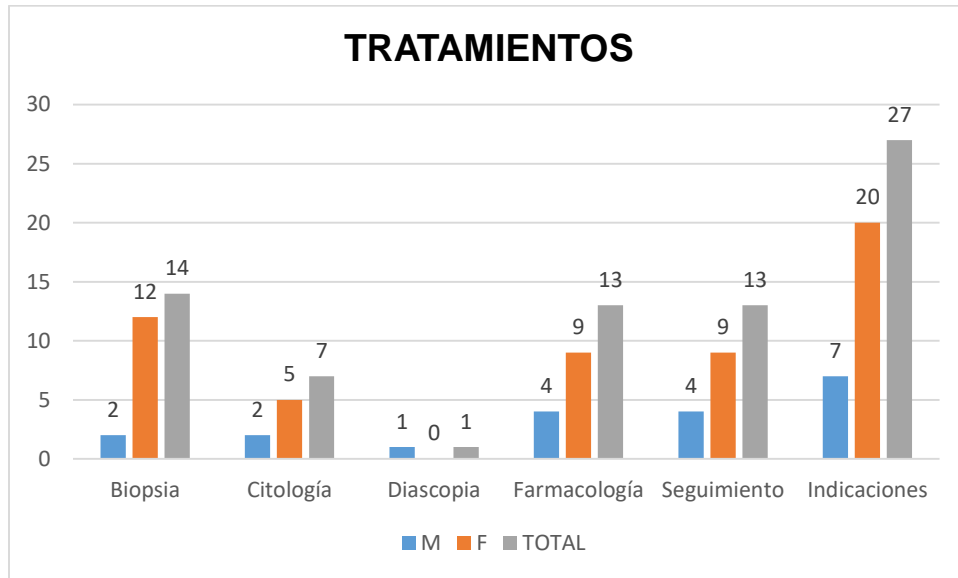
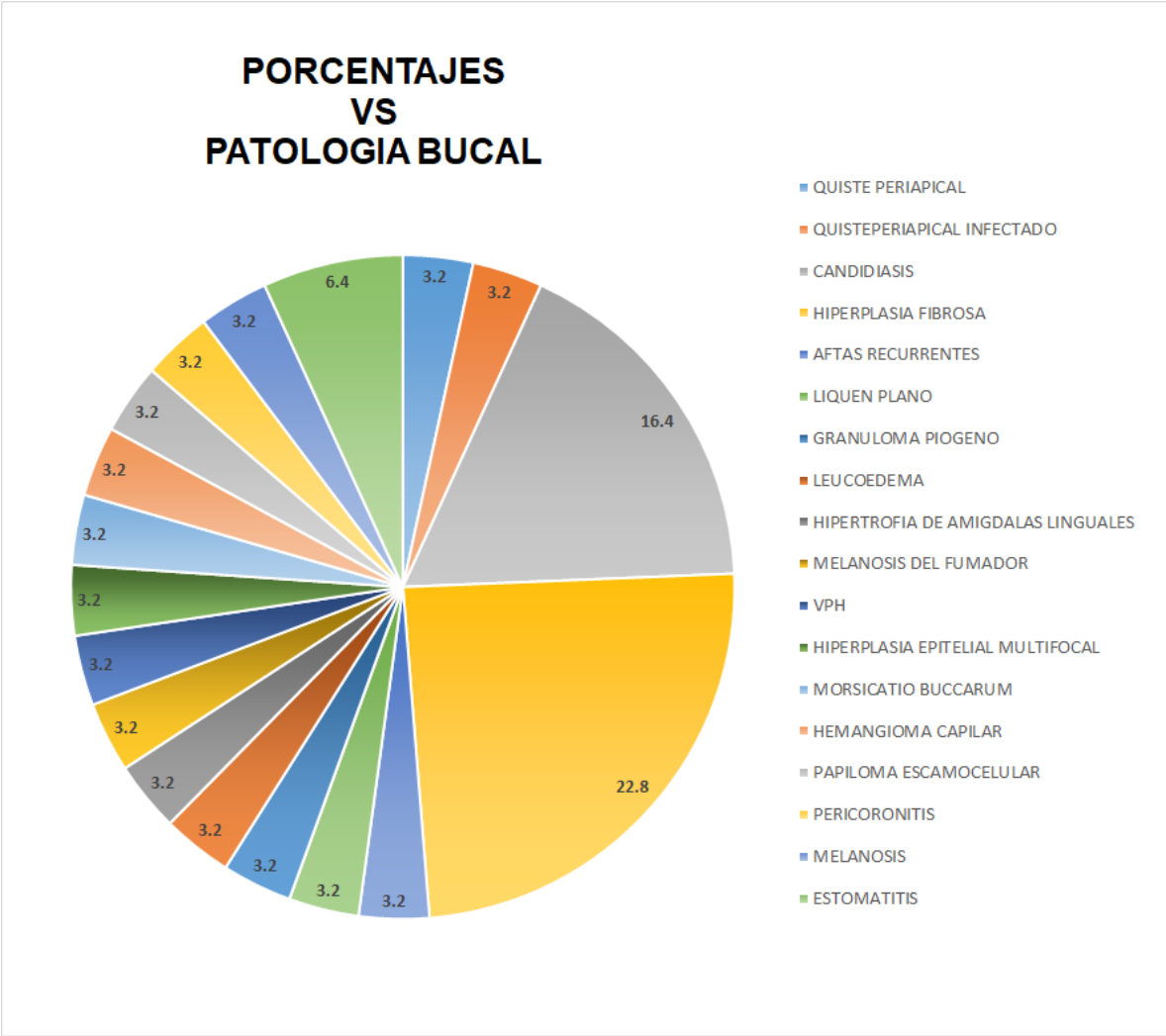


Tabla 12. Distribución de diagnósticos de los pacientes atendidos por patología bucal

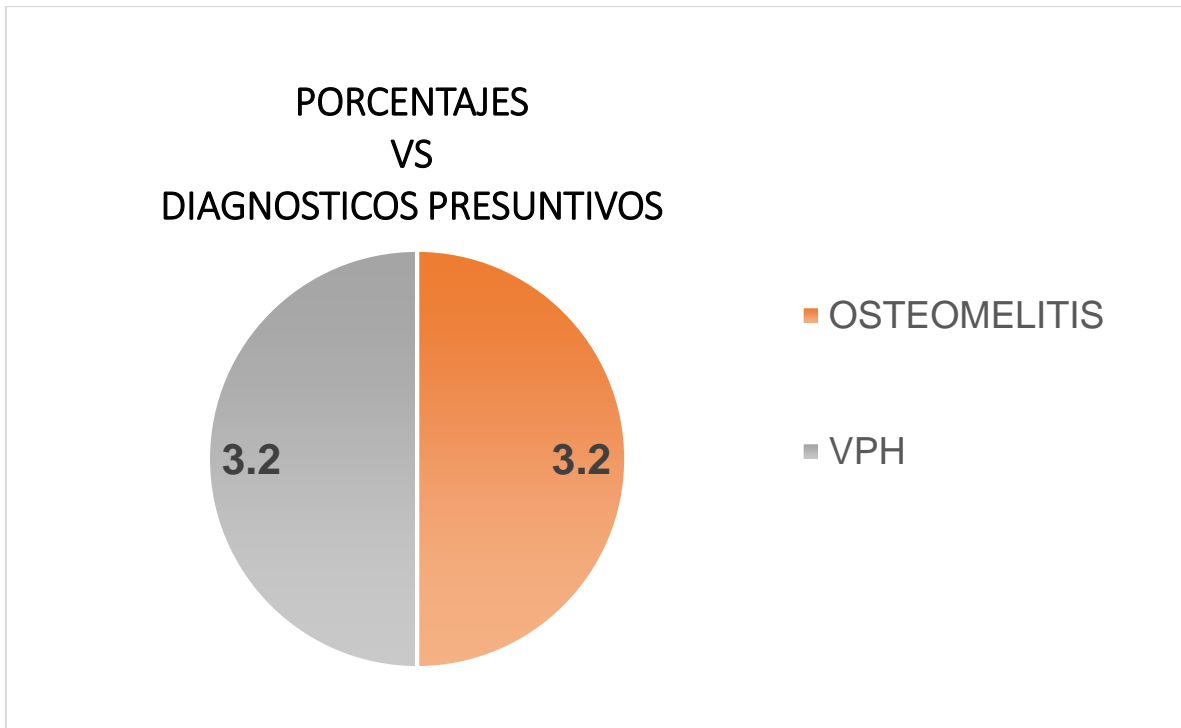
TIPO DE PATOLOGIA BUCAL	M	F	TOTAL
QUISTE PERIAPICAL	1	0	1
QUISTE PERIAPICAL INFECTADO	0	1	1
CANDIDIASIS	2	3	5
HIPERPLASIA FIBROSA	2	5	7
ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE	0	1	1
LIQUEN PLANO	1	0	1
GRANULOMA PIÓGENO	0	1	1
LEUCOEDEMA	1	0	1

HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS LINGUALES	0	1	1
MELANOSIS DEL FUMADOR	1	0	1
VPH	0	1	1
HIPERPLASIA EPITELIAL MULTIFOCAL	1	0	1
MORSICATIO BUCCARUM	0	1	1
HEMANGIOMA CAPILAR	1	0	1
PAPILOMA ESCAMOCELULAR	0	1	1
PERICORONITIS	0	1	1
ESTOMATITIS	0	2	2
MELANOSIS	0	1	1
DX PRESUNTIVO			
OSTEOMIELITIS	0	1	1
VPH	1	0	1

Gráfica 3. Distribución por porcentaje de los diagnósticos de los pacientes atendidos por patología bucal.



Gráfica 4. Distribución por porcentaje de los diagnósticos presuntivos de los pacientes atendidos por patología bucal.



DISCUSIÓN

Como se mencionó anteriormente el presente estudio es un aporte para contemplar la estomatología de una forma más interdisciplinaria, observando más allá que solo los órganos dentales. Este es el primer trabajo que reporta datos sobre la prevalencia de lesiones patológicas en los pacientes de LDC Tláhuac.

De una población de 30 pacientes predominaron las pacientes del sexo femenino que se encontraron en un rango de edad de los 36 a los 59 años, representando un 30% de total de la población contemplada, los pacientes con menor incidencia fueron los pacientes masculinos de rango de edad ya mencionado, siendo únicamente el 6%. Estos datos coinciden con la población de distintos estudios, Donohué y colaboradores reportaron que el 65.45% de su población total fueron mujeres que entre los 28 y 39 años.⁴ Tejada describe en su investigación que el sexo femenino, entre los 20 y 30 son el sector con más aparición de lesiones orales. Esto se adjudica a que las mujeres adultas son las que más se presentan para atención bucal y una de las razones importantes puede ser el factor estético.⁵

De los pacientes atendidos, las lesiones encontradas con mayor frecuencia fueron las hiperplasias fibrosas, con un 22.8%, candidiasis con un 16.4% y estomatitis con un 6.4%, el resto de las lesiones se entraron con un 3.2% de incidencia. Estos datos difieren con diversos artículos, Donhué y colaboradores explican que las lesiones más frecuentes fueron lesión blanca friccional, úlceras traumáticas, aumento tisular con causa aparente y páruilis, sin embargo, la recolección de estos datos se realizaron en una sola sesión por paciente, siendo solo un examen clínico utilizando elementos básicos.⁴ Contrariamente, la recolección de datos realizada para este proyecto fue un trabajo colaborativo, donde sí se valoraba que la lesión no podía ser diagnosticada solo por un examen clínico, se realiza biopsia o citología. Eso siendo similar a lo ejecutado por Raposo y colaboradores, donde la evaluación de lesiones fue a través del llenado de fichas por cada paciente y si la lesión lo requería, se derivará al área de maxilofacial para la realización de una biopsia .³ Un problema importante a resaltar es que no todos los pacientes brindan la importancia debida cuando se les indica un estudio histopatológico para obtener un diagnóstico definitivo.⁶

Para finalizar, los lugares más recurrentes a presentar lesiones en este estudio fueron carrillos, paladar duro, lengua y mucosa labial. Tejada menciona que, en su estudio, las zonas más predominantes fueron lengua y labios .⁵

CONCLUSIÓN

De las 30 fichas de detección de lesiones de patología oral, las lesiones con mayor prevalencia fueron la hiperplasia fibrosa, candidiasis y estomatitis subprotésica.

El diagnóstico de las distintas lesiones fue clínico e histopatológico, a cada uno de los pacientes se les realizó un examen clínico para identificar las características se tomaron fotografías y se realizó la descripción de la lesión, a partir de esto se decidía si se realiza biopsia o citología para dar un diagnóstico definitivo y dar un tratamiento y seguimiento basado en el resultado del estudio histopatológico.

Se cumplieron los objetivos del estudio, reconociendo la prevalencia de las lesiones orales en la clínica Tláhuac y se destacó la importancia de que el odontólogo esté familiarizado con las múltiples lesiones que pueden presentarse en la cavidad oral, ampliando el enfoque y realizando un buen ejercicio diagnóstico donde se concientice al paciente de llevar un seguimiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freyre GJ, Vivanco CB, Lozano CL, Martínez LL, López BMA. Lesiones de tejidos blandos bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados, México 199. *Rev ADM*. 2001; 58
2. Bouquot JE. Common oral lesions found during a mass screening examination. *JADA*. 1986; 112: 50-57.
3. Prevalencia de Lesiones de la Mucosa Oral en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco
4. Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos
5. Prevalencia de lesiones bucales en tejido blando encontradas en la Clínica de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de los Andes. Periodo 2015-2018.
6. Lazarde Lunar, J. Lesiones reactivas de la cavidad bucal. *Acta Odon*
7. Guevara A, Blondet J, Llerena V. Prevalencia y distribución de la hiperplasia epitelial focal en una población escolar de Morrope-Lambayeque-Peru. *Folia Dermatol* 2003;14 (1):15-20.
8. Nartey NO, Merley AN, Nyako EA. Focal epithelial hyperplasia: report of six cases from Ghana, West Africa. *J Clin Pediatr Dent* 2002;27(1):63-6.
9. Iglesias EV, García A M, Sánchez C P, Romero AG, Cortina de la Calle P. Focal epithelial hyperplasia. *Actas Dermosifiliogr* 2007;98(9):621-3.
10. Sollecito TP. Oral soft tissue lesions. *Dental Clin North Am* 2005;49(1):247.
11. Garcia CC, Vega ME, Mosqueda TA. Association of HLA-DR4 (DRB1 0404) with human papillomavirus infection in patients with focal epithelial hyperplasia. *Arch Dermatol* 2004;140(10):1227-31.
12. Carlos R, Sedano HO. Multifocal epithelial hyperplasia. Report of nine cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10394-401.
13. Ledesma M, Vega ME, Garcés OM. Multifocal epithelial hyperplasia. Report of nine cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;1394-401
14. Bagán JV. *Medicina y Patología Bucal*. 1ª ed. Madrid: Axon 2013.
15. Ayekinam K, Harti Karima E, Wady Wafaa E. Surgical removal of a focal fibrous hyperplasia: Two case reports. *Int J Appl Dent Sci*. 2017; 3(2): 215-7
16. Santana-Santos T, Martins-Filho PS, Piva MR, de-Souza-Andrade ES. Focal fibrous hyperplasia: A review of 193 cases. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014; 18: 86-89. Doi: 10.4103/0973-029X.141328
17. Mathur LK, Bhalodi AP, Manohar B, Bhatia A, Rai N, Mathur A. Focal fibrous hyperplasia: a case report. *Int J Dent Clin*. 2010; 2(4): 56 – 7
18. Kashyap B, Reddy PS, Nalini P. Reactive lesions of oral cavity: a survey of 100 cases in Eluru, West Godavari district. *Contemp Clin Dent*. 2012; 3: 294 -7. Doi: 10.4103/0976-237X.103621
19. Vergotine RJ. A giant cell fibroma and focal fibrous hyperplasia in a young child: a case report. *Case Rep Dent*. 2012; 2012: 370242. Doi: 10.1155/2012/370242
20. Singh A, Verma R, Murari A, Agrawal A. Oral candidiasis: An overview. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014;18:S81-5.
21. Challacombe SJ. Immunologic aspects of oral candidiasis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78: 202-10.
22. Otero Rey, E., Peñamaría Mallón, M., Rodríguez Piñón, M., Martín Biedma, B., & Blanco Carrión, A.. (2015). Candidiasis oral en el paciente mayor. *Avances en Odontoestomatología*, 31(3), 135-148. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000300004>
23. Lagarreta L. Pericoronaritis. *Asoc Dental* 1972;24(3):172-9.
24. Donado M, Aguado A. *Cirugía bucal. Patología técnica*. Madrid: Los Llanos, 1990:399-404.
25. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Spread of the pulp and periapical tissues. En: *Texto book of oral pathology*. 3ra ed. Philadelphia: Saunders, 1974:463-77.
26. Amígdalas: Lo que el radiólogo debe saber. Tipo: Presentación Electrónica Educativa Autores: Yolanda Marcelino Reyes, María Adela Rodríguez Fuentes, Daniel Batista Martín, Cristina González Delgado, Natalia Mylonas Leegstra, María Soledad Pastor Santoveña SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA
27. Capítulo 76. *PATOLOGÍA INFLAMATORIA INESPECÍFICA DE LA FARINGE*. Javier Chacón Martínez, José Manuel Morales Puebla, Manuel Padilla Parrado
28. Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, Damask CC, Digoy GP, Krouse HJ, et al. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). *Otolaryngol Neck Surg*. 2018;158(3):409-426. <https://doi.org/10.1177/0194599817751031>
29. Dündar A, Özünlü A, Sahan M, Özgen F. Lingual tonsil hypertrophy producing

- obstructive sleep apnea. *Laryngoscope* 1996; 106(9 Pt 1): 1167-9. doi.org/10.4067/s0718-48162017000300326.
30. Kauzman, A., Pavone, M., Blanas, N. y Bradley, G., "Pigmented lesions of the oral cavity: review, differential diagnosis and case presentations", *J Can Dent Assoc*, 2004, 70 (10): 682-683
 31. Puig, S. y Mlvehy, J., "Criterios dermatoscópicos de las lesiones pigmentadas en las mucosas", *Principios de dermatoscopia*, 817, Barcelona, Dermoscop, 2002, 289-299
 32. Gondak, R., Da Silva, Jorge R., Jorge, J. et al., "Oral pigmented lesions: clinicopathologic features and review of the literature", *Med Oral Patol. Oral Cir Bucal*, 2012, 17: 919-924
 33. Sapp, P., Eversole, L. Wisocki, G., "Lesiones pigmentadas benignas" en *Patología oral y maxilofacial contemporánea*, Madrid, Harcourt Brace, 1998,160-164
 34. García-Cuellar, C. M.; González Ramírez, I. C. & Granados García, M. VPH y los carcinomas de cavidad bucal y bucofaringe. *Cancerol.*, 4:181-91, 200
 35. Lizano-Soberón, M.; Carrillo-García, A. & Contreras-Paredes, A. Infección por virus del papiloma humano: epidemiología, historia natural y carcinogénesis. *Cancerol.*, 4:205-16, 2009
 36. Castillo, A. HPV infection and carcinogenesis in the upper aero-digestive tract. *Colomb. Med.*, 42(2):233-42, 2011
 37. Neville, B. W.; Damm, D. D.; Allen, C. M. & Bouquot, J.E. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 2nd ed.Philadelphia, W. B. Saunders, 2002
 38. Martori E, Ayuso-Montero R, Martínez-Gomis J, Viñas M, Peraire M. Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. *J Prosthet Dent* 2014;111:273-9.
 39. 2 Ohman SC, Dahlén G, Möller A, Ohman A. Angular cheilitis: a clinical and microbial study. *J Oral Pathol* 1986;15:213-7.
 40. Dekker Np, Lozada-Nür F, Lagenaur LA, MacPhail LA, Blom CY, Regezi JA. Apoptosis-associated markers in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1997;26:170-5.
 41. Walsh LJ, Savage NW, Ishiit T, Seymour GJ. Inmunopathogenesis of oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1990;19:389-96.
 42. Majorana A, Facchetti F, pellegrini W, Sapelli P. Apoptosis-associated markers in oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* 1999;28:47-48.
 43. Noda A, Ning Y, Venable SF, Pereira-Smith Om, Smith JR. Cloning of senescent cell-derived inhibitors of DNA synthesis using an expression screen. *Exp Cell Res* 1994;211:90-8.
 44. Cerero- Lapiedra R, García-Núñez JA, García-Pola MJ. Liquen plano oral. *RCOE* 1997;2:643-60.
 45. Valente G, Pagano M, Carozo M, Carbone M,Bobba V, Palestra G, Gandolfo S. Sequentialimmunohistochemical p53 expression in biopses of oral lichen planus undergoing malignant evolution. *J Oral Pathol Med* 2001; 30:135-40.
 46. González Moles MA, Rodríguez-Arcilla A, Ruiz -Ávila I, Morales Garcia P. Liquen plano oral. *RCOE*2000;5:255-69.
 47. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci.* 2006; 48 (4): 167-175.
 48. Amirchaghmaghi M, Falaki F, Mohtasham N, Mozafari PM.Extragingival pyogenic granuloma: a case report. *Cases J.*2008; 1 (1): 371.
 49. Martin JL, Cru mp EP. Leukoedema of the bucea! mucosa in negro children and youth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1972; 34:49-58.
 50. De Lucas Tomás M. *Medicina Oral*. Salvat editores s.a . Barcelona, 1988: 85 -6.
 51. Pons JL. Le Leucoedeme: Etude cytologique sur 30cas. These n 1 42.57.83.49. Dec 1983. Université de Nice. Faculté de Chirurgie dentaire.
 52. Mass E, Kaplan I, Hirsberg A. A clinical and histopathological study of radicular cysts associatedwith primary molars. *J Oral Pathol Med* 1995;24: 458-61.
 53. High AS, Hirschmann PN. Symptomatic residual radicular cysts. *J Oral Pathol.* 1988;17:70-2.
 54. High AS. Age change in residual radicular cysts.*J Oral Pathol* 1986;15:524-8.
 55. Albanidou-Farmaki E, et al. Detection, enumeration and characterization of T helper cells secreting type 1 and type 2 cytokines in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Tohoku J ExpMed* 2007;212(2):101-5.
 56. Natah SS, et al. Immunolocalization of tumor necrosis factor-alpha expressing cells in recurrent aphthous ulcer lesions (RAU). *J Oral Pathol Med*2000;29(1):19-25.

57. Sun A, et al. Mechanisms of depressed natural killer cell activity in recurrent aphthous ulcers. *Clin Immunol Immunopathol* 1991;60(1):83-92.
58. Eversole LR. Immunopathology of oral mucosal ulcerative, desquamative, bullous diseases. Selective review of the literature. *Oral Surg Oral*
59. *Med Oral Pathol* 1994;77(6):555-71.26. McDonald DR, et al. Behcet's disease. *Cmaj* 2007;176(9):1273-4
60. Paim LB, Liphhaus BL, Rocha AC, Castellanos ALZ, Silva CAA. Chronic recurrent multi-focal osteomyelitis of the mandible: report of three cases. *Jornal de Pediatria*. 2003;79(5):467-70.
61. Adekeye EO, Cornam J. Osteomyelitis of the jaws: a review of 141 cases. *Br. Journal of Oral Surg* 1985;23-44.
62. Spazzin AO, Camargo B, De Conto F, Flores ME. Osteomielite dos Maxilares. *Rev. Médica HSPV*. 2004;16(34):23-7
63. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. Philadelphia: W.B. Saunders, 1974.
64. Yeoh SC, Macmahon S, Shifter M. Chronic suppurative osteomyelitis of the mandible: Case report. *Australian Dental Journal*. 2005;50(9):200-3.
65. Souza LN, Souza ACRA, de Almeida HC, Gómez RS, López Alvarenga R. Osteomielitis crónica supurativa en el maxilar superior: reporte de un caso clínico. *Av Odontostomatol* [Internet]. 2010;26(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852010000600003>
66. Carneiro TE, Marinho SA, Verli FD, Mesquita ATM, Lima NL, Miranda JL. Oral squamous papilloma: clinical, histologic and immunohistochemical analyses. *J Oral Sci*. 2009; 51: 367-372
67. Major T, Szarka K, Sziklai I, Gergely L, Czeglédy J. The characteristics of human papillomavirus DNA in head and neck cancers and papillomas. *J Clin Pathol*. 2005; 58: 51-5

CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN

CLINICA ESTOMATOLOGICA LDC TLAHUAC

UBICACIÓN

Av. Tláhuac, San Pedro, 13070 Ciudad de México, CDMX, México

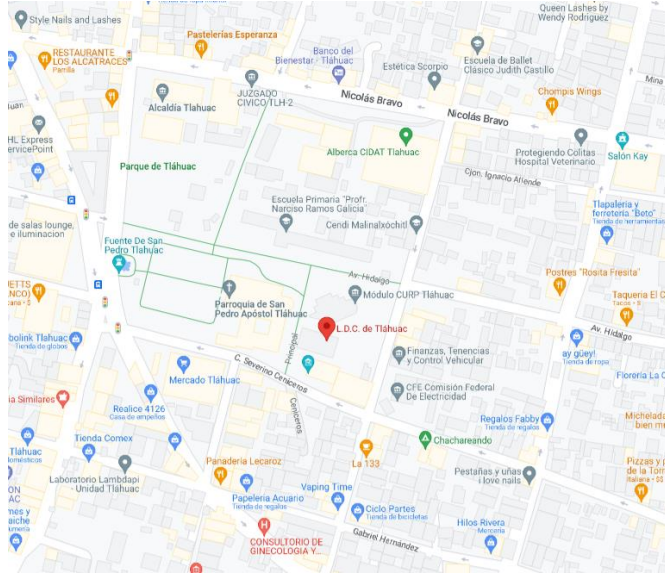


Imagen 1. Croquis del área de influencia del Laboratorio de Diseño y Comprobación Tláhuac.

Fuente: Google maps 2023

ORGANIZACIÓN DEL CUERPO DIRECTIVO

Directivos

Mtra Angélica Araceli Cuapio Ortíz	DIRECTOR/JEFE DE PROYECTO
C.D.E. Nalleli Daysi Flores Hernández	JEFE DE SERVICIO
Dra. Zaira Gómez Hernández	TEC. ACADÉMICO (a partir del 28 de marzo 2022)

Personal administrativo

NOMBRE	PUESTO
--------	--------

Ana Marlen Sánchez Franco	SECRETARIA (a partir del 08-02-2022)
Isabel Hernández Flores	SECRETARIA (a partir del 01-04-2022)
Claudia Concha Rubio	ADMINISTRADORA

Personal Técnico

NOMBRE	PUESTO
Mónica Miranda Cruz	TECNICO DENTAL
Alejandro Enríquez Alderete	ASISTENTE DENTAL

Personal de Intendencia

NOMBRE	PUESTO
Andrea Elena Casas Legorreta	INTENDENCIA

Vigilancia

NOMBRE	PUESTO
Teófila Escobar Reyes	VIGILANCIA

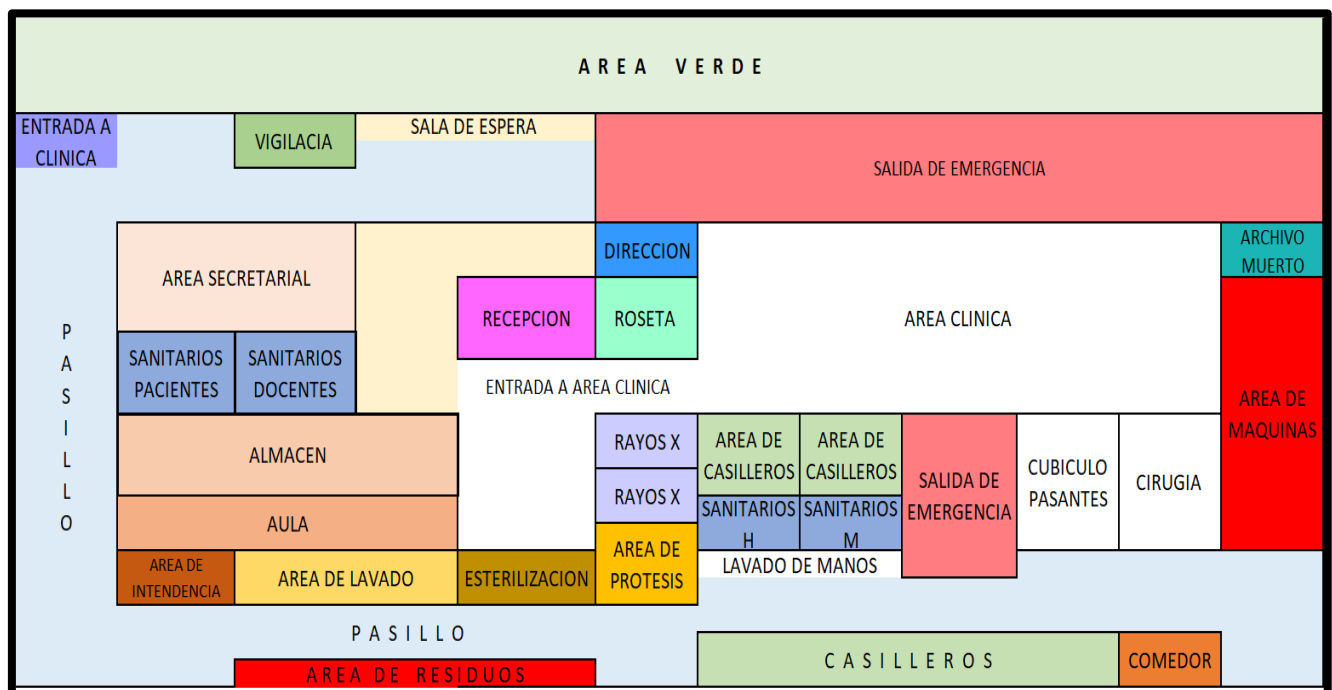
Pasantes del servicio social

Litai Guadalupe Martínez García	
---------------------------------	--

Fernanda Ugalde Manzano	Inicio servicio social el 2 de febrero de 2022
Jaqueline Blas Salinas	
Benjamín Vázquez Breton	Inicio servicio social el 2 de Agosto de 2022
Andrea García Trejo	

INFRAESTRUCTURA

La clínica Estomatológica de Tláhuac cuenta con áreas que tienen un objetivo específico:



- Módulo de vigilancia
- Sala de espera.
- Dirección
- Oficina secretarial
- Sanitario para pacientes
- Sanitario para docentes y personal
- Recepción
- Almacén
- Área de lavado
- Esterilización
- Área de prótesis
- Cubículos de 2 Rayos X

- Cubículo de Ortopantomografía
- Roseta de farmacia
- Área clínica
- Área de cirugía
- Área de pasantes
- Área de casilleros y sanitarios (hombres)
- Área de casilleros y sanitarios (mujeres)
- Área de máquinas (compresoras, succión, purificación de agua)
- Área de depósito de residuos peligrosos biológico-infecciosos/basura
- Área de archivo muerto
- Área de intendencia
- Comedir
- Salida de emergencia
- Áreas verdes

RECURSOS

El almacén es el que se encarga de recibir los insumos y distribuirlos a la roseta de la clínica. La esterilización de instrumental es un servicio del LDC Tláhuac cuyas funciones son: Obtener, esterilizar y entregar el instrumental a los dueños de estos.

El servicio de rayos x cumple la función de toma de radiografías periapicales, panorámicas, laterales de cráneo y cárpales a pacientes internos y externos que acuden a las instalaciones de clínica.

Los Residuos Peligrosos que se generan en la Unidad son recolectados con un calendario con las fechas establecidas para la recolección.

PROGRAMAS DE SERVICIO

El Laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac tiene servicio en dos turnos: el turno matutino de 08:00 a 14:00 hrs y el turno vespertino de 3:00 a 21:00 hrs.. La cobertura de la consulta es realizada por alumnos y pasantes siendo supervisadas todas las actividades por docentes, directora y jefa de servicio.

Los días de servicio dependen del tipo de población atendida y a la fase que pertenecen los alumnos, se divide en :

- Lunes, Miércoles y Viernes : POBLACIÓN ADULTA - Tercera y cuarta fase.
- Martes y Jueves: POBLACIÓN PEDIÁTRICA - Segunda fase.
- Primera fase acude 1 día con población adulta y 1 día con población pediátrica.

Como parte de los tratamientos que se proporcionan para cubrir las necesidades de la comunidad que acude al servicio estomatológico se realizan:

Tratamiento de prevención, operatoria, tratamientos pulpares, protésicos, patología y cirugía.

CAPÍTULO IV

INFORME NARRATIVO

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

CONDICIONES EN EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL

El periodo en que se realizó la pasantía de servicio social en odontología comprendió del 1 de Febrero del 2022 al 31 de Enero del 2023 en la clínica estomatológica LDC Tláhuac, de lunes a viernes en un horario de 8:00 a.m. a 14:00 hrs.

Se realizaron actividades administrativas, clínicas y del área de patología bucal. Durante el año del servicio social las actividades administrativas se realizaron de lunes a viernes, donde se incluyen elaboración de historias clínicas, organizar equipos de alumnos, informe trimestral, agenda de emergencia, esterilización del instrumental, ruta de ingreso de alumnos, archivar triage, revisión de actividades de expedientes.

En las actividades clínicas se realizó revisión y diagnóstico, examen de tejidos bucales, detección de placa dentobacteriana, instrucción de técnicas de cepillado, instrucción de uso de hilo dental, profilaxis, eliminación de cálculo dental, aplicación de flúor, obturaciones con ionómero de vidrio, obturaciones temporales con óxido de zinc y eugenol (Z.O.E.), extracciones de dientes permanentes, tratamientos de conductos, amalgamas, resinas, incrustaciones, prótesis parcial removible. radiografías periapicales y panorámicas, farmacoterapia, cirugía,

Además de la participación del programa detección de lesiones elementales en cavidad bucal en donde se realizaron: citologías, biopsias, seguimientos, trabajando en conjunto con el laboratorio histopatológico de la UAM-Xochimilco para obtener resultados de las muestras enviadas.

Así mismo se tuvo una participación en tres cursos impartidos por la universidad Autónoma Metropolitana:

1. Fotografía clínica en estomatología impartido de manera presencial en las instalaciones del laboratorio de diseño y comprobación de Tepepan, con una duración de 15 horas, donde obtuve habilidades para mejorar el resultado de la investigación.
2. Congreso de egresados impartido de manera presencial en las instalaciones de la universidad, con una duración de 11 horas, donde se obtuvieron conocimientos innovadores hacia diferentes especialidades.
3. Restauraciones libres de metal impartido de manera presencial en las instalaciones de la universidad con una duración de 20 horas.

A continuación, se muestra de manera desglosada mediante tablas y gráficas las actividades que se realizaron durante el año del servicio social, mostrando la información por Trimestre, por mes y anual.

TRIMESTRE 22-I

FEBRERO 2022	
ADMINISTRATIVAS	TOTAL
Inventario de Unidades	1
Inventario de sillas operador /asistentes	1
Numeración a unidades y bancos de trabajo	1
Revisión de Expediente desde 2019	1
Clínica de admisión	1
Reporte anual de actividades globales de clínica	1
Apoyo de manejo de unidades dentales a alumnos	1
Realización de equipos de trabajo de alumnos	1

MARZO	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de lesiones elementales	1
Seguimiento	1
ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	6
Entrega de Unidades	5
Alumnos ruta de ingreso	8
Administración	15
Archivo de triage	21
Apoyo en prácticas preclínicas	12
Esterilización de Instrumental	17

ABRIL	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de lesiones elementales	4
Biopsia	3
Farmacología	1
Seguimiento	1
Indicaciones	1

ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	5
Entrega de Unidades	4
Alumnos ruta de ingreso	7
Administración	16
Toma de radiografía panorámica	0
Esterilización de Instrumental	1

MAYO	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
Exodoncia	1
Obturación Temporal	1
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de lesiones elementales	6
Biopsia	3
Citología	3
Discopia	1
Farmacología	6
Seguimiento	1
Indicaciones	5
ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	3
Entrega de Unidades	2
Alumnos ruta de ingreso	4
Administración	10
Toma de radiografía panorámica	0
Esterilización de Instrumental	2

JUNIO 2022

PERIODO VACACIONAL

TRIMESTRE 22P

JULIO	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
Historia Clínica	3
Exploración de mucosas	2
Anamnesis	2
Dx y Tx	2
Índice IHOS	2
Índice IG	2
Índice IPC	2
Índice CPOD	2
ICDAS	2
Odontograma	2
Profilaxis	2
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de lesiones elementales	1
Citología	1
Farmacología	1
Seguimiento	1
Indicaciones	1
ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	3
Entrega de Unidades	4
Alumnos ruta de ingreso	6
Administración	7
Toma de radiografía panorámica	4
Toma de radiografía lateral de cráneo	2
Esterilización de Instrumental	2

AGOSTO	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
Historia Clínica	1
Exploración de mucosas	1
Anamnesis	1
Dx y Tx	1
Índice IHOS	1
Índice IG	1
Índice IPC	1

Índice CPOD	1
ICDAS	1
Odontograma	1
Profilaxis	2
Aplicación de fluoruro	1
Índice de O'leary	1
Anestesia	6
Dique de Hule	4
Resinas	2
Amalgamas	2
Cirugía	2
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de lesiones elementales	5
Biopsia	5
Farmacología	4
Seguimiento	2
Indicaciones	4
ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	6
Entrega de Unidades	5
Alumnos ruta de ingreso	7
Esterilización de Instrumental	1

SEPTIEMBRE	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
Aplicación de fluoruro	1
Índice de O'leary	2
Anestesia	1
Dique de Hule	1
Resinas	1
Exodoncias	1
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de lesiones elementales	3
Biopsia	1
Citología	2
Farmacología	2
Seguimiento	1

Indicaciones	2
ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	5
Entrega de Unidades	4
Alumnos ruta de ingreso	5
Administración	3
Informe Trimestral	1
Esterilización de Instrumental	1
Exposición de caso clínico	1

TRIMESTRE 22-O

OCTUBRE	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
Profilaxis	1
Aplicación de fluoruro	1
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de lesiones elementales	1
Citología	1
Farmacología	1
Indicaciones	2
ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	3
Entrega de Unidades	3
Alumnos ruta de ingreso	4
Toma de radiografía panorámica	4
Esterilización de Instrumental	2

NOVIEMBRE	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
Historia clínica	2
Exploración de mucosas	1
Anamnesis	1
Dx y Tx	2
ICDAS	1
Profilaxis	3
Aplicación de fluoruro	3

Índice de O'leary	3
Anestesia	2
Dique de Hule	4
Resinas	1
Incrustaciones	1
Corona	0
Tx de Conductos	1
Ficha Endodontica	1
Exodoncias	1
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de patología bucal	5
Citología	1
Farmacología	2
Seguimiento	1
Indicaciones	1
ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	5
Agenda de emergencias	10
Entrega de Unidades	5
Alumnos ruta de ingreso	10
Administración	0
Toma de radiografía panorámica	6
Esterilización de Instrumental	2

DICIEMBRE	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
Índice de O'leary	3
Anestesia	3
Dique de Hule	2
Resinas	2
Incrustaciones	1
Cirugía	1
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de lesiones elementales	2
Biopsia	1
Farmacología	1
Seguimiento	2

Indicaciones	1
ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	4
Entrega de Unidades	3
Alumnos ruta de ingreso	6
Esterilización de Instrumental	2

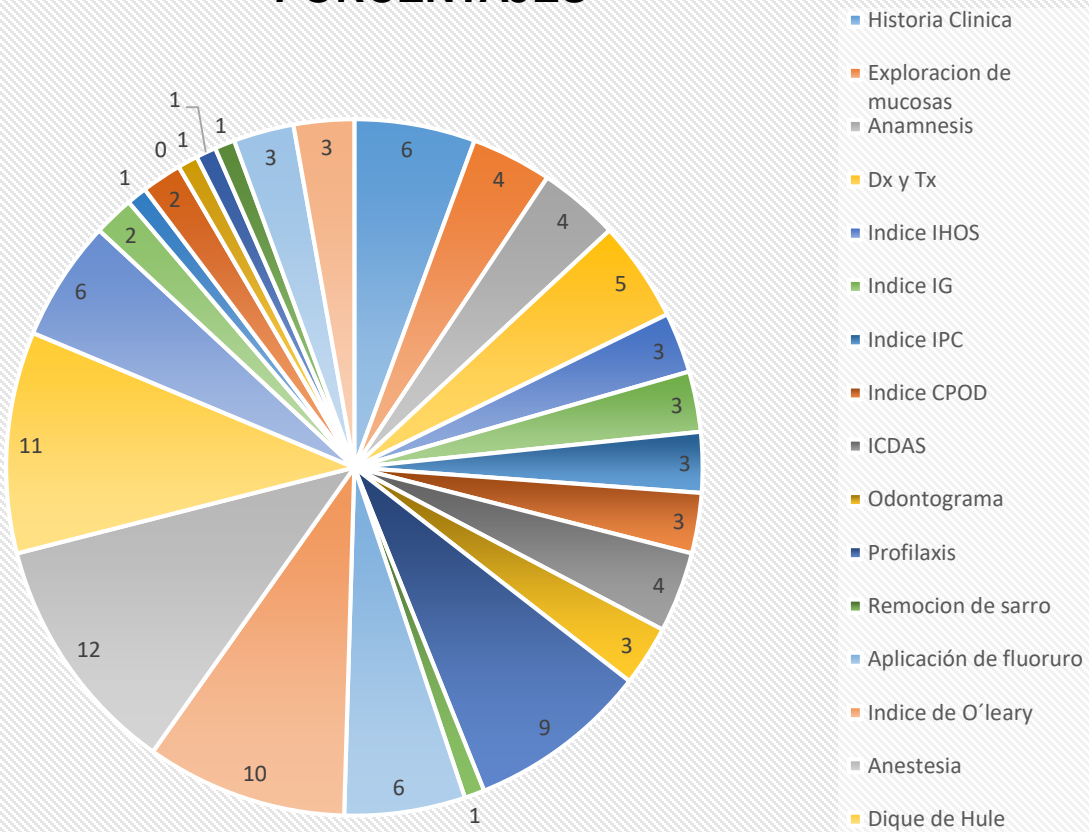
ENERO	
ACTIVIDADES CLÍNICAS	TOTAL
Profilaxis	1
Remoción de sarro	1
Índice de O'leary	1
PPR	1
PATOLOGÍA BUCAL	
Identificación de lesiones elementales	1
Biopsia	1
Farmacología	1
Seguimiento	1
Indicaciones	1
ADMINISTRATIVAS	
Asistencia en roseta	2
Entrega de Unidades	1
Alumnos ruta de ingreso	2
Administración	3
Reporte trimestral	1
Reporte anual	1
Exposición de aso clínico	1
Revisión de actividades de alumnos	2

ACTIVIDADES ANUALES POR NÚMERO Y PORCENTAJE

ACTIVIDADES ANUALES		
ACTIVIDADES CLÍNICAS	No.	%
Historia clínica	6	5.6
Exploración de mucosas	4	3.7
Anamnesis	4	3.7

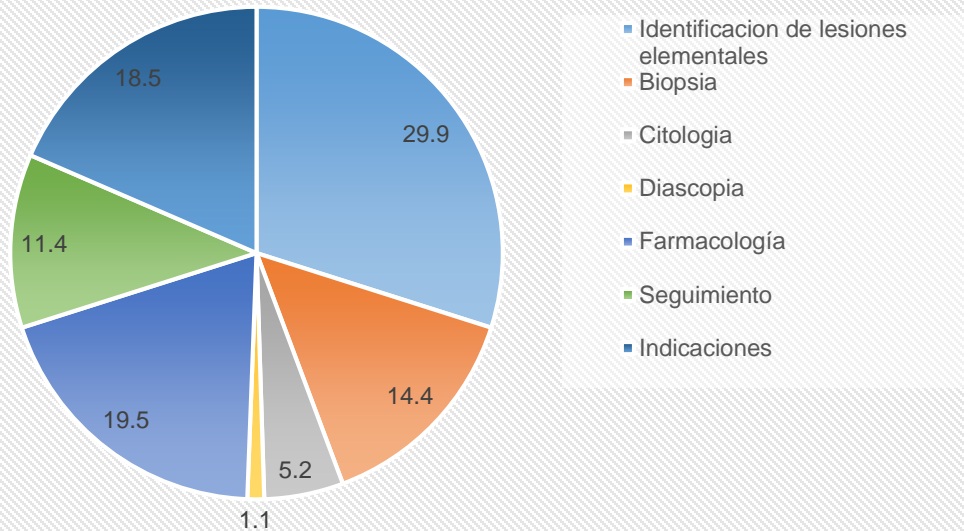
Dx y Tx	5	4.7
Índice IHOS	3	2.8
Índice IG	3	2.8
Índice IPC	3	2.8
Índice CPOD	3	2.8
ICDAS	4	3.7
Odontograma	3	2.8
Profilaxis	9	8.4
Remoción de sarro	1	0.9
Aplicación de fluoruro	6	5.6
Índice de O'leary	10	9.5
Anestesia	12	11.4
Dique de Hule	11	10.4
Resinas	6	5.6
Amalgamas	2	1.8
Obturaciones Temporales	1	0.9
Incrustaciones	2	1.8
Corona	0	0
Tx de Conductos	1	0.9
Ficha Endodontica	1	0.9
PPR	1	0.9
Exodoncias	3	2.8
Cirugía	3	2.8
TOTAL	107	100

ACTIVIDADES CLINICAS POR PORCENTAJES



ACTIVIDADES ANUALES		
PATOLOGÍA BUCAL	No.	%
Identificación de lesiones elementales	29	29.9
Biopsia	14	14.4
Citología	5	5.2
Diascopia	1	1.1
Farmacología	19	19.5
Seguimiento	11	11.4
Indicaciones	18	18.5
TOTAL	97	100

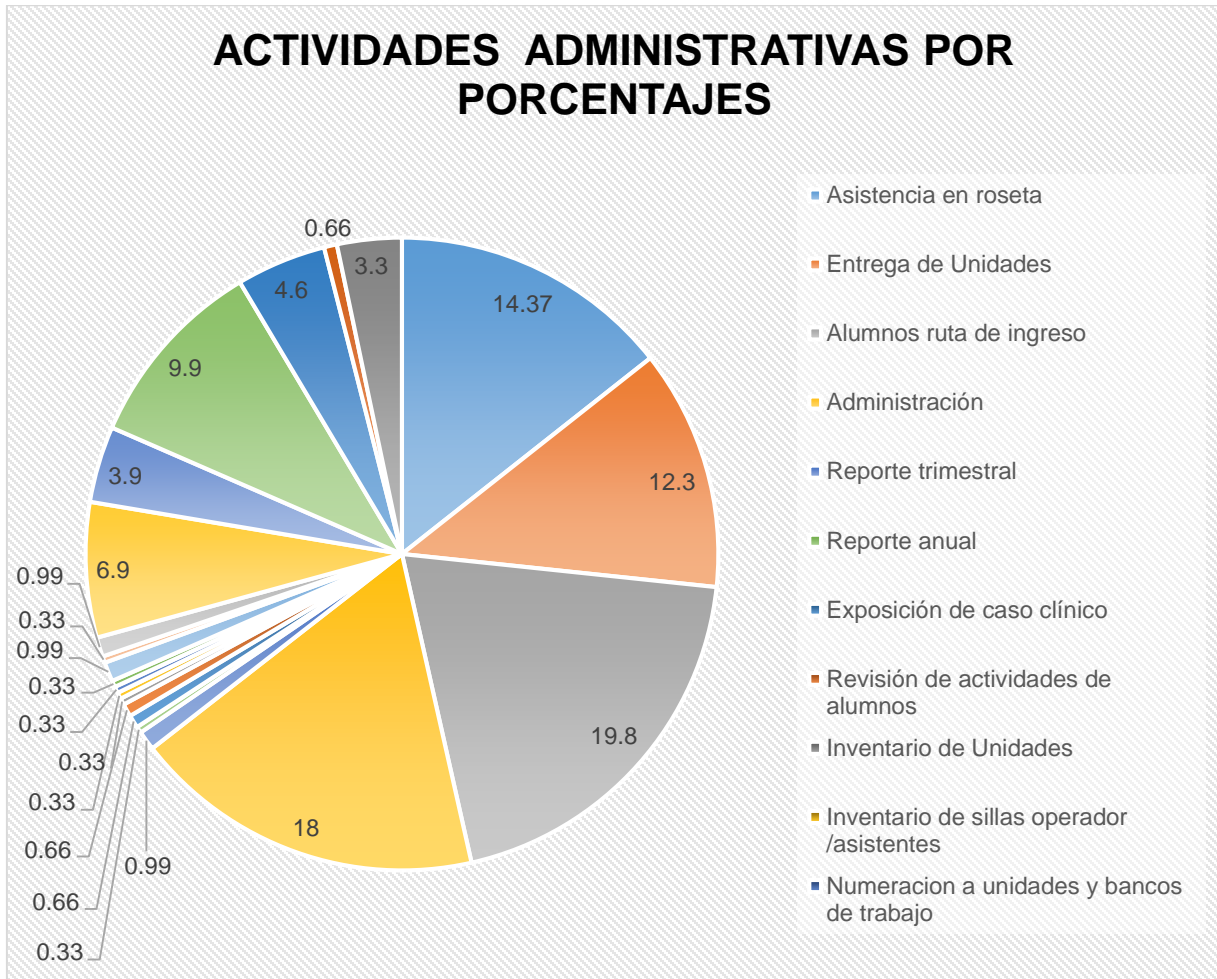
ACTIVIDADES DE PATOLOGIA BUCAL POR PORCENTAJES



ACTIVIDADES ANUALES

ADMINISTRATIVAS	No.	%
Asistencia en roseta	42	14.37
Entrega de Unidades	36	12.3
Alumnos ruta de ingreso	59	19.8
Administración	54	18
Reporte trimestral	3	0.99
Reporte anual	1	0.33
Exposición de caso clínico	2	0.66
Revisión de actividades de alumnos	2	0.66
Inventario de Unidades	1	0.33
Inventario de sillas operador /asistentes	1	0.33
Numeración a unidades y bancos de trabajo	1	0.33
Revisión de Expediente desde 2019	1	0.33
clínica de admisión	3	0.99
Apoyo de manejo de unidades dentales a alumnos	1	0.33
Realización de equipos de trabajo de alumnos	3	0.99
Archivo de triage	21	6.9
Apoyo prácticas preclínicas	12	3.9

Esterilización de instrumental	30	9.9
Rx panorámica	14	4.6
Rx Lateral de cráneo	2	0.66
Agenda de emergencia	10	3.3
TOTAL	299	100



CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante el año de servicio social en el Laboratorio de Diseño y Comprobación LDC Tláhuac se realizaron mayor cantidad de actividades administrativas, debido a que se inició en periodo de pandemia, dentro de las actividades con mayor porcentaje fueron ruta de ingreso de alumnos con un 19.8% en donde se revisaba que los alumnos cumplieran con el protocolo (uñas cortas y sin pintar, llenado de triage, cambio de zapatos civiles a zapatos clínicos y lavado de manos con técnica correcta.), el 18% pertenece a administración en donde se realizó recepción de los pacientes, registro de radiografías tomadas, y se vigiló área de prótesis, el 14.37% lo obtuvo la asistencia en roseta

Por otro lado, las actividades clínicas se realizaron en los trimestres 22-P Y 22-O en 7 pacientes que se atendieron de forma integral obteniendo un avance de más del 50% de las actividades que requerían según sus diagnósticos, con una distribución de 3 mujeres y 4 hombre con un rango de edad de los 6-76 años.

Dentro de las actividades clínicas con mayor porcentaje fueron anestesia 11.4%, dique de hule 10.4% e índice de o'leary 9.5%, sin embargo, el 14.9% pertenece a las actividades preventivas que fueron remoción de sarro, profilaxis y aplicación de flúor, en actividades de operatoria dental se tuvo un 8.3% que incluye resinas, amalgamas y reconstrucciones con ionómero o Z.O.E., en restauraciones y prótesis únicamente el 2.7% y en cirugía y exodoncia el 5.6% realizándose 3 cirugías (2 de terceros molares y 1 de exodoncias múltiples y remodelación de reborde alveolar).

Se participó en el programa detección de lesiones elementales en cavidad bucal teniendo 30 pacientes con una distribución de 22 mujeres y 8 hombres que van desde los 20 a los 76 años de edad, el 29.9% de las actividades de patología bucal pertenece a la identificación de lesiones elementales, el 14.4% a biopsias realizadas en el LDC Tláhuac y enviadas al laboratorio histopatológico de la UAM-Xochimilco, el 5.2% fueron citologías, al 11.4% de los pacientes se les dio seguimiento y al 19.5% se envió tratamiento farmacológico

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN

Durante este periodo siendo pasante del laboratorio de diseño y comprobación LDC Tláhuac pude adquirir diversas experiencias tanto éticas como prácticas que me ayudarán en el aspecto personal y profesional que sin duda no hubiera sido posible sin el trabajo en equipo con mis compañeros pasantes y las doctoras.

Todo lo aprendido fue de vital importancia para concluir mi preparación universitaria, ayudando a cumplir con mis objetivos académicos, ya que no solo puse en práctica lo aprendido en las clases en línea, si no también obtuve nuevos conocimientos que me ayudaran a resolver distintos problemas que se presenten en futuro.

Gracias a la participación en el programa detección de lesiones elementales en cavidad oral pude reconocer la importancia que el estomatólogo sea más observador y que este familiarizado con las múltiples lesiones que pueden presentarse en la cavidad oral, ampliando el enfoque y realizando un buen ejercicio de diagnóstico.

También pude fortalecer mi formación en áreas como prevención y promoción a la salud al tener la oportunidad de llevar a cabo acciones que contribuyen a mejorar el estado de salud de la comunidad con la que trabajé ya que son base fundamental para no desarrollar enfermedades que requieran tratamientos mas invasivos.

CAPITULO VII

FOTOGRAFÍAS

Foto 1. Pasante trabajando



Foto 2.Laboratorio de Diseño y Comprobación Tlahuac.

