



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LESIONES ORALES EN PACIENTES DEL LABORATORIO DE DISEÑO
Y COMPROBACIÓN TLÁHUAC, UAM.**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

INSTITUCIÓN:

LDC TLÁHUAC TURNO MATUTINO

PASANTE:

LITAÍ GUADALUPE MARTÍNEZ GARCIA

2173027142

PERIODO:

01 DE FEBRERO 2022 AL 31 DE ENERO DEL 2023

ENTREGADO:

FEBRERO, 2023

ASESORES:

CDEPB. ANGÉLICA CUAPIO ORTIZ

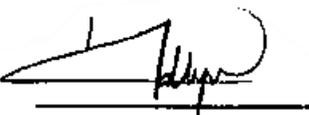
CDEE. NALLELI DAYSY FLORES HERNANDEZ

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



CDEPB. ANGÉLICA CUAPIO ORTIZ

ASESOR INTERNO
Nombre y firma



CDEE. NALLELI DAYSY FLORES HERNANDEZ

ASESOR INTERNO
Nombre y firma



CDEOP. Karla Ivette Oliva Olvera

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

El reporte se realiza con el fin de documentar las actividades y responsabilidades realizadas durante el servicio social, el cual tuvo una duración de 12 meses, teniendo inicio el día 01 de febrero del 2022 al 31 de enero del 2023, abarcando los trimestres 22I, 22P y 22 O. Se brinda información específica sobre la plaza donde se realizó, siendo este el laboratorio de diseño y comprobación de Tláhuac, donde los directivos encargados de la asesoría del proyecto de investigación de la realización del servicio social son la directora CDEPB Angélica Araceli Cuapio Ortiz y la jefa de servicio CDEE Nalleli Daysi Flores Hernández.

Se presenta el proyecto de investigación el cual lleva por título: Prevalencia de lesiones orales en pacientes del laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac, UAM, el cual cumplió con el objetivo de determinar la prevalencia de Patología bucal en pacientes que asisten al L.D.C Tláhuac en los trimestres 22I, 22P y 22 O. Se brinda un detallado análisis sobre cada una de las actividades que se realizaron, juntos con una tabla donde se enumeran de forma cronológica.

Por último, se deja como conclusión que se cubrieron los objetivos, logrando obtener experiencias, herramientas y técnicas que me ayudaran a desenvolverme en el mundo laboral, ejerciendo la profesión con ética y capacidades para brindar una atención óptima.

INDICE

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL	5
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN	6
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
MARCO TEÓRICO	9
METODOLOGÍA	29
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIÓN	41
CAPITULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL	42
CAPÍTULO IV. INFORME NÚMÉRICO NARRATIVO	48
CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	56
CAPÍTULO VI. CONLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	66

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL

Este reporte se realiza con el objetivo de documentar las actividades realizadas durante el servicio social en el Laboratorio de Diseño y Comprobación de Tláhuac (LDC Tláhuac) turno matutino, durante el periodo del 01 de febrero del 2022 al 31 de enero del 2023, abarcando los trimestres 22I, 22P y 22O.

Se expone el informe final del servicio social de la licenciatura en estomatología, donde se brindarán detalles de la plaza donde realice las distintas actividades, tanto clínicas como administrativas, destacando el programa de patología bucal dentro de la clínica, siendo este la base para el proyecto de investigación titulado “Prevalencia de lesiones orales en pacientes del laboratorio de diseño y comprobación Tláhuac, UAM” el cual se realizó durante el periodo ya mencionado, se obtuvieron resultados favorables cumpliendo con los objetivos de la investigación, la cual se concluyó con la ayuda y participación de la doctora Angélica Cuapio Ortiz y la doctora Nalleli Daysy Flores Hernández, sin dejar de mencionar que fue un trabajo donde el laboratorio de patología de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) unidad Xochimilco fue de suma importancia para obtener los resultados de los distintos casos estudiados. Otra de las actividades que aportaron a la investigación fue el curso de 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.

En el presente informe detallare un análisis de las actividades realizadas y establecer si se cumplieron las necesidades y objetivos de la población hacia donde dirigí el enfoque. Se brindará una conclusión para destacar lo más relevante durante el periodo y algunas sugerencias que motiven a un mejor desempeño como pasantes de la licenciatura en estomatología dentro de los laboratorios de diseño y comprobación de la UAM.

Este servicio social fue realizado con el fin cumplir los requisitos necesarios para el proceso de titulación de la licenciatura en estomatología, donde también se lograron obtener múltiples conocimientos, prácticas y actitudes que me ayudara a desenvolverme en el mundo profesional, dejando muchas experiencias satisfactorias y funcionales.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
XOCHIMILCO**

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

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

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

CLINICA ESTOMATOLOGICA LDC TLAHUAC

MARTINEZ GARCIA LITAI GUADALUPE
MATRICULA: 2173027142

UGALDE MANZANO FERNANDA
MATRÍCULA: 2173027599

ASESORES

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

MTRA.. ANGELICA ARACELI CUAPIO ORTIZ

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.^{1,2} 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.³

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

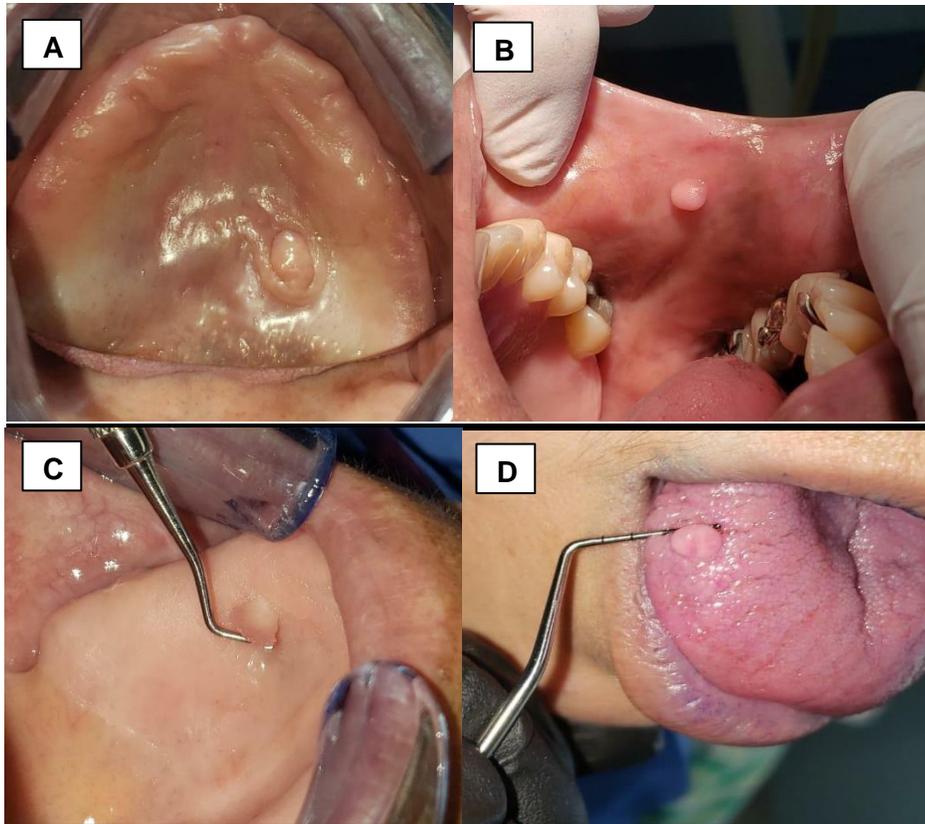
HIPERPLASIA FIBROSA

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.^{15,17,18,19} También se le denomina fibroma irritativo,^{15,16,17,18} 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,^{15,16,17} 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.^{15,16,17}

Características clínicas de la hiperplasia fibrosa focal.

CARACTERÍSTICA	
Sintomatología	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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

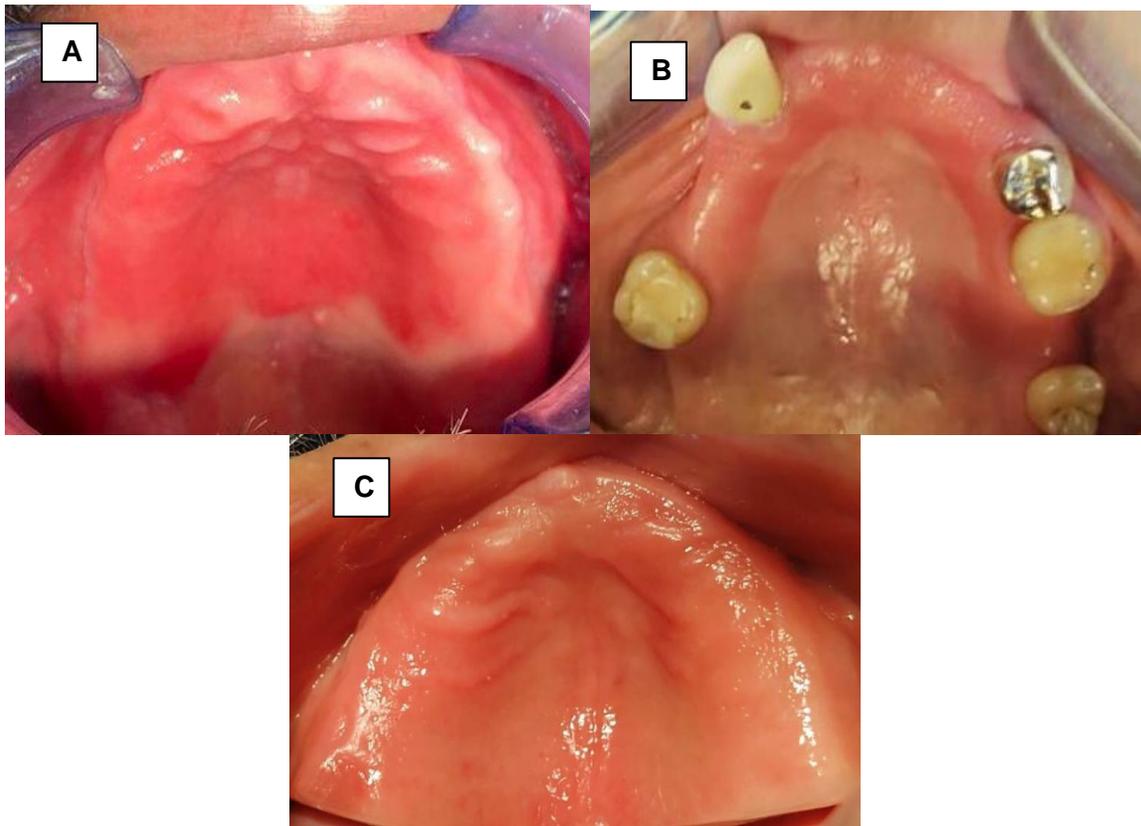
ETIOPATOGENIA

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 interdetales 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

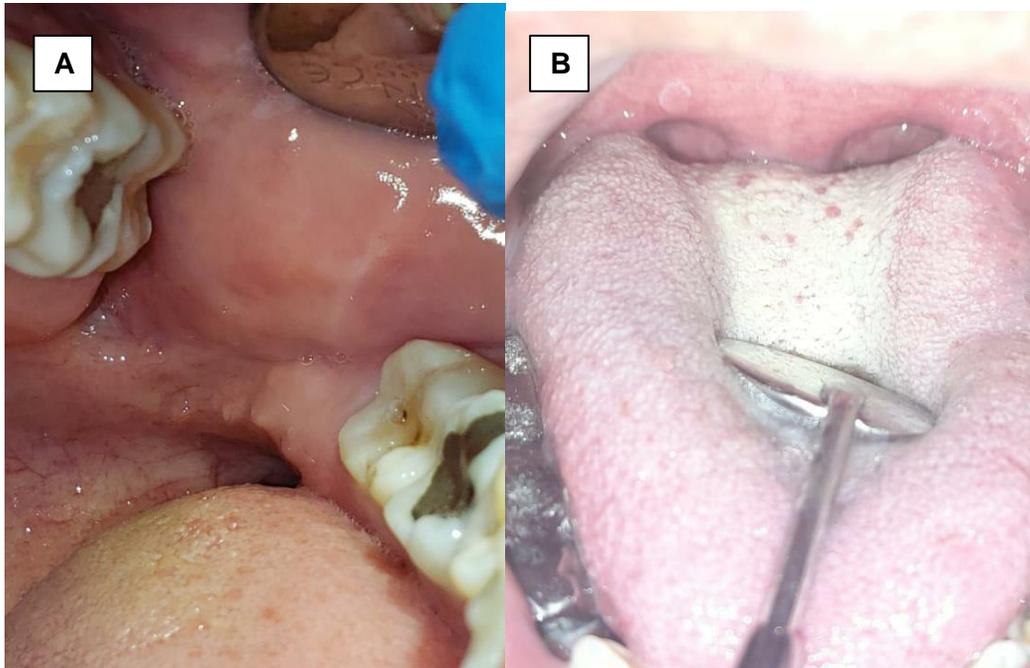
VPH

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

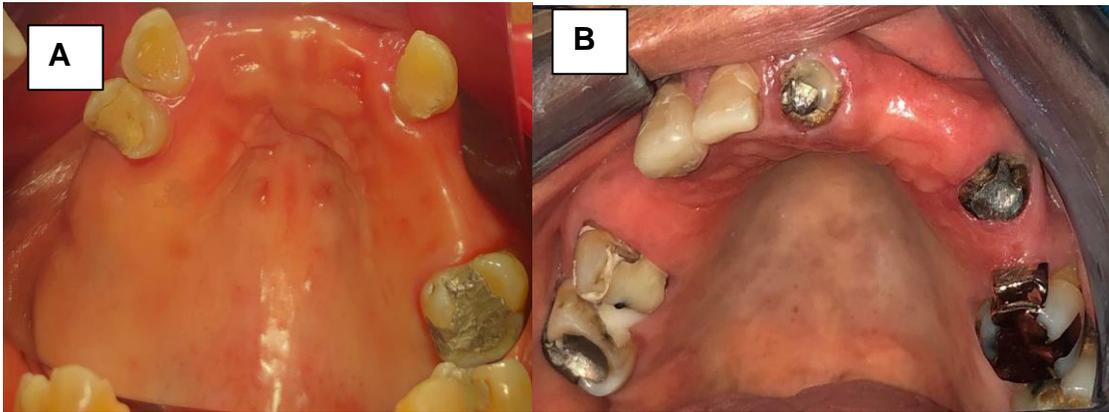
ESTOMATITIS

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 subprotésica, 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 (estrias 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, sin carácter de delimitación y en ocasiones con aspecto plegado.^{49, 50, 51}

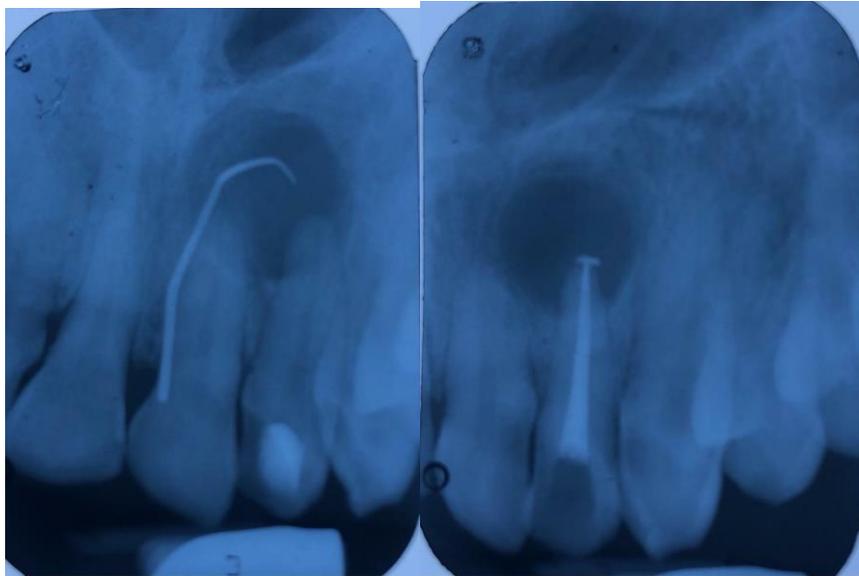


Leucoedema en paciente masculino de 60 años de edad.
Fuente: Propia

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 crónica 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 sequestrados óseos y generalmente es asintomática ya que el proceso infeccioso junto con el área afectada está 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 definida.⁶⁴
- La osteomielitis crónica esclerosante difusa es similar a la focal 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 tabularon 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

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN CAVIDAD ORAL

Durante el desarrollo del proyecto se encontraron múltiples casos, uno de los más relevantes fueron lesiones por VPH encontradas en una paciente femenina de 20 años de edad, por lo que a continuación se expone una recopilación bibliográfica sobre el VPH y se describe el caso clínico.

La infección por virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual con más prevalencia en la actualidad, se estima que el 75% de la población sexualmente activa puede adquirir la infección durante la vida.^{68,69} En la mayoría de los casos, las infecciones por el VPH no son serias, son asintomáticas, transitorias y desaparecen sin tratamiento, sólo entre 10% y 20% de las infecciones se vuelven crónicas.⁷⁰

Los virus del papiloma son un grupo de virus ADN tumorales, son virus específicos para cada especie. El virus del papiloma humano o VPH es el que infecta a los seres humanos y existen más de 120 tipos de los cuales solo 100 se conoce su secuencia genómica completa. Estos difieren en cuanto a los tipos de epitelio que infectan, algunos infectan sitios cutáneos, mientras otros infectan superficies mucosas y se pueden clasificar en “alto riesgo” y “bajo riesgo”.⁷⁰

Los tipos de VPH clasificados como de alto riesgo están asociados a cánceres invasivos y los más comunes son 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 82. El VPH 16 es el tipo de alto riesgo más común, se encuentra en la mitad de todos los cánceres de cuello uterino y es uno de los tipos más comunes en las mujeres sin cáncer.⁷¹ El VPH 18 representa un 10% y un 12% de los cánceres de cuello uterino.⁷¹ Cada uno de los tipos de VPH 31, 33, 45, 52 y 58 representa entre un 2% y un 4% de los cánceres.⁷²

Tipos comunes de VPH de bajo riesgo son 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 73, 81. Estos pueden causar cambios benignos o de bajo grado en las células cervicouterinas y verrugas genitales, rara vez están asociados con cánceres invasivos. El VPH 6 y el VPH 11 son los virus de bajo riesgo que se encuentran con mayor frecuencia.⁷¹

Existen múltiples factores del riesgo para la adquisición del VPH, estos son: Ser menor de 25 años, número creciente de compañeros sexuales, la iniciación temprana de relaciones sexuales y el consumo de tabaco y alcohol.^{73,74}

La vía de transmisión del VPH generalmente es mediante el contacto directo de la piel con piel y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración. Otros tipos de vías que pueden causar una infección por el VPH son por infección transplacentaria, por líquido amniótico, por sangre, por contacto sexual y por autoinoculación, pero esas vías de transmisión son mucho menos comunes.^{73,74}

El papiloma bucal es una de las lesiones epiteliales orales más frecuentes y es producida por el VPH y la mayoría de las lesiones de la cavidad bucal se deben a contacto directo por autoinoculación y por relaciones orogenitales. La combinación de factores de riesgo podría potenciar el cambio de lesiones clínicamente benignas a premalignas o malignas de la cavidad bucal. ⁷⁵

Las lesiones por VPH en cavidad oral tienen características clínicas como color blanco o morado, superficie rugosa, de bordes pronunciados e irregulares, sésiles o pediculadas, únicas o múltiples y generalmente asintomáticas. Se pueden presentar a cualquier edad entre la tercera y la quinta década de la vida y puede aparecer en cualquier parte de la cavidad bucal siendo el sitio más frecuente el labio, paladar duro y blando, úvula y borde lateral de la lengua. ⁷⁶

Entre las lesiones bucales benignas se incluyen: el papiloma bucal, verruga vulgar bucal, condiloma acuminado bucal e hiperplasia epitelial focal, hiperplasia fibrosa, hiperplasia papilomatosa; entre las lesiones premalignas o malignas se incluyen: lesiones producidas por acción del tabaco, queratosis, queratoquiste odontogénico, ameloblastoma, liquen plano oral, leucoplasia vellosa, carcinoma escamocelular. ⁷⁷

El virus del papiloma humano es una enfermedad que puede evitarse en gran medida, sin embargo a pesar de los esfuerzos colectivos para prevenirla no se ha logrado disminuir su incidencia. Debido a la magnitud del problema, es importante estar conscientes de la necesidad de identificar precozmente

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 20 años de edad.

P.A. Refiere lesiones en cavidad bucal posibles a VPH con 5 meses de evolución (granitos en la boca) sin tratamiento.

A.P.P. Dx. de VPH y molusco contagioso en marzo de 2022

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 sin alteración aparente.
4. Piso de boca sin alteraciones ni variantes de la normalidad.
5. Parte retromolar izquierda y derecha con presencia de múltiples pápulas de 2-5mm de diámetro, base sésil y con color similar a la mucosa.
6. Exploración de tejidos blandos y duros de la cavidad, se observan signos de salivación objetiva con sialometría de 1.5 ml/min el cual se encuentra dentro de los rangos normales.

IDX: Lesión por VPH

TX: Biopsia y seguimiento.

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

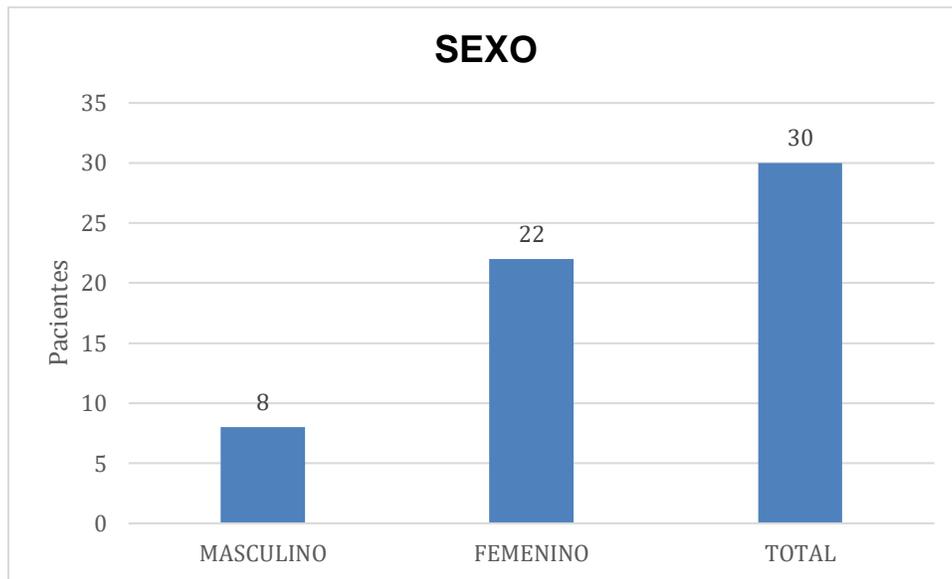
TRATAMIENTO	M	F	TOTAL
Biopsia	1	3	4
Citología	1	2	3
Diascopia	0	0	0
Farmacología	2	5	7
Seguimiento	1	2	3
Indicaciones	3	7	10

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									TOTAL
19-35			36-59			>60			
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.

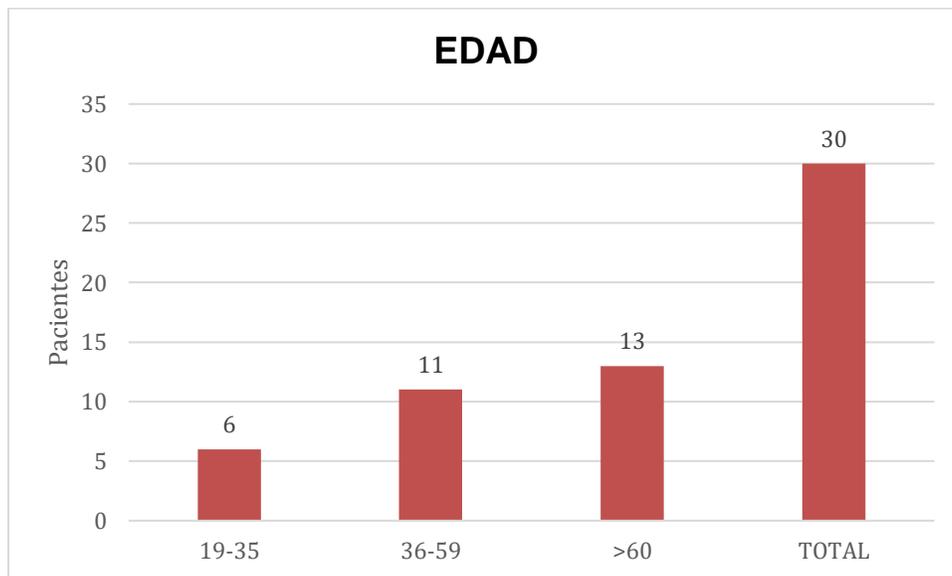


Tabla 11. Distribución de los tratamientos realizados en los pacientes atendidos por patología bucal

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.

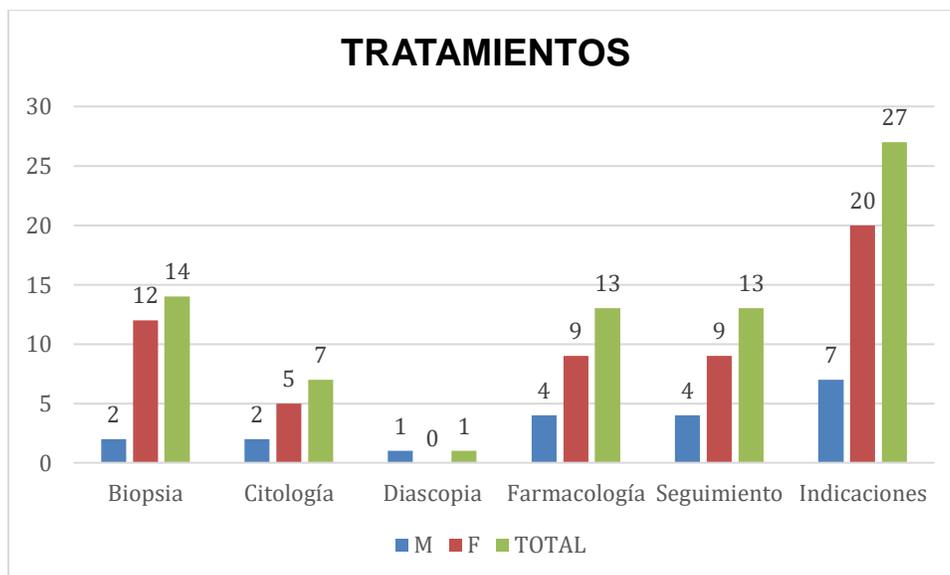
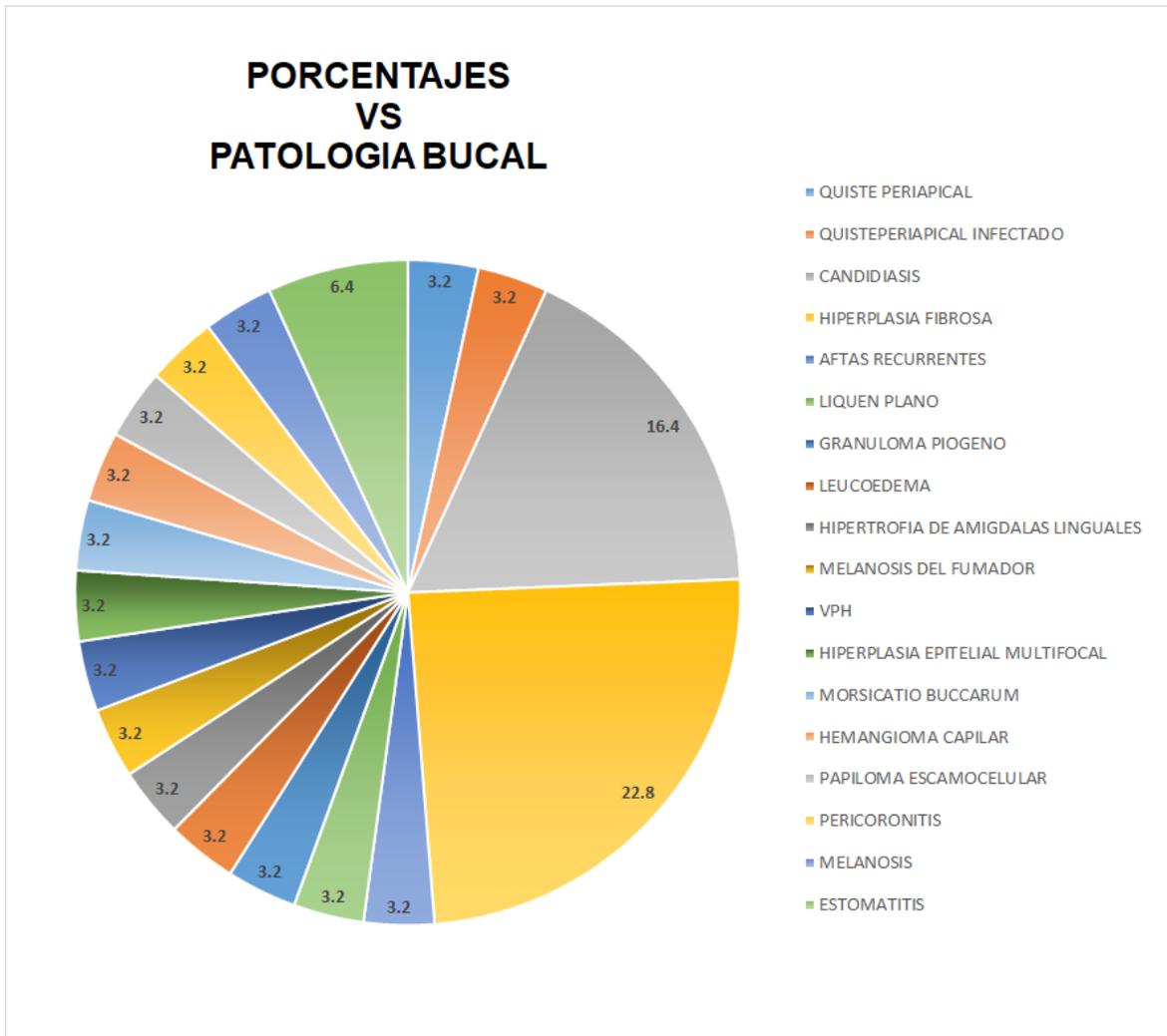


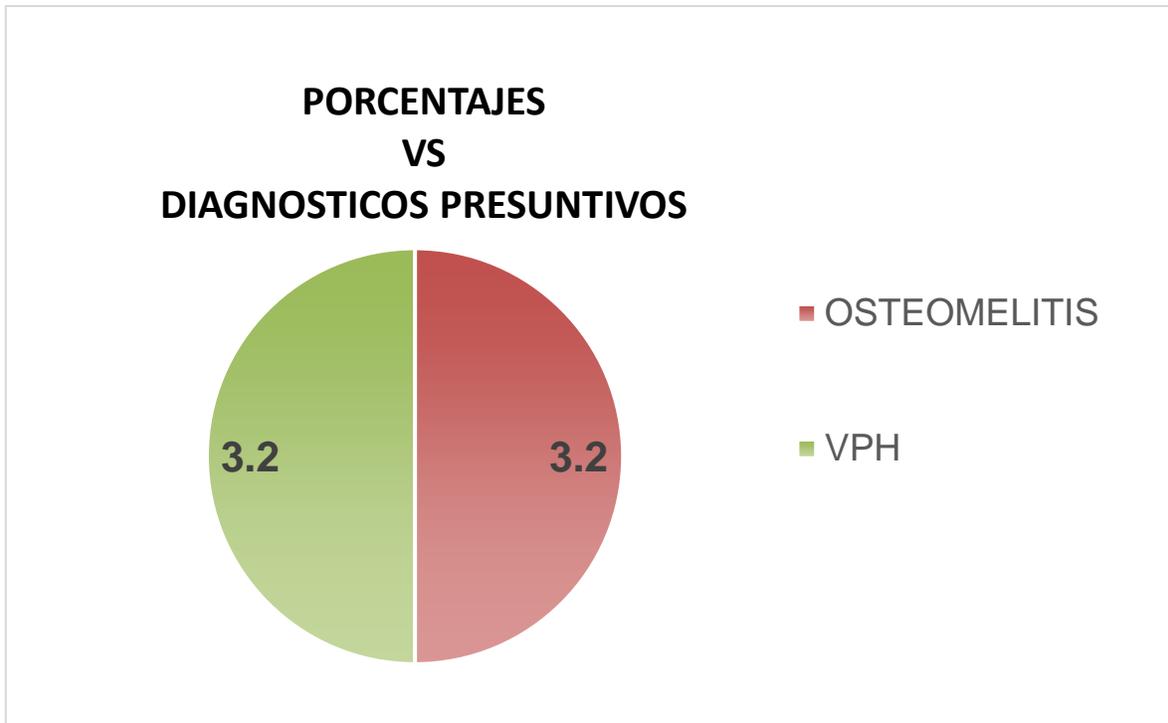
Tabla 12. Distribución de diagnósticos de los pacientes atendidos por patología bucal

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.

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA DE SERVICIO SOCIAL ASIGNADA

1. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Laboratorio de Diseño y Comprobación Tláhuac

2. DOMICILIO Y UBICACIÓN



Privada De Ceniceros S/No., Col. Centro, Delegación Tláhuac México, D.F.,
C.P. 13000

3. ORGANIZACIÓN

La clínica cuenta con una organización interna en específica para poder funcionar de forma eficaz.

- **Directivos**

Directora: CDEPB Angélica Araceli Cuapio Ortíz

Jefe de servicio: CDEE Nalleli Daysi Flores Hernández

Técnico académico: CD Zaira Gómez Hernández

- **Personal administrativo**

Secretarias: Ana Marlen Sánchez Franco e Isabel Hernández Flores

- **Personal Técnico**

Técnico dental: Mónica Miranda Cruz

Asistente dental: Alejandro Enríquez Alderete

- **Personal de Intendencia**

Intendencia: Andrea Elena Casas Legorreta

- **Vigilancia**

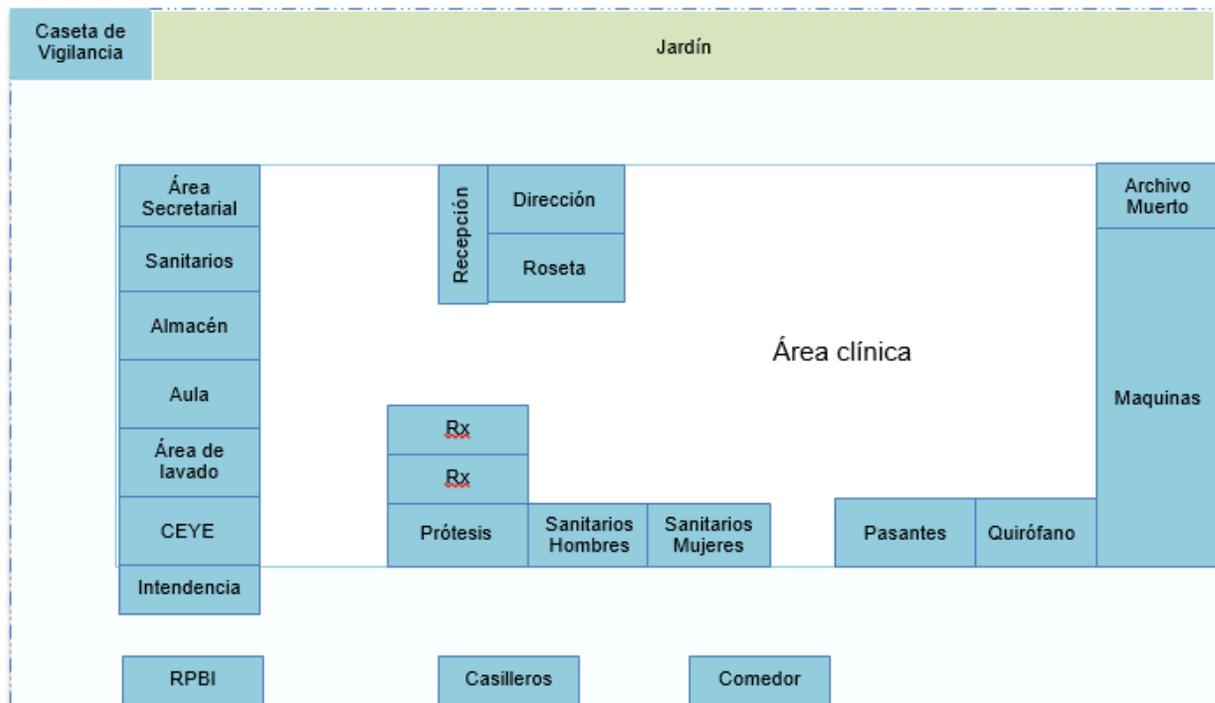
Vigilante: Teófila Escobar Reyes

4. RECURSOS

La clínica dental de Tláhuac cuenta con áreas que tienen un objetivo específico, se cuenta con:

- Sala de espera.
- Dirección
- Oficina secretarial
- Sanitario para pacientes

- Sanitario para docentes y personal
- Almacén
- Esterilización
- Área para procesado de modelos
- Cubículos de 2 Rayos X
- Área de lavado
- Cubículo de Ortopantomografía
- Roseta de farmacia
- Área de casilleros y sanitarios (hombres)
- Área de casilleros y sanitarios (mujeres)
- Área clínica
- Cubículo de cirugía
- Cubículo privado para pasantes
- Área de máquinas (compresoras, succión, purificación de agua)
- Área de depósito de residuos peligrosos biológico-infecciosos/basura
- Área de archivo muerto



5. SERVICIOS QUE PRESTA

LDC Tláhuac es un espacio brindado a los alumnos de la Licenciatura en Estomatología donde ponen en práctica los conocimientos aprendidos en modulo. Como resultado de este proceso de enseñanza y aprendizaje, se brindan servicios a la sociedad, dando atención a la salud bucal, los cuales son:

1. Elaboración de historia clínica: Se realiza el registro de los datos más importantes de cada paciente que va a ser atendido en la clínica, es un proceso legal, obligatorio que se conforma de distintos apartados que se llenan de manera ordenada por cada alumno

2. Promoción a la salud: Estas son realizadas por los alumnos de primera fase, siendo asesorados por un docente en específico. Consta de pláticas, obras de teatro, trípticos, videos, carteles donde den a conocer la importancia de salud bucal y general

3. Actividades de prevención: Se realizan índices O'leary, a partir de esto se da una técnica de cepillado específica para cada paciente y uso de aditamentos dentales. Se realizan profilaxis, aplicación de fluoruro, eliminación de sarro, selladores de foseetas y fisuras.

4. Actividades de diagnóstico: Se realizan distintitos procedimientos para brindar un diagnóstico oportuno, para ello es importante tomar índices epidemiológicos, periodontograma, radiografías.

5. Actividades endodónticas: En caso de que el tratamiento lo indique, se puede brindar una solución como, recubrimiento pulpar, pulpotomías, pulpectomías y tratamiento de conductos

6. Actividades periodontales: Se realiza el periodontograma para dar un diagnóstico, posteriormente se pueden realizar los tratamientos necesarios, como eliminación de sarro, raspado y alisado y tratamiento quirúrgico, además de concientizar al paciente para mantener una buena salud bucal con actividades de higiene y bueno hábitos.

7. Actividades restaurativas: Son de las actividades que más se realizan con el fin de eliminar las lesiones cariosas, estas se pueden restaurar con amalgama, resina, dejar una obturación provisional o colocar una incrustación o corona dental.

8. Actividades de rehabilitación bucal: Principalmente se le brindan al sector geriátrico, esto involucra prostodoncia fija, prostodoncia parcial removible y prostodoncia total.

9. Actividades de ortodoncia interceptiva: Se colocan aparatologías removibles

10. Actividades quirúrgicas: Con previo protocolo y estricta autorización del cirujano maxilofacial se realizan odontectomía de primera y segunda dentición, cirugía dentoalveolar y cirugía de tejidos blandos

11. Actividades de emergencia: En caso de que llegue un paciente con dolor, se brinda atención de emergencia, puede ser un tratamiento farmacológico, drenado de abscesos y restauraciones provisionales

12. Actividades de investigación: Se pide que cada equipo de trabajo presente un caso clínico al finalizar el trimestre.

13. Actividades de patología: En caso que durante la exploración de mucosa se encuentre con una lesión, se realiza el llenado de una ficha de detección de lesiones y si valora la necesidad de tomar una biopsia o citología para posteriormente enviar al laboratorio y brindar un diagnóstico y tratamiento específico.

Estas actividades son realizadas por los alumnos de las distintas fases, los cuales están organizado en equipos de trabajo de una manera ordenada con el fin de darle una atención dental integral a cada uno de los pacientes, los alumnos trabajan con la orientación de los doctores que acuden a la clínica para apoyar en que todo se realice de la manera correcta y con esto lograr dar una atención de calidad, logrando resolver la problemática a tratar.

6. PROGRAMAS

La clínica ofrece atención dental integral a través de dos programas, ambos en un turno de 8 a.m. a 2 p.m., pero cada uno se divide en días específicos.

- Programa de atención al niño: Los días que se brinda atención dental a los pacientes pediátricos son martes y jueves, las actividades de prevención son realizadas por los alumnos de 4to y 5to y el resto de actividades por los alumnos de 6to, 7mo y 8vo trimestre. Se atienden pacientes subsecuentes y pacientes que acuden como emergencia
- Programa de atención al adulto: Los días que se brinda atención dental a los pacientes adultos son lunes, miércoles y viernes, las actividades de prevención son realizadas por los alumnos de 4to y 5to y el resto de actividades por los alumnos de 9no, 10mo, 11vo y 12vo trimestre. Se atienden pacientes subsecuentes y pacientes que acuden como emergencia

CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Actividades realizadas por año, trimestre y mes			#		
A ñ o 2 0 2 2	2 2 I	Febrero	<ul style="list-style-type: none"> ● Inventario de unidades y sillas de operador y de asistente 	1	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Análisis de expedientes de 2019 al 2021 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Etiquetado de unidades y sillas 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Clínica de admisión 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Reporte Anual de actividades globales 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Ayuda a los alumnos para el manejo de las unidades dentales nuevas 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Asignación de equipos de trabajo 	1		
		Marzo	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en roseta de farmacia 	6	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de unidades después de cada turno 	4		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos 	7		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	8		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Administración 	15		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en actividades preclínica 	20		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección y de los alumnos 	16		
		Proyecto de patología bucal			
		<ul style="list-style-type: none"> ● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal 	1		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Seguimiento 	1		
Abril	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de unidades después de cada turno 	4			

	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en roseta de farmacia 	8
	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos 	8
	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	7
	<ul style="list-style-type: none"> ● Administración 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes 	18
	Proyecto de patología bucal	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal 	4
	<ul style="list-style-type: none"> ● Biopsia 	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Prescripción médica 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicaciones 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Seguimiento 	1
Mayo	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de unidades después de cada turno 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en roseta de farmacia 	6
	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos 	8
	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	10
	<ul style="list-style-type: none"> ● Administración 	10
	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes 	2
	Proyecto de patología bucal	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal 	6
	<ul style="list-style-type: none"> ● Biopsia 	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Citología 	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Discopia 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Prescripción médica 	6
	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicaciones 	1

			● Seguimiento	1	
			Actividades Clínicas		
			● Historia clínica	1	
			● Exploración de mucosa	1	
			● CPOD	1	
			● IHOS	1	
			● Odontograma	1	
			● IPC	1	
			● Toma de impresión	1	
			● Exodoncia	1	
	Junio				
2 2 0		Julio	● Revisión de unidades después de cada turno	5	
			● Apoyo en roseta de farmacia	4	
			● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos	8	
			● Revisión de triage	8	
			● Administración	10	
			● Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes	4	
			Proyecto de patología bucal		
			● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal	1	
			● Citología	1	
			● Prescripción médica	1	
			● Seguimiento	1	
			● Indicaciones	1	
	Agosto	● Revisión de unidades después de cada turno	5		

	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en roseta de farmacia 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos 	9
	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	8
	<ul style="list-style-type: none"> ● Administración 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes 	5
	Proyecto de patología bucal	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ● Biopsia 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ● Prescripción médica 	4
	<ul style="list-style-type: none"> ● Seguimiento 	2
	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicaciones 	4
	Actividades Clínicas	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Historia clínica 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Exploración de mucosa 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico y tratamiento 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● O'leary 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Remoción de cálculo 	2
	<ul style="list-style-type: none"> ● Preparación de corona 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Resina 	1
Septiembre	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de unidades después de cada turno 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en roseta de farmacia 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos 	9
	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	7
	<ul style="list-style-type: none"> ● Administración 	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Toma de radiografía panorámica 	5

		<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes 	4	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de expedientes para evaluaciones 	1	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Informe trimestral 	1	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Exposición de caso clínico 	1	
		Proyecto de patología bucal		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal 	3	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Biopsia 	1	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Citología 	2	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Prescripción médica 	2	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Seguimiento 	1	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Indicaciones 	2	
		Actividades Clínicas		
		<ul style="list-style-type: none"> ● Historia clínica 	1	
		<ul style="list-style-type: none"> ● IHOS 	1	
	<ul style="list-style-type: none"> ● CPOD 	1		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Profilaxis 	1		
	<ul style="list-style-type: none"> ● ICDAS 	1		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Dx y Tx 	1		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Resina 	1		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Extracción quirúrgica 	1		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Cementación de corona 	1		
	Octubre	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de unidades después de cada turno 	5	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en roseta de farmacia 	6	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos 	6	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	8	
		2 2 P		

	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes 	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Toma de radiografía panorámica 	4
	<ul style="list-style-type: none"> ● Toma de radiografía lateral de cráneo 	2
	Proyecto de patología bucal	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Citología 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Prescripción médica 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicaciones 	2
	Actividades Clínicas	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Exodoncia 	1
Noviembre	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de unidades después de cada turno 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en roseta de farmacia 	4
	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos 	8
	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	8
	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes 	4
	Proyecto de patología bucal	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal 	5
	<ul style="list-style-type: none"> ● Citología 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Prescripción médica 	2
	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicaciones 	1
	<ul style="list-style-type: none"> ● Seguimiento 	1
	Actividades Clínicas	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Toma de impresión 	3
	<ul style="list-style-type: none"> ● Preparación para incrustación 	1

A ñ o 2 0 2 3		<ul style="list-style-type: none"> ● Resina 	1	
		<ul style="list-style-type: none"> ● Ionómero 	1	
		Diciembre	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de unidades después de cada turno 	2
			<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en roseta de farmacia 	2
			<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos 	3
			<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	3
			<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes 	2
			Proyecto de patología bucal	
			<ul style="list-style-type: none"> ● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal 	2
			<ul style="list-style-type: none"> ● Biopsia 	1
			<ul style="list-style-type: none"> ● Prescripción médica 	1
			<ul style="list-style-type: none"> ● Seguimiento 	2
			<ul style="list-style-type: none"> ● Inicaciones 	1
			Actividades Clínicas	
			<ul style="list-style-type: none"> ● Cementación de incrustación 	1
		<ul style="list-style-type: none"> ● Resina 	2	
		Enero	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de unidades después de cada turno 	3
			<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en roseta de farmacia 	3
			<ul style="list-style-type: none"> ● Apoyo en ruta de ingreso de los alumnos 	6
			<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de triage 	5
<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes 	5			
<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión de expedientes para evaluación 	1			
<ul style="list-style-type: none"> ● Reporte Trimestral 	1			
<ul style="list-style-type: none"> ● Reporte anual de actividades globales 	1			
<ul style="list-style-type: none"> ● Exposición de caso clínico 	1			

			Proyecto de patología bucal	
			● Ficha de detección de lesiones en mucosa bucal	1
			● Biopsia	1
			● Prescripción médica	1
			● Seguimiento	1
			● Indicaciones	1
			Actividades Clínicas	
			● Prueba de metal para PPR	1
			● Preparación para corona	1
			● Cementación de corona	1
			● Colocación de PPR inferior	1
			● Eliminación de puntos	2
			● Extracción quirúrgica	4

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

1. Inventario de unidades y sillas de operador y asistente: Al inicio del servicio social se realizó un cambio de equipo, donde se planeaba cambiar 10 unidades antiguas por 10 nuevas, la tarea fue hacer un inventario de las unidades con la que ya contaba la clínica y clasificar cuales deberían ser cambiadas, basándonos en criterios de función y estética, para de esta forma optimizar el trabajo y brindar una mejor atención a los pacientes y que los alumnos contaran con un equipo más nuevo que facilite su adquisición de conocimientos.
2. Orientación a los alumnos vía electrónica con avisos importantes antes iniciar el trimestre: Desde el inicio hasta el fin de los tres trimestres, incluso en periodo intersemestral, se mantuvo comunicación con los alumnos de manera remota, utilizando las redes sociales como un recurso importante para dar avisos, resolver dudas y planear, de esta manera haciendo más eficaz el trabajo dentro de clínica.
3. Revisión de equipo de protección de los alumnos y pacientes: Una parte importante de la atención odontológica es la bioseguridad, por lo que se tenía que revisar que los alumnos contaran con el equipo de protección personal de la manera correcta y que la unidad estuviera cubierta con plástico adherible, que el material a utilizar estuviera estéril y que el paciente contara con lentes protección y babero. Con cada cambio de paciente se revisaba que la unidad quedara limpia y con plásticos nuevos.
4. Asignación de equipos de trabajo: Contemplando que existen 16 unidades para que los alumnos realicen sus actividades clínicas y que los equipos de trabajo tienen que estar formados de manera equitativa para el desempeño y el tiempo de trabajo de cada uno sea lo suficiente para cumplir con sus objetivos, era importante formar estos equipos, lo cual fue un trabajo que se realizó al inicio de cada trimestre, realizándolo desde un punto objetivo.
5. Clínica de admisión: Durante el periodo intersemestral, se realizará una valoración para decidir si era necesario admitir pacientes de nuevo ingreso, se colocaron anuncios en las instalaciones con especificaciones para que llegarán pacientes en cierto horario, se dieron un número limitado de fichas y se conforme este orden se revisaron paciente por paciente, esto con la finalidad de llevar un control de los posibles tratamientos que requieran y poder asignarlos a un equipo de la manera más estratégica posible, con el fin de que los alumnos cumplan sus objetivos.

6. Toma de radiografías panorámicas: La clínica Tláhuac fue beneficiada con un Ortopantomografo con el fin de brindar servicio para la toma radiografías extraorales, para aprender a utilizarlo de manera correcta, un experto brindó un curso para explicar el funcionamiento de dicho aparato, esto nos ayudó a saber cómo tomar radiografías panorámicas, laterales de cráneo y carpales, y fue una actividad que se realizó durante el tiempo restante, donde se tomaron radiografías a pacientes internos y externos, dependiendo de la necesidad de cada uno.
7. Apoyo en distintas áreas (Roseta de farmacia, administración, secretariado): Apoyar en las distintas áreas de clínica fue parte importante para mantener una organización adecuada, logrando que no se limitara el servicio a los pacientes, incluso si el personal administrativo no se encontraba presente.
8. Revisión de unidades al terminar el día: Al terminar el turno de atención de dental, era necesario asegurarse que cada unidad dental fuera entregada en óptimas condiciones, se realizaba una revisión estricta donde se tienen que cumplir con criterios específicos.
9. Programa detección de lesiones bucales: Para la recopilación de datos del proyecto de patología se pedía al paciente contestar preguntas para el llenado de una hoja donde se describía información personal del paciente y la descripción de la lesión presentada, al igual que un diagnóstico presuntivo y uno definitivo.
10. Curso de fotografía en estomatología: Este curso se llevó a cabo en el LDC Tepepan, tuvo una duración de 15 horas. La finalidad de tomar este curso fue obtener una mejor habilidad para tomar fotografías clínicas y de esta manera elevar la calidad en el trabajo de investigación.
11. Realización de protocolos de cirugía bucal: Para poder realizar cirugía bucal en un paciente, fue necesario realizar un protocolo en donde se describía los pasos específicos a seguir, además de realizar una revisión bibliográfica, con el fin de tener bases teóricas y disminuir los riesgos.
12. Realización de casos clínicos: Al finalizar el trimestre 22-O y 22-I se expusieron dos casos clínicos, los cuales fueron los casos más relevantes encontrados en el área de patología, estos se describieron junto con una base teórica y se expusieron ante los alumnos y autoridades.

13. Actividades clínicas en pacientes:

- Técnica de cepillado
- Control de placa
- Profilaxis
- Aplicación de fluoruro
- Eliminación de sarro
- Obturación con resinas
- Incrustaciones
- Coronas
- Cirugía
- Prótesis parcial removible

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Realizar mi servicio en el LDC Tláhuac fue una experiencia positiva y gratificante, Durante este proceso fui capaz de adquirir diversas experiencias que ayudarán en el aspecto personal y profesional, ya que obtuve herramientas y técnicas que serán necesarias para desenvolverme en el mundo laboral.

Este periodo fue de vital importancia para concluir mi preparación universitaria, dando paso al siguiente nivel y ayudando a cumplir con mis objetivos académicos, ya que no solo puse en práctica lo aprendido en las clases a distancia, si no también obtuve nuevos conocimientos que me ayudaran a resolver distintos problemas que se presenten en futuro.

Sin duda el trabajo en equipo con mis compañeros pasantes y las doctoras fue lo que nos dirigió a un resultado satisfactorio.

También aprendí la importancia de ver los pacientes de una manera más humana e interdisciplinaria, no solo como tratamiento a realizar y eso fue gracias al principio ético que no inculcan dentro de la clínica.

BIBLIORAFÍA

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. Lázarede 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 Morropo-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 PediatrDent 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 Pathol 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, Raí 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, Maria Adela Rodriguez Fuentes, Daniel Batista Martin, Cristina Gonzalez Delgado, Natalia Mylonas Leegstra, Maria 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, Ozünlü A, Sahan M, Ozgen 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 Mlveyh, 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. 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. Immunopathogenesis 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- Lapidra 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. Sequential immunohistochemical 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 García P. Liquen plano oral. RCOE2000;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. Extrajugal 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 Med2000;29(1):19-25.
 57. Sun A, et al. Mechanisms of depressed naturalkiller cell activity in recurrent aphthous ulcers. ClinImmunol Immunopathol 1991;60(1):83-92.
 58. Eversole LR. Immunopathology of oral mucosalulcerative, desquamative,bullous diseases.Selective review of theliterature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;77(6):555-71.26.
 59. McDonald DR, et al. Behcet's disease. Cmaj2007;176(9):1273-4
 60. Paim LB, Liphau 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 HSVP.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: 51-55
 68. Weinstock H, Berman S, Cates W, Jr. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. Perspect Sex Reprod Health. Jan-Feb 2004;36(1):6-10
 69. Koutsky LA. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. Am J Med. 1997; 102(5A):3-8
 70. Health and Sexuality. Association of Reproductive Health Professionals. Jan 2005;10(1)
 71. Bosch FX, de Sanjose S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer—burden and assessment of causality. J Natl Cancer Inst Monogr. 2003;3:3-13.
 72. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, et al. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. Br J Cancer. 2003;88(1):63-73
 73. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, et al. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection as measured by repeated DNA testing in adolescent and young women. N Engl J Med. 1998;338(7):423-428.
 74. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. J Clin Virol. 2005;32 (Suppl 1):S16-24.
 75. Cháirez Atienzo Perla, Vega Memíje María Elisa, Zambrano Galván Graciela, García Calderón Alma Graciela, Maya García Ixchel Araceli, Cuevas González Juan Carlos. Presencia del Virus Papiloma Humano en la Cavidad Oral: Revisión y Actualización de la Literatura. Int. J. Odontostomat. 2015 Ago ; 9(2): 233-238.
 76. Medina ML, Medina MG, Merino LA. Consideraciones actuales sobre la presencia de papilomavirus humano en la

cavidad oral. Av.
Odontoestomatol 2010; 26 (2):
71-80.

77. Venegas Reyes Carolina,
Hernández Rivero Dayan José,
González Blanco Mireya,
Lorenzo Coromoto Jacqueline.
Infección por virus del papiloma
humano: asociación entre
infección genital y bucal. Rev
Obstet Ginecol
Venez [Internet]. 2011; 71(3):
164-173.

ANEXOS



Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

L.D.C. TLÁHUAC

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL

No. De Registro: _____ Trimestre: _____
 Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____

Antecedentes Personales Patológicos
 Hipertensión 01 Diabetes 02 Hipotensión 03 Nefropatías 04 Gastritis 05 Hipotiroidismo 06 Hipertiroidismo 07
 Hepatopatías 08 Alergias 09* Insuficiencia Venosa 10 Infección por HIV 11 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
 12 Otras (Especificar) 13 Ninguna * Alergias Describir Causa.

Antecedentes de Tabaquismo
 Fuma actualmente 01 Fumó 02 No Fuma 03
 (Describe duración e Intensidad (Cantidad) + (Hasta 5 Cigarrillos) ++{Más de cinco y hasta 10}+++{Más de 10 hasta 1 cajetilla}++++{Más de 1 cajetilla})

Antecedentes de Alcoholismo
 (Describe duración e Intensidad del Hábito)
 Alcoholismo Ocasional Social 01 Alcoholismo Frecuente (Reciente) 02 Alcoholismo Crónico 03 (Años) 04 No ingiere alcohol
 Usa algún tipo de Droga _____
 01 si 02 no (En caso positivo describa tipo de droga y duración del hábito)

Lesiones de Mucosa Bucales detectadas durante la exploración:
 Lesión _____ Localización _____
 Duración _____
 Lesión _____ Localización _____
 Duración _____
 Lesión _____ Localización _____
 Duración _____

Código	Localización	Código	Localización	Código	Localización	Código	Localización
01	Área peribucal	09	Fondo de saco der	17	Paladar Duro	25	Piso de boca lateral izq.
02	Borde bermellón sup.	10	Carrillo izq.	18	Paladar Blando	26	Órganos dentarios*
03	Borde bermellón inf.	11	Fondo de saco izq.	19	Dorso lengua 1/3 anterior		
04	Comisura derecha	12	Pilares anterior	20	Dorso lengua 1/3 medio		
05	Comisura izquierda	13	Pilares posterior	21	Dorso lengua 1/3 medio		
06	Mucosa labial sup.	14	Amígdala der	22	Ventre de lengua		
07	Mucosa labial inf.	15	Amígdala izq.	23	Piso de boca anterior		
08	Carrillo derecho	16	Orofaringe	24	Piso de boca lateral der.		

Dx. Presuntivo: _____
 Dx. Definitivo: _____
 Elaboró: _____
 Supervisó: _____

Hoja de recopilación de datos del programa “detección de lesiones elementales en cavidad oral”