



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA**

TÍTULO DEL TRABAJO (INVESTIGACIÓN)

**Manejo quirúrgico de un incisivo central maxilar incluido
reporte de caso clínico**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ:

Laboratorio de Diseño y Comprobación

“TEPEPAN” (DR. RAFAEL LOZANO OROZCO)

NOMBRE DEL PASANTE DE SERVICIO SOCIAL:

Valeria García Solís

MATRÍCULA : 22059323

FEBRERO 2025- FEBRERO 2026

FECHA DE ENTREGA: MARZO 2026

CMF. José Martín Núñez Martínez

CDEO. Luz María Ledezma Álvarez

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO

**Vo. Bo. del proyecto: "Manejo quirúrgico de un incisivo central maxilar
incluido reporte de caso clínico"**



ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

CMF. José Martín Núñez Martínez (No. Eco. 28881)



ASESOR EXTERNO DEL SERVICIO SOCIAL

CDEO. Luz María Ledesma Álvarez (No. Eco. 39467)



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

CDEO. Karla Ivette Oliva Olvera (No. Eco. 36669)

RESUMEN DEL INFORME:

El presente documento consiste con las actividades del servicio social realizado en el Laboratorio de Diseño y Comprobación en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) en el periodo comprendido de febrero de 2025 a febrero de 2026.

En el transcurso del año se llevaron a cabo actividades clínicas integrales enfocadas en la prevención del paciente, diagnóstico y tratamiento de distintas patologías bucodentales, así como acciones de promoción de la salud oral dirigidas a la comunidad. Este entorno académico asistencial permitió reforzar y desarrollar las competencias clínicas, éticas y sociales adquiridas durante la formación profesional, orientando cada intervención hacia una atención odontológica centrada en la persona y basada en evidencia científica.

Como parte del componente de investigación se desarrolló el proyecto titulado: “Manejo quirúrgico de un incisivo central maxilar incluido: reporte caso clínico”, el cual tuvo como objetivo analizar de manera crítica un trastorno de erupción en un paciente pediátrico y documentar su abordaje quirúrgico. El caso se resolvió mediante la técnica de colgajo reposicionado apicalmente (CRA) , procedimiento seleccionado tras una valoración integral en la que se consideraron la anatomía del diente como la presencia de tejido gingival fibroso y la necesidad de exponer la corona de manera estable para facilitar su erupción.

El presente informe expone el proceso clínico como la justificación del tratamiento elegido y la evolución del paciente. El procedimiento permitió integrar conocimientos teóricos sobre erupción dental, aplicar criterios diagnósticos actualizados y ejecutar un manejo quirúrgico conservador y funcional. Además, resalta la importancia de intervenir oportunamente en estos casos para prevenir secuelas estéticas y funcionales en el paciente.

En conjunto como este caso clínico refleja el fortalecimiento de habilidades técnicas como la toma de decisiones basada en evidencia y el compromiso profesional adquirido durante el servicio social.

Palabras clave: Diente incluido, incisivo central superior, colgajo reposicionado apicalmente, dentición temporal.

ÍNDICE:

Capítulo I

Introducción general	5-6
----------------------	-----

Capítulo II

Investigación	7
Diagnóstico diferencial	7,8
Tratamientos	8-10
Objetivo	10
Presentación del caso	11-16
Discusión	17,18
Conclusiones	18,19
Referencias bibliográficas	19,20

Capítulo III

Descripción de la plaza	21-23
-------------------------	-------

Capítulo IV

Informe numérico narrativo	23,24
----------------------------	-------

Capítulo V

Análisis de la información	25-37
----------------------------	-------

Capítulo VI

Conclusiones	38
--------------	----

Capítulo VII

Fotografías (Anexos)	39
----------------------	----

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.

Iniciando actividades académicas en noviembre de 1974 la unidad Xochimilco planteó una redefinición social de las profesiones como así como una nueva forma de concebir y operar el sistema de enseñanza-aprendizaje con nuevo modelo educativo (sistema modular) orientando la acción de la universidad hacia el cambio social.

Las Divisiones Académicas de Unidad Xochimilco son:

- División de Ciencias y Artes para el Diseño.
- División de Ciencias Biológicas y de la Salud.
- División de Ciencias Sociales y Humanidades.

Al terminar la licenciatura con el 100% de los créditos cumplidos se deberá realizar el servicio social el cuál es el conjunto de actividades realizadas por los alumnos o egresados de la Universidad en beneficio de la Sociedad y del Estado. el cumplimiento del servicio social es obligatorio y deberá ser realizado como requerimiento previo para obtener el título de licenciatura.

En enero de 1976 se realiza el proyecto de los Laboratorios de Diseño y Comprobación de Sistemas Estomatológicos, iniciando en el mismo año las clínicas de Tláhuac y Nezahualcóyotl, en 1977 abren sus puertas las clínicas de San Juan Tepepan y San Lorenzo Atemoaya. Formando así las 4 clínicas que brindarán servicios Estomatológicos a las comunidades cercanas.

el servicio social se llevó a cabo en el laboratorio de diseño y comprobación “Tepepan” de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, durante el período comprendido de febrero de 2025 y febrero de 2026. Ubicado en calle Francisco villa s/n esquina con Emiliano Zapata, Colonia San Juan Tepepan, Delegación Xochimilco. Este espacio forma parte de las clínicas estomatológicas universitarias, cuyo propósito es brindar atención odontológica integral a la comunidad, promoviendo la salud bucodental y fortaleciendo la formación profesional del estudiante mediante la práctica clínica supervisada.

Durante el servicio social se llevaron a cabo actividades clínicas de prevención, diagnóstico y tratamiento, abarcando campos como odontología operatoria, periodoncia, endodoncia, cirugía bucal y promoción de la salud. Asimismo, participe en iniciativas de promoción y prevención, orientadas a pacientes de todas las edades, con el propósito de incentivar hábitos de higiene dental y facilitar el acceso a servicios odontológicos de calidad. El informe se organiza en diferentes apartados que describen de manera detallada las actividades clínicas realizadas, los programas institucionales en los que participe y el componente de investigación desarrollado durante este periodo. El estudio desarrollado lleva por título “Manejo quirúrgico de un incisivo central maxilar incluido: Reporte de caso clínico”, y se enfoca en la atención de un diente anterior cuya erupción se vio interrumpida por distintos factores locales que impidieron la salida natural del órgano dentario.

Este reporte presenta el abordaje clínico realizado para resolver la inclusión del incisivo central superior en un paciente pediátrico, enfatizando el proceso, la justificación

terapéutica y la técnica quirúrgica empleada, que en este caso fue el colgajo reposicionado apicalmente (CRA). Este procedimiento considerado conservador y funcional, se recomienda cuando existe un recubrimiento gingival denso o un trayecto eruptivo desfavorable ya que permite exponer la corona de manera amplia y estable sin comprometer la encía adherida.

En el presente documento se describen los hallazgos clínicos, radiográficos y periodontales previos a la intervención, así como los pasos quirúrgicos ejecutados y la evolución postoperatoria del paciente. se subraya la importancia de un diagnóstico temprano y de un tratamiento oportuno para evitar consecuencias estéticas y funcionales en etapa de crecimiento.

Asimismo, se destaca la relevancia de preservar la integridad de los tejidos blandos y de favorecer la erupción natural del diente siempre que sea posible.

Este caso clínico constituye un ejemplo de manejo cuidadoso y planificado de un diente incluido en un paciente pediátrico, integrando evidencia actualizada, habilidades quirúrgicas y razonamiento clínico para lograr un resultado satisfactorio.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN.

La erupción dentaria en la etapa infantil es un proceso biológico fundamental para el adecuado desarrollo estético, funcional y psicológico del niño. En condiciones normales, los incisivos centrales superiores suelen erupcionar en un periodo muy predecible, por lo que cualquier retraso significativo suele alertar al clínico sobre la posibilidad de un trastorno de erupción.

Entre estas alteraciones, la inclusión dentaria del incisivo central superior equivale a una entidad poco frecuente en edad pediátrica, pero de gran relevancia debido al impacto directo que genera en la estética facial, la oclusión y la autopercepción del paciente y de la familia.

La literatura actual reporta que la prevalencia de incisivos centrales superiores impactados oscila entre 0.05% y 3-4%, dependiendo de la población estudiada.^{1,2} Aunque estas cifras son menores en comparación con otros órganos dentarios incluidos, como terceros molares o caninos, las repercusiones clínicas en un paciente pediátrico son considerablemente mayores. La ausencia de un incisivo en la línea media afecta a la armonía facial, modifica la fonación y altera el desarrollo adecuado del arco maxilar.

En edad pediátrica como la etiología suele ser multifactorial, pero los estudios revelan en que la causa más habitual es la presencia de dientes supernumerarios, especialmente en mesiodens, que obstruyen la vía eruptiva normal del incisivo.¹ En otros casos, pueden intervenir odontomas, quistes en dentigeros, tejido fibroso denso, alteraciones en el eje eruptivo o secuelas de traumatismos previos en los incisivos temporales.¹⁻³ Estas condiciones generan un obstáculo mecánico que interfieren con la trayectoria eruptiva del órgano dentario permanente o temporal, favoreciendo su inclusión.

Diagnóstico diferencial:

En el abordaje diagnóstico de un incisivo central no erupcionado, es esencial distinguir entre un diente incluido y un diente retenido, ya que ambos pueden presentarse clínicamente como una “ausencia” del diente, representan entidades distintas en cuanto a su origen y manejo. La edad de erupción es uno de los elementos clave de esta diferenciación. En los niños, el incisivo central superior permanente debería emerger alrededor de los 6 a 7 años, mientras que el temporal aparece hacia el primer año de vida. Cuando un diente no erupciona dentro del rango fisiológico, pero no existe ningún obstáculo mecánico en su trayectoria –como: supernumerarios, odontomas, quistes o tejido fibroso denso– generalmente se considera un diente retenido, es decir, un retraso eruptivo que puede situarse dentro de la variabilidad normal del desarrollo infantil.^{4,5}

Por el contrario, se habla de diente incluido cuando el órgano dentario permanece parcial o totalmente dentro del hueso debido a una causa obstructiva identificable, como un mesiodens, un odontoma, quistes dentigeros o una alteración marcada en la angulación

del órgano dentario.^{5,6,7} La evidencia reciente señala que en incisivos centrales superiores pediátricos como los supernumerarios explican más del 50% de los casos de inclusión.¹ En estos pacientes, la falta de erupción que se prolonga más de 6 a 12 meses por fuera de la ventana eruptiva normal, asociada a un bloqueo mecánico, orienta de manera clara hacia el diagnóstico de diente incluido y suele requerir tratamiento quirúrgico u ortodóntico para facilitar la erupción.

Esta distinción cobra especial relevancia en la población pediátrica. Un diente retenido puede encontrarse simplemente en un proceso eruptivo lento y responder favorablemente al seguimiento clínico y radiográfico.⁸ En contraste, un diente incluido no logrará erupcionar de manera espontánea mientras persista el factor obstructivo, y su permanencia puede asociarse a alteraciones como desviación de la línea media, pérdida de espacio, desplazamiento de dientes adyacentes o incluso la formación de quistes ontogénicos.^{1,4,5} Por ello, la identificación temprana de si la ausencia de erupción corresponde a un proceso de retención o de inclusión permite planificar intervenciones oportunas –como la eliminación del obstáculo o la aplicación de técnicas exposición quirúrgica, entre ellas el colgajo reposicionado apical–, lo que contribuye a mejorar de manera significativa el pronóstico eruptivo de incisivo central superior en el paciente pediátrico.⁸

TRATAMIENTOS:

1. Ulectomía (retirada de tejido gingival fibromatoso).

La ulectomía es una de las principales alternativas en pacientes pediátricos cuando el incisivo central superior no erupciona debido únicamente a un recubrimiento gingival grueso o fibroso. Consiste en retirar de forma controlada el tejido blando que cubre la corona dental, permitiendo que el diente continúe su erupción sin obstrucción mecánica significativa. Este procedimiento es útil cuando la corona ya se encuentra muy superficial, existe suficiente espacio en el arco y la posición del diente es favorable para que pueda emerger sin la necesidad de una técnica mas compleja.^{9,10} La ulectomía es un procedimiento conservador, rapido y apropiado en casos seleccionados; sin embargo, su eficacia se limita en situaciones en las que el recubrimiento mucoso constituye el único factor que interfiere con la erupción. En presencia de una causa obstructiva mayor o de una angulación desfavorable del órgano dentario, esta técnica resulta insuficiente, lo que hace necesario considerar alternativas quirúrgicas más complejas.

2. Remoción del agente obstructivo con observación clínica.

Una de las causas más frecuentes de la inclusión del incisivo central superior en la población pediátrica es la presencia de un diente supernumerario –como mesiodens–, un odontoma o quiste odontogénico que bloquea de manera física la vía eruptiva del diente. En estos casos, el tratamiento inicial consiste en la eliminación del agente obstructivo. Tras su remoción, la literatura señala que una proporción sinificativa de dientes, particularmente en pacientes pediatricos, puede erupcionar de forma espontánea dentro

de un periodo aproximado de 6-12 meses, siempre que la posición y el eje eruptivo del incisivo sean favorables.¹¹⁻¹² Este enfoque resulta especialmente eficaz cuando la trayectoria eruptiva no se encuentra severamente comprometida y el paciente se halla en una fase temprana de la dentición mixta, etapa en la que el potencial educativo es máximo. No obstante, cuando tras la eliminación del obstáculo de la corona permanece cubierta por encía gruesa, el margen gingival se encuentra elevado o la exposición coronaria es insuficiente para permitir la progresión eruptiva espontánea, se requiere un abordaje quirúrgico adicional que optimice la exposición del diente y facilite su erupción. En este contexto, el colgajo reposicionado apicalmente adquiere un papel determinante.

3. Colgajo Reposicionado Apicalmente (CRA) – Tratamiento principal elegido.

El colgajo reposicionado apicalmente (CRA) constituye una alternativa terapéutica más completa y eficaz para facilitar la erupción del incisivo central superior incluido cuando el recubrimiento gingival, la posición del diente o la anatomía local obstruyen su erupción natural.

El CRA permite desplazar el tejido gingival hacia una posición más apical, liberando de forma amplia la corona dental. A diferencia de la ulecmía, que sólo elimina un segmento superficial de encía, el CRA genera una modificación más profunda y duradera de la arquitectura gingival. Dicha característica resulta especialmente relevante cuando se requiere una exposición completa de la corona para favorecer la erupción espontánea del diente o facilitar, en caso necesario, la colocación posterior de un aditamento ortodóntico.

Una de las ventajas principales del CRA es que preservara y mejora la cantidad de encía adherida, lo cual es importante en incisivos centrales superiores por motivos estéticos y periodontales. En pacientes en etapa de crecimiento, la estabilidad del margen gingival a largo plazo resulta fundamental como ya que la presencia de recesión o inflamación puede comprometer la simetría gingival y la armonía de la sonrisa. La evidencia disponible señala que los colgajos apicales permiten una exposición controlada y segura del órgano dentario, disminuye la probabilidad de recidiva del sobrecrecimiento gingival y favorecen condiciones adecuadas para la higiene bucal durante la fase adoptiva, lo que contribuye a un entorno periodontal más saludable en el paciente pediátrico^{10,11,13.}

Asimismo, el colgajo reposicionado apicalmente proporciona una mejor visualización y un mayor acceso funcional al campo quirúrgico, lo que permite al clínico identificar con mayor precisión la localización y orientación de la corona dental. Esta condición facilita, en caso de ser necesario, la realización de ajustes durante el procedimiento o la planificación de una tracción ortodóntica temprana con mayor grado de predictibilidad. La amplitud de la exposición obtenida mediante esta técnica disminuye el riesgo de que la corona vuelva a quedar cubierta por tejido gingival y reduce la probabilidad de que el proceso eruptivo se vea nuevamente interrumpido.

Otro punto clave es que el CRA se adapta de manera ideal al momento biológico del paciente pediátrico. A esa edad, el potencial eruptivo está activo, la respuesta cicatricial es favorable y la remodelación tisular es más eficiente. Esto permite que el incisivo, una

vez expuesto, tenga una probabilidad muy alta de continuar su erupción de manera natural, siempre que el espacio en arcada sea suficiente y el eje eruptivo sea mínimamente favorable.

Elegí esta técnica porque representa el equilibrio ideal entre eficacia, estabilidad y estética, ofreciendo una exposición más amplia, un control adecuado del margen gingival, una salud periodontal favorable y de la integración armoniosa del diente en una zona altamente visible del tercio facial. En un diente tan importante para la estética, fonación y función como el incisivo central superior, el CRA proporciona una solución quirúrgica completa que favorece un resultado predecible y sostenible en el tiempo.

Objetivos.

Objetivo general:

Manejo quirúrgico del diente incluido 11 en un paciente de 6 años mediante la técnica de colgajo reposicionado apicalmente, evaluando su eficacia para favorecer la erupción y preservar los tejidos blandos.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores locales que condicionaron la inclusión dentaria OD 21.
- Describir los pasos técnicos del colgajo reposicionado apicalmente en paciente pediátrico.
- Evaluar la evolución clínica, estética y funcional postoperatoria.
- Comparar los hallazgos con la literatura actual sobre exposición quirúrgica controlada en odontopediatría.

Diseño de estudio:

Caso clínico complementado bibliográficamente.

Diagnóstico:

Inclusión dentaria del OD 21 por el retardo eruptivo asociado a mucosa fibrosa.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 7 años de edad, sin antecedentes personales patológicos ni heredofamiliares de importancia. Acude de la LDC Tepepan por alteración en la erupción del órgano dentario 21, motivo por el cual se solicita valoración y manejo odontológico especializado. (Figura 1 y 2)



Figura 1. Fotografía extraoral frontal



Figura 2. Fotografía de perfil.

La madre refiere que, pese a encontrarse dentro del rango esperado de erupción dentaria, ha observado ausencia de emergencia clínica del incisivo lateral, así como persistencia prolongada de los dientes temporales anterosuperiores, motivo por el cual solicita valoración. El paciente no refiere dolor, molestias funcionales ni antecedentes de traumatismo dentoalveolar en la región.



Figura 3. Fotografía Intraoral.

A la exploración intraoral se observa mucosa gingival superior eritematosa, con aumento de volumen localizado en la zona del órgano dentario 21, compatible con proceso inflamatorio. Se indentifican restos radiculares de los órganos dentarios temporales 51, 61 y 62, con destrucción coronaria avanzada. En la región del 61 se aprecia un fragmento coronario remanente con cambio de coloración café-negruzca y exposición de estructura dentaria necrótica. El espacio correspondiente al órgano dentario 21 muestra ausencia de erupción. Se observan también piezas dentarias temporales adyacentes sin movilidad aparente y alineación irregular del sector anteroposterior. (Figura 3)

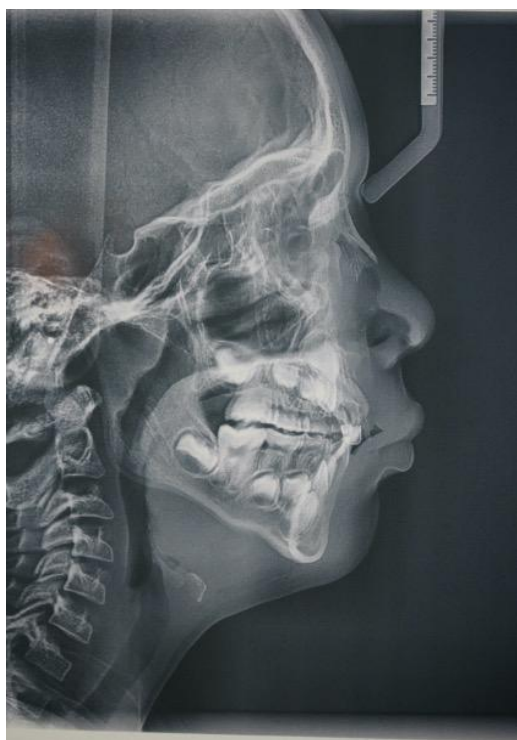


Figura 4. Fotografía Intraoral superior.



Figura 5. Fotografía Intraoral inferior.

A la exploración clínica se identifican retención prolongada de los órganos dentarios 51, 61 y 62, así como ausencia de erupción del órgano dentario permanente 21. Se decide ampliar el estudio mediante evaluación imagenológica (radiografía lateral de cráneo y radiografía panorámica). (Figura 4 y 5)



Al momento de evaluar las radiografías, se visualizó en la lateral de cráneo, el órgano dentario 21 incluido, ubicado en posición intraósea sobre el reborde alveolar superior y orientación vertical, con desarrollo radicular incompleto acorde a la edad.

se identifican estructuras maxilofaciales sin alteraciones óseas evidentes (Figura 6).

Figura 6. Fotografía de radiografía lateral de cráneo.

En la radiografía panorámica se visualizó que muestra dentición mixta con piezas temporales en reabsorción y gérmenes permanentes en diferentes estadios de formación. El órgano dentario 21 se aprecia incluido en posición superior, alineado hacia la línea media y sin signos de reabsorción radicular de dientes vecinos. No se observan lesiones óseas asociadas (Figura 7).



Figura 7. Radiografía Panorámica

Dado al cuadro clínico y radiográfico, se plantea manejo quirúrgico mediante extracción de órganos dentarios temporales retenidos (51, 61 y 62) y colgajo reposicionado apicalmente para facilitar la exposición y posterior erupción del órgano dentario 21.

Primera sesión, 6 de noviembre 2025:

En la primera sesión clínica, el paciente masculino de 7 años acudió para iniciar el manejo quirúrgico planificado debido a la falta de erupción del órgano dentario 21 y la retención prolongada de los órganos dentarios temporales 51, 61 y 62. Tras confirmar la identidad del paciente, explicar nuevamente el procedimiento y contar con el consentimiento informado firmado por el tutor, se procedió a iniciar la intervención.

Bajo la técnica aséptica, se administró anestesia local infiltrativa supraperiostica en la región anterosuperior. Una vez comprobada la anestesia, se inició con la extracción de los órganos dentarios 51, 61 y 62, realizando movimientos de luxación progresivos y avulsión controlada, verificando al finalizar la integridad de cada pieza y la ausencia de restos radiculares en los alvéolos.

Posteriormente, se procedió a la realización de un colgajo reposicionado apicalmente (CRA con el objetivo de favorecer un entorno adecuado para la futura erupción del órgano dentario 21. se efectuó una incisión trapezoidal a nivel del margen gingival completada con descargas mesial y distal, seguida de la elevación cuidadosa del colgajo mucoperiostio a espesor total. Una vez desplazado el colgajo, se constató una exposición suficiente del área cervical del OD 21, sin requerir osteotomía.

El colgajo fue reposicionado en dirección apical, cuidando la conformación del margen gingival y asegurando un adecuado espacio eruptivo. Se fijó mediante suturas simples interrumpidas, logrando correcta adaptación y estabilidad.

Finalmente se corroboró la hemostasia y se proporcionaron indicaciones post operatorias a la madre del paciente respecto a cuidados locales, dieta, higiene, manejo analgésico y signos de alarma. El paciente egresó estable, sin complicaciones inmediatas, y con cita programada para seguimiento y retiro de puntos (Figura 8 y 9)

Se observa:

- Colgajo mucoperiostio elevado.
- Exposición de la corona del incisivo permanente.
- Tejido fibroso retirado.
- Reposición apical del colgajo.



Figura 8. Fotografía Transoperatoria, CRA.

- Suturas para mantener la exposición estable.

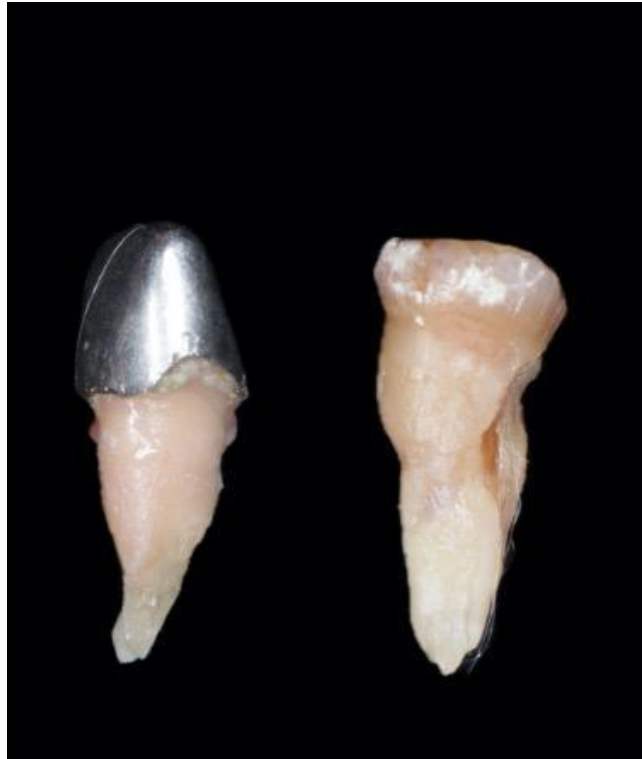


Figura 9. Fotografía de Órganos Dentarios extraídos.

Segunda sesión, 13 de noviembre 2025:

En la segunda sesión clínica, el paciente masculino de 7 años acudió a revisión postoperatoria programada tras la realización del colgajo reposicionado apicalmente y la extracción de los órganos dentales temporales. a su llegada se encontró en buen estado general, sin referir dolor, sangrado, ni complicaciones durante el período postquirúrgico. la madre reportó adecuada adherencia a las indicaciones proporcionadas.

Al exploración y ahora les observó el área quirúrgica con adecuada cicatrización inicial, sin signos de infección, inflamación excesiva, ni deshidencia del colgajo. las suturas mostraron estabilidad y ausencia de tensión en los tejidos, por lo que se procedió a realizar el retiro de puntos, el cual se llevó a cabo de forma cuidadosa y sin incidentes.

Una vez retiradas las suturas, fue posible visualizar la corona del órgano dentario 21 en una posición más inferior respecto a la sesión previa, evidenciando un avance eruptivo favorable gracias al reposicionamiento apical del colgajo. Los tejidos circundantes mostraron correcta adaptación y un contorno gingival compatible con la futura emergencia del diente permanente.

Se reforzaron las indicaciones de higiene, se le explicó a la madre la evolución esperada durante las siguientes semanas y se programó una nueva cita para seguimiento del proceso eruptivo (Figura 10).



Figura 10. Control clínico postoperatorio en segunda sesión: exposición inicial de la corona del OD 21.

Tercera sesión, 27 de noviembre 2025:

En la tercera sesión de control posoperatorio, el paciente acudió nuevamente a valoración dentro del periodo de seguimiento establecido. Llegó en sin complicaciones desde la última cita.

A la exploración intraoral se observó adecuada evolución cicatricial, con tejidos sanos y bien integrados, sin signos de infección o alteración. el órgano dentario 21 mostró mayor exposición coronal y una posición más cercana al plano causal en comparación con la sesión previa, Evidenciando un avance eruptivo favorable. Dada la evolución satisfactoria, se decidió continuar únicamente con vigilancia clínica.



Figura 11. Control clínico postoperatorio en tercera sesión: exposición de la corona del OD 21.

DISCUSIÓN:

La impactación del incisivo central superior es una alteración eruptiva con relevancia estética y funcional, especialmente en pacientes pediátricos. De acuerdo con Yordonova y Gurgurova^{1,2} estos dientes presentan una frecuencia significativa dentro de los trastornos eruptivos y suelen complicarse cuando existe falta de espacio, dilaceraciones o interferencias anatómicas. su estudio refuerza que la toma de decisiones terapéuticas debe centrarse en conservar la biología dentaria y facilitar la erupción natural siempre que las condiciones estructurales lo permitan. Esta postura con la lección adoptada en nuestro caso, dónde se optó por el colgajo reposicionado apical como primera línea de tratamiento al observar un incisivo anatómicamente viable y con potencial eruptivo conservado.

Por otro lado, Limongelli et al.³ señalan que la impactación dental puede estar condicionada por obstáculos locales, restos temporales o alteraciones hueso gingivales, siendo indispensable intervenir quirúrgicamente cuando dichos factores limitan la erupción. En nuestro caso clínico, la presencia de fue el principal factor obstructivo, y su extracción combinada con el reposicionamiento apical generó el desbloqueo eruptivo necesario para restaurar el trayecto fisiológico del diente. la evolución clínica en la que el órgano dentario 21 se visualizó progresivamente más hacia oclusal hasta instalarse en el plano más favorable confirma la validez del procedimiento.

A diferencia de nuestro abordaje quirúrgico conservador, Toledo Pinto et al.² reportan casos en los que la tracción ortodóntica asistida fue indispensable para guiar el incisivo incluído hacia su posición. Sin embargo, sus mismos resultados indican que la tracción no siempre es necesaria si el diente tiene un camino eruptivo favorable, reforzando que el primer paso debe ser liberar biológicamente antes que intervenir con fuerza mecánica. Nuestro caso coincide con esta visión: el avance eruptivo espontáneo después de la exposición confirma que el colgajo reposicionado apical fue suficiente, evitando aparatología adicional, costos mayores y riesgo de reabsorción radicular asociada a fuerza excesiva.

Asimismo, Wodja y Wielgosz⁴ destacan que la corrección temprana de trastornos eruptivos mejora la estética, previenen asimetrías y reduce complicaciones psicológicas en edades tempranas. Este enfoque integral resulta clave para justificar la intervención quirúrgica temprana en nuestro paciente de 7 años coma ya que el incisivo central es una pieza de fuerte impacto emocional, social y funcional.

Siotou et al.¹¹ hablan sobre prevalencia y etiología de dientes permanentes impactados refuerza que el pronóstico mejora significativamente cuando se conservan estructuras periodontales y existe comunicación clínica constante. Justamente este fue el pilar de manejo en este caso: exposición controlada, preservación de encía queratinizada y seguimiento clínico sistemático. El diente respondió con erupción progresiva y tejidos

sanos, hallazgo que concuerda con los autores y evidencia que la técnica fue aplicada en el momento biológico ideal.

Incluso reportes de casos atípicos como el descrito por Adhikari et al.⁸ donde un diente supernumerario impactado en palatino requirió abordaje quirúrgico, recuerdan que no todas las impactaciones demandan la misma estrategia, pero sí requieren pensamiento clínico crítico. Esto valida que nuestro manejo fue personalizado, analítico y fundamentado en evidencia, no una selección aleatoria de la técnica.

CONCLUSIÓN:

El procedimiento quirúrgico del incisivo central maxilar incluido mediante colgajo de reposición apical, respaldado con base a la evidencia disponible a la literatura, se determinó como la alternativa terapéutica mas adecuada, aborde conservador y con proyección funcional favorable para este paciente. De acuerdo con lo propuesto Yordanova y Gurgurova,¹ la intervención temprana y guiada, resulta fundamental en el manejo de los incisivos incluidos, principalmente cuando el objetivo es restablecer la erupción natural, función y estética sin someter al paciente a procedimientos no necesarios. Bajo a este principio, la decisión clínica se mantuvo alineada con las recomendaciones recientes de manejo.

La extracción de los órganos dentarios temporales señalada por Limongelli et al.³ como un factor determinante para liberar obstrucciones eruptivas se tradujo en una respuesta biológica positiva que permitió la progresión espontánea del órgano dentario 21. A diferencia de los casos reportados por Toledo Pinto et al.², en los que fue necesaria la tracción ortodóncica, en este paciente la erupción ocurrió de manera natural tras la exposición quirúrgica, confirmando que no todo incisivo incluido requiere intervención ortodóncica activa si su anatomía y trayectoria eruptiva son favorables.

Del mismo modo, la literatura revisada sostiene que la planificación y la preservación de encía queratinizada influyen directamente en el pronóstico estético y periodontal. Siotou et al.¹¹ enfatizan que la conservación del periodonto alrededor de dientes expuestos quirúrgicamente mejora la estabilidad a largo plazo, hallazgo que coincide con la evolución observada en este caso clínico. Además, en concordancia con Wojda & Wielgosz (2024), la corrección temprana de una alteración eruptiva central no solo impacta en términos funcionales, sino también en la percepción estética del paciente en crecimiento.

Considerando todo lo anterior, se puede afirmar que el colgajo de reposición apical no solo fue la opción correcta, sino la opción más inteligente, biológicamente respetuosa y clínicamente eficiente para este escenario específico. La erupción gradual y continua del incisivo hacia un plano oclusal más favorable, sin complicaciones y con tejido gingival sano, confirma que el protocolo empleado fue el adecuado. Además, coincide de manera

plena con la tendencia terapéutica actual que prioriza la integración natural del diente permanente sobre métodos de tracción invasiva.

En conclusión, el presente caso demuestra que el colgajo reposicionado apical representa una herramienta quirúrgica de alto valor clínico, capaz de resolver la inclusión del incisivo central maxilar con un enfoque conservador, predecible y sustentado por evidencia científica contemporánea. Cuando se selecciona correctamente, se ejecuta con precisión y se acompaña de un seguimiento sistemático, esta técnica no solo recupera función, sino que respeta biología, mejora estética, evita tratamientos más agresivos y garantiza un pronóstico estable en el tiempo. La técnica de colgajo reposicionado apical cobra esencial relevancia en el manejo del incisivo central superior impactado cuando existencia creatividad suficiente, ya que permite preservar y redistribuir este tejido hacia una posición más apical, Garantizando un entorno periodontal más estable y funcional. Diversos autores señalan que la presencia y adecuada conservación de encía creativa izada es un factor clave para el éxito a largo plazo, tanto estético como periodontal coma en dientes anteriores impactados Yordanova y Gurgurova ¹ Me escriben que los protocolos quirúrgicos que representan la arquitectura gingival disminuyen complicaciones como recesión, inflamación crónica o márgenes gingivales inestables, los cuales pueden dificultar la erupción o la posterior tracción ortodóntica. De manera concordante, Toledo Pinto et al.² destacan que el CRA facilita una exposición amplia y controlada de la corona, permitiendo la erupción espontánea o la aplicación de fuerzas ortodónticas en un entorno de tejidos queratinizados, lo que reduce el riesgo de defectos mucogingivales. Estudios retrospectivos y revisiones receientes sobre transtornos de la erupción subrayan que los abordajes quirúrgicos conservadores, que mantienen encía queratinizada alrededor del diente impactado, se asocian con los mejores resultados funcionales y estéticos, especialmente en el sector anterosuperior, donde la estabilidad gingival es crítica para el pronóstico a largo plazo.

REFERENCIAS:

1: Yordanova G, Gurgurova G. Impacted upper central incisors – frequency and factors complicating the treatment protocol. *Folia Med (Plovdiv)*. 2021;63(3):405–12.

2: Toledo-Pinto X, Valenzuela-Salas JG, Berdeja-Zamalloa P, Monterey-Catalán F, Fratte-Otero MI. Tracción ortodóntica del incisivo central permanente superior impactado: reporte de dos casos. *Rev Odont Mex*. 2025;29(1):32–41.

3: Limongelli L, Barile G, Fanelli G, Corsalini T, Capodiferro S, Corsalini M. Impaction of deciduous and permanent teeth related to local obstacles: a retrospective study of 10 years of institutional experience. *Children (Basel)*. 2025;12(7):929.

- 4: Wojda M, Wielgosz A. Tooth eruption disorders: literature review and clinical case reports. *Quality in Sport*. 2024;23:54662.
- 5: Limongelli L, Barile G, Fanelli G, Corsalini T, Capodiferro S, Corsalini M. Impaction of deciduous and permanent teeth related to local obstacles: a retrospective study of 10 years of institutional experience. *Children (Basel)*. 2025;12(7):929.
- 6: Yordanova G, Gurgurova G. Impacted upper central incisors – frequency and factors complicating the treatment protocol. *Folia Med (Plovdiv)*. 2021;63(3):405–12.
- 7: Toledo-Pinto X, Valenzuela-Salas JG, Berdeja-Zamalloa P, Monterey-Catalán F, Fratte-Otero MI. Tracción ortodónica del incisivo central permanente superior impactado: reporte de dos casos. *Rev Odont Mex*. 2025;29(1):32–41.
- 8: Adhikari M, Jha K, Shah A, KC S, Rayamajhi M, Koirala R. Impacted supernumerary tooth in the horizontal plate of palatine bone: a rare case report. *BMC Oral Health*. 2024;24:1493.
- 9: Wojda M, Wielgosz A. Tooth eruption disorders: literature review and clinical case reports. *Quality in Sport*. 2024;23:54662.
- 10: Limongelli L, Barile G, Fanelli G, Corsalini T, Capodiferro S, Corsalini M. Impaction of deciduous and permanent teeth related to local obstacles: a retrospective study of 10 years of institutional experience. *Children (Basel)*. 2025;12(7):929.
- 11: Siotou K, Kouskouki M-P, Christopoulou I, Tsolakis AI, Tsolakis IA. Frequency and local etiological factors of impaction of permanent teeth among 1400 patients in a Greek population. *Dent J (Basel)*. 2022;10(8):150.
- 12: Yordanova G, Gurgurova G. Impacted upper central incisors – frequency and factors complicating the treatment protocol. *Folia Med (Plovdiv)*. 2021;63(3):405–12.
- 13: Toledo-Pinto X, Valenzuela-Salas JG, Berdeja-Zamalloa P, Monterey-Catalán F, Fratte-Otero MI. Tracción ortodónica del incisivo central permanente superior impactado: reporte de dos casos. *Rev Odont Mex*. 2025;29(1):32–41.

CAPITULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.

En la colonia San Juan Tepepan, Xochimilco. Se encuentra uno de los cuatro Laboratorios de Diseño y Comprobación, estos son espacios donde se cumple con actividades de docencia dando servicio a las comunidades marginadas sin importar sus situación socioeconómica o tipo de seguridad social, así como investigación realizada por los alumnos y profesores especialistas en distintas áreas de la carrera de Estomatología

Objetivo General:

Participar en la formación de profesionales capaces de identificar y resolver las necesidades de salud bucal de la población a través de la docencia

Objetivos específicos:

- Fomentar la atención holística en el manejo de paciente.
- Impulsar el trabajo en equipo en la atención del paciente.
- Promover la responsabilidad que se tiene con el paciente y la sociedad.
- Fomentar los valores éticos de la profesión.
- Promover la actualización continua de conocimientos



El LDC Tepepan está ubicado en la calle Francisco Villa s/n, entre Emiliano Zapata y Zaragoza, dentro de la Alcaldía Xochimilco, correspondiente a la Ciudad México

Imagen tomada en Google Maps

El laboratorio de diseño y comprobación L.D.C. “Tepepan” la atención de la clínica está organizado en adultos y niños donde los alumnos se organizan dependiendo del nivel académico que lleven para atender a la población solicitante de tratamiento dental. También se cuenta con fichas de emergencia para tratar casos urgentes de la clínica cuenta con dos programas de atención:

Programa de Atención al Niño.

Objetivo: Mejorar la salud bucal de la población infantil a través de la aplicación de medidas de protección específica, promoción de la salud y atención integral de los problemas de mayor prevalencia, como son: caries dental y maloclusiones.

Los días de atención son los martes y jueves de 8:00 am a 2:00 pm.

Programa de Atención al Adulto

Objetivo: Atender las necesidades de salud bucal de la población adulta y grupo la población.

específicos como gestantes y adultos mayores.

Se proporciona también atención integral programada como:

- Diagnóstico bucal y de enfermedades sistémicas con repercusiones bucales.
- Actividades educativo-preventivas.
- Servicio de Patología y Medicina Bucal.
- Atención básica en áreas de operatoria, endodoncia, periodoncia, prótesis y cirugía bucal.

Los días lunes, miércoles y viernes se brinda esta atención en un horario de 8:00 am a 2:00 pm.

Servicio en urgencias

Este servicio se brinda tanto a niños como adultos, cuyo objetivo es dar solución a los problemas de demanda espontánea.

Los días de atención son de lunes a viernes de 8:00 am a 2:00 pm.

Lunes, miércoles y viernes para adultos; y los días martes y jueves para niños receptivamente. Sólo se dan 3 fichas a partir de las 8:00 am, analizando previamente que sean urgencias.

Infraestructura:

Se integra por los siguientes recursos físicos:

- Caseta de vigilancia.
- Sala de espera y recepción.
- Cubículo de secretaria.

- Sanitarios para pacientes (mujeres y hombres).
 - Almacén.
 - Cubículo de esterilización.
 - Laboratorio de prótesis.
 - Área de imagenología.
 - Área clínica con 15 unidades dentales.
 - Un cubículo de cirugía con dos unidades dentales.
-
- Un cubículo de patología con dos unidades dentales.
 - Sanitarios para docentes y alumnos (mujeres y hombres).
 - Área de Lockers (mujeres y hombres).
 - Dirección.
 - Roseta.
 - Área de depósito de residuos biológico-infecciosos.
 - Área de basura.
 - Área de maquinaria (compresoras, purificación de agua, luz, esterilización)

El LDC Tepepan está ubicado en la calle Francisco Villa s/n, entre Emiliano Zapata y Zaragoza, dentro de la Alcaldía Xochimilco, correspondiente a la Ciudad de México.

CAPÍTULO IV: INFORME NARRATIVO.

Durante el periodo comprendido del 1 de febrero de 2025 al 31 de enero de 2026, realicé mi Servicio Social en el *Laboratorio de Diseño y Comprobación “Rafael Lozano Orozco”*, bajo la supervisión del CMF José Martín Núñez Martínez, director de la Clínica, y de la CDEO Luz Ledesma Álvarez, jefa de servicio del turno matutino.

El horario institucional establecido fue de 08:00 a 14:00 horas, de lunes a viernes. Durante este periodo participé de manera activa y continua en una amplia variedad de actividades clínicas, administrativas, académicas y de investigación, las cuales contribuyeron significativamente al fortalecimiento de mis habilidades profesionales y a mi formación integral como futura cirujana dentista.

A continuación se presenta una descripción profesional, numérica y narrativa de las actividades desarrolladas durante cada día de la semana:

Lunes

Actividades principales:

- Pase de lista y control de asistencia de los alumnos del turno matutino.
- Toma de signos vitales a pacientes previo a su atención clínica
- Procedimientos restaurativos: resinas, endodoncias y tratamientos preventivos.
- Cirugías menores, principalmente de restos radiculares.

- Apoyo en el área de Prótesis, incluyendo ajustes y seguimiento de pacientes.

Martes

Actividades principales:

- Control de asistencia y asignación de pacientes.
- Gestión de actividades administrativas para el funcionamiento del servicio.
- Atención clínica en pacientes pediátricos: resinas, pulpotomías y exodoncias simples.
- Seguimiento clínico de tratamientos previos.

Miércoles

Actividades principales:

- Control de asistencia y apoyo administrativo.
- Elaboración de periodontogramas completos como parte del diagnóstico periodontal integral.
- Realización de resinas, profilaxis y refuerzos de higiene oral.
- Asistencia y participación en cirugías de terceros molares programadas.

Jueves

Actividades principales:

- Control de asistencia de alumnos y apoyo administrativo.
- Atención de pacientes en procedimientos como:
- Cirugía de reposición apical (CRA)
- Pulpectomías
- Colocación de selladores de fosetas y fisuras
- Seguimiento postoperatorio de casos quirúrgicos.

Viernes

Actividades principales:

- Atención clínica integral a pacientes asignados.
- Actividades administrativas correspondientes al cierre semanal.

Procedimientos como:

- Endopostes
- Endodoncias
- Operculectomías

- Resinas y ajustes restaurativos

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

En este apartado se presenta el análisis de las actividades realizadas de las plazas seleccionadas, si responden a las necesidades de salud de su población, si cumplen con protocolos de atención y medidas de bioseguridad, tanto para la población que acude como para el personal que labora allí, pertinencia ante la situación socioeconómica actual.

ACTIVIDADES REALIZADAS FEBRERO 2025:

Actividad	Cantidad	%
Diagnóstico		
Análisis de modelos	1	2.27
Historia clínica	0	0
Total	1	2.27
Preventiva		
Control de placa	2	4.54
Colocación de flúor	0	0
Total	2	4.54
Intermedias		
Asistencias	2	4.54
Colocación de dique de hule	0	0
Preparación para corona	0	0
Total	2	4.54
Curativas		
Pulpotomía	0	0
Tratamientos de conductos	1	2.27
Amalgama	0	0
Resina	2	4.54
Exodoncia	0	0
Tratamiento periodontal	0	0

Total	3	6.81
Rehabilitación		
Incrustación	0	0
Cirugía	1	2.27
Placa total	0	0
Total	1	2.27
Administrativas		
Asignación de pacientes	30	68.18
Manejo de pacientes	2	4.54
Registro de pacientes	0	0
Total	32	72.72
Otras actividades		
Toma de radiografías	2	4.54
Urgencias	1	2.27
Total	3	6.81
TOTAL GENERAL	44	100

Fuente: Bitácora de servicio social.

ACTIVIDADES REALIZADAS MARZO 2025:

Actividad	Cantidad	%
Diagnóstico		
Análisis de modelos	0	0
Historia clínica	1	2.27
Total	1	2.27
Preventiva		
Control de placa	0	0
Colocación de flúor	2	2.27
Total	2	4.54
Intermedias		
Asistencias	2	4.54
Colocación de dique de hule	0	0

Preparación para corona	0	0
Total	2	4.54
Curativas		
Pulpotomía	0	0
Tratamientos de conductos	1	2.27
Amalgama	0	0
Resina	0	0
Exodoncia	2	4.54
Tratamiento periodontal	0	0
Total	3	6.81
Rehabilitación		
Incrustación	0	0
Cirugía	1	2.27
Placa total	0	0
Total	1	2.27
Administrativas		
Asignación de pacientes	30	68.18
Manejo de pacientes	2	4.54
Registro de pacientes	0	0
Total	32	72.72
Otras actividades		
Toma de radiografías	2	4.54
Urgencias	1	2.27
Total	3	6.81
TOTAL GENERAL	44	100

Fuente: Bitácora de servicio social.

ACTIVIDADES REALIZADAS ABRIL 2025:

Actividad	Cantidad	%
-----------	----------	---

Diagnóstico		
Análisis de modelos	1	2.27
Historia clínica	0	0
Total	1	2.27
Preventiva		
Control de placa	0	0
Colocación de flúor	2	4.54
Total	2	4.54
Intermedias		
Asistencias	2	4.54
Colocación de dique de hule	0	0
Preparación para corona	0	0
Total	2	4.54
Curativas		
Pulpotomía	1	2.27
Tratamientos de conductos	0	0
Amalgama	0	0
Resina	0	0
Exodoncia	2	4.54
Tratamiento periodontal	0	0
Total	3	6.81
Rehabilitación		
Incrustación	1	2.27
Cirugía	0	0
Placa total	0	0
Total	1	2.27
Administrativas		
Asignación de pacientes	30	68.18
Manejo de pacientes	2	4.54
Registro de pacientes	0	0
Total	32	72.72
Otras actividades		
Toma de radiografías	2	4.54
Urgencias	1	2.27
Total	3	6.81
TOTAL GENERAL	44	100

Fuente: Bitácora de servicio social.

ACTIVIDADES REALIZADAS JUNIO 2025:

Actividad	Cantidad	%
Diagnóstico		
Análisis de modelos	2	4.54
Historia clínica	0	0
Total	1	2.27
Preventiva		
Control de placa	0	0
Colocación de flúor	0	0
Total	2	4.54
Intermedias		
Asistencias	2	4.54
Colocación de dique de hule	0	0
Preparación para corona	0	0
Total	2	4.54
Curativas		
Pulpotomía	0	0
Tratamientos de conductos	1	2.27
Amalgama	0	0
Resina	2	4.54
Exodoncia	0	0
Tratamiento periodontal	0	0
Total	3	6.81
Rehabilitación		
Incrustación	0	0
Cirugía	2	4.54
Placa total	0	0
Total	0	0
Administrativas		
Asignación de pacientes	30	68.18
Manejo de pacientes	2	4.54
Registro de pacientes	0	0
Total	32	72.72

Otras actividades		
Toma de radiografías	2	4.54
Urgencias	1	2.27
Total	3	6.81
TOTAL GENERAL	44	100

Fuente: Bitácora de servicio social.

ACTIVIDADES REALIZADAS JULIO 2025:

Actividad	Cantidad	%
Diagnóstico		
Análisis de modelos	1	2.27
Historia clínica	0	0
Total	1	2.27
Preventiva		
Control de placa	2	4.54
Colocación de flúor	0	0
Total	2	4.54
Intermedias		
Asistencias	2	4.54
Colocación de dique de hule	0	0
Preparación para corona	0	0
Total	2	4.54
Curativas		
Pulpotomía	0	0
Tratamientos de conductos	1	2.27
Amalgama	0	0
Resina	2	4.54

Exodoncia	0	0
Tratamiento periodontal	0	0
Total	3	6.81
Rehabilitación		
Incrustación	0	0
Cirugía	1	2.27
Placa total	0	0
Total	1	2.27
Administrativas		
Asignación de pacientes	30	68.18
Manejo de pacientes	2	4.54
Registro de pacientes	0	0
Total	32	72.72
Otras actividades		
Toma de radiografías	2	4.54
Urgencias	1	2.27
Total	3	6.81
TOTAL GENERAL	44	100

Fuente: Bitácora de servicio social.

ACTIVIDADES REALIZADAS AGOSTO 2025:

Actividad	Cantidad	%
Diagnóstico		
Análisis de modelos	1	2.27
Historia clínica	0	0
Total	1	2.27
Preventiva		
Control de placa	2	4.54
Colocación de flúor	0	0
Total	2	4.54
Intermedias		
Asistencias	2	4.54

Colocación de dique de hule	0	0
Preparación para corona	0	0
Total	2	4.54
Curativas		
Pulpotomía	0	0
Tratamientos de conductos	1	2.27
Amalgama	0	0
Resina	2	4.54
Exodoncia	0	0
Tratamiento periodontal	0	0
Total	3	6.81
Rehabilitación		
Incrustación	0	0
Cirugía	1	2.27
Placa total	0	0
Total	1	2.27
Administrativas		
Asignación de pacientes	30	68.18
Manejo de pacientes	2	4.54
Registro de pacientes	0	0
Total	32	72.72
Otras actividades		
Toma de radiografías	2	4.54
Urgencias	1	2.27
Total	3	6.81
TOTAL GENERAL	44	100

Fuente: Bitácora de servicio social.

ACTIVIDADES REALIZADAS OCTUBRE 2025:

Actividad	Cantidad	%
Diagnóstico		
Análisis de modelos	1	2.27
Historia clínica	0	0
Total	1	2.27
Preventiva		

Control de placa	2	4.54
Colocación de flúor	0	0
Total	2	4.54
Intermedias		
Asistencias	2	4.54
Colocación de dique de hule	0	0
Preparación para corona	0	0
Total	2	4.54
Curativas		
Pulpotomía	0	0
Tratamientos de conductos	1	2.27
Amalgama	0	0
Resina	2	4.54
Exodoncia	0	0
Tratamiento periodontal	0	0
Total	3	6.81
Rehabilitación		
Incrustación	0	0
Cirugía	1	2.27
Placa total	0	0
Total	1	2.27
Administrativas		
Asignación de pacientes	30	68.18
Manejo de pacientes	2	4.54
Registro de pacientes	0	0
Total	32	72.72
Otras actividades		
Toma de radiografías	2	4.54
Urgencias	1	2.27
Total	3	6.81
TOTAL GENERAL	44	100

Fuente: Bitácora de servicio social.

ACTIVIDADES REALIZADAS NOVIEMBRE 2025:

Actividad	Cantidad	%
-----------	----------	---

Diagnóstico		
Análisis de modelos	1	0.55
Historia clínica	0	0
Total	1	0.55
Preventiva		
Control de placa	6	3.35
Colocación de flúor	2	1.11
Total	8	44.46
Intermedias		
Asistencias	5	2.79
Colocación de dique de hule	2	1.11
Preparación para corona	1	0.55
Total	8	4.46
Curativas		
Pulpotomía	0	0
Tratamientos de conductos	1	0.55
Amalgama	0	0
Resina	4	2.23
Exodoncia	2	1.11
Tratamiento periodontal	0	0
Total	7	3.91
Rehabilitación		
Incrustación	0	0
Cirugía	1	2.27
Placa total	0	0
Total	1	2.27
Administrativas		
Asignación de pacientes	30	68.18
Manejo de pacientes	2	4.54
Registro de pacientes	0	0
Total	32	72.72
Otras actividades		
Toma de radiografías	2	4.54
Urgencias	1	2.27
Total	3	6.81
TOTAL GENERAL	44	100

Fuente: Bitácora de servicio social.

ACTIVIDADES REALIZADAS DICIEMBRE 2025:

Actividad	Cantidad	%
Diagnóstico		
Análisis de modelos	1	1.38
Historia clínica	3	4.16
Total	4	5.55
Preventiva		
Control de placa	6	8.33
Colocación de flúor	2	2.77
Total	8	11.11
Intermedias		
Asistencias	6	8.33
Colocación de dique de hule	8	11.11
Preparación para corona	1	1.38
Total	15	20.83
Curativas		
Pulpotomía	0	0
Tratamientos de conductos	1	1.38
Amalgama	0	0
Resina	3	4.16
Exodoncia	1	1.38
Tratamiento periodontal	0	0
Total	5	6.95
Rehabilitación		
Incrustación	0	0
Cirugía	1	1.38
Placa total	1	1.38
Total	2	2.77
Administrativas		
Asignación de pacientes	0	0
Manejo de pacientes	4	5.55
Registro de pacientes	0	0
Total	4	5.55

Otras actividades

Toma de radiografías	31	43.05
Urgencias	3	4.16
Total	34	47.22

TOTAL GENERAL

72

100

Fuente: Bitácora de servicio social.

CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS FEBRERO 2025- ENERO 2026

Diagnóstico

Actividad	Cantidad	%
Análisis de modelos	9	2.12%
Historia clínica	4	0.94%
Total diagnóstico	13	3.07%
Preventiva		

Actividad	Cantidad	%
Control de placa	20	4.72%
Colocación de flúor	10	2.36%
Total preventiva	30	7.08%

Intermedias

Actividad	Cantidad	%
Asistencias	25	5.9%
Colocación de dique de hule	10	2.36%
Preparación para corona	3	0.71%
Total intermedias	38	8.96%
Curativas		

Actividad	Cantidad	%
Pulpotomía	1	0.24%
Tratamientos de conductos	7	1.65%
Amalgama	0	0.0%
Resina	21	4.95%

Exodoncia	9	2.12%
Tratamiento periodontal	0	0.0%
Total curativas	38	8.96%

Rehabilitación

Actividad	Cantidad	%
Incrustación	1	0.24%
Cirugía	9	2.12%
Placa total	1	0.24%
Total rehabilitación	11	2.59%

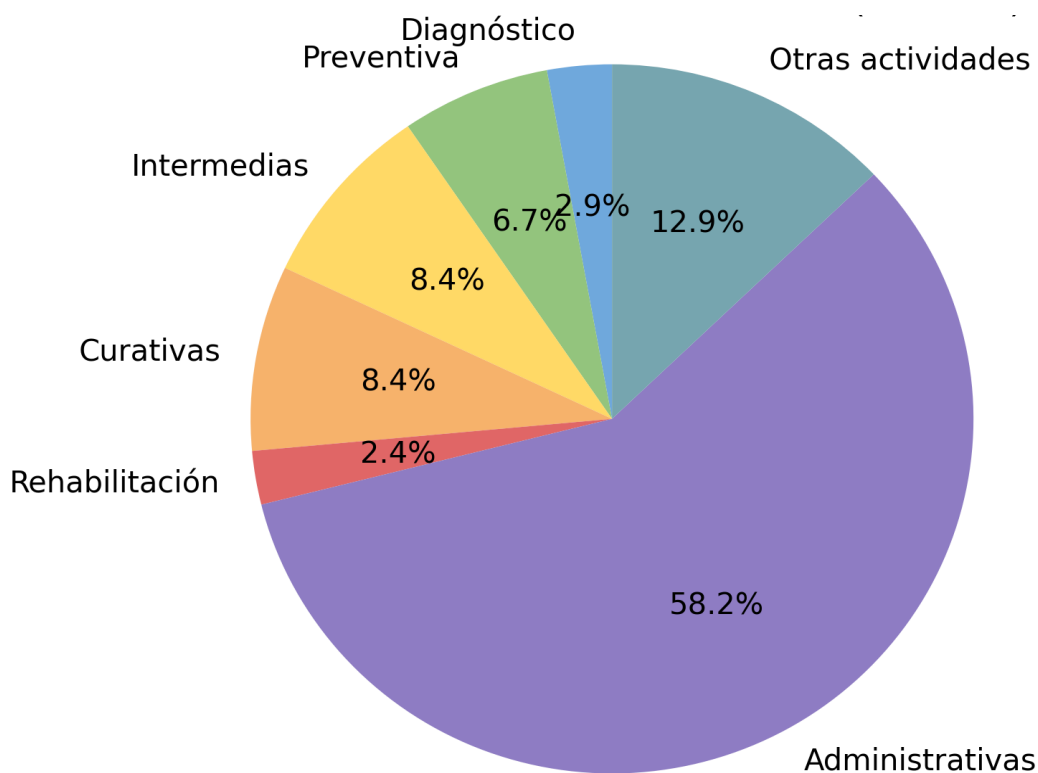
Administrativas

Actividad	Cantidad	%
Asignación de pacientes	240	56.6%
Manejo de pacientes	22	5.19%
Registro de pacientes	0	0.0%
Total administrativas	262	61.79%

Otras actividades

Actividad	Cantidad	%
Toma de radiografías	47	11.08%
Urgencias	11	2.59%
Total otras actividades	58	13.68%

TOTAL GENERAL: 424 ACTIVIDADES (100%)



CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.

La realización de mi servicio social en el Laboratorio de Diseño y Comprobación *Tepepan* representó una etapa fundamental y altamente enriquecedora dentro de mi formación profesional. Esta experiencia me permitió aplicar de manera directa los conocimientos adquiridos durante la licenciatura, al mismo tiempo que amplié mis competencias clínicas y fortalecí mi criterio en la atención odontológica.

A lo largo de este periodo, tuve la oportunidad de atender pacientes con diversas necesidades terapéuticas, lo que favoreció el desarrollo de mis habilidades prácticas, así como el incremento de mi seguridad y autonomía en el manejo clínico. La supervisión constante del personal docente fue clave para garantizar una atención adecuada y para consolidar mi aprendizaje en cada procedimiento realizado.

Asimismo, el servicio social constituyó un espacio de crecimiento integral, en el cual no solo se reforzaron conocimientos técnicos y académicos, sino también actitudes profesionales y valores éticos. Considero que esta etapa cumple un papel esencial tanto en la preparación profesional como en la formación humana, al permitir contribuir de manera responsable al bienestar de la comunidad y cumplir con el compromiso social que caracteriza a nuestra profesión.

ANEXOS:

