



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

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

**MANEJO ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS
BULLOSA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

PRESENTA:

BAUTISTA MENESES KEVIN UZIEL

2202030495

GENERACIÓN 20-P

INSTITUTO NACIONAL DEL PEDIATRÍA

PROMOCIÓN:

AGOSTO 2024 – JULIO 2025

ASESORES:

ASESORA INTERNA DRA. KARLA IVETTE OLIVA OLVERA

ASESOR EXTERNO DR. JOSE CARLOS LARA BARREDES



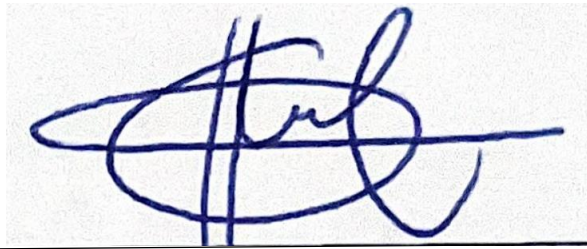
ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL

Dr. José Carlos Lara Barredes

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

Cédula profesional: 14543932

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, stylized 'K' and 'O' followed by 'lva Olvera'. The signature is written on a light blue background with a horizontal line below it.

ASESOR INTERNO

C.D Karla Ivette Oliva Olvera

(Especialista en odontología Pediátrica Hospital Infantil Federico Gómez)

N° económico:36669 Cedula profesional: 6982432

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, stylized 'G' and 'J' followed by 'J. J. J.'. The signature is written on a light blue background with a horizontal line below it.

COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

En el presente informe se documenta el seguimiento del manejo estomatológico de pacientes con epidermólisis bullosa en el Instituto Nacional de Pediatría, ubicado en Av. Insurgentes Sur, Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, Ciudad de México, el trabajo fue realizado en dos periodos durante el servicio social, del 1 de agosto del 2024 al 01 de febrero del 2025 se realizó la elección del tema de investigación, la revisión de bibliografía abarcando definición, epidemiología, etiología, clasificación, diagnóstico, manifestaciones clínicas y estomatológicas del 02 de febrero del 2025 al 31 de julio del mismo año se completó el manejo estomatológico y así mismo el seguimiento de un paciente con epidermólisis bullosa en su ingreso por urgencias hasta llegar a un seguimiento de citas control subsecuente.

La investigación relata una información generalizada sobre la epidermólisis bullosa en la cual en su parte central se compara el manejo estomatológico externo al del Instituto Nacional de Pediatría (INP).

Durante la documentación del manejo estomatológico se obtuvo un manejo multidisciplinario por parte de estomatología, dermatología, anestesiología y enfermería pediátrica, en la cual se describe y detalla la labor de los servicios mencionados en el mismo tiempo quirúrgico.

En el INP se valora detalladamente los diagnósticos y criterios correspondientes para realizar una Rehabilitación Bucal Bajo Anestesia General, siendo así mismo la edad, la cooperación, las múltiples lesiones de caries, la falta de espacio en cavidad bucal y sobre todo el diagnóstico de base de epidermólisis bullosa, por lo que el servicio de estomatología opta en todos sus casos su manejo en quirófano.

Palabras clave: Epidermólisis bullosa, manifestaciones estomatológicas, manejo estomatológico, anestesia general, diagnóstico.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

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

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

ANEXOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El siguiente informe tiene como objetivo redactar y dar a conocer las actividades realizadas durante el servicio social en el servicio de estomatología del Instituto Nacional de Pediatría (INP), esto mismo en un periodo de un año.

El servicio social es la etapa final para la obtención del título de la licenciatura, es por ello que es de suma importancia su realización, en el servicio de estomatología se realizan múltiples tareas de carácter administrativo, al ser un hospital de enseñanza cuenta con residentes los cuales hacen la especialización en estomatología pediátrica, así mismo se encuentran los pasantes quien fungen actividades en apoyo, como agendar citas, recepción de pacientes, solicitud de expedientes, impresión de notas de evolución, llenado del control de actividades, entre otras.

La educación que se ofrece en el INP es de una excelente calidad para los residentes, el servicio ofrece clases a las cuales los pasantes del servicio social y rotantes de otras universidades pueden tener acceso a ellas y enriquecer el conocimiento teórico.

La universidad otorga un asesor interno y el hospital un asesor externo, en lo que en conjunto se realiza un trabajo de investigación con múltiples revisiones, es por ello que se dio la realización del manejo estomatológico de pacientes con epidermólisis bullosa en el Instituto Nacional de Pediatría, en el cual se da a conocer la manera en que se manifiesta esta enfermedad en la piel y sobre todo cavidad oral, así mismo describir el ingreso de un paciente con epidermólisis desde el ingreso al servicio de urgencias hasta su egreso hospitalario en citas subsecuentes de revisión y valoración.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

MANEJO ESTOMATOLÓGICO DE PACIENTES CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

INTRODUCCIÓN

La epidermólisis bullosa (EB) se trata de un conjunto de enfermedades o trastornos de la piel transmitidas genéticamente y que se manifiestan por la aparición de ampollas, úlceras y heridas en la piel, en especial en las áreas mucosas, al más mínimo roce o golpe (1), histológicamente se distinguen 3 grupos mayores de EB: EB epidermolíticas o simples (EBS), EB de la unión o junturales (EBU) y EB dermolíticas o distróficas (EBD) sin embargo en las nuevas actualizaciones incluyen al síndrome de Kindler como subtipo (2).

La predicción en la epidermólisis bullosa varía considerablemente y está relacionada con la gravedad de la condición. La EBS tiene el pronóstico más optimista a largo plazo y muestra mejoras clínicas a lo largo de los años. En contraste, la EBU es la forma más intensa y aquellos afectados suelen fallecer en los primeros tres años de vida. Asimismo, la EBD también tiene un pronóstico desfavorable, ya que los pacientes sufren de deformidades y amputaciones severas, además de desarrollar cánceres; la expectativa de vida en estas situaciones oscila entre los veinte y los cuarenta años (1).

Es por ello por lo que se busca una mejor calidad de vida en pacientes con EB, ya que presentan manifestaciones bucales que deben ser atendidas con un correcto manejo estomatológico.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Los primeros estudios sobre epidermólisis provienen de finales del siglo pasado (1), sin embargo, el término epidermólisis bullosa (EB) fue acuñado por Koebner en 1886 y la describe como un grupo de enfermedades dermatológicas, mecano-ampollosas, determinadas genéticamente (2). La primera mutación informada en el gen del colágeno VII fue identificada en pacientes con epidermólisis bullosa distrófica recesiva (EBDR) en el año 1993. Desde entonces han sido publicadas mutaciones alrededor del mundo y cada grupo étnico muestra en general mutaciones únicas, pero a su vez hay mutaciones recurrentes (3).

Se dice que las personas que padecen EB tienen la piel tan frágil, como las alas de una mariposa, por eso los niños y niñas que la padecen son conocidos como “niños mariposa” (4).

Así como a avanzado la investigación de EB han surgido diversos organismos en apoyo como lo es la Asociación de Investigación de Epidermólisis Bullosa Distrófica (5) (DEBRA) en Europa la cual se fundó en 1992 con el fin de favorecer la cooperación y la comunicación entre las asociaciones europeas de personas con EB (6). Sin embargo, ya desde el principio participaron grupos no europeos y el

interés de la actividad se desplazó hacia el plano internacional, quedando como DEBRA International (6).

Hasta hace poco tiempo, los dermatólogos especializados y los pediatras eran los principales responsables de ofrecer atención a niños con EB. Gracias a los enormes progresos en la atención durante el periodo neonatal y la lactancia, la mayoría de los infantes con EB, incluyendo aquellos que sufren de las formas más severas, han logrado llegar a la adultez. Por lo tanto, casi todos los médicos y el personal de salud implicados juegan un papel vital en el tratamiento de estos pacientes. (6).

DEFINICIÓN

El término epidermólisis bullosa (EB), a menudo conocida como piel de mariposa, hace referencia a un grupo genética y clínicamente heterogéneo de enfermedades raras, caracterizadas por una fragilidad mucocutánea (7). El trastorno conduce a la formación de ampollas y erosiones que pueden surgir debido a la fricción o incluso de forma espontánea (7).

Se trata de un grupo de patologías hereditarias que surgen a raíz de cambios en algunas proteínas cutáneas, lo que impacta la cohesión y organización de la dermis y la epidermis (8). Estas condiciones pueden clasificarse en diferentes tipos, dependiendo de la capa de la epidermis que esté comprometida, lo que da lugar a una variedad de síntomas. Esta condición despierta un gran interés en el campo de la estomatología, debido a las expresiones bucales que puede mostrar y a la complejidad de su tratamiento (9).

EPIDEMIOLOGÍA

La EB es una enfermedad de muy baja prevalencia, por lo que existen pocos estudios epidemiológicos al respecto (10). Se estima que afecta alrededor de uno de cada 50,000 nacimientos a nivel mundial (11), según las proyecciones de DEBRA de Estados Unidos la incidencia de EB es de aproximadamente de 19.5 casos por millón (5).

En Estados Unidos la misma es de 8 por cada millón de habitantes y se estima para Uruguay 1 de cada 100.000 habitantes (12), en Brasil, se estima que hay alrededor de 1.600 personas afectadas por esta enfermedad, predominante entre niños y adolescentes (5). De acuerdo con los últimos datos de la red mundial 'DEBRA Internacional', se estima que la incidencia es de 1 entre cada 17.000 y 50.000 nacidos vivos, y la prevalencia es de 2 de cada 100.000 personas y actualmente, hay más de 500 personas que padecen la enfermedad en España (13).

En México se desconocen las cifras exactas, pero se estima que existen alrededor de 30,000 a 40,000 personas afectadas (14). Y en la Ciudad de México no existe conocimiento en cuanto su incidencia, sin embargo, se han reportado 382 casos (15).

En el Instituto Nacional de Pediatría tenemos registro de 150 pacientes con los tres subtipos de EB atendidos desde el inicio de la institución. Actualmente, como

pacientes activos, tenemos 59 pacientes (16) (17), de los cuales 32 fueron valorados por el servicio de estomatología y dermatología, los subtipos de EB reportados en los pacientes fueron: EBDR 20, EBDD 6, EBU 2, síndrome de Kindler 1, y EB no clasificada 3 (16).

Basado en las características, se estima que alrededor de medio millón de personas en todo el mundo vive con EB, y en su mayoría los afectados son niños (5).

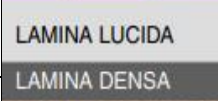
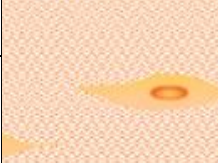
ETIOLOGÍA

La epidermólisis bullosa se describe como una enfermedad genética de la piel provocada por cambios en varios genes que producen las proteínas responsables de la unión entre la dermis y la epidermis, lo que interfiere con la adherencia y genera la aparición de ampollas y lesiones en la piel y las membranas mucosas (18).

Estas alteraciones son causadas por alrededor de 1000 mutaciones ubicadas en cerca de 18 genes que codifican proteínas estructurales de la epidermis, membrana basal y/o dermis (19) (20). Dependiendo de qué gen esté alterado y cómo una persona tendrá un tipo de EB u otra (21).

Cuando se produce una alteración en cualquiera de estos genes, o sea, cuando el gen carece de la información correcta, las proteínas que se generan a partir de estos estarán faltantes o no operarán como deberían y, por lo tanto, las diversas capas de la piel no tendrán la capacidad de unirse de manera efectiva. (21).

Existen 4 grandes grupos para clasificar la EB, dependiendo del nivel estructural de la piel donde se localizan las ampollas:

Tipo de EB	Subtipo de EB	Proteína/gen afectado	Capas de la piel
Simple (EBS)	Dowling-Meara	Queratina 5, 14	
	Koebner Weber Cockayne		
	Distrofia muscular Atresia pilórica	Plectina	 LAMINA LUCIDA LAMINA DENSA
Unión (EBU)	Herlitz No-Herlitz Atresia pilórica	Lamina 332, lamina 332 $\alpha 6\beta 4$	
Síndrome de Kindler		FERMT1 el cual altera la proteína homóloga 1	
Distrófica (EBD)	Dominante Hallopeau-Siemenns Recesiva No- Hallopeau-siemenns	Colágeno tipo VII	

Cuadro 1. Clasificación de la EB de acuerdo con las capas de la piel (17) (22).

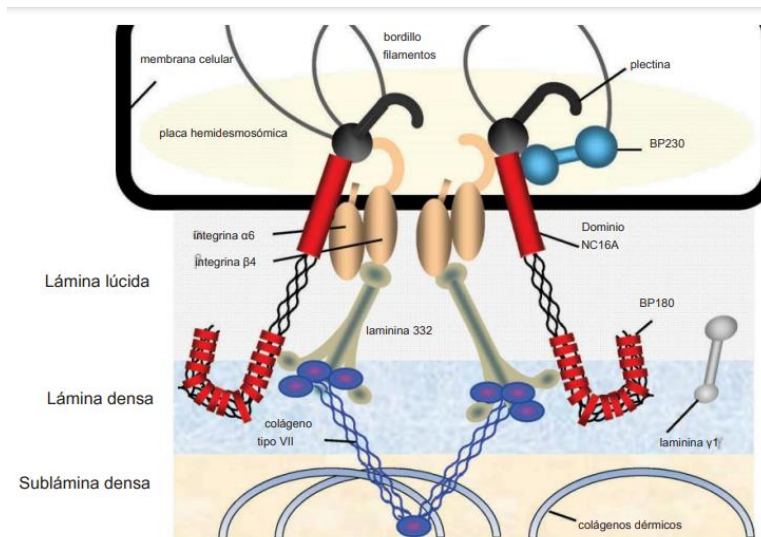


Figura 1. Vorobyev A. Clinical features and diagnosis of epidermolysis bullosa adquirita. Lübeck, Germany. 2016. Estructura esquemática de la unión dermoepidérmica. Se representan únicamente las proteínas diana de los autoanticuerpos en las enfermedades ampollosas autoinmunes (23).

CLASIFICACIÓN

A nivel mundial, se reconocen más de 30 subtipos de esta patología que están clasificados en cuatro grandes categorías (24) de acuerdo con la proteína alterada y al nivel, dentro de la epidermis, en el cual se forma la ampolla existe (19): *EB simple*, *EB de unión*, *EB distrófica* y *síndrome de Kindler* (24).

EB simple (EBS)

- EBS localizada (Weber- Cockayne)
- EBS superficial
- EBS grave (Dowling- Meara)
- EBS con distrofia muscular
- EBS autosómica recesiva (EBS AR)
- EBS letal acantolítica
- EBS por deficiencia de placofilina 1
- EBS con atresia pilórica

EB de unión (EBU)

- *EBU de Herlitz (EBUH)*
- *EBU no Herlitz (EBUnH)*
- *EBU con atresia pilórica*

EB distrófica (EBD)

- *EBD dominante (EBDD)*

- *EBD recesiva (EBDR)*
- *EBDR intermedia (no Hallopeau-Siemens)*
- *EBDR generalizada severa (Hallopeau-Siemens)*

Síndrome de Kindler (SK) (17) (25).

DIAGNÓSTICO

La sospecha de un diagnóstico de exclusión se basa en la aparición de ampollas en la infancia, que se producen con un roce leve. También es esencial examinar la edad en que surgen las vesículas o ampollas, su distribución, gravedad, empeoramiento estacional, desarrollo hacia distrofia, atrofia, aparición de milia y formación de cicatrices (26). El paciente debe ser sometido a la toma de una biopsia de piel lesionada, la cual consiste en extraer una pequeña muestra de dermis donde se presente algún síntoma de la enfermedad (ampolla o irritación), que luego debe ser analizada en laboratorios especializados de histología y anatomía patológica, para conocer el tipo de EB (23).

La EB debe ser clasificada de la forma más precisa, pues esto influye en el pronóstico, manejo, asesoría genética y el diagnóstico prenatal. El mapeo de inmunofluorescencia (IFM) es la técnica diagnóstica de primera línea que provee la caracterización en la mayoría de los tipos de EB (27). de igual manera el diagnóstico definitivo (26) se realiza la microscopia electrónica (ME) con la cual se logra visualizar y evaluar la ultraestructura de la piel que se encuentra afectada (28).

- Toma de biopsia

El primer paso para seguir consiste en elegir un área de la piel que no sea acral y que no exhiba ampollas. Esta área debe ser frotada con la goma de un lápiz, girando 180 grados de lado a lado. Se sugiere repetir esto al menos entre 5 y 10 veces hasta que aparezca enrojecimiento en la piel, sin que se desarrollen ampollas o lesiones visibles. Luego de aproximadamente 30 minutos, la muestra se puede tomar como normalmente se haría en una biopsia cutánea.

Lo ideal es obtener tres muestras de piel.

La primera biopsia se realizará con un punch de 4 mm, asegurándose de que la mitad contenga piel enrojecida de la fricción y la otra mitad de piel sana. Esta muestra debe ser enviada en formol para su análisis con hematoxilina-eosina.

La segunda muestra puede recolectarse utilizando un punch de 3 a 4 mm, destinada al estudio de IFM. Esta muestra debe ser enviada en suero fisiológico y ser congelada. Debe ser remitida a la brevedad posible a un centro especializado en EB.

Finalmente, una tercera muestra muy pequeña se puede obtener usando un punch de 2 mm y enviarse en glutaraldehído para su estudio con ME. Este análisis permite

observar el punto en el que se forma la ampolla, así como la presencia o ausencia de proteínas estructurales (29) (20).

- Técnica de IFM

En 1981, Hintner y colaboradores describieron por primera vez la técnica de IFM para esta enfermedad. Esta se basa en la detección de proteínas estructurales en la epidermis o la unión dermoepidérmica mediante anticuerpos monoclonales específicos. Actualmente, es la principal técnica de laboratorio utilizada para el diagnóstico y el subtipo de la EB (30).

El panel de anticuerpos utilizados para el diagnóstico de EB incluye: antígeno del penfigoide ampollosa tipo 2 (bpag2), laminina-1, colágena tipo IV, laminina-332 (formalmente llamados laminina-5), colágena tipo VII, colágena tipo XVII, Plectina, integrina $\alpha 6 \beta 4$ y queratina 14 (17).

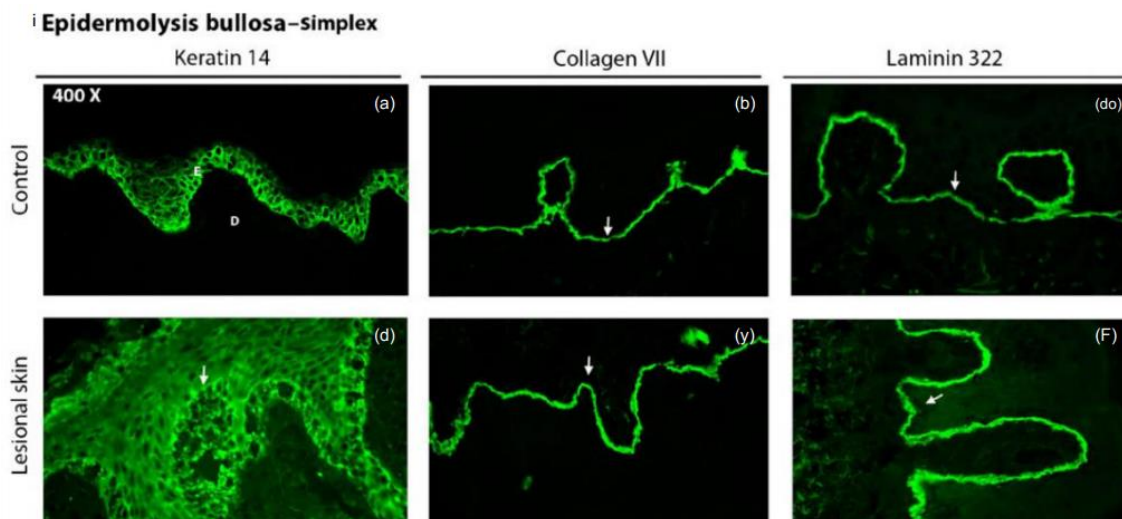


Figura 2. Hiremagalore R. Immunofluorescence mapping in inherited epidermolysis bullosa: a study of 86 cases from India. British Journal of Dermatology. 2015. Imágenes de IFM de EB en piel control y lesionada utilizando anticuerpos monoclonales específicos para el colágeno VII, queratina 14, lamina 332. E, epidermis, D, dermis

EBS: La piel lesionada Fig. 2 (d) teñida con queratina 14 muestra grupos/ agujeros en la epidermis basal en comparación con la tinción normal en la piel de control Fig. 2 (a) (30).

ii Epidermolysis bullosa-junctional

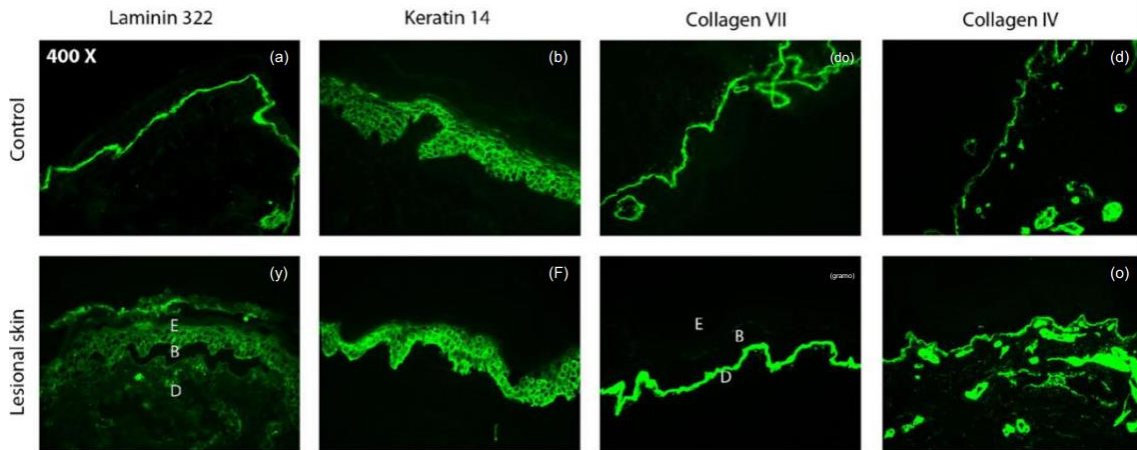


Figura 3. Hiremagalore R. Immunofluorescence mapping in inherited epidermolysis bullosa: a study of 86 cases from India. British Journal of Dermatology. 2015. Imágenes de IFM de EBU en piel control y lesionada utilizando anticuerpos monoclonales específicos para el colágeno VII, queratina 14, lamina 332, colágeno IV. E, epidermis, B, ampolla, D, dermis.

EBU: en la piel lesionada Fig. 3 (y) obsérvese la ausencia de tinción de la lámina 332 en comparación con el patrón de tinción normal en la piel de control Fig. 3 (a). Nótese en la piel lesionada Fig. 3 (F), la tinción normal del colágeno VII en el suelo de la ampolla (30).

iii Epidermolysis bullosa-dystrophic

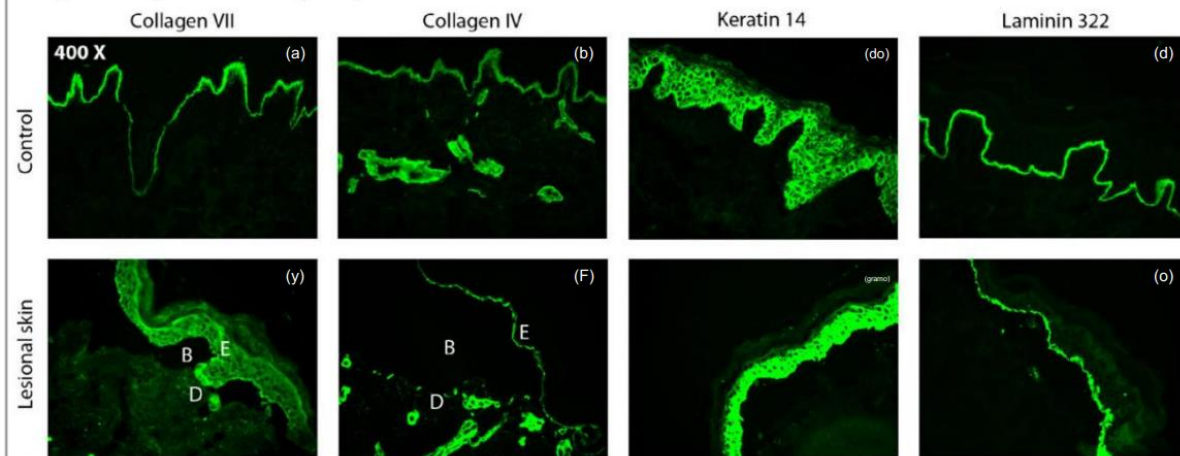


Figura 4. Hiremagalore R. Immunofluorescence mapping in inherited epidermolysis bullosa: a study of 86 cases from India. British Journal of Dermatology. 2015. Imágenes de IFM de EBD en piel control y lesionada utilizando anticuerpos monoclonales específicos para el colágeno VII, queratina 14, lamina 332, colágeno IV. E, epidermis, B, ampolla, D, dermis.

EBD: en la piel lesionada Fig. 4 (y), observe la ausencia de tinción de colágeno VII en comparación con el patrón de tinción normal en el control Fig. 3 (a).

En la piel lesionada Fig. 3 (F), observe la tinción normal de colágeno IV en el techo de la ampolla (30).

- Técnica de ME

El primer ME comercial, diseñado por Ruska, fue lanzado al mercado por Siemens en 1939 (31).

La microscopía electrónica describe la estructura a nivel microscópico en la formación de ampollas y facilita la observación y la evaluación semicuantitativa de ciertas estructuras (filamentos de queratina, desmosomas, hemidesmosomas, filamentos de anclaje, fibrillas de anclaje), las cuales se ha comprobado que presentan modificaciones en cantidad o en apariencia en cada subtipo particular de EB (32).

Esta técnica ya no se usa de manera estándar para el diagnóstico de la EB, pero puede ser muy útil para confirmar o resolver casos más complejos. Esta técnica examina la estructura de la piel que no se puede ver con microscopios convencionales ya que es capaz de magnificar la imagen 10 millones de veces (33).

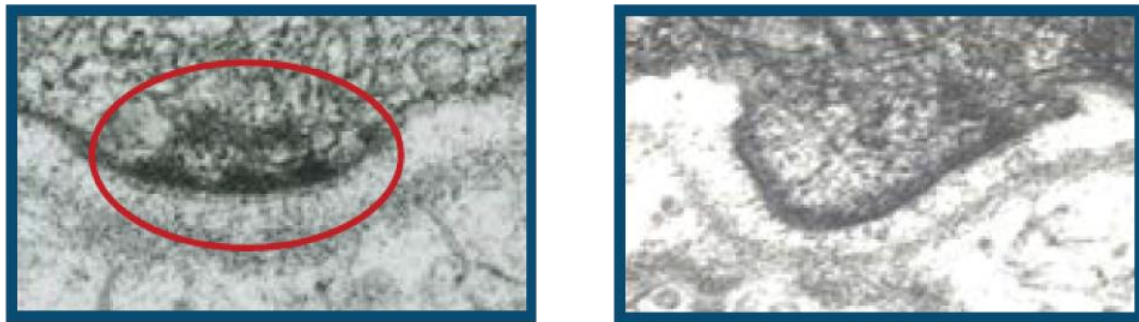


Figura 5. DEBRA INTERNACIONAL. LABORATORIUMDIAGNOSE INFORMATIE VOOR MENSEN MET EB. La imagen de la izquierda muestra una piel sana bajo un ME, y la imagen de la derecha es de una persona con EBU. La estructura oscura dentro del círculo rojo está ausente en la persona con EBU (33).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Histopatológicamente, el diagnóstico diferencial se realiza con la epidermólisis ampollosa adquirida clásica donde es decisiva la demostración de depósitos en la membrana basal por inmunofluorescencia directa algunos diagnósticos por descartar en el nacimiento e infancia son (1):

- SINDROME DE BART

Se denomina síndrome de Bart (SB) a la combinación de la ausencia congénita localizada de piel (50), junto a la EB con presencia de ampollas generalizadas y alteraciones ungueales, aunque no todos los pacientes presentan el cuadro clínico completo (50).

- SINDROME DE STEVEN JHONSONS

También llamada síndrome de Lyell, son reacciones cutáneas severas que provocan extensa necrosis y desprendimiento de la epidermis (51). Se denomina síndrome de Stevens-Johnson a la pérdida cutánea menor de 10% de la superficie corporal (52).

- APLASIA CUTIS

Se caracteriza por la ausencia de epidermis, dermis y, ocasionalmente, tejido subcutáneo o incluso tejido óseo, afectando múltiples localizaciones corporales. La localización más frecuente de la lesión es el cuero cabelludo, aunque puede ser en cualquier parte (53).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los pacientes con EB presentan retraso generalizado del crecimiento, esto se ha asociado con la malnutrición crónica debido a la malabsorción por alteraciones en la mucosa gástrica (34). Se caracteriza clínicamente por la formación de ampollas por trauma mecánico que pueden ser superficiales o profundas según su plano de clivaje. Las lesiones pueden producirse tanto en la piel como en las mucosas traqueal, genitourinaria, oral, esofágica y ocular, y manifestarse como erosiones, úlceras y cicatrices (35).

Dicho retraso es mayor en quienes presentan EBD y EBU, sin embargo, aquellos con EBS tienen poca afección y generalmente crecen sin secuelas importantes (34).

A continuación, se presentan manifestaciones específicas de los diferentes tipos de EB:

- *EBS*

Puede presentarse en el nacimiento o en los primeros meses de vida, con ampollas y erosiones en sitios de roce, puede acompañarse de lesiones mucosas orales (36), se caracteriza por ampollas herpetiformes con base eritematosa. Las manos y los pies son los sitios de predilección (36).

Su herencia está determinada principalmente por un gen autosómico dominante. Las ampollas surgen debido a la ruptura de las células en las membranas basal y suprabasal, y el desprendimiento ocurre dentro de la epidermis; además, contienen líquido seroso y se curan sin dejar marcas. El crecimiento del cabello, los dientes y las uñas puede ser adecuado. (37).



Figura 6. Vidal G. Epidermólisis ampollar: a propósito de un caso clínico. Scielo. 2018. Ampollas epidérmicas correspondiente a EBS (36).

- *EBU*

Se caracteriza por una herencia autosómica recesiva y por la presencia de ampollas que se forman dentro de la lámina lúcida, por fallo en las hemidesmosomas (37). Esta variedad puede afectar las mucosas oculares, la cavidad bucal, las vías urinarias, el esófago, la faringe y las uñas (37).; con los días, las heridas pueden volverse crónicas con un lecho de tejido de granulación friable, que suele afectar a la cara, orejas y parte distal de los dedos; la alopecia es común; suele ser mortal en los primeros dos años de vida (38).

De igual manera presentan fragilidad cutánea desde el nacimiento con tejido de granulación exuberante; granulación conjuntival y de los párpados con el consiguiente simbléfaron, cicatrización y pérdida visual (38).



Figura 7. Maseda R. Epidermólisis bullosa en España: Estudio observacional de una cohorte de pacientes atendidos en un centro de referencia nacional. Madrid. 2021 manifestación clínica representativa de la EBU (38).

- *EBD*

Puede tener una herencia autosómica recesiva o dominante la cual ocasiona lesiones ampollares entre la lámina densa y el estrato dérmico de la piel. Por tanto, la separación es subepidérmica, bajo la membrana basal, por rotura de las fibras de anclaje. Esto es generado por cambios en el colágeno VII (37).

En el caso particular de la EBD, los sucesivos episodios de formación de ampollas, cicatrización y fibrosis condicionan la aparición de deformidades discapacitantes, especialmente en las manos y los pies. Las alteraciones comunes en las manos incluyen la contracción aductora del pulgar, la pseudosindactilia en los dedos, la pérdida habitual de las uñas al inicio de la enfermedad, alopecia, un alto riesgo de padecer carcinoma epidermoide cutáneo en lesiones crónicas, y contracturas flexoras en las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas y de la muñeca. (39).



Figura 8. Manifestaciones clínicas de la EBD. *Imágenes propias de autor.*

- *Síndrome de Kindler*

Presenta una herencia recesiva y se presenta en zonas de la piel, fotosensibilidad variable desde el nacimiento o la primera infancia cicatrices atróficas y ampollas (40) generalizadas, con fragilidad de las mucosas.

Si bien la epidermólisis bullosa de Kindler en la infancia se caracteriza por ampollas y fotosensibilidad, estos síntomas eventualmente dan paso a poiquilodermia, despigmentación, atrofia, eritema, cicatrización mucocutánea e hiperqueratosis palmoplantar. Más adelante en la edad adulta, los cánceres epiteliales complican la epidermólisis ampollosa de Kindler, presentándose típicamente carcinoma de células escamosas en localizaciones acrales y mucosas (41).



Figura 9. Edrees S. síndrome de kindler: informe de un caso raro en Siria. Pubmed. 2023. Manifestaciones clínicas del SK (42).

Complicaciones clínicas de los diferentes tipos de epidermólisis bullosa representadas en la tabla 1.

Complicaciones clínicas	Total	Simple	Distrófica	Juntural	Kindler
n	214	67 (31,3)	135 (63,1)	8 (3,7)	3 (1,4)
Exitus (%)	22 (10,3)	0 (0,0)	19 (14,1)	3 (37,5)	0 (0,0)
Infecciones locales (%)	121 (56,5)	22 (32,8)	93 (68,9)	5 (62,5)	0 (0,0)
Sepsis (%)	26 (12,1)	0 (0,0)	24 (17,8)	2 (25,0)	0 (0,0)
Dolor (%)	117 (54,7)	25 (37,3)	86 (63,7)	5 (62,5)	0 (0,0)
Prurito (%)	135 (63,1)	26 (38,8)	101 (74,8)	5 (62,5)	2 (66,7)
Disfagia (%)	83 (38,8)	1 (1,5)	76 (56,3)	3 (37,5)	2 (66,7)
Estenosis esofágica (%)	59 (27,6)	0 (0,0)	57 (42,2)	0 (0,0)	2 (66,7)
Atresia de píloro (%)	6 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (75,0)	0 (0,0)
Gastrostomía (%)	51 (23,8)	1 (1,5)	49 (36,3)	1 (12,5)	0 (0,0)
Estreñimiento (%)	94 (43,9)	4 (6,0)	87 (64,4)	2 (25,0)	0 (0,0)
Anemia (%)	78 (36,4)	3 (4,5)	72 (53,3)	2 (25,0)	1 (33,3)
Retraso del crecimiento (%)	75 (35,0)	1 (1,5)	73 (54,1)	1 (12,5)	0 (0,0)
Oftalmológicas (%)	47 (22,0)	3 (4,5)	43 (31,9)	0 (0,0)	1 (33,3)
Ampollas en cavidad oral (%)	117 (54,7)	5 (7,5)	106 (78,5)	2 (25,0)	3 (100,0)
Microstomía (%)	77 (36,0)	0 (0,0)	76 (56,3)	1 (12,5)	0 (0,0)
Anquiloglosia (%)	76 (35,5)	0 (0,0)	76 (56,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Área ORL (%)	10 (4,7)	1 (1,5)	9 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Pseudosindactilia (%)	78 (36,4)	0 (0,0)	77 (57,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Contracturas musculares (%)	76 (35,5)	1 (1,5)	74 (54,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Cardíacas (%)	12 (5,6)	1 (1,5)	10 (7,4)	1 (12,5)	0 (0,0)
Genitourinarias (%)	10 (4,7)	1 (1,5)	9 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Distrofia ungueal (%)	133 (62,1)	10 (14,9)	115 (85,2)	7 (87,5)	0 (0,0)
Anoniquia (%)	101 (47,2)	0 (0,0)	97 (71,9)	3 (37,5)	0 (0,0)
Alopecia (%)	27 (12,6)	1 (1,5)	24 (17,8)	1 (12,5)	0 (0,0)
Carcinoma epidermoide (%)	22 (10,3)	1 (1,5)	21 (15,6)	0 (0,0)	0 (0,0)

Tabla 1. Maseda R. Epidermólisis bullosa en España: Estudio observacional de una cohorte de pacientes atendidos en un centro de referencia nacional. Madrid. Complicaciones clínicas de EB en los pacientes del Hospital Universitario La Paz entre los años 2000-2021 (n = 214) (25).

TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento de la EB es sintomático y paliativo, actualmente no existe una cura definitiva, pero se puede intervenir de muchas formas para proporcionar la mejor calidad de vida posible (43). El enfoque del tratamiento debe centrarse en evitar lesiones mecánicas y en sanar las ampollas. Es fundamental que el paciente mantenga una adecuada higiene tanto del cuerpo como de los dientes. El manejo y la supervisión de esta condición deben ser realizados por un equipo médico que incluya diversas especialidades (44) (dermatólogo, internista, fisioterapeuta, nutricionista, estomatólogo y psicólogo) (45).

Es fundamental prevenir traumatismos para evitar el riesgo de lesiones. Se sugiere emplear soluciones que no sean citotóxicas para limpiar heridas, como agua o solución salina, además de utilizar emolientes como vaselina blanca para mantener la piel hidratada y promover un ambiente húmedo que beneficie la curación (39).

Actualmente solo la terapia génica en el periodo preimplantacional es la forma de evitar la enfermedad (46).

MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS

Es muy frecuente la aparición de pequeñas ampollas y lesiones intraorales y peribuccales de menor tamaño, que cicatrizan rápido en las formas leves de EB (46), sin embargo, en formas más severas tienden a tardar más tiempo en cicatrizar y cubrir toda la mucosa oral (46).

Las ampollas que se presentan en los pacientes con epidermólisis bullosa distrófica recesiva (EBDR) son las que se asocian con mayores complicaciones en la cavidad bucal, debido a su extensión y confluencia. Al cicatrizar, ocasionan bridas extensas que obliteran el vestíbulo bucal, causan anquiloglosia severa y microstomía (37).

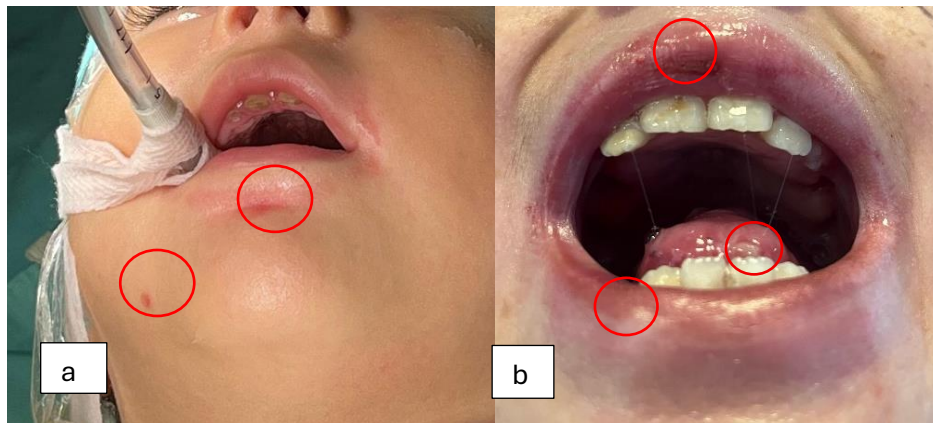


Figura 10. En la fig. (a) Se muestran lesiones de EBS, mientras que en la fig. (b) se muestran lesiones más severas de EBD. *Imágenes propias del autor.*

Alteraciones dentales, como amelogenénesis imperfecta, hipo mineralización incisivo molar (HIM) y alteraciones de las IgA en el surco gingival (37). También se ha demostrado que la incidencia de caries es superior en muchos de los tipos de EB debido a las dificultades para una higiene bucal correcta por la presencia de lesiones o problemas como la microstomía (46).



Figura 11. Alteraciones dentales de HIM en EB. *Imágenes propias del autor.*

La afectación de las mucosas puede provocar microstomía, anquiloglosia y estenosis esofágica, aunque con menor frecuencia que en la EBDR grave (25) también son frecuentes la gingivitis y enfermedades dentales; hay aumento de riesgo de carcinoma epidermoide mucocutáneo, con mal pronóstico. Además de la manifestación cutánea, pueden sufrir estenosis esofágica y colitis debido a la utilidad de la proteína kindlin-1 en la mucosa oral y el tracto gastrointestinal (SK) (41).



Figura 12. Masada R. Epidermolísis bullosa en España: Estudio observacional de una cohorte de pacientes atendidos en un centro de referencia nacional. Madrid. 2021. Manifestaciones bucales en paciente con SK (25).

MANEJO ESTOMATOLÓGICO EN EB

El ingreso de un paciente con EB se realiza de distintas maneras como pueden ser:

- Solicitud de interconsulta por algún servicio tratante (dermatología, pediatría, gastroenterología, genética, entre otros).
- Ingreso al servicio de urgencias por los criterios de dolor, inflamación, elevación de temperatura, supuración, disfagia y disnea en el área facial.

Valoración por urgencias en el Instituto Nacional de Pediatría (INP)

Paciente femenino de 8 años 8 meses de edad con diagnóstico de epidermólisis bullosa distrófica recesiva severa, con antecedente de síndrome de Bart y quiste epidermoide en región occipital, se presenta al servicio de urgencias con los criterios mencionados en la región facial derecha secundario a caries dentales en los órganos dentales 16 y 26.

Valoración por el servicio de estomatología

Extra oralmente presenta celulitis facial en región malar de aproximadamente 3cc, se realiza la toma de radiografía periapical de los órganos dentales 16 y 26, posteriormente se realiza comunicación intencionada hacia el paquete vasculonervioso, se permeabilizan los conductos radiculares con limas tipo K, se realiza lavado a presión con solución fisiológica por medio de jeringa hipodérmica.

Debido a la pérdida de seguimiento se solicita interconsulta a los servicios de hematología y dermatología para su revaloración y descartar contraindicaciones previas a programar rehabilitación bucal bajo anestesia general.



Figura 13. (a, b y c) Fotografías extraorales. *Imágenes propias del autor.*

Preparación prequirúrgica

- Antes de acudir a Rehabilitación Bucal Bajo Anestesia General (RBBAG)

Llenado de papelería

Este apartado consiste en una documentación de carácter médico – legal, la cual comprende la realización de una historia clínica, consentimiento informado,

consentimiento por parte de estomatología y marcaje del área a intervenir, mismos que serán firmados por padre, madre o tutor legal, medico adscrito (estomatólogo pediatria) y dos testigos.

Para poder culminar este llenado de papelería se solicitan mandar a realizar estudios de laboratorio, donadores de sangre, y el debido pago de la intervención, u obteniendo el sello de gratuidad en la caja de pago del INP, en caso de tener gratuidad.

ADESÓGRAFO

NOMBRE (S) DEL PACIENTE: Florencia

REGISTRO: 90000 EDAD: 8 años

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
DIRECCIÓN MÉDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN GENERAL

En 04 de Marzo del 2025

El (La) que suscribe Sr. (a) Marian

En mi carácter de Paciente ☐ Familiar ☒ Representante legal ☐

Manifiesto que el Dr. José Carlos Lara Bascuñán me informó de manera clara, sencilla y completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de mi padecimiento en:

Razón por la cual es necesario que se me realice el (los) siguiente (s) procedimiento (s):
Toma de Colagelina, Ido y Clavex

Los beneficios esperados son:

Los posibles riesgos o complicaciones, pueden ser:

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

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

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: [Redacted] Maria Larrea

Parentesco: Madre

Firma: [Redacted] Domicilio: [Redacted] San Mateo

Identificación: [Redacted] 29

TESTIGO 1 **TESTIGO 2**

Nombre: [Redacted] Mónica Montalvo Ruiz

Firma: [Redacted] Mónica Montalvo Ruiz

Domicilio: INP Domicilio: INP

Identificación: INP Identificación: INP

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

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

Departamento o Servicio: Colagelina

Nombre del Médico: José Carlos Lara Bascuñán

Firma: [Redacted] Fecha: 04-03-25

Recibí copia de Carta de Consentimiento Informado.

Nombre: [Redacted] Marian Firma: [Redacted] Fecha: 04/03/25

Este formato debe ser anexado al expediente clínico.

Rev. 1 M-0-30 a M-0-30 b

Figura 14. Consentimiento informado del INP. *Imágenes propias del autor.*

Estudios de laboratorio

Se enviaron a analizar estudios de sangre para la evaluación de tiempo parcial de tromboplastina (TTP), tiempos de protombina (TP) y biometría hemática (BH), esto con el fin de valorar los riesgos esperados, mismos que por el diagnostico de EBD es alto el riesgo de obtener anemia el cual no es un padecimiento oportuno para una intervención, así mismo los valores resultaron ser aptos para la intervención bajo anestesia general.

No.	Estudio	Examen	Valor	Unidades	Valores de Referencia
1	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	1 -LEUCOCITOS	9.2	10 ² /uL	5-15.5
2	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	2 -Neutrófilos %	43.3	%	30.3-74.3
3	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	3 -Linfocitos %	48.3	%	14.1-55
4	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	4 -Monocitos %	6.4	%	4.3-8.9
5	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	5 -Eosinófilos %	1.3	%	0-5.8VR
6	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	6 -Basófilos %	0.7	%	0-1VR
7	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	7 -Neutrófilos Absolutos	4	10 ² /uL	1.5-7.5
8	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	8 -Linfocitos absolutos	4.4	10 ² /uL	1.5-8
9	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	9 -Monocitos absolutos	0.6	10 ² /uL	0-0.8VR
10	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	10 -Eosinófilos absolutos	0.1	10 ² /uL	0-0.7VR
11	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	11 -Basófilos absolutos	0.1	10 ² /uL	0-0.2VR
12	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	12 -ERITROCITOS	5.2	10 ⁶ /uL	4.1-5.9
13	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	13 -HEMOGLOBINA	8.2	g/dL	11.2-14.5
14	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	14 -HEMATOCRITO	27.9	%	36-45
15	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	15 -Volumen Corpuscular Medio	53.8	fL	80-90
16	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	16 -Conc. Media de Hemoglobina	15.8	pq	27.5-33.2
17	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	17 -Conc.Corpúscular Media de Hemoglobina	29.4	q/dL	32-36
18	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	18 -Amplitud de Distribución Eritrocítica	20.3	%	12.5-15
19	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	19 -PLAQUETAS	555	10 ² /uL	170-450
20	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo: (met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	20 -Volumen Plaquetario Medio	8.1	fL	7.4-10.4

21	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo:(met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	21 -Anormalidades	ANISOCITOSIS +, HIPOCROMIA ++		0-0VR
22	(+) BIOMETRIA HEMATICA (TM - sangre total EDTA) (TM - Sangre Total) Metodo:(met.Impedancia,Volumen,Conductividad,Dispersión)	22 -SUMA DIFERENCIAL	100		100-100
23	(+) TIEMPO de PROTROMBINA (TM - Plasma) Metodo:(met. Coagulometrico)	1 -TP	13.4	seg	10.43-13.63
24	(+) TIEMPO de PROTROMBINA (TM - Plasma) Metodo:(met. Coagulometrico)	2 -TP%	79	%	76.04-124.04
25	(+) TIEMPO de PROTROMBINA (TM - Plasma) Metodo:(met. Coagulometrico)	3 -INR	1.19		0.86-1.15
26	(+) TIEMPO de PROTROMBINA (TM - Plasma) Metodo:(met. Coagulometrico)	4 -TESTIGO	11.3	seg	0-0VR
27	(+) TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TM - Plasma) Metodo:(met. Coagulometrico)	1 -TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	30.6	seg.	24-37
Nos.	Estudio	Examen	Valor	Unidades	Valores de Referencia

Tabla 2. Estudios de laboratorio (BH, TP, TPP). *Tabla propia del autor.*

Radiografía

Debido a la manipulación constante de los tejidos bucales y a la complejidad que esto representa se optó por enviar una solicitud de radiografía ortopantomografía, así mismo logrando visualizar un gran número de lesiones cariosas y de la falta de espacio en cavidad oral.



Figura 15. Radiografía ortopantomografía inicial. *Imágenes propias del autor.*

Interconsulta con el servicio de dermatología

Se recibe a cita de valoración por solicitud de estomatología por procedimiento quirúrgico programado, mismo donde se dan las siguientes indicaciones:

- Baños con cloro 1 vez por semana en caso de muchas heridas: diluir 1ml de cloro por cada litro de agua, realizar baño en tina por 10 minutos y al termino enjuagar con agua sola.
- Parches hidrocoloides: Aplicar sobre heridas y cambiar por razón necesaria.

- Ferranina solución 16ml / día dividir 2 tomas 8 ml por la tarde y 8 ml por la noche por 3 meses.
- Humylub gotas (lubricante): aplicar una gota en cada ojo 1 vez al día sin suspender.
- Losartan tabletas 50mg (0.7mg/kg/día) diluir 1 tableta en 5ml y dar 1 ml diariamente. Iniciar posterior a procedimiento quirúrgico.

Se concluye la cita después de la valoración, a lo cual el servicio informa que no se contraindica el procedimiento quirúrgico (RBBAG).

Valoración anestésica

Una vez completado el llenado de papelería con sus estudios correspondientes y donadores, se solicita una valoración por parte del servicio de anestesiología con el fin de evaluar si el paciente es apto para una RBBAG, mismas bajo la clasificación de Mallampati establece criterios de riesgo, siendo candidata para el procedimiento en grado II.

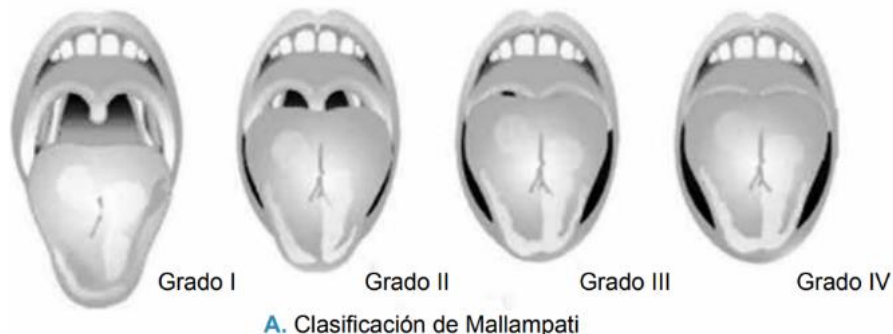


Figura 16. Pórcel CM. Predictive value of airway evaluations in obese patients with difficult intubation. Acta Médica Grupo Ángeles. 2019. Clasificación de Mallampati (47).

- Evaluación prequirúrgica en el quirófano

Colocación de la cama del quirófano o quirófano central

Con el fin de reducir el impacto psicológico negativo que tiene el paso por el quirófano en los niños, se le permite entrar con algún objeto personal de apego, como puede ser un juguete, peluche, o en este caso una cobija, de igual manera se le permite estar presente al familiar hasta unos minutos antes de la intervención con el fin de aumentar la seguridad y disminuir el nivel de ansiedad y agitación, así mismo reduciendo las lesiones en la transferencia hasta la mesa de quirófano.



Figura 17. Primer contacto con el quirófano.
Imágenes propias del autor.

Protección de piel

Es fundamental proteger la piel de nuevas lesiones que puedan ser ocasionadas durante la intervención, por lo que se hace el uso del petrolato y de la glicerina, con el fin de reducir las lesiones por fricción así mismo protegiendo las lesiones que aún no cicatrizan, estas soluciones deben ser colocadas en todo el cuerpo o en sitios de rose y articulación preferentemente, no solo se hace el uso de soluciones sino también el uso de uline película elástica (véase en monitorización).

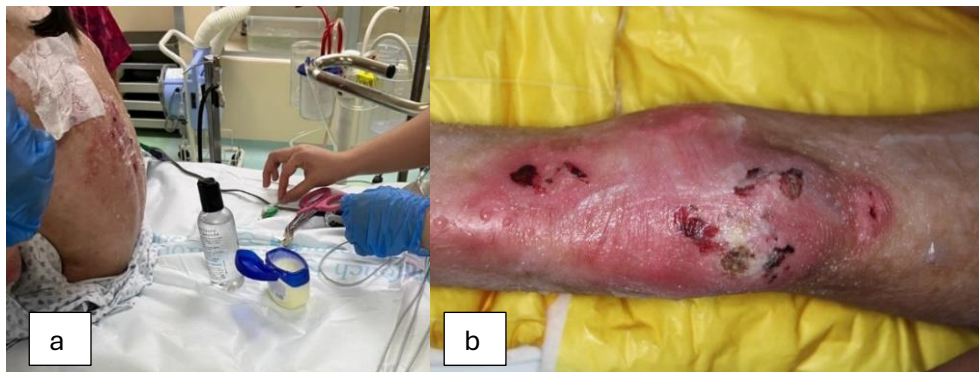


Figura 17. (a) Colocación del petrolato. (b) Muestra de articulación lubricada
Imágenes propias del autor.

Adaptación de la mesa del quirófano

Debido al tiempo prolongado que estará un paciente con EB en una misma posición de decúbito supino, existe el riesgo que una mesa de quirófano tradicional pueda causar bullas en las zonas de contacto, por lo cual se hace el empleo de un colchón blando donde reposará el paciente durante su intervención.



Figura 18. Colocación en cama acolchonada. *Imágenes propias del autor.*

Monitorización

Para la monitorización por medio del electrocardiograma, se colocará una barrera de protección con uline película elástica, encima se colocará el electrodo ya que el adhesivo no estará en contacto con la piel, de igual manera es preferible elegir electrodos de pinza para evitar ejercer presión al conectarlos.

En la toma de presión arterial, se podrá tomar en el tobillo o de manera tradicional en el brazo, se tomará en la zona donde haya menos lesiones, de igual manera se colocará una capa de película elástica para evitar fricciones con la piel.

Finalmente, en la pulsioximetría se coloca el dispositivo en la oreja como primera opción para minimizar el riesgo de lesiones al momento de retirarlo, en este caso se decidió retirar por los movimientos en cabeza que se generan durante la RBBAG y se optó por colocar en la muñeca esto con apoyo de un vendaje para evitar lesiones, debido a la pseudosindactilia no es posible colocar en alguna de las extremidades de la muñeca.

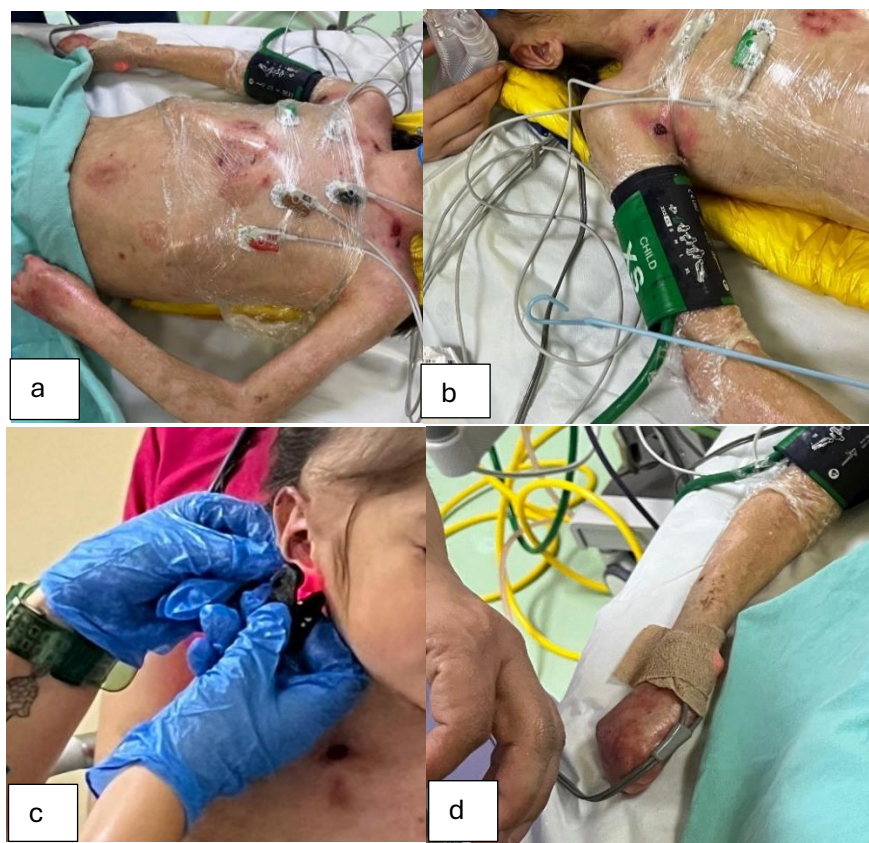


Figura 19. (a) Colocación de barreras protectoras. (b) Colocación de esfigmomanómetro. (c) Uso del pulsómetro. (d) Toma de signos en muñeca. *Imágenes propias del autor.*

Sedación

Durante la sedación el personal de anestesiología coloca una mascarilla facial previamente lubricada y sin ejercer tanta presión a modo que se cumpla la sedación y no haya lesiones por fricción.



Figura 20. Sedación con mascarilla. *Imágenes propias del autor.*

Vía aérea

El acceso a la vía aérea debe ser con extremo cuidado, evitando lesionar lengua y labios manteniendo lubricada la zona y de esta manera se realiza la colocación de cánula de Guedel.

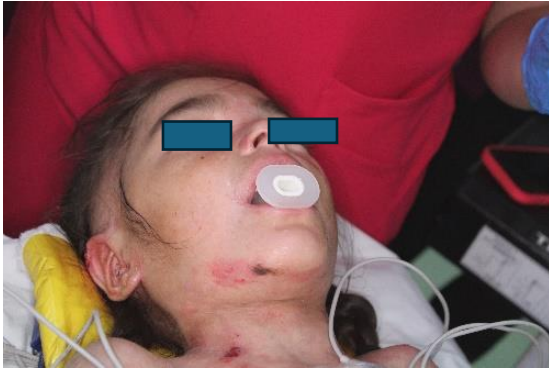


Figura 21. Cánula de Guedel. *Imágenes propias del autor.*

Acceso al sistema venoso

En la canalización de vías venosas se debe tener en cuenta diversos factores como lo son: no friccionar la piel, evitar colocación de materiales adhesivos para fijar el catéter.

Se emplea el uso de vendaje y colocación de uline película elástica.

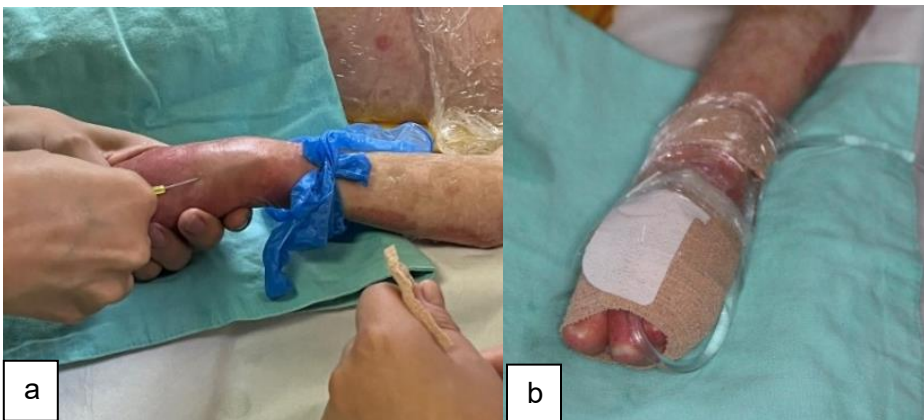


Figura 22. (a) Punción para canalizar. (b) Protección de la mano. *Imágenes propias del autor.*

- Preparación intraoperatoria

Intubación

Durante este procedimiento es importante lubricar los instrumentos a emplear (laringoscopio), puesto que por el diagnóstico de base y el grado más severo de epidermólisis se pueden presentar bullas en la cavidad oral, laringe y faringe. En

una RBBAG de pacientes con EB se realiza orotraqueal, de manera tradicional la vía es nasotraqueal.

Se evita el mayor contacto del tubo con la piel, debido a las posibles lesiones es indicada la intubación orotraqueal.

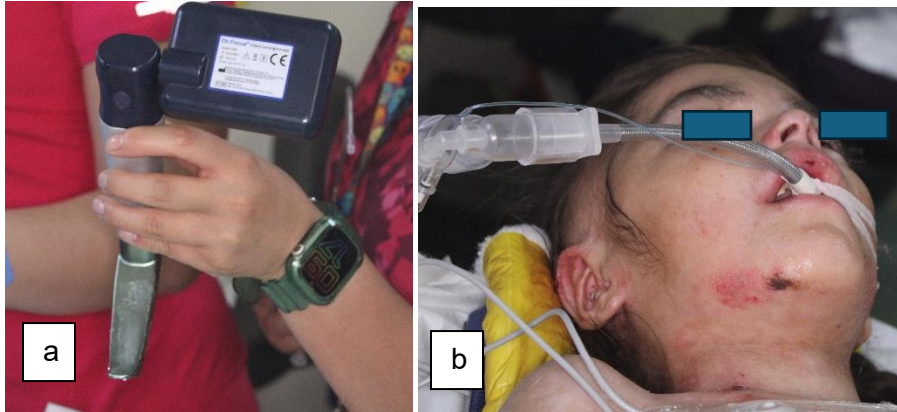


Figura 23. (a) Laringoscopio lubricado. (b) intubación endotraqueal. *Imágenes propias del autor.*

Protección de ojos y parpados

Es de suma importancia la protección ocular con gotas, debido que al tener los ojos cerrados por mucho tiempo presentan una resequedad, la cual puede causar irritación en la córnea por la falta de lubricación, hasta una bulla en los parpados, provocando incomodidad en el paciente.



Figura 24. Colocación de gotas lubricantes. *Imágenes propias del autor.*

Antisepsia

Antes de iniciar la intervención intraoperatoria se realiza la antisepsia con cloruro de Benzalconio 1.0 g con nitrito de sodio 0.5 g, de igual manera se usa el gluconato de clorhexidina al 20 por ciento, con el fin de eliminar las bacterias de la piel peribucal que puedan causar riesgo de contaminación, se empleara con pequeños toques no duros, sin la necesidad de causar fricción.

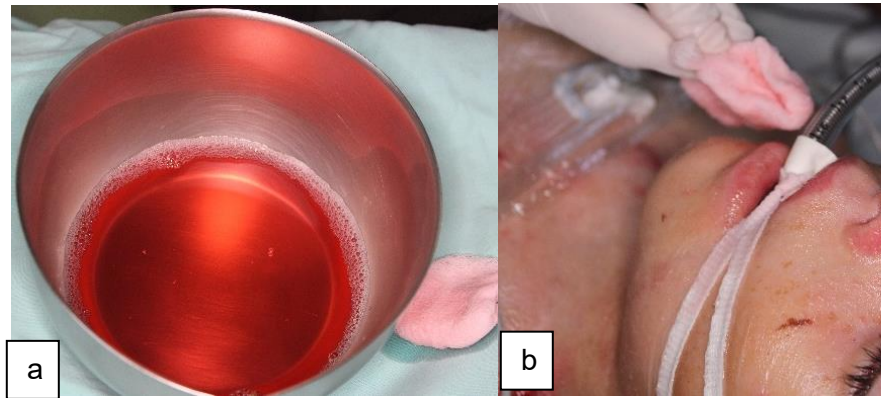


Figura 25. (a) Jabón para uso prequirúrgico. (b) antisepsia. *Imágenes propias del autor.*

Campo quirúrgico

Para el vestido del paciente una vez que fueron colocadas las barreras de protección y de cuidados de la piel en pacientes con EB, se colocan de manera tradicional los campos estériles.

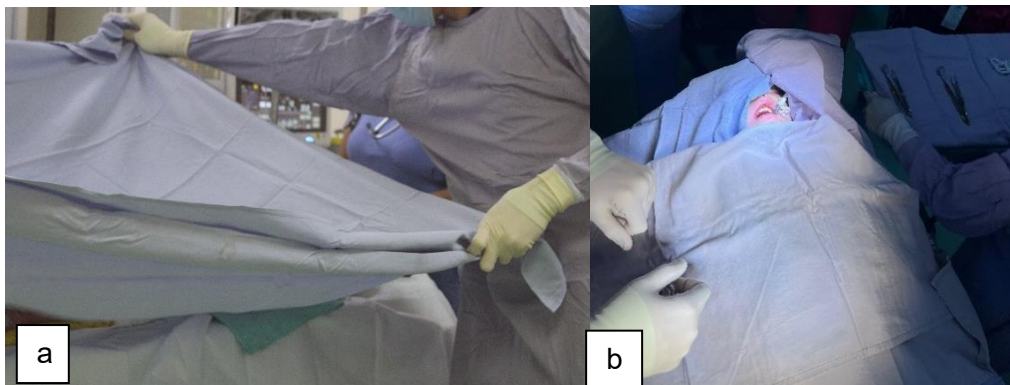


Figura 26. (a y b) Vestido del paciente. *Imágenes propias del autor.*

- Manejo intraoperatorio

Colocación de abre bocas

Para mantener una apertura bucal ideal que nos permita rehabilitar de manera correcta se necesita el uso de un abre bocas tipo “KK” para una mejor manipulación, de igual manera se mantendrá este instrumento en constante lubricación con petrolato puro.

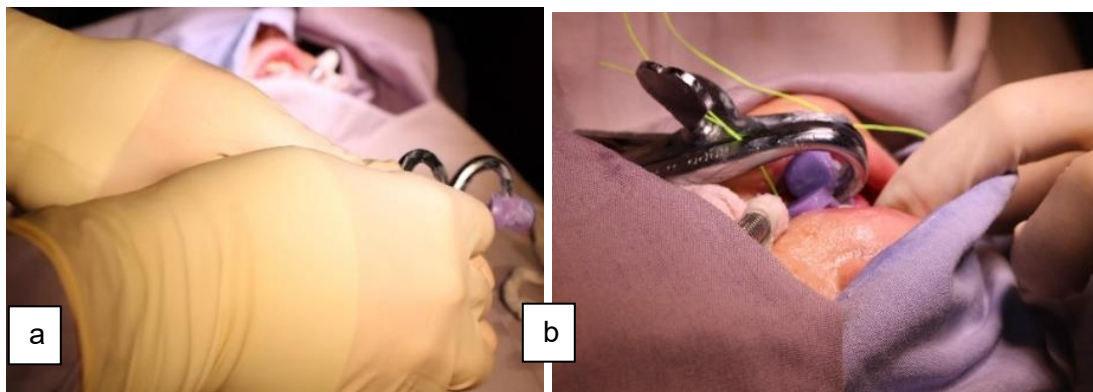


Figura 27. (a y b) Lubricacion y colocacion de abre bocas. *Imágenes propias del autor.*

Profilaxis dental

La higiene bucodental es indispensable para la detección de caries y su correcto diagnóstico, así mismo nos permite tener una zona libre de agentes que nos puedan causar alguna infección en los procedimientos más complejos como una exodoncia o levantamiento de colgajo, esta se realiza de manera tradicional con una pieza de baja velocidad y pasta profiláctica.

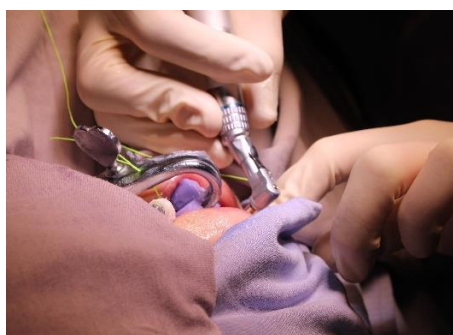


Figura 28. Profilaxis con pieza de baja velocidad. *Imágenes propias del autor.*

Irrigación

Se solicita previamente al personal de enfermería suero fisiológico de 0.9 por ciento a una temperatura entre 1.5 a 4.5 grados centígrados, esto con el fin de reducir la inflamación y el sangrado (vasoconstricción) en los procedimientos que nos puedan causar bullas, además de limpiar y eliminar saliva, sangre y restos de materiales extraños.



Figura 29. (a) Suero fisiológico a baja temperatura. (b) Irrigación. *Imágenes propias del autor.*

Operatoria dental

La eliminación de lesiones cariosas se realiza de manera mecánica y rotatoria esto dependiendo el nivel de la lesión cariosa, con una cucharilla de filo se retira las partes reblandecidas en dentina, así mismo se usa el ácido ortofosfórico al 37 por ciento lavando con suero fisiológico después de 30 segundos, continuando con el procedimiento se coloca adhesivo y se fotopolimeriza, se restaura con resina bulk la cual nos permite colocarla en una sola intensión, en pacientes con EB no se recomienda colocar aislamiento absoluto, puesto que la grapa pone en riesgo la encía y podría causar bullas, de la misma manera el dique y el arco de Young al estar en contacto tanto tiempo con la piel peribucal provoca fricción causando el mismo daño mencionado.

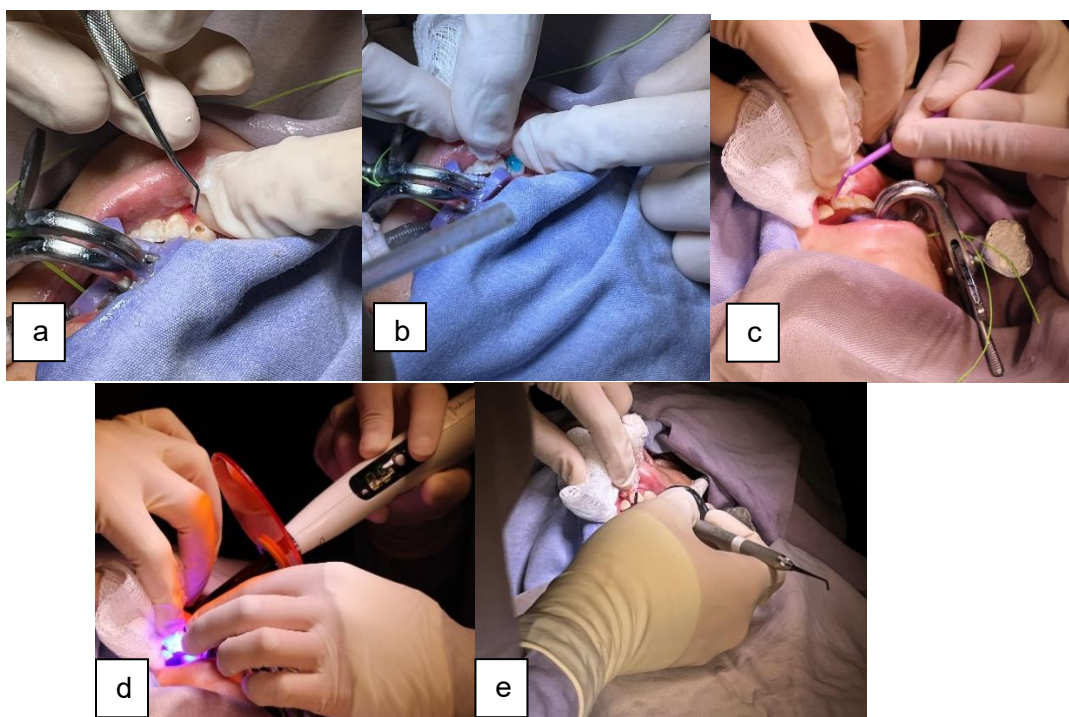


Figura 30. (a) Eliminación de la lesión carosa. (b) ácido ortofosfórico. (c) Adhesivo. d) fotopolimerizado. (e) Colocación de la resina. *Imágenes propias del autor.*

Exodoncia arcada superior

Antes de realizar algún procedimiento es de suma importancia mantener lubricados los instrumentos en este caso el separador Minnesota el cual en la retracción puede causar bullas por contacto, la anestesia se aplica de manera tradicional como se realizará para un procedimiento normal de exodoncia.

Para mayor seguridad de nosotros al tener instrumentos en constante lubricación existe el riesgo que estos puedan caer, es por eso por lo que se emplea el uso de gasas con el fin de tener un mejor agarre en el mango del instrumento.

La sindesmotomía se realiza desprendiendo las fibras periodontales siguiendo el protocolo habitual de exodoncia, únicamente añadiendo la lubricación como se menciona con anterioridad.

Siguiendo con el protocolo de exodoncia se hace el uso del elevador recto en sus diferentes medias, el uso del elevador debe tener un cuidado más riguroso, puesto que existe el riesgo de sobre caer en tejidos blandos al momento de ejercer los movimientos de elevación con nuestro punto de apoyo, sin darnos cuenta podemos causar bullas en la región peribucal.

El retiro del órgano dentario se toma con el fórceps que este indicado de acuerdo con el molar.

Como última parte del protocolo de exodoncia se hace la colocación de puntos simples de sutura, estos se colocarán como se realizaría en un procedimiento habitual, cuidando los tejidos blandos y colocando puntos precisos de unión para no desgarrar la encía.

De la misma manera se aplicarán estos conceptos y métodos para la arcada inferior.

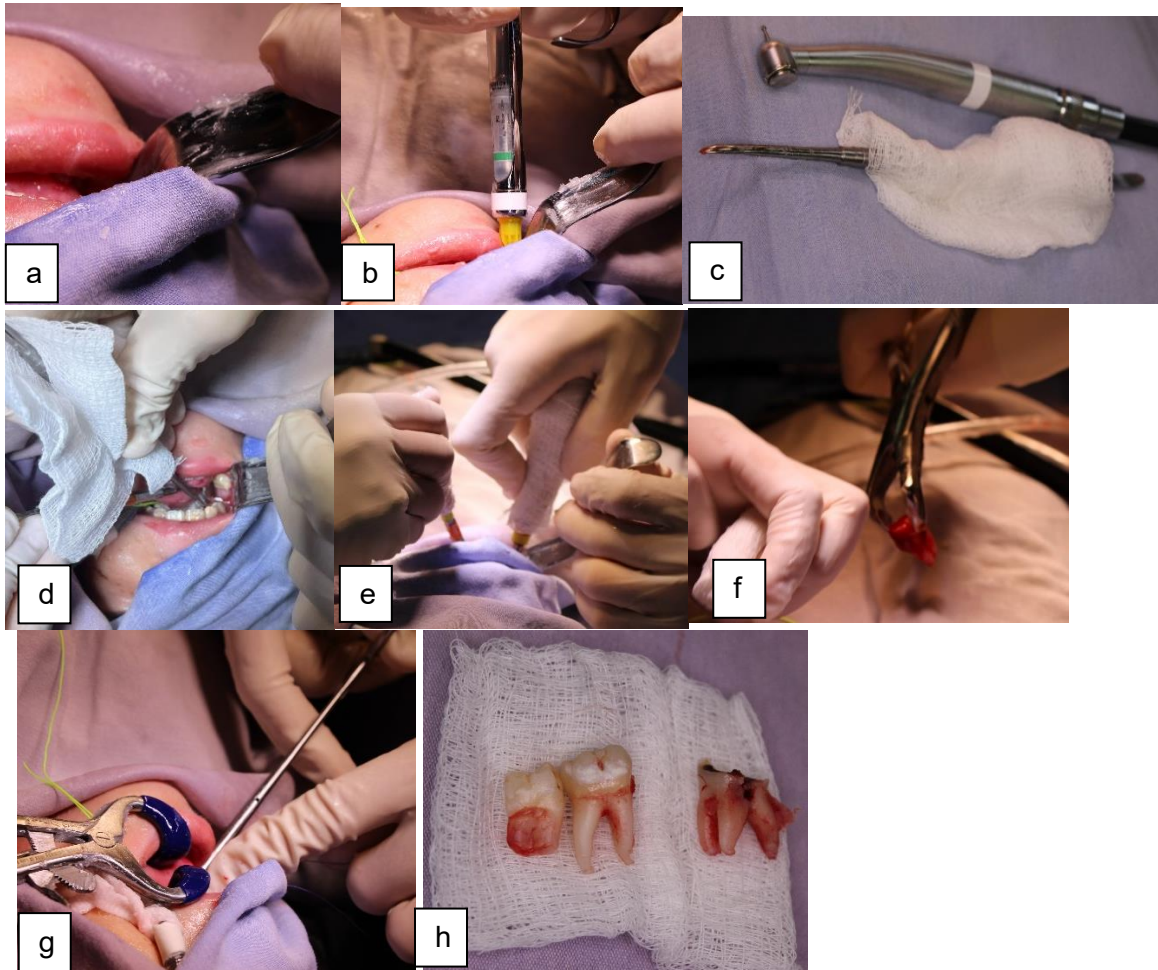


Figura 31. (a) Retracción con separador Minnesota lubricado. (b) Anestesia local. (c) Pieza de alta y elevador recto con cubierto de gasa seca. (d) sindesmotomía. (e) Luxación. (f) Exodoncia con fórceps. (g) Punto de sutura. (h) Órganos dentales extraídos. *Imágenes propias del autor.*

Exodoncia arcada inferior

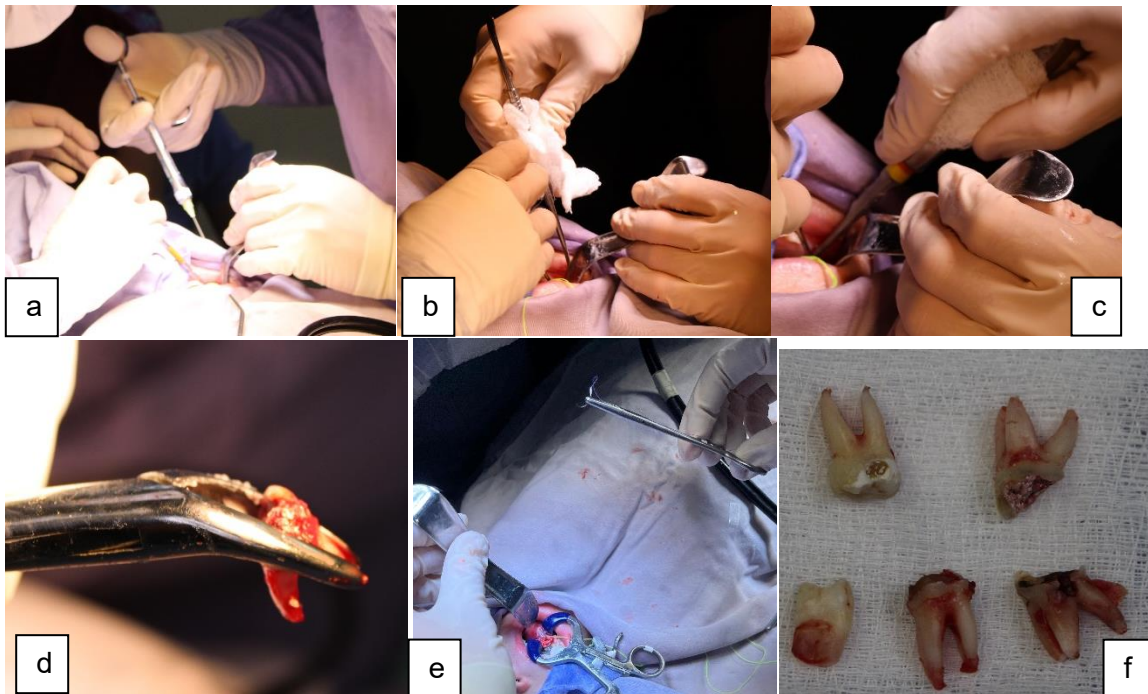


Figura 32. (a) Anestesia local. (b) sindesmotomía. (c) Luxación. (d) Exodoncia con fórceps. (e) Punto de sutura. (f) Órganos dentales extraídos. *Imágenes propias del autor.*

- Monitoreo

Mantener en constante monitoreo es de vital importancia para analizar el impacto de los procedimientos efectuados sobre nuestro paciente, esto nos permite visualizar los riesgos y complicaciones esperados, de la misma manera en este caso se encuentra dentro de sus valores normales después de una intervención de 2 horas y 4 minutos.

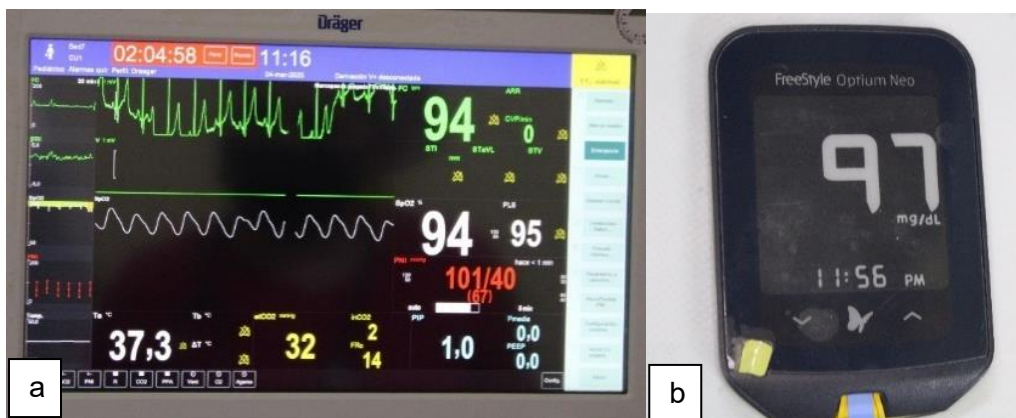


Figura 33. (a) Monitorización. (b) Glucómetro. *Imágenes propias del autor.*

- Finalización de la RBBAG

Una vez terminados los procedimientos efectuados por parte del servicio de estomatología, queda a cargo del servicio de anestesiología para la extubación y el retiro de la cánula Guedel, pasando al área de recuperación para dar las indicaciones correspondientes al familiar o tutor para sus cuidados los cuales son:

- Iniciar líquidos claros a tolerancia, continuar con líquidos oscuros a tolerancia hasta pasar a dieta blanda libre de grasas e irritantes.
- Ingesta de nieve a libre demanda.
- Higiene estricta de cavidad oral con pasta y cepillo de cerdas suaves.
- Higiene de puntos de sutura con gasas húmedas.
- Dormir en posición semi acostada con almohadas en la espalda.
- No realizar esfuerzos físicos.
- No jugar ni tocar los puntos de sutura.
- No introducir manos ni objetos sucios a la boca.
- No permanecer en sitios sucios ni calurosos.
- Toma de medicamentos como se indica en la receta.
- Asistir a su cita control.

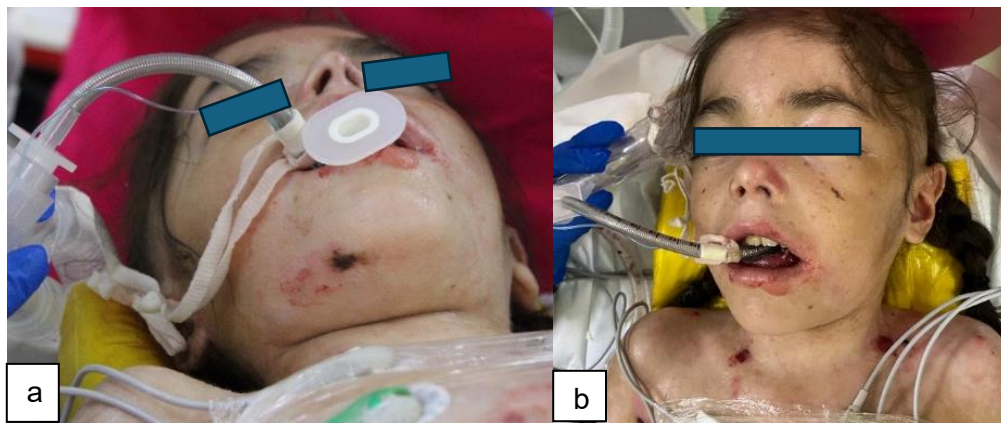


Figura 34. (a y b) Finalización del tiempo quirúrgico, notese las bullas generadas.
Imágenes propias del autor.

- Control post RBBAG

Para realizar un control de seguimiento se deberá dar de 10 a 15 días de espera para valorar restauraciones, tejidos blandos, cicatrización y el retiro de puntos, mismos que se valoraron en su cita, se hizo la toma de fotografías extraorales logrando visualizar la correcta cicatrización de tejidos y de piel peribucal misma zona donde se generó una bulla.

En las fotos intraorales no está indicado tomar fotografías con espejos o retractores pues estos mismos pueden generar bullas al momento de las tomas, por lo que se tomaron de acuerdo con la apertura bucal de la paciente.

De igual manera se da cita en 2 meses para su control de higiene y se envía una solicitud para toma de radiografía ortopantomografía

Fotografías extraorales

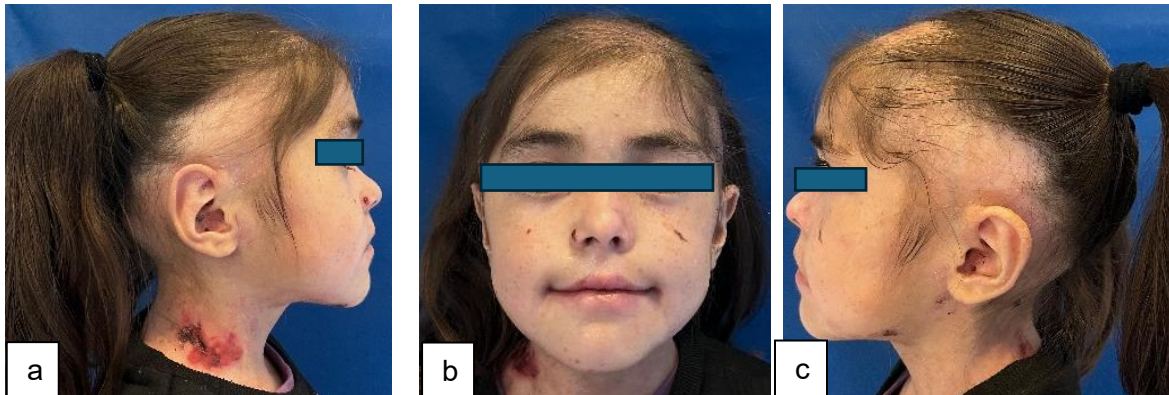


Figura 35. (a, b y c) Fotografías extraorales. Nótese la bulla activa en la figura (a) *Imágenes propias del autor.*

Fotografías intraorales

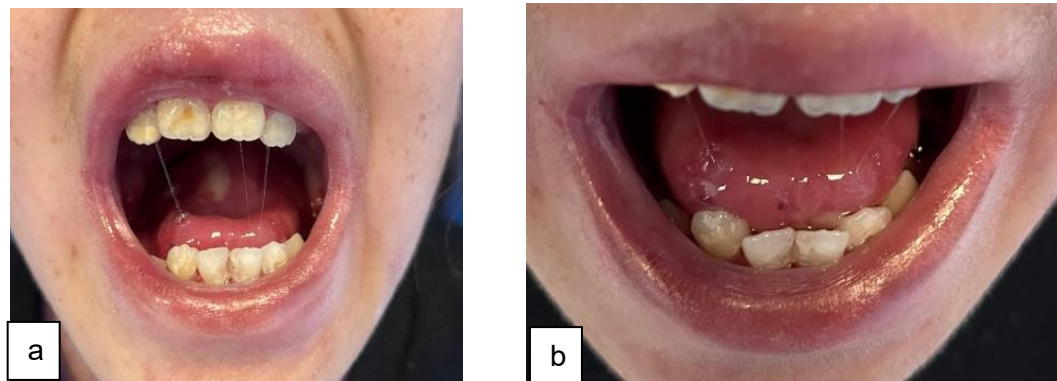


Figura 36. (a) dorso de la lengua con presencia de bulla. (b) Órganos dentarios inferiores anteriores restaurados. *Imágenes propias del autor.*

• *Control a 4 meses post RBBAG*

Se realiza el control de seguimiento a 4 meses después del ingreso al quirófano, en el examen clínico estomatológico se observa lesión de bulla en el dorso de la lengua, así mismo mostrando el desajuste de las resinas de los órganos dentarios 31 y 41, mismas que fueron cavitadas con cucharilla de dentina y obturadas con resina bajo aislamiento relativo, mostrando poca cooperación en el procedimiento,

de igual manera se observa una gingivitis generalizada asociada a la placa dentobacteriana y diagnóstico de base, por lo que se indica técnica de cepillado con cerdas suaves al igual que la limpieza con gasa en todos los órganos dentarios preservando la mucosa de daños por fricción.

Se indicó la solicitud de una radiografía para el control de erupción y la evolución de las extracciones seriadas bajo protocolo, mismos que se encuentran en correcta evolución.

Extra oralmente se observa la nula aparición de bullas en la piel peribucal, así mismo la disminución de la bulla generada durante la RBBAG, sin mostrar datos de alarma, en cuello y ambas orejas se muestra la correcta cicatrización de las bullas.

Así mismo se concluye la visita, requiriendo el control de seguimiento cada 6 meses para una aplicación tópica de flúor.

Radiografía panorámica



Figura 37. Radiografía ortopantomografía de control post RBBAG a 4 meses. *Imágenes propias del autor.*

Fotografías extraorales

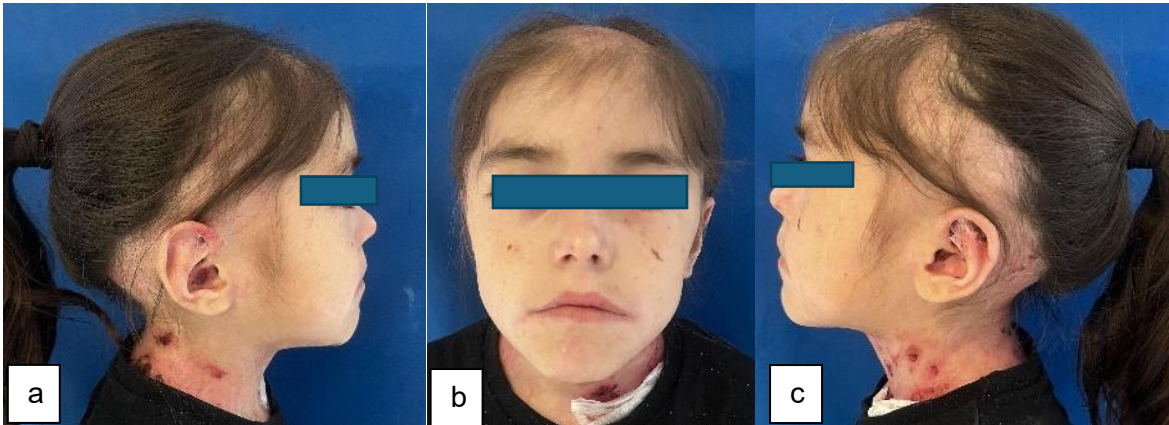


Figura 38. (a, b y c) Fotografías extraorales. Nótese la disminución de la bulla en la figura (a y b) *Imágenes propias del autor.*

Fotografías intraorales



Figura 39. (a) Mordida borde a borde. (b) Lesiones en paladar blando. (c) Gingivitis generalizada y resina desajustada. (d) Dorso de la lengua fisurado y bulla. (e) hipoplasia del esmalte y resina colocada.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- Dar a conocer el manejo estomatológico que se lleva en el Instituto Nacional de Pediatría en pacientes con epidermólisis bullosa y su respectivo seguimiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Revisar la literatura sobre las manifestaciones médicas y estomatológicas en los pacientes con epidermólisis bullosa.
- Analizar y comparar el manejo estomatológico que se lleva a cabo en los diferentes hospitales y/o universidades con el Instituto Nacional de Pediatría.
- Elaborar un reporte sobre el ingreso de un paciente con epidermólisis bullosa al servicio de estomatología hasta su egreso.
- Mostrar el seguimiento y evolución de un paciente con epidermólisis bullosa distrófica recesiva después de su intervención bajo anestesia general.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación presentada es de tipo descriptiva, cualitativa, longitudinal y bibliográfica, en los cuales debido a la recolección de información de 1 expediente clínico de paciente con epidermólisis bullosa y su seguimiento durante 6 meses.

Criterios de inclusión

- Artículos científicos referentes a epidermólisis bullosa del año 2015 al 2025.
- Paciente activo con diagnóstico de base de epidermólisis bullosa teniendo un reciente abordaje en el servicio de estomatología en el INP durante el periodo 2024-2025.
- Artículos en los que se describen las manifestaciones médico-estomatológicas de pacientes diagnosticados con epidermólisis bullosa.

Criterios de exclusión

- Pacientes con epidermólisis bullosa que no se encuentre tratado por el servicio de estomatología.
- Artículos científicos mayores a 10 años desde su publicación.

Diseño del estudio

Se realizó una revisión bibliográfica analizando libros y artículos, de los cuales se recopiló la información necesaria para llevar a cabo la presente investigación,

utilizando las siguientes palabras clave como “epidermólisis bullosa” “manifestaciones bucales” “manejo estomatológico” “tipos de epidermólisis” “diagnóstico y tratamiento” “manifestaciones clínicas”.

Después de recopilar la información de fuentes bibliográficas, se procedió a realizar la toma de fotografías y el respectivo seguimiento del ingreso de un paciente con diagnóstico de epidermólisis bullosa al servicio de estomatología del Instituto Nacional de Pediatría, una vez que se aprobó a ser candidato para una rehabilitación bucal bajo anestesia general, se solicitó expediente clínico electrónico para construir el reporte del caso, de igual manera se llevó a cabo de manera detallada el manejo pre operatorio por parte del servicio de anestesiología y operatorio por el servicio de estomatología, así mismo el post operatorio por ambos servicios, llevando un seguimiento de 6 meses desde su ingreso en urgencias hasta su egreso a citas de seguimiento de cada 3 meses por estomatología.

Materiales

Recursos materiales

- Computadora
- Memoria USB
- Cámara fotográfica profesional
- Documentos de Google
- Expediente del Instituto Nacional de Pediatría.
- Libros digitales
- Artículos científicos.
- Consentimiento informado.

Recursos económicos

- Traslado
- Vivienda
- Alimentación

Recursos humanos

Pasante del servicio social de la licenciatura en estomatología egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

RESULTADOS

En este trabajo se obtuvo el registro de 1 paciente de 8 años 8 meses con epidermólisis bullosa distrófica la cual acudió a consulta en el servicio de estomatología en enero del 2025 a causa de una celulitis facial referido de urgencia.

Se llevo a cabo el manejo estomatológico de la urgencia de manera ambulatoria en el sillón dental realizando la canalización del órgano dentario causante de la infección dental, mismo que se concluye procedimiento sin incidentes ni complicaciones

En el examen estomatológico se perciben múltiples focos infecciosos, mismos que por diagnóstico de base, edad del paciente y nula cooperación se indica una rehabilitación bucal bajo anestesia general para su manejo estomatológico, en el cual mostramos el ingreso del paciente a sala del quirófano, su manejo intraoperatorio hasta su recuperación post anestésica, resultando de manera exitosa el procedimiento, con solo una bulla en la region peribucal, misma que no causo complicaciones.

Posterior a la rehabilitación bucal, se llevaron cita de control y evolución cada 3 meses, por el diagnostico de base este tipo de pacientes no pueden ser dados de alta del servicio, por lo que siguen citas subsecuentes para su manejo estomatológico.

DISCUSION

La evidencia recopilada en esta revisión sistemática demuestra que existen diversos tipos de EB, mismos que de acuerdo con cada tipo se presentaran manifestaciones clínicas y estomatológicas diferentes, por ello es importante diferenciarlas y realizar un manejo adecuado.

Diana Flores y cols. Nos hablan acerca del manejo estomatológico de un paciente con EBD de 14 años, realizando distintas fases en el sillón dental.

En la primera fase se realizó la valoración clínica, se mandó tomar radiografía panorámica y se manejó la parte preventiva (técnica de cepillado, hábitos alimenticios y detartraje con ultrasonido).

La segunda fase incluyó la rehabilitación integral, y se citó al paciente cada dos semanas, con una duración de una hora y media, realizando obturación de caries, extracción de 1 órgano dentario y 3 restos radiculares.

Tercera fase (mantenimiento) cita cada 4 meses para manejo preventivo de la salud bucal. Se realizan profilaxis y aplicaciones de barniz de flúor en cada cita (48).

Rosales Berber dice que la mayoría de los niños con EB pueden tolerar el tratamiento estomatológico de rutina, algunos pacientes con necesidades restaurativas extensas pueden ser rehabilitados bajo anestesia general; sin embargo, se debe evitar el trauma innecesario a la mucosa oral y la piel de la cara y cuello, de igual manera (49). Clavería Clark en el año 2015 comenta que los procedimientos dentales se deben de realizarse bajo anestesia general con extremo cuidado al efectuar dichos procedimientos, con vistas a no ocasionar un daño mayor

en la frágil mucosa bucal, así mismo nosotros coincidimos con ellos en cualquier tipo de EB llevar acabo un manejo bajo anestesia general.

Así mismo Aguilera Flores y cols. presenta un caso de una paciente de 4 años con EB, conducta negativa, múltiples lesiones cariosas por lo que se tomó la opción de RBBAG, a pesar de los cuidados previos observaron laceración de comisura labial, vesículas en lengua y úvula, los cuales se drenaron sin complicación para evitar úlceras a lo que concluyen que en pacientes pediátricos deben realizarse los procedimientos bajo anestesia general para disminuir complicaciones (44).

De la misma manera nosotros evaluamos futuras complicaciones en la mucosa bucal y en la maloclusión, por lo que optamos en realizar extracciones seriadas, mismas que no consideramos que se tengan que hacer estos tratamientos en sillón dental, si no bajo RBBAG no solo únicamente por el diagnostico de base, sino por la edad donde no son cooperadores y un mal manejo puede complicar el procedimiento y llegar a complicaciones tanto operatorias como post operatorias.

CONCLUSIONES

La epidermólisis bullosa es una enfermedad no curable, sin embargo, puede llevar un manejo multidisciplinario por las diversas áreas de la salud para ofrecer una mejor calidad de vida, por lo que es de suma importancia llevar un manejo médico-estomatológico, así mismo llevar seguimiento desde la prevención hasta los casos de urgencias.

En el Instituto Nacional de Pediatría los casos de urgencias estomatológicas se tratan en sillón dental al momento del ingreso, sin embargo después de la estabilización y control de la misma, se evalúan los criterios y condiciones necesarias para ser candidatos a una rehabilitación bucal bajo anestesia general, tal es el caso de la EB, al ser un diagnóstico de alto riesgo de lesiones traumáticas tanto en mucosas como en la piel se deben tener cuidados y tratamientos específicos es por eso que siempre se es tratada bajo anestesia general, siendo así en cualquiera de sus diferentes tipos de epidermólisis.

Mostrando así una recuperación más rápida, sin riesgos ni complicaciones, ganando la confianza de los papás y sobre todo del paciente para citas de control de higiene.

La documentación del manejo estomatológico de casos únicos como lo es la EB es de suma importancia para ayudar a colegas con conocimiento general a referir con especialistas en estomatología pediátrica y así mismo llevar un manejo adecuado a dicha condición.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Revuelta Monje Lidia, Ruíz Rojas Dalia, Guerra Villarpando Dayamy, Bravo Polanco Eneida. Epidermólisis bullosa. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2016 Dic [citado 2025 Feb 13]; 14(6): 789-795. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600017&lng=es.
2. Galán Gutiérrez JC, Martínez Suárez MA, Tobera Noval B, Avello Taboada R. Epidermólisis bullosa de Herlitz en el paciente pediátrico: implicaciones anestésicas. Colomb J Anesthesiol [Internet]. 2014;42(2):132–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.01.003>
3. Christiano AM, Greenspan DS, Hoffman GC et al. A non-sense mutation in type VII collagen in two affected siblings with recessive dystrophic epidermolysis bullosa. Nat Genet 1993; 4:62-66 <https://doi.org/10.1038/ng0593-62>
4. Felipe CN, Lorenzo PS. Guía de práctica clínica para el cuidado de la piel y mucosas en personas con epidermolisis bullosa. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud; 2009.
5. ARAUJO, Bruno Gonçalo Souza de et al. Cuidados de enfermagem com crianças e adolescentes com epidermólise bolhosa: revisão sistemática. Acta Paulista de Enfermagem, v. 36, p. eAPE03302, 2023.
6. Fine HHJ-D. Vivir con Epidermólisis Bullosa (EB) etiología, diagnóstico, asistencia interdisciplinar y tratamiento Vivir con Epidermólisis Bullosa (EB) etiología, diagnóstico, asistencia interdisciplinar y tratamiento. Springer-Verlag Wien; 2009
7. Sánchez-Jimeno C, Escámez MJ, Ayuso C, Trujillo-Tiebas MJ, del Río M. Genetic diagnosis of epidermolysis bullosa: Recommendations from an expert Spanish research group. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2018;109(2):104–22. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1578219017304183>
8. Hou PC, Wang HT, Abhee S, Tu WT, McGrath JA, Hsu CK. Investigational Treatments for Epidermolysis Bullosa. Am J Clin Dermatol [Internet]. 2021 Nov 22 [cited 2025 Feb 16];22(6):801–817. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292508/>
9. Portillo Nava E, Ángeles E de la T, Durán Gutiérrez A. Manejo estomatológico de la maloclusión dental en los pacientes con epidermólisis bullosa distrófica mediante la guía interceptiva de la oclusión (GIO): Comparación de dos casos. Rev Mex Ortod [Internet]. 2014;2(2):114–21. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s2395-9215\(16\)30024-1](http://dx.doi.org/10.1016/s2395-9215(16)30024-1)
10. Tabor A, LeQuang JAK, Pergolizzi J. Epidermolysis Bullosa: Practical Clinical Tips From the Field. Cureus [Internet]. 2024 Feb 7 [cited 2025 Feb 17]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38465068/>
11. Maldonado G, Durán C, Orozco L, Palacios C, Del Mar M, García M. Epidermólisis ampollosa: nuevos conceptos clínicos y moleculares para

- clasificación y diagnóstico. Artículo de revisión. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica [Internet]. 2016 [cited 2025 Feb 17];14. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2016/dcm164f.pdf>
12. Tabares Fernando, Díaz Carolina, Más Valentina, Monteghirfo Raquel. Epidermolisis ampollosa congénita: a propósito de un caso. Arch. Med Int [Internet]. 2015 Nov [citado 2025 Feb 17]; 37(3): 135-139. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000300007&lng=es.
 13. (DEBRA España, 2024).
 14. Hernández AC. MANIFESTACIONES ORALES Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES BUCALES EN NIÑOS CON EPIDERMÓLISIS BULLOSA EN MÉXICO [Internet]. [Nuevo León]: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2019. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/19900>
 15. (DEBRA México, 2017).
 16. Lomelí Valdez R, Lara Barredes JC, Durán Gutiérrez LA, García Romero MT. Manifestaciones estomatológicas de la epidermolisis ampollosa. APM [Internet]. 11abr.2025 [citado 28abr.2025];46(2):139-45. Available from: <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/2890>
 17. Maldonado CG, Durán KC, Orozco CL, et al. Epidermolisis ampollosa: nuevos conceptos clínicos y moleculares para clasificación y diagnóstico. Artículo de revisión. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2016;14(4):289-298
 18. Bardhan A, Bruckner L, Chapple LC, Fine JD, Harper N, Has C, et al. Epidermolysis bullosa. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(1):78.
 19. Torres-Iberico R, Palomo-Luck P, Torres-Ramos G, Lipa-Chancolla R. Epidermolisis bullosa en el Perú: estudio clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en un hospital pediátrico de referencia nacional, 1993-2015. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017;34(2):201. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2484>
 20. Giacaman A, Gregg Azcárate E, Saus Sarrias C, Martín-Santiago A. Biopsia de piel en un paciente con sospecha de epidermolisis ampollosa. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2023;114(7):642-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2023.04.015>
 21. Giménez M. Guía para pacientes con epidermolisis bullosa [Internet]. 2017. Disponible en: <https://aedv.es/wp-content/uploads/2021/02/Gui%CC%81a-epidermo%CC%81lisis-bullosa-VF.pdf>
 22. Hernández Barbosa R, Peña Martínez KA, Fontecha Puerto AT. Epidermolisis Bullosa: desafíos médicos, físicos y emocionales. Nova [Internet]. 2024;22(42). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22490/24629448.8200>
 23. Vorobyev A, Ludwig RJ, Schmidt E. Clinical features and diagnosis of epidermolysis bullosa acquisita, Expert Review of Clinical Immunology, Experto Rev Clin Immunol [Internet]. 2017;13(2):157-69. Disponible en:

- <http://dx.doi.org/10.1080/1744666x.2016.1221343>. (Fotografía a color 6x9 cm).
24. Gonçalves, N., Balestra, C., Monique D., Brosso, L., Levada, A., Cavicchioli, A. (2022). School inclusion of children and adolescents with epidermolysis bullosa: The mothers' perspective. DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP. Brasil. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0271en>
 25. R. Maseda Pedrero, L. Quintana Castanedo, I. Pérez Conde, M. Jiménez González, M.J. Escámez Toledano, R. de Lucas Laguna, Epidermolísis bullosa en España: Estudio observacional de una cohorte de pacientes atendidos en un centro de referencia nacional, Actas Dermo-Sifiliográficas, Volume 112, Issue 9, 2021, Pages 781-793, ISSN 0001-7310, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.04.006>. (1 fotografía a color 4.7x4.7).
 26. Pacheco MSH. Caracterización de la población de niños con Epidermolísis Bullosa atendidos en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera en el periodo del 2010 al 2020. [Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica]: UNIVERSIDAD DE COSTA RICA; 2021
 27. Yenamandra VK, Moss C, Sreenivas V, Khan M, Sivasubbu S, Sharma VK, et al. Development of a clinical diagnostic matrix for characterizing inherited epidermolysis bullosa *. 2017;1624–32
 28. Zurita Delgado K, Recalde Navarrete R. Epidermolysis Bullosa: Innovative Treatment with Stem Cells, a Systematic Review. Salud, Ciencia y Tecnología. 2024; 4:1193. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20241193>
 29. Lucky AW, Whalen J, Rowe S, Marathe KS, Gorell E. Diagnosis and care of the newborn with epidermolysis bullosa. Neoreviews [Internet]. 2021;22(7):e438–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/neo.22-7-e438>
 30. Hiremagalore R, Kubba A, Bansel S, Jerajani H. Immunofluorescence mapping in inherited epidermolysis bullosa: a study of 86 cases from India. Br J Dermatol [Internet]. 2015;172(2):384–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.13305> (3 Fotografía 7x15)
 31. Hernández F. HISTORIA DE LA MICROSCOPIA ELECTRONICA [Internet]. Binasss.sa.cr. 1987 [citado el 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v8n4/art1.pdf>
 32. Araiza-Atanacio M. I, Gris-Calvo J, Piña-Ramírez M. J, Cadena-León J. F, de la Teja Ángeles E, Varón-Munar D, , García-Romero M. T. Epidermolísis ampollosa en niños: un estudio retrospectivo en un hospital de referencia. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2020;58(5):583-592. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457768466007>
 33. Debra internacional. LABORATORIUMDIAGNOSE INFORMATIE VOOR MENSEN MET EB. Pág.15. (1 fotografía 4x15).
 34. Vázquez NMA, Santiesteban ARE, Ferrer MYI. Congenital bullous epidermolysis. Clinical update. Finlay. 2021;11(1):74-79

35. Biasutto M, Martínez MF, Angles MV, Mazzuocolo LD. Nuevos tratamientos para el manejo de la epidermólisis ampollar. Dermatol Argent [Internet]. 2023;29(1):02–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.47196/da.v29i1.2312>
36. Vidal Gimena, Carrau Fernanda, Lizarraga Mariana, Álvarez Mariela. Epidermólisis ampollar: a propósito de un caso clínico. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2018 Dic [citado 2025 Mar 17]; 89(6): 382-388. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492018000700382 (1 fotografía a color 7x15).
37. Clavería Clark Rafael Alberto, Rodríguez Guerrero Katuska, Peña Sisto Maritza. Características clínicas, genéticas y epidemiológicas de la epidermólisis bullosa y su repercusión en la cavidad bucal. MEDISAN [Internet]. 2015 Ago [citado 2025 Mar 24]; 19(8): 995-1005. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800010&lng=es
38. R. Maseda Pedrero, L. Quintana Castanedo, I. Pérez Conde, M. Jiménez González, M.J. Escámez Toledano, R. de Lucas Laguna, Epidermólisis bullosa en España: Estudio observacional de una cohorte de pacientes atendidos en un centro de referencia nacional, Actas Dermo-Sifiliográficas, Volume 112, Issue 9, 2021, Pages 781-793, ISSN 0001-7310, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.04.006> (Tabla 1).
39. Miriam Alonso Carpio ASG. Manifestaciones clínicas y manejo multidisciplinar de la Epidermólisis Ampollosa (EA) a propósito de un caso clínico. REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HERIDAS. 2020;33
40. Vinageras Hidalgo C, Hidalgo Ruiz M, Oviedo Pérez K, Domínguez Hidalgo LR. Epidermólisis Bullosa en un adolescente. Presentación de un caso. Med. Es. [Internet]. 2023 [citado fecha de acceso]; 3 (2). Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/208>
41. Khanna D, Bardhan A. Epidermolysis Bullosa. 2024 Jan 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 38261681.
42. Edrees, Souma MD^a; Jarkas, Natalie MD^a; Hraib, Munawar MD^c; Al-Yousef, Khaled MD^b; Baddour, Roula MD^a. Kindler syndrome: a rare case report from Syria. Annals of Medicine & Surgery 85(5):p 2077-2080, May 2023. <https://doi.org/10.1097/ms9.0000000000000503>
43. Asensio EB. Atención enfermera al paciente pediátrico con epidermólisis bullosa. revisión bibliográfica [internet]. [Soria]: Universidad de Valladolid; 2019. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/39029/TFG-O-1721.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Aguilera FA, Meléndez WCA, Hernandez QMF, et al. Epidermolisis bullosa en paciente pediátrico. Rev Tame. 2017;5. 6(17): 646-47.

45. Orphanet. Epidermólisis ampollosa hereditaria [Internet]. España: Enciclopedia Orphanet de la Discapacidad; 2018 [citado 29 Dic 2019]. Disponible en: https://www.orpha.net/data/patho/Han/Int/es/EpidermólisisAmpollosaHereditaria_Es_es_HAN_ORPHA79361.pdf
46. Pérez SE. Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos diagnosticados de epidermólisis bullosa [Internet]. Uva.es. [citado el 1 de abril de 2025]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/61605/TFG-H2783.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Pórcel CME, Ortiz JMP. Predictive value of airway evaluations in obese patients with difficult intubation. Acta Médica Grupo Ángeles. 2019;17(3):211–7. (fotografía blanco y negro 8x3 cm)
48. Flores Flores DA, Barbosa Rodríguez E, Cavazos López E, Vértiz Félix K. Manejo odontopediátrico de un paciente con epidermólisis bullosa distrófica: presentación de un caso. Odontol Pediátr 2020;28(2):92-102
49. Rosales Berber MA, Tejeda Nava FJ, Pozos Guillén AJ, Ruíz Rodríguez MS, Martínez Herrera A, Garrocho Rangel JA. Manejo estomatológico de un paciente con epidermólisis bullosa [Internet]. Odontologiapediatrica.com. [citado el 11 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/334_07_CasoClinico_313_Rosales.pdf
50. Nieto Jiménez Adrian Isacc, Monteagudo de la Guardia Luis Alberto. Síndrome de Bart: aplasia cutis congénita y epidermólisis bullosa. Medicentro Electrónica [Internet]. 2023 Mar [citado 2025 ago. 05]; 27(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432023000100017&lng=es .
51. Cuevas NG. Espectro del síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica. Dermatología revista. 2023;67(4):570–6.
52. Bonilla-Rojas J, Hernández-Cabeza A, Villasís-Keever MÁ, et al. Síndrome de Stevens-Johnson en pediatría, reporte de un caso por el uso de antiepilépticos. Rev Mex Pediatr. 2018;85(6):226-229.
53. Blionas A, Giakoumettis D, Antoniadis E, Drosos E, Mitsios A, Plakas S, et al. Aplasia cutis congenita: Two case reports and discussion of the literature. Surg Neurol Int [Internet]. 2017; 8:273. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/sni.sni_188_17

DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

El Instituto Nacional de Pediatría es un hospital de tercer nivel en México, en el cual se desarrollan modelos de atención a la infancia y adolescencia a través de la investigación científica, aplicada a las necesidades priorizadas de la población, siendo esta misma de un carácter de enseñanza-aprendizaje.

En un hospital de enseñanza donde se proporcionan servicios de especialidad y alta especialidad pediátrica, ya que forma personal médico de excelente calidad, ya que cuenta con equipo para atender las enfermedades más severas, agudas e inclusive avanzadas al igual que un diagnóstico oportuno en los campos de Alergia, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Torácica y Neumología, Comunicación Humana, Dermatología, Endocrinología, Estomatología, Genética, Inmunología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neurología, Neurocirugía, Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Infectología, Otorrinolaringología, Parasitología, Radioterapia, Salud Mental, Salud Reproductiva, Urología y Emergencias. Además, también se abordan temas de Cirugía Oncológica, Gastro-Nutrición y Hematología.

Ubicación: El Instituto Nacional de Pediatría se encuentra ubicado en la Ciudad de México, en la delegación Tlalpan. Avenida Insurgentes Sur 3700-C, Colonia Insurgentes Cuicuilco, C.P. 04530, México.

Organización: El INP es una entidad pública dedicada a la salud, centrándose en la atención médica especializada en niños y en la investigación científica vinculada con la salud infantil. Forma parte del sistema de salud en México y está bajo la supervisión administrativa de la Secretaría de Salud.

Recursos: El Instituto Nacional de Pediatría posee instalaciones contemporáneas equipadas con tecnología de vanguardia para el diagnóstico y tratamiento médico. Tiene laboratorios especializados, áreas de hospitalización, quirófanos, servicios de imagenología (como resonancias magnéticas y tomografías), además de consultorios médicos especializados en distintas ramas de la pediatría.

Educación y formación: Ofrecen programas educativos para médicos en formación y personal de salud, así como cursos y diplomas centrados en pediatría y disciplinas relacionadas.

Servicio de estomatología pediátrica: Está compuesto por 7 consultorios que brindan atención, donde los pacientes son atendidos según su diagnóstico de base, están distribuidos de la siguiente manera:

Consultorio	Especialidad	Diagnostico
C-1	Preventiva	
C-2	- Epilepsia - Sx de Landaukleffner - Sx de West - Sx de Lenox Gastaut - Sx de Dravet - Sx de Doose - Sx de Ohthara - Sx de Angelman - Miastenia - Gastroenterología - Rehabilitación - Dermatología - Atr - Ortopedia	- Labio y paladar hendido - Parálisis cerebral - Retraso psicomotor - Px con alergias - Px con asma - Px sanos - Rinitis - Neumología - Autismo - Hiperbilirrubinemia - Sx Rett
C-3	- Genética - Endocrinología - Clínica Down - Diabetes - Sx de Turner - Sx de Noonan - Sx de Cruzon - Sx de Apert	- Px con síndromes - Px con desnutrición - Px de talla baja
C-4	- Trauma - Fracturas - Cirugía de molares - Patología oral y maxilofacial - Cirugía bucal - Cirugía ortognática	- Fractura de ATM - Fracturas mandibulares - Mucocelos - Ránulas - Tumor - Caninos retenidos - Quistes
C-5	- Neumonía - SHAOS - Sx con repercusión de maloclusión - Sx de Goldenhar	- Maloclusión - Ortodoncia prequirúrgica - Respiración bucal - Px para cirugía ortognática
C-6	- Labio y paladar hendido - Sx de treacher Collins - Craneosinostosis - Secuencia de bandas amnióticas	- Px con asimetría facial - Hendiduras palatinas - Malformaciones craneofaciales - Px con microftalmia - Px con microtia
C-7	- Inmunología - Cardiología - Oncología - Hematología - Infectología - Clínica del niño maltratado (CAINM) - Nefrología	- Bajo terapia de reemplazo - Protocolo de trasplante - Cardiopatías - Bajo tratamiento de quimioterapéutico - Tratamiento de inmunosupresores

INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Las diversas actividades realizadas durante el servicio social comprenden muchas actividades administrativas en las que destacan hojas diarias de acuerdo a la agenda de pacientes citados, el llenado de papelería para procedimientos en quirófano, historias clínicas y solicitud de estudios de laboratorio y de actividades con acercamiento al paciente comprende técnica de cepillado, fotografías intra y extra orales, vaciado de modelos de estudio, toma y revelado de radiografías, asistencia en sillón dental y circular en quirófano, al igual que indicaciones a los familiares después de un tratamiento estomatológico.

Es por ello que las siguientes tablas describen las actividades realizadas en el año de servicio social en el Instituto Nacional de Pediatría.

Consultorio N°3 turno vespertino (01 de agosto al 16 de agosto)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	7	Sanos	2	Técnica de cepillado	3	Hojas diarias	10
Subsecuentes	33	Dx de base	38	Fotografías intra y extraorales	1	Llenado de papelería para RBBAG	2
Interconsultas	0	LPH	0	Modelos de yeso	9	Historia clínica	2
Urgencias	0	Hospitalización	0	Indicaciones post tratamientos	12	Solicitud de estudios de lab	0
Valoraciones	0			Asistencia en sillón dental	40		
Total de consultas	40			Radiografías periapicales	1		

Consultorio N°2 turno vespertino (19 de agosto al 30 de agosto)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	9	Sanos	0	Técnica de cepillado		Hojas diarias	

Subsecuentes	39	Dx de base	48	Fotografías intra y extraorales	Llenado de papelería para RBBAG
Interconsultas		LPH	0	Modelos de yeso	Historia clínica
Urgencias		Hospitalización	0	Indicaciones post tratamientos	Solicitud de estudios de lab
Valoraciones				Asistencia en sillón dental	
Total de consultas	48			Radiografías periapicales	

Consultorio N°3 turno vespertino (02 de septiembre al 20 de septiembre)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	9	Sanos	1	Técnica de cepillado	1	Hojas diarias	30
Subsecuentes	61	Dx de base	69	Fotografías intra y extraorales	3	Llenado de papelería para RBBAG	4
Interconsultas		LPH	0	Modelos de yeso	14	Historia clínica	6
Urgencias		Hospitalización	0	Indicaciones post tratamientos	7	Solicitud de estudios de lab.	4
Valoraciones				Asistencia en sillón dental	66		
				Radiografías periapicales	2		
Total de consultas	70			Circulante en quirófano	4		

Consultorio N°4 turno vespertino (23 de septiembre al 01 noviembre)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	0	Sanos	12	Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	30
Subsecuentes	35	Dx de base	23	Fotografías intra y extraorales	1	Llenado de papelería para RBBAG	0

Interconsultas		LPH		Modelos de yeso	0	Historia clínica	0
Urgencias		Hospitalización		Indicaciones post tratamientos	4	Solicitud de estudios de lab	0
Valoraciones				Asistencia en sillón dental	35		
Total de consultas	35			Radiografías periapicales	2		

Consultorio N°2 turno vespertino (04 de noviembre al 11 de diciembre)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	6	Sanos	5	Técnica de cepillado	5	Hojas diarias	25
Subsecuentes	61	Dx de base	68	Fotografías intra y extraorales	3	Llenado de papelería para RBBAG	5
Interconsultas	3	LPH	8	Modelos de yeso	15	Historia clínica	8
Urgencias	2	Hospitalización	8	Indicaciones post tratamientos	8	Solicitud de estudios de lab	5
Valoraciones	7			Asistencia en sillón dental	79		
				Radiografías periapicales	0		
Total de consultas	79			Circulante en quirófano	3		

Primer periodo vacacional 12 de diciembre al 26 de diciembre

Consultorio N°3 turno matutino (27 de diciembre al 10 de enero)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	3	Sanos	2	Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	10
Subsecuentes	20	Dx de base	21	Fotografías intra y extraorales	1	Llenado de papelería para RBBAG	2
Interconsultas		LPH		Modelos de yeso	4	Historia clínica	2

Urgencias		Hospitalización		Indicaciones post tratamientos	3	Solicitud de estudios de lab	2
Valoraciones				Asistencia en sillón dental	23		
Total de consultas	23			Radiografías periapicales	1		

Consultorio N°4 turno vespertino (13 de enero al 31 de enero)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	3	Sanos	1	Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	
Subsecuentes	15	Dx de base	17	Fotografías intra y extraorales	1	Llenado de papelería para RBBAG	0
Interconsultas		LPH		Modelos de yeso	2	Historia clínica	0
Urgencias		Hospitalización		Indicaciones post tratamientos	3	Solicitud de estudios de lab	0
Valoraciones				Asistencia en sillón dental	18		
Total de consultas	18			Radiografías periapicales	0		

Consultorio N°1 turno matutino (03 de febrero al 14 de febrero)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	3	Sanos	4	Técnica de cepillado		Hojas diarias	10
Subsecuentes	43	Dx de base		Fotografías intra y extraorales		Llenado de papelería para RBBAG	0
Interconsultas	1	LPH		Modelos de yeso		Historia clínica	2
Urgencias	4	Hospitalización		Indicaciones post tratamientos		Solicitud de estudios de lab	0
Valoraciones	0			Asistencia en sillón dental			

Total de consultas	51			Radiografías periapicales			
---------------------------	-----------	--	--	---------------------------	--	--	--

Consultorio N°2 turno matutino (17 de febrero al 11 abril)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	18	Sanos	5	Técnica de cepillado	5	Hojas diarias	35
Subsecuentes	194	Dx de base	171	Fotografías intra y extraorales	3	Llenado de papelería para RBBAG	6
Interconsultas	7	LPH	44	Modelos de yeso	9	Historia clínica	10
Urgencias	3	Hospitalización	3	Indicaciones post tratamientos	12	Solicitud de estudios de lab	6
Valoraciones	1			Asistencia en sillón dental	191		
				Radiografías periapicales	2		
Total de consultas	223			Circulante en quirófano	4		

Consultorio N°7 turno matutino (14 de abril 02 de mayo)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	11	Sanos	1	Técnica de cepillado	3	Hojas diarias	10
Subsecuentes	53	Dx de base	69	Fotografías intra y extraorales	1	Llenado de papelería para RBBAG	3
Interconsultas	25	LPH	0	Modelos de yeso	2	Historia clínica	11
Urgencias	4	Hospitalización	26	Indicaciones post tratamientos	3	Solicitud de estudios de lab	2
Valoraciones	3			Asistencia en sillón dental	96		
Total de consultas	96			Radiografías periapicales	3		

Segundo periodo vacacional 05 de mayo al 16 de mayo

Consultorio N°1 turno matutino (19 de mayo al 30 de mayo)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	1	Sanos	2	Técnica de cepillado	5	Hojas diarias	10
Subsecuentes	28	Dx de base	26	Fotografías intra y extraorales	2	Llenado de papelería para RBBAG	0
Interconsultas	0	LPH		Modelos de yeso	1	Historia clínica	2
Urgencias	7	Hospitalización		Indicaciones post tratamientos	5	Solicitud de estudios de lab	0
Valoraciones	0			Asistencia en sillón dental	36		
Total de consultas	36			Radiografías periapicales	0		

Consultorio N°6 turno matutino (02 de junio al 20 de junio)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	15	Sanos	0	Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	
Subsecuentes	261	Dx de base	26	Fotografías intra y extraorales	15	Llenado de papelería para RBBAG	
Interconsultas	0	LPH	251	Modelos de yeso	46	Historia clínica	
Urgencias	0	Hospitalización		Indicaciones post tratamientos	11	Solicitud de estudios de lab	
Valoraciones	1			Asistencia en sillón dental	15		
Total de consultas	277			Radiografías periapicales	0		

Consultorio N°4 turno matutino (23 de junio al 11 de julio)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas		Actividades administrativas	
-----------	--	-----------	--	------------------------	--	-----------------------------	--

				por el pasante			
1ra vez	22	Sanos	8	Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	10
Subsecuentes	98	Dx de base	106	Fotografías intra y extraorales	5	Llenado de papelería para RBBAG	4
Interconsultas	7	LPH	2	Modelos de yeso	0	Historia clínica	4
Urgencias	2	Hospitalización	14	Indicaciones post tratamientos	7	Solicitud de estudios de lab y TAC	9
Valoraciones	1			Asistencia en sillón dental	16		
				Radiografías periapicales	1		
Total de consultas	130			Circulante en quirófano	2		

Consultorio N°2 turno matutino (14 de julio al 31 de julio)

Consultas		Pacientes		Actividades realizadas por el pasante		Actividades administrativas	
1ra vez	13	Sanos	0	Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	10
Subsecuentes	70	Dx de base	91	Fotografías intra y extraorales	1	Llenado de papelería para RBBAG	2
Interconsultas	8	LPH	2	Modelos de yeso	2	Historia clínica	1
Urgencias	2	Hospitalización	0	Indicaciones post tratamientos	7	Solicitud de estudios de lab	0
Valoraciones				Asistencia en sillón dental	93		
Total de consultas	93			Radiografías periapicales	1		

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El Instituto Nacional de Pediatría es un hospital de formación médica especializada en la atención del niño y del adolescente de acuerdo con las necesidades de la población ofreciendo tratamientos de cirugía pediátrica, enfermedades cardíacas, dermatológicas, ginecológicas, cuidados intensivos, diagnósticos oportunos, rehabilitación, terapia de lenguaje, tratamientos estomatológicos, urgencias, entre otros.

El servicio de estomatología dentro del instituto destaca por su formación pediátrica a nivel hospitalario, en el cual tiene un acercamiento más eficaz a los niños y adolescentes con los diagnósticos médicos mencionados, satisfaciendo las necesidades estomatológicas de acuerdo al padecimiento desde tratamientos preventivos hasta rehabilitaciones bucales bajo anestesia general, de igual manera se trabaja en conjunto con otras especialidades estomatológicas como ortodoncia y cirugía oral y maxilofacial para maximizar la eficacia en los tratamientos, sin embargo no siempre se es posible complementar un tratamiento completo, por lo que se refiere al posgrado de endodoncia de la UNAM, al posgrado en ortodoncia en CESO entre otras.

El servicio social dentro del instituto se relaciona más en actividades administrativas como agendar citas, solicitar expedientes, atender llamadas telefónicas, solicitar insumos e instrumental, llenado de historias clínicas, correr modelos de yeso, entre otras actividades. Las actividades relacionadas al manejo y tratamiento estomatológico están asignadas a los residentes seguido de los adscritos encargados de cada consultorio, las actividades relacionadas a los pasantes son de asistencia a los residentes en sillón dental y circular en quirófano, sin embargo, se obtiene un mayor acercamiento a pacientes con padecimientos y enfermedades graves, ya que los pacientes sanos son derivados a la atención de primer y segundo nivel.

CONCLUSIONES

El servicio social dentro de un instituto hospitalario ofrece un conocimiento y educación constante, ya que se puede acceder a las clases de los residentes al igual que en las entregas de guardia se da una clase retroalimentada por un adscrito especializado, misma especialización es de orientación para decidir continuar con una educación de posgrado.

La pasantía en el servicio de estomatología limita el contacto directo con el paciente, mismos que no favorece la práctica clínica, desarrollando únicamente actividades secundarias en favor del paciente, se enriquece únicamente el conocimiento teórico-observacional a nivel pediátrico, al ser una institución de formación médica, la investigación es de un alto nivel, logrando explotar esta área de la mejor manera en colaboración con un asesor del instituto.

Las actividades del pasante ayudan a mantener una organización dentro del servicio logrando que los residentes se enfoquen en sus actividades de formación es por ello que la práctica clínica es limitada a la asistencia únicamente.

ANEXOS

