



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES



ula
Odontología

REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA



Nº. 16

JULIO - DICIEMBRE 2025

Depósito Legal: ME201800059

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Autoridades

Mario Bonucci Rossini
Rector

Patricia Rosenzweig Levy
Vicerrectora Académica

Manuel Aranguren
Vicerrector Administrativo

Manuel Morocoima
Secretario

La Revista de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes (**IDEULA**) Es una revista de carácter multidisciplinario. Podrán publicarse artículos provenientes de los campos de las Ciencias de la Salud, Ciencias de la Educación, Ciencias Sociales y Tecnología, relacionados con la docencia, investigación y extensión universitaria. Su periodicidad es semestral y es editada desde el mes de julio de 2019 por el Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes. Admite artículos de investigación, artículos de revisión (tradicional y sistemática), experiencias didácticas y de extensión universitaria, reportes de casos, ensayos, entrevistas, cartas al editor, y reseñas. IDEULA admite publicaciones en idioma español e inglés.

Correo electrónico: contactoideula@gmail.com, ideula@ula.ve

Instagram, Facebook y X: @contactoideula **Tlf.** +58-274-2402379

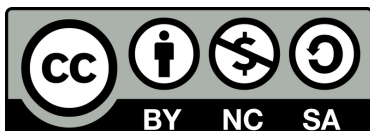
<http://erevistas.saber.ula.ve/ideula>

La Revista de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes posee acreditación del Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y de las Artes. Universidad de Los Andes (CDCHTA-ULA).

La Revista de Investigación, Docencia y Extensión de la Universidad de Los Andes asegura que los editores, autores y árbitros cumplen con las normas éticas internacionales durante el proceso de arbitraje y publicación. Del mismo modo aplica los principios establecidos por el Comité de Ética en Publicaciones Científicas (COPE). Igualmente, todos los trabajos están sometidos a un proceso de arbitraje y de verificación de plagio.

Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito.

Indizaciones



Número 16 Julio - Diciembre 2025

Depósito legal: ME2018000069

ISSN: 2665-0495

Diseño de logotipo: Daniela González

Diagramación: Ni dya Contreras

Comité Editorial

Editora jefe **Norelkys Espinoza**

Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología (G-MIO)

Editor adjunto **Adriana Andrade**

Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología (G-MIO)

Yajaira Romero
Dubraska Suárez
Darío Sosa
Damián Cloquell
Yaymar Dávila
Rodolfo Gutiérrez

Departamento de Investigación "José Rafael Tona Romero".
Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes

Comité de arbitraje

Nacionales

Lorena Bustillos Facultad de Odontología-ULA	Luz Pargas Doctorado en Cs. Humanas - ULA
José Bermúdez Facultad de Odontología-ULA	Luis A. Rodríguez Facultad de Arte - ULA
Belkis Quiñónez Facultad de Odontología - ULA	María F. Fernández Facultad de Humanidades y Educ - ULA
Oscar Morales Facultad de Odontología - ULA	Jilmer Medina Facultad de Humanidades y Educ - ULA
Jimena Pérez Facultad de Odontología - ULA	José Prado Universidad Nacional Experimental del Yaracuy
	Fidias Arias Universidad Pedagógica Experimental Libertador

Internacionales

Carlos Omaña
HOUB - Universitat de Barcelona España

Andrea Kaplan
Facultad de Odontología - UBA Argentina

Ricardo Medina Audelo
Instituto Politécnico Nacional. ESIA-TEC-SEPI Mexico

Daniel Cassany
Universidad Pompeu Fabra España

Alfonso Vargas
Universidad del Valle Colombia

Gina Burdiles
Universidad del Valparaíso Chile

Jhon Rangel
Universidad de Uppsala Suecia

Patricio Jarpa
Universidad de Bucaramanga Colombia

María Mercedes González
UNNE Argentina

Bexi Perdomo
UCAL Peru

Consejo de redacción/asesor

Elix Izarra
Blanca Guzmán
Annel Mejías

Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes

REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Departamento de Investigación "José Rafael Tona Romero"

Facultad de Odontología

Universidad de Los Andes

Mérida-Venezuela

+58-274-2402379 | contactoideula@gmail.com

Redes sociales: @contactoideula



TABLA DE CONTENIDO

NRO. 16 | JULIO - DICIEMBRE 2025

EDITORIAL

- 1-6 **HACIA UNA UNIVERSIDAD INTELIGENTE**
PÁEZ-MONZÓN, GERARD

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

- 8-27 **EFFECTIVIDAD DE LA FOTOBIMODULACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**
MAITA, MARIAN; PÉREZ-GARCÍA, BELKYS; MORENO, NATHALY; MÁRQUEZ, MALLELY; MUÑOZ, RAFAEL
- 28-50 **RETORNO FORZADO DE MIGRANTES VENEZOLANOS DESDE PERÚ: PROTECCIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**
QUINTERO-ESPINOZA, VERÓNICA; MONTOYA-GÁMEZ, FRANCY

CASOS CLÍNICOS

- 52-70 **HIPERPLASIA CONDILAR MANDIBULAR: TÉCNICAS IMAGENOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO. REPORTE DE CASO**
CHONG, MEE; BORGES-BRICEÑO, RANDY; FERNÁNDEZ, SARAH; ISEA, JOSÉ; LUGO, GREDY

- 71-83 **DESPLAZAMIENTO DE TERCEROS MOLARES INFERIORES HACIA EL ESPACIO SUBLINGUAL: REPORTE DE DOS CASOS**
PÉREZ-CAUTELA, JESÚS; DOMÍNGUEZ-IAFAIOLI, MARIANGELA; MEJÍA-INFANTE, ALEJANDRO; RANGEL-LEAL, MARÍA; DOMÍNGUEZ-IAFAIOLI, ALESSANDRA

MISCELÁNEAS

- 85-86 **CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN ODONTOLOGÍA ESTÉTICA, RESTAURADORA Y BIOMIMÉTICA**
PÉREZ, JUAN PABLO



TABLE OF CONTENT

NRO. 16 | JULY - DECEMBER 2025

EDITORIAL

- 1-6 **TOWARD A SMART UNIVERSITY**
PÁEZ-MONZÓN, GERARD

RESEARCH ARTICLES

- 8-27 **EFFICACY OF PHOTOBIO-MODULATION IN THE TREATMENT OF PAIN IN TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION**
MAITA, MARIAN; PÉREZ-GARCÍA, BELKYS; MORENO, NATHALY; MÁRQUEZ, MALLELY; MUÑOZ, RAFAEL
- 28-50 **FORCED RETURN OF VENEZUELAN MIGRANTS FROM PERU: SOCIAL PROTECTION AND HUMAN DEVELOPMENT**
QUINTERO-ESPINOZA, VERÓNICA; MONTOYA-GÁMEZ, FRANCY

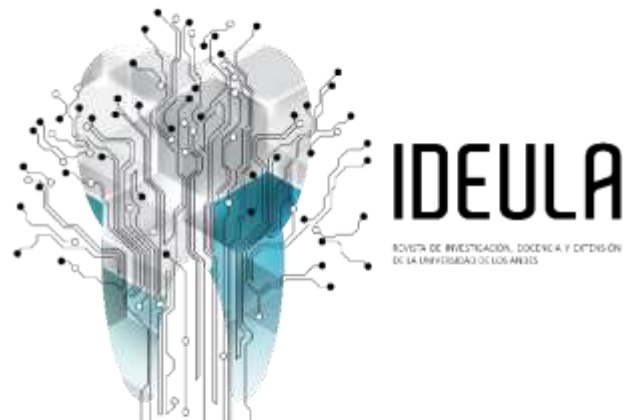
CLINIC CASES

- 52-70 **MANDIBULAR CONDYLAR HYPERPLASIA. IMAGING TECHNIQUES FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT PLANNING. CASE REPORT**
CHONG, MEE; BORGES-BRICEÑO, RANDY; FERNÁNDEZ, SARAH; ISEA, JOSÉ; LUGO, GREDDY

- 71-83 **DISPLACEMENT OF LOWER THIRD MOLARS INTO THE SUBLINGUAL SPACE: REPORT OF TWO CASES**
PÉREZ-CAUTELA, JESÚS; DOMÍNGUEZ-IAFAIOLI, MARIANGELA; MEJÍA-INFANTE, ALEJANDRO; RANGEL-LEAL, MARÍA; DOMÍNGUEZ-IAFAIOLI, ALESSANDRA

MISCELÁNEAS

- 85-86 **UPDATE COURSE IN AESTHETIC, RESTORATIVE AND BIOMIMETICAL DENTISTRY**
PÉREZ, JUAN PABLO



EDITORIAL

HACIA UNA UNIVERSIDAD INTELIGENTE

Inteligencia Artificial, Salud Ética y el Futuro Transdisciplinario de la Universidad de Los Andes, Venezuela

Páez-Monzón, Gerard 

PhD y M.Sc in Computer Science, Université Pierre et Marie Curie, Francia; Bachelor of Electrical-Computer Engineering, Villanova University, EEUU.

Profesor Titular. Universidad de Los Andes, Facultad de Ingeniería, Escuela de Ingeniería de Sistemas, Departamento de Computación.

Autor de contacto: Gerard Páez-Monzón

e-mail: gerard@ula.ve; gerardpaez1@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Páez-Monzón, G. Hacia una universidad inteligente. *IDEULA*. 2025;(16): 1-6.

APA: Páez-Monzón, G. (2025). Hacia una universidad inteligente. *IDEULA*, (16), 1-6.

La inteligencia artificial en salud no representa simplemente un cambio tecnológico, es un punto de inflexión moral, institucional y epistemológico. Redefine cómo diagnosticamos enfermedades, cómo diseñamos el cuidado y cómo imaginamos el futuro de la salud. Pero esta transformación exige más que herramientas, requiere una nueva forma de universidad, una que esté preparada para enfrentar la complejidad radical de los desafíos que se avecinan (Mittelstadt, 2019; George, 2025).

En la Universidad de Los Andes, Venezuela, aún no habitamos ese futuro, pero estamos listos para construirlo. Imaginamos una universidad que trasciende los silos disciplinares y se convierte en un sistema vivo, fluido, colaborativo y éticamente fundamentado. Una universidad donde Odontología, Medicina, Enfermería y otras áreas de la salud se integran con Ingeniería,

Humanidades, Ciencias Sociales y Artes, no como trayectorias paralelas, sino como coautores de un nuevo paradigma de salud. Una universidad donde la inteligencia artificial no es un instrumento externo, sino un medio central para la reflexión ética, la imaginación cívica y la innovación centrada en el ser humano (UNESCO, 2025).

De los silos a los epicentros, una nueva arquitectura del conocimiento en la Universidad de Los Andes

La estructura tradicional de facultades y departamentos fragmenta el conocimiento y aísla las disciplinas. En la era de la inteligencia artificial, este modelo resulta insuficiente. Proponemos una universidad construida en torno a epicentros, núcleos transdisciplinarios organizados no por fronteras académicas, sino por desafíos sociales, clínicos y tecnológicos (Páez, 2024). Estos epicentros albergarían equipos colaborativos de estudiantes, profesionales de la salud, ingenieros, diseñadores, investigadores y miembros de la comunidad que co-crean soluciones para problemas reales (George, 2025).

Los epicentros no son metáforas, son espacios arquitectónicos, pedagógicos y éticos. Equipados con plataformas de simulación, datos en tiempo real y herramientas generativas de inteligencia artificial, reemplazarían las aulas tradicionales por estudios de co-diseño, reflexión crítica y participación cívica.

Tres pilares éticos para la Inteligencia Artificial en Salud

Nuestro marco se fundamenta en tres imperativos éticos esenciales para construir confianza, equidad y dignidad en la formación académica de salud potenciados por la inteligencia artificial en la Universidad de Los Andes:

Privacidad de los datos, debe diseñarse desde el inicio, no añadirse después. Es una condición para la innovación ética, la confianza institucional y el cuidado centrado en la persona.

La privacidad no es solo un reto técnico, es una obligación moral para proteger la dignidad, la confianza y la integridad relacional en la era digital (Nissenbaum, 2010).

Equidad en el acceso, debe ser diseñada, no asumida. Comienza con la representación y culmina en el impacto. La inteligencia artificial debe servir a comunidades diversas, asegurando que nadie quede excluido del campo algorítmico (Obermeyer et al., 2019; Fricker, 2007).

Autonomía del paciente, debe cultivarse, no delegarse. La inteligencia artificial debe ser una herramienta para el diálogo, no para la imposición. La atención ética requiere que los pacientes comprendan, cuestionen e incluso rechacen las recomendaciones algorítmicas. La autonomía no es una casilla, es una relación (Mackenzie & Stoljar, 2000).

Integración curricular, educar para la inteligencia ética

Imaginamos un currículo donde la ética no sea un complemento, sino un método. La inteligencia artificial es tanto el tema como el medio de aprendizaje. En Odontología, Medicina, Enfermería y otras áreas de la salud de la Universidad de Los Andes, donde los estudiantes y profesores en ambientes transdisciplinarios:

- Utilizarán aprendizaje basado en casos con herramientas de simulación de inteligencia artificial,
- Co-enseñarán junto a pacientes y comunidades a través del diseño narrativo,
- Desarrollarán proyectos de grado que aborden desafíos locales de salud mediante inteligencia artificial ética (Afrashtehfar et al., 2024; BMC Artificial Intelligence, 2025).

Integración Clínica-ULA, diseñar una atención potenciada por IA que escucha

Los espacios clínicos universitarios transdisciplinarios deben convertirse en epicentros de innovación ética. Proponemos:

- Interfaces explicables de inteligencia artificial que respalden la colaboración entre profesores, estudiantes, pacientes y clínicos,
- Laboratorios de co-diseño donde pacientes y universitarios modelen juntos las herramientas de inteligencia artificial,
- Simuladores éticos para ensayar dilemas y conflictos de valores en la atención asistida por inteligencia artificial (UNESCO, 2025).

Ecosistema de investigación, innovación con integridad

Visualizamos equipos de investigación mixtos que combinen aprendizaje automático con indagación cuantitativa y cualitativa. La salud bucal, por ejemplo, no es solo técnica, es cultural y ética. Proponemos:

- Vincular modelado algorítmico con entrevistas y estudios etnográficos,
- Promover la ciencia abierta mediante trazabilidad y consentimiento habilitados por inteligencia artificial,
- Facilitar colaboraciones globales y locales con plataformas multilingües.

Participación comunitaria, ética más allá de la institución

La inteligencia artificial ética debe ser co-creada con el público. Proponemos:

- Campañas de alfabetización en inteligencia artificial con medios interactivos,
- Políticas participativas con herramientas de simulación algorítmica,
- Epicentros cívicos donde las comunidades diseñen soluciones éticas junto a la universidad (Fricker, 2007).

Resonancia global, raíces locales

La transformación de la Universidad de Los Andes está arraigada en realidades venezolanas, pero habla a aspiraciones globales. Proponemos:

- Publicar investigaciones multilingües para alcanzar al mundo,
- Organizar simposios internacionales para co-diseñar marcos éticos de inteligencia artificial,
- Extender la educación ética en inteligencia artificial a jóvenes,
- Formar alianzas institucionales para replicar el modelo de epicentros transdisciplinarios en otros contextos (UNESCO, 2025).

Conclusión, co-crear el futuro de la salud desde la Universidad de Los Andes-Venezuela

La inteligencia artificial en salud no representa simplemente un cambio tecnológico, es un punto de inflexión moral, institucional y epistemológico. En la Universidad de Los Andes-Venezuela, la transición de silos a epicentros refleja un compromiso más profundo, co-crear sistemas que escuchen, cuiden y empoderen. El marco ético transdisciplinario propuesto aquí, centrado en la privacidad de los datos, la equidad en el acceso y la autonomía del paciente, no es un ideal abstracto. Está integrado en la infraestructura, la pedagogía, la creación y la misión cívica de la universidad.

Al incorporar la ética en cada capa de la vida académica y clínica, la Universidad de Los Andes-Venezuela se posiciona como un sistema vivo, sensible a las realidades locales y en sintonía con las aspiraciones globales. Esto no es una reforma, es una reinención. La universidad se convierte en un jardín de colaboración, donde la inteligencia artificial se cultiva con conciencia y se despliega con cuidado.

Este marco no es un límite, sino un punto de partida. Invita a universidades, comunidades y tecnólogos a imaginar juntos, no solo lo que la inteligencia artificial puede hacer, sino lo que debe llegar a ser. En la Universidad de Los Andes, el futuro de la salud no está automatizado, está coescrito.

REFERENCIAS

- Afrashtehfar, K. I., Saeed, M. H., & Al-Saud, L. M. (2024). Artificial intelligence in dental curricula: Ethics and responsible integration. *Journal of Dental Education*, 88(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/jdd.13337>
- Páez, G. (2024). Puntos Sobre la Û: Inteligencia Artificial y la Universidad de la Complejidad. Recuperado de http://becker.faces.ula.ve/Noticias/gpm_IIES_FACESULA_Puntos_Sobre_La_U.pdf
- BMC Artificial Intelligence. (2025). Redefining oral healthcare through artificial intelligence. *BMC Artificial Intell*, (1), 13. <https://bmcartificialintel.biomedcentral.com/articles/10.1186/s44398-025-00013-6>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- George, A. (2025). Beyond degrees: Redefining higher education institutions as ethical AI hubs. *AI & Society*, (40), 5599-5601. <https://doi.org/10.1007/s00146-025-02303-z>
- Mackenzie, C., & Stoljar, N. (Eds.). (2000). *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press.
- Mittelstadt, B. D. (2019). Principles alone cannot guarantee ethical AI. *Nature Machine Intelligence*, 1(11), 501–507. <https://doi.org/10.1038/s42256-019-0114-4>
- Nissenbaum, H. (2010). *Privacy in context: Technology, policy, and the integrity of social life*. Stanford University Press.
- Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C., & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, 366(6464), 447–453. <https://doi.org/10.1126/science.aax2342>
- UNESCO. (2025). *Ethics of Artificial Intelligence*. Recuperado de <https://www.unesco.org/en/artificial-intelligence/recommendation-ethics>

Artículos de investigación



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

EFFECTIVIDAD DE LA FOTOBIMODULACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DE LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Maita, Mariam¹ ; Pérez-García, Belkys² ; Moreno, Nathaly³ ; Márquez, Mallely³ ; Muñoz, Rafael⁴ 

1 Odontólogo, Escuela de Odontología, Universidad José Antonio Páez, San Diego-Venezuela.

2 Doctor en Ciencias, Centro de Estudios en Zoología Aplicada, Facultad Experimental de Ciencias y Tecnología, Universidad de Carabobo, Naguanagua; Escuela de Odontología, Universidad José Antonio Páez, San Diego-Venezuela.

3 Odontólogo. Residente del Servicio de Cirugía bucal y Maxilofacial de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia- Venezuela.

4 Especialista en Cirugía Bucal y Maxilofacial. Servicio de Cirugía bucal y Maxilofacial de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia- Venezuela.

Autor de contacto: Mariam Maita

e-mail: mariamaitap@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Maita M, Pérez-García B, Moreno N, Márquez M, Muñoz R. Efectividad de la fotobiomodulación en el tratamiento del dolor de la disfunción de la articulación temporomandibular. IDEULA. 2025;(16): 8-27.

APA: Maita, M., Pérez-García, B., Moreno, N., Márquez, M., y Muñoz, R. (2025). Efectividad de la fotobiomodulación en el tratamiento del dolor de la disfunción de la articulación temporomandibular. IDEULA, (16), 8-27.

Recibido: 16/06/2025

Aceptado: 17/10/2025

RESUMEN

La terapia con láser de baja frecuencia (TLBF) surge como opción para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (DATM), siendo no invasiva, bioestimulante, regenerativa, analgésica y antiinflamatoria. Este estudio buscó demostrar la efectividad de la TLBF en el alivio del algia y la disminución de signos y síntomas de la DATM. Se desarrolló un diseño de campo, descriptivo, longitudinal y prospectivo con 40 pacientes divididos en dos grupos: uno recibió medicación convencional (M) y otro, irradiación con láser de diodo de 940 nm, 105 mW y 3 J/cm² (L). Se registraron antes y durante cuatro semanas de tratamiento, los signos y síntomas de la DATM mediante el índice de Helkimo modificado por Maglione (IHM) y la intensidad del dolor (EVA); un escalamiento multidimensional no métrico (EMNM)

permitió comparar las sesiones de tratamiento de ambos grupos; la prueba de Kruskal-Wallis (KW) confirmó diferencias significativas entre las sesiones dentro de cada tratamiento. Antes de los tratamientos, la mayoría de los participantes presentaron un IHM de leve a moderado. El EMNM mostró que para el IHM, el grupo L reflejó una distribución más dispersa de los signos y síntomas; mientras que, para EVA, ambos grupos mostraron respuestas similares; KW confirmó que la TLBF tuvo un efecto significativo y positivo tanto en la reducción del dolor como en la recuperación del movimiento y función de la ATM siendo una opción efectiva para el manejo del algia, signos y síntomas de la DATM; mientras que, la medicación solo redujo significativamente el dolor ($p < 0,05$).

Palabras clave: trastornos de la articulación temporomandibular, análisis de escalamiento multidimensional, terapia por luz de baja intensidad.

EFFICACY OF PHOTOBIMODULATION IN THE TREATMENT OF PAIN IN TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION

ABSTRACT

Low-level laser therapy (LLLT) emerges as an option for the treatment of temporomandibular joint dysfunction (TMD), being non-invasive, with bio-stimulatory, regenerative, analgesic, and anti-inflammatory effects. This study aimed to demonstrate the effectiveness of LLLT in relieving pain and reducing the signs and symptoms of TMD. A descriptive, longitudinal, and prospective field study was conducted with 40 patients divided into two groups: one received conventional medication (M) and the other, diode laser irradiation at 940 nm, 105 mW, and 3 J/cm² (L). The signs and symptoms of TMD were recorded using the Maglione-modified Helkimo Index (MHI) and the Visual Analogue Scale (VAS) for pain intensity, both before and during the four-week treatment period. Non-metric multidimensional scaling (NMDS) was used to compare the treatment sessions of both groups, and the Kruskal-Wallis test (KW) confirmed significant differences between sessions within each treatment group. Before treatment, most participants had mild to moderate MHI scores. The NMDS showed that for the MHI, the L group had a more dispersed distribution of signs and symptoms; while for the VAS, both groups showed similar responses. The KW test confirmed that LLLT had a significant and positive effect on both pain reduction and improvement in TMJ movement and function, making it an effective option for managing pain and other TMD symptoms, whereas medication only significantly reduced pain ($p < 0.05$).

Keywords: temporomandibular joint disorders, multidimensional scaling, low-intensity light therapy.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos temporomandibulares (TTM), en términos epidemiológicos, afectan aproximadamente al 40 - 60 % de los adultos, con una mayor prevalencia en las mujeres. No obstante, solo un 5 a 12 % de los individuos desarrollan síntomas que ameritan intervención terapéutica ¹.

La disfunción de la articulación temporomandibular (DATM), constituye un campo de creciente interés en la odontología moderna; la razón principal de este creciente interés reside en su etiología multifactorial ¹⁻³, que abarca una amplia gama de afecciones que comprometen la ATM, los músculos de la masticación y las estructuras anatómicas circundantes ^{2,3}.

Las manifestaciones clínicas de la DATM se caracterizan por la limitación del movimiento articular; trismo, algia miofascial la cual puede extenderse en región facial, cervical y preauricular, dolor en una o ambas articulaciones temporomandibulares, sensibilidad mandibular, disminución de movimiento mandibular, desviación de la línea media al abrir o cerrar la boca, maloclusión, trastornos internos de la articulación, ruidos articulares (clic o crepitación) durante los movimientos de apertura bucal o masticación; y en casos avanzados, bloqueo articular intermitente o permanente; estas manifestaciones constituyen los signos y síntomas cardinales, que según su gravedad pueden tornar la DATM en una enfermedad articular degenerativa ^{1, 3-5}, involucrando aspectos estructurales, funcionales y psicológicos, tales como el estrés y la ansiedad ¹.

Debido a su complejidad, el abordaje de los TTM incluye un amplio espectro de modalidades terapéuticas. Estas varían desde enfoques conservadores y mínimamente invasivos como el uso de férulas oclusales, farmacoterapia, terapia física (láser, ultrasonido o electroestimulación), terapia miofuncional orofacial, acupuntura, viscosuplementación y tratamiento psicológico hasta procedimientos quirúrgicos de mayor invasividad, los cuales se reservan para casos específicos y severos⁵. Entre estas alternativas, la terapia con láser de baja frecuencia (TLBF) o fotobiomodulación (PBM) ^{5,6}, se ha consolidado como una modalidad

terapéutica no invasiva y eficaz. Esta produce luz monocromática y coherente de una sola longitud de onda, y ejerce un efecto a través de múltiples mecanismos de acción, entre ellos destacan: facilitar la liberación de opioides endógenos, aumentar la reparación tisular y la respiración celular, incrementar la vasodilatación y el umbral del dolor, y disminuir la inflamación. En síntesis, estos mecanismos sinérgicos la convierten en una opción valiosa para el manejo de la DATM ^{1,5}.

Los láseres de baja intensidad han demostrado una notable eficacia en el tratamiento sintomático del dolor asociado a los TTM, proporcionando alivio minutos después de su aplicación y promoviendo una significativa comodidad para los pacientes ⁶. Una ventaja destacable de esta terapia es su carácter no invasivo, su bajo costo y su amplia disponibilidad en la práctica dental contemporánea, lo que reduce la necesidad de intervenciones quirúrgicas o el uso prolongado de medicamentos para el manejo del dolor y la regeneración tisular; si bien se considera un tratamiento adyuvante, su acción analgésica permite a los pacientes reanudar sus actividades con mayor rapidez, contribuyendo a una mejor calidad de vida y bienestar general ⁶.

A pesar de la evidencia preclínica y clínica prometedora, la literatura científica carece de un consenso definitivo sobre la eficacia de la TLBF para el tratamiento de la DATM ^{3,6}. La heterogeneidad en los protocolos de aplicación y la necesidad de más estudios comparativos dificultan la estandarización de su uso clínico. Por lo tanto, es imperativo realizar evaluaciones sistemáticas que permitan consolidar la evidencia existente.

Con base en lo anteriormente expuesto, el objetivo principal de este estudio fue evaluar la efectividad de la fotobiomodulación con láser de baja intensidad, en comparación con la medicación convencional, para el alivio de los signos y síntomas de la DATM en pacientes diagnosticados, utilizando para ello el Índice de Helkimo Modificado por Maglione (IHM) y la Escala Visual Analógica (EVA) del dolor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación de nivel analítico-descriptivo, tuvo un diseño de campo, observacional, longitudinal, prospectivo y de datos cuantitativos, cuya muestra estuvo conformada por 40 pacientes voluntarios de ambos sexos con dolor asociado a disfunción temporomandibular, que asistieron al Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial "Doctor Omar Cohen" de la ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, (Valencia, Carabobo-Venezuela) y a la Clínica de Cirugía Bucal en la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez (San Diego, Carabobo-Venezuela), durante el periodo de enero a noviembre de 2024, y que cumplieron criterios de inclusión específicos, tales como: algia en región facial, cervical y preauricular, otalgia, disminución de las funciones y movimientos de la mandíbula, desviación de la línea media, maloclusión, trastorno interno de la articulación con ruidos articulares y finalmente que hayan firmado el consentimiento informado para su participación en el estudio. En este sentido, fueron excluidos, pacientes portadores de implantes dentales en período de gestación o lactancia materna, con enfermedades sistémicas que pudieran afectar la articulación temporomandibular como artritis reumatoide u otros trastornos articulares, que hubieran recibido tratamiento para DATM en el último mes, así como aquellos con antecedentes de trauma reciente en la región craneofacial.

Los tratamientos fueron aplicados a los pacientes una vez se les informó sobre los procedimientos a seguir, detallando los riesgos, beneficios, objetivos, entre otros; una vez aclarado los aspectos cruciales se les solicitó la firma del consentimiento informado, el cual fue elaborado atendiendo a los principios y normas nacionales e internacionales, destacando en él la libertad de participación, el derecho a retirarse y la confidencialidad. En tal sentido, el consentimiento informado fue elaborado atendiendo al Código de Ética para la Vida en su primera y segunda parte, especialmente el capítulo 2 (consentimiento informado) y en la declaración de Helsinki que dictamina los principios éticos para investigaciones con participantes humanos^{7,8}. Finalmente, la investigación fue avalada por la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez.

Para la evaluación de la efectividad de la fotobiomodulación en el alivio de la DATM, los 40 pacientes fueron divididos aleatoriamente en dos grupos equitativos: el primero recibió tratamiento de fotobiomodulación mediante procedimientos estandarizados que prescriben la irradiación con láser de diodo de baja frecuencia, a longitud de onda de 940 nm, dosificación de 3 J/cm² y potencia de salida de 105 mW, sobre puntos sensibles de la ATM considerando boca abierta y semiabierta 30 mm y sobre los músculos masticatorios (masetero, temporal, pterigoideo lateral y pterigoideo medial), durante 60 s⁹. Este procedimiento, se repitió en cuatro sesiones semanales¹⁰. El segundo grupo de pacientes recibió medicación convencional con tiocolchicosido 4 mg + ibuprofeno 400 mg, tomado cada 12 horas durante cinco días.

La efectividad de ambos tratamientos en la disminución de signos y síntomas, e intensidad del algia que genera disfunción de la ATM, fue medida a través del índice de Helkimo modificado por Maglione IHM y de la escala del dolor EVA; en este sentido, IHM mide la disminución de los signos y síntomas de la DATM mediante la sumatoria de cinco manifestaciones clínicas, desplegadas en un cuestionario diseñado para su registro; estas manifestaciones se refieren a la limitación en el rango del movimiento mandibular, alteración de la función articular, dolor en movimiento, muscular y articulación temporomandibular; los valores máximo y mínimo de IHM van de 0 a 25 y los intervalos son divididos en cuatro categorías: un intervalo de 1 a 9 que indica disfunción leve, de 10 a 19 que indica disfunción moderada y de 20 a 25 que indica disfunción severa¹¹. En cuanto a la medición de la intensidad del dolor se empleó la escala de EVA, la cual se basa en una escala horizontal que va de 0 a 10 como valores mínimo y máximo, 0 representa la ausencia de dolor y 10 el dolor insoportable; en este contexto, el paciente refiere el valor al ser consultado durante el tratamiento respectivo¹².

Los datos obtenidos para IHM y EVA, se registraron tanto previo (Pretratamiento) a la aplicación de los dos tratamientos descritos: fotobiomodulación y medicación, como en cada una de las cuatro sesiones semanales (S1, S2, S3 y S4) para la aplicación del láser y para la revisión de la terapia de medicación.

Como análisis estadístico para evidenciar la efectividad de la fotobiomodulación en la DATM se empleó, además de la estadística descriptiva, el escalamiento multidimensional no métrico como análisis exploratorio multivariado y el análisis de varianza no paramétrico de Kruskal-Wallis, con el fin de comparar entre sesiones dentro de cada tratamiento y entre tratamientos. Estos análisis estadísticos se ejecutaron luego de la comprobación de la ausencia de normalidad y homocedasticidad de los datos tanto del IHM como EVA, los cuales fueron previamente estandarizados con la función $\log(X+1)$. Se utilizó el programa estadístico de descarga libre PAST en su versión 5.2.1¹³.

RESULTADOS

La caracterización inicial de los 40 pacientes, previo a la aplicación de los tratamientos y basada en los signos y síntomas de la DATM estimado por IHM y la intensidad del dolor estimada por EVA, arrojó en cuanto al primero, que el 85 % presentó una disfunción de la ATM leve (intervalo 1 - 9), el 10 % una disfunción moderada (intervalo 10 - 19), y el 5 % una disfunción severa (intervalo 20 - 25); mientras que, con respecto a la intensidad del dolor, el 85 % expresó poco o moderado dolor y el 15 % dolor fuerte a extremo. En este orden de ideas, el promedio para el índice IHM que caracteriza signos y síntomas, fue de 7,28 para los pacientes a tratar con fotobiomodulación y de 5,29 para los pacientes a tratar con medicación; mientras que, el promedio de la intensidad del dolor fue de 3,95 para ambos grupos, antes de aplicar los respectivos tratamientos.

La comparación de los signos y síntomas evaluados con el IHM entre los dos grupos de pacientes antes de aplicar los tratamientos de Fotobiomodulación y Medicación, evidenció que no habían diferencias significativas entre ambos, tanto para los signos y síntomas de la DATM (Mann-Whitney: $U = 164,5$; $p = 0,343$) como para la intensidad del dolor (Mann-Whitney: $U = 150,4$; p

= 0,1744); lo cual hace presumir que la muestra de 40 pacientes provenía de la misma población, en términos estadísticos.

Con el propósito de evidenciar si las respuestas de los dos grupos de pacientes tratados con fotobiomodulación (L) y medicación (M), respectivamente, diferían entre sí tomando en cuenta los registros del índice IHM a lo largo de las cuatro sesiones más el pretratamiento, se aplicó en análisis de escalamiento multidimensional no métrico (EMNM) (Figura 1).

La figura 1 pone en evidencia que para el tratamiento con medicación M (círculos azules), los valores de los signos y síntomas de la DATM a lo largo de las cuatro sesiones e incluido el pretratamiento, mostraron poca variación, ya que los círculos azules (pacientes) están muy cercanos entre sí, por lo cual se intuye que la medicación parece tener poco efecto en aliviar y/o disminuir los signos y síntomas de la DTAM. Caso contrario, los datos referentes a la fotobiomodulación (L) generaron una mayor dispersión de los círculos rojos (pacientes) en el gráfico de ordenamiento, lo cual parece indicar la disminución de los signos y síntomas de la DTAM medido con HIM al aplicar láser, dada las variadas respuestas de los pacientes en las cuatro sesiones del tratamiento más el pretratamiento.

Estos resultados exploratorios fueron confirmados a través de un análisis de varianza dentro de cada tratamiento comparando las sesiones junto al pretratamiento. En este sentido, se empleó Kruskal-Wallis, tanto para el tratamiento de fotobiomodulación como para el tratamiento con medicación, por separado. En este orden de ideas, no se encontraron diferencias significativas entre las cuatro sesiones y el pretratamiento en el tratamiento con medicación (Kruskal-Wallis: H_c : 3.597; p = 0,4659); mientras que, para el tratamiento con láser o fotobiomodulación se encontraron diferencias significativas entre el pretratamiento y las sesiones 2, 3, y 4, principalmente (Kruskal-Wallis: H_c : 29,08; p = 0,000008 / Mann -Whitney, p < 0,001) (Figura 2, A y B).

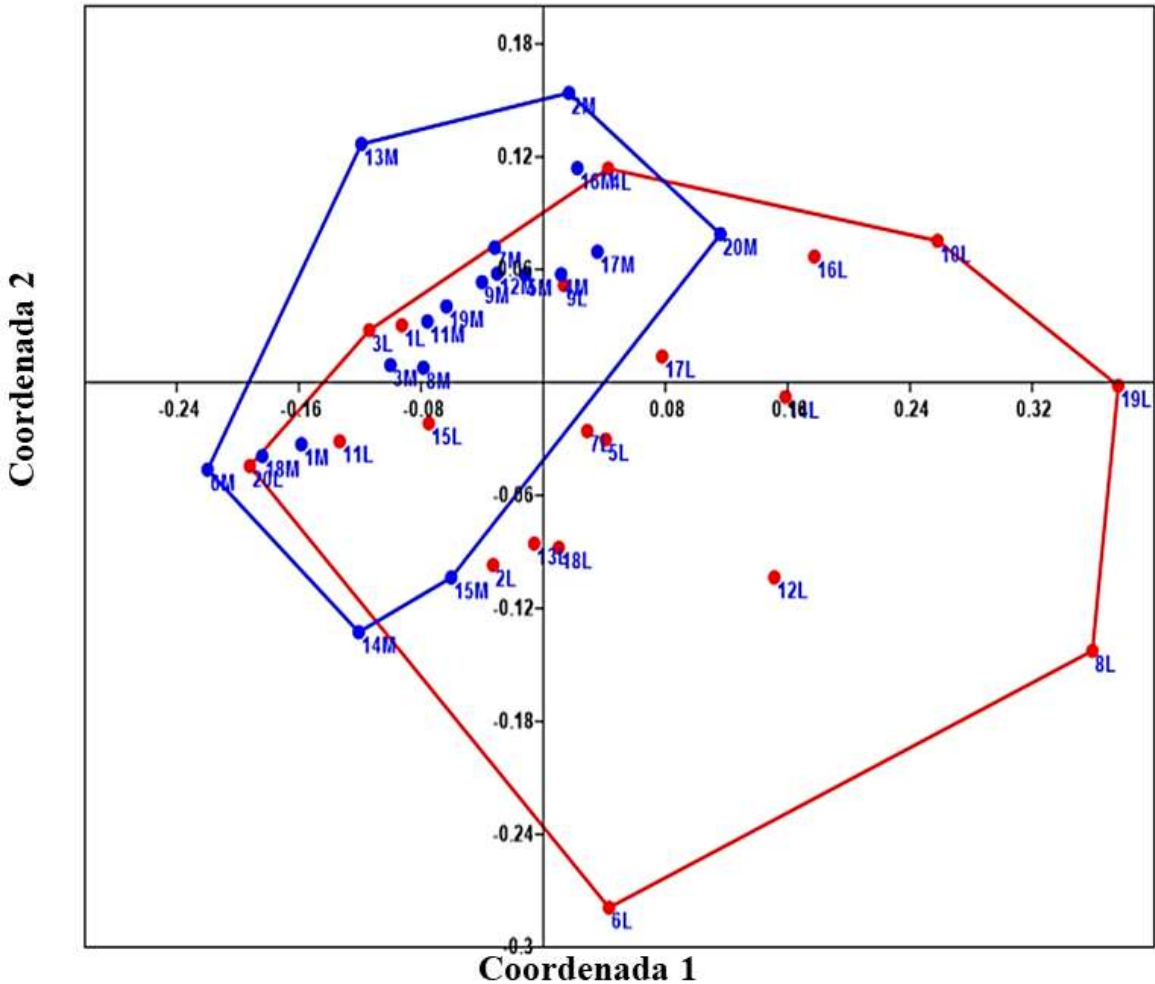


Figura 1. Ordenamiento de los signos y síntomas de la DATM medidos con el índice de Helkimo modificado por Maglione IHM y registrados en los 20 pacientes tratados con láser o fotobiomodulación L (círculos rojos) y en los 20 pacientes tratados con medicación M (círculos azules), durante el pretratamiento y las cuatro sesiones de tratamiento. Valor del stress del EMNM: 0,1351; Bray-Curtis como índice de similitud empleado.

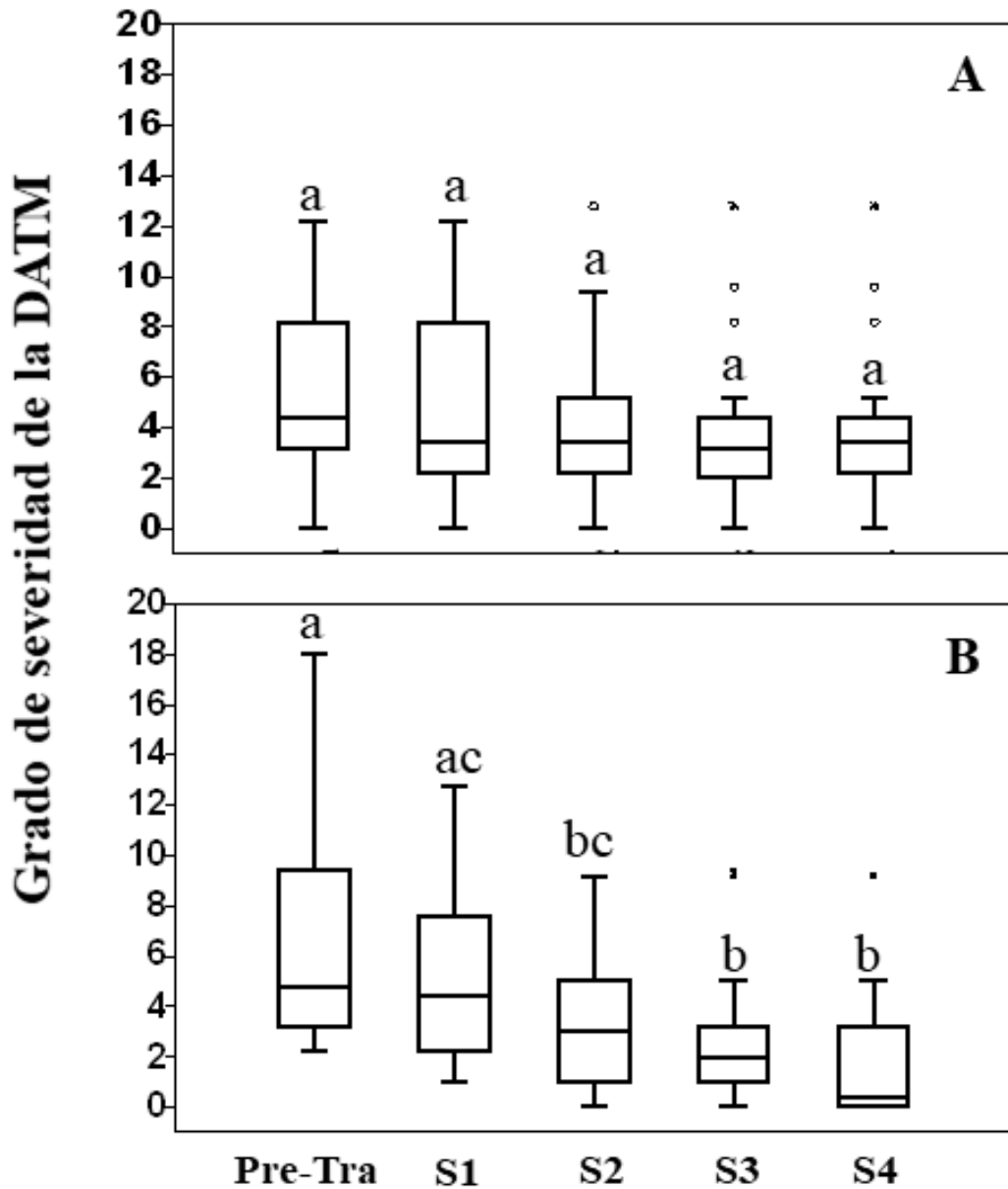


Figura 2 (A y B). Comparación de la disminución de los signos y síntomas de la DATM medidos con el índice de Helkimo modificado por Maglione IHM, entre el pretratamiento (Pre-Tra) y las sesiones de tratamiento (S1 a S4) para medicación (A) y fotobiomodulación (B). Comparación realizada con Kruskal-Wallis y prueba a posteriori de Mann-Whitney corregida por Bonferroni, $p < 0,001$; letras diferentes indican diferencias significativas.

Se empleó el mismo procedimiento estadístico para los datos de intensidad del dolor según la escala de EVA, obtenidos en las cuatro sesiones más el pretratamiento, tanto en el tratamiento de fotobiomodulación como de medicación. En tal sentido, el análisis de escalamiento multidimensional no métrico (EMNM), mostró que los pacientes tuvieron similares respuestas en ambos tratamientos, a lo largo de las cuatro sesiones y el pretratamiento, ya que en el gráfico (Figura 3) se observa una mayor sobreposición de los círculos azules (medicación) y rojos (fotobiomodulación).

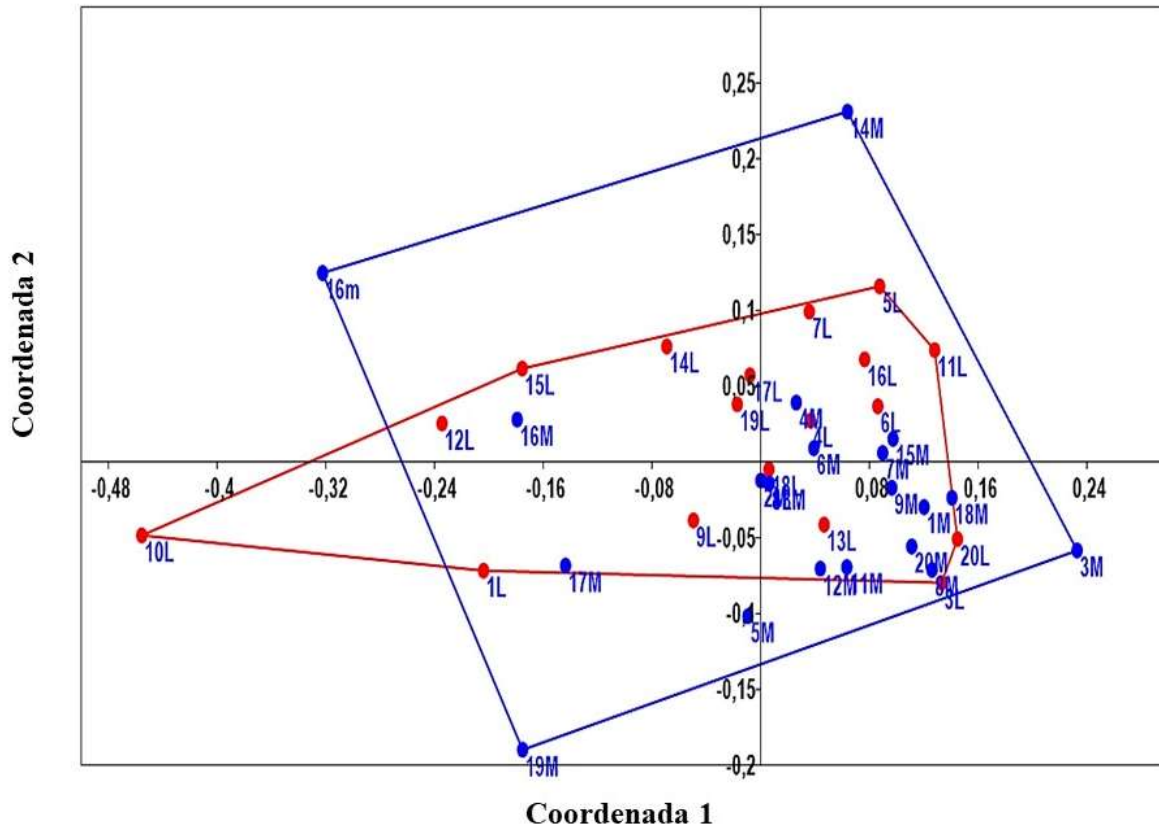


Figura 3. Ordenamiento de la intensidad del dolor o algia (EVA) registrada en los 20 pacientes tratados con láser o fotobiomodulación L (círculos rojos) y en los 20 pacientes tratados con medicación M (círculos azules), durante el pretratamiento y las cuatro sesiones de tratamiento. Valor del stress del EMNM: 0,1295; Bray-Curtis como índice de similitud empleado.

Para corroborar lo observado en el EMNM para la intensidad del dolor, se empleó Kruskal-Wallis, tanto para el tratamiento de fotobiomodulación como para el tratamiento con medicación, por separado. En este sentido, los pacientes expresaron una disminución significativa en la intensidad del dolor tanto con la medicación (Kruskal-Wallis: Hc: 16,3; $p = 0,003938$) como con la fotobiomodulación (Kruskal-Wallis: Hc: 25,51; $p = 0,0000397$), esta disminución significativa fue evidente a partir de la segunda sesión en ambos tratamientos de medicación y fotobiomodulación (Mann -Whitney corregido por Bonferroni, $p < 0,05$) (Figura 4, A y B).

En resumen, se evidenció que tanto el IHM como EVA, mostraron que el tratamiento con láser o fotobiomodulación produce mejores resultados tanto en la disminución de signos y síntomas de la DATM como del dolor, en comparación con la medicación. En este sentido, la terapia con láser tuvo un efecto significativo y positivo tanto en la reducción del dolor como en el alivio de los signos y síntomas de la ATM, mientras que, la medicación fue eficaz solo en la disminución del dolor.

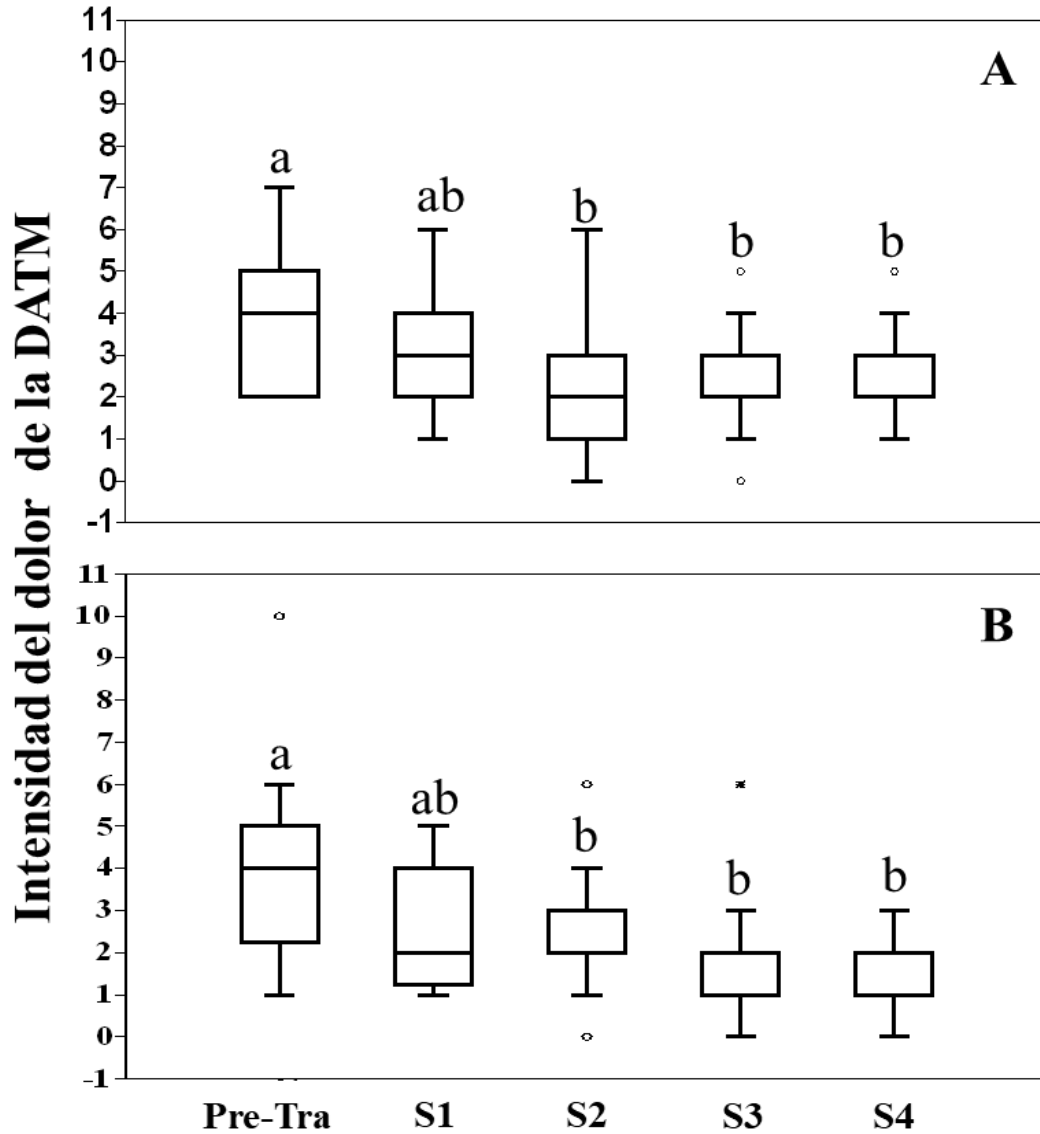


Figura 4 (A y B). Comparación del grado de intensidad del dolor de la DATM medido con EVA entre el pretratamiento y las sesiones de tratamiento para medicación (A) y fotobiomodulación (B). Comparación realizada con Kruskal-Wallis y prueba a posteriori de Mann-Whitney corregida por Bonferroni, $p < 0,05$; letras diferentes indican diferencias significativas.

DISCUSIÓN

La DATM es una condición compleja y multifactorial caracterizada por dolor, restricción del movimiento mandibular y alteración de la función masticatoria, lo que representa un desafío frecuente en odontología y cirugía bucal ¹. En la búsqueda de tratamientos efectivos, la TLBF ha surgido como una alternativa no invasiva y prometedora. Los hallazgos del presente estudio, junto con la evidencia científica reciente ^{2, 9, 16}, respaldan la efectividad de esta modalidad terapéutica.

Respecto a la efectividad del láser en la disminución del dolor, la literatura es consistente, las revisiones sistemáticas recientes concluyen que la TLBF es efectiva para reducir el dolor en pacientes con DATM ^{2, 9, 16}. Por ejemplo, Ahmad et al.² y Farshidfar et al. ⁹ enfatizan en sus revisiones que la TLBF produce una reducción significativa del dolor en comparación con grupos placebo. Nuestros resultados concuerdan directamente con estos hallazgos, ya que se evidenció que el tratamiento con láser (grupo L) tuvo un efecto significativo y positivo en la reducción del dolor. Este efecto analgésico se atribuye a mecanismos bioquímicos como el aumento de la síntesis de endorfinas, la reducción de mediadores proinflamatorios y la modulación de la conducción nerviosa ^{9, 16}.

En cuanto a la mejora de la movilidad y la función mandibular, los resultados son igualmente alentadores, apoyando los resultados de Máximo et al. ⁵, quienes en su meta-análisis demostraron que la TLBF mejora significativamente la movilidad mandibular y la función masticatoria. En tal sentido, en este estudio se utilizó el Índice de Helkimo modificado por Maglione (IHM), ya que integraba, además de las respuestas referentes al dolor, las limitaciones en el rango del movimiento mandibular y la alteración de la función articular que experimentan los pacientes con DATM. En este contexto, en el grupo de pacientes tratados con láser, se observó además de una reducción significativa del dolor, una tendencia a una mayor movilidad mandibular y una consiguiente mejoría en la función masticatoria, lo cual sugiere una recuperación más

integral de la función articular. En contraste, en el grupo tratado con medicación convencional, si bien la medicación fue eficaz para reducir el dolor, no mostró un impacto significativo sobre la movilidad y los signos clínicos de la DATM. Estas diferencias encontradas, subrayan la ventaja de la TLBF no solo para el manejo del algia, sino para la recuperación funcional integral de acuerdo con la evidencia científica ^{5, 10, 16}.

El tipo de láser, sus parámetros y el protocolo de aplicación son factores críticos para la efectividad. La mayoría de los estudios publicados, incluido el presente, han utilizado láseres de diodo en el espectro del infrarrojo cercano, dada su capacidad para penetrar profundamente y actuar directamente sobre la fuente del dolor y la DATM ^{2, 9, 15}. El protocolo específico empleado en esta investigación (láser de diodo de 940 nm, 105 mW y una densidad de energía de 3 J/cm²) se encuentra dentro de los rangos reportados como efectivos ^{9, 16}. Mahmoud et al. ¹⁵ exploraron diferentes sesiones con parámetros entre 808-980 nm y potencias que varían desde 50 mW hasta 200 mW, encontrando eficacia en la desactivación de puntos gatillo. En este orden de ideas, la revisión de Díaz et al. ¹⁶ también respalda el uso de longitudes de onda en el rango de 780 - 940 nm. Con respecto a la elección de 3 J/cm² en este estudio, la misma se sustentó en la evidencia previa, según la cual parece ser una densidad suficiente para desencadenar efectos fotobioquímicos sin riesgo de efectos térmicos adversos, lo que está en línea con las recomendaciones de dosis terapéuticas para tejidos blandos profundos ^{9, 16}.

Sin embargo, no todos los estudios han sido concluyentes, ya que algunos ensayos clínicos han señalado que los beneficios del láser no superan de manera significativa a los tratamientos convencionales o placebo, lo que se atribuye principalmente a la heterogeneidad en los parámetros de aplicación (longitud de onda, potencia, densidad energética y número de sesiones) ^{2, 17}. Un hallazgo relevante de la presente investigación es que, a pesar de consistir en un número relativamente bajo de sesiones distribuidas a lo largo de cuatro semanas, el protocolo aplicado logró mejorías significativas tanto en el dolor como en los signos y síntomas de la DATM, a partir

de la segunda sesión de tratamiento. Este resultado sugiere que el esquema terapéutico fue eficiente, posiblemente debido a la adecuada selección de parámetros, lo cual está en línea con la noción de que la TLBF puede producir efectos acumulativos y sostenidos, incluso con protocolos que emplean un número menor de sesiones ^{9,16}.

Finalmente, es importante destacar que la evaluación de los signos y síntomas mediante herramientas validadas como el IHM ¹¹ y la EVA ¹² es fundamental para cuantificar la respuesta al tratamiento. En la presente investigación, el uso del IHM permitió una evaluación multidimensional de la DATM, y los resultados del escalamiento multidimensional no métrico (EMNM) y la prueba de Kruskal-Wallis (KW) proporcionaron robustez estadística a las conclusiones obtenidas, al confirmar diferencias significativas entre las sesiones de tratamiento con láser y medicación. En el caso de EVA, este indicador fue empleado como instrumento de medición del dolor, en virtud de su uso en otros estudios sobre la DATM ^{2,9,14-16}, lo que valida su utilización como una medida confiable y estandarizada en la investigación de la DATM.

En otro orden de ideas, es importante reconocer las limitaciones de este estudio; por un lado, el tamaño muestral fue reducido (40 pacientes) y procedente de una población local, lo cual puede limitar la generalización de los resultados; por otro lado, no se incluyó un grupo placebo, lo que hubiera permitido discriminar con mayor precisión el efecto específico del láser frente al efecto placebo; además, el seguimiento se limitó a cuatro semanas, por lo que no se puede determinar la duración a largo plazo de los beneficios observados. A pesar de estas limitaciones, los resultados sugieren que la terapia de laser de baja frecuencia podría considerarse una alternativa terapéutica de primera línea en pacientes con trastornos temporomandibulares leves a moderados, especialmente en aquellos con contraindicación al uso prolongado de antiinflamatorios o relajantes musculares. La misma podría integrarse en esquemas combinados junto con férulas oclusales y fisioterapia, potenciando los efectos sinérgicos en la recuperación de la función articular.

Futuros estudios multicéntricos, con muestras más amplias, periodos de seguimiento prolongados y protocolos estandarizados de aplicación, serán esenciales para confirmar estos hallazgos y establecer recomendaciones clínicas basadas en evidencia sólida. Asimismo, se requiere investigación que explore la relación costo-beneficio de la terapia de laser de baja frecuencia frente a terapias convencionales, lo cual aportaría un argumento adicional para su implementación en la práctica odontológica y en la cirugía bucal y maxilofacial.

CONCLUSIONES

Este estudio demostró que un protocolo de terapia láser de baja frecuencia (TLBF) con los parámetros específicos de 940 nm, 105 mW y 3 J/cm² es un tratamiento efectivo para el trastorno de la articulación temporomandibular (DATM). Dicho protocolo ofrece resultados superiores a los de la farmacoterapia convencional.

Con base en estos hallazgos, se recomienda la implementación del TLBF como monoterapia para pacientes con contraindicaciones o intolerancia a los relajantes musculares y los AINES (antiinflamatorios no esteroideos), especialmente en casos de riesgo de hemorragia digestiva, insuficiencia renal o hepatopatías. Asimismo, se sugiere su uso en terapia combinada para potenciar los efectos sinérgicos, consolidando un enfoque de tratamiento integral y personalizado.

REFERENCIAS

1. Maini K, Dua A. Síndrome temporomandibular. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551612/>

2. Ahmad SA, Hasan S, Saeed S, Khan A, Khan M. Low-level laser therapy in temporomandibular joint disorders: a systematic review. *JMLS*. 2021;14(2):148-64. DOI: 10.25122/jml-2020-0169
3. Matheson EM, Fermo JD, Blackwelder RS. Temporomandibular Disorders: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician*. 2023;107(1):52-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36689971/>
4. Pérez Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *RESED*. 2020;27(4):232-3. DOI: 10.20986/resed.2020.3839/2020
5. Máximo CF, Coêlho JF, Benevides SD, Alves GÂ. Effects of low-level laser photobiomodulation on the masticatory function and mandibular movements in adults with temporomandibular disorder: a systematic review with meta-analysis. *Codas*. 2022 Jan 31;34(3):e20210138. DOI: 10.1590/2317-1782/20212021138.
6. Sobral AP, Sobral SS, Campos TM, Horliana AC, Fernandes KP, Bussadori SK, Motta LJ. Photobiomodulation and myofascial temporomandibular disorder: Systematic review and meta-analysis followed by cost-effectiveness analysis. *JCED*. 2021;13(7):e724-e732. DOI: 10.4317/jced.58084.
7. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios Éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. [Internet]. Helsinki (Finlandia): 75° Asamblea General; 2024 consultado en: 20-9-2025. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
8. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias (MINCYT). Código de Ética para la Vida. [Internet]. Caracas (Venezuela): MINCYT; 2010. Consultado en: 20-9-2025. Disponible en: <https://mincyt.gob.ve/codigo-de-etica-para-la-vida-ejercicio-de-la-investigacion-cientifica-nacional/>

9. Farshidfar N, Farzinnia G, Samiraninezhad N, Assar S, Firoozi P, Rezazadeh F, Hakimiha N. The Effect of Photobiomodulation on Temporomandibular Pain and Functions in Patients With Temporomandibular Disorders: An Updated Systematic Review of the Current Randomized Controlled Trials. *J Lasers Med Sci.* 2023;14:e24. DOI: 10.34172/jlms.2023.24
10. Norabuena Robles MÁ, Alcylene Santos CJ, Santiago-Bazan C. Efectividad de la movilización articular y láser de baja potencia frente a la movilización articular en personas con trastornos temporomandibulares en un hospital de Lima-Perú. *RFMH.* 2020;20(3):358-65. DOI: 10.25176/RFMH.v20i3.2710
11. Cocoş DI, Bucur SM, Păcurar M, Earar, K. Validation of the Modified Helkimo Clinical Index for Diagnosing Temporomandibular Disorders in a Romanian Patient Sample. *Diagnostics.* 2025;15(18): 2347. DOI: 10.3390/diagnostics15182347
12. Jarén C, Salmerón E, Esteban L, Villar L, Guaras A, Piquer L. Escalas de valoración del dolor y sus diferentes usos. *RSI.* 2023;3(1):1-1. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/escalas-de-valoracion-del-dolor-y-sus-diferentes-usos/>
13. Hammer Ø, Harper DAT, Ryan DP. PAST: Paleontological Statistics software package for education and data analysis. *PE.* 2001;4(1):1-9.
14. Carvalho FR, Barros RQ, Gonçalves AS, Muragaki SP, Pedroni ACF, Carvalho KD, et al. Photobiomodulation Therapy on the Palliative Care of Temporomandibular Disorder and Orofacial/Cervical Skull Pain: Preliminary Results from a Randomized Controlled Clinical Trial. *Healthcare.* 2023;11(18):1-16. DOI: 10.3390/healthcare11182574
15. Mahmoud NR, Shehab WI, AlAraby AA, Habaka YF. Efficacy of different low-level laser therapy sessions in the management of masseter muscle trigger points. *BMC Oral Health.* 2024;24(1):1125. DOI: 10.1186/s12903-024-04780-y.
16. Díaz L, Restelli L, Valencia E, Atalay DI, Abarca JM, Gil AC, Fernández, E. Effectiveness of low-level laser therapy on temporomandibular disorders: A systematic review of randomized

clinical trials. Photodiagnosis Photodyn Ther. 2025;53:104558. DOI:
10.1016/j.pdpdt.2025.104558

17. Munguia FM, Jang J, Salem M, Clark GT, Enciso R. Efficacy of Low-Level Laser Therapy in the Treatment of Temporomandibular Myofascial Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. JOFPH. 2018;32(3):287-97. doi: 10.11607/ofph.2032.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

RETORNO FORZADO DE MIGRANTES VENEZOLANOS DESDE PERÚ: PROTECCIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Quintero-Espinoza, Verónica¹  ; Montoya-Gómez, Francy² 

1 Licenciada en Desarrollo Humano. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). Barquisimeto, Venezuela.

2 Doctora en Gerencia Avanzada (UFT), Postdoctorado en Gerencia (UNY), M.Sc. en Mercadeo (URBE), Licenciada en Comunicación Social (ULA). Docente del programa de Desarrollo Humano. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA). Barquisimeto, Venezuela.

Autor de contacto: Verónica Quintero Espinoza
e-mail: veronicaqe28@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Quintero-Espinoza V, Montoya-Gómez F. Retorno forzado de migrantes venezolanos desde Perú: protección social y desarrollo humano. *IDEULA*. 2025;(16): 28-50.

APA: Quintero-Espinoza, V., Montoya-Gómez, F. (2025). Retorno forzado de migrantes venezolanos desde Perú: protección social y desarrollo humano. *IDEULA*, (16), 28-50.

Recibido: 15/09/2025 **Aceptado:** 04/11/2025

RESUMEN

La migración de retorno ha emergido como un fenómeno social relevante, caracterizado por la necesidad de regresar al país de origen debido a condiciones adversas en la nación de acogida. Este estudio analiza las dificultades que enfrentaron los migrantes venezolanos retornados desde Perú, tales como la discriminación, la xenofobia y el acceso limitado a servicios básicos, así como su impacto en el bienestar. El objetivo fue comprender las experiencias de este grupo, relacionando sus vivencias con las políticas de protección social peruanas y el enfoque de desarrollo humano. Se empleó un paradigma interpretativo con metodología cualitativa, utilizando el método fenomenológico-hermenéutico y la entrevista en profundidad como técnica principal. A través del análisis de las narrativas de los participantes, se revelaron los significativos desafíos que obstaculizan su integración. Los hallazgos resaltan que estas experiencias no solo reflejan las precarias condiciones de vida, sino que también afectan negativamente su sentido de pertenencia y su desarrollo humano. En última instancia, este trabajo aporta a la comprensión de las



dinámicas del retorno forzado y su vínculo con las políticas sociales, promoviendo una discusión crítica sobre la necesidad de fortalecer las estrategias de inclusión para el bienestar de la población migrante.

Palabras clave: retorno, políticas de protección social, desarrollo humano, capacidades.

FORCED RETURN OF VENEZUELAN MIGRANTS FROM PERU: SOCIAL PROTECTION AND HUMAN DEVELOPMENT

ABSTRACT

Return migration has emerged as a relevant social phenomenon, characterized by the need to return to the country of origin due to adverse conditions in the host nation. This study analyzes the difficulties faced by Venezuelan migrants returning from Peru, such as discrimination, xenophobia, and limited access to basic services, as well as their impact on well-being. The objective was to understand the experiences of this group, relating them to Peruvian social protection policies and the human development approach. An interpretive paradigm with qualitative methodology was employed, utilizing the phenomenological-hermeneutic method and in-depth interviews as the primary technique. Through the analysis of participants' narratives, the significant challenges that hinder their integration were revealed. The findings highlight that these experiences not only reflect precarious living conditions but also negatively affect their sense of belonging and human development. Ultimately, this work contributes to the understanding of the dynamics of forced return and its connection to social policies, promoting a critical discussion on the need to strengthen inclusion strategies for the well-being of the migrant population.

Keywords: return, social protection policies, human development, capacities.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno migratorio venezolano ha adquirido una notable relevancia en el contexto latinoamericano, impulsado por una crisis sociopolítica y económica que ha desplazado a millones de ciudadanos en busca de mejores condiciones de vida. Perú emergió como uno de los principales destinos; sin embargo, la experiencia de muchos migrantes en este país estuvo marcada por adversidades como la discriminación, la xenofobia y un acceso limitado a servicios básicos, lo que restringió sus libertades e impactó negativamente en su calidad de vida.

Esta investigación se enfoca en el retorno forzado de migrantes venezolanos que, debido a las complicadas circunstancias vividas en el país de acogida, se vieron obligados a regresar a su nación. El análisis se realiza desde la perspectiva del paradigma del desarrollo humano, buscando comprender cómo esas experiencias afectaron el desarrollo de sus capacidades y el bienestar general.

La migración es el desplazamiento que una o varias personas realizan de su ciudad o país en busca de mejores condiciones de vida, al respecto León (2015) menciona que la migración “supone dos hechos distintos con referencias espaciales correspondientes al lugar de destino y al lugar de origen; se trata además de un acontecimiento repetible y reversible” (p.11). Se trata de un fenómeno que parte de la antigüedad en la vida del hombre, pero se mantiene en el tiempo. Las personas a través de la movilidad buscan cubrir necesidades básicas como la alimentación y la vivienda. Sin embargo, el desplazamiento podría provenir no sólo por razones económicas sino también por el oleaje de conflictos políticos, guerras y desastres naturales que se han evidenciado a nivel mundial y que obligan e incrementan la decisión migratoria.

Los procesos migratorios son impulsados por el deseo de alcanzar una mejor calidad de vida y encontrar oportunidades para el desarrollo personal. Ello, debido a que en su ciudad o país de origen han sido escasas y desfavorables las condiciones económicas, políticas y sociales, por tanto, el aumento de las migraciones obtuvo mayor fuerza con los avances de comunicación y transporte y se consolidaron en el desplazamiento creciente.

Para el inicio de esta década, según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020) el 3,60% de la población es migrante, es decir que se alcanza los 281 millones en todo el mundo. En este sentido es importante resaltar que en Venezuela, “...el mayor flujo de esa movilidad de salida ocurre a partir de 2015, en especial hacia países de Latinoamérica, manteniéndose durante el 2020 hasta la llegada del Covid-19” (Osorio y Phélan, 2020, p.120). Sin duda, la pandemia en el año 2020 trajo consigo un impacto global que afectó a la economía de

muchos países y por consiguiente a millones de personas que se han visto obligadas, en muchos casos, al retorno de sus países.

Este fenómeno tiene también un sentido inverso, aunque en menor medida, esto es, la gente que se devuelve a su tierra porque sus expectativas no se cumplieron fuera de ella. La migración de retorno, es definido como “el movimiento de personas que regresan a su país de origen después de haberse mudado de su lugar de residencia habitual y cruzar una frontera internacional” (OIM 2006; p.186). La decisión de volver puede estar impulsada por motivos de asentamiento territorial y/o social o por motivos personales de sus proyectos de vida. Con base en ello, Gmelch (1980) (citado en Osorio y Phélan, 2020) sugiere que:

Hay unos migrantes que, aunque no tienen la intención de regresar a su lugar o país de origen, retornan obligados por condiciones adversas que encuentran en el lugar de destino. La diversidad de situaciones de carácter adverso son aquellas relacionadas con la falta de redes de apoyo, la dificultad de obtener un empleo, la poca capacidad de adaptación o nostalgia, hechos éstos que los inducen a regresar, siendo caracterizados como retornados voluntarios (p.122).

El retorno forzado suele caracterizarse por las carencias de oportunidades en el país de acogida que obligan a las personas a regresar a su nación de origen. Asimismo, la vuelta a la patria podría estar ligada a políticas de protección social a las cuales muchas veces no pueden acceder los migrantes y que ocasiona condiciones de vulnerabilidad y riesgos ante necesidades básicas para lograr el adecuado asentamiento en el país de acogida o experiencias xenófobas.

En este sentido, las políticas de protección están creadas para grupos de población que se encuentran expuestos a situaciones de riesgo, vulnerabilidad y necesidades más complejas y demandantes. Estas políticas varían en cada país y ofrecen a la población que recibe la seguridad de acceso a niveles básicos, de bienestar y el goce de derechos. Ante el panorama descrito, muchos gobiernos han tomado medidas que protejan a los inmigrantes y garanticen el gozo de oportunidades para estas poblaciones vulnerables. Es importante resaltar que el flujo de las

migraciones puede provenir de canales irregulares, lo que intensifica los niveles de riesgos y la violación de derechos por diversos factores.

Al respecto, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2018) realizó un estudio titulado *Protección social y migración. Una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas* y allí expone que:

En el caso de las personas migrantes, la condición misma de migrante (sobre todo en situación irregular), constituye por definición un escenario en donde el eje territorial (de origen, de tránsito, de destino o de retorno) se suma de forma muchas veces negativa a esos ejes estructurantes, generando mayores dificultades (p.25).

La situación irregular y de precariedad de los migrantes destaca que existe desigualdad que compromete sus derechos y la satisfacción de sus necesidades básicas y esto atenta directamente contra el desarrollo humano, el cual es entendido como el proceso de ampliación de las capacidades para que las personas alcancen los seres y haceres que valoran (Sen, 2000). Cabe destacar que Nussbaum (2012, p. 38) asevera que para alcanzar un nivel de vida digno es necesario el desarrollo de las capacidades centrales. Para efectos de esta investigación, se destacan dos; capacidades de vida y control sobre el propio ambiente, analizado cómo las experiencias de los extranjeros que atraviesan por el choque de culturas y otras vivencias que pueden derivar en situaciones de desigualdad que no permite el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.

El respeto a los derechos humanos es, por lo tanto, un pilar del desarrollo humano. La garantía del acceso a los servicios, las oportunidades productivas, la no discriminación, su contexto y red de apoyo a los migrantes como un fenómeno que afecta todas las dimensiones de la vida y que necesita el respaldo de los países de acogida, hace énfasis y revela la importancia y la vinculación de las problemáticas de seguridad social y migración como una política de protección para cada individuo.

Venezuela en el pasado fue uno de los países con mayor número de personas venidas de otras partes del mundo, sin embargo, en los últimos años el país ha superado los 7 millones de migrantes distribuidos a nivel mundial, según los datos presentados por ACNUR (2023). La oleada migratoria en este país, es consecuencia de una emergencia humanitaria compleja presente desde el 2015. Ello ha resultado en una migración de carácter forzoso, que condiciona estas personas a un estado de vulnerabilidad en su desplazamiento, ingreso e inserción en los países escogidos como destino; es de destacar que esta situación se convierte en un verdadero problema que los países de la región deben enfrentar sobre todo por los efectos económicos causados por la pandemia del año 2020.

Los venezolanos residenciados en Perú, país de mayor acogida debido al relativo fácil acceso transfronterizo; hasta el año 2019 para el ingreso de las personas no se necesitaba ninguna visa y solo era necesario el pasaporte vigente. Posteriormente, los ciudadanos venezolanos deben presentar una visa como requisito para ingresar al país. Además, las políticas para los migrantes, así como los permisos que ha implementado el Estado de Perú han generado dificultades en la inclusión y acceso a servicios básicos para los venezolanos, lo que ha generado una barrera para la mejora de sus condiciones de vida y el disfrute de sus libertades y derechos.

En este sentido, por motivos como la falta de políticas adecuadas, de inclusión y equidad, la falta de apoyo del Estado y la discriminación por razones xenófobas presente en Perú ante los migrantes venezolanos puede ser el principal motor de su retorno, pues la ausencia de oportunidades y el señalamiento negativo a su identidad nacional ha generado una violación a sus derechos como migrantes y, en consecuencia, un estado de vulnerabilidad y desigualdad dentro del país.

El estudio revisa especial importancia desde la perspectiva del enfoque de desarrollo humano, que plantea la necesidad de garantizar las oportunidades y la dignidad de todos. Analizar la situación de los migrantes venezolanos retornados desde Perú permite descubrir las implicancias

que el diseño y la implementación de políticas de protección social tienen en la realización de las capacidades humanas y en el respeto de los derechos fundamentales.

Desde la óptica, las posturas de autores como Sen (1999), el desarrollo humano no puede entenderse sólo en términos económicos, sino como la ampliación de las libertades sustanciales y la creación de entornos favorecedores. Este trabajo comprendió las experiencias de un grupo de venezolanos migrantes y sus vivencias con las políticas de protección social peruanas, desde el enfoque de desarrollo humano.

Además, la investigación cobra relevancia al considerar el contexto regional y la utilidad de sus hallazgos para repensar las estrategias nacionales de inclusión, prevención de la exclusión y adaptación institucional frente a fenómenos migratorios cada vez más frecuentes y complejos. La pandemia de 2020 y la crisis humanitaria venezolana han puesto en evidencia la necesidad de respuestas integrales que protejan a migrantes y retornados, atendiendo tanto a sus necesidades objetivas como subjetivas: ingresos, educación, salud, autoestima y resiliencia, según lo argumentan CEPAL (2018), OIT (s.f.), ACNUR (2020) y diversas investigaciones académicas.

El estudio permitió comprender cómo estas políticas inciden en las oportunidades y capacidades de los migrantes retornados, sus vivencias asociadas a la dignidad, resiliencia y seguridad, e identificar los desafíos y oportunidades para mejorar la integración y el ejercicio de derechos.

Con base en los antecedentes y teorías consultadas, la investigación aspira a contribuir a la formulación de políticas públicas más inclusivas y efectivas, que permitan mitigar los efectos negativos de la vulnerabilidad migratoria y apoyar el digno desarrollo humano de quienes han vivido la experiencia del desplazamiento, el retorno forzado y la búsqueda de una vida mejor.

METODOLOGÍA

La presente investigación se fundamentó en un enfoque metodológico basado en el paradigma interpretativo, con un énfasis en la metodología cualitativa. Esta elección responde a la naturaleza del objeto de estudio, ya que, como afirma Ricoy (2006), el paradigma interpretativo "busca profundizar en la investigación, planteando diseños abiertos y emergentes desde la globalidad y contextualización" (p. 17). De este modo, se priorizó la comprensión de las realidades y experiencias de los participantes para explorar el significado del retorno forzado y su relación con las políticas de protección social.

Se adoptó un método fenomenológico-hermenéutico, justificado por la necesidad de comprender en profundidad las percepciones y significados que los migrantes venezolanos atribuyen a su experiencia de retorno forzado y a sus interacciones con las políticas sociales en Perú, todo ello desde la óptica del desarrollo humano.

Para la recolección de información se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad. Se seleccionaron de manera intencional tres actores sociales (identificados con las iniciales LG, AP y LA), cuyo criterio de inclusión fue ser venezolanos que retornaron a su país de origen de manera forzada desde Perú. Sus testimonios fueron clave para conocer la realidad de las políticas de protección social y comprender sus implicaciones en el desarrollo de sus capacidades. Se elaboró un guión de preguntas semiestructurado que permitió obtener datos de manera organizada y flexible.

El proceso de análisis de la información se desarrolló en varias etapas sistemáticas. Primero, se transcribieron íntegramente las entrevistas. A continuación, se procedió a la codificación y categorización de los datos (Ortega, s.f.), permitiendo organizar la información e identificar las subcategorías relevantes para la investigación. Posteriormente, se efectuó una sistematización de los datos recabados para estructurar los hallazgos.

Finalmente, se realizó la interpretación mediante la triangulación de la información. Siguiendo a Arias (2022), se utilizó este proceso para contrastar las diversas visiones de los informantes entre sí y con el marco teórico, con el propósito de validar los hallazgos y ampliar la comprensión del fenómeno estudiado.

En cuanto a la validez y credibilidad, el estudio se apoyó en una validación ex post facto, en la cual la información obtenida se contrasta directamente con las experiencias de los participantes y las categorías definidas, garantizando así que los resultados sean representativos de las realidades investigadas.

RESULTADOS

Los migrantes venezolanos en Perú, a medida que buscan mejorar su calidad de vida y oportunidades, enfrentan una serie de desafíos que afectan su bienestar y su integración en la sociedad receptora, tomando la decisión de retornar. Se refleja la necesidad de los migrantes de encontrar no solo estabilidad económica, sino también un ambiente donde puedan disfrutar de su libertad y calidad de vida, aspectos fundamentales del desarrollo humano, así como lo establece el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2018. p.1) el cual consiste en el mejoramiento de las capacidades humanas de todas las personas para vivir una vida plena, donde puedan gozar de sus libertades y derechos con salud y la posibilidad de alcanzar las metas que deseen, participando en el desarrollo sostenible del planeta en el que habitan y conviven.

La calidad de vida de los migrantes se ve comprometida cuando se enfrentan a políticas migratorias restrictivas, que limitan su capacidad para regularizar su estatus y acceder a derechos básicos. A menudo, no se contempla adecuadamente la situación particular de los migrantes, lo que puede perpetuar su exclusión de sistemas de seguridad social y limitar su acceso a servicios básicos como la salud y la educación. La falta de acceso a estos servicios no sólo impacta su

desarrollo humano, sino que también aumenta la vulnerabilidad de los migrantes frente a la xenofobia y la discriminación, convirtiendo su proceso de integración en una lucha diaria.

El desarrollo humano y las políticas de protección social resaltan la necesidad de un enfoque integral, tal como lo establecen los autores, que aborde las realidades complejas que afrontan los migrantes venezolanos. Al implementar políticas que reconozcan y respeten los derechos de los migrantes, se puede mejorar su calidad de vida y fomentar su integración en la sociedad. Alcanzar un desarrollo humano sostenible en contextos migratorios requiere no sólo la atención a las necesidades inmediatas de los migrantes, sino también un compromiso con la inclusión y la solidaridad en la construcción de sociedades más justas.

Retorno migratorio

El retorno migratorio puede ser un fenómeno influenciado por múltiples factores interrelacionados. Entre estos se destacan en los participantes las oportunidades de empleo, la adaptabilidad e integración al entorno local, la vulnerabilidad a la discriminación y la nostalgia familiar. El proceso migratorio es complejo, y refleja tanto las oportunidades como las limitaciones de la vida en el extranjero, así como el fuerte vínculo emocional que los migrantes mantienen en su país de origen y sus familias. Al respecto AS1 expresó que estuvo expuesto a una situación discriminatoria por parte de los entes instituciones en Perú y al momento de preguntarle si consideraba su regreso voluntario indicó *“No, fue por la situación que me obligó a regresar”* y señaló que *“la gente solamente se aprovecha de uno en esas ocasiones, como uno es venezolano ya ahí a uno lo discriminan ya por esa parte”*. Por otro lado, la AS2 indicó *“me iba mejor trabajando en la calle que trabajar en la empresa porque, o sea, allá suelen explotar a los extranjeros”* y AS3 *“para esa época en la que yo estuve allá uno tenía las de perder, entonces realmente había que llevar la cosa en sana paz”*. Considerando estas perspectivas, la discriminación es una experiencia dolorosa y desestabilizadora para los migrantes venezolanos y muchas veces una situación que limita su integración plena para obtener oportunidades de empleo,

cabe mencionar que la Organización Internacional para las Migraciones (2019) define la xenofobia como “el conjunto de actitudes, prejuicios y comportamientos que entrañan el rechazo, la exclusión y, a menudo, la denigración de personas por ser percibidas como extranjeras o ajenas a la comunidad, a la sociedad o a la identidad nacional.” (p. 256). De esta manera, volver a su país puede parecer una solución, donde se sienten más aceptados y valorados, incluso si eso implica renunciar a las oportunidades que ofrece el país anfitrión. En este sentido, el retorno podría describirse como lo señala la Organización Internacional para las Migraciones (2006) “voluntario, forzoso, asistido y espontáneo”. (p.65)

La nostalgia familiar juega un papel crucial en la decisión de retornar. Estar lejos de la familia y de las tradiciones culturales, consecuencia de una migración forzada, puede generar un profundo anhelo por la conexión familiar y social. De esta manera, AS1 expresó “*mi mamá estaba mal. Me imagino que era la soledad y eso y ahí también tuvo que ver mi regreso pues, hacia acá hacia Venezuela.*” Asimismo, AS2 señaló que su regreso estuvo impulsado por su familia “*Claro, estar con mi familia, estar con mis hermanos, conocer a mis sobrinos, no tener preocupaciones en cuanto a los alquileres y todo eso*”. En este orden de ideas, AS3 indicó “*uno también fingía por decirte algo: ‘estoy bien y todo lo demás’ pero de repente las cosas no eran así*”. Es importante mencionar que Gmelch (1980) (citado en Osorio y Phélan, 2020) exponen “La diversidad de situaciones de carácter adverso son aquellas relacionadas con la falta de redes de apoyo, la dificultad de obtener un empleo, la poca capacidad de adaptación o nostalgia, hechos éstos que los inducen a regresar” (p.122). El apoyo emocional que brinda la familia son aspectos fundamentales del bienestar personal, esto los conduce a no gozar de un pleno desarrollo humano quebrantando su calidad de vida. Esta distancia intensificó su deseo de retorno, ya que el hogar representa no solo un lugar físico, sino también un espacio emocional y de pertenencia.

Desarrollo Humano

El desarrollo humano es un concepto integral que abarca la mejora de la calidad de vida de las personas y su libertad para elegir el rumbo de sus vidas. Sin embargo, en un contexto migratorio, este desarrollo se ve gravemente afectado por diversos factores, como la violencia a los Derechos Humanos, la desigualdad y la economía inestable. En primer lugar, la libertad y calidad de vida se ven comprometidas en situaciones migratorias, el AS1 indicó que no se sentía satisfecho con su nivel de vida, puesto que su trabajo no le daba lo suficiente para ahorrar y solo pagaba servicios, así mismo indicó que no sentía bienestar físico ni emocional *“o sea satisfecho tampoco es que me sentí”*. Por otro lado, el AS2 mencionó que no podía acceder a la educación *“No, muy difícil. Era muy complicado a nivel económico y por el tiempo. Lo que pasa es que hay mucha explotación, entonces no, no iba a rendir”* y el AS3 señaló *“La educación en Perú la vi un poco costosa a nivel de universidades”* y agregó que por la condición de migrante era difícil poder ingresar. De este modo, la Organización Mundial de la Salud (Oms, 1994) (citado en Botero y Pico, 2007) expresa que la calidad de vida *“Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros”* (párr.1). Los migrantes venezolanos enfrentan restricciones legales, culturales y sociales que limitan su capacidad para acceder a servicios básicos como la educación y los lleva a aspectos subjetivos que no les permite gozar de una vida plena y libre.

Los Derechos Humanos son fundamentales para el desarrollo humano. Sin el respeto y garantía de estos derechos es difícil lograr un desarrollo humano integral. El AS1 ante el episodio que vivió siendo víctima de xenofobia y discriminación de entes institucionales en Perú, expresó *“me estaban pidiendo también dinero para poder como que quitarme esa denuncia”*. Por su parte, el AS2 pronunció *“otra cosa allá la mayoría de las veces a los venezolanos no le pagan”* y *“no se trabaja ocho horas en Perú se trabajan doce, trece, catorce, hasta dieciséis horas o veinticuatro*

horas.” Se evidencia de esta forma que los migrantes venezolanos a menudo enfrentan violaciones de derechos, como detenciones arbitrarias, extorsiones, violencia y explotación laboral. De este modo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD; 2018) expone que “el desarrollo humano consiste en el desarrollo de las capacidades humanas de todas las personas para poder vivir una vida plena, donde puedan gozar de sus libertades y derechos” (p.1). Los migrantes son titulares de derechos humanos por el simple hecho de ser humanos y estos se violentan a menudo.

La desigualdad es otro factor crítico que impacta el desarrollo humano en un contexto migratorio. Los migrantes a menudo enfrentan múltiples formas de discriminación, ya sea por su origen, raza, género o nivel socioeconómico, lo cual puede resultar en un acceso desigual a oportunidades laborales y educativas. El AS1 luego del lamentable suceso de discriminación quedó en una situación de desigualdad *“no tenía dinero para pagar eso porque ya me habían robado, compré ese teléfono usado, estaba robado y no tenía ni plata para pagar tampoco un abogado y no tenía para pagar tampoco donde vivía, el alquiler, por todo eso que me había pasado y bueno”*. Se evidencia que la discriminación también podría conllevar a la desigualdad y en consecuencia violar derechos fundamentales, como el derecho a la igualdad y no discriminación; los venezolanos a menudo enfrentan estas situaciones en su país de acogida.

Finalmente, una economía inestable puede tener un efecto devastador en el desarrollo humano de los migrantes venezolanos. El AS1 expresó *“Ya no tenía el dinero por los problemas que me habían pasado. A mí me tocó regresarme con dinero que me habían enviado de acá de Venezuela.”* La falta de estabilidad económica afecta no sólo su bienestar inmediato, sino que también su capacidad para planificar a largo plazo. En consecuencia, los expone a una situación de vulnerabilidad afectando su acceso a vivienda, educación y servicios de salud e impulsado su retorno. La teoría de libertades de Sen (1999) sostiene que el desarrollo debe medirse en términos de libertades individuales y la capacidad de las personas para hacer elecciones significativas en

sus vidas, considerando tanto aspectos económicos como sociales y políticos. En este contexto, la calidad de vida se entiende como la posibilidad real de que las personas logren sus objetivos y aspiraciones.

Por otro lado, el enfoque de capacidades de Nussbaum (2012) amplía esta idea al señalar que cada individuo debe tener el potencial de alcanzar capacidades básicas, como la salud, la educación y la participación política, para vivir dignamente. Los migrantes venezolanos en Perú enfrentan múltiples restricciones y vulnerabilidades que afectan su calidad de vida, entre las que destacan el acceso limitado a servicios básicos. Muchos de ellos carecen de servicios como los anteriormente descritos lo que limita significativamente su capacidad para satisfacer necesidades fundamentales y ejercer sus libertades.

Esta situación se relaciona directamente con la teoría de Sen (1999) porque, sin estos servicios, su capacidad para hacer elecciones significativas se ve restringida. Además, la vulnerabilidad económica y la falta de empleo formal impiden que puedan obtener ingresos adecuados, afectando su bienestar social y económico. La exclusión social y la discriminación que a menudo enfrentan también contribuyen a su situación de vulnerabilidad, lo que se manifiesta como una violación de las capacidades que Nussbaum (2012) defiende, que incluyen el respeto y la dignidad. Así, la interconexión entre las teorías de Sen y Nussbaum resalta la importancia de abordar las limitaciones estructurales que enfrentan los migrantes venezolanos en Perú. Mejorar el acceso a servicios básicos y eliminar barreras sociales y económicas es fundamental para que puedan ejercer sus libertades y desarrollar sus capacidades, lo que a su vez mejorará su calidad de vida en un entorno que les presenta considerables desafíos. Una perspectiva integral puede ser clave para diseñar políticas y programas que respondan a las necesidades de esta población vulnerable y les ofrezcan oportunidades reales para reconstruir sus vidas.

Políticas de protección social

Las políticas de protección social desempeñan un papel crucial en la vida de los migrantes venezolanos en Perú, afectando su bienestar y su capacidad para integrarse en la sociedad. La relación entre estas políticas y factores como las políticas migratorias, la seguridad social, la xenofobia y las redes de apoyo es compleja y multidimensional, dado el contexto particular que enfrentan los migrantes. El AS1 reveló que ingresó de manera irregular en el país de Perú *“Allí obviamente entre irregular, pero ya estaba sacando unos permisos y eso de permanencia, pues como tal”*. Por otro lado, el AS2 expresó *“Habían entidades bancarias donde por ser migrante no te dejaban abrir una cuenta. Si creo que lo viví como dos o tres veces”*. Y el AS3 enunció *“para al principio cuando yo llegué para para poder sacar este PTP uno de los requisitos principales eran tener los antecedentes policiales de allá de Perú y eso estaba suspendido por un tema de que ellos estaban como quien dice ‘adecuando un sistema’ porque era tanta la cantidad de personas que requerían de eso que de verdad había que hacer colas hasta de dos días, quedarte en el sitio para poder optar y bueno, este al principio fue fuerte”*.

De allí pues que, las políticas migratorias, que constituyen el conjunto de actos administrativos, medidas, acciones, leyes y también las omisiones institucionales llevadas a cabo por un Estado para regular la entrada, salida o permanencia de población nacional o extranjera dentro de su territorio (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH; 2003), son herramientas esenciales para tratar los diferentes retos que conllevan las migraciones internacionales. Dichas políticas en Perú han evolucionado en respuesta a la crisis migratoria venezolana. Si bien sus esfuerzos, como el Permiso Temporal de Permanencia (PTP), han facilitado el acceso a ciertos derechos y servicios, todavía existen limitaciones que impactan negativamente a los migrantes.

La seguridad social es un aspecto crítico para la integridad y el desarrollo de los migrantes. El AS1 indicó *“Si tú tienes allá un accidente no puedes entrar en un hospital porque no tiene los*

documentos como tal entonces es muy difícil que tú puedas acceder a un hospital, sino una clínica o algo así pagando". Asimismo, el AS2 expresó *"ya con el carnet de extranjería había muchas más posibilidades de adquirir un empleo, tener una cuenta bancaria, de tener asistencia médica gratuita"*. El AS3 *"trabajando en esta última empresa, yo tenía lo que llamamos aquí el Seguro Social y considero que realmente el tema de salud era muy bueno"*. Para la OIT (s.f.) la seguridad social es:

La protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia (p. 1).

De acuerdo a las voces de los informantes, la integración en el sistema de seguridad social depende de su estatus migratorio y, a menudo, se ven excluidos por la falta de información sobre sus derechos. Que todos puedan acceder a servicios esenciales y gozar de un sistema de seguridad social es vital para que los migrantes puedan contribuir y beneficiarse de los recursos del país, evitando problemas de salud y dificultades económicas que afectan su calidad de vida.

La xenofobia es otro factor que impacta la vida de los migrantes venezolanos en Perú. La percepción negativa hacia los migrantes puede resultar en discriminación y exclusión social, lo que dificulta aún más su acceso a las políticas de protección social. El AS1 señaló que no se relacionó en gran medida con la comunidad de peruana e indicó *"ellos siempre cuando se acercaban a uno más que todo era para discriminar a uno por ser venezolano"*. El AS2 sufrió una escena con su hijo *"si hubo un percance con el niño con una maestra que me lo haló por el bracito y el niño me llegó llorando y la maestra del aula le decía que todos los venezolanos eran malos"*. Y el AS3 reveló la expresión de algunos peruanos *"estos venezolanos tal cosa o no me gustan que los venezolanos están aquí o hay muchos venezolanos en mi país' eso es lo que mayormente mencionaban los peruanos, pero realmente era muy poco"*. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2020) señala que existe xenofobia cuando se les niega a las

personas “la igualdad de derechos debido a la procedencia geográfica, real o percibida, de dichas personas o grupos, o a los valores, creencias y/o prácticas relacionadas con esas personas o grupos que los hagan parecer extranjeros” (p.16). La xenofobia se alimenta por narrativas que vinculan a los migrantes con la competencia por empleos y recursos, creando un ambiente hostil que afecta su integración. Esta discriminación socava la cohesión social y el respeto a los Derechos Humanos.

Por otro lado, las redes de apoyo son fundamentales para ayudar a los migrantes a enfrentar los desafíos que surgen en su nuevo entorno. Al respecto, el AS1 pronunció *“Sí... una vez, me anotaron en algo así pero nunca llegó la ayuda.”* El AS3 también coincidió *“para cuando yo estuve como tal un programa social o una ayuda no”*. Sin embargo, el AS2 perteneció a un grupo de apoyo y expresó *“muchas asociaciones y le prestaban servicio a las personas con vulnerabilidad, por ejemplo a los venezolanos que no tenían donde vivir, no tenían colchones o no tenían cocina se le hacía una breve encuesta, se le hacía un pequeño censo y salían seleccionados ya sea para ayuda económica o para brindarle recursos”* y también indicó *“Yo recuerdo que cuando trabajaba con esa asociación civil, trabajamos con Hayes, que era... se había implementado una misión de la violencia contra género y me sorprendió muchísimo porque cantidades venezolanas nos decían que cuando ellas querían retornar a nuestra patria las violaban en Ecuador, a ellas, a sus hijos y esas personas tenían mucha ayuda.”*

El acceso a estas redes depende de la vulnerabilidad del migrante. No obstante, el AS1 mostró tener problemas económicos durante su estadía en Perú y nunca recibió dicha ayuda. El gran oleaje de migrantes que se desplazan en condiciones aún más desfavorables conlleva a que la demanda sea muy alta y no todos puedan recibir estos servicios. Cuando las políticas no están bien diseñadas para incluir a los migrantes, se limita la creación de vínculos que faciliten su integración social y económica.

De acuerdo con Mármora (2002), las políticas migratorias son las respuestas del Estado a la problemática migratoria, producto del movimiento masivo de personas a través de fronteras

internacionales y de la percepción que tienen las sociedades que experimentan con mayor intensidad dicho movimiento. Perú, como uno de los principales países de mayor acogida debido al relativo fácil acceso transfronterizo, ha recibido una gran cantidad de venezolanos y el Estado ha implementado medidas para facilitar la regularización y documentación de dicha población, pero esto también ha dificultado su inclusión.

En este orden de ideas, los hallazgos principales del artículo titulado: *El Perú como destino: Percepciones sobre el retorno y la permanencia de los inmigrantes venezolanos*, realizado por Napan (2023), evidencian que el regreso de los nacionales venezolanos está supeditado a que las políticas del Estado aseguren estabilidad económica y una mejor calidad de vida en el país de origen. Asimismo, la permanencia en el Perú depende de las oportunidades laborales y la estabilidad económica que les permita vivir dignamente y apoyar a sus familiares. El abordaje de este estudio en nuestra investigación ha demostrado que efectivamente se necesita la adecuada inclusión de los migrantes en las políticas de protección social para que estos puedan permanecer y lograr la vida que deseen.

CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó con el propósito de comprender las experiencias de este grupo, relacionando sus vivencias con las políticas de protección social peruanas y el enfoque de desarrollo humano; a lo largo de esta investigación se abordaron cuestiones críticas en torno a las experiencias de estos migrantes y las políticas adoptadas han influido en su integración y bienestar en el país de acogida. En este apartado, se presentaron las consideraciones finales que sintetizan los hallazgos, así como también la respuesta a los propósitos planteados al inicio, contribuyendo al campo de la Sustentabilidad Social y la Equidad.

En consecuencia, los migrantes venezolanos que han optado por retornar a su país han manifestado una variedad de características y percepciones que reflejan la complejidad de su

experiencia migratoria, quienes llegaron a Perú en busca de oportunidades laborales y mejorar su calidad de vida. A pesar de haber enfrentado numerosos desafíos, tales como la discriminación y la precariedad de las condiciones de vida, expresan que la decisión de retornar a Venezuela está motivada, en muchos casos, por la familia, y afirman que a pesar de enfrentar un contexto de crisis se sienten mejor en su país de origen.

Las percepciones sobre el retorno son, en muchos casos, mixtas. Tal como lo menciona Gmelch (1980) (citado en Osorio y Phélan, 2020). “La diversidad de situaciones de carácter adverso son aquellas relacionadas con la falta de redes de apoyo, la dificultad de obtener un empleo, la poca capacidad de adaptación o nostalgia, hechos éstos que los inducen a regresar” (p.122). Si bien el retorno se ve como una necesidad ante la imposibilidad de sostenerse en Perú, también está impregnado de un sentido de pertenencia y el deseo de reconectar con la familia y la cultura de origen. Sin embargo, este retorno no es una decisión fácil; existe un reconocimiento que las condiciones en Venezuela son difíciles, pero la familiaridad y la esperanza de un futuro en su país a menudo prevalecen sobre la adversidad.

En atención a las políticas de protección social implementadas en Perú, se evidenció que, a pesar de la existencia de marcos normativos que buscan proteger a los migrantes venezolanos, la efectividad de esas políticas fue limitado. Los migrantes expresaron que, aunque se reconocen sus derechos a nivel legislativo, el acceso real a servicios como la educación sigue siendo un desafío.

Las políticas migratorias, son aquellas que constituyen el conjunto de actos administrativos, medidas, acciones, leyes y también las omisiones institucionales llevadas a cabo por un Estado para regular la entrada, salida o permanencia de población nacional o extranjera dentro de su territorio (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH; 2003). De este modo, las instituciones encargadas de implementar estas políticas a menudo enfrentan recursos limitados y una falta de coordinación interinstitucional. Esto agrava la situación de los migrantes, quienes se encuentran en condiciones vulnerables y sin el apoyo adecuado para su adaptación y

desarrollo en un nuevo entorno. Adicionalmente, se observó una percepción de discriminación y xenofobia que exacerbaban su situación de desprotección en el país.

Por todo lo expresado, la investigación ha revelado que las experiencias de interacción de los migrantes venezolanos con la población peruana son fundamentales para comprender su percepción del entorno y su capacidad para ejercer control sobre su vida en un contexto que le es ajeno. Los migrantes describen interacciones mixtas que van desde la solidaridad y la empatía hasta la discriminación y el rechazo. Estas experiencias sociales impactan profundamente en su bienestar emocional y su sentido de pertenencia, influyendo en su capacidad para adaptarse y prosperar en un nuevo ambiente.

Desde la perspectiva de Nussbaum (2012), el grado de control que los migrantes sienten sobre su propio entorno es un componente clave para el desarrollo de sus capacidades. Aquellos que han vivido experiencias negativas de interacción o han sentido rechazo se encuentran en una posición vulnerable, lo que limita su capacidad para tomar decisiones y perseguir sus objetivos.

En cuanto a las narrativas laborales, los migrantes comparten historias de esfuerzo y perseverancia en la búsqueda de empleo, a menudo en condiciones precarias y sin reconocimiento de sus competencias. A pesar de poseer habilidades valiosas y una fuerte ética de trabajo, se enfrentan a barreras estructurales, como la informalidad laboral y la discriminación, que obstaculizan su desarrollo profesional.

Por último, el análisis de las barreras y oportunidades que han experimentado los migrantes resalta la necesidad de políticas más efectivas que no solo aborden la protección social, sino que también promuevan la inclusión y el reconocimiento de las capacidades de los migrantes. En este sentido, el estudio ilustró la complejidad de la migración forzada, sino que también ha contribuido al cuerpo de conocimientos sobre el desarrollo humano en contextos de desplazamiento y retorno.

Al otorgar voz a los migrantes venezolanos, se ha promovido una comprensión más completa sobre sus necesidades y aspiraciones.

Se destaca la realización de este trabajo como una experiencia profundamente enriquecedora y transformadora. A nivel personal, este proceso me ha permitido ampliar conocimientos académicos sobre la migración y el desarrollo humano y ha fortalecido mi compromiso con el trabajo a favor de los derechos y el bienestar de los migrantes.

REFERENCIAS

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2020). *Guía sobre Racismo y Xenofobia: Cómo ACNUR puede abordar y responder ante situaciones de racismo y xenofobia que afectan a personas bajo su mandato*. Disponible en: <https://www.acnur.org/media/guia-sobre-racismo-y-xenofobia-como-acnur-puede-abordar-y-responder-ante-situaciones-de>

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2023). *Situación de Venezuela*. Disponible en: <https://www.acnur.org/emergencias/situacion-de-venezuela>

Arias, M. (2022). Triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y educación en enfermería*, 40 (2), e03. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072022000200003&script=sci_abstract&tlng=es

Botero, B., y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12 (1), 11-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689002.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (s.f.). *Protección social*. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/subtemas/proteccion-social#>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2018). *Protección social y migración: Una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas* [Documentos de proyectos] Disponible en:

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/44021-proteccion-social-migracion-mirada-vulnerabilidades-lo-largo-ciclo-la-migracion>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2003). *Opinión consultiva solicitada por los Estados Unidos Mexicanos sobre la condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados*. Disponible en:

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2003/2351.pdf>

León, L. (2015). *Análisis económico de la población demográfica*. Disponible en: <https://web.ua.es/es/giecryal/documentos/demografia-peru.pdf>

Ley del Seguro Social (Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley N° 6266). (2008). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 38.991, extraordinario.

Mármora, L. (2002). *Las políticas de migraciones internacionales*. Ediciones Paidós.

Napan, K. (2023). El Perú como destino: Percepciones sobre el retorno y la permanencia de los inmigrantes venezolanos. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 22 (1), 609-642. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/lys/v22n1/2413-2659-lys-22-01-609.pdf>

Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Disponible en: <http://ciberinnova.edu.co/archivos/plantilla-ovas1-slide/documents-UCN-Canvas/teorias-contemporaneas-trabajo-social/lecturas/Crear%20capacidades.pdf>

Nussbaum, M., y Sen, A. (1996). *La calidad de vida*. Fondo de Cultura Económica.

Organización Internacional para las Migraciones. *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. Disponible en: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/?lang=ES>

Organización Internacional para las Migraciones, (2006). *Glosario sobre migración*. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/observaciones/11/anexo4.pdf>

Organización Internacional para las Migraciones. (2019). *Glosario de la OIM sobre migración*. Disponible en: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>

Organización Internacional del Trabajo. (s.f). *Hechos concretos sobre la Seguridad Social*. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf

Ortega, C. (s.f). ¿Qué es la codificación de datos en una investigación? Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/codificacion-de-datos-en-una-investigacion/>

Osorio, E., y Phélan, M. (2020). Migración venezolana. Retorno en tiempos de Pandemia (COVID 19). *Espacio Abierto*, 29 (4), pp. 118-138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/122/12265803010/12265803010.pdf>

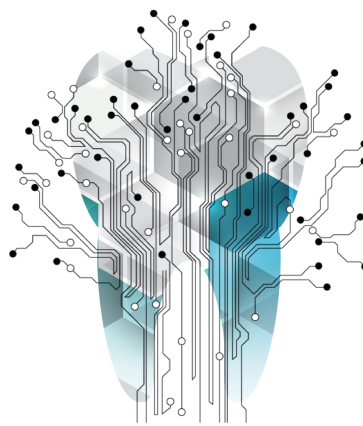
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). *Índices e indicadores de desarrollo humano*. Disponible en: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/2018humandevelopmentstatisticalupdateespdf.pdf>

Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31 (1), 2006, pp. 11-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>

Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad* (Esther Rabasco y Luis Tohari, Trads.). Planeta.

Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, (55), 14-20. <https://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>

Casos clínicos



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA

CASO CLÍNICO

HIPERPLASIA CONDILAR MANDIBULAR: TÉCNICAS IMAGENOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO. REPORTE DE CASO

Chong, Mee¹ ; Borges-Briceño, Randy² ; Fernández, Sarah³ ; Isea, José⁴ ; Lugo, Gredy⁵ 

1 Odontólogo, Magister en Gerencia Educativa, Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial, Profesora Agregado de la Unidad Curricular Radiología Dentomaxilofacial, Universidad de Carabobo.

2 Odontólogo, Especialista en Cirugía Bucal y Maxilofacial, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

3 Odontólogo, Especialista en Radiología Oral y Maxilofacial. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

4 Odontólogo, Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, Universidad de Carabobo.

5 Odontólogo. Especialista en Periodoncia, Doctora en Innovaciones Educativas, Profesor Titular de la Cátedra de Periodoncia, Universidad Central de Venezuela.

Autor de contacto: Chong Mee.

e-mail: meelyn_chong25@hotmail.com, meelychong@icloud.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Mee, C., Borges-Briceño, R., Fernández, S., Isea, J., Lugo, G. Hiperplasia condilar mandibular: técnicas imagenológicas para el diagnóstico y plan de tratamiento. Reporte de caso. *IDEULA*. 2025; 16: 52-70.

APA: Mee, C., Borges-Briceño, R., Fernández, S., Isea, J. y Lugo, G. (2025). Hiperplasia condilar mandibular: técnicas imagenológicas para el diagnóstico y plan de tratamiento. Reporte de caso. *IDEULA*, 16, 52-70.

Recibido: 22/06/2025 **Aceptado:** 30/08/2025

RESUMEN

La hiperplasia condilar mandibular es una patología no neoplásica que resulta del crecimiento excesivo y progresivo de la cabeza y/o el cuello condilar y las ramas mandibulares. Existen muchas teorías en torno a su etiología que sugieren factores extrínsecos e intrínsecos asociados. El examen clínico y la evaluación radiográfica se consideran a menudo los recursos más utilizados en el proceso inicial de diagnóstico de la hiperplasia condilar; sin embargo, la gammagrafía ósea, la tomografía computarizada por emisión monofotónica, la tomografía por emisión de positrones y, en algunos casos, el estudio histopatológico, proporcionan información detallada sobre la actividad o el cese del crecimiento y desarrollo condilar, lo cual es indispensable para establecer las opciones de tratamiento. Para los pacientes con hiperplasia condilar mandibular unilateral con asimetría facial, se recomienda realizar la condilectomía y cirugía ortofacial, de

manera simultánea o en dos fases según el caso, buscando acortar el tiempo de tratamiento siempre que sea posible. El objetivo de este estudio es el reporte de un caso para detallar secuencialmente el comportamiento y pronóstico de esta patología con la visión de facilitar el diagnóstico y presentar las opciones de tratamiento; tomando en cuenta, la edad del paciente, la severidad de la hiperplasia y la fase de actividad o inactividad de la patología.

Palabras clave: hiperplasia condilar mandibular, asimetría facial, condilectomía, cirugía ortofacial.

MANDIBULAR CONDYLAR HYPERPLASIA. IMAGING TECHNIQUES FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT PLANNING. CASE REPORT

ABSTRACT

Mandibular condylar hyperplasia is a non-neoplastic pathology that results from the excessive and progressive growth of the head and/or condylar neck and mandibular branches. There are many theories about it that suggest extrinsic and intrinsic related factors. Clinical examination and radiographic evaluation are considered the most commonly resources in the initial diagnostic process of condylar hyperplasia; However, bone scintigraphy, single-photon emission computed tomography, positron emission tomography, and, in some cases, histopathological study, provide detailed information on the activity or cessation of condylar growth and development, which is necessary to evaluate treatment options. For patients with unilateral mandibular condylar hyperplasia with facial asymmetry, it is recommended to perform condylectomy and orthofacial surgery, simultaneously or in two phases according to the case, seeking shortening the treatment time when it's possible. The objective of this study is to report a case to sequentially detail the behavior and prognosis of this disease, with the aim of facilitating diagnosis and presenting treatment options, taking into account the patient's age, the severity of the hyperplasia, and the active or inactive phase of the disease.

Keywords: condylar hyperplasia mandibular, facial asymmetry, condylectomy, orthofacial surgery.

INTRODUCCIÓN

La cabeza del cóndilo mandibular es un centro de crecimiento del esqueleto craneofacial, asociado, en algunos casos, con asimetría facial y desviación mandibular, alterando tanto la oclusión funcional, como a la estética facial^{1, 2}. En presencia de algunas patología que producen

un crecimiento activo anómalo a nivel del cóndilo, puede observarse histológicamente un aumento de la capa mesenquimal, en relación con: a) el grosor total de la capa del cartílago, b) el espesor de la capa de células precondroblásticas y c) la presencia de islas de cartílago en la capa ósea ¹⁻³.

Específicamente, la hiperplasia condilar mandibular representa una patología no neoplásica de etiología desconocida que resulta del crecimiento excesivo y progresivo de las ramas mandibulares y de la cabeza y/o cuello condilar. A pesar que no se ha clarificado su etiopatogenia, se han sugerido factores intrínsecos que incluyen la alteración de la vascularización condilar, los trastornos hormonales y la hipertrofia cartilaginosa y factores extrínsecos asociados a microtraumatismos y procesos infecciosos, asociados al surgimiento de esta entidad ^{3,4}.

Clínicamente se presenta como asimetría facial unilateral o bilateral, progresiva ^{5,6}, con predilección por el sexo femenino. Algunas teorías se inclinan hacia un posible papel del estrógeno ^{7,1} debido a las evidencias experimentales de síntesis local de este grupo de hormonas en la articulación temporomandibular ^{8,9} y la asociación del estrógeno con mediadores del crecimiento de tejido óseo en el cartílago articular y en las placas. Debido al crecimiento excesivo y continuo del cóndilo, este proceso patológico puede afectar negativamente la morfología mandibular, la función de la articulación temporomandibular e indirectamente el crecimiento maxilar ^{10,11}.

El examen clínico y radiográfico son fundamentales para establecer el diagnóstico inicial ¹², sin embargo, no proporcionan información sobre la actividad o estadificación de esta patología ¹²⁻¹⁴. La imagen nuclear que incluye la gammagrafía, la tomografía computarizada por emisión monofotónica y la tomografía por emisión de positrones, muestran detalles sobre la actividad o el cese del crecimiento y desarrollo condilar, lo que permite establecer un plan de tratamiento adecuado ^{13,15-16}.

El tratamiento se basa principalmente en un enfoque multidisciplinario, que comprende procedimientos ortodónticos y/o quirúrgicos. Ambos procedimientos se pueden utilizar como métodos únicos o combinados⁸ y están dirigidos a eliminar el centro del crecimiento patológico, en los casos donde se demuestre una hiperplasia condilar activa o para tratar las secuelas de la cirugía ortofacial y/o compensación maxilomandibular ortodóntica cuando la patología está inactiva. Los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia son la condilectomía y la cirugía ortofacial⁹.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. Diagnóstico por imágenes de la hiperplasia condilar mandibular

Los métodos radiográficos y tomografías computarizadas se usan frecuentemente para el diagnóstico y control de los aspectos macroscópicos, observándose la cabeza mandibular alargada y engrosada en las tres direcciones espaciales¹⁷. Las radiografías panorámicas, cefalométricas laterales, posteroanterior de cráneo y las mediciones lineales y angulares halladas en las mismas, proporcionan información importante para detectar alteraciones esqueléticas en posición, forma y tamaño, permitiendo la determinación de las estructuras craneofaciales involucradas¹⁸⁻²⁰. Con estos métodos, se evidencian las alteraciones en la forma y tamaño del cóndilo, de la rama y del cuerpo mandibular, la desviación del mentón y el exceso vertical de los procesos alveolares mandibulares y maxilares con descompensación oclusal¹⁸. Un examen radiológico que muestra la elongación del cuello y la cabeza del cóndilo es determinante en el diagnóstico objetivo, sin embargo, se hace necesario el uso de herramientas tomográficas que permitan la exactitud de la imagen¹³.

Asimismo, la gammagrafía ósea es el *Gold Estándar* para comparar la actividad metabólica celular¹⁷. Durante el diagnóstico de hiperplasia condilar clínica y radiográfica, esta herramienta marca el dinamismo de los osteoblastos que rigen la estructura ósea y muestra la naturaleza activa

o inactiva de la enfermedad¹⁸. Una diferencia de más del 10% entre las zonas condilares derecha e izquierda, es sugestiva de la patología^{13,21}. La gammagrafía puede complementarse con la tomografía computarizada a fin de mostrar simultáneamente las relaciones anatómicas y la actividad metabólica. En estos casos, la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT CT) y la tomografía computarizada por emisión de positrones el (PET CT), permite obtener una imagen confiable y una mejor resolución espacial, que la cámara gamma convencional¹³.

2. Diagnósticos diferenciales de la hiperplasia condilar mandibular

Algunas patologías mandibulares o ciertas anormalidades de los cóndilos pueden simular una hiperplasia condilar por lo que no siempre el diagnóstico resulta ser sencillo¹⁸. Entre estas pueden encontrarse: hipertrofias hemifaciales de etiología desconocida, anormalidades congénitas como el Síndrome de Goldenhar, el de Parry Romberg o la microsomía hemifacial y patologías adquiridas, secuelas traumáticas o infecciosas. El diagnóstico diferencial se realiza a través la anamnesis, la evaluación clínica y los exámenes complementarios¹⁹.

3. Clasificación de la hiperplasia condilar mandibular

El crecimiento patológico puede suceder en diversas zonas del hueso mandibular, dando como resultado un cóndilo de mayor tamaño, un cuello condilar alargado, o una inclinación hacia afuera o hacia abajo de la rama²². En función de las variaciones en los lugares de crecimiento, se han desarrollado diversos sistemas de clasificación que describen el tipo de crecimiento y categorizan esta patología, sin embargo, para este estudio se utilizó la de Luo de 2023^{23,25}.

Luo *et al.*²⁵ actualizaron y desarrollaron un sistema de cuatro categorías. Basándose en las patologías que causan la hiperplasia condilar y en sus características clínicas, imagenológicas, de crecimiento e histológicas, establecen:

a) Hiperplasia condilar mandibular tipo 1: caracterizada por un crecimiento acelerado y prolongado que causa elongamiento condilar y mandibular que se inicia en la adolescencia y se intensifica durante la fase de crecimiento puberal, se subdivide en tipo 1A y 1B. El tipo 1A implica la elongación mandibular bilateral y el tipo 1B se produce unilateralmente,

b) Hiperplasia condilar mandibular tipo 2: consiste en un crecimiento inadecuado y unilateral del cóndilo causado por un osteocondroma que produce un sobrecrecimiento vertical mandibular. La tasa de crecimiento varía de lenta a moderada, aunque algunos casos pueden tener una tasa más rápida. Los osteocondromas son los tumores óseos más comunes en el cóndilo mandibular ²³⁻²⁶. Se subclasifica en dos tipos adicionales: tipo 2A que resulta del elongamiento vertical de la cabeza y el cuello condilar y tipo 2B que implica el crecimiento tumoral exófitico horizontal del cóndilo además del alargamiento vertical de la cabeza y el cuello,

c) Hiperplasia condilar mandibular tipo 3: se asocia con otros tumores benignos que causan hiperplasia condilar, incluidos, los osteomas, neurofibromas, displasias fibrosas, entre otros, que ocasionan agrandamiento facial unilateral, y,

d) Hiperplasia condilar mandibular tipo 4: causada por tumores malignos (condrosarcoma, mieloma múltiple, osteosarcoma y sarcoma de Ewing) que se originan en la región condilar, causando agrandamiento y asimetría facial ²⁵.

4. Tratamiento de la hiperplasia condilar mandibular

El tratamiento de la hiperplasia condilar mandibular depende de la actividad o inactividad del crecimiento. En pacientes con hiperplasias inactivas, si son jóvenes, debe esperarse a que se detenga el proceso de crecimiento, mientras que si son mayores de 20 años, pueden realizarse procedimientos quirúrgicos ortognáticos de rutina para corregir la deformidad dentoalveolar y la maloclusión ^{24,25}.

El protocolo quirúrgico de Luo *et al.*²⁵ establece dos opciones de tratamiento para la hiperplasia condilar activa tipo 1 (unilateral o bilateral). La primera opción implica una condilectomía alta, eliminar 4 o 5 mm de la cabeza condilar, incluidas las áreas de los polos medial y lateral, reposicionar los discos articulares, realizar una cirugía ortognática a nivel de la rama o mandibular y cualquier otro procedimiento quirúrgico requeridos. Esto puede realizarse en un solo acto quirúrgico o en varias cirugías. La opción dos es retrasar el procedimiento hasta que cese el crecimiento, sin embargo, mientras más tiempo transcurre, mayor será la deformidad de la cara, la asimetría y las compensaciones dentales, lo que irrumpirá el desarrollo dentoescelético y producirá un aumento de los tejidos blandos, lo que dificulta los resultados funcionales y estéticos, por las implicaciones sobre la oclusión, las compensaciones dentoalveolares, la masticación, la fonación y el desarrollo biopsicosocial de los pacientes^{23,25}.

El protocolo de tratamiento para la hiperplasia condilar tipo 1B inactiva es similar al realizados en las hiperplasias tipo 1A; generalmente se trata con ortodoncia y cirugía ortognática. La articulación temporomandibular se explora, exclusivamente, si los discos articulares están desplazados. De llegar a confirmarse el crecimiento activo, hay dos opciones de tratamiento: la primera opción, consiste en realizar condilectomía alta unilateral para detener el crecimiento condilar aberrante; reposicionamiento de disco y cirugía ortognática para mejorar los resultados funcionales y estéticos faciales; este protocolo de cirugías es altamente predecible y estable, con una función mandibular normal y estéticamente aceptable. La segunda opción consiste realizar la cirugía ortognática cuando se complete el crecimiento y desarrollo óseo, aproximadamente a los 20 años, tomando en cuenta que el tratamiento quirúrgico a edades tempranas se realizará, únicamente, si la gravedad de la deformidad dentofacial justifica la cirugía²⁵.

El tratamiento de la hiperplasia condilar tipo 2 comprende dos opciones. La primera opción, incluye condilectomía y técnicas de reconstrucción del cóndilo que pueden incluir prótesis

totales de articulación temporomandibular, osteotomía de rama ascendente, injerto costochondral, injerto esternoclavicular, injerto óseo libre, entre otros. Cuando solo se incluye el cóndilo ipsilateral, sin cirugía ortognática adicional, los resultados funcionales y estéticos no siempre son favorables o satisfactorios. Algunos pacientes pueden requerir procedimientos ortognáticos secundarios para optimizar la oclusión funcional y restaurar el equilibrio estético facial.

El tratamiento de la hiperplasia condilar tipo 3 y 4 dependerá de la naturaleza de la patología, benignidad o malignidad, estructuras involucradas, la edad del paciente y otras afecciones de salud presentes. El tratamiento debe incluir la extirpación del tumor, además del tratamiento específico para la neoplasia ²⁵.

Actualmente, existen dos tendencias que sugieren realizar condilectomía y cirugía ortofacial de forma simultánea o en dos tiempos en los pacientes con hiperplasia condilar mandibular unilateral con asimetría facial²⁷. Los argumentos que avalan el abordaje en un mismo momento se basan en la posible mejora de la calidad de vida del paciente acortando los tiempos operatorios (incluido el manejo del ortodoncista), así como en la posibilidad de evitar el desarrollo de la sintomatología de la ATM asociada con la interferencia oclusal que ocurre después de la condilectomía²⁸⁻²⁹. Por otro lado, aquellos que afirman que los procedimientos deben realizarse en dos tiempos, señalan que, después de la condilectomía, es necesario realizar una terapia para mejorar la apertura bucal y evitar la contractura de la musculatura facial y que después de la cirugía ortofacial es importante para estabilizar la posición de la mandíbula mediante una fijación maxilomandibular, además afirman que es necesario resolver las necesidades relacionadas a los cambios postoperatorios en la posición del cóndilo, que conducen a cambios degenerativos en la ATM^{30,31}, sin embargo, es preciso acotar, que no existe un registro detallado sobre las diferencias que ocurren entre la cirugía simultánea y la cirugía realizada en dos tiempos. En este sentido, Nelke *et al.*³² reportaron algunos casos en los que se obtuvieron buenos resultados con ortodoncia, sin

cirugía ortofacial después de la condilectomía mandibular, lo que sugiere que, si se selecciona el tratamiento de dos tiempos, pudieran observarse mejoras, antes del procedimiento quirúrgico, que permitan culminar el tratamiento con un solo procedimiento³².

Una alternativa denominada "primer acercamiento quirúrgico" (*surgery first approach*) se ha propuesto, para la hiperplasia condilar mandibular. Este procedimiento tiene como objetivo detener el desarrollo, corregir la discrepancia esquelética y la maloclusión, y a su vez favorecer los requerimientos estéticos faciales del paciente. La reducción del tiempo de tratamiento es posible debido al fenómeno de aceleración regional (RAP: *Regional Acceleration Phenomenon*), que permite que la descompensación dentaria se corrija de manera pertinente con la cirugía. El RAP es un proceso fisiológico complejo con características específicas que engloba la remodelación ósea rápida y la pérdida de densidad ósea regional³³⁻³⁵.

De este modo, aumenta la reorganización del tejido y la curación mediante el aumento transitorio de la resorción ósea localizada y una mayor remodelación, siendo esta la explicación de la aceleración del movimiento dental ortodóntico durante un período de 4 a 5 meses aproximadamente. El protocolo consiste en realizar condilectomía alta para detener el estado activo de la hiperplasia. Un mes después de la condilectomía se realiza la impactación ortofacial de la mandíbula y una cirugía de retracción mandibular asimétrica con la SFA. Después de 10 días, se realizan controles de ortodoncia cada dos semanas durante 4 a 6 meses, fisioterapia orofacial, drenaje linfático, rehabilitación neuromuscular y recuperación neurosensorial^{36,37}.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 24 años de edad, natural y procedente de Guacara, Estado Carabobo, Venezuela; quien acude a consulta odontológica por presentar asimetría facial.

Examen clínico extrabucal

Al examen clínico extrabucal se observó asimetría facial, desviación mandibular hacia el lado izquierdo durante el acto masticatorio y en apertura. Al examen de la ATM, se observa apertura bucal máxima de 30 mm, con ruidos crepitantes en apertura temprana y cierre tardío bilateral y deflexión hacia la izquierda en apertura. (Fig. 1).



Figura 1. Asimetría facial, línea media facial desviada hacia la izquierda y apertura bucal limitada.

Examen clínico intrabucal

Al examen clínico intrabucal se observó maloclusión clase III, desviación de la línea media dental inferior de 3 mm hacia la izquierda, mordida cruzada anterior y posterior izquierda e inclinación del plano de oclusión (Fig. 2).



Figura 2. Línea media dental inferior desviada hacia la izquierda, mordida cruzada anterior y posterior izquierda. Canteo del plano de oclusión.

Evaluación radiográfica (radiografía panorámica)

En la radiografía panorámica se observó dentición permanente completa, a excepción de los terceros molares y elongación del cuello condilar del lado derecho (Fig. 3).



Figura 3. Alargamiento del cuello condilar derecho dando aspecto radiográfico de L invertida con respecto a la escotadura mandibular y el comienzo de la apófisis coronoides.

Evaluación tomográfica (tomografía computarizada de haz cónico)

En la tomografía volumétrica se observaron ambas cabezas mandibulares en posición anterior dentro de la fosa alargamiento del cuello, dimensión de la cabeza mandibular derecha en comparación a su contralateral aumentada en los planos axiales y coronales, cóndilo derecho en posición craneal, en comparación con el cóndilo izquierdo y fosa mandibular derecha con cambios adaptativos (Fig 4).

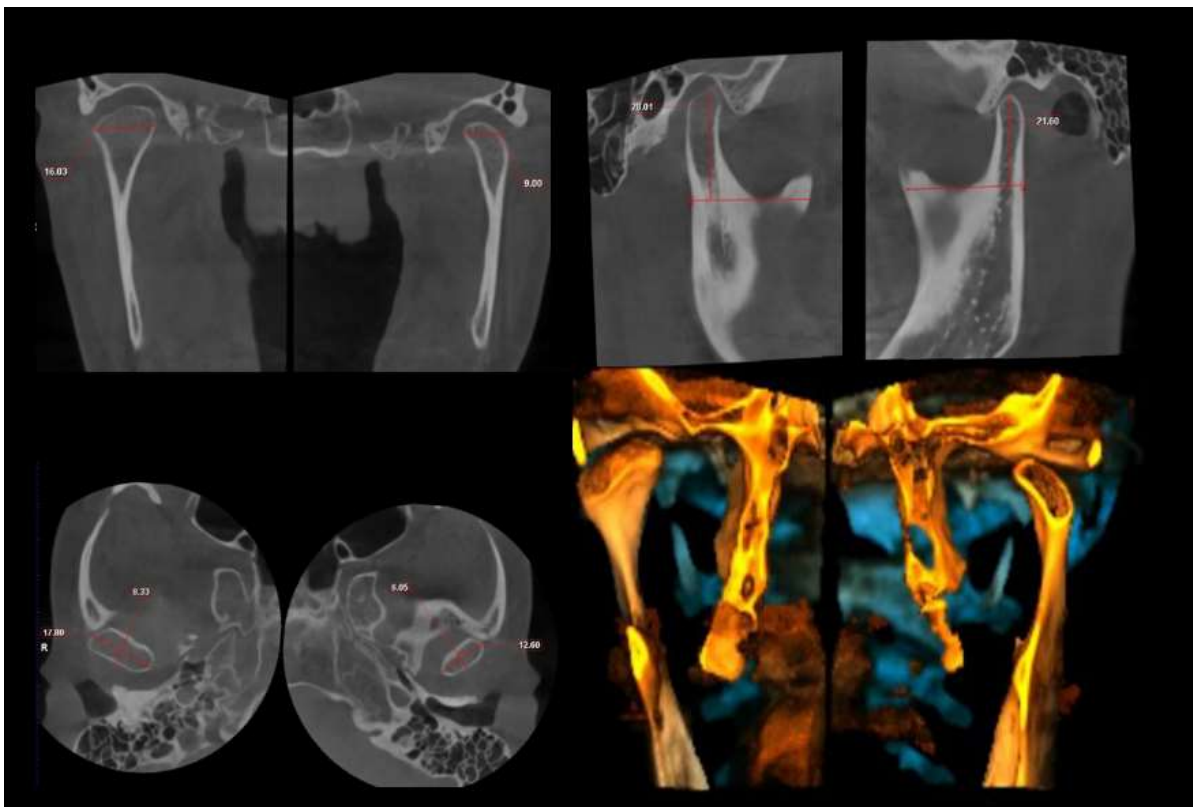


Figura 4. Imágenes tomográficas en los planos coronal, axial, sagital y reconstrucción 3D donde se muestra mayor dimensión del cuello y cabeza mandibular derecha con respecto a la izquierda.

Evaluación imagenológica nuclear (gammagrafía ósea)

En las proyecciones anteroposterior y posteroanterior de gammagrafía ósea SPECT/CT con aplicación de MDP tc99m se observa hipercaptación del radiotrazador en la articulación temporomandibular derecha (54.8%) con un porcentaje de incorporación mayor del 10 % respecto a su contralateral (45.2%) lo que evidencia mayor actividad osteoblástica y proceso activo de hiperplasia condilar unilateral (Fig. 5).

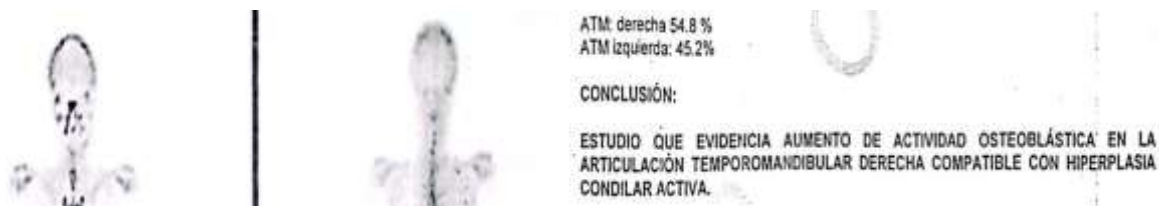


Figura 5. Imagen anteroposterior y posteroanterior de gammagrafía ósea que muestra mayor captación del radiofármaco en la articulación temporomandibular derecha con una diferencia mayor al 10 %.

Diagnóstico

En función a las evaluaciones realizadas se trata de una paciente con hiperplasia condilar unilateral tipo 1B de Luo ²⁵.

Plan de tratamiento

Si bien las opciones de tratamiento son variadas y dependen de la edad del paciente, severidad de la asimetría, maloclusión y la actividad del crecimiento del cóndilo mandibular ²⁷⁻²⁹. El tratamiento idóneo para este tipo de hiperplasia condilar es la condilectomía alta, reposicionamiento del disco articular y cirugía ortofacial, combinado con la ortodoncia, cuyo resultado en el tiempo es estable y predecible en comparación con aquellos pacientes tratados con cirugía ortognática exclusiva, sin embargo, debido a la condición de actividad y progresión de la patología, se decidió optar por la opción de mantener al paciente bajo observación y controles periódicos, para esperar hasta que se confirme que el proceso se ha detenido.

DISCUSIÓN

Las medidas morfométricas del cóndilo mandibular pueden variar según la imagen observada (TC, CBCT, RMN) o el método de estudio de elección, el cual podría basarse en mediciones físicas en un número de mandíbulas o en un conjunto de imágenes de diferentes grupos de investigación (género, grupo etario y etnia). Cuando se evalúa con más de un método, se puede observar una las utilidades complementarias que ofrece cada técnica³⁸. A pesar de las variaciones particulares que pueden ocurrir normalmente en cada lado de un mismo paciente, cuando estas diferencias ocasionan asimetría facial debe indagarse cautelosamente.

Aunado a la evaluación clínica, los estudios radiográficos y por imágenes proporcionan información sobre la morfología condilar y la comparación dimensional de ambos lados, sin embargo, se hace necesario la ampliación de estudio a través técnicas más avanzadas. La gammagrafía y la tomografía computarizada por emisión de fotón único SPECT representan técnicas de imágenes propias de la medicina nuclear que permiten identificar pacientes con hiperplasia condilar unicondilar o bicondilar, siendo este el abordaje conveniente, no solo para diagnosticar, sino también para elegir la terapia más adecuada en relación con la actividad o inactividad de la patología³⁹. Esta técnica permitió medir la actividad metabólica a través del porcentaje de incorporación del radiofármaco, que en el caso de la paciente representaba una diferencia del 10% entre ambos lados a predominio derecho, compatible con hiperplasia condilar unilateral activa.

Existen investigaciones sobre remodelación de la articulación temporomandibular de acuerdo con el desarrollo y crecimiento del paciente y los procesos de adaptación a los cambios no funcionales que ocurren en el sistema estomatognático; estableciendo diferencias significativas entre niños y adultos e indicando que la morfología esquelética mandibular está relacionada con el grupo etario y con valores de referenciales anatómicos según la edad del paciente^{40,41}. Aun así, cuando se pierde el equilibrio entre la capacidad adaptativa de la articulación y las tensiones que

se ejercen sobre ella, la remodelación ósea disfuncional puede provocar cambios en la forma, tamaño y volumen del cóndilo.

Otro aspecto a considerar, es que los dientes proporcionan una relación vertical y horizontal estable maxilo mandibular por lo que la pérdida dentaria también podría ser un factor importante en las alteraciones morfológicas condilares^{42,43} y los pacientes Clase III tienen un cóndilo ubicado relativamente más anterior⁴⁴. En el caso de estudio, la paciente presenta dentición permanente completa y las imágenes tomográficas muestran alteraciones dimensionales, no morfológicas del cóndilo derecho, así como cambios adaptativos de la fosa mandibular ipsilateral, se observa además posición anterior de los cóndilos lo cual coincide con los estudios que reportan la no centralización de los cóndilos mandibulares como característica presente en diferentes tipos de relaciones esqueléticas faciales y maloclusiones clase III.

Finalmente, en cuanto al tratamiento se establece que, sin importar la opción quirúrgica seleccionada, el tiempo y los resultados funcionales y estéticos, son particulares de cada caso: el seguimiento ortodóncico antes y después del acto quirúrgico es de gran importancia para lograr una oclusión funcional y equilibrio del sistema estomatognático. El tratamiento con mejor resultado consiste en una terapia multidisciplinaria^{45,46}, sin embargo, el tratamiento debe ser consentido por el paciente.

REFERENCIAS

1. Abboud W, Shamir D, Elkhatib R, Rushinek H, Bitterman Y, Cohen S, *et al.* Facial Asymmetry Caused by Mandibular Condylar Hyperplasia: A Two Center Study. *Isr Med Assoc J.* 2024;26(5):289-293. PMID: 38736343.

2. Maniskas S, Ly C, Parsaei Y, Bruckman K, Steinbacher D. Facial Asymmetry in Unilateral Condylar Hyperplasia: Comparing Treatment for Active versus Burnt-Out Disease. *Plast Reconstr Surg.* 2020;146(4):439e-445e. doi: 10.1097/PRS.00000000000007154.
3. Abboud W, Krichmar M, Blinder D, Dobriyan A, Yahalom G, Yahalom R. Three-Dimensional Orofacial Changes Occurring After Proportional Condylectomy in Patients With Condylar Hyperplasia Type 1B (Unilateral Hemimandibular Elongation). *J Oral Maxillofac Surg.* 2019;77(4):803-817. doi: 10.1016/j.joms.2018.11.006.
4. Chan W, Carolan M, Fernandes V, Abbati D. Planar versus SPET imaging in the assessment of condylar growth. *Nucl Med Commun.* 2000;21(3):285-90. doi: 10.1097/00006231-200003000-00013.
5. Kim J, Ha T, Park J, Jung H, Jung Y. Condylectomy as the treatment for active unilateral condylar hyperplasia of the mandible and severe facial asymmetry: retrospective review over 18 years. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2019;48(12):1542-1551. doi: 10.1016/j.ijom.2019.06.022.
6. López D, Botero J, Muñoz J, Cárdenas R. Mandibular and temporomandibular morphologic characteristics of patients with suspected unilateral condylar hyperplasia: a CT study. *Dental Press J Orthod.* 2020;25(2):61-68. doi: 10.1590/2177-6709.25.2.061-068.oar.
7. Al Senaidi A, Al Hashmi A, Al Ismaili M, Bakathir A. Unilateral Condylar Hyperplasia: Two Case Reports and a Literature Review. *Oman Med J.* 2021;36(4):e285. doi: 10.5001/omj.2021.39.
8. López D, Corral C. Hiperplasia condilar: características, manifestaciones, diagnóstico y tratamiento. Revisión de tema. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2015;26(2):425-46.
9. Elbaz J, Wiss A, Raoul G, Leroy X, Hossein C, Ferri J. Condylar hyperplasia: correlation between clinical, radiological, scintigraphic, and histologic features. *J Craniofac Surg.* 2014;25(3):1085-90.
10. Obwegeser H, Makek M. Hemimandibular hyperplasia--hemimandibular elongation. *J Maxillofac Surg.* 1986;14(4):183-208. doi: 10.1016/s0301-0503(86)80290-9.
11. Marchetti C, Cocchi R, Gentile L, Bianchi A. Hemimandibular hyperplasia: treatment strategies. *J Craniofac Surg.* 2000;11(1):46-53. doi:10.1097/00001665-200011010-00009.
12. López D, Ríos V, Muñoz J, Cardenas R, Almeida L. SPECT/CT Correlation in the Diagnosis of Unilateral Condylar Hyperplasia. *Diagnostics (Basel).* 2021;11(3):477. doi: 10.3390/diagnostics11030477.






13. Al Senaidi A, Al Hashmi A, Al Ismaili M, Bakathir A. Unilateral Condylar Hyperplasia: Two Case Reports and a Literature Review. *Oman Med J.* 2021;36(4):e285. doi: 10.5001/omj.2021.39.
14. Alsayegh H, Alsubaie ZA, Alwayil A, Alqadhi M, Alawadh A. Unilateral Condylar Hyperplasia With Active Bony Overgrowth: A Case Report. *Cureus.* 2021;13(10):e19059. doi: 10.7759/cureus.19059.
15. Beltran J, Zaror C, Moya M, Netto H, Olate S. Diagnosis and Treatment in Unilateral Condylar Hyperplasia. *J Clin Med.* 2023;12(3):1017. doi: 10.3390/jcm12031017.
16. Liu P, Shi J. Assessment of unilateral condylar hyperplasia with quantitative SPECT/CT. *Heliyon.* 2023;10(1):e23777. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e23777.
17. Portelli M, Gatto E, Matarese G, Militi A, Catalfamo L, Gherlone E, *et al.* Unilateral condylar hyperplasia: diagnosis, clinical aspects and operative treatment. A case report. *Eur J Paediatr Dent.* 2015;16(2):99-102.
18. Ferri J, Raoul G, Potier J, Nicot R. Temporomandibular joint (TMJ): Condyle hyperplasia and condylectomy. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale.* 2016;117(4):259-65.
19. Van Bakelen N, Van der Graaf J, Kraeima J, Spijkervet F. Reproducibility of 2D and 3D Ramus Height Measurements in Facial Asymmetry. *J Pers Med.* 2022;12(7):1181. doi: 10.3390/jpm12071181.
20. Shetty S, Guddadarangiah S. Case Report: unilateral condylar hyperplasia. *F1000Res.* 2021;10:46. doi: 10.12688/f1000research.48499.1.
21. Karssemakers L, Nolte J, Rehmann C, Raijmakers P, Becking A. Diagnostic performance of SPECT-CT imaging in unilateral condylar hyperplasia. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2023;52(2):199-204. doi: 10.1016/j.ijom.2022.08.002.
22. Pravallika A, Menon C, Sham M, Archana S, Mathews S. Condylar Hyperplasia: Case Report and Literature Review. *J Maxillofac Oral Surg.* 2023;22(4):916-926. doi: 10.1007/s12663-022-01834.
23. Yılcı H, Akkaya N, Özbek M. Terminology and classification of condylar hyperplasia: Two case reports and review. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg.* 2015;25(6):367-74.
24. Slootweg P, Müller H. Condylar hyperplasia. A clinico-pathological analysis of 22 cases. *J Maxillofac Surg* 1986;14:209-14.
25. Luo E. Treatment of dentofacial deformities secondary to condylar hyperplasia. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2023;41(4):369-376. doi: 10.7518/hxkq.2023.2023059..
26. Oberg T, Fajers C, Lysell G, Friberg U. Unilateral hyperplasia of the mandibular condylar process. A histological, microradiographic, and autoradiographic examination of one case. *Acta Odontol Scand* 1962;20:485-504.

27. Usumi R, Nakakuki K, Fujita K, Kosugi M, Yonemitus I, Fukuyama E, *et al.* Collaborative treatment for a case of condylar hyperplastic facial asymmetry. *Angle Orthod.* 2018;88(4):503-517. doi: 10.2319/081517-549.1.
28. Kaur A, Boparai CDS, Singh B, *et al.* Facial asymmetry secondary to mandibular condylar hyperplasia: a case report with literature review. *Indian J Comprehensive Dent Care* 2013;3:356–8.
29. Arora K, Bansal R, Mohapatra S, Pareek S. Review and Classification Update: Unilateral condylar hyperplasia. *BMJ Case Rep.* 2019;12(2):e227569. doi: 10.1136/bcr-2018-227569.
30. Bouloux G. Modified condylotomy for temporomandibular joint dysfunction. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011;19(2):169-75. doi: 10.1016/j.cxom.2011.05.006.
31. Gallagher A, Ruellas A, Benavides E, Soki F, Aronovich S, Magraw C, *et al.* Mandibular condylar remodeling characteristics after simultaneous condylectomy and orthognathic surgery. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2021;160:705–17. doi: 10.1016/j.ajodo.2020.06.040.
32. Nelke K, Łuczak K, Janeczek M, Pasicka E, Morawska M, Guziński M, *et al.* Methods of Definitive Correction of Mandibular Deformity in Hemimandibular Hyperplasia Based on Radiological, Anatomical, and Topographical Measurements-Proposition of Author's Own Protocol. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(16):10005. doi: 10.3390/ijerph191610005.
33. Si J, Zhang C, Tian M, Jiang T, Zhang L, Yu H, *et al.* Intraoral Condylectomy with 3D-Printed Cutting Guide versus with Surgical Navigation: An Accuracy and Effectiveness Comparison. *J Clin Med.* 2023;12(11):3816. doi: 10.3390/jcm12113816.
34. Ghawsi S, Aagaard E, Thygesen T. High condylectomy for the treatment of mandibular condylar hyperplasia: a systematic review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2016;45(1):60-71.
35. López D, Aristizábal J, Martínez R. Condylectomy and "surgery first" approach: An expedited treatment for condylar hyperplasia in a patient with facial asymmetry. *Dental Press J Orthod.* 2017;22(4):86-96.
36. Salazar A, Waite P, Kau C. Enhancing the Orthognathic Surgery Experience: Treatment in 10 Weeks "Surgery First" Approach. *Ann Maxillofac Surg.* 2020;10(1):227-231. doi: 10.4103/ams.ams_203_19.
37. De Pontes M, Melo S, Bento P, Campos P, de Melo D. Correlation between temporomandibular joint morphometric measurements and gender, disk position, and condylar position. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019;128:538-42.

38. De Melo D, Silva D, Campos P, Dantas J. The morphometric measurements of the temporomandibular joint. *Front Oral Maxillofac Med* 2021;3:14.
39. Sedano G, Pérez F, Romero P. Condylar hyperplasia, approach to diagnosis and treatment. Review of the literature *Revistas - Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 2019; 22(2): 132-139.
40. Zhou J, Yang H, Li Q, Li W, Liu Y. Comparison of temporomandibular joints in relation to ages and vertical facial types in skeletal class II female patients: a multiple-cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):467. doi: 10.1186/s12903-024-04219-4.
41. Coombs M, Bonthius D, Nie X, Lecholop M, Steed M, Yao H. Effect of Measurement Technique on TMJ Mandibular Condyle and Articular Disc Morphometry: CBCT, MRI, and Physical Measurements. *J Oral Maxillofac Surg*. 2019;77(1):42-53. doi: 10.1016/j.joms.2018.06.175.
42. Coombs M, Bonthius D, Nie X, Lecholop M, Steed M, Yao H. Effect of Measurement Technique on TMJ Mandibular Condyle and Articular Disc Morphometry: CBCT, MRI, and Physical Measurements. *J Oral Maxillofac Surg*. 2019;77(1):42-53. doi: 10.1016/j.joms.2018.06.175.
43. Ahmed N, Samir S, Ashmawy M, Farid M. Cone beam computed tomographic assessment of mandibular condyle in Kennedy class I patients. *Oral Radiol*. 2020 Oct;36(4):356-364. doi: 10.1007/s11282-019-00413-1.
44. Nithin 1; Ahmed J, Sujir N, Shenoy N, Binnal A, Ongole R. Morphological Assessment of TMJ Spaces, Mandibular Condyle, and Glenoid Fossa Using Cone Beam Computed Tomography (CBCT): A Retrospective Analysis. *Indian J Radiol Imaging*. 2021;31(1):78-85. doi: 10.1055/s-0041-1729488.
45. Gc R, Muralidoss H, Ramaiah S. Conservative management of unilateral condylar hyperplasia. *Oral Maxillofac Surg*. 2012;16(2):201-5. doi: 10.1007/s10006-011-0310-9.
46. Xavier S, Santos T, Silva E, Faria A, de Mello F F. Two-stage treatment of facial asymmetry caused by unilateral condylar hyperplasia. *Braz Dent J*. 2014;25(3):257-60. doi: 10.1590/0103-6440201302150.

CASO CLÍNICO

DESPLAZAMIENTO DE TERCEROS MOLARES INFERIORES HACIA EL ESPACIO SUBLINGUAL: REPORTE DE DOS CASOS

Pérez-Cautela, Jesús¹ ; Domínguez-Iafaioli, Mariangela² ; Mejía-Infante, Alejandro² ;
Rangel-Leal, María² ; Domínguez-Iafaioli, Alessandra² 

1 Cirujano Bucal y Maxilofacial, Hospital Dr. Ángel Larralde – Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

2 Odontólogo General, Valencia, Venezuela.

Autor de contacto: Alessandra Domínguez Iafaioli
e-mail: mdomingueziafaioli@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Pérez-Cautela J, Domínguez-Iafaioli M, Mejía-Infante H, Rangel-Leal M, Domínguez-Iafaioli, A. Desplazamiento de terceros molares inferiores hacia el espacio sublingual: reporte de dos casos. *IDEULA*. 2025;(16): 71-83.

APA: Pérez-Cautela, J., Domínguez-Iafaioli, M., Mejía-Infante, H., Rangel-Leal, M., y Domínguez-Iafaioli, A. (2025). Salud bucal de personas en situación de calle: una revisión sistemática. *IDEULA*, (16), 71-83.

Recibido: 31/07/2025 **Aceptado:** 17/10/2025

RESUMEN

Objetivo: describir el manejo quirúrgico de dos casos de desplazamientos de terceros molares inferiores hacia el espacio sublingual. **Presentación de casos:** dos pacientes femeninas atendidas en una consulta privada de cirugía maxilofacial, quienes fueron diagnosticados con desplazamientos de terceros molares inferiores. Los fragmentos radiculares fueron localizados mediante evaluación imagenológica con tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), en la que se determinó el desplazamiento de los mismos hacia el espacio sublingual. Previo consentimiento informado, la recuperación de los fragmentos radiculares fue realizada intraoralmente con una pinza hemostática a través de una incisión distovestibular en el área retromolar. Los pacientes se recuperaron sin complicaciones durante los seis meses de seguimiento. **Conclusiones:** este estudio resalta la importancia de reconocer escenarios atípicos, que a menudo son consecuencia de variaciones anatómicas. Un manejo quirúrgico preciso, apoyado en herramientas



imagenológicas que permitan determinar la localización de los desplazamientos, representan un aspecto fundamental para llevar a cabo intervenciones eficaces. La ausencia de complicaciones en nuestros pacientes, junto con una intervención oportuna en un plazo no mayor a una semana, demuestra que este enfoque minimiza los riesgos asociados y favorece una recuperación exitosa.

Palabras clave: molar desplazado, abordaje intraoral, espacio sublingual, informe de caso, tercer molar.

DISPLACEMENT OF LOWER THIRD MOLARS INTO THE SUBLINGUAL SPACE: REPORT OF TWO CASES

ABSTRACT

Objective: To describe the surgical management of two cases of displacement of mandibular third molars into the sublingual space. **Case presentation:** two female patients seen in a private maxillofacial surgery practice were diagnosed with displaced mandibular third molars. The root fragments were located by imaging evaluation with cone beam computed tomography (CBCT), which determined their displacement into the sublingual space. After informed consent, the root fragments were retrieved intraorally with a hemostat through a distobuccal incision in the retromolar area. The patients recovered without complications during the six-month follow-up. **Conclusions:** this study highlights the importance of recognizing atypical scenarios, which are often the result of anatomical variations. Precise surgical management, supported by imaging tools that allow determining the location of displacements, represents a fundamental aspect for carrying out effective interventions. The absence of complications in our patients, along with timely intervention within a period of no more than one week, demonstrates that this approach minimizes the associated risks and promotes successful recovery.

Keywords: displaced molar, intraoral approach, submandibular space, case report, third molar.

INTRODUCCIÓN

Una complicación se define como un evento desagradable que ocurre durante o después de una intervención quirúrgica¹. Los desplazamientos dentarios o radiculares de terceros molares hacia planos anatómicos adyacentes, constituyen una complicación intraoperatoria poco frecuente dentro del ámbito de la Cirugía Bucal y Maxilofacial; correspondiéndose con una incidencia del

1%². Sin embargo, existen factores asociados a su predisposición, los cuales pueden partir desde la impericia del operador hasta las variabilidades anatómicas independientes de cada individuo²⁻⁴.

Un correcto estudio y diagnóstico de las retenciones, permiten determinar el grado de dificultad y predictibilidad de resultados en ciertos casos. En este sentido, la posición anatómica, la profundidad ósea, la dirección de las raíces con respecto a elementos anatómicos (nervio alveolar inferior, seno maxilar), patologías asociadas como quistes o tumores, y la presencia de una delgada cortical ósea, figuran como aspectos importantes a considerar ¹.

Los desplazamientos de terceros molares inferiores hacia espacios anatómicos peribucales fueron descritos por primera vez por Howe en 1958². Cuando estos desplazamientos ocurren hacia los espacios sublingual, submandibular o faríngeo lateral, por lo general, están estrechamente relacionados con la posición lingüalizada que adopta el órgano dentario durante el procedimiento quirúrgico una vez ocurre la fenestración de la tabla ósea lingual². En este punto, el manejo se basa en la localización precisa del fragmento desplazado mediante el empleo de herramientas imagenológicas, como la tomografía computarizada de haz cónico, las cuales son indispensables para su manejo intraoperatorio eficaz ^{1,4,5}.

Algunos autores recomiendan que la recuperación del fragmento debe efectuarse oportunamente ^{2,6}; sin embargo, este es un acto que debe realizarse de manera cautelosa y eficaz. Ante estos ejemplos, lo correcto es remitir al cirujano maxilofacial para prevenir la exacerbación de estos escenarios que podrían resultar en daño a estructuras anatómicas adyacentes, infecciones, o su movilización a espacios anatómicos más profundos ⁶. Otros autores son partidarios de la recuperación tardía, promoviendo la formación de fibrosis y con ello, la estabilización del fragmento ¹.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO # 1

Se presenta el caso de un paciente masculino de 27 años de edad, natural y procedente de Valencia- Edo Carabobo, el cual no presentaba antecedentes médicos contributorios conocidos. El paciente refería inicio de enfermedad actual de tres días de evolución posterior a desplazamiento del fragmento radicular asociado a órgano dentario 4.8 hacia región sublingual derecha, durante la odontectomía de terceros molares. El panorama que reveló la radiografía inicial, evidenciaba retención del órgano dentario 4.8; el cual se encontraba en una posición mesiangulada según Winter y Clase II-Posición B según Pell y Gregory (Figura 1). Durante el acto quirúrgico, una de las raíces seccionadas es perdida de vista por parte del operador y tras el intento fallido de su recuperación, decide suspender el procedimiento y derivar el caso a cirugía maxilofacial. A la paciente se le proporcionó información detallada tanto de manera verbal como escrita, y se solicitó la firma de un consentimiento informado tras explicarle los pasos para la resolución quirúrgica. Además, la paciente autorizó el registro fotográfico para fines de divulgación científica.

La resolución quirúrgica, efectuada por el especialista, tuvo lugar 48 horas después de la primera intervención. Para localizar el fragmento radicular desplazado, se solicitó la realización de una tomografía computarizada de haz cónico. El procedimiento incluyó el uso del software *Blue Sky Plan*® que permitió la obtención de reconstrucciones multiplanares: axial, coronal y sagital. Las imágenes fueron generadas en un plano de visión de 10x10 cm bimaxilar con una resolución de 0.1 mm (Figura 2).

Clínicamente no se evidenció sangrado activo, ni salida de secreciones en la zona. Se procedió a realizar bloqueo local con lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000 para lograr la anestesia de la zona. Se realizó una incisión distovestibular en el espacio retromolar, y, mediante disección roma y precaución con estructuras anatómicas importantes, se logró la exposición ósea del fragmento radicular, el cual fue finalmente retirado con una pinza crile curva (Figuras 3 y 4). Posteriormente se realizó lavado con abundante solución fisiológica 0.9% y síntesis de los tejidos

con una técnica de puntos simples discontinuos. Se brindaron instrucciones postoperatorias al paciente, indicándosele antibioticoterapia con amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg VO cada 12 horas, durante siete días y analgesia con ketoprofeno 100 mg VO cada ocho horas. Se realizó seguimiento tardío durante seis meses en el que la que se constató una evolución satisfactoria y sin complicaciones.



Figura 1: Ortopantomografía inicial. Se evidencia tercer molar mandibular derecho en posición mesiangular (Winter). Clase II. *posición B* (Pell y Gregory).

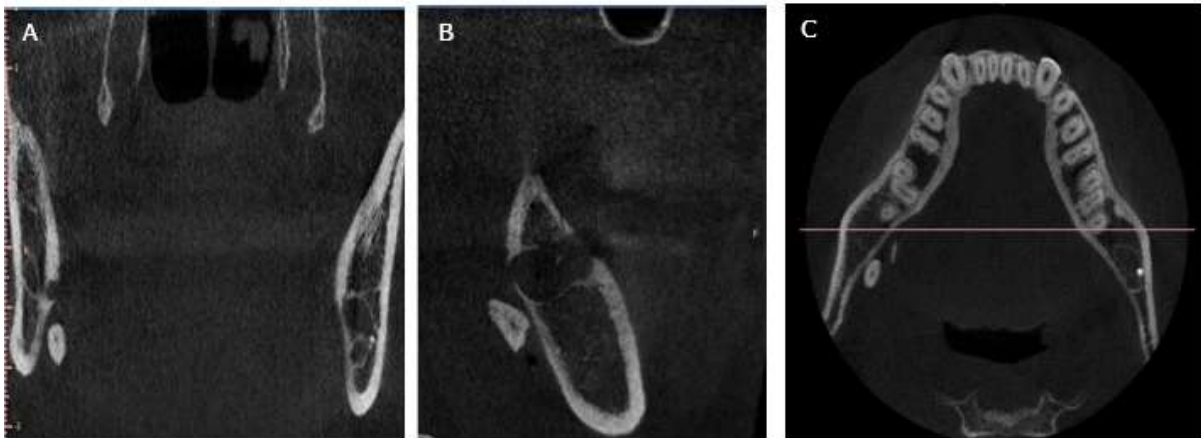


Figura 2: Tomografía computarizada de haz cónico con cortes coronal (A), sagital (B) y axial (C). Se evidencia desplazamiento de porción radicular tercer molar mandibular derecho hacia el espacio sublingual.



Figura 3: Vista intraoperatoria. Abordaje intrabucal para recuperación de fragmento radicular desplazado



Figura 4: Fragmento radicular recuperado asociado a órgano dentario 4.8.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO # 2

Se presenta el caso de una paciente femenina de 47 años, ama de casa, natural y procedente de Guacara, Edo. Carabobo, con diagnóstico médico de hipertensión arterial y en tratamiento regular con losartán potásico de 50 mg. La paciente refería inicio de enfermedad actual de 7 días de evolución, posterior a la realización de procedimiento quirúrgico de odontectomía de terceros molares, presentando dolor en la región mandibular izquierda y limitación de apertura bucal, cuantificada en 22 mm. A la paciente se le proporcionó información detallada tanto de manera verbal como escrita, y se solicitó la firma de un consentimiento informado tras explicarle los pasos para la resolución quirúrgica. Además, la paciente autorizó el registro fotográfico para fines de divulgación científica.

Se evidenció desplazamiento radicular asociado a órgano dentario 3.8 hacia el espacio sublingual izquierdo. La imagenología proporcionada por la paciente previa a la primera intervención, reveló una posición vertical del OD 3.8 según Winter y Clase I-Posición A según Pell y Gregory (Figura 5). Esto sugiere que el desplazamiento radicular ocurrió posterior a la realización de maniobras quirúrgicas inherentes al procedimiento.

Posterior a la inspección clínica, se solicitó estudio imagenológico complementario de tipo tomografía computarizada de haz cónico y requirió del uso del software *Blue Sky Plan®*, obteniéndose reconstrucciones multiplanares: axial, coronal y sagital. Las imágenes fueron generadas en un plano de visión de 10x10 cm bimaxilar con una resolución de 0.1 mm (Figura 6).

Para su recuperación, se realizó bloqueo local con lidocaína al 2% con epinefrina 1:80.000 para lograr la anestesia de la zona, seguidamente de una incisión distovestibular en el espacio retromolar y mediante disección roma a través de los tejidos, se logró la exposición ósea del fragmento radicular y su retiro con una pinza hemostática curva. Se realizó protocolo de lavado con solución fisiológica 0.9% y síntesis de los tejidos. Se indicaron antibióticos y analgésicos. La

evolución y seguimiento postoperatorio tardíos fueron satisfactorios y su apertura bucal, una semana después a la resolución quirúrgica, se incrementó a 37 mm.

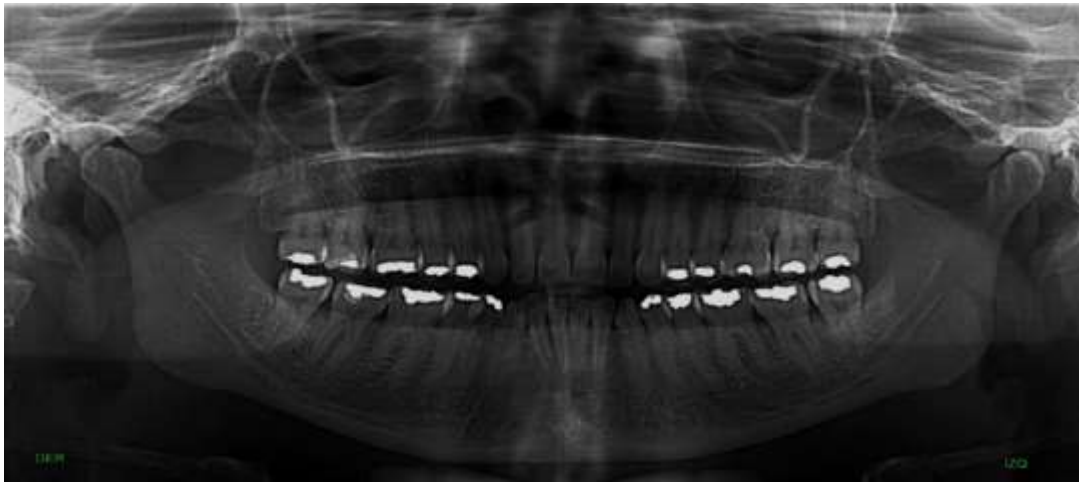


Figura 5: Ortopantomografía inicial. Se evidencia tercer molar mandibular izquierdo en posición vertical (Winter). Clase I posición A.

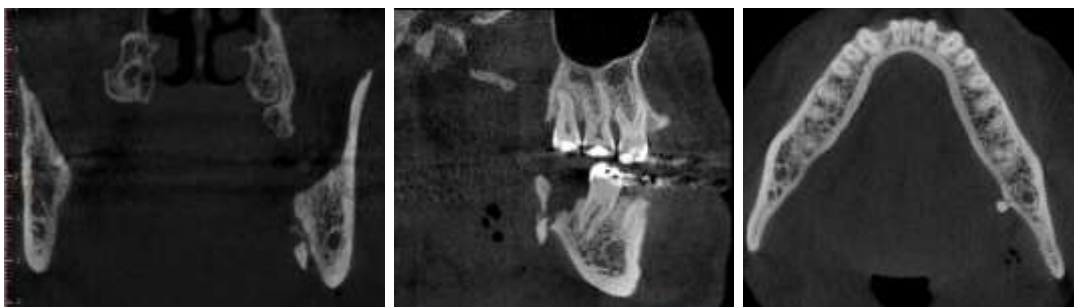


Figura 6: Tomografía computarizada de haz cónico con cortes coronal (A), sagital (B) y axial (C). Se evidencia desplazamiento de porción radicular tercer molar mandibular izquierdo hacia el espacio sublingual.

DISCUSIÓN

Los datos epidemiológicos reportados en la literatura consultada durante los últimos cinco años ^{1-3, 7-9} sobre el desplazamiento de terceros molares mandibulares a espacios anatómicos adyacentes indican un ligero predominio en hombres, con 72.73% de casos en comparación con un 27.27% en mujeres. La edad media de los pacientes afectados fue de 38.09 años. En contraste, nuestros sujetos de estudio incluyen un paciente masculino de 27 años y una paciente femenina de 47 años. El perfil del segundo caso está en consonancia con la tendencia de edad por encima del promedio observado en la literatura, el primer caso tiene una edad marcadamente más joven que el promedio. La diferencia de género en nuestros casos también es significativa, ya que existe una distribución igualitaria entre los dos géneros, a diferencia del ligero predominio masculino observado en estudios previos. Esta variabilidad puede deberse a factores demográficos específicos de la población estudiada o a diferencias en la práctica clínica.

En cuanto a los espacios anatómicos más frecuentemente involucrados en el desplazamiento de terceros molares mandibulares, el espacio submandibular es el más reportado, con un 63,64% de los casos. Le siguen el espacio sublingual, con un 27,27%, y el espacio parafaríngeo, con un 9,09% ^{1-3, 7-9}.

Según Chattopadhyay *et al.*, el desplazamiento hacia el espacio sublingual, submandibular y faríngeo lateral suele ocurrir cuando el diente se encuentra en posición lingualizada y está estrechamente relacionado con la perforación del hueso lingual durante el procedimiento quirúrgico ⁸. Los casos del presente estudio describen el desplazamiento de la raíz del tercer molar mandibular hacia el espacio sublingual; el primer caso reporta el desplazamiento de OD 4.6 y coincide con la tendencia en la literatura donde el 54.55% de los casos correspondieron al lado derecho. Sin embargo, la discrepancia de estos resultados con respecto al segundo caso proporciona una perspectiva sobre la variabilidad e incidencia de estos desplazamientos.

Se observó fluctuación en los intervalos de tiempo entre la primera y la segunda intervención, con un promedio de 23,44 días. Este aspecto es controvertido en la literatura. Algunos autores argumentan que retrasar la extracción permite la formación de fibrosis alrededor del diente, lo que puede facilitar su localización y posterior extracción ^{5,6}. Sin embargo, otros sugieren que la extracción oportuna es crucial para prevenir complicaciones como infecciones, reacciones a cuerpos extraños o un mayor desplazamiento del tercer molar ⁸.

Otras complicaciones comúnmente reportadas incluyeron trismo, dolor e inflamación. Estos síntomas fueron proporcionales al paso del tiempo y generalmente se manifestaron durante el manejo tardío, después de la primera semana en la mayoría de los casos. En el primer caso, en el que la extracción dental se realizó 48 horas después del desplazamiento, no se reportaron complicaciones, lo que corrobora la importancia del manejo temprano y oportuno. Por otro lado, en el segundo caso, donde la intervención se realizó una semana después, aparecieron síntomas como dolor y limitación para la apertura bucal, que persistieron una semana después de la extracción.

Se han descrito abordajes intraorales y extraorales para la recuperación de dientes o fragmentos dentales desplazados. En la literatura consultada, en el 81,82 % de los casos se realizaron abordajes intraorales, lo que indica que es una técnica menos invasiva ^{3, 5,11}. Sin embargo, en situaciones con limitaciones de visibilidad y acceso adecuado, especialmente en casos de desplazamientos profundos, el abordaje extraoral es la opción más adecuada ^{2,10}.

CONCLUSIÓN

Este estudio proporciona evidencia clínica y radiológica que destaca la importancia de una evaluación preoperatoria exhaustiva y de un manejo quirúrgico preciso en los casos de desplazamiento de terceros molares hacia el espacio sublingual. La utilización de la tomografía

computarizada de haz cónico se confirma como una herramienta fundamental en la planificación y ejecución del tratamiento. La experiencia presentada en estos casos enriquece el conocimiento sobre las variaciones anatómicas y escenarios atípicos, ofreciendo pautas prácticas para su abordaje y demostrando la viabilidad de diferentes enfoques según la complejidad de cada situación.

Aunque el número de casos es limitado, los resultados refuerzan que la precisión en la obtención de imágenes y un enfoque multidisciplinario son esenciales para garantizar el éxito, dado que, aunque estos desplazamientos son poco frecuentes, su morbilidad puede ser significativa. La ausencia de complicaciones en nuestros pacientes, junto con una intervención oportuna en un plazo no mayor a una semana, demuestra que este enfoque minimiza los riesgos asociados y favorece una recuperación exitosa.

REFERENCIAS

1. del Águila del Castillo Q, Moncada Ameghino P, Vilcapoma Guerra H. Desplazamiento accidental de la tercera molar inferior impactada al espacio faríngeo lateral. *Odontología SanMarquina*. 2010;13(511):36–8.
2. García Nova D, Sanhueza Olea V. Lower Third Molar Displacement to Submandibular Space: Case Report and Literature Review. *Int. J. Odontostomat*. 2023; 17(3):274-280.
3. Khalil A, Nohily Y, Mohammed A, Albash Z. Intraoral Retrieval of a Displaced Impacted Lower Third Molar into Submandibular Space: A Case Report. *Open Dent J*. 2024 Mar; 18: e18742106283538. DOI: 10.2174/0118742106283538240304092649

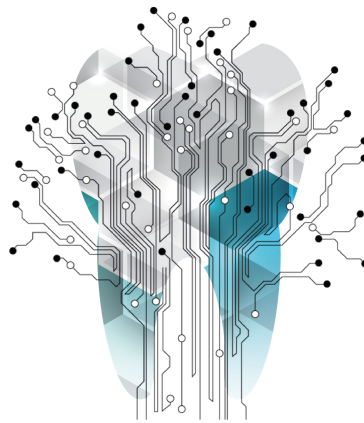
4. Nadeem A, Vohra LI, Ahsan A, Mushahid H, Tariq R, Rizwan M, *et al.* A rare case of mandibular third molar displaced into submandibular space: A complication of mandibular third molar extraction. *Clin Case Rep.* 2023 Oct;11(10): e8101. DOI: 10.1002/ccr3.8101
5. Aznar-Arasa L, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Iatrogenic displacement of lower third molar roots into the sublingual space: Report of 6 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2012 Feb;70(2): e107-e115. DOI: 10.1016/j.joms.2011.09.039
6. Kose I, Koparal M, Günes N, Atalay Y, Yaman F, Atilgan S, *et al.* Displaced lower third molar tooth into the submandibular space: two case reports. *J Nat Sci Biol Med.* 2014;5(2):482–4. DOI: 10.4103/0976-9668.136274
7. Alexoudi VA, Tatsis D, Zamani K, Zelkas D, Paraskevopoulos K, Vaxtsevanos K. Iatrogenic displacement of impacted mandibular third molars or their roots into adjacent soft tissues and spaces: A report of three cases. *Natl J Maxillofac Surg.* 2020 Jul 1;11(2):275–9. doi: 10.4103/njms.NJMS_95_19
8. Sharifi R, Kamalihakim L, Matloubi N. Displacement of the third molar bud to the sublingual space during open reduction and internal fixation of mandibular angle fracture: A case report. *Clin Case Rep.* 2020 Oct 30;8(12):3479–82. DOI: 10.1002/ccr3.3451
9. Chattopadhyay A, Hossain M, Chatterjee A, Hussain M, Barman S, Raha A. Intraoral management of iatrogenic tooth displacement: A report of two cases and a brief review of literature. Vol. 12, *Contemporary Clinical Dentistry.* Wolters Kluwer Medknow Publications; 2021; 12(2):187-90. DOI: 10.4103/ccd.ccd_384_20
10. Konate M, Coulibaly K, Sarfi D, Slimani F. Iatrogenic displacement of mandibular third molar into the submandibular space. A case report and a suggested management procedure.

Advances in Oral and Maxillofacial Surgery. 2023 Dec; 12: 100451. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adoms.2023.100451>

11. Adeyemi MO, James O, Lawal AO, Fadeyibi SO. Iatrogenic displacement of impacted mandibular third molar into the submandibular space complicated by submasseteric abscess. Afr J Trauma 2016;5(1):19-22. DOI: 10.4103/1597-1112.192845

12. Silveira RJ, Garcia RR, Botelho TL, Franco A, Silva RF. Accidental Displacement of Third Molar into the Sublingual Space: a Case Report. J Oral Maxillofac Res. 2014 Oct 1;5(3): e5. DOI: 10.5037/jomr.2014.5305

Misceláneas



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA

MISCELÁNEAS

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN ODONTOLOGÍA ESTÉTICA, RESTAURADORA Y BIOMIMÉTICA

Pérez, Juan Pablo 

Máster en Odontología Estética, Universidad de Valencia, España; Odontólogo, Universidad de Los Andes, Venezuela.

Profesor Asociado y Jefe del Departamento de Odontología Restauradora, Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Autor de contacto: Juan Pablo Pérez

e-mail: juanpodontoula@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Vancouver: Pérez Juan Pablo. Curso de actualización en Odontología Estética, Restauradora y Biomimética. *IDEULA*. 2025;(16): 85-86.

APA: Pérez, Juan Pablo. (2025). Curso de actualización en Odontología Estética, Restauradora y Biomimética. *IDEULA*, (16), 85-86.

En la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes se ha estado llevando a cabo desde el mes de mayo del año 2025 el **Curso de Actualización en Odontología Estética, Restauradora y Biomimética**, que ha sido organizado por el Departamento de Odontología Restauradora, y cuya culminación está pautada para el mes de diciembre del mismo año. Se trata de un curso de 120 horas académicas (40 horas teóricas y 80 horas prácticas) dirigido a odontólogos en general, mediante la enseñanza de herramientas y técnicas contemporáneas para profundizar conocimientos y destrezas, dictado en 8 módulos a saber: Odontología Digital, Fotografía Clínica, Restauraciones Estéticas Anteriores y Posteriores, Odontología Biomimética, Terapia de Pulpa Vital, Manejo de lesiones cariosas profundas, y Rehabilitación de Implantes en zonas estéticas. Todas estas son áreas muy importantes y de mucho auge en el amplio campo de la Odontología Restauradora.

La coordinación del curso ha estado a mi cargo como Jefe del Departamento de Odontología Restauradora, el cual dicto junto a un equipo muy nutrido de profesionales y especialistas de reconocida trayectoria académica y profesional, como lo son: Dr. Victor Setián, Dr. Noé Orellana, Dr. Robert Ramírez, Esp. Od. Fabián Caraballo, Esp. Od. Daniel Vivas, MSc. Od. Jesús Sánchez, Od. Yaniuska Contreras, con el apoyo del TPD Rubén Zambrano.

Este programa marca el inicio de un ciclo continuo de formación académica especializada, diseñado para la actualización integral de los profesionales de la Odontología en nuestra región. Nuestro compromiso inquebrantable es asegurar que la comunidad odontológica disponga de las herramientas y conocimientos

de vanguardia necesarios para ofrecer consistentemente las mejores y más avanzadas alternativas terapéuticas a los pacientes.



Instrucciones para los autores y procedimiento de arbitraje



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA



Normas para los autores

La Revista de Investigación Docencia, y Extensión la Universidad de Los Andes, es un órgano de divulgación científica, arbitrada, internacional, de edición semestral, publicada por el Departamento de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, Venezuela, coeditada por el Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología (G-MIO) y el Grupo de Estudios Odontológicos, Discursivos y Educativos (GEODE). El eje central en torno al cual se estructura IDEULA es el carácter multidisciplinario desde el cual se aborda el trabajo de investigación, docencia y extensión universitaria por lo cual podrán publicarse trabajos científicos originales e inéditos provenientes de los campos de las Ciencias de la Salud, Ciencias de la Educación, Ciencias Sociales y Tecnología.

IDEULA es una revista electrónica de Acceso Abierto en la cual los contenidos de las publicaciones científicas se encuentran disponibles a texto completo libre y gratuito en Internet a través del Repositorio Institucional SaberULA.

ESTRUCTURA DE LA REVISTA

Editorial: es responsabilidad del comité editorial, los cuales, tras deliberar sobre la temática, planifican su elaboración con anticipación. Una vez decidido el tema, se identifican personas que hayan trabajado sobre él para hacerles el encargo de escribirlo. Se consideran artículos de opinión y no se someten a revisión externa. Pueden ser comisionados por miembros del equipo editorial y en ocasiones reformulados como editoriales de otros artículos enviados a la revista. Pueden tener un máximo de 1500 palabras, sin resumen, y hasta 10 referencias.

Artículos de investigación: se incluyen en esta sección los informes o trabajos de investigación que presenten resultados totales o parciales de investigaciones científicas inéditas en el área objeto de IDEULA.

Artículos de revisión: Trabajos referidos a temas actualizados. En este género se incluyen la revisión sistemática y el meta-análisis.



Experiencias didácticas y de extensión universitaria: Describir experiencias orientadas a la construcción de actitudes, capacidades y saberes en los diversos contextos educativos que involucren una relación pedagógica.

Propuesta pedagógica: referidas a la divulgación de propuestas dirigidas a la aplicación de la didáctica para el desarrollo de ciertos conocimientos, habilidades y/o competencias.

Reporte de casos: Casos Clínicos que sean de especial interés en el área de las ciencias de la salud.

Ensayos: Es un texto expositivo, de trama argumentativa y de función predominantemente informativa, que desarrolla un tema de forma breve; sin pretender agotar en su desarrollo todas las posibilidades.

Entrevistas a personalidades de reconocida trayectoria y experticia en cualquiera de las áreas del conocimiento científico objeto de IDEULA en los que se abordarán sus trayectorias y producciones. Se realizarán exclusivamente por invitación del cuerpo editorial.

Cartas al Editor: En este segmento, IDEULA publicará comunicaciones dirigidas al Editor Jefe que tengan como propósito:

1. Debatir nuevos hallazgos que hayan sido publicados ante la comunidad científica.
2. Discutir, hacer contribuciones o comentar positiva o negativamente aspectos de un trabajo publicado previamente en IDEULA, en cuyo caso se publicará acompañada de la respuesta de los autores del artículo que se comenta. La carta al editor podrá enviarse durante los seis meses siguientes a la fecha de publicación del referido artículo.
3. Consideraciones, comentarios, opiniones o reflexiones por parte de lectores críticos sobre temas de interés para el público objetivo de la revista

Reseñas: Es un comentario descriptivo, analítico y crítico de publicaciones (libros y revistas) recientes en el campo objeto de IDEULA.



Requisitos para la presentación de manuscritos:

Los manuscritos enviados a la Revista IDEULA serán sometidos a revisión por parte del Comité Editorial. Si el veredicto es favorable, se remite a expertos de reconocida trayectoria para su arbitraje, bajo el sistema doble ciego. Serán aceptados para arbitraje aquellos artículos escritos en inglés o español que cumplan con los siguientes requerimientos:

- Deben estar enmarcados en cualquiera de las siguientes modalidades: artículos de investigación, artículos de revisión (tradicional o sistemática), experiencias didácticas y de extensión universitaria, propuestas pedagógicas, reporte de casos, ensayos, entrevistas, cartas al editor y reseñas.
- Deben cumplir con los requisitos de forma y fondo establecidos por la revista.

Aspectos generales:

- a. El artículo se presentará en formato .doc (Microsoft Word de la suite Office) en tamaño carta, margen normal, fuente Times New Roman, tamaño 12 puntos e interlineado de 1,5.
- b. Si se trata de investigación financiada, se debe colocar la información correspondiente antes de las referencias, bajo el subtítulo: Financiamiento.
- c. No se incluirán notas a pie de página en el cuerpo del artículo.
- d. El artículo debe estar paginado en el borde inferior derecho de cada página en números arábigos.
- e. El estilo de redacción, presentaciones, gráficos, citas y otros aspectos debe seguir las normas APA (*American Psychological Association*) en su edición más actualizada, a excepción de los artículos sobre ciencias de salud en los que se usarán los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (ICMJE o Normas Vancouver).

Cada artículo deberá ordenarse de la siguiente forma:

- a. Título en español (máximo 25 palabras) en letras mayúsculas.
- b. Nombres y apellidos del autor o autores (subrayar el nombre del autor de correspondencia). En notas al final del documento, un resumen curricular del autor o autores (tres líneas para cada autor, incluyendo el correo electrónico de cada uno).



- c. Resumen (entre 200 y 250 palabras) en párrafo único a interlineado sencillo y que refleje la estructura del artículo.
- d. 3 a 5 descriptores en español (DeCs).
- e. Título en inglés.
- f. Resumen en inglés (*abstract*).
- g. 3 a 5 descriptores en inglés (Subject Headings/MeSH).
- h. Cuerpo del artículo: según corresponda a los géneros previstos por IDEULA. Las tablas, gráficos y figuras deberán presentarse en el lugar que corresponda dentro del artículo.
- i. Si hubiere, agradecimientos.
- j. Referencias.

Aspectos específicos del cuerpo del artículo: De acuerdo al género a publicar, el cuerpo debe dividirse en las siguientes secciones

- a. Artículo de investigación y artículos de revisión: a) introducción: contextualización, antecedentes de importancia, justificación y presentación del objetivo de la investigación; b) Materiales y Métodos/Metodología, según sea el caso: descripción de la muestra (selección, criterios de inclusión y exclusión), procedimientos, instrumento de recolección de información, plan de análisis, aspectos bioéticos (si aplica); c) resultados; d) discusión; (e) conclusiones. Podrán tener una extensión mínima de 12 páginas y máxima de 25.
- b. Experiencia didáctica y de extensión: a) introducción; b) fundamentación teórica; c) descripción de la experiencia; d) discusión de los resultados o hallazgos; e) conclusiones.
- c. Propuesta pedagógica: a) introducción; b) fundamentación teórica; c) metodología y descripción de la propuesta; d) conclusiones. Podrán tener una extensión mínima de 20 páginas y máxima de 25.
- d. Reporte de casos: a) introducción; b) descripción del caso; d) discusión; e) conclusiones. Podrán tener una extensión mínima de 10 páginas y máxima de 15.
- e. Ensayo: a) introducción, b) desarrollo y c) cierre. Tendrán una extensión entre 12 y 20 páginas.
- f. Reseñas de libros: Tendrán una extensión mínima de 5 páginas.
- g. Entrevistas: cuerpo del texto, extensión máxima de 20 páginas.



Cada sección del cuerpo del artículo podrá contener los subtítulos que le sean pertinentes, indicando la jerarquía de los mismos con números.

El Comité Editorial se reserva el derecho de publicar artículos de menor o mayor extensión en casos excepcionales, previo análisis del caso.

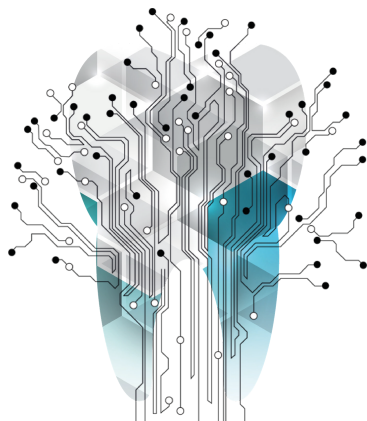
Los autores deben estar registrados en el ORCID (Open Researcher and Contribution ID por sus siglas en inglés) y proporcionar su identificación. El registro lo harán a través de la página web <https://orcid.org/>. A su vez, deben hacer llegar al Comité Editorial una comunicación en la que declaran que el trabajo es de su autoría y que dan fe de que no existen conflictos de interés y no se ha incurrido en plagio en la realización del artículo objeto de publicación (se suministrará el formato una vez aceptado el artículo). Todo esto estará contenido en el formato para autores que se encuentra en <http://erevistas.saber.ula.ve/ideula/>. Adicionalmente, los árbitros se asegurarán de verificar la ausencia de plagio por medio del uso de software para tal fin.

Los manuscritos y el formato para autores deben ser consignados por vía electrónica a la siguiente dirección de correo: ideula@ula.ve o contactoideula@gmail.com.

Proceso de evaluación por pares

Previo al inicio del proceso de arbitraje, el Comité Editorial revisará cada artículo recibido para constatar el cumplimiento de las normas editoriales. Posterior a ello se da inicio al proceso arbitraje mediante el sistema de doble ciego, lo cual supone que cada artículo será evaluado por al menos dos expertos en el área de la temática planteada.

Las observaciones de los árbitros se enviarán al autor de correspondencia, con la confidencialidad del caso, para que realice los cambios necesarios y regrese la versión corregida en un lapso no mayor de un mes. Los trabajos que hayan sido rechazados para su publicación no serán aceptados nuevamente por la revista para su evaluación.



REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

IDEULA

ESTA VERSIÓN DIGITAL DE LA REVISTA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y EXTENSIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, SE REALIZÓ CUMPLIENDO CON LOS CRITERIOS Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA LA EDICIÓN ELECTRÓNICA EN EL AÑO 2019. PUBLICADA EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL SABERULA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES-VENEZUELA

www.saber.ula.ve

info@saber.ula.ve

Normas ISO, Normas COVENIN, Normas Estándar Internacionales Acreditación Revistas Académicas, Normativa Programa de Publicaciones CDCHTA- ULA (2019).

NRO.16 | JULIO - DICIEMBRE 2025