



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EL FACTOR PSICOLÓGICO/EMOCIONAL EN EL
TRATAMIENTO ESTÉTICO EN ODONTOPEDIATRÍA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LAURA BARRIOS FLORES

TUTORA: Mtra. ROSINA PINEDA Y GOMÉZ AYALA

ASESORA: Mtra. ELIZABETH QUINTINO CINTORA

MÉXICO, Cd. Mx.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES, ROCÍO FLORES Y JOSÉ ANTONIO BARRIOS:

Les agradezco todo el amor, la paciencia, la comprensión que me brindan, su apoyo incondicional y el gran esfuerzo que han hecho para que nada me haga falta y logre cumplir todos mis objetivos. Gracias por preocuparse por mí, por su ayuda, sus consejos y por siempre estar ahí cuando los necesito. Hoy este sueño cumplido, el de terminar mis estudios, no solo es logro mío, también es de ustedes. Gracias mamá por ser “la mamá más mala del mundo” y a ti papá por ser “el héroe que necesito”. Son los mejores padres que podría tener. Sin ustedes, nada en mi vida habría sido posible. Los amo con todo el corazón. ¡Por fin terminamos!

A MI HERMANA, ALEJANDRA BARRIOS:

Mini mí, sin ti la vida no tendría sentido, estaría incompleta. Te agradezco por siempre estar, acompañarme en todo y soportar mis rarezas. Gracias por ser mi primer paciente, por tu paciencia y amor incondicional.

A MI NOVIO, ALBERTO AGUILERA:

Mi otra mitad, gracias por tu paciencia, ayuda y amor que me has brindado en todo momento. Siempre he recibido tu apoyo incondicional sin importar nada. Te amo.

A MI MEJOR AMIGA, PAULINA LANDEROS:

Persona, gracias por tu apoyo incondicional, compañía y ayuda que me has brindado todo este tiempo. Gracias por siempre motivarme y estar en cada momento que te necesito.

A USTEDES:

Paola Muñoz, Iván Miceli, Diana Arellano, Yair, Cesar, Lauro, Angy, Diana, Alejandra, Dany, Maydeli, Gladys, Gise, Siam, Omhar, Ale, Johana, Miriam, Anibal, Lety, Josh y los que faltan, gracias por su compañía, apoyo, motivación y enseñanzas que me llevo de ustedes en todo el tiempo de mi vida como universitaria.

A MI QUERIDA UNIVERSIDAD:

Por darme la oportunidad de iniciar mis estudios en tus instalaciones en el inigualable Plantel # 6 de la Escuela Nacional Preparatoria y ahora egresar orgullosa y feliz de tu hermosa Facultad de Odontología sin olvidar a la Clínica Periférica Águilas. Gracias por darme los mejores profesores quienes motivaron mi pasión por la Odontopediatría. Gracias por otorgarme la mejor formación que se puede recibir en las aulas y por brindarme los conocimientos necesarios para ejercer mi profesión.

A MI TUTORA, LA DRA. ROSINA PINEDA Y GOMÉZ AYALA:

Gracias por impulsarme a seguir este camino, por apoyarme y acompañarme en mi formación. Por su paciencia, ayuda y orientación para la elaboración de este trabajo. Gracias por la gran dedicación y el empeño que puso en este proyecto y sobre todo por el gran ejemplo que ha sido para mí.

A MI ASESORA, LA DRA. ELIZABETH QUINTINO CINTORA:

Gracias por su dedicación, tiempo y esfuerzo para lograr este proyecto. Por compartir sus conocimientos y experiencia para mi formación. Gracias por todo su apoyo y pasión. Me ha enseñado que para ser una persona de éxito solo hay que hacer lo que a uno más le apasiona.

A MIS PROFESORES:

Gracias por ser parte importante de mi formación académica compartiendo sus conocimientos y sus experiencias profesionales. Les agradezco todos los consejos y la confianza que depositaron en mí. Gracias al Dr. Alejandro Hinojosa por las dos oportunidades que me dio de seguir mi sueño de ser parte del departamento de Odontopediatría en la Facultad de Odontología. Gracias por hacerme crecer y mejorar.

A MIS PACIENTES Y PACIENTITOS:

Por ayudarme a obtener experiencia profesional. Gracias por todo lo que me enseñaron, por la paciencia y la confianza que depositaron en mí.

Y A TODO AQUÉL QUE HAYA CONTRIBUIDO DE ALGUNA MANERA A QUE ESTO SEA POSIBLE...

ÍNDICE

Introducción	6
1. Antecedentes	7
2. Desarrollo Psicológico Emocional del Niño	11
2.1. Emoción	11
2.2. Autoestima	12
2.3. Confianza	13
2.4. Seguridad	13
2.5. Psicología Emocional	14
2.6. Psicología Evolutiva o del Desarrollo	15
2.6.1. La Teoría del Desarrollo Psicosexual de Freud	16
2.6.2. La Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget	17
2.6.3. La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson	19
3. Desarrollo Social del Niño	20
4. Lesiones Más Comunes que Afectan la Estética en Odontopediatría	23
4.1. Caries	25
4.2. Traumatismos Dentales	28
4.3. Anomalías Dentarias	29
5. Tratamientos Restauradores Estéticos en Odontopediatría	36
5.1. Operatoria Dental	37
5.1.1. Resinas Compuestas	38

5.2.	Prótesis en Odontopediatría	39
5.2.1.	Prótesis Fija	40
5.2.1.1.	Prótesis Fija Soldada a Bandas o Coronas con Dientes de Reposición	40
5.2.1.2.	Prótesis Fija Mediante Puente Adhesivo	41
5.2.1.3.	Prótesis Fija Coronaria	42
5.2.1.3.1.	Coronas de Celuloide	43
5.2.1.3.2.	Coronas de Policarbonato	43
5.2.1.3.3.	Coronas de Frente Estético	44
5.2.1.3.4.	Coronas de Frente Estético Prefabricadas	44
5.2.1.3.5.	Coronas de Zirconia	45
5.2.1.3.6.	Coronas de Metal Porcelana	46
5.2.1.3.7.	Carillas	47
5.2.2.	Prótesis Removible	48
5.2.2.1.	Prótesis Parcial Removible	48
5.2.2.2.	Prótesis Total Removible	49
6.	Factor Psicoemocional en el Tratamiento Estético de Odontopediatría	50
6.1.	Actitud Social ante la Pérdida Dental o la Enfermedad Bucal	50
6.2.	Impacto de la Rehabilitación Estética en el Niño	55
	Conclusiones	58
	Referencias	60

Introducción

La Odontopediatría se encarga de dar la atención a los niños y a los adolescentes de la población, con el objetivo de devolver el estado de salud bucal, ayudando a desarrollar sus aptitudes físicas, psicológicas y sociales necesarias para conseguir el bienestar en su vida adulta.

La población infantil y los adolescentes presentan un alto índice de problemas bucodentales, estos pueden afectar su salud y personalidad. Los problemas estéticos están asociados principalmente a caries, traumatismos y anomalías dentarias. Los órganos dentarios anteriores son los más comprometidos estéticamente ya que son los más visibles al hablar y sonreír, siendo un complemento elemental de la imagen facial ayudando a la autoestima, la seguridad e integración social del individuo.

En los niños y adolescentes la apariencia física es importante y la falta de estética dental puede causar grandes repercusiones psicológicas y emocionales, las cuales varían dependiendo de la personalidad del individuo, que va desde la nula importancia hasta la disminución de su autoestima y confianza en sí mismo. Los sentimientos nocivos que pudieran presentarse en la infancia pueden causar una gran repercusión en la formación de la personalidad de los individuos en su etapa adulta.

Actualmente ya se cuenta con muchos elementos para la recuperación de la salud bucal y la estética dental, para ambas denticiones. Se debe elegir el material adecuado para cada tratamiento y es así que estos individuos recuperaran su autoestima al restaurar su estética dental. El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia que tiene el recuperar la estética, la fonética, la autoestima y salud de los niños y adolescentes.

1. Antecedentes

Desde las grandes civilizaciones antiguas las personas se han preocupado por la limpieza y el cuidado de sus dientes. Desde que el hombre empezara a crear herramientas se han realizado diversos tratamientos para disminuir o eliminar los daños de las enfermedades bucales, como para modificar la estructura dentaria principalmente por motivos estéticos y mágicos-religiosos.¹

La belleza siempre ha sido subjetiva por las creencias e idealismos de cada sociedad y a través de los años nos hemos percatado que la cara es la porción de cuerpo humano más importante en el proceso de la comunicación no verbal. Desde las antiguas civilizaciones mostraban su jerarquía con peinados, perforaciones o con el empleo de diversos materiales estéticos en los dientes, según fuera su concepto, ya que para algunos el uso de metales y piedras preciosas era lo ideal. Con el paso de los años esto fue evolucionando utilizando marfil, huesos o los mismos dientes ya extraídos para restaurar la cavidad bucal tratando de conseguir esa estética natural.

En la edad antigua Aulio Cornelio Celso en el siglo I, fue el primero en publicar la importancia de los males dentales en niños como en adultos en su obra "De Re Medica", donde en el libro VI trata las odontalgias de niños y en el libro VII menciona temas como dientes natales y mal posición dentaria. De ahí se dio pie a más publicaciones sobre la odontología en niños y adolescentes:

- Francisco Martínez (1557) publicó el *Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura y maravillosa obra de la boca*. Es el libro más antiguo consagrado de odontopediatría.

- Pierre Fauchard (1728) en su libro *El cirujano dentista o tratado de los dientes*, hablo de las necesidades dentales de la infancia, describiendo los 20 dientes de la dentadura temporal, hablando de los gérmenes dentarios de los dientes permanentes que se encontraban debajo de los dientes temporales, mal posición dentaria, etc.

En la época contemporánea en el siglo XVIII apareció Robert Bunon quien fuera el padre de la odontopediatría moderna y el primer autor que habla de una aproximación psicológica al niño. Laforge (1802) en su obra *El arte del dentista*, hablo del reimplante de incisivos por la extracción de dichos órganos dentales en niños pobres y colocados en niños ricos, dando pauta al consentimiento informado ya que el señalo que no se puede realizar ningún tratamiento a jóvenes sin el consentimiento paterno. Otros autores que contribuyeron a la literatura con relación a la odontopediatría son Ventura de Bustos y Angulo (1866) y José Boniquet (1898).^{2,3}

En 1908 en Estados Unidos gracias a los estudios y la tecnología se creó el cemento de silicato siendo el primer material de restauración estética directa. Éste se mantuvo en uso hasta la década de los años sesenta y principios de los setenta, donde fue sustituido por la resina compuesta.² Posteriormente aparecieron las resinas y compómeros fotocurables.

Al presentarse los casos donde una restauración por resina o compómeros no es suficiente para reconstruir, en el año 1950 Engel desarrolló las primeras técnicas para el uso de coronas metálicas, pero fue Mink quien hizo las modificaciones por el problema de adaptación de las mismas. Aunque este tipo de restauraciones cumplen con los requisitos funcionales, en la apariencia estética no es del todo aceptada.⁴

Desde el año de 1976, el doctor Goldstein menciona que “los mismos principios estéticos que se aplican a los adultos deben aplicarse al cuidado dental de los niños”.⁵ Y fue en 1979 cuando Donley presenta una nueva técnica, las coronas de resina directas, la cual se presenta como una buena opción estética y económica pero no muy resistente. Después Webber y colaboradores describen una técnica en la cual se utiliza una corona de celuloide para reconstruir la pieza dental.⁶

Conforme han pasado los años, surgieron nuevas técnicas de coronas como son: las de coronas Veneer de acero, utilizando vitremer o panavia y las coronas de frente estético de la marca Cheng Crowns® y Kinder Crowns®, que en un estudio realizado en 1998 demostraron que sufren cambios de color y fracturas al esterilizarlas, además de considerar su alto costo, entre muchas otras. Esas fueron las primeras coronas con cierto margen estético, pero no cumplían los parámetros de duración y buen funcionamiento.

Así, restaurar dientes anteriores en el pasado fue poco práctico, debido a que los materiales dentales, las técnicas y los aparatos disponibles no cumplían con los requerimientos de simplicidad, eficacia y estética. Las soluciones más convencionales para el restablecimiento anatómico-funcional de estos dientes son las restauraciones con coronas de policarbonato, coronas con frente estético, coronas de celuloide y coronas libre de metal como son de porcelana o zirconia. (Figura 1)



Figura 1. Coronas de acero cromo y zirconia.⁷

Todos estos materiales presentan ciertas ventajas y desventajas, ya sea en relación con su uso o indicación. Para solucionar los problemas surgidos a partir de las fallas de éstos, se han propuesto cambios en las técnicas restauradoras, buscando nuevos métodos y combinaciones de materiales. En base de las expectativas de una solución que cumplan con la función y la estética, tomando en cuenta que los materiales con los que contamos actualmente son limitados, ya que no cumplen con todas las necesidades que requerimos.⁸

2. Desarrollo Psicológico Emocional del Niño

La psicología es el estudio científico del comportamiento y de los procesos mentales. Existen diversas áreas de especialización como: psicología clínica, psicología experimental, psicología de la personalidad, psicología social, psicología evolutiva, entre otras.⁹

La odontopediatría se encarga de la salud dental integral de los niños y jóvenes. Para ello nos ayudamos de varios fundamentos: crecimiento, influencias ambientales y hereditarias, nutrición, evolución morfológica y características psicológicas, entre muchos más.³

2.1. Emoción

“Las emociones, son las reacciones subjetivas a la experiencia, asociadas a los cambios fisiológicos y del comportamiento.” Todos los individuos tienen la misma gama de emociones, en lo que difieren es en que tan a menudo sienten una emoción particular, el evento que la originó, las manifestaciones físicas que demuestra y cómo actúan en consecuencia a ellas. “El patrón característico de reacciones emocionales de una persona comienza a desarrollarse durante la infancia y es un elemento básico de la personalidad”.¹⁰

Las emociones básicas surgen durante los primeros 6 meses de vida y son: entusiasmo, alegría, interés, sorpresa, irritación, tristeza, disgusto, ira y temor. (Figura 2) Con el tiempo se van desarrollando como resultado de la conciencia y las reglas sociales. Cumplen funciones para la supervivencia y el bienestar humano. Una de las funciones principales es el comunicar la condición interior de una persona a las demás y así provocar una respuesta. Un ejemplo de ello es el llanto de un bebé, ya que es la única forma para expresar sus necesidades. Otra función es orientar y regular el comportamiento.



Figura 2. Emociones básicas.¹¹

Las emociones son los indicios tempranos de los sentimientos los cuales son importantes para el desarrollo. Cuando una persona se siente sociable lo más común es sonreír, lo cual provoca a su vez igual respuesta en los demás y así crece el sentido de control sobre su mundo. Esa sonrisa sociable se produce en forma espontánea como expresión de bienestar en el primer mes de vida.

Las emociones humanas son flexibles y modificables. Las apariciones de estas se relacionan con el “reloj biológico” ya que con el tiempo se crean experiencias sociales y emocionales que van desarrollando y modificando más emociones como el orgullo, la vergüenza y la culpa.

Todas ellas tienen una gran repercusión en el comportamiento y desarrollo social de cada persona.^{9,10}

2.2. Autoestima

La autoestima es el juicio que una persona hace respecto a su propio valor, se basa en una estimación realista de las capacidades o rasgos de la personalidad.

Esta se empieza a desarrollar a una edad promedio de 8 años. Antes de dicha edad, los adultos tienen un papel muy importante en el desarrollo de la autoestima de un niño, ya que acciones como leer un cuento, escuchar al niño, consolarlo cuando llora o preparar una merienda, son conductas de apoyo para el desarrollo de esta.

Después de los 8 años los niños suelen acentuar sus capacidades y realizan juicios sobre su competencia en diversas actividades. Ellos desarrollan la capacidad de una autoevaluación basada en los estándares de sus progenitores y en el criterio de su sociedad.

Cuando un niño tiene su autoestima alta, éste es motivado a mejorar y es parte importante del éxito en su vida. En caso de tenerla baja, estos se sienten indefensos, avergonzados y se rinden fácilmente; ellos no esperan tener éxito y por lo tanto no lo intentan. Los niños de preescolar tienden a pensar que están defectuosos, mientras que los mayores piensan ser tontos.^{9,10}

2.3. Confianza

La confianza puede ser definida desde múltiples perspectivas. En el ámbito de la psicología, en 1967 Rotter dio una definición: “la confianza se basa en la esperanza de una persona o grupo en poder contar con una promesa dada oral o escrita, positiva o negativa, por otra persona o grupo”, mientras que el psicoanalista Erikson explica que la confianza es parte de la personalidad sana de las personas y que tiene repercusiones en los rasgos individuales. Se considera que este concepto es importante para el desarrollo de las relaciones personales, la cooperación institucional y las actividades sociales.¹²

2.4. Seguridad

La seguridad se define como la actitud de confianza en las propias creencias o conducta. Es una garantía personal que se ofrece de un hecho o de la verdad de una afirmación.¹³

2.5. Psicología Emocional

La psicología emocional es la rama de la psicología encargada de estudiar y observar las emociones y los efectos que tienen en cada persona. Esta nos sirve para diagnosticar por medio de evaluaciones, analizando las respuestas, para saber si una persona posee emociones negativas o emociones positivas. Su objetivo es reconocer, manejar y fortalecer las emociones de las personas, transformando los sentimientos adversos o negativos en positivos o más placenteros.

Las emociones tienen diferentes funciones, según Reeve (1994) son 3 las principales: adaptativas, sociales y motivacionales. La literatura nos refiere muchas teorías en la psicología emocional dadas por muchos autores, las más importantes son:

- **Evolucionistas:** Se habla de la función adaptativa de las emociones a las exigencias ambientales o reacciones a otros individuos. Las emociones primarias las tienen los animales y son para sobrevivir, de ahí se derivan las secundarias con fines más sociales.
- **Psicofisiológicas:** La emoción aparece como consecuencia de la percepción de los cambios fisiológicos producidos por un determinado evento. Las emociones similares se caracterizarían por un patrón visceral y fisiológico similar.
- **Neurológicas:** La génesis de la emoción es la actividad del sistema nervioso central, la regulación que establece el tálamo, tanto sobre la corteza como sobre el sistema nervioso periférico por neurotransmisores, para la movilización de energía.
- **Conductistas:** Procesos de condicionamiento que se generan por un estímulo capaz de dar una respuesta emocional intensa.

- **Cognitivas:** La emoción es una consecuencia de dos factores: activación e interpretación cognitiva.

Uno de los campos más investigados en los últimos años es la relación de las emociones con la salud y génesis de las enfermedades, enfocándose en las reacciones con: el sistema inmunológico, trastornos coronarios, diabetes, trastornos del sueño, dolor, etc.

Las terapias de la psicología emocional pretenden preparar a las personas para que cuenten con una mayor inteligencia social y emocional, ayudando a las relaciones personales. Los comportamientos que buscan resolver son: superioridad, desentendimiento, autoridad desmedida, proyección, generalización, subordinación de otros, etc. Estas se basan en el comportamiento de los niños antes de ser alterado por las normas sociales, ya que ellos tienden a reír más, jugar, tienen facilidad para hacer amistades, no guardan rencores y son curiosos.^{14,15}

2.6. Psicología Evolutiva o del Desarrollo

La psicología evolutiva se interesa por la forma en que las personas cambian a lo largo de su vida. En ella se trata de explicar de qué manera cambian continuamente las acciones del individuo y cómo reacciona éste en un ambiente que también cambia constantemente. Cuando se estudia el desarrollo nos interesa ver el proceso por medio del cual cambiamos, por las influencias sobre nuestro propio cambio y por la forma en que se producen esas transformaciones en el mundo que nos rodea.

Esta rama de la psicología estudia el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. Este último nos ayuda a comprender cambios en los aspectos emocionales y sociales de la personalidad de un individuo.⁹

2.6.1. La Teoría del Desarrollo Psicosexual de Freud

Según Freud la personalidad se desarrolla en cinco etapas que dan comienzo en la infancia. Cada etapa recibe el nombre de la parte del cuerpo que es fuente primaria de gratificación en cada fase, las cuales son llamadas zonas erógenas. Si la persona no fue satisfecha o estuvo excesivamente mimada en una etapa, queda fijada en ella. Él considera que el nivel de madurez del niño es lo que determina cuando va a tener lugar el cambio de etapa.

Freud toma como elemento fundamental de su teoría la sexualidad infantil, ya que él explica que la sexualidad no aparece en la pubertad, sino que está presente desde el nacimiento, aunque los sentimientos sexuales de los bebés y niños son diferentes a los de los adolescentes y adultos.

➤ Etapa Oral

Esta etapa transcurre desde el nacimiento hasta los 12 – 18 meses de vida. La zona erógena es la boca. El bebé consigue placer a través de la comida, succionando y mordiendo. Las personas fijadas en esta etapa, posteriormente serán crédulos, dependientes y sentirá el mismo placer en obtener conocimientos y adquirir posesiones que el que sentía de pequeño con la comida.

➤ Etapa Anal

Esta etapa transcurre de los 12 – 18 meses a los 3 años de vida. La zona erógena es el ano. El niño aprende a controlar sus esfínteres y con ello el acto de retener o expulsar las heces. Esto les produce placer y se traduce a querer ser productivo en otras áreas. Deben recibir entrenamiento de hábitos de limpieza, pero el que es entrenado de una manera demasiado estricta llegará a ser obsesivamente limpio, cruel y destructivo, obstinado y avaro.

➤ **Etapa Fálica**

Esta etapa transcurre de los 3 años a los 6 años de vida. La zona erógena es el falo, obteniendo placer de su región genital. El niño puede llegar a descubrir la masturbación. En esta etapa aparece el complejo de Edipo en los niños y el complejo de Electra en las niñas. Estos complejos se resuelven a los 5 o 6 años, identificándose con el progenitor de su propio sexo.

➤ **Etapa de Latencia**

Esta etapa transcurre de los 6 años de vida a la pubertad. Es un periodo de relativa calma sexual. Los niños y niñas evitan relacionarse con el sexo opuesto, pero no son asexuales del todo, ya que existe cierto interés por las bromas sexuales y la masturbación.

➤ **Etapa Genital**

Esta etapa transcurre de la pubertad en adelante. Se da por los cambios hormonales que acompañan a la pubertad y marca la entrada a una sexualidad madura, en la cual la principal tarea es tener un contacto heterosexual con alguien ajeno a la familia.^{9,10}

2.6.2. La Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget

Jean Piaget fue un biólogo y psicólogo suizo quien formuló una teoría para la explicación de los diversos niveles del desarrollo cognitivo. Éste supone la existencia de una capacidad, que está en continuo crecimiento, para la adquisición de conocimiento y capacidades que se desarrollan en una secuencia ordenada.

Piaget considera que el niño es su propio constructor de su mundo cognitivo y no es un receptor pasivo las influencias del ambiente. También explica que existe una relación entre la maduración y la experiencia, y ésta necesita un contacto con objetos físicos y la educación. Etapas cognitivas:

➤ **Sensoriomotor**

Esta etapa transcurre desde el nacimiento hasta los 2 años de vida. Los niños aprenden a conocer el mundo a través de sus sentidos y de sus conductas motoras. Su aprendizaje es a través de la acción. Aprenden el concepto de permanencia del objeto.

➤ **Preoperatorio**

Esta etapa transcurre de los 2 años a los 7 años de vida. Los niños crean una habilidad para usar símbolos como las palabras para representar personas, lugares y objetos. Pueden pensar en objetos que no están viendo, imitar acciones que no ven, aprender números, usar el lenguaje, comprender la relación entre dos sucesos. Ellos no logran tener en cuenta todos los aspectos de una situación y solo se centran en un único aspecto. Son egocéntricos.

➤ **Operaciones concretas**

Esta etapa transcurre de los 7 años a los 11 años de vida. Los niños abandonan el egocentrismo. Aprenden a clasificar por categorías, trabajar con números, tener en cuenta todos los aspectos de una situación, son capaces de ponerse en el lugar de otro y realizar juicios morales. Empiezan a comprender conceptos nuevos como la conservación, de reversibilidad y compensación de la materia.

➤ **Operaciones formales**

Esta etapa transcurre de los 12 años de vida en adelante. Es el periodo precursor de la capacidad de pensar abstractamente. Los jóvenes ya pueden tratar problemas no presentes físicamente, realizar hipótesis e intentar comprobarlas sistemáticamente.^{9,10}

2.6.3. La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson

En la Psicología Evolutiva o del desarrollo psicosocial de Erikson es una de las teorías más extendidas y aceptadas. Fue ideada por Erik Erikson a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas por Sigmund Freud.

La diferencia es que Freud se basó en el desarrollo sexual para explicar el desarrollo evolutivo del individuo y Erikson entiende que el individuo va desarrollando su conciencia gracias a la interacción social. Él estaba interesado en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal.

Erikson propone 8 etapas a lo largo de la vida la personal. En cada una de ellas se ven determinadas por un conflicto o crisis que permite el desarrollo individual de su personalidad. En la resolución de estos conflictos la persona halla un gran potencial para el crecimiento, pero por otra parte también podemos encontrar un gran potencial para el fracaso si no se logra superar el conflicto propio de esa etapa vital.

Los 8 estadios psicosociales son: (Figura 3)

Etapa	Edad	Conflicto	Figura Representativa	Virtud	Malignidad
Infante	0 – 2 años	confianza vs. desconfianza	madre	esperanza y fe	distorsión sensorial
Bebé	2 – 3 años	autonomía vs. vergüenza/duda	padres	voluntad y determinación	impulsividad y compulsión
Pre-escolar	3 – 6 años	iniciativa vs. culpa	familia	propósito y coraje	crueledad e inhibición
Escolar	7 – 12 años	laboriosidad vs. inferioridad	escuela + vecinos	competencia	virtuosidad unilateral
Adolescencia	12 – 19 años	identidad yoica vs. confusión de roles	grupos	fidelidad y lealtad	fanatismo y repudio
Adulto Joven	20 – 25 años	intimidad vs. aislamiento	colegas + amigos	amor	promiscuidad y exclusividad
Adulto Medio	25 - . 50 años	generatividad vs. autoabsorción	hogar + trabajo	cuidado	sobrextensión y rechazo
Adulto Viejo	50 - ... años	integridad vs. desesperación	humanos + "míos"	sabiduría	presunción y desesperanza

Figura 3. Fases del desarrollo según Erik Erikson.¹⁶

3. Desarrollo Social del Niño

La socialización es el proceso en el cual los niños adquieren conductas, creencias, normas morales y motivos que son el objeto del aprecio de su familia y de los grupos culturales a los que pertenece. Todos los niños se desarrollan a su propio ritmo. (Figura 4)

En los primeros meses de vida, los bebés comparten patrones comunes de desarrollo y personalidades distintas. El temperamento es algo innato que puede ser modificado por la experiencia. A esta edad se forma el vínculo entre madre e hijo por el tiempo que pasa cuidándolo y se tiene que manejar el apego por la ansiedad de la separación de su cuidador y ante la presencia de un extraño. A partir de los 18 meses surge el autoconocimiento físico y conciencia de sí mismo, la autodescripción y autoevaluación y la respuesta emocional al actuar erróneamente.

Edad en meses	Características
0 a 3	Están abiertos a estimulación. Demuestran interés, curiosidad y sonríen fácilmente a las personas.
3 a 6	Pueden anticipar lo que está por ocurrir, se decepcionan cuando no sucede así y lo demuestran con enfados. Sonríen, balbucean y ríen a menudo. Hay un intercambio recíproco entre el niño y su cuidador.
6 a 9	Intentan obtener respuestas en las personas mediante juegos sociales. Ellos se tratan de comunicar e interactuar con otros bebés. Expresan alegría, temor, enojo y sorpresa.
9 a 12	Se preocupan por su principal cuidador y la mayoría siente temor por los extraños o nuevas situaciones. Comunican sus emociones con mayor claridad.
12 a 18	Exploran su ambiente valiéndose de las personas con mayor apego como base de seguridad. Conforme van dominando su entorno se vuelven más confiados.
18 a 36	Se ponen ansiosos cuando se separan de su cuidador. Descubren sus limitaciones por medio de la fantasía y el juego. Aceptan como propios los estándares sociales de conducta. Control independiente del propio comportamiento del niño para adaptarse a las expectativas sociales asimiladas.

Figura 4. Desarrollo psicosocial de los niños de 0 a 36 meses de vida.¹⁰

Los cinco primeros años de vida son un momento crítico en el desarrollo de los niños pequeños y depende de una gran variedad de factores como los genes, la biología y factores ambientales y sociales, los cuales influyen positiva o negativamente.

La literatura muestra que el desarrollo del cerebro durante los primeros 5 años de vida crea patrones de aprendizaje que pueden durar toda la vida. Un niño social y emocionalmente saludable puede estar listo para empezar la escuela y así, participar completamente en las experiencias de aprendizaje y formar buenas relaciones con los cuidadores y los compañeros.¹⁷

Los niños entre 3 y 5 años están todavía aprendiendo cómo ser sociables y cómo controlar su conducta. Los padres son los agentes principales y más influyentes, aun cuando no sean los únicos, de la socialización, sobre todo, durante los primeros años de su vida, porque mantienen interacciones más frecuentes e intensas con el niño que cualquier otra persona. Estos entrenan a los pequeños con refuerzos positivos a las respuestas que quieren fortalecer y negativos a respuestas que desean reducir o eliminar, modelando su conducta para bien o mal.¹⁸ Muchas de las repuestas de los niños las adquieren mediante la observación de otros y la emulación de su conducta.

El contacto de los niños con sus iguales proporciona oportunidades para aprender e interactuar con los demás, a tratar los problemas personales y sociales que los afecte, y a desarrollar conceptos de sí mismo. Por lo general los preescolares escogen compañeros u amigos similares a ellos. Los educadores pueden también modificar comportamientos de los niños con técnicas precisas que logren en el niño una interacción operativa con su contexto, los niños tienden a imitar a los educadores como sus modelos más positivos. Las relaciones con hermanos y hermanas pueden ser también reguladores importantes de la personalidad y de la conducta social del niño, ya que en general los mayores inician las actividades y los menores los imitan.

El aprendizaje de la identidad sexual y los papeles masculino y femenino se adquieren entre los 4 y 7 años que es cuando el niño pasa de la etapa preescolar a la escolar. Los niños de 7 a 12 años absorben valores y actitudes de la cultura en la que los educan. Se puede observar su crecimiento emocional al comprender y controlar mejor sus emociones negativas. Su grupo de amigos se integra por niños similares en edad, sexo y condición socioeconómica, los que viven cerca o acuden al mismo colegio. Van viviendo un proceso de identificación con otras personas, no solo buscan el modelo en sus padres, sino con iguales o sus mismos profesores, así crean un autoconcepto.

La adolescencia es la transición de la niñez a la edad adulta, esta se da de los 11 a los 20 años. Es la edad donde se presentan más comportamientos de riesgo como: trastornos alimenticios, consumo de alcohol, abuso de drogas, inicio de actividad delictiva y sexual, entre otros. A esta edad se sufren los cambios hormonales que pueden afectar el estado de ánimo y el comportamiento. Según Elkind, los patrones de pensamiento inmaduro característico de la adolescencia incluyen: búsqueda de faltas en las figuras de autoridad, tendencia a discutir, indecisión, hipocresía evidente, conciencia de sí mismo y suposición de ser únicos e invulnerables. A esta edad también se emiten los juicios morales y se origina de su sentido de justicia. Y lo más complejo de esta etapa es la planeación profesional y educativa, la cual tiene mucha influencia de los padres y de los estereotipos de género.^{9,10} (Figura 5)



Figura 5. Etapas de la vida.¹⁹

4. Lesiones Más Comunes que Afectan la Estética en Odontopediatría

Las enfermedades bucales son uno de los problemas de salud más frecuente en toda la población. La OMS señala que las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal, afectando más del 90% de la población mexicana. Estas se encuentran entre las cinco enfermedades de mayor demanda ocasionando ausentismo laboral y escolar.

La OMS también ha hecho énfasis en promover los programas de prevención para disminuir la incidencia de estas enfermedades e informar a la población de cómo debe ser la salud bucal, ya que aún existen muchos mitos en referencia a ella como el que la salud bucal no sea parte de la salud general, que el cuidado de la primera dentición es importante aun cuando se exfolie para dar lugar a la segunda dentición, que se puede sufrir edentulismo a edades tempranas, etc.

Desde 1977 se empezaron las campañas de acciones educativas y preventivas en nuestro país, empezando con educación para la salud bucal y aplicaciones de fluoruro en las escuelas. El objetivo todos estos años ha sido que los niños se interesen por su salud bucal y creen buenos hábitos.²⁰

En México existe el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) el cual se encarga de hacer un consenso para proporcionar un panorama general de las enfermedades y padecimientos bucales en nuestro país, en personas de 2 a 99 años. El último conceso fue en el año del 2014 y se registraron 36,105 visitas a salas de urgencia, de las cuales 9,642 fueron por problemas bucales.

Para el consenso de niños y adolescentes se observó un total de 87,170 personas de 2 a 19 años de edad, el 56.5% de sexo femenino y 43.5% de sexo masculino. Se encontró que en la dentición temporal (niños de 2 a 8 años) el 89.5% presenta caries con mayor incidencia en los niños que en las niñas, mientras que en la dentición permanente (niños y adolescentes de 5 a 19 años) el 80% presenta caries con mayor incidencia en las niñas que en los niños. Se reporta que la caries severa de la infancia temprana se presenta en el 35.4% de la población infantil.²¹

La estética en odontopediatría se ve afectada por múltiples etiologías, las más comunes son: (Figura 6)

Etiología	Características
Caries	El 60-90% de los niños y adolescentes la presentan. La caries de la infancia temprana es la que más afecta a la estética dental. La mayoría de los casos se restauran con tratamientos pulpares y protésicos o extracción.
Defectos de la estructura dentaria	Afectan el desarrollo de las estructuras dentarias (esmalte y/o dentina) dando lugar a patologías como: amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta y odontodisplasia, entre las más comunes. Estas también se componen de anomalías dentarias de tamaño, forma y estructura.
Agenesias	Afectan con mayor frecuencia a la dentición permanente (incisivos y premolares). Su tratamiento es con el fin de conservar espacio y la estética. En la dentición temporal no es tan común, pero la mayoría de los casos se da en incisivos inferiores. Estas agenesias pueden ser causadas por desórdenes congénitos: displasia ectodérmica anhidrótica, la disostosis cleidocraneal y síndromes fisurados.
Enfermedad periodontal	La frecuencia de periodontitis crónica, agresiva, gingivitis y enfermedades periodontales necrosantes es muy poca. El 74% de los niños están sanos periodontalmente, el 13% presentan sangrado gingival, y el 11% cálculo dental en por lo menos un sextante. Sin embargo, cuando se manifiestan estas enfermedades tienden a ser muy agresivas y como resultado se da la pérdida de dientes temporales y/o permanentes.

Figura 6. Etiologías más comunes que afectan a la estética en Odontopediatría.^{3,21}

4.1. Caries

La caries es una enfermedad infecciosa de origen microbiano que se localiza en los tejidos duros dentales. Se inicia con una desmineralización del esmalte causada por los ácidos orgánicos producidos por bacterias específicas que metabolizan los carbohidratos de la dieta.

Esta enfermedad es multifactorial. En 1960, Paul Keyes propuso la Triada de Keyes, que agrupaba los elementos necesarios para la formación de una caries: microorganismos, huésped y sustrato. En 1978 Newbrun modificó dicha triada, agregando a estos 3 factores un tiempo determinado de interacción.

La película adquirida es una capa orgánica de glucoproteínas, proteínas salivares, productos bacterianos y fluido gingival, que se deposita en presencia de saliva sobre el esmalte recién pulido. Mide aproximadamente de 0.1 a 1 mm de grosor, su función es proteger la superficie dental. Cuando interactúan bacterias con la película adquirida, se constituye lo que llamamos placa dental.

El biofilm es un depósito bacteriano y de matriz extracelular de polisacáridos. Esta se produce en 2 fases:

- 1) Las proteínas de la superficie bacteriana interactúan con la película adquirida.
- 2) La placa se forma por agregación de bacterias de la misma especie de la película adquirida o diferentes especies, las cuales producen una matriz extracelular de polisacáridos.

Los primeros microorganismos en interactuar suelen ser los cocos gram positivos, principalmente los *Streptococcus*. Poco a poco se van sumando los anaerobios facultativos y gram negativos, y por último los anaerobios obligados.

Estos microorganismos en presencia de un sustrato, producen ácido orgánico, acético propiónico y butírico, los cuales son neutralizados por la saliva. Pero cuando el sustrato son hidratos de carbono simples mono y disacáridos (glucosa, fructosa y sacarosa) y se presentan de una forma abundante se produce un incremento en las cepas más cariogénicas: *S. mutans* y *Lactobacillus*, los cuales producen ácido láctico que es más difícil de neutralizar, ocasionando la desmineralización del esmalte. Esta desmineralización va a ser proporcional a la combinación de factores como un pH salival bajo y el tiempo de interacción.

El huésped es otro factor fundamental. Influye la anatomía dental, ya que hay zonas del órgano dental que favorecen la retención de placa o donde el acceso de la saliva es limitado y no se lleva una buena autoclisis; esto es común en las fosetas y fisuras, las superficies proximales y a lo largo del margen gingival. El apiñamiento dental, la constitución del esmalte y la edad posteruptiva del diente son factores importantes a considerar.

El proceso bioquímico de la caries está dado por ciclos alternativos de desmineralización y remineralización. Cuando la desmineralización se da por un tiempo prolongado sin repararse, se da una pérdida de los minerales dentales causando una cavidad. Esto se da cuando se llega a un pH de 5.5 o menos. (Figura 7)



Figura 7. Evolución de la caries.²²

Las lesiones cariosas pueden clasificarse por: (Figura 8)

Clasificación	Tipos	Características
Actividad	Activa	Continúa su proceso de degradación de la materia.
	Inactiva	Ha dejado de progresar, es de color marrón u oscura, y su consistencia es dura.
Grado de evolución	Incipiente en esmalte	Se encuentra una mancha blanca en el esmalte, sobre todo cuando se encuentra seca el área; aumenta la porosidad por la desmineralización del esmalte.
	Dentina superficial	Antes de fracturarse el esmalte se observa un cambio de coloración de blanco a gris o marrón, lo cual indica el límite de la unión amelodentinaria y se produce una desmineralización de la dentina.
	Dentina profunda	Con el esmalte fracturado se provoca una cavitación en la cual se observa dentina infectada que al retirarla encontramos dentina afectada y el paciente nos puede referir dolor.
Localización anatómica	Superficies lisas	En zonas interproximales, superficies vestibulares, linguales o palatinas. Refiere una higiene muy insuficiente.
	Superficies oclusales o de fosas y fisuras	Muy frecuente, por surcos pronunciados, alimentación excesivamente blanda e higiene insuficiente.
	Caries radicular	Caries avanzada que llega a tejido radicular.
Edad	Caries de la infancia temprana	Caries en los 3 primeros años de vida, las lesiones avanzan rápido ya que en esa dentición el grosor y la calcificación del esmalte es menor.
Velocidad de progresión	Caries rampante	Es un ataque agudo de caries, de gran extensión y cavitación, con compromiso pulpar, lesiones blandas y de color amarillizo, en todas las edades.
Presencia de un tratamiento previo	Secundaria	También conocida como recurrente ya que se encuentra en los márgenes de alguna restauración comúnmente por microfiltración.
	Remanente	Es tejido infectado que se ha dejado en la preparación, en el cual se coloca una restauración.

Figura 8. Clasificación de la caries en Odontopediatría.³

4.2. Traumatismos Dentales

Los traumatismos dentales son lesiones que sufren los órganos dentarios y tejidos blandos a causa de accidentes o eventos físicos que involucran la cavidad bucal.

La evaluación del paciente se da por medio de la historia clínica, el examen clínico extra e intraoral. Se deben realizar pruebas de vitalidad, aunque frecuentemente registren falsos negativos; también se debe realizar un examen radiográfico en diversos ángulos del área afectada.²³

Existen diversas clasificaciones de los traumatismos dentales. La más recomendada es la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) modificada por Andreasen, quien se basa en consideraciones anatómicas y terapéuticas y se aplica en denticiones primaria y secundaria. Esta clasificación es utilizada por la Asociación Internacional de Traumatología Dental, la cual se divide en: lesiones de la encía o de la mucosa bucal, lesiones de los tejidos duros dentinarios y de la pulpar, lesiones de los tejidos periodontales y lesiones del hueso de soporte.²⁴

Entre el 4 y el 30% de todos los niños han sufrido algún trauma dental, es más frecuentes en los niños que en las niñas en dentición permanente especialmente entre los 7 y 11 años, esto se debe a que los niños están más relacionados con actividades deportivas y juegos. En la dentición temporal la prevalencia entre ambos sexos es similar, ya que el mayor número de traumatismos dentales suele ocurrir antes de los 3 años que es cuando se lleva a cabo el desarrollo motor de los niños.³

Las lesiones que nos interesan en este caso son las que se dan en los tejidos duros dentinarios y de la pulpa: (Figura 9 y 10)

Traumatismo	Características	Tratamiento
Fractura incompleta o fisura coronaria.	Rotura del esmalte.	Observación.
Fractura no complicada de la corona.	Esmalte y dentina sin exposición pulpar.	Protección pulpar, resina y pulido.
Fractura complicada de la corona.	Esmalte y dentina con exposición pulpar.	Tratamiento pulpar y restauración con resina o corona.
Fractura no complicada de la corona y de la raíz.	Esmalte, dentina y cemento.	Gingivectomía y corona.
Fractura complicada de la corona y de la raíz.	Esmalte, dentina, cemento y pulpa.	Tratamiento pulpar y corona. Extracción.
Fractura radicular.	Dentina, cemento y pulpa.	Reducción y fijación por 2 meses. Tratamiento pulpar, restauración intraconducto y corona. Extracción.

Figura 9. Lesiones en los tejidos duros dentales y pulpa que afectan a la estética en Odontopediatría.^{25,26}

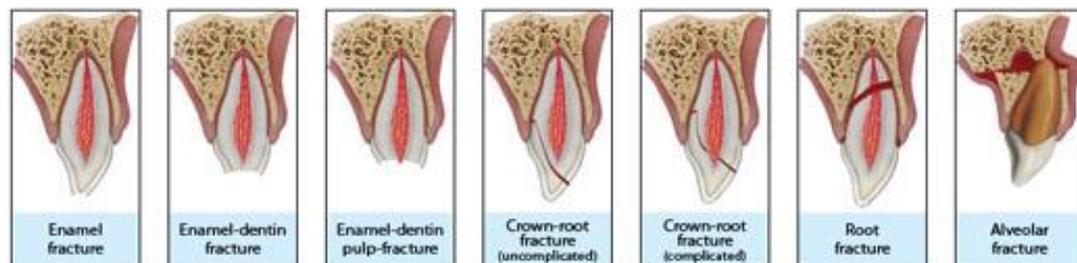


Figura 10. Lesiones en los tejidos duros dentales y pulpa.²⁷

4.3. Anomalías Dentarias

El desarrollo de los órganos dentales está regulado por fenómenos moleculares y por múltiples genes, estos comienzan a formarse desde la 4^o semana de vida intrauterina hasta el final de la adolescencia.²⁸

Las anomalías dentales son desviaciones de la normalidad que pueden ocurrir como consecuencia de factores sistémicos, ambientales, locales, hereditarios y trauma, en los que se afecta la forma de los dientes, el número, el tamaño, la disposición y el grado de desarrollo. Algunas de estas anomalías se pueden presentar simultáneamente en un órgano dentario, con variaciones que pueden ser observadas de persona a persona y entre grupos poblacionales.²⁹

Según Boj las alteraciones se dividen 3 grupos:

Alteraciones de Número

Estas anomalías pueden ser por el aumento o la disminución del número de dientes en el arco dentario. La frecuencia es del 6%, es menos frecuente en la dentición temporal, más frecuente en el sexo femenino.²⁸ Se subdivide en: (Figura 11 y 12)

Anomalia	Características	Enfermedades Asociadas	Tratamiento
Anodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia congénita de todos los dientes. • Falta de formación o desarrollo de los gérmenes dentales. • Afecta a ambas denticiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Displasia ectodérmica hereditaria. 	Prótesis total fija o removible.
Oligodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia congénita de más de seis dientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • S. Rieger. • S. Robinson. • Displasia ectodérmica hereditaria. • Hiperplasia dérmica focal. 	Prótesis parcial fija o removible.
Hipodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia congénita de algunos dientes. • Comúnmente afecta a terceros molares, incisivos laterales superiores y segundos premolares. 	<ul style="list-style-type: none"> • S. Down • Displasia ectodérmica hipohidrótica. 	Prótesis parcial fija o removible.

Figura11. Clasificación de agenesias dentales, características, enfermedades asociadas y tratamientos en Odontopediatría.^{3,29,30}

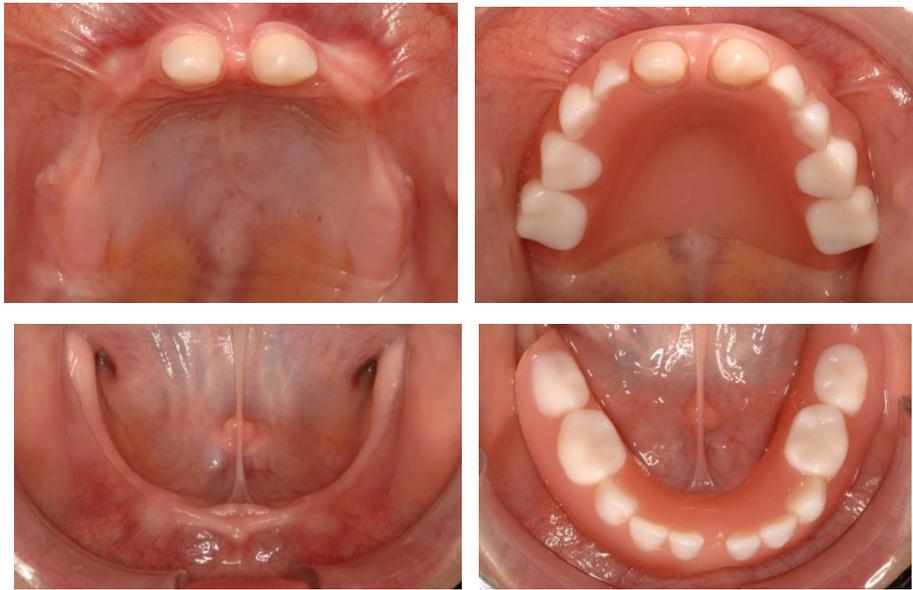


Figura 12. Agenesia dental por displasia ectodérmica hipohidrótica antes y después del tratamiento.³¹

El exceso de piezas dentales se denomina hiperdoncia. Se producen por la hiperactividad de la lámina dental. Toda pieza dentaria que se presenta de más se le denomina diente supernumerario. La frecuencia es del 3%, es más frecuente en la segunda dentición, en el maxilar superior y en la zona de dientes anteriores. (Figura 13)

Anomalia	Características	Enfermedades Asociadas	Tratamiento
Dientes Supernumerarios	<ul style="list-style-type: none"> Retenidos y su hallazgo es radiográfico. Distintas formas: conoide o en clavija, de volumen menor que el diente normal, corona cónica y una raíz rudimentaria. El más común es el mesiodens (más del 50% de todos los dientes supernumerarios). 	<ul style="list-style-type: none"> S. Gardner. Displasia cleidocraneal. Querubismo. S. Fabry. S. Hallermann-Streiff Labio leporino Fisura palatina 	Extracción.

Figura 13. Dientes supernumerarios, características, enfermedades asociadas y tratamientos en Odontopediatría.^{3,28}

Alteraciones Morfológicas Locales

Estas alteraciones se refieren al tamaño y forma de los órganos dentarios. Son múltiples: Odontodisplasia regional, macrodoncia, microdoncia, gemación, fusión, concrecencia, cúspides y tubérculos accesorios, dens in dente y taurodontismo. (Figura 14)

Anomalía	Características	Enfermedades Asociadas	Tratamiento
Macrodoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor tamaño. • Hiperplasia unilateral, por el sobrecrecimiento de los gérmenes dentarios. • Afecta principalmente a la dentición permanente 	<ul style="list-style-type: none"> • Gigantismo hipofisario. • Disostosis craneofacial. • S. otodental • Sturge-Weber 	<ul style="list-style-type: none"> • Restauración con resinas. • Desgastes selectivos.
Microdoncia	<ul style="list-style-type: none"> • Menor tamaño. • Tipos: del diente entero, de la corona del diente, y de la raíz exclusivamente. • Los más afectados son los dientes supernumerarios • Afecta más al sexo femenino. 	<ul style="list-style-type: none"> • S. Down. • Displasia ectodérmica. • Marshall I. • Rieger. • Hipoplasia dérmica focal, neuroectodérmico, y dermo-odontodisplasia. • Microsomia hemifacial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restauración con resinas. • Carillas dentales. • Coronas dentales.
Fusión	<ul style="list-style-type: none"> • Unión de dos gérmenes dentarios por esmalte y dentina. • Cada uno tiene su conducto radicular. • Se confunde con geminación o macrodoncia. • Comúnmente en dientes anteriores y en dentición temporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • No relacionado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desgastes selectivos para separar ambos dientes. • Tratamiento de ortodoncia. • Restauración con resinas. • Carillas dentales. • Coronas dentales.

Anomalía	Características	Enfermedades Asociadas	Tratamiento
Geminación	<ul style="list-style-type: none"> • División incompleta de un germen dental al iniciarse el desarrollo de la corona. • Formación parcial o completa de dos coronas y una única raíz. • Frecuentemente en incisivos superiores e inferiores de la dentición temporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Down. • Embriopatía por talidomina. • Paladar hendido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desgaste del órgano afectado. • Tratamiento pulpar. • Restauración con resinas. • Carillas dentales. • Coronas dentales.

Figura 14. Alteraciones morfológicas locales de dientes, características y tratamiento que afectan a la estética en Odontopediatría.^{3,29,30,32}

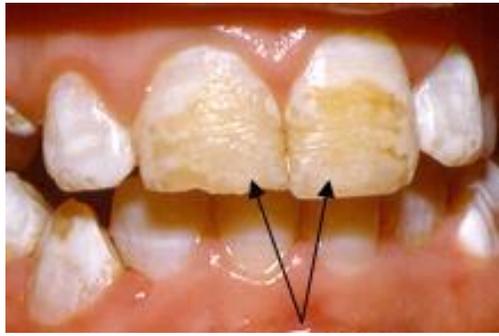
Alteraciones de la Estructura y Color

Las alteraciones de la estructura dental se dan en dos estructuras de los órganos dentarios, el esmalte y la dentina.

Las alteraciones de la estructura del esmalte ocurren en el depósito de la matriz del esmalte o en su calcificación. (Figura 15 y 16)

Anomalía	Tipos	Tratamiento
Displasia genética ó amelogénesis imperfecta	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoplásica. • Hipocalcificado. • Hipomaduro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación tópica de fluoruros para la sensibilidad dentaria.
Displasias ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoplasia por ingestión de flúor. • Déficits nutricionales. • Enfermedades exantemáticas. • Infecciones prenatales. • Nefropatías. • Errores innatos del metabolismo. • Trastornos neonatales. • Factores locales (infección apical, traumatismos, cirugía, irradiación). 	<ul style="list-style-type: none"> • Restauración con cementos de ionómero de vidrio. • Coronas como restauraciones temporales y permanentes.

Figura 15. Alteraciones de la estructura del esmalte que afectan la estética en Odontopediatría con tratamientos.^{3,28,33,34}



Hipoplasia del esmalte



Fluorosis

Figura 16. Alteraciones de la estructura dental.³⁵

Las alteraciones de la dentina son por displasias genéticas y se heredan de forma autosómica dominante. Existen 2 tipos: dentinogénesis imperfecta y displasia dentinaria, las cuales fueron clasificadas por Shields/Cols. (Figura 17)

Alteración	Clasificación según Shields	Características	Tratamiento
Dentinogénesis imperfecta o dentina opalescente parda hereditaria	Tipo I	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionada con la osteogénesis imperfecta. • Defecto básico en la síntesis de procolágeno que forma la matriz ósea. • Clínicamente son dientes blandos, de consistencia terrosa y tienden a fragmentarse fácilmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación tópica de fluoruros para la sensibilidad dentaria. • Restauración con cementos de ionómero de vidrio. • Coronas como restauraciones temporales y permanentes.
	Tipo II	<ul style="list-style-type: none"> • Dentina defectuosa, se desprende fácilmente. • El esmalte no tiene soporte dentinario y se fractura fácil y constantemente. • Clínicamente de color amarillo al pardo azulado u opalescente. • Se presenta en ambas denticiones, pero los más afectados son los temporales. • El 2do y 3er molar permanentes pueden no estar afectados. 	
	Tipo III	<ul style="list-style-type: none"> • Sumamente rara. • Fenotipo similar al tipo I y II, tiende a ser más grave. • Cámaras pulpares grandes, las coronas bulbosas y hay 	

Alteración	Clasificación según Shields	Características	Tratamiento
Displasia dentinaria	Tipo 1	<ul style="list-style-type: none"> Morfología y color del órgano dental son normales. Raíces cortas o no existen. A menudo no se observa ni cámara pulpar o conductos radiculares. 	<ul style="list-style-type: none"> Prótesis removible. Coronas como restauraciones temporales y permanentes.
	Tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> Dientes temporales con el color de una dentinogénesis imperfecta y los permanentes no. Cámaras pulpares con forma de cardo, con pequeños conductos radiculares que se extienden hacia el foramen apical. 	

Figura 17. Alteraciones de la estructura de la dentina que afectan la estética en Odontopediatría con tratamientos.^{3,28,33,34}

Las alteraciones del color pueden ser por factores extrínsecos e intrínsecos, las cuales pueden afectar ambas denticiones. Las más comunes son: (Figura 18)

Alteración de Color	Característica	Tratamiento
Plata	Gris (amalgama).	<ul style="list-style-type: none"> Blanqueamiento. Microabrasión. Carillas.
Bacterias cromógenas	Verde negruzco.	
Eritroblastosis fetal	Amarillo – verde.	
Tetraciclinas	Amarillo – gris oscuro.	
Porfiria eritropoyetica	Amarillo – marrón rojo.	
Fluorosis	Gris, verde, marrón.	
Necrosis pulpar	Gris – negro.	
Dentinogénesis imperfecta	Azul (dentina opalescente).	
Ictericia hemolítica neonatal	Amarillo verdoso.	
Traumatismo	Rojo - rosa intenso.	

Figura 18. Alteraciones de color que afectan la estética en Odontopediatría con tratamientos.^{3,28,33}

5. Tratamientos Restauradores Estéticos en Odontopediatría

Los niños y adolescentes merecen el mejor tratamiento dental que los especialistas puedan proporcionar, ya que cualquier tratamiento preventivo o restaurativo va a determinar el futuro de sus dientes. Los objetivos de los tratamientos de restauración son:

- ❖ Reparar o limitar el daño por caries dental.
- ❖ Preservar y proteger las estructuras dentales remanentes.
- ❖ Garantizar una función adecuada.
- ❖ Restaurar la estética (cuando sea posible)
- ❖ Dar las bases para el mantenimiento de una buena higiene oral.

Es importante considerar que el restaurar los dientes temporales asegura que se retienen los espacios naturales para el desarrollo y erupción de la dentición permanente.

Existen varios aspectos a considerar al realizar una restauración en Odontopediatría:

- **La elección del material:** Se debe valorar la durabilidad del material, la técnica para colocarlo y el aspecto estético.
- **La edad:** Influye en la capacidad para cooperar en los procedimientos y el tiempo que deberá permanecer una restauración antes de que el diente se exfolie.
- **El riesgo a caries:** No es lo mismo un niño con riesgo a caries alto que un niño con bajo riesgo, ya que existen materiales que liberan fluoruro, como los cementos de ionómero de vidrio.
- **La cooperación del niño:** Es relevante en la selección del material que ocuparemos, pues en algunos casos no se pueden llevar a cabo las técnicas idóneas para la preparación y colocación del material. En muchos

casos se recurre a una restauración provisional mientras el niño se presenta en condiciones más cooperadoras. (Figura 19)

- **Condición restauradora:** No todos los niños son capaces de cooperar en el tratamiento debido a su edad, alguna discapacidad física o intelectual, lo cual nos lleva a tratarlos mediante sedación o anestesia general. En estos casos se emplean materiales y técnicas de probada longevidad como las coronas de acero cromo.^{33,36}



Figura 19. Aspecto a considerar, la cooperación del paciente.³⁷

5.1. Operatoria Dental

La operatoria dental se encarga de la restauración de los dientes afectados por enfermedades, traumatismos, defectos congénitos u otros problemas. Es muy importante para el éxito de la restauración contar con un buen criterio terapéutico, biológico, fisiológico y mecánicos para logra una mejor armonía en la cavidad bucal.

Actualmente existen muchos materiales de restauración, cada uno cuenta con sus características, indicaciones y contraindicaciones. En este caso la propiedad que tomaremos será la estética.³⁸

5.1.1. Resinas Compuestas

Antes de los años sesentas las resinas acrílicas y los silicatos eran los únicos materiales de restauración estética en dientes anteriores. Ambos materiales tenían desventajas importantes como la alta acidez e inestabilidad volumétrica.

En los años sesentas Rafael L. Bowen desarrolló una molécula orgánica polimérica llamada bisfenol A glicidil dimetacrilato (BIS-GMA) la cual presentaba menos cambios dimensionales al ser fotocurado. La mezcla de este elemento orgánico con un elemento inorgánico tratado con un silano órgano-funcional, es lo que nos da como resultado las resinas compuestas.

Con ese avance se desarrollaron distintas resinas compuestas con moléculas funcionales diferentes al BIS-GMA, como lo es el dimetacrilato de uretano (UDMA), sustituyendo a las resinas acrílicas y los silicatos por ser una mejor opción en los tratamientos estéticos en dientes anteriores gracias a sus propiedades físicas.

Existen diversas resinas según el tamaño de su partícula. (Figura 20)

Tipo	Características	Indicaciones	Desventajas
Partículas grandes o convencionales	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 25 micras. • Buena resistencia a las cargas. 	Dientes posteriores.	<ul style="list-style-type: none"> • Su superficie en poco tiempo se vuelve áspera.
Partículas pequeñas o de micro relleno	<ul style="list-style-type: none"> • 0.04 a 1 micra. • Su superficie se mantiene tersa por mayor tiempo. 	Dientes anteriores.	<ul style="list-style-type: none"> • No tienen buena resistencia a las cargas.
Partículas pequeñas y grandes o híbridas	<ul style="list-style-type: none"> • 0.1 a 3 micras. • Alta resistencia a cargas. • Mantiene su tersura por un tiempo aceptable. • Baja abrasión. 	Las mejores para restaurar dientes anteriores.	<ul style="list-style-type: none"> • No se han registrado.

Figura 20. Tipos de resinas según el tamaño de su partícula, características, indicaciones y desventajas.³⁹

Para el buen funcionamiento de las resinas compuestas es necesario contar con buenos mecanismos de sellado y permanencia en el diente, los cuales se logran a través de un buen grabado ácido, el uso de adhesivos específicos y los procesos de polimerización. También es importante considerar un buen terminado en dicho material, el cual se logra con un buen pulido, para obtener superficies tersas y lisas, que ayudará a que se vean más naturales y estéticas.³⁹ (Figura 21 y 22)



Figura 21. Restauración en dientes anteriores con resinas.⁴⁰

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones en dientes anteriores y posteriores. • Sellar foseas y fisuras. • Reconstrucción de muñones. • Cementos de resina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insolubles. • Estéticas. • Aceptable biocompatibilidad. • Sencillo manejo. • Nos permite hacer cavidades más conservadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contracción al polimerizarse. • Debemos tener un medio libre de agua.

Figura 22. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas de las resinas compuestas.³⁹

5.2. Prótesis en Odontopediatría

En los niños y adolescentes existen diversas enfermedades dentales, ya sean congénitas o por simple desatención, las cuales los llevan a pérdidas prematuras dentarias, ya sea de uno o varios órganos dentales, y estas afectan el desarrollo normal de las funciones básicas de la dentición.

Los objetivos de los tratamientos protésicos son:

- Recuperar la función de masticación, deglución y fonación.
- Restablecer la estética y evitar repercusiones psicológicas.
- Evitar la aparición de hábitos nocivos.
- Mantener el espacio para los dientes sucesores permanentes.
- Permitir el crecimiento de las arcadas en los diferentes planos de espacio.³

Existen diferentes tipos de prótesis para niños y adolescentes, en dientes temporales y permanentes, las más comunes son: (Figura 23)

Dientes Temporales		Dientes Permanentes	
Prótesis Fija	Prótesis Removible	Prótesis Fija	Prótesis Removible
Prótesis fija soldada a bandas o coronas con dientes de reposición.	Prótesis parcial acrílica.	Prótesis fija soldada a bandas con dientes de reposición.	Férulas termoplásticas con sustitución de un diente.
Prótesis fija mediante puente adhesivo.	Prótesis totales.	Prótesis fija mediante puente adhesivo.	Prótesis totales.
Prótesis fija coronaria.		Prótesis coronaria unitaria.	

Figura 23. Diferentes tipos de prótesis en Odontopediatría.^{3,28}

5.2.1. Prótesis Fija

5.2.1.1. Prótesis Fija Soldada a Bandas o Coronas con Dientes de Reposición

Consta de dos bandas o coronas en los segundos molares deciduos o primeros molares permanentes, un arco en la cara palatina de todos los dientes de la arcada y dientes de resina unidos al arco con acrílico. Estos dientes se pueden colocar directamente en la cresta alveolar o apoyados sobre un bloque de resina, imitando la parte de la encía. (Figura 24)

Los dientes temporales de acrílico que se emplean en este caso no son muy estéticos, ya que no se cuenta con una gama amplia de tonos.³ (Figura 25)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida dentaria en el sector anterior. • No más de cuatro piezas. • Pacientes de corta edad. • Pérdida dental en la dentición permanente (traumatismos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere poca colaboración por parte del paciente y sus padres. • Tiene gran retención. • Cómodo por sus pequeñas dimensiones. • Una menor interferencia en la erupción de los dientes permanentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para su correcta higiene. • Descementado de bandas o se rompe el alambre a nivel de la soldadura, generalmente por un uso inadecuado.

Figura 24. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en la prótesis fija soldada a bandas o coronas con dientes de reposición.³



Figura 25. Prótesis fija soldada a bandas.⁴¹

5.2.1.2. Prótesis Fija Mediante Puente Adhesivo

Esta prótesis consta de unir el diente de reposición con material compuesto a los dientes adyacentes. A veces con fin de aumentar su retención se ocupa fibra de vidrio o alambre. El material que se emplea para hacer el puente es resina acrílica o compuesta en la dentición temporal, ya que para la dentición permanente se ocupan ceromeros por ser más estético. El diente a reponer puede ser prefabricado acrílico, de resina o en algunos casos se ocupa el mismo diente perdido con su previa extirpación pulpar.

Se realiza de dos formas: técnica directa (en boca) y técnica indirecta (con fase de laboratorio).³ (Figura 26)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Solo un diente afectado del sector anterior. • En dientes temporales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede realizar en una sola cita (según el caso podría ser el mismo día de la pérdida dentaria). • No requiere la preparación de dientes adyacentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Provisional a corto plazo. • Poca retención.

Figura 26. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en la prótesis fija mediante puente adhesivo.^{3,28}

5.2.1.3. Prótesis Fija Coronaria

La prótesis fija coronaria se emplea por ser una restauración capaz de resistir a las cargas oclusales, restablecer función y estética. Existen diversas técnicas y materiales para llevar a cabo restauraciones con prótesis coronarias, de los materiales estéticos las más empleadas en niños y adolescentes son: coronas de celuloide, coronas de policarbonato, coronas de frente estético, coronas de zirconia, coronas de metal porcelana.³ (Figura 27)

Indicaciones	Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Caries muy extensas. • Caries interproximales extensas. • Alteraciones de forma. • Traumatismos dentales. • Defectos de calcificación y de desarrollo dental. • Dientes con tratamiento pulpar. • Paciente de alto riesgo de caries. • Pacientes no colaboradores que serán atendidos bajo sedación o anestesia general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caries subgingival. • Dientes primarios que estén cerca del momento de exfoliación. • Poca capacidad de cooperación del paciente.

Figura 27. Indicaciones y contraindicaciones para colocar coronas estéticas en Odontopediatría.^{3,28}

5.2.1.3.1. Coronas de Celuloide

Son fabricadas de resina usando fundas de celuloide. Su éxito depende de un buen aislado y acondicionamiento del diente. (Figura 28 y 29)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Dientes anteriores. • Caries muy extensas. • Alteraciones de forma. • Traumatismos dentales. • Defectos de calcificación y de desarrollo dental. • Restauración provisional en la dentición permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena retención por propiedades adhesivas. • Prefabricadas. • Buena estética. • La funda de celuloide se puede adaptar y recortar al órgano dentario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se necesita de una funda de celuloide. • Necesitamos mayor cooperación de nuestro paciente.

Figura 28. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en coronas de celuloide.^{3,8}



Figura 29. Restauración con corona de celuloide en OD.62.⁴¹

5.2.1.3.2. Coronas de Policarbonato

Son coronas preformadas de copoliéster. (Figura 30 y 33a)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Caries muy extensas. • Alteraciones de forma. • Traumatismos dentales. • Dientes con tratamiento endodóncico. • En la dentición permanente pueden utilizarse como una restauración temporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados estéticos satisfactorios. • Prefabricadas. • Pueden ser rebasadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo un tono disponible. • Difícil adaptación ya que no pueden modificarse. • Material blando y fácil desgaste. • Poca resistencia al desalojo.

Figura 30. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en coronas de policarbonato.^{3,28,42}

5.2.1.3.3. Coronas de Frente Estético

Son coronas de acero cromo modificadas con resina para restaurar la estética.

Existen varios tipos:

- Festoneada: Se elimina la superficie vestibular y una vez cementada se le coloca resina. Antes de eliminar la superficie vestibular, la corona de acero cromo tendrá que ser bien adaptada al diente a restaurar. (Figura 33b)
- Con Maya: Se suelda una maya en la cara vestibular de la corona en la cual se le colocara silano y resina para lograr el efecto estético. (Figura 31)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Caries muy extensas.• Alteraciones de forma.• Traumatismos dentales.• Dientes con tratamiento endodóntico.	<ul style="list-style-type: none">• Tienen mayor grado de aceptación estética a una corona de acero cromo.• Márgenes adaptables en toda la terminación del diente.• Son fiables y duraderas.	<ul style="list-style-type: none">• Mayor tiempo de trabajo en el paciente.• Mayor colaboración del paciente.• Se observa un poco de metal.

Figura 31. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en coronas de frente estético.³

5.2.1.3.4. Coronas de Frente Estético Prefabricadas

Son coronas de acero cromo con una carilla estética prefabricada. Se encuentran diversas marcas en el mercado como: Kinder Krows®, NuSmile Primary Crowns®, Cheng Crowns®, entre otras. Su adaptación es complicada, ya que no pueden contornearse los márgenes y su ajuste se da por el tallado dental, así que la eliminación del tejido dental es mayor que en las coronas de frente estético no prefabricados.²⁸ (Figura 32 y 33c)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Caries muy extensas. • Alteraciones de forma. • Traumatismos dentales. • Dientes con tratamiento endodóntico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buen resultado estético. • Tiempo de trabajo relativamente corto • Son menos sensibles a la humedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requieren mayor tallado dental. • La carilla puede fracturarse o perderse completamente. • Solo se puede contornear por la cara palatina/lingual. • Costo elevado.

Figura 32. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en coronas de frente estético prefabricado.²⁸

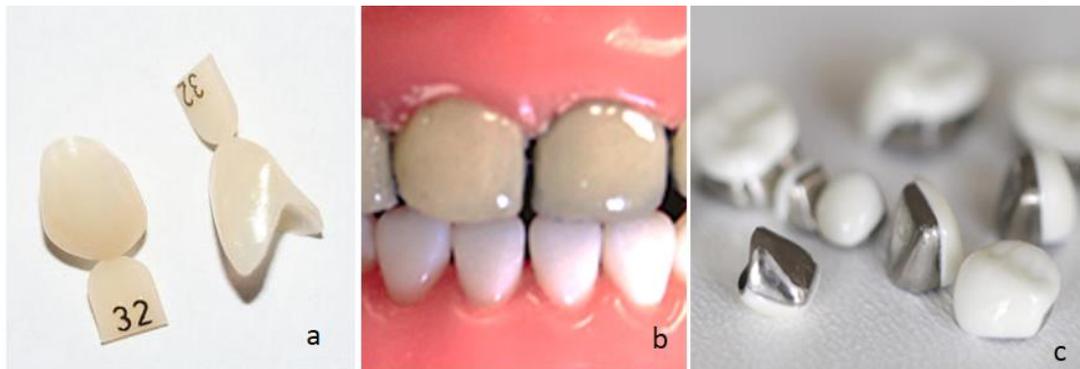


Figura 33. a) Corona de policarbonato, b) corona con frente estético, c) corona de frente estético prefabricado.⁴³

5.2.1.3.5. Coronas de Zirconia

Es una restauración a base de óxido de zirconia, es el material más avanzado para la prótesis dental libre de metal. Tiene una muy buena dureza (1200HV) y resistencia (>1400MPa). Actualmente se conocen las marcas exportadas de E.U. que son: NuSmile Zr® y EZ-PEDO®. (Figura 34 y 35)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Caries muy extensas. • Traumatismos dentales. • Dientes con tratamiento endodóntico. • Paciente que exija un grado alto de estética. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena aceptación estética. • Baja conductividad térmica. • Bajo potencial de corrosión. • Alta resistencia a las cargas masticatorias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor cooperación del paciente. • Costo alto. • No son adaptables al diente. • Se debe realizar un mayor desgaste del tejido dental. • Desgaste en diente antagonista. • Frágiles al ser cementadas. • Mayor desgaste del tejido del diente al preparar. • Material de alta dureza.

Figura 34. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en coronas de zirconia.^{4,44,45}



Figura 35. Coronas de zirconia NuSmile Zr[®].⁴⁴

5.2.1.3.6. Coronas de Metal Porcelana

Es una restauración total de la corona clínica. El metal tiene contacto con el tejido dental y lleva una cubierta de porcelana dando un aspecto muy similar a un diente natural. Se colocan en la dentición permanente cuando ya está establecida la oclusión. (Figura 36)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Restauración de la corona clínica. • Caries muy extensas. • Trauma oclusal. • Mal posiciones dentarias. • Después de un tratamiento endodóntico. • Anomalías de estructura y forma. • Traumatismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restauración de larga duración. • Estética aceptable. • Alta resistencia a cargas masticatorias. • Precio más accesible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor desgaste del tejido dental. • Se necesita de un técnico dental. • Se realiza en varias citas. • Necesitamos mayor cooperación de nuestro paciente.

Figura 36. Indicaciones, ventajas y desventajas en coronas de metal porcelana.^{46,47}

5.2.1.3.7. Carillas

Las carillas son laminas relativamente finas que se adhieren al tejido dental en la superficie vestibular. Se emplean en tratamientos restaurativos y altamente estéticos. Actualmente existen muchos materiales para su fabricación, los más usados son las resinas y la porcelana. (Figura 37)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Dentición permanente. • Dientes: cónicos, ectópicos, con giroverciones. • Cierre de diastemas o armonización de espacios. • Microdoncia • Anomalías en el esmalte y dentina. • Fracturas o discrepancias de tamaño. • Fluorosis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena aceptación estética. • Larga duración. • Poco desgaste del tejido dental (solo esmalte). • Es menos frecuente la hipersensibilidad. • Resistencia a la abrasión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesitamos mayor cooperación de nuestro paciente. • Se realiza en varias citas. • Se necesita de un técnico dental. • Alto costo • Mayor tiempo de trabajo en el paciente. • Cuidados específicos.

Figura 37. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en carillas.^{33,46,48}

5.2.2. Prótesis Removible

5.2.2.1. Prótesis Parcial Removible

Son prótesis removibles bilaterales apoyadas en los tejidos blandos y sujeta en los dientes remanentes. Para tener un buen soporte y mejor retención, según sea el caso, se utilizan ganchos tipo Adams, Adams dobles, circunferencial, de bola y arco vestibular. (Figura 38 y 39)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Perdidas dentarias múltiples.• No existen dientes pilares suficientes para el anclaje de una prótesis fija.• En caries de la infancia temprana.• En síndromes con agenesias múltiples.	<ul style="list-style-type: none">• Restablecer la masticación, deglución, fonación, estética.• Fácil higiene.• Se retira de boca por el paciente y sus padres.• Se puede modificar y adaptar a la erupción de los dientes permanentes.• Se puede realizar ajustes mediante rebases de acrílico.• Puede modificar la dimensión vertical.• Fácil de reparar.	<ul style="list-style-type: none">• Mayor cooperación del paciente y sus papas.• Adecuada higiene para no causar daños en las mucosas o caries en los dientes presentes.

Figura 38. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en la prótesis removible.^{3,28}



Figura 39. Prótesis parcial removible superior e inferior.⁴⁹

5.2.2.2. Prótesis Total Removible

Es una prótesis con una base de resina acrílica que se apoya sobre los tejidos blandos. Sobre esta base se colocan los dientes temporales de acrílico.

Generalmente es necesario un rebase cada 1-2 años y realizar una prótesis nueva cada 3-4 años. Cuando se produce la erupción de los dientes permanentes, se puede ir desgastando el acrílico y adaptando según sea el caso. (Figura 40 y 41)

Indicaciones y Usos	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Pérdida dentaria total.• Casos de pacientes con caries de biberón.• Avulsión• Pacientes con síndromes, anodoncia dental, displasia ectodérmica, etc.	<ul style="list-style-type: none">• Rehabilitar todas las funciones para un correcto desarrollo craneofacial, general y maduración psicológica del paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Necesitamos una mayor cooperación del paciente por el sistema de retención de la prótesis.

Figura 40. Usos, indicaciones, ventajas y desventajas en la prótesis removible.^{3,28}



Figura 41. Prótesis total removible en paciente con displasia ectodérmica.⁵⁰

6. Factor Psicoemocional en el Tratamiento Estético de Odontopediatría

Los tratamientos dentales por si solos tienen repercusiones positivas en las personas, ya que muchas ocasiones se realizan por dolor o falta de función. La estética también es una causa común en la consulta dental y esta tiene impacto en las emociones de las personas, un ejemplo son las personas que dejan de sonreír o se tapan la boca al reír porque no les gusta cómo se ven.

6.1. Actitud Social ante la Pérdida Dental o la Enfermedad Bucal

La cara desempeña un papel principal en la apariencia global del individuo. Numerosos estudios demuestran que la preferencia por rasgos faciales simétricos y dentales surgen en la primera infancia.¹⁸ Burns considera que dentro de los aspectos psicológicos del tratamiento dental, la boca es el punto focal de muchos conflictos emocionales, ya que es la primera fuente de contacto humano, un medio de aliviar o expresar incomodidad, o expresar placer o desagrado.⁵ (Figura 42)



Figura 42. La boca como primera fuente de contacto humano.⁵¹

La sociedad nos inculca el estereotipo del atractivo físico con una estética facial, siendo asociados la ausencia dental, la presencia de dientes cariados o con alteraciones del color llevando a la persona a niveles bajos de competencia social e intelectual y con un menor equilibrio psicológico. La literatura nos dice que a la edad de seis años el niño aprende el criterio de bonito y bueno, lo que supone que la conciencia de belleza empieza a constituirse al igual que su criterio para juzgar que si lo es y qué no; sin embargo la experiencia nos demuestra que en el momento en que el niño tenga un punto de comparación con un familiar o compañero empezará a crear una idea de belleza y querrá verse como esa persona.^{52,53}

La caries dental es considerada la enfermedad bucal más común durante la infancia, sin embargo, no es la única que afecta a los niños y adolescentes. El impacto negativo de los problemas dentales sobre su vida cotidiana incluye: mayor experiencia de sensación de dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, renuencia a la higiene bucal, alteración en el comportamiento (irritabilidad y baja autoestima), pérdida de días de escuela y/o disminución del rendimiento escolar, lo cual nos lleva a limitaciones funcionales y pérdida de bienestar emocional y social reflejado en la falta de interés por socializar y sonreír.^{53,54}

La apariencia de los dientes también es motivo de burla y “bullying”, el cual es un problema mundial con muchas repercusiones físicas, psicológicas y sociales. En la actualidad son muchos los niños y jóvenes que lo sufren, puede suceder por sus amigos, compañeros, familiares y profesores, no importando la edad, por tal motivo ellos empiezan a asociar la enfermedad con algo malo y feo que no cumple con la estética social afectando su autoestima y seguridad. La agresión más simple son apodos como: trompa de puerco, boca de piano, diente de paleta, boca de burro o de perro, viejito chimuelo, Felipito de Mafalda, Bugs Bunny, fierritos, el que habla rarito, entre otros. Esto también es un punto muy importante a considerar para un tratamiento dental,

que muchas veces los mismos niños lo manifiestan al demostrar cierta repulsión por tratamientos dentales no estéticos diciendo que no quieren sus “dientes de metal”.⁵⁵ (Figura 43)



Figura 43. Preocupación y negación por su tratamiento dental.¹¹

La salud bucal forma parte de la salud general y es esencial para tener una buena calidad de vida. La presencia de una enfermedad bucal o pérdida dentaria, afecta el habla, la masticación, la percepción de los sabores, sonreír, vivir libre de incomodidad o dolor y las relaciones sociales, por lo tanto, se han creado indicadores clínicos para medir la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS).

Hace dos décadas la OMS organizó el “grupo WHOQOL” quien se encargaría de crear dichos instrumentos para medir la CVRS en diferentes regiones, edades, sexo, condiciones socioeconómicas y más, para emplearse en la investigación clínica y epidemiológica. Para medir la calidad de vida en personas que presentan alguna alteración en la boca se crearon varios indicadores.

El Índice de impacto Bucal en las Actividades Diarias de Adultos (Oral Impacts on Daily Performances - OIDP), fue diseñado para medir la frecuencia y severidad de los impactos de condiciones bucales sobre actividades o desempeños diarios de adultos. Este mismo fue adaptado para medir la Calidad de Vida Relacionada a la Salud Oral (CVRSO) en adolescentes (Child-OIDP) y se emplea en distintas poblaciones y culturas.⁵⁴ Para medir la CVRSO de los niños existen el Child Oral Health Related Quality of Life (COHRQoL) y el Child-OIDP Index y su objetivo es conocer el impacto que tienen las enfermedades bucales en la vida de los niños mayores de 6 años y jóvenes, como en el desarrollo físico y psíquico.⁵³

El sector de dientes anteriores es el área que tiene mayor repercusión sobre la imagen de las personas. Gracias ese tipo de estudios se ha documentado que:

- ❖ En edades tempranas el color en los dientes antero-superiores tiene un impacto negativo al verse diferente a sus compañeros y amigos, afectando principalmente su auto-imagen y autoestima.
- ❖ En la dentición mixta no existe tanto problema ya que está en constante cambio su imagen, sobre todo por el recambio dental.
- ❖ En la dentición permanente joven es más común las maloclusiones, las cuales tienen repercusiones físicas y funcionales, que afectan en la autoestima y socialización a estas edades, causando repercusiones psicológicas en las personas.^{3,10}

En dichos índices solo se contemplan de los niños de 6 años en adelante. A los niños menores de 6 años no se les han podido desarrollar este tipo de índices ya que se cuenta con algunos problemas metodológicos como: alteraciones en la capacidad de comprensión del niño y dificultad para separar las percepciones del niño de las de sus padres.⁵³

Los niños de 2 años de edad en adelante son tomados en cuenta en las estadísticas epidemiológicas de las enfermedades buco dentales. En el año 2009 se demostró que en niños de 2 a 10 años de edad el promedio de dientes cariados fue del 82% del índice total para todos los grupos de edad, seguido por órganos dentales obturados y al último por pérdidas dentales. En dicho informe epidemiológico se destacan las repercusiones psicológicas y emocionales que conllevan las enfermedades bucodentales con la pérdida de la estética dental y sus consecuencias en el desarrollo psicológico y social de los niños y adolescentes.⁵⁶

En nuestro país se cuenta con los programas de educación para la salud bucal que abarcan desde el momento en que la madre está embarazada hasta los 6 años de edad de su futuro hijo, con recomendaciones dietéticas, hábitos e instrucciones de higiene, revisiones constantes, recomendaciones con el uso de mamilas y chupón, etc., con el fin de prevenir los problemas de salud bucal y sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales.⁵⁷

Por desgracia en nuestra sociedad no se toma en cuenta el valor de estos programas y los padres no le toman la importancia a la salud bucal a edades tempranas. Un ejemplo es cuando aparecen las caries de la infancia temprana y los padres tienen la idea de que esos dientes los van a mudar, por lo mismo no se tienen que restaurar, pero nadie les informa lo importante que son para el desarrollo de los niños, la pérdida de espacio, la necesidad para la erupción de los dientes permanentes, el daño psicológico, emocional, y social, etc.

Los padres cumplen un papel muy importante en la salud dental de los niños y adolescentes, ya que no son personas autosuficientes y necesitan totalmente de ellos. Por lo general los padres no cuentan con la información y educación correcta para la salud bucal de los niños y adolescentes, y es por eso que no le dan la importancia a la prevención y rehabilitación temprana.

Cuando los padres tienen interés por la buena apariencia es cuando llevan a sus hijos con el especialista.

Muchas ocasiones solo le dan importancia hasta que el niño se queja de dolor y no los deja dormir. Aun así, cuando acuden a consulta, la mayoría de los padres solicitan tratamientos estéticos para evitar ser señalados o expuestos frente a la sociedad.^{58,59} (Figura 44)



Figura 44. Repercusiones físicas, psicológicas y sociales.¹¹

6.2. Impacto de la Rehabilitación Estética en el Niño

Psicológicamente el tratamiento dental influye en la conducta del niño o adolescente de manera positiva, mostrando un cambio de actitud en su ámbito social, queriendo convivir y riendo, recuperando su autoestima y seguridad. De igual forma podemos observar un cambio de su comportamiento en la consulta, ya que la literatura nos reporta casos donde los pacientes tenían comportamientos negativos, tipo 2 o 3 en la escala de Frankl y al restaurar sus dientes se comportaron como tipo 1 de la misma escala, cooperadores e interesados en sus tratamientos. (Figura 45) Esto se atribuye a su rehabilitación dental, observando el cambio en su entorno social, agradando más a las personas por sus restauraciones sobre todo si son estéticas.⁴²



Antes

Después



Figura 45. Cambio de actitud después de la rehabilitación dental.⁴²

Muchas veces, aunque el niño no le tome importancia a su apariencia física, es su entorno social el que lo hace sentir incomodo o discriminado, obligándolo a cambiar su personalidad al aislarse o evitando a las personas. En esas situaciones cuando el niño es restaurado estéticamente percibe la aceptación social y se reintegra a la sociedad, recuperando su seguridad y personalidad.

La familia también es un factor esencial para el desarrollo de los niños y adolescentes, en ella se establecen y transmiten hábitos y costumbres que permanecen en el individuo para toda la vida. Los padres cumplen un papel fundamental en el autoestima de los niños y adolescentes al transmitir su apoyo y agrado por sus tratamientos dentales.⁶⁰

Dentro del ámbito escolar, los niños y adolescentes dejan de ser víctimas de burlas y “bullying”. Se devuelve la estética y funcionalidad recuperando su autoestima y seguridad para integrarse a su grupo social. También se nota el cambio en su rendimiento académico aumentándolo de manera significativa, teniendo un entorno agradable para desarrollarse y aprender, integrándose a sus actividades cotidianas.⁵⁵ (Figura 46)

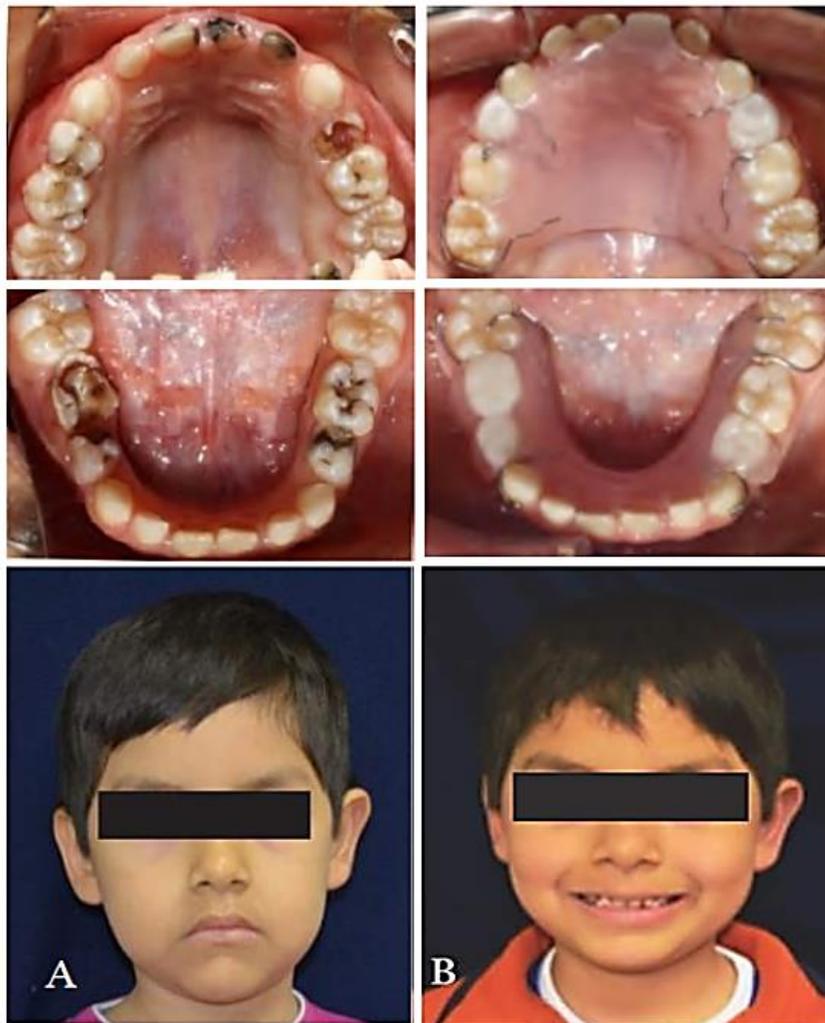


Figura 46. Cambio físico, psicológico y emocional gracias al tratamiento dental.
a) Múltiples lesiones cariosas con apariencia extraoral triste y con ojeras.
b) Rehabilitación integral de la boca con evidente cambio del estado emocional.⁵⁵

Conclusiones

La pérdida de las estructuras dentarias, los traumatismos dentales, las anomalías dentarias, las maloclusiones y la caries dental, son las principales enfermedades que afectan la estética dental de los niños y adolescentes.

Existe una relación directa entre la salud bucal deficiente con la mala información de los padres y la falta de atención de dichas enfermedades, llevando esto a la ausencia de la estética dental, presentándose el “bullying” junto con el bajo rendimiento académico, la falta de apetito, la baja autoestima y poca seguridad, causando repercusiones en su desarrollo físico, psicológico, emocional y social. También se ven afectadas la masticación, la deglución y el habla, causando desnutrición y adinamia.

Los niños y adolescentes son personas en formación y la estética dental los afecta en gran medida. El cirujano dentista no solo debe enfocarse en la rehabilitación de la boca del niño, sino también en el aspecto emocional y mental de este.

Mucho se ha dicho sobre el manejo del niño en el consultorio dental, pero muy a menudo se olvida lo que él puede sentir acerca de su apariencia física. Hay niños que no se alteran en lo más mínimo si pierden algún diente, pero hay otros sumamente sensibles, sobre todo si son niñas, a quienes la pérdida de los dientes incisivos, les causa verdaderos trastornos psicológicos, sobre todo si sus compañeros, amigos o familiares les hacen burla.

La apariencia física es importante para el niño y sus padres, por tal motivo los avances tecnológicos se han enfocado en gran medida a desarrollar materiales que nos permitan realizar tratamientos dentales estéticos. Es por eso que el odontopediatra tiene que estar actualizado para ofrecer una rehabilitación estética a los niños y adolescentes.

Las restauraciones estéticas nos permiten observar un cambio de comportamiento en los niños y adolescentes con su entorno social, familiar, escolar y en la consulta dental, aumentando su autoestima, haciendo de ellos adultos seguros.

Referencias

1. Bottino MA, Faria R, Valandro LF. Percepción. Estética en prótesis libres de metal en dientes naturales e implantes. 1°. Brasil: Artes Médicas; 2009.
2. Díaz de Kuri M. Historia de la odontología. Inicio y Desarrollo en México. 1°. México: Odontología Actual; 2015.
3. Boj JR, Catalá M, García C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría: la evolución del niño al adulto joven. 1°. Madrid, España: Editorial Médica Ripano; 2011.
4. Bellet LJ, Sanclemente C, Marta C. Coronas en Odontopediatría: revisión bibliográfica. Orig DENTUM. 2006;6(3):111–7.
5. Goldstein R. Odontología Estética Vol.II: Problemas Estéticos Relacionados. En: Odontología Estética. 1°. EUA: Ars Médica; 2001.
6. Ronald G. Función pediátrica en la identificación de caries dental. Clin Ped Nort. 1997;1207–9.
7. Picolo Dente. Clínica Dental Infantil [Internet]. 2016 [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://piccolodente.com/coronas.php>
8. Rivera R, Ramírez G. Modificación de la técnica de coronas de celuloide en dientes temporales. Rev la Asoc Dent Mex. 2005;62(2):52–7.
9. Papalia DE, Wendkos Olds S. Psicología. 11°. McGraw-Hill;
10. Papalia DE, Wendkos Olds S, Duskin Feldman R. Desarrollo humano. 8a ed. Bogotá Colombia: McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A.; 2012.
11. Polegar Medios S.L. ©. guiainfantil.com [Internet]. 2012 [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/aprendizaje/cuentos-para-trabajar-emociones-con-los-ninos/>
12. Sanz S, Ruiz C, Pérez I. Concepto, dimensiones y antecedentes de la confianza en los entornos virtuales. Teor y Prax. 2009;6:31–56.
13. Warren HC. Diccionario de Psicología. 2°. México: Fondo de cultura Económica; 1996.
14. Sperling AP. Psicología Simplificada. 1a ed. México: Selector; 2012. 1999 p.
15. Chóliz M. Psicología de la emoción: el proceso emocional. [Internet]. 2005 [citado el 22 de septiembre de 2016]. Recuperado a partir de: www.uv.es/=cholz

16. Regader B, García-Allen, Jonathan Triglia A. Psicología y Mente [Internet]. 2014 [citado el 28 de agosto de 2016]. Recuperado a partir de: <https://psicologiymente.net/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>
17. Hyson M. The Emotional Development of Young Children: Building an Emotion-centered Curriculum. Illustrate. Teachers College Press; 2004.
18. California Childcare Health Program. Desarrollo Social y Emocional de los Niños. 1a ed. Firts 5 California; 2006.
19. IHMC Mmap Tools. Etapas de la vida. [Internet]. [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: [http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1JTKW1565-V2RY8T-NW/Etapas de la vida.cmap](http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1JTKW1565-V2RY8T-NW/Etapas%20de%20la%20vida.cmap)
20. Mazariegos Cuervo M de L. Salud Bucal del Preescolar y Escolar [Internet]. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. 2011. Recuperado a partir de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf
21. Secretaría de Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB) [Internet]. México; 2014. Recuperado a partir de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_sivepab/SIVEPAB-2014.pdf
22. Médicos de El Salvador. Etapas de la Caries Dental [Internet]. 2016 [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.medicosdeelsalvador.com/Detailed/Art_culos_M_dicos/Odontolog_a/Etapas_de_la_Caries_Dental_2490.html
23. Cohen S, Berman LH, Blanco L. Manual clínico de traumatología dental. 1a ed. Amsterdam: Elsevier Science Health Science Division; 2009.
24. Garcia JA, Valencia PF. Urgencia en pediatría. 6a ed. México: McGraw Hill Mexico; 2013. 1409 p.
25. Lincoln L, Herrada M, Felipe J, Añaños H. Traumatismos dentales en dentición. 2012;22(1):42–9.
26. Valerio C. Traumatismos dentales en niños y adolescentes. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría. 2001;1–29.
27. Cuidado Dental Personalizado [Internet]. [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.cuidadodentalpersonalizado.com/category/golpes-en-los-dientes/>

28. Barbería E, Boj JR, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatría. 2a ed. España: Masson; 2001. 432 p.
29. Espinal G, Manco HA, Aguilar G, Castrillón L, Rendón JE, Marín ML. Estudio retrospectivo de anomalías dentales y alteraciones óseas de maxilares en niños 5 a 14 años de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Rev Fac Odontol Univ Antioquia. 2009;21(1).
30. Juárez LA, Trujillo N, Marques MJ. Prevalencia de alteraciones dentales en adolescentes de Valle de Chalco, Estado de México, México. 2006;LXIII(3):85–92.
31. Romero M. Clínica Dr Martin Romero Maroto. El día a día de una clínica dental infantil. [Internet]. [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de:
http://clinicadrromeromaroto.blogspot.mx/2013/03/tratamiento-bucodental-de-la-displasia_13.html?view=flipcard
32. Iglesia MÁ, Arellano A, López B. Anomalías dentarias de unión: fusión dental. Rcoe. 2005;10(2005):209–14.
33. Dean JA. Odontología para el niño y el adolescente de McDonald y Avery. 9a ed. Amolca; 2014.
34. Rodríguez D, Acosta MG, Pierdoménico B. La amelogénesis imperfecta tratada por un equipo multidisciplinario. Oral. 2010;11(33):569–73.
35. Iruretagoyena A. Salud dental para todos [Internet]. 2014 [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de:
<http://www.sdpt.net/CCMS/CAR/hipoplasiaesmalte.htm>
36. Cameron AC, Widmer RP. Manual de odontología pediátrica. 13a ed. España: Elsevier; 2010.
37. OdontoUno. OdontoUno Pais & Filhos [Internet]. 2016 [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de:
<http://www.odontouno.com.br/>
38. Barrancos J, Barrancos PJ. Operatoria dental: integración clínica. 4a ed. México: Médica Panamericana; 2006. 1345 p.
39. Barceló FH, Palma JM. Materiales dentales. Conocimientos básicos aplicados. 3a ed. México: Trillas; 2008.
40. Galeon.com. Odontopediatría [Internet]. [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de:
<http://dentistadf.galeon.com/productos2324944.html>
41. Consuespecialista Consultorios de Especialistas. [Internet]. 2014 [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de:
http://www.consuespecialista.com/restauracion_dental.html

42. Corona A, Guerrero M, Rodríguez J, Pérez R, Hernández MDJ. Rehabilitación oral en niños , con enfoque preventivo y psicológico : reporte de un caso . Rev Tamé. 2014;3(7):223–9.
43. Fastest Clinical Dentistry insight Engine. Pocket Dentistry [Internet]. [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://pocketdentistry.com/16-prosthodontics/>
44. Cool Smiles [Internet]. 2014 [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.coolsmileselsalvador.com/single-post/2015/09/29/Comparta-con-sus-hijos-una-raz%C3%B3n-m%C3%A1s-para-sonre%C3%ADr-con-las-%E2%80%9CCORONAS-PEDIADRICAS-NuSmile%E2%80%9D>
45. Castro EG, Matta CO, Orellana O. Consideraciones actuales en la utilización de coronas unitarias libres de metal en el sector posterior. Rev Estomatol Hered. 2014;24(4):278–86.
46. Cacciacane OT. Prótesis : bases y fundamentos. 1a ed. Madrid, España: Ripano; 2013.
47. García P, Márquez R, Coldaracena MP, Ruiz MS, Pozos AJ, Garrocho JA. Uso inapropiado de las prótesis fijas de metal-porcelana en odontología pediátrica. ¿Negligencia ó ignorancia?: Reporte de un caso inusual. ADM. 2012;LXIX(5):245–9.
48. Fioranelli G. Carillas laminadas: soluciones estéticas. 1a ed. Actualidades Médico-Odontológicas Latinoamérica; 1997.
49. Dentisalut clinica [Internet]. [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.dentisalut.com/mantenedores-de-espacios/>
50. Clínica Dr. Omero Maroto [Internet]. 2013 [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: http://clinicadrromeromaroto.blogspot.mx/2013/03/tratamiento-bucodental-de-la-displasia_13.html
51. Tronya. 15 Fotografías Que Demuestran Que La Sonrisa De Un Niño Es El Mejor Regalo Del Mundo [Internet]. 2016 [citado el 2 de octubre de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.tronya.co/15-fotografias-que-demuestran-que-la-sonrisa-de-un-nino-es-el-mejor-regalo-del-mundo/>
52. Newton JT, Prabhu N, Robinson PG. El impacto del aspecto dental en la apreciación de las características personales. Int J Prosthodont. 2003;16:429–34.
53. Abanto J, Bönecker M, Prócida D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Rev Estomatol Hered. 2010;20(1):38–43.

54. Evangelista A, Marcelo J, Del Castillo C, Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. *Rev Estomatol Hered.* 2015;25(3):194–204.
55. Gálvez G, Céspedes D, Gamero F, Tomás C, Díaz ME. Bullying escolar en niño como consecuencia de su estado de salud bucal : reporte de caso. *Rev Estomatol Hered.* 2015;25(2):2–7.
56. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010. Isbn. 2011.
57. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Contenidos Educativos en Salud Bucal. 2003.
58. Ortiz E, Montalvo A, Sáenz S, Bellet L. Coronas de Acero Inoxiable (Parte I). *Rev Odontológica Espec.* 2008;7:91.
59. Rivera R, Ramírez G. Modificación de la técnica de coronas deceluloide en dientes temporales. *ADM.* 2005;LXII(2):52–7.
60. Capote M, Campello L. Importancia de la familia en la salud bucal. *Rev Cubana Estomatol [Internet].* 2012;49(1):47–54. Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu>