



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIDAD

LEÓN

TÍTULO:

**PERSPECTIVA DE LA ESTÉTICA DENTAL
INFANTIL POR PARTE DE LOS PADRES.**

FORMA DE TITULACIÓN:

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ODONTOLOGÍA

P R E S E N T A:

ARCOS OROZCO OSCAR ABRAHAM

TUTOR: CDEO: MENDOZA QUINTANILLA ABRAHAM

ASESOR: MTRA. MONDRAGÓN BÁEZ TATIANA

LEÓN, GTO., 2021



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.

Dedicatoria

A Dios por darme vida, salud, fuerza, energía, perseverancia y amor para poder dar lo mejor cada día en mi vida personal y estudiantil.

A toda mi familia principalmente a mis padres Sandra Luz y Jesús Arcos por apoyarme emocionalmente y económicamente en toda la trayectoria de la licenciatura. Y ser grandes ejemplos a seguir.

A mis hermanas Viridiana Lizbeth, Tania Ivonne y a mi sobrino Nahúm Ezequiel que siempre estuvieron en todas las circunstancias buenas y malas de mi carrera, siempre dando su mejor rostro, sin importar nada. Y por los magníficos seres humanos que son.

A mi persona por dar lo mejor de mí cada año, aportando tranquilidad, paciencia, confianza, fe, perseverancia, fuerza de voluntad, aceptación, amor y optimismo en el transcurso de toda la carrera.

Agradecimientos

Agradezco principalmente a la Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León (UNAM) por brindarme la oportunidad de estudiar en sus instalaciones académicas, ser parte de la máxima casa de estudios, y contar con grandes docentes y doctores, que me aportaron un conocimiento, una habilidad, una destreza y un razonamiento en el área de la odontología.

A mi profesor y tutor CDEO. Abraham Mendoza Quintanilla quien fue un ejemplo a seguir durante mi licenciatura, por ser un gran académico y un gran ser humano. Le agradezco por la paciencia y la comprensión que me tuvo en un momento difícil de mi vida. Por el conocimiento académico que me aportó en el transcurso de la carrera y por brindarme el apoyo y la oportunidad de realizar este trabajo.

A mi asesora la MTRA. Tatiana Mondragón Báez que me guio y asesoro durante mi último año, por ser una estupenda docente enseñando y enriqueciéndonos con su conocimiento en el área de la Odontopediatría y por supuesto, por el gran ser humano que es.

A la doctora Karla Aguirre por siempre brindarnos su ayuda en los momentos que más lo necesitábamos y por la amistad que nos otorgó en toda la carrera, sin importar que ya no fuéramos sus estudiantes en ese momento.

A mis pacientes que siempre tuvieron la disponibilidad, el tiempo y la energía, de acudir a sus citas, gracias a ellos se logró concluir cada clínica.

A mis amigos de la carrera (Felipe, Eden, Xoco, Zarazua, Carolina), que siempre estuvimos apoyándonos en momentos difíciles de la licenciatura y por darme esos momentos trascendentales de felicidad, locura, alegría y estrés.

A Norma Ramírez por ser mi amiga mi amante y un gran ser humano. Siempre brindarme la mejor de sus sonrisas en los momentos difíciles de la vida, le agradezco por todo el apoyo que me ha dado en todo momento tanto laboral como personal sin importar nada. Le agradezco por confiar y creer en mí y nunca rendirse, por brindarme su energía, su tiempo y amor en uno de los momentos más difíciles de mi vida.

Agradezco a Rita por brindarme su apoyo, su sabiduría sobre la vida, su alegría, por el magnífico ser humano que es, por ayudarme y aconsejarme en este camino de la vida y por ser una gran amiga y profesional.

A Poncho por darme confianza en mí, creer en mí, apoyarme a salir a delante y por el gran ser humano que manifiesta.

A la señora Alicia, Gabriela y Georgina por permitirme trabajar a su lado y obtener experiencia en el campo laboral de la odontología.

Índice

Resumen	8
Introducción	9
Capítulo I	11
Marco Teórico 1.1	11
Estética 1.2	11
Belleza y Estética a Través de la Historia 1.2.1	12
Estética Dental 1.2.2	15
La Caries Como Factor de Destrucción en la Estética Dental Primaria 1.3	16
Caries de La Infancia Temprana (CIT) 1.3.1	17
Coronas Pediátricas 1.4	19
Evolución de las Coronas Pediátricas 1.4.1	20
Coronas de Acero Cromo 1.4.2	24
Coronas de Zirconia 1.4.3.....	31
Coronas pediátricas de zirconia monolítica 1.4.4.....	32
Oclusión en dentición primaria 1.5	35
Oclusión en dentición mixta. 1.6	40
Características de la oclusión en dentición permanente. 1.7	44
Antecedentes 1.8	46
Capítulo II	48
Planteamiento del problema. 2.1	48
Pregunta de investigación. 2.2	49
Justificación. 2.3	49
Objetivo general. 2.4	50
Objetivos específicos. 2.4.1.....	50
Hipótesis. 2.5	51
Capítulo III	52
Materiales y métodos. 3.1	52
Tipo de estudio. 3.2	52
Población de estudio. 3.3	52
Criterios de selección. 3.4	53
Criterios de inclusión. 3.4.1	53
Criterios de exclusión. 3.4.2	53
Criterios de eliminación. 3.4.3	53
Variables. 3.5	54

Tamaño y Selección de Muestra. 3.6	58
Método de recolección de la información. 3.7	59
Método de Registro y Análisis de Información. 3.8	60
Consideraciones Éticas. 3.9	62
Capítulo 4.....	63
Resultados. 4.1	63
<i>Grafica 1</i>	63
<i>Grafica 2</i>	64
<i>Grafica 3</i>	65
<i>Grafica 4.</i>	66
<i>Grafica 5.</i>	67
<i>Grafica 6</i>	68
<i>Grafica 7</i>	69
<i>Grafica 8.</i>	69
<i>Grafica 9.</i>	70
<i>Grafica 10.</i>	71
<i>Grafica 11</i>	72
<i>Grafica 12.</i>	72
<i>Grafica 13.</i>	73
<i>Grafica 14.</i>	74
<i>Grafica 15</i>	74
<i>Grafica 16</i>	75
<i>Grafica 17</i>	76
<i>Grafica 18.</i>	77
<i>Grafica 19.</i>	77
<i>Grafica 20.</i>	78
<i>Grafica 21</i>	79
Discusión. 4.2.....	80
Conclusión. 4.3	82
Anexos. 4.4.....	83
Encuesta.4.4.1.....	83
Referencias. 4.5	92

Índice de ilustraciones

<i>Ilustración 1. coronas Frenestradasl</i>	20
<i>Ilustración 2. Coronas Celuloide.</i>	21
<i>Ilustración 3. Corona acero cromo.</i>	22
<i>Ilustración 4. Coronas arenadas con resina en cara vestibular.</i>	23
<i>Ilustración 5. Corona pediátrica de zirconia monolítica.</i>	24
<i>Ilustración 6. Corona cromo níquel. Fuente: Propia</i>	25
<i>Ilustración 7. Corona acero –cromo pre-contorneadas (3M ESPE).</i>	26
<i>Ilustración 8. Corona metálica con margen no precontorneado.</i>	27
<i>Ilustración 9. Vista frontal de corona de zirconia (NuSmile ZR)</i>	34
<i>Ilustración 10. Escalón mesial de dentición primaria</i>	37
<i>Ilustración 11. Vista lateral de espacios primates entre caninos y primeros molares inferiores, laterales y caninos superiores</i>	39
<i>Ilustración 12. Coronas de zirconia.</i>	90
<i>Ilustración 13 Coronas en sector anterior</i>	90
<i>Ilustración 14. Ejemplo de reactivo 8.</i>	91
<i>Ilustración 15. Coronas en sector posterior</i>	91

Resumen

Introducción: La cara y la sonrisa, son una parte importante del estereotipo físico y la percepción del individuo, ya que puede llegar a reflejar o expresar emociones, apariencia o personalidad, es así como la simetría en la sonrisa tiene un papel importante en la percepción de la belleza. Cabe destacar que, hoy en día el público en general se encuentra saturado de información sobre la estética dental, por lo cual se ha presentado un interés mayor por parte de los padres en la estética dental de sus hijos. **Método:** Se realizó una encuesta sobre la “Perspectiva de la Estética Dental Infantil por Parte de los Padres”, la encuesta se aplicó a un grupo de 131 padres de familia, donde 81 encuestas fueron aprobadas las cuales se realizaron vía electrónica. **Resultados:** El 53.1% de padres de familia considera (totalmente de acuerdo) en que los “dientes de leche” al ser restaurados con coronas deben tener la misma apariencia estética a un diente natural, el 59.3% de los padres de familia considera (totalmente de acuerdo) que la aceptación y seguridad de su hijo (a) con una corona de zirconia es mejor que con una de metal. El 65.4% de padres prefiriendo las coronas de zirconia, sin importar que son tres veces más caras que las coronas de acero cromo. **Conclusión:** Hoy en día se observa que los padres de familia se dejan llevar por los estereotipos estéticos que la sociedad ha impuesto, ya que el mayor porcentaje de padres de familia se inclina por las coronas de zirconia que presentan una mayor estética.

Introducción.

La Estética es una rama de la filosofía que se encarga de estudiar la manera en que el razonamiento del ser humano interpreta los estímulos sensoriales que recibe del mundo circundante. La estética es objeto de diversos estudios donde figuran la belleza o los juicios de gusto, así como las distintas maneras de interpretarlos por parte del ser humano. Por lo que en gran parte el concepto de estética ha sido modificado durante siglos.

Nuestra apariencia, desde la marca de ropa que utilizamos hasta nuestro aspecto físico, se considera en la actualidad de gran importancia dentro de la sociedad para conseguir un empleo o simplemente ser aceptados.

La cara y la sonrisa, son una parte importante del estereotipo físico y la percepción del individuo, ya que puede llegar a reflejar o expresar emociones, apariencia o personalidad, es así como la simetría en la sonrisa tiene un papel importante en la percepción de la belleza.

Cabe destacar que, hoy en día el público en general se encuentra saturado de información sobre la estética dental, gracias a la constante sobre exposición que actualmente se tiene a través de internet, redes sociales, podcast, televisión, plataformas digitales, revistas y medios de comunicación, relacionados a blanqueamientos, coronas, implantes, ortodoncia, cirugía plástica y reconstructiva. Ocasionando así que la sociedad se encamine a tener una mayor demanda y exigencia en los requerimientos restauradores y/o estéticos.

Gracias a todos estos factores y a la evolución que ha sufrido la estética a través del paso del tiempo, se ha presentado un interés mayor por parte de los padres en la estética dental de sus hijos, creando un nuevo desafío para los Odontopediatras. Hoy en día, existen varias opciones para la restauración estética con el objetivo de llevar a cabo el tratamiento de caries de la infancia temprana, traumatismos, etc; incrementando así la demanda de las coronas estéticas entre los padres de familia y la mercadotecnia generada por las empresas.

Lo cual nos llevó a realizar un estudio sobre la perspectiva actual que los padres de familia tienen sobre la estética dental en la dentición primaria de sus hijos.

Capítulo I

Marco Teórico 1.1

Estética 1.2

La estética es una parte importante de las relaciones sociales y profesionales. Aquellas personas que poseen una estética facial dentro de los parámetros considerados como normales tienen una mayor autoestima y autoidentidad, mejorando su estado físico, así como sus relaciones familiares y sociales.

El término estética, desde el punto de vista etimológico, deriva del griego y significa percepción.

Según Peguero Morejón, Núñez Pérez (2009) “La estética es considerada también como una forma particular de conciencia social, inclusive es una de las más antiguas en el desarrollo del hombre” (párr. 4).

Aristóteles fue uno de los primeros filósofos griegos que define la belleza como "aquello que, además de bueno, es agradable"; e introdujo el término estética, aplicando el estudio de las razones por las cuales la persona resultaba bella o agradable a la vista, describieron las primeras leyes geométricas para la armonía y el equilibrio facial, estableciendo los “cánones de la belleza” (Kamman, Giros, 2013, párr.4).

Por otra parte, afirma Peguero Morejón, Núñez Pérez (2009), que “Platón habla de belleza real y belleza abstracta, considerando la belleza como una idea, que existe independientemente de las cosas bellas. En el mundo podremos ver la belleza, pero sólo adentrándonos en ella podremos conocer la belleza verdadera, que es aquella que reside en el espíritu. Lo terrenal, la belleza del mundo, es tan solo una manifestación de belleza espiritual” (párr.14).

Belleza y Estética a Través de la Historia 1.2.1

El concepto de estética y belleza ha sido modificado durante siglos y varía en gran medida de acuerdo con la cultura, religión, raza, sociedad, idiosincrasia, personalidad, edad, filosofía de la época, e incluso motivada por los medios de comunicación globalizados que tratan de imponer patrones estéticos.

Si nos trasladamos a la época prehistórica, encontramos que el hombre ya tenía una noción de la belleza, en ese tiempo “las mujeres más bellas eran catalogadas por tener huesos gruesos y caderas anchas, lo cual para ellos era un sinónimo de fertilidad” (González, Romero, 2013).

Sin embargo, en la civilización mesoamericana, (Peguero Morejón, Núñez Pérez, 2009) mencionan que “los hombres prehispánicos se sometían a las torturas de los fresados, limados y engarces artísticos para lucir unos dientes puntiagudos o triangulares, incrustados con esmeraldas, rubíes y piedras preciosas, ya que resaltaba la belleza” (párr.19).

En el antiguo pueblo de Egipto la belleza fue muy elogiada por sus faraones, ya que su estereotipo de belleza predominaba con la mujer de un cuerpo estilizado, de pechos pequeños y firmes, ojos grandes pintados de negro y peinados con mucho esmero, era frecuente el uso de pelucas y de cosméticos (González, Romero, 2013).

Llegando a la antigua roma, el culto por la belleza dejó de ser exclusivo de las mujeres, pues el hombre también era partícipe de ésta; tanto los hombres como las mujeres se maquillaban.

González, Romero (2013) comenta que “el pueblo romano no tuvo un ideal predeterminado de belleza porque, debido a las numerosas conquistas que hicieron, recibieron influencias de las culturas de otros pueblos”. (La belleza física en distintas épocas, párr.7) Sin embargo, una moda era teñirse el cabello de rubio y aclarar la piel.

Debido a las guerras y epidemias sucedidas en la edad media, se dejó a un lado el concepto de belleza, hasta la llegada del renacimiento, en esta época la belleza se “purificó” al máximo.

El canon de belleza se apoyaba en mujeres que fueran obesas, cabello color rubio (aunque muchas usaban tintes para lucir pelirrojas), tez de piel blanca, mejillas ruborizadas y una dentadura blanca (González, Romero, 2013).

Pasando al siglo XVIII, también conocida como la época dorada de los cosméticos. Las mujeres tenían la necesidad de utilizar cosméticos (polvos) en el rostro y en pelucas. Los

perfumes eran indispensables, si bien la higiene personal avanzaba, aún tenían que disimular malos olores corporales.

Peguro Morejón, Núñez Pérez, (2009) afirma que “el término "Estética" fue acuñado en 1753 por el filósofo alemán Alexander Gottlieb Baumgarten”.

A la llegada del siglo xx, en los años cincuenta, el ideal de belleza en el cuerpo de la mujer estaba dado por curvas y formas redondeadas, no se buscaba una tez blanca, se optaba por una piel bronceada. En la década de los ochentas las mujeres acostumbraban a lucir gran cantidad de cabello y maquillaje. El cuerpo se mostraba cada vez más, la gente comenzó a preocuparse más por su salud física. Los cuerpos tonificados, sin llegar a estar muy musculosos, se convierten en un referente. Los espectáculos de ejercicio aeróbico y los videos se convirtieron en una tendencia. Esto hizo que se rompiera con el pensamiento de conseguir un cuerpo perfecto solo con dieta pasando a mantener una figura perfecta con ejercicio. Este boom del ejercicio aeróbico se vio reflejado en la moda, que incluyó vendas, medias, leggings, calentadores de pierna y faldas cortas. . (Llorca, C. y Márquez, M. 2017)

En los años noventa aparecen las supermodelos de apariencia delgadas, casi enfermiza. Provocando que jóvenes en especial de género femenino padezcan trastornos alimenticios.

A partir del año 2000, el canon de belleza sigue persistiendo y continúa hasta la actualidad. Gracias a los medios de comunicación y publicidad siendo así los principales causantes de difundir un estereotipo de belleza en la sociedad. (Llorca, C. y Márquez, M. 2017)

Estética Dental 1.2.2

En la actualidad los “cánones de la belleza“ han sido estandarizados por los medios de comunicación, ya que tienen la capacidad de influir en el pensamiento de las personas para hacerlos creer que verdaderamente existe un único prototipo, estereotipo o patrón de belleza, lo cual provocando que se viva en una sociedad cada vez más obsesionada con la apariencia estética, lo que da como resultado que la sociedad se someta a dietas estrictas, cirugías plásticas, trastornos alimenticios, etc, imponiéndose en muchas ocasiones a su estado de salud. (Peguero, H. y Núñez, B. 2009)

La sociedad aprendió a través del rostro, a expresar sus sentimientos, emociones, carácter, deseos e intenciones.

Bucher P. (2001, como se citó en Peguero, M., Núñez, P, 2009) refiere que “Ehring y Drepper manifestaron que el rostro es el espejo del alma porque los sentimientos encuentran su expresión en la mímica del rostro”.

Lo cual nos lleva a considerar que la cara es la primera parte del cuerpo que se observa cuando nos relacionamos, por lo tanto, la expresión facial es un aspecto importante en la estética, jugando un papel crucial en el desarrollo de la autoestima y de las capacidades de integración social en los niños, ya que se encuentran en proceso de aprendizaje de la autoidentidad y las destrezas sociales.

Durante la última década, la sociedad ha despertado un interés con relación a la estética dental. Por lo cual, adultos y jóvenes buscan tener una sonrisa agradable y estética a simple vista, gracias a este interés la sociedad visita al Odontólogo a una edad más temprana. (Rábago, Vega. y Tello, Rodríguez, 2005).

La Caries Como Factor de Destrucción en la Estética Dental Primaria 1.3

Uno de los principales motivos que los padres de familia llevan sus hijos niños al Odontopediatra, es por la restauración de los dientes primarios, y son afectados principalmente por caries de la infancia temprana, lo que implica que algunos padres de familia lleguen a buscar una restauración lo más estética posible, omitiendo en algunos casos su función, su salud bucodental y las causas que provocaron la destrucción de dichos dientes.

La caries, la patología pulpar, fracturas coronarias han sido reconocidas como algunos de los factores etiológicos más severos en la pérdida de la estructura dental. (Rojas Reynoso, Gasca Argueta,2014).

Noriega, Karakowsky (2009) comenta que “La caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible, resultado de la falta de balance entre múltiples factores de riesgo y factores protectores a través del tiempo” (p.90).

Según (Pimentel, Trejo, De León ,2009) “la caries es una de las enfermedades bucales con mayor prevalencia ya que afecta a más del 90% de la población infantil, dentro de la cual el mayor número de niños aquejados por la patología es de edad preescolar” (p.26).

Caries de La Infancia Temprana (CIT) 1.3.1

La caries de la infancia temprana (CIT) es la nomenclatura más reciente que adopto la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD, por sus siglas en ingles) en el 2003, lo cual resalta un patrón particular de caries dental en niños pequeños, afectando principalmente los dientes anteriores primarios.

La AAPD (2014 como se citó en Villalobos, P., Mendoza, R., Yamamoto, A., Alvear, C., 2017) indica que la (CIT) “Se caracteriza por la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no cavitados), perdidos o restaurados de un niño menor de seis años hasta los setenta y un meses de edad” (p.24).

Anteriormente era conocida como caries de biberón, se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón.

(Noriega, Karakowsky ,2009) refiere que “con cualquier líquido azucarado natural o artificialmente como la leche, fórmulas, , jugos de frutas, refrescos, pecho materno a libre demanda y la utilización de tazas entrenadoras y chupones endulzados” (p.91).

Lo cual nos indica que este patrón no se restringe únicamente al uso del biberón y, por tanto, el término CIT refleja un origen multifactorial.

La prevalencia de (CIT) en Estados Unidos es alta, en México no se conocen las cifras exactas; sin embargo, (Pimentel, Trejo, De León ,2009) muestran que “en el año 2006-2007 se llevó a cabo una investigación en la clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación DEPeI, FO, UNAM, donde se obtuvo una prevalencia alta de 59.5 % de caries de la infancia temprana en la población infantil mexicana” (p.24).

A diferencia de la caries en dientes permanentes, la CIT afecta por lo general a los dientes superiores primarios. Las características de estas lesiones y la morfología coronaria, obligan al clínico a utilizar restauraciones que proporcionen resistencia, durabilidad, funcionalidad y, sobre todo, estética, siendo esto último lo más complicado. En la actualidad existen varias opciones restaurativas que permiten regresar la funcionalidad y con ello permitir la salud bucodental optima al paciente pediátrico.

Coronas Pediátricas 1.4

Las coronas pediátricas constituyen el tratamiento indicado en Odontopediatría para el recubrimiento de la superficie dental cuando ha sido afectada severamente por caries, traumatismos dentales y/o defectos estructurales que así lo demanden, y dichas restauraciones deberán restablecer funcionalidad, la salud bucal y mantener una estética adecuada; existen situaciones en donde no se obtienen estas características al cien por ciento, por lo cual es imperativo buscar las mejores opciones.

Históricamente las coronas pediátricas han ido evolucionando con el paso del tiempo, Sin embargo, cabe mencionar que, para los especialistas en el área de la Odontología pediátrica, el poder restaurar y devolver función sin comprometer la estética ha representado todo un reto.

Evolución de las Coronas Pediátricas 1.4.1

Las coronas de acero fueron introducidas a la Odontología pediátrica por W. P Humphrey en 1950, posteriormente:

Baker LH, Moon P, Mourino AP (1996), como se citó en Valenzuela, Parés, 2008 en “1963 se propuso el uso de coronas de oro y porcelana para niños y en 1966 se describió el uso de coronas de acrílico, las cuales estaban contraindicadas en caries muy extensas y mordidas profundas, así como en pacientes bruxistas, ya que llegaban a desprenderse con facilidad” (p.82)

Kopel (1967) propuso las coronas fenestradas (Facial Cut-Out ssc), la cual consistía en una fenestración de la cara vestibular de la corona para ser rellenadas con resina compuesta (figura 1). Unos años después Mink (1973) propone el uso de coronas de policarbonato.



*Ilustración 1. coronas Fenestradas. Fuente:
<https://dentistaypaciente.com/sonriendo-al-futuro-114.html>*

Por otra parte, (Webber, Epstein, Wong, Tsamtsouris, 1979) indican que las coronas de celuloide (Strip Crown, Pedoform), fueron introducidas en los años setenta, las cuales consiste en fundas de celuloide rellenas de resina compuesta para poder ser adheridas posteriormente al diente previamente desgastado (figura 2), sin embargo, “en los pacientes con caries subgingival se complicaba su colocación ya que presentaban un mayor exudado salival y sangrado”. (Valenzuela, Parés, 2008, p.83) contaminando así el material de restauración y evitando una adhesión correcta, por lo cual compromete el éxito del tratamiento.



*Ilustración 2. Coronas Celuloide. Fuente:
https://www.odontologiapediatrica.com/wpcontent/uploads/2018/07/06_NC_334_Avenda%C3%B1o.pdf*

Helpin y Hartmann (1983) realizaron las coronas de acero cromo con ventana estética, cuya desventaja consistía en la falta de un buen sellado, observando también que se pigmentaba la resina con mucha facilidad.

En la década de los ochenta Grosso propone la “técnica de hongo”, la cual consiste en “realizar un tratamiento radicular colocándose posteriormente una resina con una profundidad dentro del conducto, no mayor a 5 mm, con el fin de realizar un “endoposte”, y en seguida un muñón, para posteriormente ser rehabilitadas con coronas de acero cromo o de celuloide”. (Valenzuela, Parés, 2008)

En los años noventa, las coronas de acero cromo pre-formadas (figura 3) para dientes primarios (De las casas comerciales 3m ESPE, Unitek) se introdujeron al mercado comercial en distintos tamaños.



Ilustración 3. Corona acero cromo. Fuente: Propia

Las coronas prefabricadas con frente estético (Resin-Veneered ssc), son introducidas en esta década, y son coronas prefabricadas con materiales como resinas compuestas o bien termoplásticas, están adheridas a coronas de acero-cromo (Nusmile Crowns, Kinder-Crowns, Cheng-Crowns, Dura Crowns, Whiter Biter).

Wiedenfield (1994 como se citó en Valenzuela, Parés, 2008) propone una técnica arenando la parte vestibular de las coronas de acero cromo (figura 4) con el objetivo de hacerlas estéticas realizada ésta en el consultorio dental, utilizando un cemento de resina para metal (Panavia), posteriormente colocando un opacador y una resina, logrando con esto una corona de acero cromo con un mejor frente estético, la desventaja de esta técnica fue el alto costo.



Ilustración 4. Coronas arenadas con resina en cara vestibular. Fuente: [//www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo082e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo082e.pdf)

(Valenzuela, Parés, 2008) refieren que “William F. Waggoner, en 1995 evaluaron la fuerza necesaria para fracturar o desalojar el recubrimiento de cuatro diferentes tipos de coronas (Zinder Crowns, Cheng Crowns, Witer Bite, NuSmile) para hacer una evaluación sobre la retención del frente estético, demostrando que las coronas que presentaban mayor resistencia al desprendimiento fueron las Witer Bite” (p.83).

En la última década se introdujeron las coronas de zirconio monolíticas (figura 5), ofreciendo una alternativa estética adecuada, teniendo como principal ventaja su color y durabilidad.

Actualmente son hoy en día una de las alternativas más recientes del mercado.



*Ilustración 5. Corona pediátrica de zirconia monolítica.
Fuente: [://www.resycam.com/coronas-de-zirconio-para-la-odontologia-restauradora-pediatica/](http://www.resycam.com/coronas-de-zirconio-para-la-odontologia-restauradora-pediatica/)*

Coronas de Acero Cromo 1.4.2

En la Odontopediatría contemporánea existen diferentes alternativas para una restauración en la zona anterosuperior de la dentición primaria, no obstante, no todas cumplen con las características que el Odontopediatra requiere. Sin embargo, las coronas de acero cromo (CAC) (también llamadas coronas de acero inoxidable) por años han sido una de las alternativas más utilizadas y aceptadas en el campo odontológico. Las CAC son restauraciones semi-permanentes preformadas con la anatomía oclusal de un diente natural, cementadas con un agente biocompatible y usadas para preservar los dientes que han perdido su integridad por diversas razones.

Las CAC han demostrado ser restauraciones óptimas para niños y adolescentes, por lo cual es considerado el tratamiento indicado en la odontopediatría.

En el mercado se cuenta con una alta variedad de coronas preformadas, no obstante, cabe resaltar que se llegan a diferenciar en su composición y su disposición del margen libre.

Las coronas de acero inoxidable, contienen un porcentaje de 70% de hierro, son blandas y maleables lo que facilita su recortado y la adaptación.

Por otra parte, las coronas de cromo- níquel (figura 6), fabricadas con 70% aproximado de níquel, su porcentaje de acero es similar a las coronas de acero inoxidable.



Ilustración 6. Corona cromo níquel. Fuente: Propia

Sin embargo, las coronas con margen precontorneado (tipo 3M ESPE) figura 7, su principal característica es su aspecto vestibular de la porción mesial que desciende hacia gingival dando forma natural al tubérculo cervical en los molares temporales (Barbería Leache, Quesada, 2002).



Ilustración 7. Corona acero –cromo pre-contorneadas (3M ESPE). Fuente <https://www.depositosoidental.com/product-page/coronas-posteriores-acero-cromo-3m>

En general son más cortas en sentido ocluso-gingival, requieren menos manipulación para su ajuste y su colocación.

No obstante, existen coronas con margen no precontorneado (tipo Unitek, Rocky Mountain, Saukin), estas coronas presentan las mismas dimensiones mesio-distal y vestíbulo-lingual, tanto en tercio gingival como en tercio oclusal, se requiere un ajuste individualizado para su recorte y bombeado, por ser más largas en sentido ocluso-gingival. Barbería Leache, Quesada, (2002) “Estas coronas son muy útiles en dientes que son afectados por caries ocluso-proximales muy profundas”. (figura 8).



Ilustración 8. Corona metálica con margen no precontorneado. Fuente: <https://odontoayuda.com/temas/restauracion-en-dientes-temporales/>

Unas de las coronas preformadas más utilizadas y aceptadas por el Odontopediatra son las (3M ESPE) ya que proporcionan un sellado coronal más preciso entre el margen de la corona y la línea de preparación y su fácil manejo de ajuste. No obstante, este tratamiento no es utilizado en todos los casos.

McDonald, Avery (2014)., Boj, Catala, et al (2004)., Medina (2007) Redactaron las indicaciones y contraindicaciones más importantes para la colocación de una corona acero cromo en dentición primaria.

Indicaciones:

- -Restauraciones para dientes primarios o permanentes jóvenes con lesiones de caries extensas o múltiples.
- -Pacientes con alto riesgo a caries.
- -Restauraciones para dientes primarios pulpotomizados o pulpectomizados o para dientes permanentes jóvenes cuando hay un aumento de riesgo de fractura de la estructura dental coronal remanente.
- -Caries de la infancia temprana (CIT).
- -Molares con excesivo desgaste.
- -Restauraciones de dientes primarios hipoplásicos (que no pueden debidamente restaurarlos con restauraciones unidas).
- -Dientes primarios con fracturas coronarias.
- -Dientes con anomalías hereditarias, como dentinogénesis imperfecta o amelogenénesis imperfecta.
- -Como soporte para mantenedores de espacio cuando el diente pilar tiene comprometida su integridad.

Contraindicaciones:

- -Caries con fractura en furca.
- -Imposibilidad de restaurar el diente.
- -Dientes primarios con rizólisis completa y movilidad.

Barberia Leache, Boj Quesada. (2002) y Escobar, F (2012). Refirieren las siguientes ventajas al colocar una corona de acero cromo en dentición primaria.

Ventajas:

- -Ofrecen resistencia.
- -Evita nuevas caries en otras superficies.
- -Son relativamente económicas.
- -Fáciles de utilizar.
- -Restaura la forma y función.

Aunque las coronas de acero cromo, cumplen con los requisitos funcionales, fallan en la apariencia estética y por esta razón muchas veces los padres de familia no aceptan este tipo de tratamiento con facilidad, otro punto a resaltar es que si el niño(a) no presenta una higiene adecuada al momento del cepillado dental, puede presentar un incremento de biopelícula en el margen gingival.

(Madrigal, Viteri, et al, 2014) refieren que “Checchio (1983) soporta en su estudio que la inflamación gingival es dos veces mayor en los pacientes con higiene oral deficiente y que presentan coronas de acero. Un estudio de Ramazani y col. (2010) muestra que la salud gingival es afectada por las coronas de acero en presencia de biopelícula. Esto es apoyado por Durr y col. (1982), donde establecen que existe una correlación entre el acúmulo de biopelícula dental y la gingivitis en dientes restaurados con coronas de acero” (p.159)

Diferentes autores sugieren que, para obtener resultados favorables en los tratamientos realizados con coronas de acero, debe existir una adaptación marginal adecuada para una buena salud periodontal, una oclusión funcional y un procedimiento de cementación óptimo.

Coronas de Zirconia 1.4.3

En la actualidad la sociedad y/o tutores de pacientes pediátricos dan gran importancia a la estética de los tratamientos dentales de sus hijos, lo cual lleva a las casas comerciales al desarrollo de coronas pediátricas a base de óxido de zirconio. Presentando unas excelentes propiedades estéticas y funcionales. Actualmente en el mercado se encuentran las coronas prefabricadas de zirconia (Cheng Crowns, Kinder Crowns, Witer Bite, NuSmile ZR) destinadas a la dentición primaria. Fuente tipo de coronas

La aparición de la zirconia como un biomaterial data de fines de los años 1960, cuando Helmer y Driskell publicaron el primer artículo con referencia a las aplicaciones médicas de la zirconia. (Vilarrubí, Pebé, Rodríguez, 2011, p.17)

Piconi C, Maccauro G (1999) definen el circonio o zirconio como un metal (dióxido cristalino de zirconium) de transición brillante, de color blanco grisáceo similar al color del diente. Sus propiedades mecánicas son muy similares a las de otros metales, siendo un material duro, resistente a la corrosión, de apariencia similar al acero, “presenta una resistencia a la tracción que puede ser de 900 a 1,200 Mpa y resistencia a la compresión alrededor de los 2,000 Mpa” (Pimentel Hernández, Salazar Urquiza, 2015, p.43)

El primer propósito del uso de óxido de zirconio en el área médica fue hecho en 1969 para la aplicación en Ortopedia, principalmente como un nuevo material para sustituir la cabeza del fémur, reemplazada tradicionalmente con prótesis de titanio y alúmina” (Pimentel Hernández, Salazar Urquiza 2015, p.43).

En esta última década se ha generado un gran conocimiento con respecto a la zirconia en cuanto a sus propiedades químicas y cristalográficas, así como también se ha avanzado de gran forma en su proceso de producción en el campo odontológico y médico.

Coronas pediátricas de zirconia monolítica 1.4.4

Las coronas de zirconia han sido utilizadas con éxito durante varios años en el paciente adulto. Por lo cual (Waggoner WF,2015 como se citó en Pineda-Molinero, Soto-Flores, 2018) “fueron introducidas en el área de la Odontopediatría por la compañía EZ Pedo (Loomis, Calif., USA) en 2010” (p.1582) gracias a su extraordinario comportamiento clínico, estética, dureza, estabilidad de color, biocompatibilidad y apariencia natural. Son consideradas como una de las mejores alternativas estéticas en las restauraciones de los dientes primarios, aunque presentan indicaciones precisas.

Indicaciones para el uso de las coronas de zirconia pediátricas (Villalobos, Mendoza, Yamamoto, Alvear, 2017, p.24)

- -Caries (interproximal o ángulo incisal).
- -Estructura dental suficiente para su retención.
- -Sobre mordida horizontal y vertical (1.5 mm x 1.5 mm).
- -Espacios fisiológicos y primate.
- -Pacientes cooperadores (para el control de la humedad y hemorragia).
- -Defectos en la estructura dental (hipoplasia o amelogénesis imperfecta).
- -Fractura coronaria dental.
- -Descalcificación en el tercio cervical.
- -Después del tratamiento pulpar.

Villalobos, Mendoza, Yamamoto, Alvear, (2017) citaron las contraindicaciones para el uso de las coronas de zirconia pediátricas, las cuales consisten en:

- -Pacientes con apiñamiento severo.
- -Pérdida del espacio mesio-distal severo.
- -Pacientes no cooperadores.
- -Sobre mordida horizontal y vertical negativa.
- -Estructura dental insuficiente.
- -Pacientes bruxistas.

Las principales ventajas que ofrece la zirconia como material, es su alta estética (translucidez), una baja conductividad térmica provocando que no exista ningún tipo de sensibilidad a los cambios térmicos, resistencia al desgaste, UN bajo potencial de corrosión, alta retención, buen contraste radiográfico, excelente durabilidad, y una satisfacción al paciente (Echeverri, Garzón, 2013). No obstante, la zirconia no está exenta de problemas, entre ellos podemos mencionar, su fragilidad y fractura a nivel cervical al momento de ser contorneadas, y su alto costo en el mercado. Sin embargo, no existe evidencia contundente sobre las alteraciones que puedan llegar a provocar en el desarrollo craneofacial y el desgaste de los dientes antagonistas.



Ilustración 9. Vista frontal de corona de zirconia (NuSmile ZR) en paciente pediátrico. Fuente https://www.nusmile.com/ZR_zirconia

Las coronas prefabricadas de zirconia son un material de reciente uso en Odontopediatría que brinda una cobertura total previniendo así la ruptura del esmalte, su apariencia natural, estabilidad de color y alta resistencia, y eso las hace una alternativa más dentro del mercado.

Sin embargo, existen pocos estudios clínicos. FUENTE

Oclusión en dentición primaria 1.5

Una parte fundamental que se debe tener presente al preparar y colocar una corona pediátrica es la oclusión de la dentición primaria, ya que puede llegar a prevenir posteriormente problemas de discrepancias óseas y dentales en la dentición permanente, así como promover el crecimiento y desarrollo de las estructuras articulares y bases óseas dependientes de la función dental.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la escala de prioridades en cuanto a los problemas de salud bucal, la maloclusión figura en tercera posición, superada por la caries dental y problemas periodontales.

“Isper Garbin, Saliba Garbin, Pantaleão dos Santos, Gonçalves (2007) mencionan un estudio que se realizó en Roma, que demostró que el 71,1% de niños entre 3 y 6 años presentaron una oclusión normal y el 28,9 % algún tipo de maloclusión, sin embargo, otro estudio realizado en Brasil (2004) muestra que el 49% de niños menores de 5 años presentó algún tipo de problema de oclusión”.

Según Guerra, Medina, Carrasco, Albornoz. ET AL. (2013) La oclusión se define como la relación interdental superior e inferior más equilibrada para cumplir con la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida, en armonía.

La oclusión primaria presenta características morfológicas y funcionales que condicionan el desarrollo armónico y estable de la dentición mixta y permanente.

Barberia Leache (2005) Menciona que, cuando erupcionan los incisivos primarios se producen múltiples cambios, el niño tiende a adelantar la mandíbula para que los incisivos inferiores contacten con los superiores, activando los músculos propulsores de la mandíbula y estimulando los receptores condilares. La erupción de los caninos y molares primarios incorpora los movimientos de lateralidad, a los de apertura y cierre, para permitir la trituración.

Barberia Leache (2005) manifiesta que una oclusión adecuada de un niño de 5 años se caracteriza por: la relación recta o escalón mesial entre los segundos molares (figura 10).

En casi todas las denticiones los segundos molares primarios ocluyen en una relación cúspide con cúspide de manera que sus superficies distales se encuentran en el mismo plano vertical.

Serna Medin, Silva Meza (2005) afirma que “Baume (1950) analizó la relación que guardan entre sí las caras distales de los segundos molares primarios, superiores e inferiores al hacer oclusión, y encontró que pueden terminar en un plano recto, mesial o distal y en su muestra el 76% de los niños presentaron un plano terminal recto y lo atribuyó al diámetro mesiodistal más pequeño del molar superior en comparación con el inferior” (p.46)



Ilustración 10. Escalón mesial de dentición primaria, fuente <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/>

Barberia Leache (2005) describe que las formaciones de los molares en el alveolo deben de tener un ángulo de aproximadamente 90 grados. A comparación de los incisivos superiores lo que ligeramente tendrá una inclinación de la corona hacia vestibular, de modo que al ocluir con los antagonistas formen un ángulo de aproximadamente 150 grados.

La arcada superior en oclusión debe rebasar ligeramente a la arcada inferior en todo el contorno y los incisivos superiores cubrirán a los inferiores aproximadamente un milímetro. (Serna Medin, Silva Meza, 2005) menciona que en las denticiones amplias los espacios interdentes no aumentan de anchura, no se producen espacios en las denticiones cerradas (en particular de los anteriores), ni reducción de los traslapes vertical y horizontal, de tal modo que los incisivos pueden ocluir borde a borde a la edad de 5 o 6 años.

Por otra parte, Pedro Planas (2001) menciona “si al erupcionar los incisivos superiores no pueden contactar con los inferiores por hallarse estos en una posición más distal, no se hace posible el reflejo que debería despertar los movimientos de lateralidad mandibular.

Los dientes siguen erupcionando, pero sin realizar movimientos; por lo que las erupciones de las piezas restantes se harán ya sin control de movimiento y por consiguiente de una forma desequilibrada. Por lo tanto, el niño empezará a masticar con movimientos exclusivos de apertura y cierre y, en consecuencia, lo hará muy lentamente” (p.115).

La relación ideal es que cada uno de los dientes de una arcada se articule con 2 dientes de la otra a excepción de incisivo central inferior y el segundo molar superior que sólo lo hace con uno. Torre (2009) describe que “el vértice de la cúspide del canino superior ocluye sagitalmente a nivel del punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior”.

La oclusión en dentición primaria también deberá presentar espacios primates, estos espacios en el arco inferior se encuentran entre los caninos y los primeros molares, mientras que en el arco superior los espacios se ubican entre los incisivos laterales y los caninos (figura 11).



Ilustración 11. Vista lateral de espacios primates entre caninos y primeros molares inferiores, laterales y caninos superiores. Fuente <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23>

Este espaciamiento es necesario para que los incisivos permanentes, de mayor anchura mesiodistal se ubiquen dentro del arco sin ningún problema. Según Zamora, Medrano (2006) por esta razón cuando existen espacios primates (más de 5 mm en total) se puede intuir que los dientes permanentes erupcionarán sin problema dentro del arco.

(Serna Medin, Silva Meza, 2005) mencionan que “Baume (1950) describió la presencia de los espacios entre los dientes en la dentición primaria y les llamó arcos abiertos o tipo 1 y a los arcos que no presentaban espacios, arcos cerrados o tipo 2, mencionó que aquellos espacios más constantes son los espacios primates” (p.46).

Al momento de ocluir las líneas medias tendrán que coincidir en superior e inferior, por lo tanto, los arcos tendrán que tener una forma ovoide.

Estas características pueden ser alteradas por diferentes factores tales como hábitos, herencia, enfermedades sistémicas, que pueden actuar desde el nacimiento y perjudicar en el proceso evolutivo de la dentición, sin embargo, uno de los principales actores dentro de este desarrollo será la función que el niño demande de sus estructuras dentales.

Oclusión en dentición mixta. 1.6

Como se ha mencionado aproximadamente a partir de los 6 años se inicia la erupción de los dientes permanentes que no presentan predecesor, ya que los dientes temporales son sustituidos progresivamente por los permanentes.

En este estadio de dentición mixta se distinguen dos fases muy diferenciadas.

-Primera fase

En la primera fase, hacen erupción los primeros molares a la edad de los 6 años “resbalando por las caras distales de los segundos molares de leche.” (Planas, 2001, p.116) sucesivamente los incisivos centrales inferiores, posteriormente a un año comienza la erupción los incisivos centrales superiores y los laterales inferiores, para la edad aproximada de 8 años termina la erupción de los dientes laterales superiores, presentando una “oclusión céntrica de los molares recién erupcionados y la correspondiente sobremordida fisiológica de los incisivos permanentes” (Planas, 2001, p.116).

Los incisivos permanentes tienen un tamaño mayor que los temporales por lo tanto su colocación correcta en la arcada puede ser difícil si no presenta espacio suficiente entre los dientes primarios.

Estos incisivos se inclinan principalmente en sentido vestibular respecto a los dientes temporales con el fin de compensar la dimensión de la longitud de la arcada provocada por el empuje eruptivo de los primeros molares permanentes, con frecuencia están abanicados o ligeramente separados.

En esta etapa es muy común observar que los incisivos inferiores erupcionen por lingual. La posición natural de los incisivos recién erupcionados no es la que se tendrá más adelante.

(Barberia Leache 2005)

Rosa (2003) redacta que “junto con la erupción de los incisivos permanentes y de los primeros molares permanentes. Las arcadas tienen tendencia a modificaciones espontáneas y peculiares, la distancia intercanina aumenta de medida aproximadamente 2 mm en la arcada inferior y aproximadamente 4 mm en la arcada superior por efecto del empuje eruptivo de los incisivos permanentes” (p.204)

En esta parte de la primera fase existe una pausa aproximada de 3 años durante los cuales clínicamente no se presenta ningún cambio en la dentición.

Barberia Leache (2005) menciona que la posición que adopten los molares permanentes dependerá entre otros factores de la relación que tengan el maxilar y la mandíbula entre sí y de la trayectoria de erupción que tenga el molar en todo caso la posición que adopte no es la definitiva ya que cambiará de posición más adelante cuando se exfolien los molares temporales.

Finalizando con la primera fase de la dentición mixta Zamora, Medrano (2006) recalcan que aproximadamente a la edad de 11 años erupcionan los primeros premolares permanentes tanto superiores como inferiores, por lo general a la edad de 12 años comienza la erupción de los segundos premolares superiores e inferiores, posteriormente los caninos maxilares; así finalizando la primera fase de la dentición mixta.

Hay que resaltar que el tiempo de erupción y cambio de dentición puede llegar a variar por el tipo de sexo, raza y genética, pero siguiendo la misma secuencia.

-Segunda fase

La segunda fase de la dentición mixta, hace alusión a la erupción de los segundos molares permanentes y se produce el recambio de los caninos temporales.

.

La oclusión correcta de los caninos permanentes y los premolares es compleja, los caninos permanentes son mayores que los temporales, pero los premolares son más pequeños que los molares temporales, de modo que, según el tamaño del hueso, de los dientes, del patrón de recambio y del orden en que erupcionen tendrán mejor facilidad para desarrollar una correcta oclusión (Barberia Leache ,2005).

Planas (2001) afirma que los caninos, tanto en la dentición temporal como en la permanente, se irán desgastando fisiológica y simétricamente a derecha e izquierda y controlarán el desgaste de los demás dientes.

Menciona también que los caninos son los responsables de la conducción y el control del movimiento masticatorio debe ser alterno y bilateral y con contacto dentario maxilomandibular simultáneo en trabajo y balanceo (p.118).

Debe de existir una lateralidad funcional en la dentición primaria y secundaria para poder evitar una oclusión céntrica desequilibrada en la persona.

Características de la oclusión en dentición permanente. 1.7

Aunque la oclusión de los dientes permanentes tiene algunas características comunes con la de los dientes primarios en general, presenta diferencias fundamentales, cuando se ha completado su desarrollo.

El autor Barberia Leache (2005) menciona lo siguiente:

Todos los dientes están presentes a excepción de los terceros molares, anatómicamente son normales y están íntegros.

Existe un adecuado tamaño entre los dientes y las bases óseas que los albergan, de modo que pueden alinearse correctamente.

Las piezas de cada una de las arcadas conforman un arco armónico y coordinado con su arcada antagonista.

No hay diastemas, apiñamiento ni rotaciones dentarias.

Los incisivos presentan una inclinación de las coronas hacia vestibular al ocluir con los antagonistas y forman un ángulo de aproximadamente 125 grados.

La arcada superior en oclusión debe rebasar ligeramente a los dientes inferiores en todo el contorno y los incisivos superiores cubren aproximadamente un tercio de la corona de los dientes inferiores.

Cada uno de los dientes de una arcada se articula con dos dientes de la otra a excepción de los incisivos centrales inferiores, el segundo molar superior articula con dos molares cuando existen los terceros molares erupcionados en buena posición y con uno si los terceros molares no están presentes.

Los primeros molares y los caninos al ocluir presentan una relación clase 1 de Angle.

En oclusión las líneas medias superior e inferior coinciden.

Antecedentes 1.8

Ramírez Peña, Rangel Padilla, Martínez-Menchaca, (et al) Rivera Silva³, Arredondo, Barba Borrego, Martínez, Valencia Hit, (2017) Realizaron en el 2016 un estudio a miembros de la Academia Mexicana de Odontología Pediátrica (AMOP), evaluando las preferencias estéticas en relación con el color y la forma de las coronas pediátricas (utilizadas en dientes incisivos superiores), mediante una encuesta.

Se establecieron seis grupos de estudio con seis coronas diferentes: grupo 1, coronas de zirconia EZ-Pedo; grupo 2, coronas de zirconia NuSmile ZR; grupo 3, coronas estéticas hechas en el consultorio; grupo 4, coronas de fundas de celuloide; grupo 5, coronas estéticas prefabricadas NuSmile ZR; y grupo 6, coronas estéticas fenestradas.

Este estudio consistía en evaluar cada grupo en un rango establecido entre 0 y 10 puntos, y así obtener una calificación.

La única condición que se les estableció, fue el de no observar las coronas en su cara palatina, para que no se identificara la marca de la corona utilizada. Dando como resultado que las coronas de celuloide obtuvieron la mejor calificación con respecto a los otros cinco grupos ; las coronas de zirconia NuSmile ZR (ZNS) fue el segundo mejor evaluadas, observando que el color era lo más significativo a obtener, mientras que el tercer grupo mejor evaluado fue las coronas metálicas estéticas prefabricadas; posteriormente las coronas de zirconia EZ-Pedo, las coronas metálicas fenestradas y finalmente la coronas metálicas con frente estético hechas en el consultorio.

Demostrando así, que cada vez más las coronas prefabricadas de zirconia monolítica forman parte del campo laboral de la Odontopediatría como una nueva alternativa estética.

Capítulo II

Planteamiento del problema. 2.1

Actualmente se vive en una sociedad cada vez más obsesionada con la apariencia estética.

La gente es encaminada por los estereotipos actuales de belleza que la sociedad ha impuesto, principalmente en la estética dental.

Cabe destacar que la población hoy en día se encuentra saturada de información a través de medios de comunicación como la televisión, el internet, revistas, podcast, etc; lo cual llega a provocar un deseo cada vez mayor de obtener una sonrisa más agradable al público, anteponiéndose en muchas ocasiones a su salud y funcionalidad. Gracias a estos factores y a la evolución que ha tenido la estética, se ha observado un incremento en el interés de los padres de familia con relación a la estética dental de sus hijos, lo que nos lleva hoy en día, a que los niños acudan a edades más tempranas al Odontólogo por diferentes factores.

Por lo cual realizaremos un estudio para conocer la perspectiva de los padres de familia sobre la estética dental de sus hijos en la actualidad.

Pregunta de investigación. 2.2

¿Cuál es la perspectiva de los padres de familia de niños menores de 6 años de edad sobre la estética dental infantil?

Justificación. 2.3

Esta investigación se realizó con el propósito de conocer la perspectiva de los padres de familia sobre la estética dental infantil, para determinar si actualmente la sociedad se enfoca primordialmente en las restauraciones estéticas o no estéticas, conociendo la importancia y prioridad (costos, manejo clínico de cada uno de los tratamientos, etc.) que se les da a los dientes primarios al ser restaurados en el sector anterior de la cavidad bucal de sus hijos(as). Se pretende conocer si la introducción de los nuevos materiales estéticos implementados en Odontología pediátrica puede llegar a ser de alta demanda para la práctica clínica dentro de dicha área. Este estudio nos ayudara a contribuir a futuras investigaciones Odontológicas en la ENES-León (UNAM), y así poder conocer si existe un cambio en la perspectiva de la estética infantil, a través de los años.

Objetivo general. 2.4

Conocer la perspectiva de los padres de familia que tengan hijos(as) de 6 años o menos con respecto a la estética dental en dentición primaria.

Objetivos específicos. 2.4.1

1. Conocer la opinión de los padres sobre la estética dental en los niños(as).
2. Evaluar el nivel importancia que los padres le dan a una restauración de un diente primario (Estética, factor económico, manejo clínico o funcionalidad).
3. Evaluar qué porcentaje de padres de familia prefieren una restauración metálica o una estética (zirconia) en la dentición primaria de sus hijos(as).
4. Determinar si el factor económico influye en la decisión de los padres de familia para la restauración estética o no estética de los dientes primarios de sus hijos.
5. Conocer el nivel de demanda clínica que existe para las restauraciones estéticas de los dientes primarios, por parte de los padres de familia.
6. Conocer si el factor edad de los padres de familia, influye en la elección de una restauración estética o no estética para sus hijos (as).
7. Conocer si el género de los padres de familia, influye en la elección de una restauración estética o no estética para sus hijos(as).

8. Conocer la experiencia de los padres de familia que han tenido en las restauraciones de coronas pediátricas en sector anterior de sus hijos(as).

9. Evaluar qué porcentaje de padres de familia que fueron encuestados en esta investigación han tenido una experiencia previa en la restauración de dientes anteriores de sus hijos.

Hipótesis. 2.5

Los padres de familia con hijos de 6 años o menos prefieren las coronas de zirconia en comparación a las restauraciones no estéticas ya que presentan una mejor apariencia en los dientes primarios, independientemente del procedimiento clínico al que se somete su hijo.

Capítulo III.

Materiales y métodos. 3.1

Tipo de estudio. 3.2

Transversal observacional cualitativo

Población de estudio. 3.3

131 padres de familia que tengan hijos(as) de 6 años o menor, que estén dispuestos a cooperar y colaborar en la encuesta (digital).

Criterios de selección. 3.4

Criterios de inclusión. 3.4.1

- Padres de familia que tengan hijos(as) de 6 años o menores.

Criterios de exclusión. 3.4.2

- Padres de familia que no deseen participar voluntariamente.

Criterios de eliminación. 3.4.3

- Cuestionarios incompletos
- Cuestionarios con datos incorrectos en información general de padre o tutor.
- Cuestionarios de padres de familia que tengan hijos mayores de 6 años.

Variables. 3.5

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINAL
Sexo	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la	La información se obtuvo por observación directa se registró como Femenino-Masculino	1,2	Cualitativa Nominal	1= Femenino 2= Masculino

	naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace.				
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser contando desde su nacimiento.	Se obtuvo la información de acuerdo a la vivacidad en años al momento de la encuesta.		Cuantitativa	
Opinión de los padres de familia respecto a la perspectiva de estética infantil	Idea, juicio o concepto que una persona tiene o se forma acerca de algo o alguien.	Se obtuvo la información a través de 4 preguntas, y se registró como	1,2,3,4,5	Cualitativa Nominal	1=Totalmente de acuerdo 2=De acuerdo

		<p>Totalmente de acuerdo</p> <p>De acuerdo</p> <p>• Ni de acuerdo</p> <p>/Ni en desacuerdo</p> <p>Desacuerdo</p> <p>Totalmente desacuerdo</p>			<p>3= Ni de acuerdo</p> <p>/Ni en desacuerdo</p> <p>4=Desacuerdo</p> <p>5=Totalmente Desacuerdo</p>
Opinión de los padres de familia respecto a las coronas de acero cromo y zirconia	Idea, juicio o concepto que una persona tiene o se forma acerca de algo o alguien	Se obtuvo la información a través de 5 preguntas, y se registró como.	1,2	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>	<p>1=Acero cromo (Metálica)</p> <p>2=zirconia (color del diente)</p> <p>-Acero cromo (Metálica)</p>

		-Zirconia (color del diente)			
Opinión de los padres de familia con respecto a la colocación de una corona pediátrica	Idea, juicio o concepto que una persona tiene o se forma acerca de algo o alguien.	Se obtuvo la información a través de 4 preguntas, y se registró como.	1,2,3,4	Cualitativa Nominal	1= (1) 2= (2) 3= (3) 4= (4)
Opinión de los padres de familia con respecto a la experiencia	Idea, juicio o concepto que una persona tiene o se forma acerca	Se obtuvo la información a través de 4 preguntas. (solo en caso	1,2,3,4,5	Cualitativa Nominal	1= Excelente 2= Buena 3= Regular 4= Mala 5= Muy mala

que ha vivido su hijo(a) con restauraciones.	de algo o alguien.	de que su hijo(a) haya tenido). y se registró como			
		<p>Excelente</p> <p>-Buena</p> <p>-Regular</p> <p>-Mala</p> <p>-Muy mala</p>			

Tamaño y Selección de Muestra. 3.6

La muestra final fue de 81 padres de familia que contestaron la encuesta por vía electrónica.

Método de recolección de la información. 3.7

Se realizó una encuesta cualitativa sobre la perspectiva de la estética dental infantil a los padres de familia que acudieron a clínicas de Odontología en la ciudad de León GTO y contestaron la encuesta por vía electrónica; Esta encuesta se compone por 18 preguntas en escala de Likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo / ni en desacuerdo, desacuerdo, totalmente desacuerdo) en su mayoría, apoyadas de algunas imágenes, lo que nos llevó a hacer más didáctica esta encuesta. La encuesta consta de 4 dominios.

El primer dominio es en base a la opinión de los padres de familia respecto a la perspectiva de la estética dental infantil, lo cual contó con 4 preguntas en las cuales se colocaron 5 caracteres de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo / ni en desacuerdo, desacuerdo, totalmente desacuerdo).

El segundo dominio es la opinión de padres de familia con respecto a las coronas de acero cromo y zirconia, contando con otras 5 preguntas, con 2 caracteres de respuesta (metálica – zirconia).

El tercer dominio consiste en la opinión de los padres de familia con respecto a la colocación de una corona pediátrica contando con 4 preguntas y 4 caracteres de respuesta, los cuales consistían en elegir del (1 al 4) el orden de la importancia que le dan al ser restaurado un diente primario, donde (1) es el valor mínimo y (4) es el valor máximo.

Por último, se colocó el dominio sobre la opinión de los padres de familia con respecto a la experiencia que ha vivido su hijo(a) con restauraciones. En este dominio se optó por colocar una pregunta ¿A tu hijo(a) le han colocado alguna corona? donde la respuesta consiste en responder (si-no), si el encuestado (padre) contesta (si), pasaría a responder 5 preguntas, con 5 caracteres de respuesta (Excelente, Buena, Regular, Mala, Muy mala). En caso de ser lo contrario se omitiría y se finalizaría con la encuesta. Estas preguntas se colocaron con la finalidad de conocer si la perspectiva de los padres es distinta, a los padres de familia que no tienen hijos con restauraciones pediátricas. Y conocer cómo ha sido su experiencia de sus hijos con respecto a las coronas pediátricas.

Método de Registro y Análisis de Información. 3.8

Se realizó una encuesta sobre la “Perspectiva de la Estética Dental Infantil por Parte de los Padres”, siendo así analizada, corregida y validada por docentes, doctores y especialistas de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad León (ENES-LEON). Posteriormente se trasladó la información a un formato digital (Formulario Google) la cual fue de gran ayuda ya que nos permite observar gráficamente los resultados finales de cada reactivo que se aplica en la encuesta.

Se aplicó a un grupo de 20 personas como prueba piloto vía electrónica, donde se difundió la información o cuestionario mediante redes sociales y correo electrónico (Facebook, WhatsApp, Gmail). Una vez aprobadas las encuestas de la prueba piloto, se optó por aplicar la encuesta a un grupo mayor de individuos que cumplieran con los criterios de inclusión (padres de familia que tengan hijos(as) 6 años o menos).

La encuesta se aplicó a un grupo de 131 padres de familia, donde 81 encuestas fueron aprobadas y aceptadas y 50 eliminadas basándonos con los criterios de eliminación, previamente redactados (capítulo 3, criterios de selección), las cuales se realizaron vía electrónica (Facebook, WhatsApp, Gmail). Se compartió la encuesta a familiares, amigos, conocidos, y a público en general, redactando y explicando “esta encuesta está dirigida a padres de familia con hijos(as) de 6 años o menores”.

Otro porcentaje de encuestas se realizó presencialmente, acudiendo a clínicas de odontología, donde nos permitieron y aceptaron que se realizara la encuesta a los padres de familia que acompañaban a su hijo (a) o hijos(as), al dentista. Todo esto se realizó utilizando las barreras de bioseguridad (guantes, cubre bocas, careta, toalla desinfectante, gel antibacterial) respetando las barreras de prevención del SARS-CoV-2 (COVID 19) promovidas por la Secretaría de Salud (México).

Se les proporcionó a los padres de familia que acudían con sus hijos(as) la encuesta ya predeterminada en una Tableta electrónica (Samsung SM T350), una vez finalizada la encuesta, se sanitizó la tableta y se continuó con las demás encuestas.

Una vez que se obtuvieron 131 encuestas, se procedió a eliminar las encuestas que no eran de suma utilidad para este estudio, tomando en cuenta los criterios de selección (inclusión, exclusión, eliminación) obteniendo así un total de 81 encuestas para este estudio.

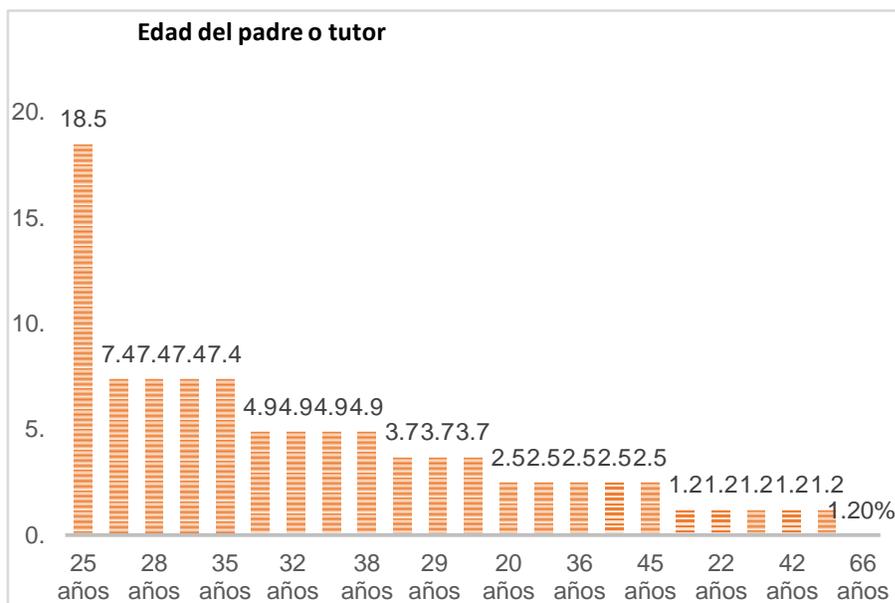
Consideraciones Éticas. 3.9

Este estudio consiste en la aplicación de un cuestionario a padres de familia. Este procedimiento no representa ningún riesgo para el sujeto de investigación, ya que no se realiza ninguna intervención o modificación en las variables psicológicas, fisiológicas y sociales de los individuos que participan.

Capítulo 4.

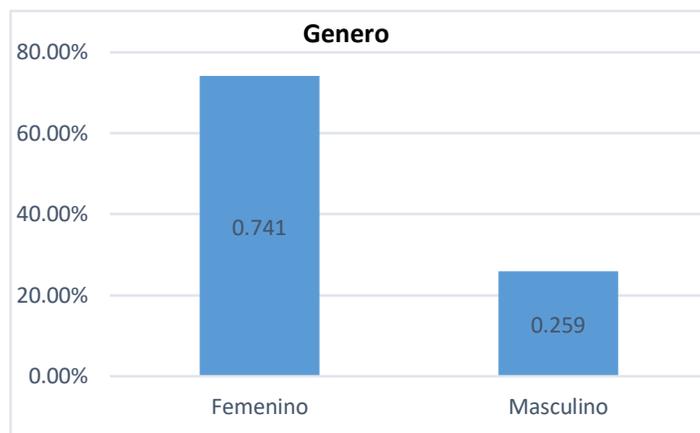
Resultados. 4.1

De las 81 encuestas recolectadas, las edades de los padres de familia fueron variando, donde predominó los 25 años de edad con un porcentaje de 18.5%, siguiendo los (26,28,30,35 años) con un 7.4%, continúa con un 4.9% las edades (24,32,33,38), con un 3.7% los (27,29,34) años de edad, los padres de familia de (20,23,36,37,45) años con un 2.5% y finalizando con un 1.2% los (19,22,41,42,48,66) años de edad.



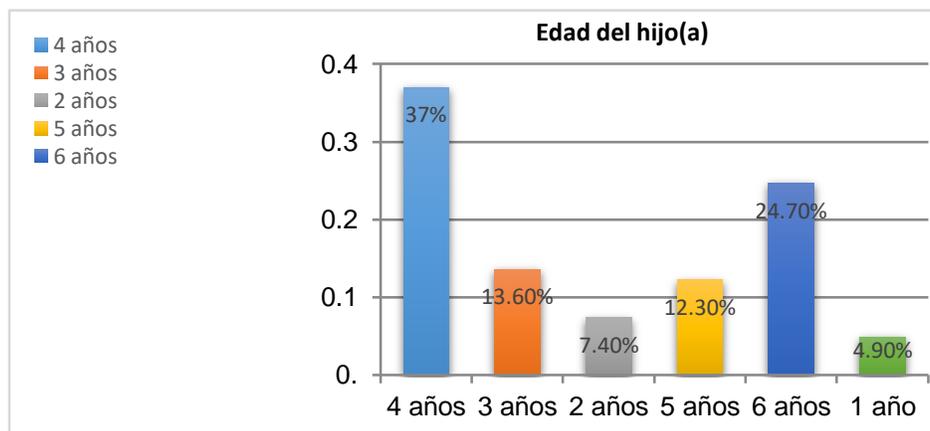
Grafica 1. Edades del padre o tutor.

Un 74.1% de padres que aplicaron la encuesta corresponden al género femenino, y el 25.9% al género masculino. Dando como resultado 60 mujeres y 21 hombres de las 81 encuestas aplicadas.



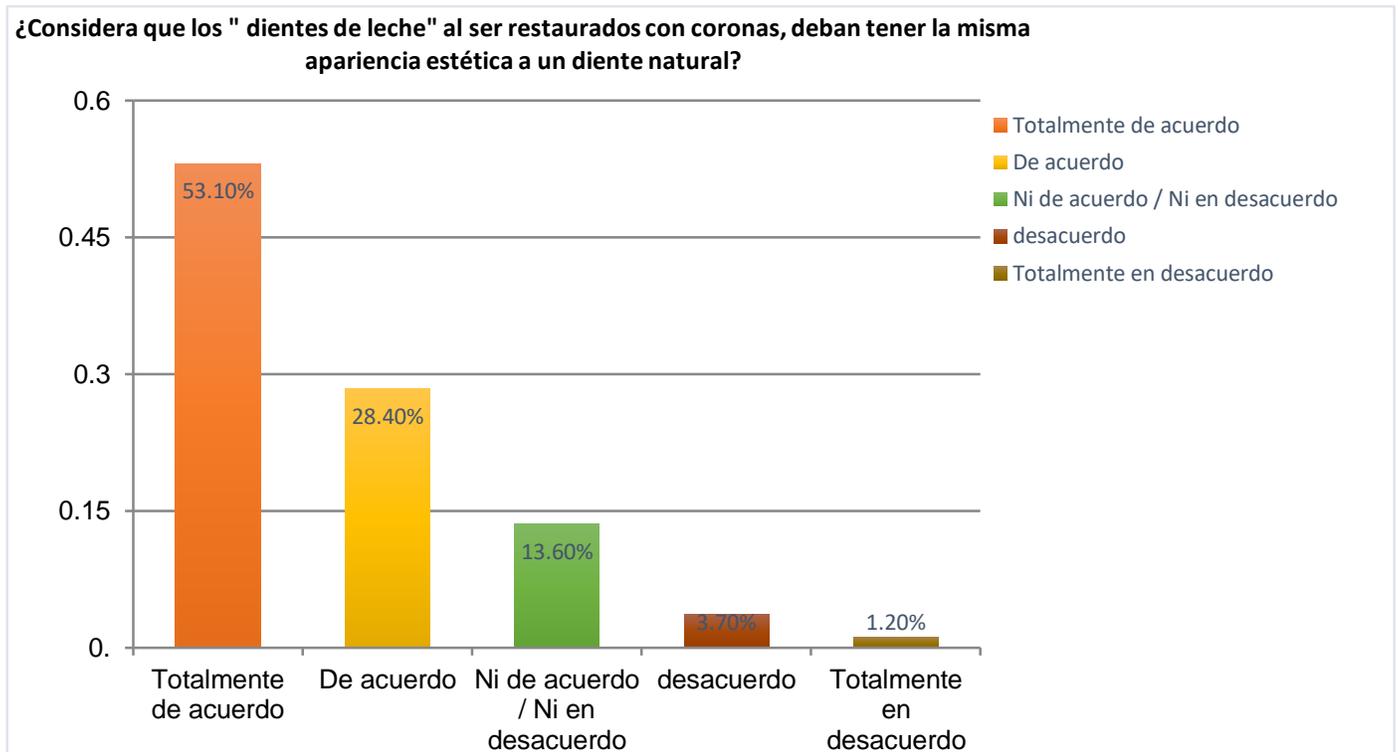
Grafica 2. Genero de padre o tutor.

El 37% de los hijos(as) tienen una edad de 4 años, lo que equivale a 30 niños(as), el 24.7% (20 niños) presentan 6 años el 13.6%(11 niños) de 3 años, el 12.3%(10 niños) de 5 años, el 7.4% (6 niños) de 2 años, y el 4.9%(4 niños) de un 1 año.



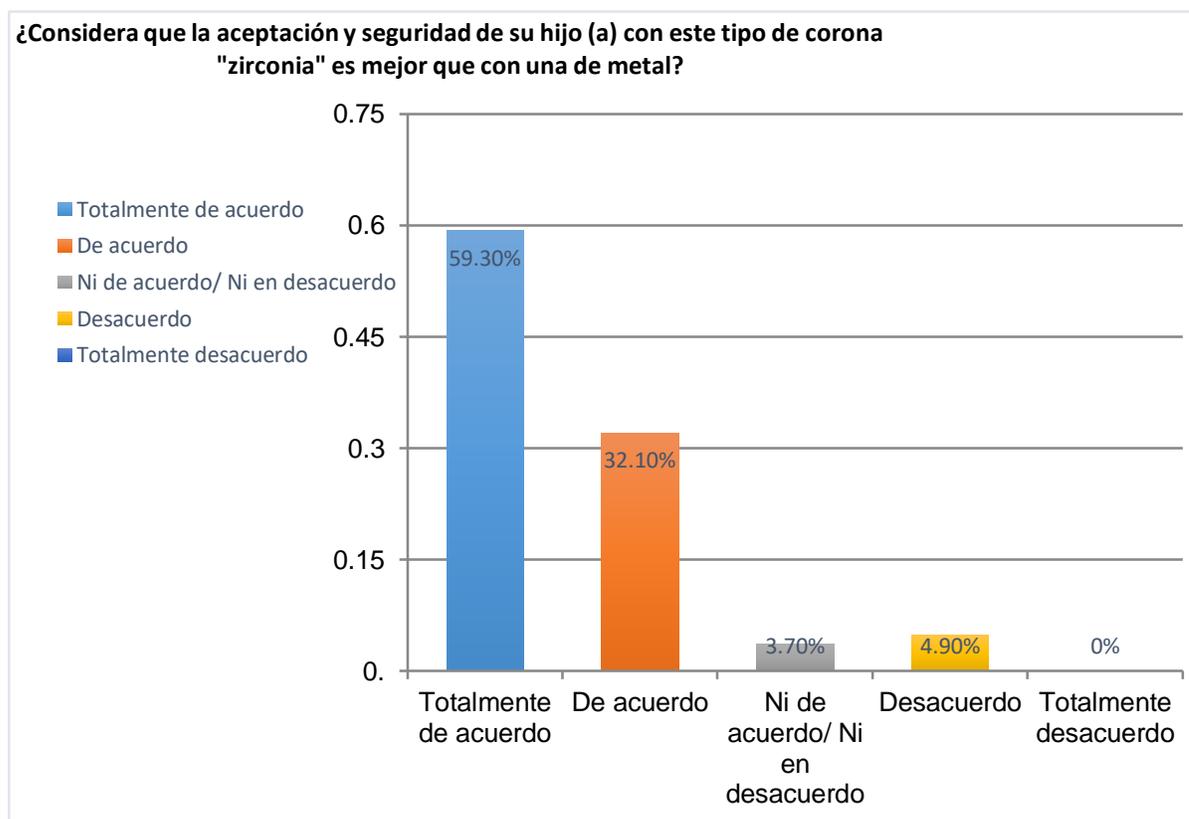
Grafica 3. Edades de los hijos (as).

El 53.1% de padres de familia considera (totalmente de acuerdo) en que los “dientes de leche” al ser restaurados con coronas deben tener la misma apariencia estética a un diente natural, el 28.4% esta (De acuerdo), el 13.6% (ni de acuerdo / ni en desacuerdo), el 3.7% (desacuerdo) y el 1.2% está en (totalmente desacuerdo).



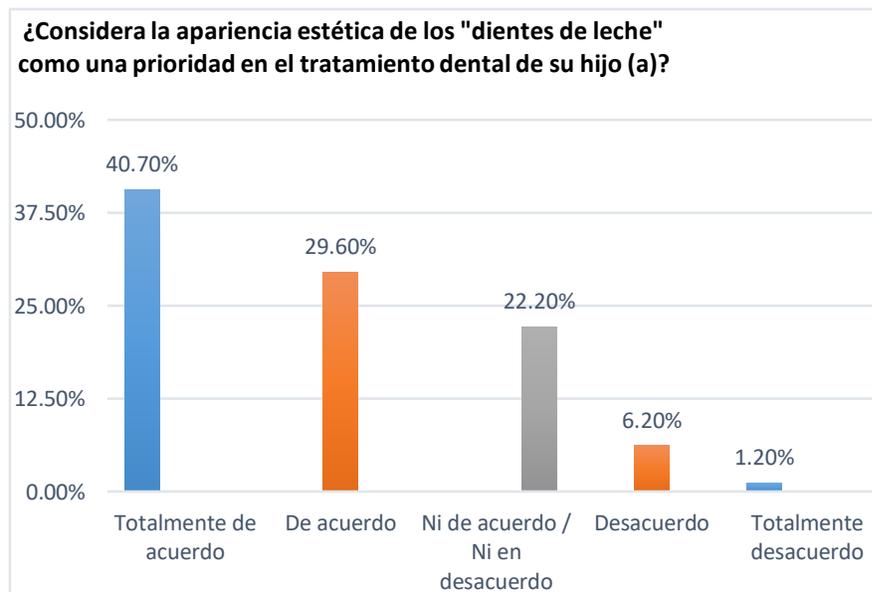
Grafica 4. Se les pregunto al padre o tutor ¿Considera que los " dientes de leche" al ser restaurados con coronas, deban tener la misma apariencia estética a un diente natural?

El 59.3% de los padres de familia considera (totalmente de acuerdo) que la aceptación y seguridad de su hijo (a) con una corona de zirconia es mejor que con una de metal, el 32.1% esta (de acuerdo), el 3.7% (ni de acuerdo / ni en desacuerdo), y por último el 4.9% está en (desacuerdo), ningún padre de familia considera que esta en (totalmente en desacuerdo).



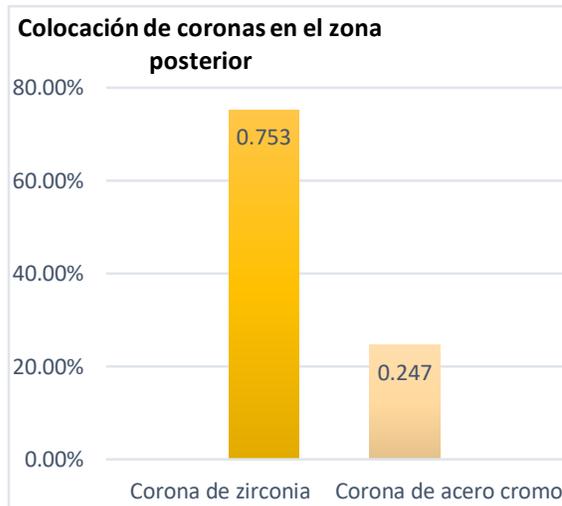
Grafica 5. Se le pregunto al padre o tutor ¿Considera que la aceptación y seguridad de su hijo (a) con este tipo de corona "zirconia" es mejor que con una de metal?

El 40.7% de los padres de familia considera (totalmente de acuerdo) la apariencia estética de los “dientes de leche” como una prioridad en el tratamiento dental de su hijo (a), el 29.6% esta (De acuerdo), el 22.2% (ni de acuerdo / ni en desacuerdo), el 6.2% (desacuerdo) y el 1.2% está en (totalmente desacuerdo).

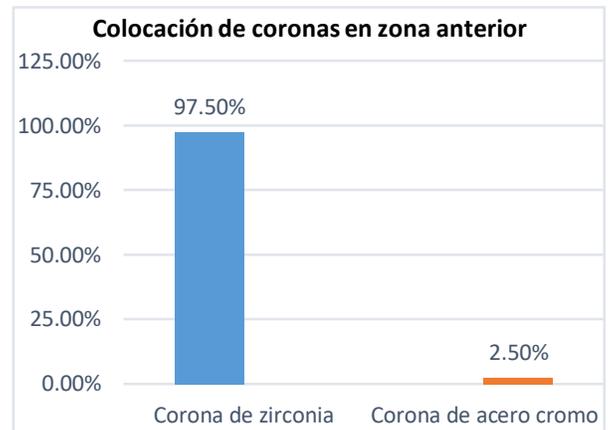


Grafica 6. Se le pregunto al padre o tutor ¿Considera la apariencia estética de los “dientes de leche” como una prioridad en el tratamiento dental de su hijo (a)?

El 97.5 % de padres de familia optaron por colocar una corona de zirconia al ser restaurado un diente en el sector anterior de su hijo(a), el otro 2.5% decidieron la colocación de una corona acero cromo. Por otro lado, el 75.3 % de padres de familia prefieren la colocación de una corona de zirconia en la zona posterior, al momento de ser restaurado un diente de su hijo(a), por lo cual el 24.7% opta por la colocación de una corona de acero cromo.

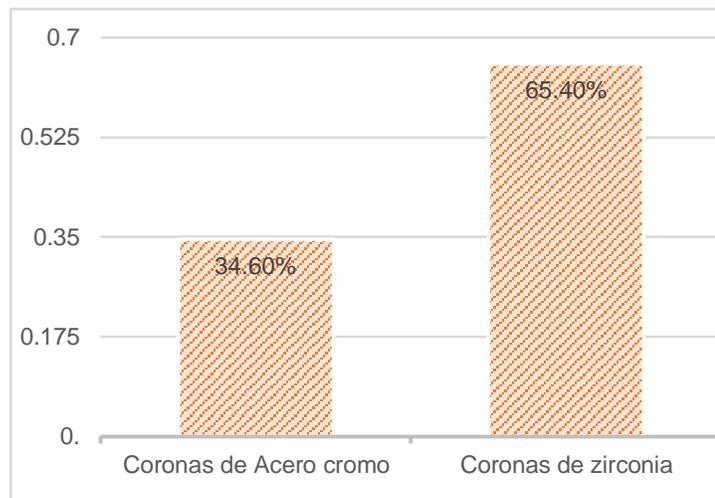


Grafica 7. Tipo de corona que se colocaría en zona posterior.



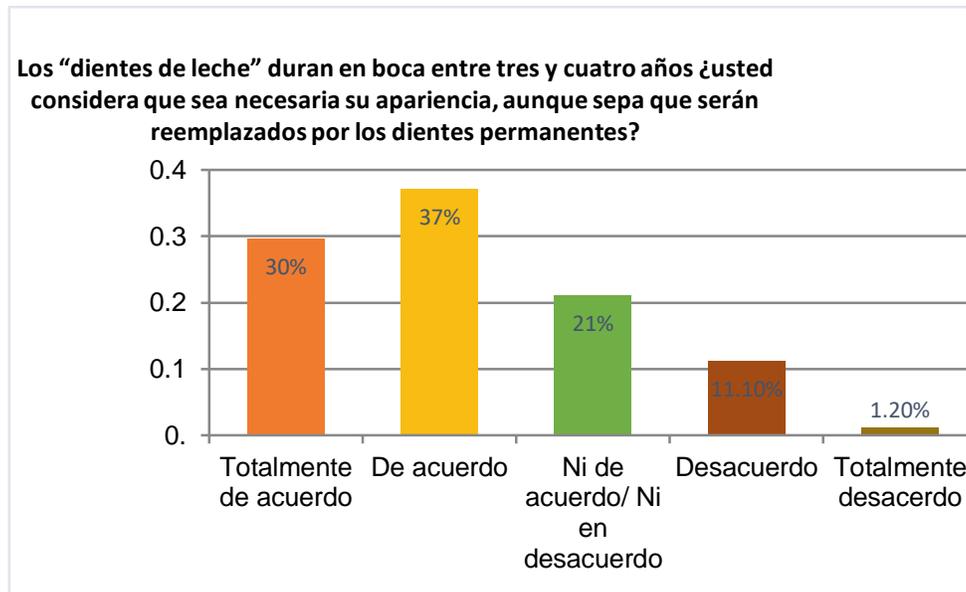
Grafica 8. Tipo de corona que se colocaría en zona anterior.

Se les preguntó a los padres de familia qué tipo de corona (zirconia o acero cromo) prefieren colocar a sus hijos (as) conociendo que las coronas de acero cromo (metálicas) son tres veces más económicas que las coronas de zirconia (color del diente), y cumplen con la función necesaria del diente, el 34.6% eligen la colocación de las coronas de acero cromo y el 65.4% sigue prefiriendo las coronas de zirconia, al restaurar un diente primario de sus hijos(as).



Grafica 9. Las coronas de acero cromo (metálicas) son tres veces más económicas que las coronas de zirconia (color del diente), y cumplen con la función necesaria del diente, Conociendo esto ¿cuál de los dos tipos de corona preferiría que le pusieran a su hijo(a)?

El 37% de los padres de familia considera (De acuerdo) que es necesaria la apariencia estética de los dientes primarios sabiendo que duran en boca entre 3 o 4 años, posteriormente siendo reemplazados por los dientes permanentes. El 29.6% esta (totalmente de acuerdo), el 21% (ni de acuerdo / ni en desacuerdo), el 11.1% está en (desacuerdo), y el 1.2% se considera (totalmente en desacuerdo).



Grafica 10. Se les indico los padres de familia o tutores que respondieran la siguiente pregunta. Los “dientes de leche” duran en boca entre tres y cuatro años ¿Usted considera que sea necesaria su apariencia, aunque sepa que serán reemplazados por los dientes permanentes?

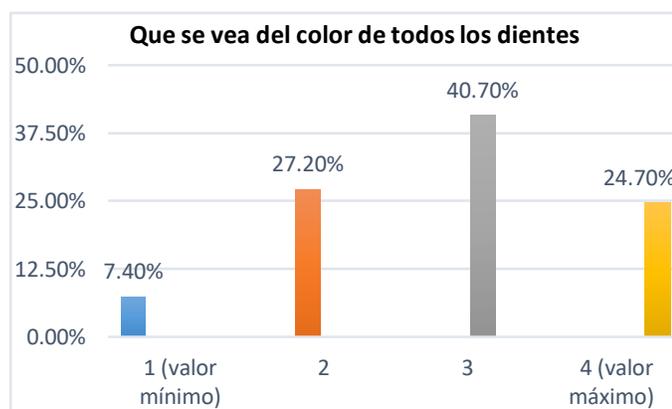
Se les indicó a los padres de familia que calificaran por orden de importancia las características que debe tener una corona que será colocada en un “diente de leche”, considerando 1 como valor mínimo y 4 como el valor máximo.

La primera característica que se pregunto fue “Que mi hijo(a) pueda volver a masticar”. El 82.7% de padres de familia (67) optaron por colocar el número “4” (valor máximo), siguiendo el 8.6% (7 padres) por la casilla del número “2”, el otro 6.2%(5 padres) por la casilla número ”3” y finalizando con el 2.5% (2 padres) por el número “1”, siendo el más bajo de esta característica.



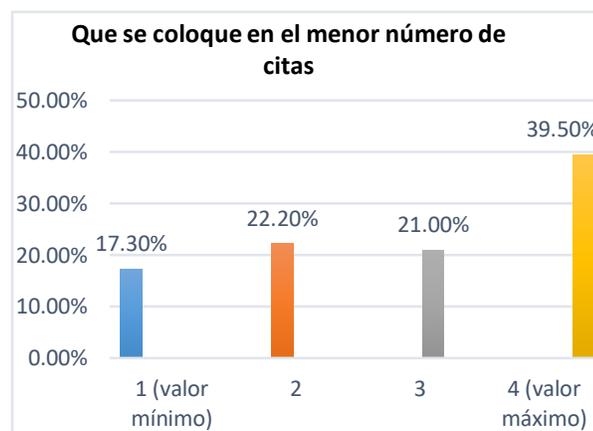
Grafica 11. ¿Que mi hijo (a) vuelva a masticar?

La segunda característica fue “Que se vea del color de todos los dientes”, por lo que el 40.7% (33 padres) colocaron su voto en la casilla número “3”, el 27.2% (22 padres) votaron por la casilla del número “2”, un 24.7% (20 padres) se inclinaron por el valor máximo el número “4”, y por último el 7.4% (6 padres) optaron por el valor mínimo la casilla del número “1”.



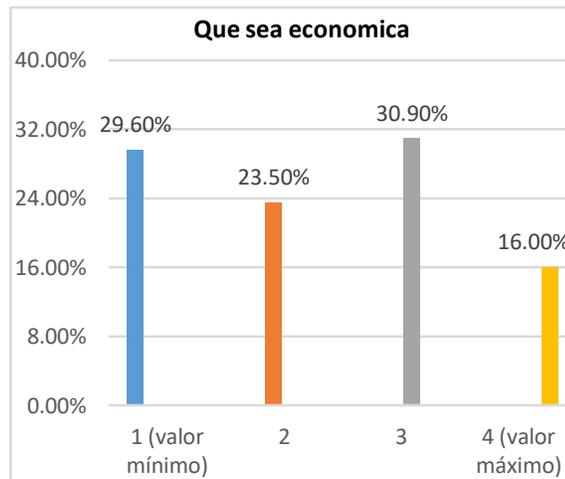
Grafica 12. ¿Que se vea del color de todos los dientes?

La tercera característica es “Que se coloque en el menor número de citas”, el 39.5% de padres de familia optaron por que se coloque en el menor número de citas, colocando su voto en la casilla número “4” (valor máximo), un 22.2% votaron en la casilla número “2”, otro grupo de 17 padres (21%) deciden votar por la casilla número “3”, y por ultimo un grupo menor de 14 padres (17.3) votaron por la casilla número “1” siendo el valor de menos importancia.



Grafica 13. ¿Que se coloque en el menor número de citas?

La cuarta y última característica que se colocó fue “Que sea económica”, en esta característica los porcentajes se equilibran un poco, donde el 30.9% (25 padres) colocaron su voto de importancia en la casilla número “3”, el segundo grupo que lo sigue con un 29.6% (24 padres) decidieron colocar su voto en la casilla número “1” manifestando que el factor económico no es su principal prioridad, el 16% (13 padres) votaron por la casilla número “4”, por ultimo un grupo de 19 padres (23.5%) su voto fue dirigido a la casilla número “2”.



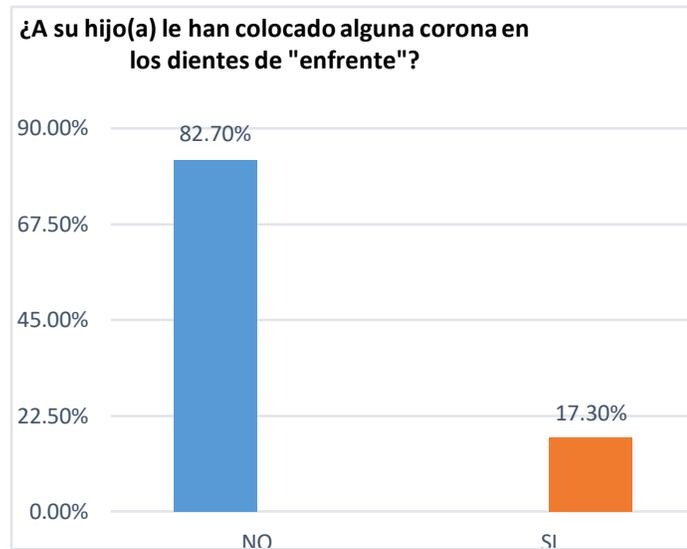
Grafica 14. ¿Que sea económica?

EL 74.1% de padres de familia prefieren la colocación de coronas de zirconia por encima de las coronas de acero cromo con un porcentaje 25.9%, sin importar que la función y rendimiento de una corona “metálica” es igual que el de una de zirconia.



Grafica 15. Considerando que la función y rendimiento de una corona metálica es igual que el de una de zirconia (color del diente) ¿cuál elegiría para el tratamiento de su hijo(a)?.

El 82.7% (67 padres) refieren que a sus hijos (as) no le han colocado coronas de ningún material en la zona anterior, el otro 17.3% (14 padres) refieren lo contrario.

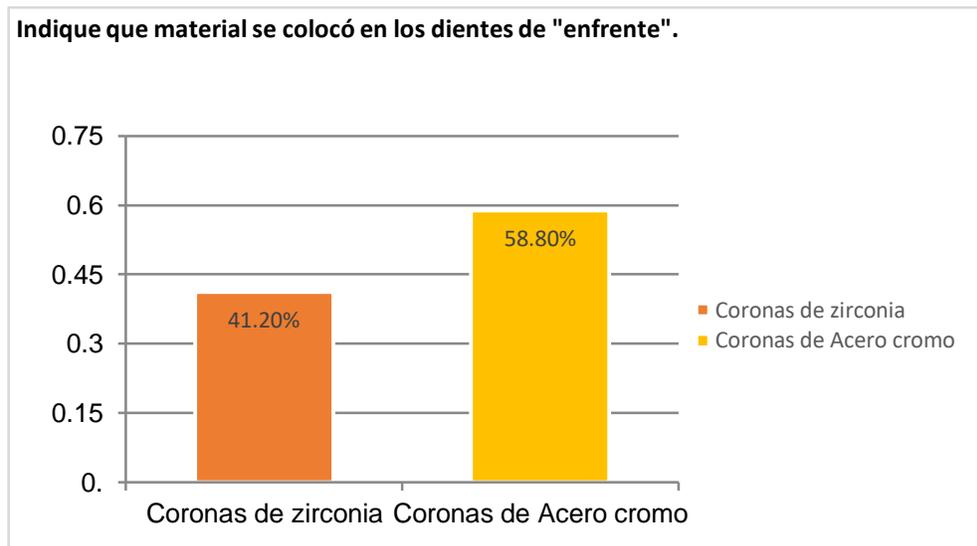


Grafica 16. ¿A su hijo(a) le han colocado alguna corona en los dientes de "enfrente"?

Posteriormente se les indicó a los padres de familia que respondieran las siguientes 5 preguntas en caso de haber contestado "sí" en el reactivo anterior, el grupo de padres de familia que respondieron "no" se les agradeció por su participación y contribución a la investigación, y se les dio por finalizada la encuesta.

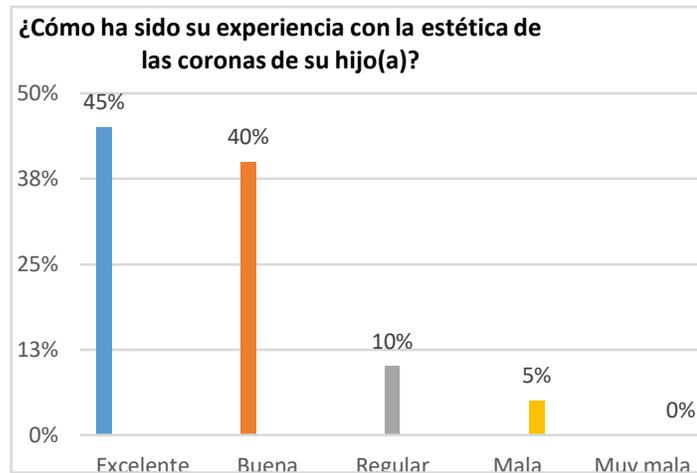
Estos 5 cuestionamientos se colocaron con la finalidad de conocer las experiencias que han vivido los padres de familia con respecto a las coronas pediátricas (zona anterior) de sus hijos(as).

Del 17.3% (14 padres) que respondieron “sí” en el reactivo anterior, el 58.8% de ese porcentaje (10 padres) indican que sus hijos(as) presentan coronas de “Acero cromo” (zona anterior). Por el contrario, el 41.2%(7 padres) refieren coronas de “zirconia”.



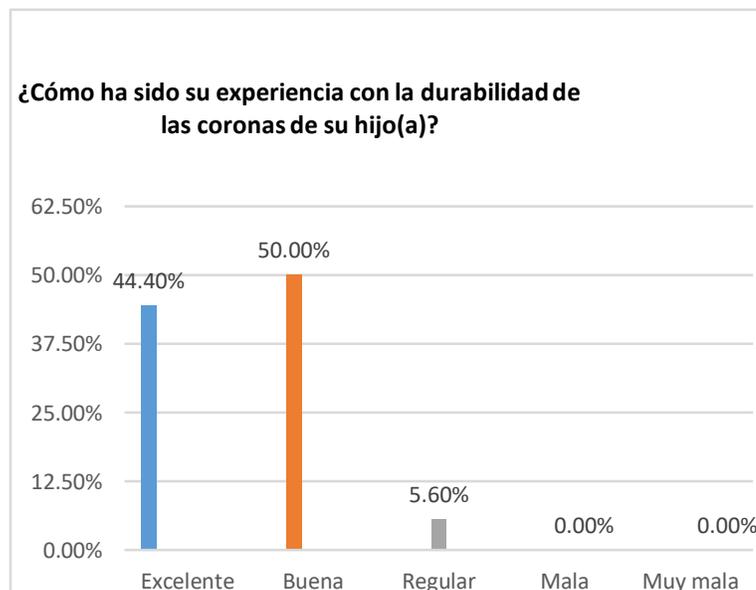
Grafica 17. Indique que material se colocó en los dientes de "enfrente".

Se les cuestionó a los padres de familia como ha sido la experiencia con la estética de las coronas de su hijo(a), un 45%(9 padres) refieren una “Excelente experiencia”, de ahí le sigue un grupo de 8 padres de familia (40%) con una “Buena experiencia”, el 10% (2 padres) indican que han tenido una “Experiencia Regular”, y 5% (1 padre) han vivido una “Mala experiencia”.



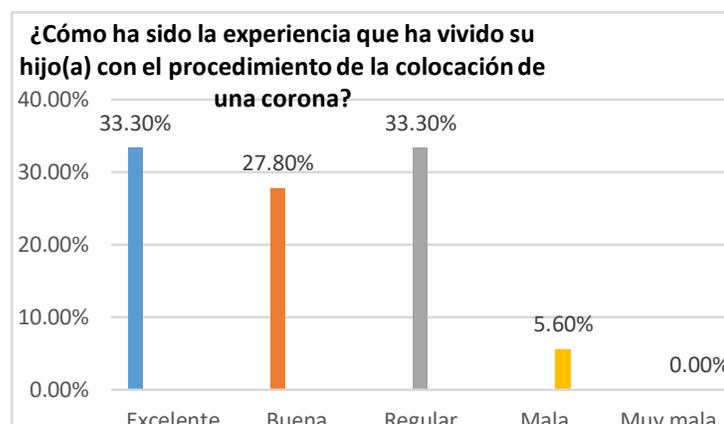
Grafica 18. ¿Cómo ha sido su experiencia con la estética de las coronas de su hijo(a)?

Otro punto que se les cuestionó es la experiencia con la durabilidad de las coronas de su hijo(a). El 50% (9 padres) refieren una “Buena durabilidad”, el 44.4% (8 padres) indican tener una “Excelente durabilidad”, y el 5.6% (1 padre) ha tenido una experiencia “regular” con las coronas de sus hijos (as).



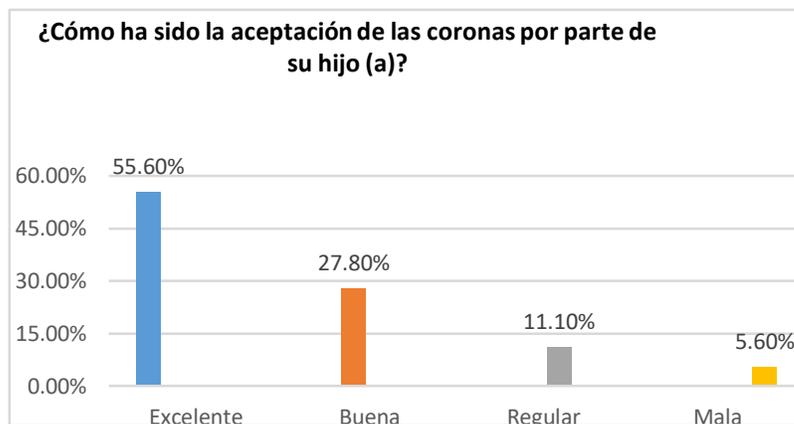
Grafica 19. ¿Cómo ha sido su experiencia con la durabilidad de las coronas de su hijo(a)?

El 33.3% de padres de familia refieren que sus hijos han tenido una “Excelente experiencia” en el procedimiento de la colocación de sus coronas, otro grupo de 6 padres de familia (33.3%) indican una “Regular experiencia” vivida por partes de sus hijos(as), el 27.8% (5 padres) manifiestan que sus hijos(as) vivieron una “Experiencia buena”, y el 5.6% (1 padre) refiere una “Mala experiencia” vivida por parte de su hijo(a).



Grafica 20. ¿Cómo ha sido la experiencia que ha vivido su hijo(a) con el procedimiento de la colocación de una corona?

Por ultimo un 55.5% de padres de familia refiere que su hijo (a) ha tenido una “Excelente” aceptación” de sus coronas (zona anterior), un 27.8% indican una “Aceptación Buena”, el 11.1% una “Regular aceptación”, y el 5.6% de padres refiere una “Mala aceptación” por parte de sus hijos (as).



Grafica 21. ¿Cómo ha sido la aceptación de las coronas por parte de su hijo (a)?

Discusión. 4.2

La demanda de los pacientes por obtener una sonrisa armónica se ha incrementado en los últimos años. La razón de este aumento es la necesidad de tener un rostro agradable a la vista.

Varas (2015) afirma que la apariencia física, desde la marca de ropa que utilizamos hasta el aspecto físico, se considera en la actualidad de gran importancia en la sociedad para conseguir una mejor autoestima y ser aceptado por esta y sus preceptos. (p.359)

Gutiérrez (2012) explica que la estética dental ha tomado importancia entre los pacientes debido a la evolución de los materiales dentales, el marketing, el desarrollo global de la economía, la competencia en los centros de trabajo y la facilidad del tratamiento que se visualizan hacia el exterior, tanto al momento de reír y de hablar, llegando a dar una tranquilidad interna a la persona (p.143).

Encontramos en este estudio que los padres de familia se inclinan más por las restauraciones estéticas, en los dientes primarios de sus hijos, por lo cual se observa y coincide con los autores (Varas y Gutiérrez), donde explican que actualmente la sociedad está empapada de información y publicidad sobre los estereotipos actuales de belleza, que son difundidos por los medios de comunicación, redes sociales, revistas e influencers.

Palma Pinto (2010) comenta que “la percepción estética varía de persona a persona, siendo ésta influenciada por su experiencia personal y entorno” (p.10).

Por otro lado, observamos en este estudio que la mayoría de los padres de familia coinciden en la misma perspectiva de la estética (dental) buscando restauraciones más estéticas y naturales para dientes primarios de sus hijos(as) sin importar en algunas ocasiones su costo.

Según Van der Geld (2009) el término estética dental se debe a Pilkington, quien en 1939 la define como “la ciencia de copiar o armonizar nuestro trabajo con las estructuras dentarias y armónicas circunvecinas resultando un trabajo bello, expresivo e imperceptible”.

Gonzalez, Solorzano, Balda. (1999) refieren que “la Odontología estética puede mejorar la apariencia de la cara a través de procedimientos que día a día ganan más aceptación en la sociedad”.

Observamos que la mayoría de los padres de familia en este estudio, coinciden que, al ser restaurado un diente primario, debe tener la misma apariencia estética a un diente natural, ya que consideran que la estética dental juega un papel importante para la autoestima del niño(a).

Todos estos autores coinciden que la sonrisa es un parte fundamental de la estética facial, siendo así nuestra carta de presentación ante la sociedad, actualmente se vive en un mundo donde la apariencia estética tiende abrir más puertas en la vida social del ser humano, así aumentando los aspectos psicológicos como la autoestima y la aceptación del individuo.

Conclusión. 4.3

Hoy en día se observa que los padres de familia se dejan llevar por los estereotipos estéticos que la sociedad ha impuesto, ya que el mayor porcentaje de padres de familia se inclina por las coronas de zirconia. Consideran que este tipo de coronas presentan una mejor estética y una apariencia más natural a un diente primario, por lo cual algunos padres de familia ven como una prioridad la estética dental de un diente primario ya que consideran que un diente restaurado con una corona de zirconia puede ayudar a un mejor crecimiento y desarrollo psicológico del niño en la sociedad, obteniendo una mejor autoestima y calidad de vida.

No obstante, no todos los padres de familia manejan las mismas prioridades al ser restaurado un diente primario con una corona pediátrica, por lo cual algunos padres se inclinan por devolver la función adecuada en la cavidad oral de sus hijos, que se fue perdiendo por diferentes motivos y factores a través del tiempo.

Algunos padres de familia no consideran el factor económico como principal prioridad al elegir el material para restaurar los dientes de sus hijos, puesto que más allá de la estética buscan en primer lugar devolver el factor funcional de los mismos, así como la optimización de los tiempos de citas. El género femenino se encuentra con mayor prevalencia en la encuesta aplicada lo cual nos da a entender que las madres de familia están más pendiente de las restauraciones en los dientes primarios de sus hijos.

Anexos. 4.4

Encuesta.4.4.1

<p>Perspectiva de la estética dental infantil por parte de los padres.</p> <p>Esta encuesta ha sido aprobada y validada por académicos de la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES UNAM). Con el fin de conocer la perspectiva de los padres acerca de la estética dental infantil de sus hijos(as) en la actualidad.</p>	
<p>Estoy consciente y de acuerdo en participar voluntariamente, sabiendo que es totalmente confidencial y que la información recolectada será aplicada para futuros estudios académicos de la (ENES UNAM), respetando la privacidad de mis datos, y sin fines de lucro.</p>	<p>-Si estoy de acuerdo</p> <p>-No estoy de acuerdo</p>
<p>Información del padre o tutor (a)</p>	
<p>Edad</p>	
<p>Sexo</p>	<p>-Femenino</p>

	-Masculino
Edad de su hijo(a)	
Las siguientes preguntas son relacionadas con las restauraciones de los dientes de leche o temporales de su hijo(a). Favor de responder las siguientes preguntas.	
<p>Introducción.</p> <p>Las coronas pediátricas son restauraciones permanentes en los dientes de leche, llegando a ser una excelente solución para aquellos dientes que se encuentran parcialmente destruidos.</p>	
1.- ¿Considera que los “dientes de leche” al ser restaurados con coronas, deban tener la misma apariencia estética a un diente natural?	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo. • De acuerdo • Ni de acuerdo /Ni en desacuerdo • Desacuerdo • Totalmente desacuerdo

<p>2.- ¿Considera que la aceptación y seguridad de su hijo (a) con este tipo de corona “zirconia” es mejor que con una de metal? Figura (12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo. • De acuerdo • Ni de acuerdo /Ni en desacuerdo • Desacuerdo • Totalmente desacuerdo
<p>3.- ¿Considera la apariencia estética de los dientes de leche como una prioridad en el tratamiento dental de su hijo (a)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo. • De acuerdo • Ni de acuerdo /Ni en desacuerdo • Desacuerdo • Totalmente desacuerdo
<p>4.- De los materiales que se presentan a continuación ¿Cuál preferiría para restaurar los dientes “de enfrente” de su hijo(a)? Figura (13)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acero Cromo (metálica) • Zirconia (color del diente)

<p>5.-De los materiales que se presentan a continuación ¿cuál preferiría para restaurar las muelas de su hijo(a)? Figura (14)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zirconia (color del diente) • Acero Cromo (metálica)
<p>6.- Las coronas de acero cromo (metálicas) son tres veces más económicas que las coronas de zirconia (color del diente), y cumplen con la función necesaria del diente, Conociendo esto ¿cuál de los dos tipos de corona preferiría que le pusieran a su hijo(a)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acero Cromo (metálica) • Zirconia (color del diente)
<p>7.-Los “dientes de leche” duran en boca entre tres y cuatro años ¿usted considera que sea necesaria su apariencia, aunque sepa que serán reemplazados por los dientes permanentes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo. • De acuerdo • Ni de acuerdo /Ni en desacuerdo • Desacuerdo • Totalmente desacuerdo
<p>8.-Califique en orden de importancia, las características que debe tener una corona que será colocada en un “diente de leche”, considerando 1</p>	

<p>como el valor mínimo y 4 como el valor máximo.</p> <p>Favor de no repetir el mismo número en las 4 siguientes preguntas. Figura (15)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Que mi hijo(a) pueda volver a masticar. 	<p>Valor mínimo -1. -2.-3.-4. Valor máximo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Que se vea de color de todos los dientes. 	<p>Valor mínimo -1. -2.-3.-4. Valor máximo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Que se coloque en el menor número de citas. 	<p>Valor mínimo -1. -2.-3.-4. Valor máximo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Que sea económica. 	<p>Valor mínimo -1. -2.-3.-4. Valor máximo</p>
<p>9.-Considerando que la función y rendimiento de una corona metálica es igual que el de una de zirconia (color del diente) ¿cuál elegiría para el tratamiento de su hijo(a)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acero Cromo (metálica) • Zirconia (color del diente)

<p>10.- ¿A su hijo(a) le han colocado alguna corona en los dientes de "enfrente"?</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
<p>Si su respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, por favor conteste las siguientes cinco preguntas.</p> <p>En caso contrario, omítalas y le agradecemos su participación y contribución con esta investigación</p>	
<p>11.- Indique que material se colocó en los dientes de "enfrente".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acero Cromo (metálica) • Zirconia (color del diente)
<p>12.- ¿Cómo ha sido su experiencia con la estética de las coronas de su hijo(a)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Buena • Regular • Mala • Muy mala

13.- ¿Cómo ha sido su experiencia con la durabilidad de las coronas de su hijo(a)?	<ul style="list-style-type: none">• Excelente• Buena• Regular• Mala• Muy mala
14.- ¿Cómo ha sido la experiencia que ha vivido su hijo(a) con el procedimiento de la colocación de una corona?	<ul style="list-style-type: none">• Excelente• Buena• Regular• Mala• Muy mala
15.- ¿Cómo ha sido la aceptación de las coronas por parte de su hijo (a)?	<ul style="list-style-type: none">• Excelente• Buena• Regular• Mala• Muy mala

Agradecemos tu valiosa participación y contribución. Muchas Gracias!



Ilustración 12. Coronas de zirconia, Fuente https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2019/11/04_REV_337_Pi%C3%B1al_191121.pdf



Ilustración 13 Coronas en sector anterior. Fuente propia (coronas de acero cromo) y fuente (coronas de zirconia) https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2019/11/04_REV_337_Pi%C3%B1al_191121.pdf



Ilustración 15. Coronas en sector posterior.
 Fuente
https://www.todopuebla.com/social_events/social/18681

• Que mi hijo(a) pueda volver a masticar. *

1 2 3 4

Valor mínimo Valor máximo

• Que se vea de color de todos los dientes. *

1 2 3 4

Valor mínimo Valor máximo

• Que se coloque en el menor número de citas. *

1 2 3 4

Valor mínimo Valor máximo

• Que sea económica. *

1 2 3 4

Valor mínimo Valor máximo 

Ilustración 14. Ejemplo de reactivo 8.
 Fuente propia

Referencias. 4.5

1. Barberia Leache, E. (2005). Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Ripano.
2. Barberia Leache, E. y Boj Quesada, J, R. (2002). Odontopediatria (2 edición). Masson
3. Boj, J, R., Catala, M., García-Ballesta, C., Mendoza, A. (2004). Odontopediatria. Elsevier Masson.
4. De Rábago Vega, J. y Tello Rodríguez, A, I. (2005) Carillas de porcelana como solución estética en dientes anteriores: informe de doce casos. Revista scielo. 10(3):273-282.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1138-123x2005000300003
5. Echeverri, D, M. y Garzón, H. (2013). Cementación de estructuras para prótesis parcial fija en zirconia. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 24(2): 321-335.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v24n2/v24n2a11.pdf>
6. Escobar, F. (2012). Odontología pediátrica. Ripano.

7. Garbin, A. Saliba, C, A. Pantaleão, M, R. (2007). Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el municipio de Cáceres, Brasil. Revista Cubana Estomatológica. On-line issn 1561-297x.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7507200700010000.

8. Gonzalez Blanco, O., Solorzano Pelaez, A, L. y Balda Zavarce, R. (1999). Estética en odontología parte II papel de los principios estéticos en la odontología. Acta Odontológica Venezolana.

https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/3/estetica_odontologia_papel_principios_esteticos.asp

9. González Romero, F, A. (2013). La belleza física desde los medios de comunicación. Revista virtual la 39.

<http://revistavirtualla39.blogspot.com/2013/06/articulos-la-belleza-fisica-desde-los.html>

10. Guerra, M, E., Medina, A, C., Carrasco, W. y Albornoz, E. (2013). Maloclusiones en dentición mixta en un grupo de niños venezolanos VIH/sida. Revista de Odontopediatria Latinoamericana.

<https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2013/2/art-5>

11. Gutiérrez, V, F. (2012). La estética dental en niños. Revista Estomatológica Herediana.

<https://www.redalyc.org/pdf/4215/421539372001.pdf>

12. Kammann, M, A. y Quirós, O. (2013). Análisis facial en ortodoncia interceptiva. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria.

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-19>

13. Kopel, H, M. y Beaver H, A. (1967) Comprehensive restorative procedures for primary anteriors. J Dent Child;34(5):412-23.

14. Llorca, C. y Márquez, M. (2017) Evolución y análisis del canon de belleza aplicado a la moda.

<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/63384/Evoluci%C3%B3n%20y%20an%C3%A1lisis%20del%20canon%20de%20belleza%20aplicado%20a%20la%20Moda.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Madrigal, D. Viteri, E, M., Romero, M, R., Colmenares, M, M., Suárez, A. (2014).

Factores predisponentes para la inflamación gingival asociada con coronas de acero en dientes temporales en la población pediátrica. Revisión sistemática de la literatura. Rev Fac Odontol Univ Antioq; 26(1): 152-163.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v26n1/v26n1a10.pdf>

16. McDonald, R. y Avery, D. (2014). odontología para el niño y el adolescente. Amolca.

17. Medina, A, C. (2007). Coronas en dientes primarios. Uvc.

http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Coronas_y_Puentes/resumen_coronas_en_od_pediatria.pdf

18. Mink, R, J. (1973) Crowns for anterior primary teeth. Dent Clin North Am; (17): 85-92.

19. Morejón, H, P. y Núñez. P. (2009). La belleza a través de la historia y su relación con la estomatología. Revista habanera ciencias médicas.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1729-519x2009000400022.

20. Noriega, M, J. y Karakowsky, I. (2009). Caries de la infancia temprana. Perinatología y reproducción humana.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip092g.pdf>

21. Palma Pinto, C, P. (2010). Análisis de la percepción estética de la sonrisa. Universidad de Chile Facultad de Odontología.

<file:///C:/Users/sandr/Downloads/An%C3%A1lisis%20de%20la%20percepci%C3%B3n%20est%C3%A9tica%20de%20la%20sonrisa.pdf>

22. Piconi, C., Maccauro, G. (1999). Zirconia as a ceramic biomaterial. *Biomaterials.*; 20: 1-25.

23. Pimentel, E, B., Trejo, P. y De león, C, S. (2009). Coronas de acero-cromo ceramizadas (Art-glass®) como una alternativa para la restauración de dientes temporales anteriores. caso clínico. *Revista estomatológica.* 17(1):26-29.

<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/2373/Coronas%20de%20acero%20cromo%20ceramizadas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Pimentel, J., Salazar, A. (2015) Zirconia para rehabilitación completa maxilar sobre implantes. *Revista odontológica mexicana.*19(1): 43-47.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/rom/v19n1/v19n1a7.pdf>

25. Pineda-Molinero, E. y Soto-Flores, M. (2018). Coronas de zirconia: una opción de tratamiento para molares primarios con hipomineralización. *Revista Oral.* 19(59): 1581-1585.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2018/ora1859g.pdf>

26. Planas, P. (2001). *Rehabilitación neuro-oclusal (RNO) 2 edición.* Amolca

27. Ramírez Mendoza, J., Bulnes López, R, M, Guzmán León, C, R. (2011). Características y alteraciones de la oclusión en la dentición primaria en preescolares de 3 a 6 años en tabasco, México. *Odontol Pediatr* Vol. 10 N° 1.

<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v10n1/a1.pdf>

28. Ramírez Peña1, H, A., Rangel Padilla, E, E., Martínez-Menchaca, H, R., Rivera Silva, G., Arredondo Campo, G., Natalia Barba Borrego, N., Israel Martínez, G. y Valencia Hitte, R. (2017). Evaluación estética de seis tipos de coronas para dientes primarios. *Revista de odontopediatría latinoamericana*.

<https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/1/art-2/>

29. Rojas Reynoso, A. y Gasca Argueta, G. (2014). Coronas estéticas de nano-resina híbrida en dientes temporales. reporte de caso. *Revista odontológica mexicana* vol.18 no.4

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1870-199x2014000400007

30. Rosa, M. (2003). Tratamiento precoz del apiñamiento dental en dentición mixta: procedimiento de intervención no habituales sin tocar los dientes permanentes. *Revista de Especialidad Ortodoncia*.

http://www.revistadeortodoncia.com/files/2003_33_3_203-214.pdf

31. Serna, C., Silva, R. (2005). Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la ciudad de México. Revista Asociación Dental Mexicana. Vol. LXII, No. 2.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2005/od052b.pdf>

32. Torre, M. (2009). Desarrollo de la dentición. la dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23>.

33. Valenzuela, E. y Parés, G. (2008). Restauración de dientes anteriores primarios: nueva técnica de aplicación clínica para la fabricación de coronas de acero cromo con frente estético. Revista odontológica mexicana vol. 12, núm. 2.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2008/uo082e.pdf>

34. Van der Geld, P. et al., 2009. Smile Attractiveness.

<http://www.angle.org/doi/abs/10.2319/082606-349>

35. Varas, P, A. (2015). Consideraciones estéticas en operatoria dental en Barrancos Mooney (5° edición), Operatoria Dental Avances Clínicos, Restauraciones y Estética. (cap. 20, pp. 359-375). Panamericana.

36. Vilarrubí, A. Pebé, P. Rodríguez, A. (2011). Prótesis fija convencional libre de metal: tecnología cad cam-zirconia, descripción de un caso clínico. Odontoestomatología / Vol. XIII. N° 18 /

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ode/v13n18/v13n18a03.pdf>

37. Villalobos, P., Mendoza, R., Yamamoto, A. y Alvear, C. (2017). Uso de coronas de zirconio en el tratamiento de caries de la infancia temprana. Revista Oactiva UC Cuenca. vol. 2, no. 2, pp. 23-30

<http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/127/203>

38. Webber, D, L., Epstein, N, B., Wong, J, W., Tsamtsouris, A. (1979). A method of restoring primary anterior teeth with the aid of a celluloid crown form and composite resins. *Pediatr Dent*; 1(4):244–6.

39. Zamor. E., Zamora. J., Medrano, D. (2006). Análisis de dentición mixta. Ripano.

