



Universidad Michoacana de San
Nicolás de Hidalgo



ESENCIALUD

Ciencias de la Salud

Facultad de Odontología



Julio-Diciembre 2026

Año 2 / Número 3

Morelia, Michoacán, México

Explorando las Ciencias de la Salud



ESENCIALUD

Ciencias de la Salud



Revista editada por la Facultad de Odontología
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Directorio

Dra. Yarabí Ávila González

Rectora

Dr. Javier Cervantes Rodríguez

Secretario General

Dr. Antonio Ramos Paz

Secretario Académico

Mtro. José César Macedo Villegas

Secretario Administrativo

Dr. Miguel Ángel Villa Álvarez

Secretario de Difusión Cultural y Extensión
Universitaria

Mtro. Jorge Alberto Manzo Méndez

Secretario Particular

Dr. Jaime Espino Valencia

Coordinador de la Investigación Científica

Directora Facultad de Odontología
Dra. Karina Fernández Chávez

Editora en Jefe
Dra. Gabriela López Torres
Facultad de Odontología

Comité Editorial
Dra. Berenice Alcalá Mota Velasco
Facultad de Odontología, UMSNH
Morelia, Michoacán

Dr. Roberto Oropeza Tena
Facultad de Psicología, UMSNH
Morelia, Michoacán

Dra. María de Jesús Ruíz Recéndiz
Facultad de Enfermería, UMSNH
Morelia, Michoacán

Dr. Alan Fabricio Cano Méndez
Facultad de Enfermería, UMSNH
Morelia, Michoacán

Dra. Ana Bertha Rodríguez Medina
Facultad de Salud Pública y Enfermería, UMSNH
Morelia, Michoacán

Dra. María Cristina Sifuentes Valenzuela
Facultad de Odontología, UNAM
Ciudad de México

Dra. Elba Andrea Falcón Ruíz
Universidad Virtual de Michoacán, UNIVIM
Morelia, Michoacán

Dr. José Manuel Herrera Paredes
Universidad de Guanajuato
Guanajuato, Guanajuato.

Dr. Homero Ramírez González
Hospital Regional
Uruapan, Michoacán

Dra. Edith López Ramírez
Facultad de Ciencias Médicas, BUAP
Puebla, Puebla

Dra. Paola Berenice Mass Sánchez
Hospital Universitario de Colonia, Uniklinik Köln
Renania del Norte- Westfalia, Alemania

Dra. Ruth Georgina Falcón Ruíz
IMSS
León, Guanajuato

Mtra. Karina Cortés Melchor
Facultad de Psicología, UMSNH
Morelia, Michoacán

ESENCIALUD, Revista de Divulgación de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA de la UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO, Año 2 No. 3, julio-diciembre 2026, es una publicación semestral editada por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a través de la Facultad de Odontología, Av. Ventura Puente esquina con Adolfo Cano S/N, Colonia Chapultepec Norte C.P. 58010, 443 312 78 70, revistaesencialud@umich.mx. Editora en jefe: Gabriela López Torres. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2024-083011025200-102, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Avenida Ventura Puente esquina con Adolfo Cano S/N, C.P. 58010, Tel. (443) 312 78 70. Responsable de la última actualización de este Número, Facultad de Odontología, Dra. Gabriela López Torres, fecha de última modificación, julio del 2026. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja en modo alguno el punto de vista del Editor, la Revista o de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Se permite la reproducción, publicación, transmisión, difusión en cualquier modo o medio de cualquier parte del material contenido en el archivo, sin alterar o modificar el original, con fines de referencia y/o reproducción, académicos o educativos, sin fines de lucro, citando la fuente de referencia y otorgando el crédito correspondiente al autor y al editor. Sitio implementado por el equipo de la Facultad de Odontología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo sobre la plataforma OJS3/PKP

Contenido

MICROFILTRACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA: UN PROBLEMA SILENCIOSO	5
DEL MIEDO AL BIENESTAR ¿CAMBIA TU EXPERIENCIA EN EL DENTISTA?	11
LA SEGUNDA OPORTUNIDAD DE LOS DIENTES	16
EL MISTERIO DEL RUIDO NOCTURNO: EFECTO DEL BRUXISMO EN NIÑOS.	22
DISPLASIA ECTODÉRMICA: UNA CONDICIÓN POCO COMÚN QUE ALTERA LA VIDA	27
VIDEOJUEGOS Y ESTRÉS DENTAL: LO QUE TODO PADRE DEBE SABER	32
UNA SONRISA QUE TRANSFORMA LA MANERA DE VERTE	38

Presentación

Con gran entusiasmo presentamos el tercer número de Esencialud, revista digital de divulgación de la Facultad de Odontología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. En esta edición reafirmamos nuestro compromiso de compartir el conocimiento como una herramienta para acercar la odontología a estudiantes, profesionales de la salud y público en general, promoviendo una cultura de prevención, actualización y bienestar.

La odontología contemporánea evoluciona de manera constante, impulsada por los avances científicos, el desarrollo tecnológico y una visión cada vez más integral del paciente. Hoy, la práctica odontológica busca prevenir y tratar enfermedades para mejorar la calidad de vida de las personas, comprender los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la salud bucal, e incorporar estrategias innovadoras que permitan ofrecer tratamientos más conservadores, eficaces y humanizados. Bajo esta perspectiva, los artículos que conforman este número abordan diversas áreas del conocimiento odontológico, mostrando la amplitud y el impacto que esta disciplina tiene en la sociedad.

Iniciamos esta edición con "Microfiltración en odontopediatría: un problema silencioso", es un trabajo que analiza uno de los factores que con mayor frecuencia comprometen el éxito de las restauraciones en pacientes pediátricos. El artículo destaca la importancia del sellado marginal, la adecuada selección de materiales restauradores y el dominio de las técnicas clínicas para favorecer tratamientos más duraderos y reducir el riesgo de complicaciones futuras.

Posteriormente, "Del miedo al bienestar: ¿Cambia tu experiencia en el dentista?" nos invita a reflexionar sobre uno de los mayores retos en la atención odontológica: el miedo y la ansiedad que experimentan muchos pacientes durante la consulta. A través de un enfoque centrado principalmente en la odontopediatría, se presentan estrategias de manejo conductual que contribuyen a generar experiencias más positivas y fortalecer la relación de confianza entre el profesional de la salud y el paciente.

La tercera contribución, "La segunda oportunidad de los dientes", presenta una visión actual de la endodoncia regenerativa, una de las áreas de mayor desarrollo en la odontología moderna. El artículo explica cómo los avances en biología pulpar e ingeniería tisular están permitiendo favorecer la regeneración de los tejidos dentales y ofrecer nuevas alternativas para conservar dientes que, hace apenas algunos años, presentaban un pronóstico poco favorable.

"El misterio del ruido nocturno: efecto del bruxismo en niños" revisa esta condición frecuente durante la infancia, describiendo sus principales causas, manifestaciones clínicas y opciones de tratamiento, al tiempo que resalta la importancia de un diagnóstico oportuno y de un abordaje integral.

De manera complementaria, "Displasia ectodérmica: una condición poco común que altera la vida" acerca al lector a una enfermedad genética poco frecuente, enfatizando la necesidad de un diagnóstico temprano y de la participación coordinada de distintas especialidades para mejorar la calidad de vida de quienes la presentan.

Continuando con esta diversidad temática, "Videojuegos y estrés dental: lo que todo padre debe saber" explora la influencia que el uso excesivo de videojuegos puede tener sobre la salud bucal de niños y adolescentes, particularmente en relación con el bruxismo y otros hábitos que afectan el bienestar general.

Finalmente, cerramos esta edición con "Una sonrisa que transforma la manera de verte", un artículo que nos recuerda que la salud bucal trasciende el ámbito clínico, al influir directamente en la autoestima, la confianza, las relaciones sociales y la calidad de vida de las personas.

Esperamos que esta nueva edición de Esencialud contribuya a fortalecer el interés por la investigación, la prevención y la educación en salud bucal, acercando información científica confiable a nuestros lectores mediante un lenguaje claro y accesible. Expresamos nuestro sincero agradecimiento a los autores, revisores y colaboradores que hicieron posible este número, así como a todos nuestros lectores por acompañarnos en el propósito de seguir construyendo un espacio de divulgación científica al servicio de la comunidad y de la sociedad.

Dra. Gabriela López Torres
Editora en Jefe

MICROFILTRACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA: UN PROBLEMA SILENCIOSO

Kassandra Ishah-Betel Zapiain Merino
José Herrera Camacho

Recibido 14 abril, 2026.

Aceptado 9 junio, 2026.

Publicado 01 julio, 2026.

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo analizar la evidencia científica disponible sobre la microfiltración marginal en restauraciones realizadas con ionómeros de vidrio utilizados en odontopediatría. Para ello, se revisó literatura científica publicada en los últimos años, enfocándose en estudios que evaluaron el comportamiento clínico y su capacidad de sellado.

El propósito de esta revisión es ofrecer al odontólogo una visión actualizada sobre las características de los distintos ionómeros de vidrio, sus ventajas, limitaciones y desempeño frente a la microfiltración marginal, con el fin de contribuir a una mejor toma de decisiones durante el tratamiento restaurador de pacientes pediátricos. En odontopediatría, lograr un sellado adecuado entre el diente y la restauración es fundamental para el éxito del tratamiento. Los dientes temporales presentan características particulares, como menor grado de mineralización y una estructura más

porosa, lo que facilita la aparición y progresión de caries. A esto se suman factores como el consumo frecuente de azúcares y la dificultad para mantener un buen aislamiento adecuado durante la atención de pacientes infantiles, lo cual puede comprometer la calidad de las restauraciones.

Cuando este sellado no es adecuado, puede ocurrir microfiltración, entendida como el paso de bacterias, fluidos y restos de alimentos entre el diente y el material restaurador. Esta situación puede derivar en complicaciones como caries recurrente, sensibilidad postoperatoria o incluso el fracaso de la restauración.

Por ello, es indispensable que el odontopediatra domine las técnicas clínicas adecuadas para reducir riesgos y mejorar los resultados a largo plazo.

Palabras clave: microfiltración marginal, restauraciones, odontopediatría.

INTRODUCCIÓN

La microfiltración marginal continúa siendo uno de los principales desafíos en odontología restauradora, debido a su asociación con caries secundaria, sensibilidad postoperatoria y fracaso de las restauraciones. En odontopediatría, la selección de materiales con adecuada capacidad de sellado resulta especialmente importante

para preservar la integridad de los dientes temporales y prolongar la vida útil de los tratamientos restauradores. Los ionómeros de vidrio han sido ampliamente utilizados gracias a su adhesión química al tejido dental y a su capacidad de liberar flúor. Sin embargo, no todos los materiales presentan el mismo comportamiento frente a la microfiltración.

Por ello, resulta relevante analizar la evidencia científica disponible sobre el comportamiento de los distintos ionómeros de vidrio frente a la microfiltración, con el fin de proporcionar información que contribuya a una selección más fundamentada de los materiales restauradores en odontopediatría.

La importancia del sellado marginal en odontopediatría

Los dientes de los niños son diferentes a los de los adultos: son más frágiles, contienen más agua y tienen una estructura que los hace más propensos a desarrollar caries. A esto se suma que, en la infancia, el consumo de azúcares suele ser mayor y, en muchas ocasiones, es difícil lograr que el paciente coopere completamente durante el tratamiento dental.

Por esta razón, cuando se realiza una restauración, no solo importa que el diente se vea bien o pueda masticar correctamente, sino que exista un buen sellado entre el diente y el material colocado. Si este sellado falla, pueden aparecer pequeñas

filtraciones que permiten la entrada de bacterias y restos de alimentos, lo que aumenta el riesgo de nuevas caries y del fracaso del tratamiento (Castro, 2002).

¿Por qué ocurre la microfiltración?

Hay varias razones por las que pueden aparecer pequeñas filtraciones entre el diente y la restauración, especialmente en pacientes pediátricos.

Una de ellas es que el material puede encogerse ligeramente mientras se endurece, lo que deja espacios microscópicos. También influye la humedad: la presencia de saliva durante el procedimiento puede impedir que el material se adhiera correctamente, algo común en niños debido a la dificultad para mantener la boca completamente seca (Castro, 2002; GC Latin America, 2025).

Además, la forma en que se manipula el material es clave. Una mezcla incorrecta o una aplicación inadecuada pueden afectar su capacidad de sellado. De igual manera, la técnica utilizada por el profesional, como el tiempo de colocación o la presión aplicada, puede favorecer la aparición de filtraciones si no se realiza correctamente (Castro, 2002).

Consecuencias clínicas

Cuando existe microfiltración, pueden aparecer diversos problemas que muchas veces no son visibles a simple

vista. Uno de los más comunes es que la caries vuelva a formarse debajo de la restauración (Fig 1), lo que puede pasar desapercibido durante un tiempo (Castro, 2002).

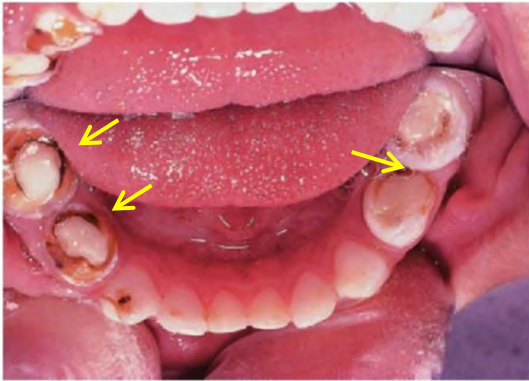


Figura 1. Enfermería.top.

<https://enfermeria.top/apuntes/odontopediatria/odontologia-pediatica-restauradora/>

También puede presentarse sensibilidad después del tratamiento, molestias al comer o cambios en el diente. En casos más avanzados, la filtración puede irritar el tejido interno del diente (pulpa), provocando inflamación o dolor.

Además, si la restauración pierde su sellado, es más probable que se afloje o se caiga, lo que implica repetir el tratamiento. Todo esto afecta la durabilidad del trabajo realizado y la salud bucal del paciente.

¿Se puede prevenir?

Para reducir el riesgo de microfiltración, es fundamental seguir ciertas medidas durante el tratamiento. Una de las más importantes es mantener el diente lo más seco posible, ya que la saliva puede interferir con la correcta

adhesión del material. Para ello, el uso de aislamiento, como el dique de goma, resulta de gran ayuda (Fig 2).



Figura 2. Enfermería.top.

<https://enfermeria.top/apuntes/odontopediatria/odontologia-pediatica-restauradora/>

También es importante seleccionar el material adecuado. Actualmente, existen ionómeros de vidrio modificados que ofrecen mejores propiedades, como mayor resistencia y mejor adaptación al diente (GC Latin America, 2025). A diferencia de los ionómeros convencionales, estos materiales presentan mayor resistencia a la compresión y al desgaste, lo que favorece su desempeño frente a las fuerzas masticatorias en dientes temporales y mejora la adaptación al diente (Medina-Rivadeneira, 2024).

La técnica del profesional juega un papel clave. Respetar los tiempos de trabajo del material, colocarlo correctamente y proteger la restauración durante su endurecimiento son aspectos esenciales para lograr un buen sellado (Castro, 2002).

Finalmente, la capacitación continua permite al odontólogo aplicar técnicas más actualizadas y mejorar la calidad de los tratamientos, reduciendo así la probabilidad de filtraciones.

Opciones de materiales en la práctica clínica

Dentro de los materiales más utilizados en odontopediatría se encuentran los ionómeros de vidrio (Fig 3), conocidos por su capacidad de adherirse al diente y liberar flúor, lo que ayuda a prevenir nuevas caries.

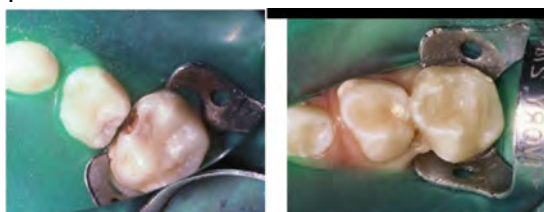


Figura 3. Enfermería.top.

<https://enfermeria.top/apuntes/odontopediatria/odontologia-pediatria-restauradora/>

Dos opciones frecuentes en la práctica clínica son Ionolux y Fuji II LC. Ambos materiales ofrecen beneficios importantes, pero presentan algunas diferencias. Ionolux destaca por su facilidad de manejo, lo que lo hace práctico en consulta. Sin embargo, puede presentar ligeros cambios durante su endurecimiento que favorecen la aparición de pequeñas filtraciones.

Por otro lado, Fuji II LC ha ganado popularidad por su mejor adaptación al diente y su capacidad de reducir la sensibilidad después del tratamiento, lo que lo convierte en una opción

confiable en muchos casos (Gerdolle, 2019).

Entre las opciones más empleadas en la práctica clínica destacan Ionolux y Fuji II LC. Ambos comparten estas ventajas, pero presentan algunas diferencias que pueden influir en su elección. Estas características se comparan de manera más detallada en la Tabla 1.

Aun así, no existe un material perfecto. La elección depende de factores como el comportamiento del paciente, las condiciones del tratamiento y la experiencia del profesional. Más que el material en sí, la técnica adecuada es clave para lograr restauraciones exitosas.

Tabla 1. Comparación entre Ionolux y Fuji II LC

Característica	Ionolux	Fuji II LC
Tipo de material	Ionómero de vidrio	Ionómero de vidrio modificado con resina
Facilidad de manejo	Alta	Moderada
Tiempo de trabajo	Corto	Mayor control (fotopolimerizable)
Adaptación al diente	Buena	Muy buena
Riesgo de microfiltración	Moderado	Bajo
Sensibilidad postoperatoria	Puede presentarse	Menor incidencia
Liberación de flúor	Sí	Sí
Resistencia	Adecuada	Mayor
Uso en odontopediatría	Frecuente	Muy frecuente

Elaboración propia con base en Aguiar (2018) y Jeswin (2022).

La evidencia científica disponible sobre microfiltración muestra diferencias importantes entre Ionolux AC y Fuji II LC. En el caso de Ionolux AC, el estudio realizado por Giray y colaboradores encontró que este

material presentó una mayor penetración de colorante en comparación con otros ionómeros de vidrio evaluados. Los autores observaron microfiltración tanto en márgenes de esmalte como de dentina, lo que sugiere una capacidad de sellado marginal menos favorable (Giray FE, 2014.) Estos hallazgos indican que, aunque el material conserva propiedades características de los ionómeros de vidrio como la adhesión química y la liberación de flúor, su comportamiento frente a la microfiltración puede representar una limitación clínica.

Por otro lado, Fuji II LC ha sido ampliamente estudiado en odontopediatría debido a su condición de ionómero de vidrio modificado con resina. La incorporación de componentes resinosos permite mejorar algunas propiedades físicas del material, favorecer una mejor adaptación marginal y reducir la sensibilidad a la humedad durante su colocación. (Hussain MA, 2020). En conjunto, la literatura científica proporciona un respaldo más amplio para Fuji II LC respecto a su comportamiento frente a la microfiltración, mientras que la evidencia específica para Ionolux AC continúa siendo limitada. Por ello, aunque ambos materiales son opciones restauradoras válidas en odontopediatría, los resultados publicados hasta el momento sugieren que Fuji II LC presenta un

comportamiento más predecible en términos de sellado marginal.

Asimismo, aunque tanto Ionolux AC como Fuji II LC pertenecen al grupo de los ionómeros de vidrio modificados con resina, la evidencia científica disponible muestra diferencias en su comportamiento frente a la microfiltración. Los estudios encontrados para Ionolux AC reportan niveles de microfiltración superiores a los observados en otros ionómeros ampliamente utilizados, mientras que Fuji II LC cuenta con un mayor respaldo científico y resultados generalmente favorables en cuanto a sellado marginal. Sin embargo, la limitada evidencia disponible para Ionolux AC impide establecer conclusiones definitivas sobre su desempeño clínico.

Conclusión

Más que identificar un material universalmente superior, la evidencia actual respalda la necesidad de seleccionar el material restaurador de acuerdo con las características clínicas de cada paciente. La combinación de una adecuada elección del material y una correcta técnica de aplicación constituye la mejor estrategia para minimizar la microfiltración, mejorar la durabilidad de las restauraciones y contribuir al mantenimiento de la salud bucal en los pacientes pediátricos.

A cerca de los autores

Kassandra Ishah-Betel Zapiain Merino
kass008117@gmail.com

Licenciada en Odontología por la Universidad Quetzalcóatl de Irapuato. Actualmente cursa el posgrado en Odontopediatría en el Centro Educativo Multidisciplinario en Rehabilitación Oral. Área de interés: odontopediatría y rehabilitación oral en pacientes pediátricos.

José Herrera Camacho

Doctor en Ciencias. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Área de investigación en fisiología y endocrinología.

Referencias

- Aguiar Dias, A. G. (2018) Clinical performance of glass ionomer cement and composite resin in Class II restorations in primary teeth. *Journal of Dentistry*.
- Asdaq H., Shazia N., Shahida N., R., Samina K., Sohail A., K., (2020). Comparative evaluation of microleakage of amalgam, high-viscosity and resin-modified glass ionomers as restorative materials in primary molars. *Biomedica*. ;36(2):146-152.
- Castro, A., & Feigal, R. F. (2002). Microleakage of a new improved glass ionomer restorative material in primary and permanent teeth. *Pediatric Dentistry*, 24(1), 23–28. doi: 10.1016/j.jdent.2018.04.004.
- Epub 2018 Apr 9. PMID: 29649506.
- GC Latin America. (2025). *Fuji II LC*: El ionómero de vidrio modificado con resina más confiable. Recuperado el 10 de julio de 2025, de <https://latin.gc.dental>
- Gerdolle, D. A., Mortier, E., & Jacquet, W. (2019). Clinical performance of glass-ionomer cement: Current status and future directions. *Journal of Dental Research*, 98(8), 837–845.
- Giray F. E., Peker S., Durmuş B., Kargül B. (2014). Microleakage of new glass ionomer restorative materials in permanent teeth. *European Journal of Paediatric Dentistry*.;15(2):122-126.
- Jeswin M. T, Sham S. B., A. Esai A., P., Anoop H., Rinu., Amala P., M., (2022). Comparative Evaluation of Microleakage of Various Restorative Materials in Pulpotomized Primary Molars - In Vitro Study. *Journal of Pharmacy & BioAllied Sciences*
- Medina-Rivadeneira, G. S., Quishpe-Ortiz, R. L., & Romero-Fernández, A. (2024). Ionómeros reforzados con resina como una alternativa para restauraciones en dientes temporales: Revisión sistemática. *Sanitas: Revista arbitrada de ciencias de la salud*, 3(Especial odontología Ambato UNIANDÉS), 187–193. <https://doi.org/10.62574/qsd3a885>

DEL MIEDO AL BIENESTAR ¿CAMBIA TU EXPERIENCIA EN EL DENTISTA?

Ayala-Barriga Silvia
Fernández-Chávez Karina
Rodríguez-Ruiz Alonso

Recibido 14 abril, 2026
Aceptado 09 junio, 2026
Publicado 01 julio, 2026

Resumen:

Las visitas al dentista para muchas personas pueden causar stress, ansiedad o bien ser una verdadera pesadilla para algunos. El ruido, el tiempo prologado con la boca abierta, el temor a sentir dolos son las principales causas que hace que la visita al dentista sea pospuesta; la razón principal es evitar una experiencia que si bien necesaria para la conservación de nuestra salud bucal, no deja de ser incomoda .Este articulo explica las razones por las que se le teme al dentista, dando a conocer algunas técnicas que ayudaran a reducir el miedo y la ansiedad, para poder realizar con tranquilidad y con éxito un tratamiento dental, ya sea en un paciente pediátrico y que nos ayudaran en algunos casos aplicables al paciente adulto.

Palabras Claves: Odontofobia, Dentofobia, comportamiento en la consulta dental, Dentista, Miedo, Ansiedad

¿Dentista amigo o enemigo?

El dentista es el profesional de la salud que cuida de tus dientes y encías. Pero muchas veces el miedo nos hace evitar ir a visitarlo. ¿Porque el temor de ir al dentista?

El miedo es una reacción normal básica y que se presenta constantemente en la naturaleza humana, lo cual nos proporciona habilidades de enfrentamiento y de supervivencia, aunque la mayoría de los miedos son transitorios e irán disminuyendo con la edad. El miedo exagerado y persistente al dentista o a los tratamientos dentales se le conoce como Odontofobia o comúnmente como Dentofobia.

Por lo tanto, la edad de los niños es un factor importante para una conducta apropiada en la consulta dental, por lo que vamos a encontrar niños más pequeños que muestran niveles de ansiedad y miedo, que influirá en una conducta no apropiada que en niños de edad más avanzadas. Los niños pierden sucesivamente el miedo y se vuelve más cooperadores a medida que el tratamiento odontológico progresa. Se debe comprender que el comportamiento, poco cooperativo del niño, a consecuencia del miedo en el consultorio dental, está motivado por el deseo de evitar un tratamiento dental desagradable y lo doloroso (Barceló Canto, 2007).



Fuente propia

Existen dos tipos de miedos, *el miedo objetivo* y *el miedo subjetivo*. El miedo objetivo es producido por estimulación directa, quiere decir que lo captan los órganos sensoriales, ya sea el contacto físico con una experiencia o suelen ser respuestas a estímulos vistos, oídos o por el gusto y generalmente son de naturaleza desagradable.

Por ejemplo, hay niños que han tenido experiencias dentales anteriores negativas y su comportamiento puede ser muy poco cooperador, el niño se encontrará muy sensibilizado negativamente y con un gran aumento de ansiedad.

En cambio, el miedo subjetivo está basado en sentimientos y actitudes de terceras personas que atravesaron por experiencias desagradables y que después lo transmiten al niño. La actitud de la familia influye de manera negativa, ya que ésta puede transmitir los miedos por parte de los padres o familiares hacia el niño. Cuando el niño escucha la situación traumática, éste elabora una imagen

mental que va a retener a lo largo su niñez. Generalmente, debido a su fantasía, crea una imagen distorsionada y magnificada, aumentando los niveles de miedo del niño.

El miedo subjetivo puede ser adquiridos, por lo que se recomienda nunca utilizar la odontología como una amenaza hacia el niño. Por ejemplo, “si te portas mal te voy a llevar al dentista”, este tipo de comportamiento, no deseado, en la consulta dental nos puede provocar que el niño presente una negativa total ante cualquier situación relacionada con el tratamiento dental, lo que dificultará su atención ya que el niño va a cerrar la boca, moverá la cabeza, se levantará del sillón dental, gritará, llorará, entre otros comportamientos inadecuados.

Manejo del miedo del paciente en la consulta dental

Como se mencionó, anteriormente, debemos de considerar la edad del niño. Los pequeños entre 2 a 4 años tienen una dependencia considerable con la mamá, por lo tanto, ella debe estar presente durante la consulta dental, para bajar los niveles de ansiedad y miedo, de lo contrario es imposible realizar el tratamiento dental. Como su lenguaje es limitado y sus experiencias están basadas mediante el tacto y los movimientos de la mano del odontólogo, la técnica a emplear será mediante órdenes cortas y simples, dándole más tiempo para adaptarse a situaciones nuevas. (Escobar Muñoz, 2004)

Los niños mayores de 5 a 8 años son más seguros, más maduros y tienen pensamientos con secuencias lógicas, se adaptan fácilmente a las personas y son más sociables. A estas edades debemos de tener en cuenta su nivel intelectual, comprenderlos, darles explicaciones detalladas y decirles muchos elogios.

A partir de los 9 años hasta la adolescencia son amistosos, obedientes, desean la aprobación del dentista, tratan de cooperar, por lo que el profesional de la salud bucal debe ser comprensivo y promover la responsabilidad de su comportamiento en el consultorio dental, así como su higiene bucal.



Control de conducta en la clínica de odontopediatría. Foto: Silvia Ayala B.

El uso técnicas de modificación de la conducta, se utilizan cuando un niño presenta altos niveles de ansiedad y miedo. Previo a comenzar cualquier tratamiento el profesional debe conocer al niño antes de sentarlo en el sillón dental, es de gran importancia que los padres informen al dentista acerca de experiencias previas negativas, por ejemplo: atención

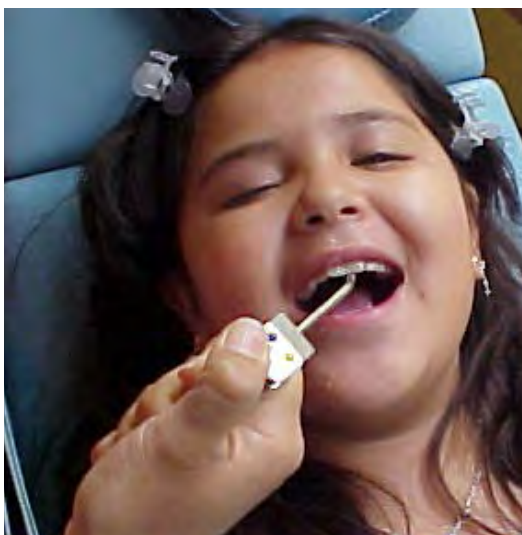
hospitalaria, o si le tienen miedo al médico o al dentista.

Se debe saludar al niño de manera afectuosa y agradable, si es posible programar una visita preliminar para realizar un recorrido por el consultorio dental, donde el niño pueda familiarizarse del lugar y así mitigar sus miedos y ansiedades. Se escoge adecuadamente las palabras que vamos a utilizar con un lenguaje adecuado, no mentirle al niño, no engañarle, no extender demasiado las explicaciones, que estas sean simples sencillas y cortas, no utilizar un lenguaje ofensivo, pronunciar las palabras despacio y claramente, así como, sustituir algunas palabras técnicas por otras más sencillas de entender, por ejemplo, radiografía como fotografía, turbina o pieza de mano como cepillito especial y Corona como gorrito de plata.

En todos los casos se llevará a cabo la técnica conocida como "Decir Mostrar y Hacer", donde se explica al niño lo que se le va a hacer, después le mostramos exactamente como lo acabamos de explicar, con la ayuda en un muñeco o en un tipodonto y por último realizar o ejecutar la técnica tal como lo hemos explicado y demostrado.

En caso de que se atienda un niño con un comportamiento negativo se tendrá que reacondicionar, es decir se realizará la técnica "Mostrar de decir y hacer", además utilizar la técnica de "refuerzos", los cuales son premios que se entregan al niño,

cuando la conducta en el consultorio dental es positiva o tuvo un buen comportamiento y este se premia. Estos reforzadores positivos son de tipo social (elogios, expresiones faciales, una sonrisa) y premios activos (calcomanías, juguetes, cuadernos, paletas etc.) con este tipo de reforzamientos se premia una conducta deseada y el comportamiento negativo tiende a desaparecer paulatinamente y el niño se vuelve más cooperador.



Técnica Mostrar decir y hacer. Foto: Silvia Ayala

En caso de que el paciente o el niño presente altos grados de ansiedad se utilizarán las otras técnicas además de la Desensibilización. Entre ellas la relajación, utilizando aromaterapia y realizando procedimientos odontológicos más sencillos, al principio o son, por ejemplo, comenzar con profilaxis, colocación selladores foseas y fisuras, aplicación de flúor, radiografías. Posteriormente se realizarán los tratamientos restaurativos y por último los

quirúrgicos que pudieran producir ansiedad. (Coll, 2005)

Se puede utilizar también “la imitación” que es la técnica basada en la observación de la conducta de un niño positivo en la consulta dental, este procedimiento ayuda a que el niño aprenda a comportarse en el consultorio viendo a otros niños. Ejemplo: Pepe es un niño de cinco años que llega al consultorio y observa cuando atienden a Paco, su hermano mayor, que muestra una conducta apropiada. Pepe aprende por medio de la vista como hay que comportarse en la consulta dental.

En caso de que un paciente tenga un comportamiento muy negativo que nos impida realizar un tratamiento dental se tendrá que realizar las técnicas de “enfoco físico”, como es la sedación; que es la técnica farmacológica para la modificación de la conducta del infante y tiene como objetivo controlar el comportamiento del niño, así como controlar sus movimientos, lo que permite realizar de manera adecuada y segura de los procedimientos dentales que necesita. La anestésica general es otro procedimiento farmacológico donde el paciente pierde el estado de conciencia total por la aplicación de drogas, en la cual el paciente no puede responder a estímulos dolorosos y requiere soporte ventilatorio y cardiovascular. Este procedimiento siempre llevará a cabo en un hospital y será el último recurso que se utilizará para realizar un tratamiento dental. (Barros, 2024)

Conclusiones

El miedo y la ansiedad son factores de gran importancia que hay que tomar en cuenta al comenzar un tratamiento dental, ya que si se presentan pueden interferir de manera negativa para poder realizar el quehacer odontológico. Se han establecido técnicas de modificación de la conducta que reducen significativamente el miedo y la ansiedad, pero, no todos los pacientes responden de la misma manera. Por lo que es importante que los padres tomen en consideración las siguientes recomendaciones. Participar activamente en su higiene bucal, brindándole seguridad y confianza, agendar citas regulares de revisión y limpieza dental con el fin de disminuir el miedo y el estrés. Hablar con la verdad con el niño explicándole de una manera clara lo que sucederá en la consulta dental, evitando los términos negativos. Hacer visitas previas a la fecha del tratamiento para que el niño se familiarice con el consultorio dental y el profesional. Elogiar su comportamiento después de la atención dental. Lo importante es utilizar técnicas menos radicales para ayudar al paciente a enfrentar y mitigar sus miedos.

A cerca de los autores

Silvia Ayala Barriga
Karina Fernández Chávez
Alonso Rodríguez Ruiz
Profesores de la Facultad de
Odontología de la Universidad

Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Referencias

- Barceló Canto, Beatriz. (2007). *Odontología para bebé: estrategia de prevención*. México: Trillas
- Escobar Muñoz, Fernando. (2004) *Odontología Pediátrica*. Venezuela: Amolca. Cap 11-28 pag capll 40-44
- Boj J.R Y COLL. (2005). *Odontopediatría*. España. Masson. cap 22 pag 258-261 y cap 23 pag 263,265-256 y 265-268.
- Barros, J. L., & de Freitas, J. R. (2024). *Abordagens terapêuticas no manejo da odontofobia: revisão de literatura sobre estratégias e desfechos clínicos*. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(9), e75262-e75262.

LA SEGUNDA OPORTUNIDAD DE LOS DIENTES

Sonia Elizabeth Huerta Ayala

ORCID: 0009-0005-2232-6735

Paola Eliuth Tena Núñez

ORCID: 0009-0001-1784-5857

Marcela López Romero

ORCID: 0009-0003-4473-7573

Recibido 13 marzo, 2026

Aceptado 3 junio, 2026

Publicado 01 julio, 2026

Resumen

La endodoncia regenerativa es un enfoque innovador que busca regenerar el tejido pulpar en lugar de eliminarlo. Basada en la acción de células madre, factores de crecimiento y andamios biológicos, permite favorecer la continuación del desarrollo radicular en dientes jóvenes con necrosis pulpar. Esta alternativa biológica mejora el pronóstico y contribuye a la conservación dental

Palabras clave: Endodoncia regenerativa; Células madre; Desarrollo radicular

Keywords: Regenerative endodontics; Stem cells; Root development

Abstract

Regenerative endodontics is an innovative approach that aims to regenerate pulp tissue instead of removing it. Based on the interaction of stem cells, growth factors, and biological scaffolds, it promotes continued root development in immature teeth with pulp necrosis. This

biological alternative improves prognosis and supports tooth preservation.

Keywords: Regenerative endodontics; Stem cells; Root development

La endodoncia ha evolucionado de un enfoque centrado en la eliminación del tejido pulpar hacia uno biológico orientado a la regeneración. La endodoncia regenerativa surge como una alternativa innovadora que busca aprovechar la capacidad natural de los tejidos para favorecer el desarrollo radicular y mejorar el pronóstico de dientes jóvenes con necrosis pulpar (Hargreaves & Berman, 2016).

¿Qué ocurre cuando un diente pierde su vitalidad?

La pulpa dental es un tejido especializado, ubicado en el interior del diente, compuesto por vasos sanguíneos, nervios y células responsables de mantener la vitalidad y la capacidad de respuesta frente a diversos estímulos. Cuando este tejido es afectado por caries profundas, traumatismos o procedimientos restauradores extensos, puede desencadenarse un proceso inflamatorio que, si progresa, conduce a la necrosis pulpar o pérdida de la vitalidad del diente (Hargreaves & Berman, 2016).

La invasión bacteriana constituye la principal causa de las enfermedades pulpares. Conforme los microorganismos penetran en la pulpa, se produce una respuesta inflamatoria que puede evolucionar

hacia un daño irreversible, perdiendo la vitalidad. Una vez establecida la necrosis pulpar, las bacterias colonizan el sistema de conductos radiculares y favorecen el desarrollo de lesiones en los tejidos que rodean la raíz del diente (Ricucci & Siqueira, 2010).

Aunque un diente desvitalizado puede permanecer sin síntomas durante algún tiempo, la infección puede ocasionar dolor, abscesos y la destrucción progresiva del hueso que sostiene la pieza dental. Por ello, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado pueden evitar la pérdida de los dientes (Siqueira & Rôças, 2014). Durante décadas, la pérdida de la vitalidad pulpar se consideró un proceso irreversible cuyo tratamiento consistía, en el mejor de los casos, en eliminar el tejido afectado y sellar los conductos radiculares. Sin embargo, los avances en biología pulpar y medicina regenerativa han permitido comprender que, bajo determinadas condiciones, algunos dientes poseen la capacidad de recuperar parte de sus funciones; incluso, en el caso de dientes jóvenes que aún no han concluido la formación de sus raíces, pueden continuar su desarrollo, evitando así la extracción (Galler et al., 2016).

De la extracción a la regeneración

Durante gran parte del siglo XX, la pérdida de la vitalidad pulpar representaba una condición con pocas alternativas terapéuticas. En muchos casos, la extracción dental era considerada la única solución

para eliminar el dolor y controlar la infección. Posteriormente, el desarrollo de la terapia endodóntica convencional permitió conservar dientes que anteriormente estaban destinados a ser extraídos, constituyendo uno de los mayores avances de la odontología moderna (Hargreaves & Berman, 2016).

El tratamiento de conductos demostró ser un procedimiento predecible y eficaz para eliminar los microorganismos del sistema de conductos radiculares y preservar la función del diente en la cavidad oral. Sin embargo, aunque esta terapia logra controlar la infección, el tejido pulpar es reemplazado por materiales de obturación, por lo que el diente pierde su capacidad biológica de respuesta y reparación (Siqueira & Rôças, 2014).

Con el avance de la ingeniería tisular y la biología de las células madre, surgió un nuevo enfoque terapéutico orientado no solo a eliminar la enfermedad, sino también a promover la regeneración de los tejidos dañados. Este paradigma dio origen a la endodoncia regenerativa, una disciplina que busca restablecer la vitalidad y favorecer el desarrollo continuo de la raíz, especialmente en dientes permanentes jóvenes con necrosis pulpar (Murray et al., 2007).

La medicina regenerativa aplicada a la odontología se basa en la interacción entre células madre, factores de crecimiento y andamios biológicos, elementos que en conjunto permiten estimular la formación de nuevos tejidos. Gracias

a estos principios, actualmente es posible favorecer procesos de reparación que hace algunas décadas eran considerados imposibles (Hargreaves et al., 2013).

En la actualidad, los procedimientos de revitalización representan una alternativa biológica para ciertos casos clínicos, ya que buscan aprovechar la capacidad natural de regeneración del organismo y ofrecer una segunda oportunidad a dientes que, en el pasado, habrían tenido un pronóstico desfavorable o incluso habrían sido extraídos (Galler et al., 2016).

¿Qué es la endodoncia regenerativa?



Elaboración propia mediante inteligencia artificial
(DALL-E, OpenAI)

La endodoncia regenerativa es una disciplina relativamente reciente que combina los principios de la endodoncia, la biología molecular y la ingeniería tisular con el propósito de restaurar la estructura y función de los tejidos dañados del complejo dentino-pulpar. A diferencia de los tratamientos convencionales, que sustituyen el tejido pulpar por materiales de obturación, este enfoque busca promover la regeneración biológica y favorecer la

recuperación de las funciones del diente (Murray et al., 2007).

El fundamento biológico de la endodoncia regenerativa se basa en tres componentes esenciales: las células madre, los factores de crecimiento y los andamios biológicos o matrices tridimensionales. La interacción entre estos elementos permite estimular la formación de nuevos tejidos y crear un ambiente favorable para la reparación y el desarrollo radicular continuo (Hargreaves et al., 2013).

Actualmente, los procedimientos regenerativos se utilizan principalmente en dientes permanentes jóvenes con raíces inmaduras y necrosis pulpar. En estos casos, el objetivo es eliminar la infección y favorecer la continuación del desarrollo radicular, permitiendo el engrosamiento de las paredes dentinarias y el cierre fisiológico del ápice, lo que contribuye a mejorar el pronóstico a largo plazo del diente (Galler et al., 2016).

Aunque todavía se requieren más investigaciones para comprender completamente los mecanismos involucrados en la regeneración pulpar, los avances alcanzados durante las últimas décadas han convertido a la endodoncia regenerativa en una de las áreas más prometedoras de la odontología contemporánea, al ofrecer alternativas biológicas para conservar dientes que anteriormente presentaban un pronóstico desfavorable (Nakashima & Iohara, 2014).

Reparación con células madre

El cuerpo humano posee una extraordinaria capacidad para reparar tejidos dañados, y los dientes no son la excepción. En determinadas circunstancias, algunas células presentes en la pulpa dental y en los tejidos que rodean la raíz conservan la capacidad de dividirse y transformarse en distintos tipos celulares, participando en los procesos naturales de reparación y regeneración (Fig. 2) (Nakashima & Iohara, 2014).

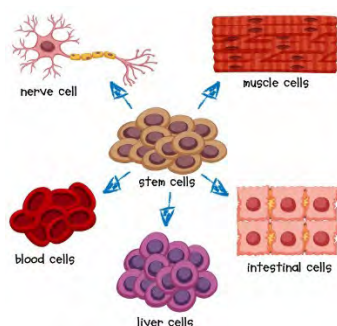


Figura 2. Clínica Dental TM. (s. f.). *Dientes y células madre*. <https://clinicadentaltm.com/dientes-y-celulas-madre/>

Estas células, conocidas como células madre, actúan como una especie de reserva biológica capaz de responder ante lesiones y contribuir a la formación de nuevos tejidos. Su potencial regenerativo ha despertado un gran interés en la odontología moderna, ya que ofrece la posibilidad de restaurar estructuras dañadas en lugar de simplemente reemplazarlas con materiales artificiales (Murray et al., 2007). Sin embargo, las células madre por sí solas no son suficientes. Para que se produzca la regeneración es necesaria la interacción con otras sustancias denominadas factores de

crecimiento, las cuales funcionan como señales biológicas que estimulan la proliferación y diferenciación celular. Además, se requiere la presencia de una matriz o andamio biológico que sirva como soporte para la formación del nuevo tejido (Hargreaves et al., 2013).

Los procedimientos de endodoncia regenerativa buscan aprovechar estos mecanismos naturales del organismo para favorecer la formación de tejido vital en el interior del conducto radicular y permitir la continuación del desarrollo de la raíz en dientes inmaduros afectados por necrosis pulpar. Aunque los tejidos obtenidos no siempre son idénticos a la pulpa original, los resultados clínicos han demostrado beneficios importantes en términos de fortalecimiento radicular y conservación del diente (Galler et al., 2016).

Gracias a estos avances, la odontología ha comenzado a transitar de un modelo centrado únicamente en la sustitución de tejidos hacia uno basado en la medicina regenerativa. Esta nueva perspectiva abre la posibilidad de aprovechar la capacidad natural de reparación del organismo para preservar dientes que, hace apenas unas décadas, habrían sido considerados irre recuperables (Nakashima & Iohara, 2014).

¿Puede un diente seguir desarrollándose?

Durante muchos años se creyó que la necrosis pulpar detenía de forma

definitiva el desarrollo de los dientes permanentes jóvenes. Sin embargo, las investigaciones realizadas en las últimas décadas han demostrado que, bajo determinadas condiciones, es posible favorecer la continuación del desarrollo radicular y mejorar el pronóstico de piezas dentales que anteriormente presentaban pocas posibilidades de conservación (Murray et al., 2007).

Los procedimientos de endodoncia regenerativa buscan crear un ambiente favorable para que las células presentes en la región apical participen en los procesos de reparación. Gracias a ello, algunos dientes inmaduros pueden continuar formando tejido duro, lo que se traduce en un aumento de la longitud radicular y en un engrosamiento de las paredes dentinarias (Hargreaves et al., 2013).

Diversos estudios clínicos han demostrado que los procedimientos de revitalización favorecen el cierre progresivo del ápice y la maduración de la raíz, características que contribuyen a fortalecer la estructura dental y disminuir el riesgo de fractura. Estos beneficios han convertido a la endodoncia regenerativa en una alternativa terapéutica de gran valor para dientes permanentes jóvenes afectados por necrosis pulpar (Galler et al., 2016).

Si bien los tejidos formados después del tratamiento no siempre corresponden a una pulpa idéntica a la original, los resultados obtenidos representan un importante avance en la odontología moderna. Más que

devolver al diente a su estado inicial, estas terapias buscan aprovechar la capacidad natural del organismo para permitir que un proceso de desarrollo interrumpido pueda continuar, ofreciendo una nueva oportunidad para preservar la pieza dental (Nakashima & Iohara, 2014).

A cerca de las autoras:

Sonia Elizabeth Huerta Ayala*

*sonia.huerta@umich.mx

Paola Eliuth Tena Núñez

Marcela López Romero

Profesoras e investigadoras de tiempo completo, adscritas a la Facultad de Odontología de la UMSNH

Referencias

- Galler, K. M., Krastl, G., Simon, S., Van Gorp, G., Meschi, N., Vahedi, B., & Lambrechts, P. (2016). European Society of Endodontology position statement: Revitalization procedures. *International Endodontic Journal*, 49(8), 717–723.
<https://doi.org/10.1111/iej.12629>
- Hargreaves, K. M., & Berman, L. H. (2016). *Cohen's pathways of the pulp* (11th ed.). Elsevier.
- Hargreaves, K. M., Diogenes, A., & Teixeira, F. B. (2013). Treatment options: Biological basis of regenerative endodontic procedures. *Journal of Endodontics*, 39(3 Suppl), S30–S43.
<https://doi.org/10.1016/j.joen.2012.11.025>

- Murray, P. E., Garcia-Godoy, F., & Hargreaves, K. M. (2007). Regenerative endodontics: A review of current status and a call for action. *Journal of Endodontics*, 33(4), 377–390. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2006.09.013>
- Nakashima, M., & Iohara, K. (2014). Mobilized dental pulp stem cells for pulp regeneration: Initiation of clinical trial. *Journal of Endodontics*, 40(4 Suppl), S26–S32. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2014.01.020>
- Ricucci, D., & Siqueira, J. F., Jr. (2010). Fate of the tissue in lateral canals and apical ramifications in response to pathologic conditions and treatment procedures. *Journal of Endodontics*, 36(1), 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2009.09.038>
- Siqueira, J. F., Jr., & Rôças, I. N. (2014). Present status and future directions in endodontic microbiology. *Endodontic Topics*, 30(1), 3–22. <https://doi.org/10.1111/etp.12060>

EL MISTERIO DEL RUIDO NOCTURNO: EFECTO DEL BRUXISMO EN NIÑOS.

**Daniela Guadalupe Domínguez
Barajas**

Recibido 23 abril, 2026

Aceptado 09 junio, 2026

Publicado 01 julio, 2026



Fuente propia

RESUMEN

El bruxismo es una actividad repetitiva de la musculatura masticatoria, caracterizada por el apretamiento o rechinar de los dientes y/o por el empuje de la mandíbula. En odontopediatría, presenta una prevalencia significativa, especialmente durante la dentición primaria y mixta, lo que lo convierte en un hallazgo frecuente en la práctica clínica. El bruxismo infantil es un trastorno común cuya etiología es multifactorial, incluyendo factores genéticos, ambientales, sociales y neurológicos.

Puede manifestarse tanto durante el sueño (bruxismo nocturno) como en la vigilia (bruxismo diurno), con diferencias en su expresión clínica. El bruxismo nocturno suele relacionarse con mecanismos involuntarios del

sueño, mientras que el diurno se asocia con hábitos conscientes o situaciones de estrés. Además, se ha vinculado con trastornos como la apnea del sueño, así como con factores contemporáneos como el uso excesivo de pantallas y ciertos hábitos bucales.

El bruxismo no se considera una condición independiente, por lo que resulta fundamental identificar y abordar las causas subyacentes que lo desencadenan. Sus manifestaciones clínicas pueden incluir sensibilidad, molestias musculares y alteraciones en la articulación temporomandibular.

El tratamiento debe ser integral e individualizado, incluyendo educación a los padres, técnicas de relajación, intervenciones psicológicas y, en algunos casos, manejo médico u odontológico. No obstante, la evidencia científica sobre algunas terapias aún es limitada, por lo que se requiere mayor investigación clínica en población pediátrica.

PALABRAS CLAVE: Bruxismo infantil, dentición mixta, trastornos del sueño, odontopediatría.

Este fenómeno, conocido como bruxismo, es más común de lo que se piensa en la infancia; es una actividad de los músculos masticatorios durante el sueño y/o vigilia, que se caracteriza por apretar o rechinar los dientes y puede ser rítmica (fásica) o no rítmica (tónica) y es un desorden de

movimientos en individuos de otra manera sanos (Fig 1) (Verhoeff et al., 2023).

En odontopediatría, el bruxismo tiene una prevalencia significativa, especialmente en la dentición primaria y mixta. El origen del bruxismo en niños aún no se comprende completamente, se sabe que incluye factores psicológicos, genéticos, neurológicos, sistémicos y sociales (Figueredo et al., 2021) y el diagnóstico temprano de la causa y tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones futuras (González et al., 2023).

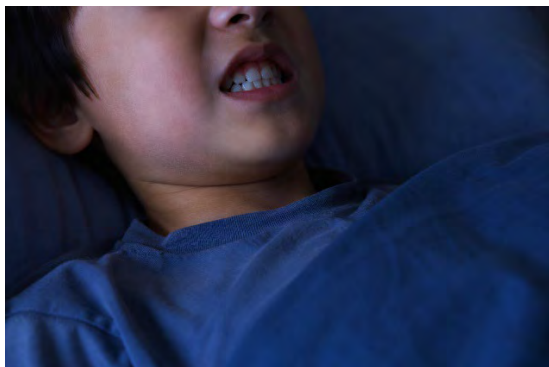


Figura 1. Elaboración propia mediante inteligencia artificial (ChatGPT, OpenAI)

Se puede hablar también de un trastorno relacionado con el bruxismo, del cual se habla muy poco, es el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) el cual se relaciona con el bruxismo del sueño y se asocia con signos y síntomas como ronquidos fuertes, episodios de ahogo nocturno, despertares frecuentes acompañados de retención de la respiración, jadeo o ahogo, nicturia y/o dolores de cabeza matutinos (González et al., 2023).

El bruxismo en niños se presenta generalmente mientras duermen afectando de un 3.5% a 40.6%. A diferencia de los adultos, los niños, muchas veces no se dan cuenta de que están rechinando los dientes, y son los padres quienes notan el sonido. Existen dos tipos principales de bruxismo:

1. **Bruxismo del sueño (nocturno):** ocurre mientras el niño está dormido y suele estar relacionado con otros factores, como succión de dedo, uso de chupón e inestabilidad emocional.
2. **Bruxismo de vigilia (diurno):** ocurre mientras el niño está despierto y, en muchos casos, se relaciona con el estrés o ansiedad.

La causa exacta del bruxismo en niños no siempre es clara, pero se sabe que existen varios factores que pueden influir (Fig 2), como:

Uso excesivo de pantallas: dos horas de consumo de pantallas tienen ocho veces mayor posibilidad de presentar bruxismo de sueño, sin embargo, una hora tienen siete veces de posibilidad de presentar bruxismo de sueño (Restrepo et al., 2021)

Estrés y ansiedad: cambios en la rutina, problemas escolares o conflictos familiares pueden desencadenar el bruxismo.

Consumo de azúcares refinadas: si un niño consume azúcar dos veces tienen cinco veces de mayor posibilidad de presentar bruxismo nocturno, si consumen una vez tienen tres punto cinco posibilidades de

presentar bruxismo de sueño (Restrepo et al., 2021)

Genética: si hay antecedentes de bruxismo en la familia, es más probable que el niño también lo desarrolle.

Problemas respiratorios: algunos niños que tienen apnea del sueño u otros problemas respiratorios son más propensos a rechinar los dientes.

Condiciones médicas: en algunos casos, el bruxismo se asocia a trastornos neurológicos, como el TDAH que es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado clínicamente por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad/impulsividad (Carrasco, 2022).

Hábitos bucales: La succión de los dedos o el uso de chupete aumentan significativamente las posibilidades de SB en los niños (Emodi et al., 2023).

Enfermedades asociadas: Algunas enfermedades sistémicas como Huntington, Síndrome de Rett, Síndrome de Angelman, desórdenes del espectro autista y Síndrome de Down se han asociado al bruxismo (Vieira et al., 2020).

En ocasiones, los padres se preocupan al notar que el niño rechina los dientes por la noche, pero no siempre hay signos evidentes. Sin embargo, algunos síntomas comunes del bruxismo en niños incluyen:

- **Cefalea tensional:** el bruxismo puede generar tensión en los músculos de la cara y provocar dolores.

- **Sensibilidad dental:** la sensibilidad dental en los niños puede deberse al apretamiento constante, lo que provoca molestias y dolor en los dientes, más que al desgaste directo.
- **Despertar cansado:** el rechinar los dientes afecta la calidad del sueño, por lo que el niño puede estar irritable o somnoliento durante el día.



Figura 2. Elaboración propia mediante inteligencia artificial (ChatGPT, OpenAI)

El odontopediatra es quien ayuda a identificar las causas probables del bruxismo en los niños. La evaluación se basa en la información que los padres brindan sobre los síntomas y en una revisión de los dientes y la mandíbula del niño. En algunos casos, se pueden hacer estudios del sueño para entender mejor cómo el niño rechina los dientes y en qué momentos ocurre. En muchos casos, el bruxismo en niños es temporal y desaparece con el tiempo. Sin embargo, el tratamiento debe estar enfocado en la identificación de los factores etiológicos y no solo en los signos y síntomas. Se debe iniciar con información y educación a los padres

y de allí continuar con técnicas de relajación en el niño y en el adolescente (Álvarez et al., 2019). Existen diversos tratamientos para el bruxismo, y es esencial que todos ellos se lleven a cabo de la mano de un enfoque interdisciplinario, colaborando con distintos especialistas, entre los cuales se encuentran:

- a) Odontopediatra
- b) Medicina dental del sueño
- c) Otorrinolaringólogo
- d) Fonoaudiólogo
- e) Gastroenterólogo
- f) Psicólogo
- g) Neurólogo

El tratamiento del bruxismo puede abordarse desde distintas perspectivas, y podemos incluir tratamiento con medicina tradicional y farmacología. Cada uno de estos enfoques contribuye de manera complementaria, garantizando un manejo integral y adaptado a las necesidades del paciente.

En la tabla 1, se analizan dos tipos de tratamientos: el medicamentoso y el uso de medicina tradicional, incluyendo el uso de *Melissa officinalis*, como opción terapéutica en el manejo del bruxismo y mejora del bienestar general.

Tabla 1. Alternativas terapéuticas para el bruxismo en población pediátrica.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO	TRATAMIENTO CON MEDICINA TRADICIONAL
En la población pediátrica se reporta el uso de hidroxicina; sin embargo, la evidencia aún no es concluyente sobre su eficacia. Por este motivo, tales medicamentos deben ser utilizados con cautela prefiriendo otros manejos más	Los medicamentos homeopáticos no tienen evidencia científica; sin embargo, son sustancias naturales que se han descrito en algunos estudios como la revisión sistemática y metanálisis, Lerardo et al.

conservadores. Sin embargo, otros estudios muestran que medicamentos como toxina botulínica tipo A, las benzodicepinas, los anticonvulsivos, los betabloqueantes, la dopamina, los antidepresivos y los relajantes musculares, pueden ayudar a controlar el bruxismo, pero el uso de estos agentes en los niños está restringido, debido a efectos adversos como depresión y dependencia, por lo que los fitoquímicos naturales a base de plantas se consideran alternativas viables para mejorar la calidad de vida del niño. (Álvarez et al., 2019).	(2018), las enumeran como opciones para el alivio y la mejora de la salud general. Además, su uso en niños es más seguro, más accesible y sostenible, debido al hecho de ser controlado por el tiempo que es necesario, a diferencia de ciertos medicamentos que pueden generar algún efecto secundario. Lerardo et al. (2018), desarrollaron recomendaciones a través del uso de <i>Melissa officinalis</i> (La melisa, sándalo, limoncillo, menta melisa, hoja de limón o toronjil, es una hierba perenne de la familia de las lamiáceas, nativa del sur de Europa y de la región mediterránea) ya que ha reducido significativamente los síntomas del bruxismo del sueño; sin embargo, se concluyó que se necesitan más investigaciones basadas en el tratamiento y los criterios de diagnósticos estandarizados.
--	--

Fuente: Figueredo et al. 2021.

CONCLUSIONES

El bruxismo infantil es un trastorno frecuente y multifactorial que puede tener implicaciones significativas en la salud bucal y general del niño. Aunque suele ser transitorio, su diagnóstico temprano es fundamental para prevenir complicaciones como, dolor muscular y alteraciones en el sueño. Diversos factores como el estrés, problemas respiratorios, condiciones neurológicas y ciertos hábitos bucales están asociados a su aparición.

El enfoque terapéutico debe ser integral, incluyendo la educación a padres, técnicas de relajación, intervenciones psicológicas y, en algunos casos, tratamientos médicos u odontológicos. Sin embargo, muchos de estos tratamientos aún carecen de evidencia concluyente en población pediátrica, lo que resalta la necesidad de más investigaciones clínicas. La atención

personalizada, basada en la identificación de factores etiológicos y el uso prudente de terapias, es clave para un manejo exitoso del bruxismo en niños.

A cerca de la autora:

Lic. Daniela Guadalupe Domínguez Barajas

dany_barajas94@hotmail.com

Estudiante de la especialidad de Odontopediatría en la universidad Centro Educativo Multidisciplinario en Rehabilitación Oral (CEMRO).

REFERENCIAS

- Alvarez-Gastañaga, V. A., Baldeón-López, M. C., & Malpartida-Carrillo, V. (2020). *Bruxism in Children and Adolescents: A Review of the Literature*. *Odvotos International Journal of Dental Sciences*, 22(2), 53–61.
<https://doi.org/10.15517/IJDS.V010.36185>
- Carrasco-Chaparro, X. (2022). Sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: consolidaciones, actualizaciones y perspectivas [On attention deficit hyperactivity disorder: Consolidations, updates and perspectives]. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(5), 440–449.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.08.001>
- Emodi-Perlman, A., Shreiber-Fridman, Y., Kaminsky-Kurtz, S., Eli, I., & Blumer, S. (2023). *Bruxism in children—From what we know to what we need to learn*. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7), 2564.
<https://doi.org/10.3390/jcm12072564>
- Figueredo Carnaúba de Araújo, A., Barros Dorvillé, G. S., Medeiros da Silva Guerra Sales, N., Barros de Sá Freitas, N. B., & Soares Cota, A. L. *Bruxismo en la infancia: ¿cómo tratar?* *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* 2021; 11(1):
- González-González, A., Montero, J., & Gomi, C. (2023). *Sleep Apnea–Hypopnea Syndrome and Sleep Bruxism: A Systematic Review* *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 910.
<https://doi.org/10.3390/jcm12030910>
- Restrepo, C., Santamaría, A., & Manrique, R. (2021). *Sleep bruxism in children: Relationship with screen-time and sugar consumption*. *Sleep Medicine*, X, 3, 100035.
<https://doi.org/10.1016/j.sleepx.2021.100035>
- Verhoeff, M. C., Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Bender, S., Bracci, A., Colonna, A., Dall, C., Durham, J., Glaros, A., Häggman-Henrikson, B., Kato, T., Koutris, M., Lavigne, G. J., Nykanen, L., Raphael, K. G., Svensson, P.,

DISPLASIA ECTODÉRMICA UNA CONDICIÓN POCO COMÚN QUE ALTERA LA VIDA

Patricia Marcela Gutiérrez Anguiano
Marcela Ceja Gutiérrez

Recibido 25 abril, 2026

Aceptado 10 junio, 2026

Publicado 01 julio, 2026

RESUMEN

Las displasias ectodérmicas son un grupo de trastornos hereditarios donde existen alteraciones del desarrollo de dos o más tejidos provenientes del ectodermo embrionario. Es una alteración relativamente rara pero que es importante conocer para poder establecer un diagnóstico oportuno y un tratamiento que ayude al paciente a mejorar su estado de salud.

Aunque es una condición incurable, existen tratamientos multidisciplinarios que proporcionan al paciente una mejor calidad de vida de la mano de médicos, genetista, dermatólogo, odontólogos, psicólogos, entre otros, así como grupos de apoyo que buscan mejorar el tratamiento y la integración social.

Palabras clave: ectodermo, displasia, trastorno, multidisciplinario, síndrome.

ABSTRACT

Ectodermal dysplasias are a group of inherited disorders characterized by developmental abnormalities in two or more tissues derived from the embryonic ectoderm. While relatively

rare, it is important to be aware of these conditions to establish a timely diagnosis and treatment plan that can help improve the patient's health.

Although incurable, multidisciplinary treatments are available to provide patients with a better quality of life. These treatments involve physicians, geneticists, dermatologists, dentists, psychologists, and other specialists, as well as support groups that aim to enhance treatment and social integration.

Keywords: ectoderm, dysplasia, disorder, multidisciplinary, syndrome.

INTRODUCCIÓN

Las displasias ectodérmicas fueron reportadas por primera vez en 1848 por Thurnham. Comprenden un grupo de trastornos hereditarios causados por un cambio o mutación en un gen que puede ser heredado, transmitiéndose de padres a hijos principalmente asociados al cromosoma X, o puede ocurrir espontáneamente debido a mutaciones genéticas nuevas (Marín Botero, 2013; Meléndez, 2023). Es un desorden relativamente raro y se estima que afecta alrededor de 1 por 100,000 nacidos vivos (Orozco, 2018).

El presente artículo tiene como objetivo presentar las características generales de esta condición, con la finalidad de proporcionar información clara y precisa que pueda ayudar a otros especialistas a identificar los marcadores de las displasias ectodérmicas y así garantizar su pronto diagnóstico.

¿Qué es la displasia ectodérmica?

La displasia ectodérmica es un conjunto de defectos provocados por la alteración del desarrollo de dos o más tejidos provenientes del ectodermo embrionario (Orozco, 2018). El ectodermo es una membrana creada durante el desarrollo del embrión para dar formación a estructuras del sistema nervioso, piel y a otras regiones importantes del cuerpo. Junto a las otras dos membranas, endodermo y mesodermo, son las encargadas de crear nuevos órganos, necesarios para la vida del ser humano. Si dos o más estructuras del cuerpo derivadas del ectodermo se ven afectadas, se considera que la persona tiene displasia ectodérmica.

¿Hay varios tipos?

Se conocen cerca de 350 tipos específicos de displasia ectodérmica, entre los cuales se reconocen dos tipos prominentes con diferencias clínicas e histológicas: la ectodérmica hidrótica o síndrome de Clouston, y la hipodrótica o síndrome de ChristSiemens-Touraine. Su diferencia se basa en el grado de sudoración que presenta el paciente.

El tipo hidrótico se distingue por hipotricosis, (defectos o ausencia de cabello), distrofia ungueal (deformación en uñas) e hiperqueratosis (aumento de la queratina o engrosamiento de palmas de las manos y plantas de los pies). La displasia ectodérmica hipohidrótica es la más frecuente, se caracteriza por la presencia de la

tríada de hipotricosis, hipodoncia e hipohidrosis, donde hay anomalías en piel, pelo y uñas, así como anodoncia (malformación, ausencia total o parcial de órganos dentarios, tanto temporales como permanentes). Puede existir incapacidad de sudar por la ausencia parcial o total de glándulas sudoríparas ecrinas, lo que provoca que la piel sea extremadamente seca y sensible con intolerancia al calor.

En ambos tipos se pueden presentar características como piel delgada y transparente o ligeramente pigmentada, y los vasos sanguíneos superficiales y fácilmente visibles. Hay adelgazamiento del vello de las cejas, el cabello suele ser escaso, frágil, seco y fino debido al mal desarrollo de las glándulas sebáceas (Pipa-Vallejo, 2006).



Figura 1. Imagen obtenida mediante ChatGPT (open AI) a partir del prompt: imagen de paciente con displasia ectodérmica

Aunado a esto, algunas personas pueden presentar abombamiento de la frente, nariz en silla de montar y labios protuberantes. Algunos pacientes son afectados también por infecciones oculares por la falta de

lubricación ocular, rinitis crónica, uñas distróficas, epistaxis, disfagia y disfonía, labio y paladar hendido. Pueden tener problemas con el sistema inmunitario, así como en la audición y la vista y, en raras ocasiones, daño cerebral. (Marín Botero, 2013; Orozco, 2018) (Figura 1). Estos síntomas pueden presentarse de forma leve hasta severa según cada paciente, y puede variar en intensidad aún entre miembros de una familia que tengan el mismo tipo de displasia ectodérmica (Marín Botero, 2013).

¿Cómo se manifiesta?

Los pacientes presentan diferentes manifestaciones en boca como: ausencia de órganos dentarios, anomalías en la forma, tamaño reducido, puntiagudos o en forma de globo o clavija, así como encontrarse muy separados y con malposiciones dentarias, y con el esmalte dental más delgado o suave de lo normal (Meléndez, 2023; Pipa-Vallejo, 2006). En algunos casos existe xerostomía o resequead en la boca por disminución de la saliva, acompañado por labios resacos o agrietados. Puede haber mal desarrollo o atrofia del reborde alveolar como resultado de la falta de formación de germen dental; asimismo, la altura entre los maxilares se encontrará reducida. Aunado a esto, la nariz en forma de silla de montar le dará al paciente un aspecto de vejez. En algunas ocasiones incluso puede existir labio y

paladar hendido (Marín Botero, 2013) (Figura 2).



Figura 2. Imagen obtenida mediante ChatGPT (open AI) a partir del prompt: imagen de paciente con displasia ectodérmica

¿Cómo se confirma el padecimiento?

Debe ser hecho mediante estudios genéticos (Marín Botero, 2013), pero las primeras consultas con su médico, pediatra o dentista pueden generar sospechas de este trastorno, el cual requiere estudios especiales para establecer el diagnóstico correcto.

Tratamiento

Por ser una afectación genética no tiene cura y requiere de cuidados especiales para mejorar la calidad de vida. La atención requerirá de un equipo multidisciplinario médico, odontológico y psicológico que acompañen a lo largo de su vida, ya que el tratamiento debe ser realizado en etapas tomando en cuenta la edad y desarrollo de cada paciente (Marín Botero, 2013).

Son muy importantes los cuidados diarios personales que incluyan el uso de cremas para lubricar e hidratar su piel, jabones hipoalergénicos, gotas

lubricantes para los ojos para reducir la resequedad, solución salina para hidratar y limpiar las vías respiratorias, entre otros. De igual manera, el paciente no debe exponerse al sol y siempre usar bloqueador solar con FPS mayor de 50, así como buscar mecanismos de enfriamiento para regular la temperatura corporal como ibuprofeno, toallas mojadas, botellas de agua fría o rociadores.

Cabe resaltar que el tratamiento estomatológico temprano puede ayudar al habla, la alimentación y nutrición, además de mejorar su apariencia, por lo que debe iniciar lo más pronto posible con revisiones frecuentes para restablecer la función y la estética de los dientes y de la boca lo mejor posible de acuerdo a su crecimiento (Marín Botero, 2013; Pipa-Vallejo, 2006).

Sin embargo, algunos tratamientos se pueden realizar solo cuando ha concluido el crecimiento y desarrollo completo de las estructuras de la cabeza. Completado ya el crecimiento, las soluciones serán permanentes, y se llevarán a cabo de acuerdo a cada caso en particular, priorizando la reposición de las piezas dentarias por medio de prótesis fijas, prótesis removibles o el uso de implantes dentales. De igual forma, se puede recomendar la cirugía oral para mejorar la forma de los arcos dentales y corregir problemas relacionados dentro de la boca (Meléndez, 2023). El cuidado de la misma, así como de los órganos dentarios, deberá continuar durante toda la vida.

Es importante mencionar que el tratamiento odontológico involucra un equipo que va desde la periodoncia, rehabilitación oral e implantología y especialistas en fonética, que ayudarán a lograr una adecuada función y estética del sistema estomatognático y brindarán un manejo integral al paciente en conjunto con el equipo médico (Orozco, 2018).

Conclusión

La displasia ectodérmica es una condición rara, pero con manifestaciones en la salud física y oral del paciente, lo cual genera un notable impacto psicológico. Por lo tanto, el diagnóstico temprano y la atención integral de los pacientes que la presentan es de suma importancia. Para el odontólogo, es importante conocer las características y manifestaciones físicas y estomatológicas de este padecimiento para identificar a los pacientes y apoyar al diagnóstico temprano, así como al tratamiento médico-odontológico integral.

Existen diversas organizaciones y grupos de apoyo que ayudan a conectarse con otros pacientes y familias. Su finalidad es proporcionar información a los pacientes, e impulsar la investigación para desarrollar mejores tratamientos y encontrar posibles curas. Estas organizaciones cuentan con asesores médicos y expertos. En México se puede contactar:

- Asociación Mexicana de Displasias Ectodérmicas.

Avenida Benito Juárez Sur #1121. Cd
de México Teléfono: 01 722 2773359
E-mail: contacto@amdem.org.mx o
dario-corrao2011@hotmail.com
WEB : <http://www.amdem.org.mx/>

Acerca de las autoras

- Dra. Patricia Marcela Gutiérrez
Anguiano

Profesor e investigador asociado C
tiempo completo
Facultad de odontología UMSNH
marcela.gutierrez@umich.mx

C. D. Marcela Ceja Gutiérrez
Especialista en Rehabilitación Oral
marcegtz21@gmail.com

REFERENCIAS:

- Marín Botero, M. E. (2013). Displasia
ectodérmica hipohidróica:
Reporte de casos.
Odontoestomatología vol 29.
- Meléndez, C. V. (2023). Tratamiento
odontológico de displasia
ectodérmica en pacientes
pediátrico. reporte de caso.
*Revista investigación clínica
Odontológica vol 3.*
- Orozco, J. P. (2018). Manejo
odontológico de pacientes
con el síndrome de Christ-
Siemens-Touraine. Reporte de
un caso. *Revista Odontológica
Mexicana.*
- Pipa-Vallejo, A. L.-A. (2006).
Tratamiento odontológico en
la displasia ectodérmica.
Actualización. *Avances en
odontoestomatología.*

VIDEOJUEGOS Y ESTRÉS DENTAL: LO QUE TODO PADRE DEBE SABER

Maricruz Pérez Pérez
José Herrera Camacho
Daniela Guadalupe Domínguez
Barajas

Recibido 24 abril, 2026

Aceptado 18 junio, 2026

Publicado 01 julio, 2026

RESUMEN

El incremento exponencial en el uso de videojuegos en la población juvenil representa un problema de relevancia clínica con serias repercusiones en la cavidad oral. Este artículo de divulgación se propone orientar detalladamente a los padres de preadolescentes y adolescentes entre nueve y quince años de edad, enfocándose en la prevención, detección temprana del juego problemático y el esclarecimiento de su relación con el bruxismo dental.

Se realizó una observación de cinco jugadores durante dos horas de tiempo de juego, donde se detectaron variables claves como: la microexpresión facial, las respuestas emocionales derivadas del contenido virtual, la ingesta de alimentos, la percepción del tiempo y tipo de videojuego.

Se constató que el tiempo prolongado de videojuegos frente a las pantallas actúa como un factor predisponente de modificaciones conductuales negativas en la

población juvenil. Como hallazgo adyacente, se reconoció un riesgo de incrementado de caries dental asociado a la ingesta de dietas con alto contenido de azúcares durante las partidas.

La adicción a los videojuegos o el juego patológico puede generar un impacto a nivel cerebral que induce la activación inconsciente de los músculos de la cara, pudiendo desencadenar el bruxismo dental. Esta condición presenta una estrecha correlación con factores biológicos, sociales, psicológicos y estímulos externos del entorno del adolescente.

Palabras clave: Videojuegos, Bruxismo, Odontopediatría, Adicción, Adolescentes.

INTRODUCCIÓN

El bruxismo se define clínicamente como una actividad repetitiva de los músculos mandibulares, caracterizada por el apretamiento o rechinar dentario, así como por la tensión o empuje de la mandíbula (Talebian et al., 2023). Esta condición parafuncional es originada por múltiples factores, estrechamente vinculada a trastornos como la ansiedad y depresión, cuya característica principal es el desgaste severo de los dientes.

En años recientes, los cambios conductuales y tecnológicos han generado factores de riesgo para la salud bucal. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de

Psicología (APA), en el 2019, nombraron formalmente la conducta adictiva a los videojuegos como: *Gaming Disorder* (GD) e *Internet Gaming Disorder* (IGD), respectivamente. Este fenómeno clínico experimentó un incremento exponencial en el uso de plataformas con contenido competitivo o violento a raíz del aislamiento durante la pandemia por COVID-19. Actualmente, se ha reportado que una frecuencia de exposición superior a las 5 horas diarias incrementa sustancialmente la probabilidad de consolidar esta patología conductual (Rodríguez & García, 2021).

La vulnerabilidad de la población juvenil ante estas plataformas digitales radica en sus componentes de diseño, se destaca en la literatura que las características intrínsecas de los videojuegos los vuelven altamente atractivos debido al apego neuroemocional que se genera hacia la narrativa y los personajes. Este dinámico entorno permite que el joven experimente una percepción de libertad dentro de un mundo ficticio, una premisa firmemente respaldada por Méndez Carpio y colaboradores (2023). No obstante, esta arquitectura digital está diseñada de manera intencional para facilitar la pérdida del control voluntario sobre el tiempo de juego. Dicha condición, en sinergia con factores de vulnerabilidad personales y de su entorno, propicia el uso abusivo e inadecuado de los

dispositivos, desencadenando formalmente una conducta adictiva en los adolescentes (Rodríguez & García, 2021).

Por tal motivo cuando los jóvenes pasan demasiado tiempo expuestos a estímulos intensos como los que se producen en los videojuegos, el cerebro se sobre estimula alterando su calma y recompensa. Esto genera una tensión emocional acumulada que el joven no puede procesar y para liberar este acumulo comienza el apretamiento de los músculos de la cara, produciéndose el apretamiento y rechinar de los dientes (bruxismo).

Para entender el apretamiento dental frente a las pantallas, observamos a cinco chicos de entre nueve (preadolescentes) y quince años (adolescentes) en un centro de videojuegos en Zamora, Michoacán. Durante dos horas seguidas, tres varones y dos féminas experimentaron una intensa combinación de emociones a través de diferentes tipos de juegos.

Empezaron con treinta minutos de *KOF vs Street Fighter*, un juego de peleas con violencia moderada diseñado para mayores de trece años. Luego pasaron otra media hora con *Stick Fight*, donde personajes de líneas se enfrentan para mayores de diez años. Para evaluar cómo reaccionaban a contenidos más ligeros, jugaron veinticinco minutos al juego de caídas cómicas *Gang Beasts*, veinte minutos a las dinámicas

familiares de *Mario Party* y cerraron con quince minutos del clásico e infantil *Bubble Bobble*. Esta dinámica me permitió evaluar en tiempo real los siguientes factores:

1. Expresión microfacial

Se observó que la competitividad y la presión psicológica durante el juego actúan como un detonante directo de estrés momentáneo. Esto se manifestó, en primer lugar, en una notable disminución del parpadeo, lo que refleja un enfoque visual absoluto hacia la pantalla. Asimismo, durante esta pérdida de consciencia del entorno, se detectó la activación de los músculos faciales a través de la contracción y tensión de las mejillas, además de un evidente apretamiento labial (Fig 1); conductas directamente asociadas a las fluctuaciones emocionales del juego.



Figura 1. Más que concentración: el sutil apretamiento de labios en los jóvenes delata la tensión inconsciente que genera la alta competitividad en las pantallas. (Autor: Daniela Domínguez).

2. Respuesta emocional

Al observar las reacciones de los chicos, se detectó cómo influye la edad en sus emociones. Los más

pequeños pasaban de la euforia total a la frustración en segundos, y les costaba mucho trabajo controlarse ante las dificultades del juego. Eran los mayores quienes intervenían para calmarlos y ayudarlos, demostrando un mayor control emocional durante las partidas. Por otro lado, las féminas manifestaron niveles de frustración más evidentes durante las dificultades del juego.

3. Ingesta de alimentos

El momento de comer también me ayudó a ver dos realidades distintas según la edad. Los más pequeños no tuvieron problema en desprenderse del juego para comer con calma (Fig 2), disfrutando de ver jugar a los demás. En contraste, los mayores mostraron un enfoque absoluto en las pantallas, omitiendo casi por completo la ingesta de alimentos o reduciéndola, con el fin de no interrumpir ni afectar el rendimiento del juego.



Figura 2. El combo de riesgo: alimentos ultraprocesados elegidos por los jóvenes durante las jornadas de juego, un factor que eleva drásticamente el riesgo de caries en la boca. (Autor: Daniela Domínguez)

Los alimentos consumidos durante las jornadas de juego fueron productos ultraprocesados, botanas y bebidas azucaradas, factores que exponen a

la boca a un alto riesgo de desarrollar caries.

4. Percepción del tiempo y tipo de videojuego

En todos los jóvenes se evidenció un fenómeno uniforme de distorsión en la percepción del tiempo; ya que, al concluir las dos horas de monitorización, ningún participante fue consciente del tiempo transcurrido en el centro de juegos. Asimismo, se observó una preferencia absoluta por videojuegos con dinámicas competitivas y un alto contenido de violencia explícita.

Es importante que como padres entendamos algo: jugar un rato no va a enfermar los dientes de nuestros hijos. La tensión en la mandíbula o el estrés de una partida competitiva normalmente desaparecen en cuanto se apaga la consola. De hecho, los expertos Salinas Barrón, Rodríguez y García revelan que la alta competitividad en las pantallas solo induce un estado de estrés y presión psíquica momentánea. Esta sobreestimulación se traduce en un apretamiento de dientes transitorio que, por lo general, desaparece de forma natural en cuanto termina la partida, por lo que el juego por sí mismo no es el causante de un daño dental crónico.

El verdadero riesgo aparece cuando el videojuego deja de ser una diversión y se convierte en un refugio disfuncional. Si un joven utiliza el entorno virtual como un mecanismo

de evasión o escape frente a presiones psicosociales o familiares, la práctica deja de categorizarse como un pasatiempo recreativo para convertirse en una adicción conductual formal conocida como *Gaming Disorder*. Al respecto, el investigador López Gómez (2022) postula que los rasgos de agresividad y la inestabilidad de las emociones en los jóvenes actúan como predictores directamente relacionados con el riesgo de consolidar este trastorno (Fig 3).

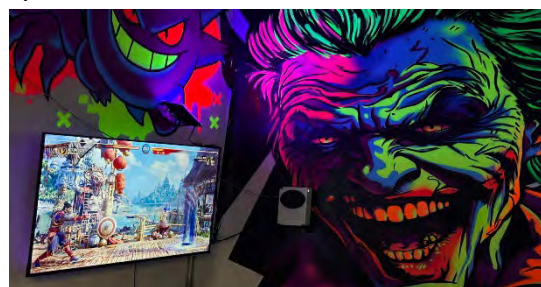


Figura 3. Una tormenta de estímulos: videojuegos de combate en entornos visualmente cargados que sobreestiman el sistema nervioso del menor. (Autor: Daniela Domínguez)

Es bajo este escenario de adicción donde el peligro aumenta. Rodríguez y García (2021) advierten que cuando los jóvenes superan cinco horas diarias de juego, el riesgo se dispara exponencialmente, agudizando directamente la hiperactividad del músculo macetero. Esa tensión constante acumulada en el cerebro se descarga en el rostro, haciendo que aprieten la mandíbula de forma inconsciente y destructiva. Como bien advierte la especialista Salinas Barrón (2024), el uso ilimitado de estas plataformas digitales no solo fractura

los vínculos familiares, sino que genera alteraciones significativas en la salud general del individuo, extendiendo el daño a su boca.

Además, este interés desmedido por el mundo virtual impacta negativamente en los hábitos de vida. De acuerdo con el investigador Méndez Carpio (2023), este ocasiona el desplazamiento y la pérdida de interés en la realización de actividades básicas de autocuidado. Esto se traduce directamente en el abandono de los hábitos de higiene oral como el cepillado dental. Al sumarse la ingesta de alimentos ultraprocesados con alto contenido de grasas y azúcares, se genera un escenario sinérgico que eleva drásticamente el riesgo de sufrir lesiones cariosas y deficiencias nutricionales.

Finalmente, es prioritario enfatizar la alta vulnerabilidad que caracteriza a este grupo etario. La adolescencia constituye una etapa crítica del neurodesarrollo propensa a la aparición de conductas adictivas. Como señalan Rodríguez y García (2021), este es un periodo de crecimiento exponencial y de exposición a riesgos considerables, donde la búsqueda intrínseca de pertenencia e identidad frente a las presiones sociales puede poner en peligro al menor. Al no canalizarse adaptativamente estas tensiones, el entorno virtual se convierte en un refugio patológico cuya somatización en el sistema masticatorio se

manifiesta a través del bruxismo por estrés crónico.

Con el fin de mitigar la adicción a los videojuegos y la aparición problemas dentales, se derivan las siguientes recomendaciones:

1. **Higiene del Sueño:** Restringir la presencia de monitores y dispositivos electrónicos dentro del dormitorio del menor. Se debe evitar de manera estricta el uso de pantallas en los sesenta minutos previos al descanso nocturno previniendo el apretamiento muscular durante el sueño.
2. **Monitoreo de Contenido:** Lejos de alejarlos, se debe verificar las clasificaciones por edad y restringir o reducir videojuegos con contenido violento o de terror explícito, implementando límites de tiempo de juego diario.
3. **Hábitos Saludables:** Fomentar la práctica de actividades deportivas al aire libre, disciplinas artísticas o creativas que faciliten una canalización adaptativa del estrés.
4. **Autocuidado:** Optimizar los canales de comunicación y afecto dentro del núcleo familiar, reforzando el autoconcepto positivo, la autoestima y los hábitos de cuidado personal como primera barrera frente a los trastornos adictivos.

CONCLUSIONES

Los videojuegos son herramientas recreativas saludables siempre y cuando se establezcan límites claros en el hogar. El verdadero peligro para la salud bucal surge cuando el juego se transforma en un refugio

patológico frente al estrés cotidiano. Por ello, la intervención activa y afectuosa de los padres es la clave para prevenir la adicción y proteger la sonrisa de sus hijos.

A cerca de los autores

Maricruz Pérez Pérez

Odontopediatra y asesora especialista del presente artículo de divulgación.

Dr. José Herrera Camacho

asesor metodológico del presente artículo de divulgación.

Lic. en Odontología Daniela Guadalupe Domínguez Barajas

(dany_barajas94@hotmail.com)

Estudiante de la Especialidad de Odontopediatría en el Centro Educativo Multidisciplinario en Rehabilitación Oral (CEMRO)

Diplomado en Odontología Pediátrica (2018-2019)

Certificación en Urgencias y Emergencias Médicas en el Consultorio Dental

REFERENCIAS

Talebian, A., Sharif, M. R., Gilasi, H. R., Ghafeli Bidgoli, M., & Masoudi Alavi, N. (2023). Risk factors of bruxism in children and adolescents: A case-control study. *Iranian Journal of Child Neurology*, 17(3), 81–87. <https://doi.org/10.22037/ijcn.v17i3.40112>

Rodríguez Rodríguez, M., & García Padilla, F. M. (2021). El uso de videojuegos en adolescentes:

Un problema de salud pública. *Enfermería Global*, 20(2), 557–591.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.438641>

López Gómez, S., Rial Boubeta, A., Marín Suelves, D., & Rodríguez Rodríguez, J. (2022). Videojuegos, salud, convivencia y adicción: ¿Qué dice la evidencia científica? *Psychology, Society & Education*, 14(1), 45–54. <https://doi.org/10.21071/psye.v14i1.14178>

Méndez Carpio, C. R., Palacios Montero, N. A., & Méndez Palacios, D. (2023). Uso de videojuegos y su incidencia en la juventud actual. *Killkana Social*, 7(1), 83–94. <https://doi.org/10.26871/killkanasocial.v7i1.1242>

Salinas Barrón, D. I. E. (2024). Salud oral en la era digital: Impacto del uso de pantallas en niños y adolescentes: Revisión de la literatura. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*, 5(3), 578–587. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i3.278>

UNA SONRISA QUE TRANSFORMA LA MANERA DE VERTE

Gabriela López Torres

ORCID: 0009-0003-4256-0313

Ana Bertha Rodríguez Medina

ORCID: 000-0002-3904-8138

Karina Cortés Melchor

ORCID: 0009-0009-2659-2394

Recibido 10 abril, 2026

Aceptado 8 junio, 2026

Publicado 01 julio, 2026

Resumen

La sonrisa es una expresión universal que va más allá de manifestar alegría. Su apariencia influye en la autoestima, la confianza y el bienestar emocional, impactando la calidad de vida de las personas. Además, sonreír favorece las relaciones sociales, fortalece los vínculos afectivos y transmite seguridad y apertura. La autoestima, entendida como la valoración que una persona tiene de sí misma, puede verse influida por diversos factores, entre ellos la sonrisa. Cuando esta es saludable y atractiva, contribuye positivamente a la autoimagen y al desarrollo de una mayor confianza y satisfacción personal (Díaz-Cárdenas et al., 2018; Arenas-Sánchez, 2021).

Palabras clave: Sonrisa; Autoestima; Calidad de Vida

Abstract

The smile is a universal expression that goes beyond simply conveying joy. Its appearance influences self-esteem,

confidence, and emotional well-being, thereby impacting individuals' quality of life. Additionally, smiling promotes social interactions, strengthens emotional bonds, and conveys security and openness. Self-esteem, understood as the evaluation an individual has of themselves, can be influenced by various factors, including the smile. When it is healthy and aesthetically pleasing, it contributes positively to self-image and to the development of greater confidence and personal satisfaction (Díaz-Cárdenas et al., 2018; Arenas-Sánchez, 2021).

Keywords: Smile; Self-esteem; Quality of life

La Relación entre la Sonrisa y la Autoestima



Figura 1. Elaboración propia mediante inteligencia artificial (DALL-E, OpenAI)

La sonrisa y la autoestima están estrechamente relacionadas, y esta conexión puede influir significativamente en el bienestar emocional y la calidad de vida. Una apariencia dental agradable no solo contribuye a la imagen física, sino que

también influye en la manera en que las personas se perciben a sí mismas, en su autoconcepto y en la forma en que enfrentan las situaciones cotidianas (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

En el ámbito social, una expresión amable y espontánea favorece la comunicación y facilita el establecimiento de vínculos con otras personas. Cuando alguien se siente cómodo con su apariencia dental, suele desenvolverse con mayor naturalidad en las interacciones diarias, lo que fortalece su sentido de pertenencia, su integración social y su seguridad personal (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

La sonrisa también forma parte de la imagen que proyectamos hacia los demás y desempeña un papel importante en la primera impresión. Una adecuada armonía dental puede influir favorablemente en la percepción de la propia imagen, promoviendo sentimientos de satisfacción, aceptación y valoración personal (Arenas-Sánchez, 2021).

Además, sonreír se asocia con beneficios emocionales que contribuyen al bienestar general. Se ha observado que una percepción positiva de la propia sonrisa se relaciona con una mayor satisfacción personal, mejor estado de ánimo y una actitud más optimista frente a la vida (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

Por otra parte, la satisfacción con la propia apariencia bucal puede

favorecer una mayor aceptación personal. Esta seguridad puede reflejarse en diversos aspectos de la vida, como el desempeño profesional, las relaciones personales y la capacidad para afrontar nuevos desafíos, contribuyendo al desarrollo de una autoestima saludable y duradera (Arenas-Sánchez, 2021).

La sonrisa constituye una de las expresiones faciales más reconocidas y utilizadas por el ser humano. Además de reflejar emociones positivas, representa una importante forma de comunicación no verbal capaz de transmitir cercanía, empatía y disposición para interactuar con los demás. En muchos casos, esta expresión facilita la creación de vínculos afectivos tanto en el ámbito familiar como en el social (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

Incluso en ausencia de palabras, una sonrisa genuina puede comunicar aceptación y cordialidad. Por ello, la percepción que cada individuo tiene de su propia sonrisa puede influir en su disposición para participar en actividades sociales, hablar en público o establecer nuevas relaciones (Arenas-Sánchez, 2021).

La percepción de la sonrisa en la sociedad actual

La sonrisa constituye uno de los elementos más importantes de la expresión facial y desempeña un papel relevante en la manera en que las personas son percibidas por los demás. Diversos estudios han

demostrado que las características de la sonrisa influyen en las primeras impresiones y en la percepción de atributos como la salud, la juventud, el atractivo y el cuidado personal (Medina-Gallo et al., 2010).

Investigaciones realizadas en distintos contextos han puesto de manifiesto la importancia que la apariencia dental tiene en las interacciones cotidianas. Se ha observado que una proporción significativa de las personas presta atención a los dientes y a la sonrisa durante la comunicación, considerándolos elementos clave en la evaluación de la imagen personal (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

Asimismo, diversos estudios han evidenciado que una gran parte de la población percibe que su sonrisa influye en su vida social y en su autoconfianza. De igual manera, muchas personas manifiestan insatisfacción con la apariencia de sus dientes y expresan interés en mejorar aspectos como el color, la alineación y la forma mediante tratamientos odontológicos (Fig 2) (Arenas-Sánchez, 2021).



Figura 2. Elaboración propia mediante inteligencia artificial (DALL-E, OpenAI)

En México también se han realizado estudios sobre la percepción de la estética dental, los cuales han demostrado que la valoración de una sonrisa atractiva puede variar entre los profesionales de la salud bucal y los pacientes. Estas diferencias reflejan que la percepción de la belleza es subjetiva y está influenciada por factores culturales, sociales y personales (Medina-Gallo et al., 2010).

La creciente atención que la sociedad otorga a la apariencia de la sonrisa ha impulsado el desarrollo de tratamientos cada vez más conservadores y personalizados. Sin embargo, más allá de responder a estándares estéticos, es importante recordar que una sonrisa agradable debe ir acompañada de una adecuada salud bucal, ya que ambas contribuyen al bienestar general y a una mejor calidad de vida (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

Factores que Contribuyen a una Sonrisa Atractiva

La apariencia de la sonrisa depende de una combinación de factores relacionados con la salud bucal, la armonía facial y los hábitos de vida. Estos elementos no solo determinan la estética, sino que también influyen en la función oral y en la percepción que cada individuo tiene de sí mismo (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

La higiene oral desempeña un papel fundamental en la conservación de la salud bucal. El cepillado adecuado y el uso diario del hilo dental permiten

eliminar la placa bacteriana y los restos de alimentos, disminuyendo el riesgo de caries y enfermedades periodontales. Asimismo, estos hábitos contribuyen a mantener un aliento fresco y favorecen la permanencia de las piezas dentales a lo largo del tiempo, impactando positivamente en la calidad de vida (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

Otro aspecto importante es el estado de los dientes. Características como el color, la forma, el tamaño, la textura y la alineación influyen directamente en la armonía facial. Los dientes sanos y correctamente posicionados suelen asociarse con una apariencia agradable, mientras que las alteraciones como manchas, fracturas, desgaste o pérdida dental pueden afectar tanto la estética como la función, repercutiendo en la percepción personal y social (Medina-Gallo et al., 2010).

Las encías y los tejidos blandos también son esenciales para lograr un equilibrio estético. Cuando se encuentran sanos, proporcionan el marco natural de los dientes y presentan una coloración rosada y una textura uniforme. Sin embargo, la inflamación, el sangrado o la recesión gingival pueden modificar la proporción entre dientes y tejidos de soporte, comprometiendo la apariencia y, en algunos casos, la estabilidad de las piezas dentales (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

El estilo de vida ejerce una influencia directa sobre la salud oral. El

tabaquismo, el consumo de alcohol y una dieta inadecuada pueden afectar negativamente la salud bucal, favoreciendo la aparición de caries, enfermedades periodontales y alteraciones estéticas. Por ello, la adopción de hábitos saludables resulta fundamental para preservar tanto la función como la apariencia de la sonrisa (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

El impacto de la sonrisa en diferentes etapas de la vida



Figura 3. Elaboración propia mediante inteligencia artificial (DALL-E, OpenAI)

La importancia de una adecuada salud bucal está presente a lo largo de toda la vida. Durante la infancia y la adolescencia, una dentición sana favorece la integración social y contribuye al desarrollo de una imagen corporal positiva (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

En la edad adulta, la apariencia dental puede influir en diversos ámbitos, incluyendo las relaciones personales, la autoestima y el desempeño profesional, siendo un elemento importante en la construcción de la identidad personal (Arenas-Sánchez, 2021).

En los adultos mayores, conservar los dientes naturales y mantener una adecuada función oral repercute favorablemente en la calidad de vida, permitiendo preservar la capacidad masticatoria, la comunicación y la independencia (Díaz-Cárdenas et al., 2018).

A cerca de la autoras:

Gabriela López Torres

gabriela.lopez.torres@umich.mx
Cirujano Dentista
Especialista en Endodoncia
Maestría en Ciencias de la Salud
Doctorado en Salud Pública
Profesora e Investigadora de TC,
Facultad de Odontología, UMSNH.

Ana Bertha Rodríguez Medina

ana.rodriguez@umich.mx
Lic. en Psicología. Profesora e investigadora de la Facultad de Atención Integral en Ciencias de la Salud y Asistencia Social de la UMSNH. Estratega en innovación educativa y líder en desarrollo tecnológico y empresarial.

Karina Cortés Melchor*

karina.cortes@umich.mx*
Lic. en Psicología. Profesora de la Facultad de Psicología, de la UMSNH. Integrante de la Coordinación de la Licenciatura en Psicología de la modalidad en línea. Miembro fundador de la Red de Educación en Línea, Abierta, a Distancia, Continua y Multimodal de la UMSNH.

Bibliografía

- Díaz-Cárdenas, S., Tirado-Amador, L., Tamayo-Cabeza, G. (2018). Impacto de la sonrisa sobre calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos. Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, 11(2), 78-83. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072018000200078>
- Arenas-Sánchez. (2021). Relación Entre el Nivel de Autoestima y la Percepción Estética de la Sonrisa en Jóvenes del Distrito de Independencia, PISCO - ICA – 2021. Facultad De Medicina Humana y Ciencias E Salud, Escuela Profesional de Estomatología. Repositorio UAP. <https://hdl.handle.net/20.500.12990/5190>
- Medina-Gallo, C..X, Gómez-Narváez, S., Martínez-Ramírez, C. M., Bermúdez-Jaramillo, P. C. (2010). Parámetros Estéticos de la Sonrisa aceptados por Odontólogos Especialistas y Pacientes de Ortodoncia. Revista Colombiana de Investigación en Odontología 2010;1(2):228-237. <https://doi.org/10.25063/21457735.5>

ESENCIALUD

Ciencias de la Salud

Facultad de Odontología

