



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**  
**CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**

---

---



**TESIS**

**MANEJO ESTOMATOLÓGICO DEL PACIENTE CON TRASTORNO AUTISTA  
EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO.  
PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTA**

**TREJO CASTILLO ELIDETH VERÓNICA**

**DIRECTORA**

**ASESORA**

**MTRA. OLGA TABOADA ARANZA**

**C.D. HILDA MARÍA LUVIANO JARAMILLO**

**Abril 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
OBJETIVOS	29
PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS	30
CONCLUSIONES	50
PROPUESTA	53
REFERENCIAS	55
ANEXOS	58

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su apoyo incondicional en todo momento y por ayudarme a llegar a mi meta.

A mi maestra Olga Taboada Aranza por su guía y enseñanzas a lo largo de la creación de este trabajo.

A todos aquellos que estuvieron y están en mi vida....

*Date a ti mismo todas las probabilidades de triunfar.*

*Y, si fracasas, ¡fracasa luchando!.....*

*Og Mandino.*

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad es un tema complejo, la cual ha cobrado en los últimos años un justificado interés como problema social. Este cambio positivo se explica por el creciente número de personas que las presentan en sus variados tipos y formas, es así que, diversas instituciones especializadas, señalan prevalencias de discapacidades que van desde el 7% hasta el 15%.

De acuerdo a la OMS la discapacidad es una alteración física o mental que limita una o más de las actividades vitales fundamentales de la persona. Dichas actividades son: ver, oír, hablar, caminar, respirar, aprender, cuidarse así mismo, estudiar, trabajar. En forma muy amplia se les puede clasificar por:

1. El grado de evidencia de la lesión, es decir más o menos visible.
2. El momento en que se inicia la discapacidad y si esta es estática o progresiva.

En México hay alrededor de 800,000 personas con alguna discapacidad motriz según los estudios recientes del Consejo Nacional de Población.

Las consecuencias directas o indirectas que determinan la discapacidad en las personas, las familias y la comunidad en los planos de las limitaciones físicas e intelectuales, la desigualdad y la falta de oportunidades, en mucho contribuyen a generar pobreza, marginación, exclusión y en un sentido más amplio vulnerabilidad social.

Muchas personas todavía piensan que discapacidad física es sinónimo de retraso mental, por ello las personas con discapacidad son vistas bajo la etiqueta de "incapaces", "minusválido". Las palabras que se emplean son etiquetas que reflejan las actitudes que estereotipan y jerarquizan a un grupo de personas. Estas etiquetas provienen del sistema de relación social y se transmiten de forma muy poderosa a través de la familia. De ahí que se encuentren también diversas

respuestas, por ejemplo existen personas con graves limitaciones que no se consideran a sí mismos particularmente impedidos mientras que otros, con limitaciones relativamente ligeras se consideran gravemente impedidos.

Debe separarse la idea de discapacidad de incapacidad. Casi todo se puede aún cuando en ocasiones sea “de otra manera”. Para alcanzar esta comprensión es necesario informar a los padres, a los prestadores de servicios de salud y a los profesores que las personas en lo único que somos iguales, es que somos diferentes.

Esto ha propiciado la existencia de un vigoroso y cada vez más influyente movimiento proactivo de organizaciones de y para personas con capacidades diferentes, que demanda equidad e igualdad para acceder a la dinámica que genera el desarrollo, mediante la equiparación de oportunidades y en su integración en todos los planos de la vida social.

Anteriormente no eran reconocidos los derechos de las personas con discapacidad, sufrían de discriminación social y muchos eran reclusos en el hogar o en instituciones de custodia sin oportunidades de superación personal ni social, actualmente se han desarrollado programas de rehabilitación a personas con capacidades diferentes que incluyen revisiones médicas, psicológicas y de incorporación al trabajo. Estos servicios son brindados en vías a lograr una mejor integración en la vida social y productiva de su comunidad.

Entre estos grupos vulnerables se encuentran los afectados por *autismo infantil*, este es un síndrome del comportamiento, caracterizado por una alteración de las interacciones sociales recíprocas, anomalías de la comunicación verbal y no verbal, actividad imaginativa empobrecida y un repertorio de actividades e intereses característicamente restringidos.

El autismo infantil ocurre en una proporción de 4:1 y su prevalencia usando los criterios de Kanner, es de 2 a 5 por cada 10 000 habitantes.

Las causas del autismo aún permanecen oscuras y se continúan investigando, pero los signos característicos del autismo como el rendimiento intelectual irregular y fuerte rechazo a la compañía -la posible participación del Sistema Nervioso Central en la fisiopatología del autismo- hacen que la frecuencia y severidad de las enfermedades bucodentales sean mayores en ellos en comparación con los niños sanos, sobre todo si se toma en cuenta que los estudios de prevalencia de caries dental en poblaciones infantiles sin discapacidad nos muestran un índice CPOD de hasta 5.9 para niños de 12 años, considerado éste un alto grado de afección, hablándose de hasta una incidencia acumulada anual de 1.8 ( $\pm$  2.6).

En este contexto, el trabajo tiene entre sus propósitos describir el manejo estomatológico del paciente con trastorno autista en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

El abordaje es de acuerdo a cada niño, teniendo como meta integrarlo a la familia y los contextos educativos y comunitarios que interrelacionan con él, no olvidando priorizar la autonomía y desarrollo como persona única, con los derechos de cualquier ser humano, uno de ellos la salud y a la salud bucal de calidad.

Es esencial el apoyo de un equipo multidisciplinario, donde cada profesional -entre ellos el Cirujano Dentista de práctica general- coadyuve en el desarrollo y potenciación de las habilidades y posibilidades del niño autista.

## JUSTIFICACIÓN

El tema de la discapacidad como problema social, ha cobrado en los últimos años un justificado interés en todo el mundo, este cambio se explica por varias razones: en primer término, por el creciente número de personas que la presentan en sus variados tipos y formas, por lo que diversos documentos de las Naciones Unidas y sus organismos especializados señalan prevalencias poblacionales del 7%, 10%, 12% y hasta el 15% lo que llama la atención y advierte sobre su importancia. Por otra parte, las consecuencias directas e indirectas que determinan la discapacidad en las personas, las familias y las comunidades en los planos de las limitaciones físicas e intelectuales, la desigualdad y la falta de oportunidades, en mucho contribuyen a generar pobreza, marginación, exclusión y en un sentido más amplio, vulnerabilidad social.<sup>1</sup>

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, presentada en 2001, define a las personas con discapacidad “aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás”. Entre la multiplicidad de discapacidades se encuentran los Trastornos Generalizados del Desarrollo que de acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Norteamericana contempla el *Trastorno del Espectro Autista* (TEA). El término *autista* se emplea generalmente, tanto en medios de comunicación como en entornos profesionales, para definir al trastorno identificado originalmente en 1943 como *autismo de Kanner*. Los estudios muestran que los TEA son bastante más frecuentes de lo que se pensaba, así se ha pasado de un caso de autismo por cada 2,500 niños hace veinticinco años, a aceptar que el problema afecta a uno de cada 170 o 250 niños.<sup>2</sup>



Por lo que respecta al autismo en México de acuerdo a cifras reportadas por la Asociación Mexicana de Autismo se calcula que 5 de cada 1,000 habitantes presentan este trastorno.<sup>3</sup>

Como se observa las investigaciones orientadas en el terreno neurobiológico de la fisiopatología del autismo hacen que la frecuencia y severidad de las enfermedades bucodentales sean mayores en ellos.

Las alteraciones bucodentales de mayor prevalencia son caries y enfermedad periodontal, la primera afecta a más del 95% de la población infantil y la enfermedad periodontal al 70%, estos estudios son reportados en población infantil "sana". Sin embargo, los estudios realizados en personas con capacidades diferentes reportan una prevalencia mayor en esta población.<sup>4</sup>

Los niños con autismo requieren de una educación en escuelas especializadas y de forma individual para acercarlos a su entorno social,<sup>5</sup> con lo cual se persigue mejorar su calidad de vida. Sin embargo, el manejo estomatológico del paciente con trastorno autista en el consultorio dental puede ser realizada por el Cirujano Dentista de práctica general con una capacitación en las técnicas de inmovilización, de modificación de la conducta y el conocimiento del trastorno autista, de las patologías asociadas, de los medicamentos que se le administran y la elaboración de una historia clínica completa, permitirá diseñar un adecuado plan de tratamiento y elegir la o las técnicas a realizar para el abordaje odontológico que se pretende llevar con cada paciente.

Si bien en México existe abundante literatura que reporta la frecuencia y distribución de los diversos tipos de discapacidad, de la evaluación y diagnóstico, del abordaje conductual del paciente mediante técnicas psicológicas y de restricción física, entre otros. En lo referente al manejo estomatológico de estos pacientes los reportes son escasos, por lo que es necesario dar a conocer los

protocolos de tratamiento que se llevan a cabo y que han sido eficientes en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

## MARCO TEÓRICO

### *Antecedentes del trastorno autista*

El término autismo proviene del griego *autus* que significa “yo” e *ismos* que significa “condición”. Bleuler introdujo el término en 1911 para describir la exclusión de los pacientes esquizofrénicos del mundo y de la vida social, pero fue Leo Kanner (USA, 1943) quien describió una condición específica conocida como autismo; Kanner observó que los pacientes estudiados tenían problemas del contacto afectivo, inflexibilidad conductual y comunicación anormal, la ecolalia demorada y la hipersensibilidad al ruido también formaron parte de ese cuadro clínico al que le dio el nombre de *autismo infantil* y a partir de esta descripción, fue reconocida como una entidad diferente de la esquizofrenia.

En 1944, en Alemania Hans Asperger, aún sin conocer el trabajo de Kanner, caracterizó una condición semejante a la que consideró como un trastorno de la personalidad y la denominó *psicopatía autista*, es asombroso que ambos autores hayan utilizado el mismo término para referirse a estos pacientes.<sup>6</sup>

A lo largo de los años, las cuestiones relativas a la definición y diagnóstico del autismo han dado lugar a controversias.<sup>7</sup> El término *autismo* se emplea generalmente, tanto en los medios de comunicación como en sus entornos profesionales, para definir sintéticamente a todos los trastornos incluidos en la actualidad bajo la denominación de *Trastornos Generalizados del Desarrollo* (TGD). De hecho no es un término que ya aparezca, como tal, aisladamente, en las clasificaciones internacionales. Hay también personas que utilizan el término autismo de una manera opuesta, es decir, restrictiva, para describir exclusivamente el trastorno autista contenido en los manuales clasificatorios, e incluso, únicamente al trastorno identificado originalmente por Kanner, *autismo de Kanner*.<sup>2</sup>

La clasificación psiquiátrica de mayor proyección internacional; el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ª edición (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, es una guía útil para la práctica clínica, facilita la investigación y mejora la comunicación entre clínicos e investigadores, y la International Classification of Diseases (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud contiene la taxonomía de los trastornos mentales, es un sistema oficial de códigos en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Los códigos del DSM-IV y CIE-10 son compatibles ya que utilizan el término de Trastornos Generalizados del Desarrollo que incluyen el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado y el trastorno de Rett; aunque el listado no sea idéntico.<sup>2, 6, 8</sup>

Por último, se viene utilizando en la actualidad el término *Trastorno del Espectro Autista-TEA*, la experiencia acumulada en los últimos años ha mostrado que existe una gran variabilidad en la expresión de estos trastornos. El cuadro clínico no es uniforme, ni absolutamente demarcado y su presentación oscila en un espectro de mayor a menor afectación; varía con el tiempo y se ve influido por factores como el grado de capacidad intelectual asociada o el acceso a apoyos especializados. El concepto de TEA trata de hacer justicia a esta diversidad, reflejando la realidad clínica y social.<sup>2</sup>

Como los trastornos difieren entre sí en rasgos como la prevalencia, gravedad y forma de aparición y el progreso de los síntomas, con la tabla siguiente se tratará de resumir de una manera gráfica las diferencias más significativas entre ellos (cuadro 1). Las diferencias entre el trastorno autista y el trastorno extendido del desarrollo no específico (TEDNE) pueden ser bastante sutiles y a menudo dificultan el diagnóstico en los niños muy pequeños. Comparando con los diagnosticados de trastorno autista, los que lo han sido de TEDNE suelen presentar síntomas más moderados, atípicos o ambos, de manera que en muchas ocasiones se unifican.

El síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo de la infancia (TDI) son bastante raros y muy diferentes en su proceso y el resultado del trastorno autista y el TEDNE. Por su parte, el síndrome de Asperger, casi nunca se detecta antes de los tres años.<sup>8</sup>

Cuadro 1. Diferencias entre los trastornos de desarrollo.

Características	Trastorno autista	Síndrome Asperger	TEDNE	TDI	Síndrome Rett
Desequilibrio social	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X<sup>†</sup></b>	<b>X</b>
Trastornos del lenguaje y comunicación	<b>X</b>		<b>X*</b>	<b>X<sup>†</sup></b>	<b>X</b>
Intereses y actividades repetitivos	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X*</b>	<b>X<sup>†</sup></b>	
Inteligencia media		<b>X</b>			
Aparición antes de 36 meses	<b>X</b>				<b>X</b>
Periodo de desarrollo normal seguido de pérdida de habilidades en diferentes áreas	<b>X</b>			<b>X</b>	<b>X</b>
Desequilibrio relativo	Variable	Más moderado	Más moderado	Más grave	Más grave
Prevalencia relativa	Más elevada	Intermedio	Más elevada	Menor	Menor

\* Deben presentarse por lo menos dos de estas características. † Deben estar presentes por lo menos tres de estas características.<sup>8</sup>

### *Diagnóstico, signos y síntomas del trastorno autista*

Es alarmante el incremento de los trastornos generalizados del desarrollo. Las estadísticas sugieren que al menos transcurren entre dos y cuatro años entre la edad del niño en que aparecen las primeras sospechas de un trastorno del desarrollo, y la edad en la que recibe un diagnóstico y un tratamiento adecuado. Para entonces, los niños y sus padres han consultado por lo menos a tres especialistas diferentes, y se han realizado estudios neurológicos y evaluaciones sensoriales. El diagnóstico correcto y temprano del autismo es importante por sus implicaciones para el pronóstico.<sup>6</sup>

Las estadísticas también refieren que por lo general son los especialistas de diferentes disciplinas dentro del área de la salud y la educación quienes posponen el diagnóstico y la intervención indicada. Es común que se prefiera esperar y observar el curso del desarrollo, indicar algún tipo de estimulación temprana, o algún estilo de “terapia preventiva” no especializada.<sup>9</sup>

Muy diversos son los factores que atrasan la atención del niño autista. Las formas más graves del espectro autista son diagnosticadas en los primeros años de vida, mientras que las formas moderadas que obtienen mayores beneficios con los programas de intervención son identificadas hasta la etapa escolar. Las fallas de acceso a los servicios médicos especializados retarda el tiempo en el que los niños son diagnosticados de manera correcta, Jarbrink y Knapp (2001) han informado de una ruta de diagnóstico equivocados en estos pacientes, numerosos obstáculos se presentan en la evaluación por varios motivos, el más importante es que la mayor parte de los instrumentos que se han diseñado para la *identificación del autismo requieren entrenamiento profesional especializado*.<sup>6</sup>

El diagnóstico se establece cuando se observan los síntomas característicos. No hay un test o prueba médica que diga si una persona tiene o no autismo. El diagnóstico se hace observando la conducta de la persona, conociendo su historia del desarrollo y aplicando una batería en pruebas médicas y psicológicas para detectar la presencia de los signos y síntomas del autismo.

Pero en términos generales, el autismo es un trastorno del desarrollo infantil. Esto es, se trata de un trastorno que se manifiesta en los primeros tres años de la vida y se caracteriza porque no aparecen –o lo hacen de modo claramente desviado de lo esperable- algunos aspectos normales del desarrollo: las competencias habituales para relacionarse, comunicarse y jugar o comportarse como los demás.

Los signos característicos del autismo se pueden agrupar en:

a) Alteraciones cualitativas en la interacción social

Las alteraciones sociales son el principal síntoma del autismo. Estas personas encuentran difícil ajustar su comportamiento al de los demás, ya que no entienden muy bien las convenciones y normas sociales. Suelen tener problemas para compartir el mundo emocional, el pensamiento y los intereses.

No les resulta sencillo apreciar las intenciones de los demás, desarrollar juegos y hacer amigos. En consecuencia, el mundo social no les resulta fácil y en muchas ocasiones no les interesa, mostrando aislamiento.

b) Alteraciones cualitativas de la comunicación

Los primeros estudios realizados en el autismo identificaban que un 50% de las personas afectadas no desarrollaban un lenguaje hablado funcional a lo largo de su vida. Existen otros casos, que empiezan a hablar y que luego pierden su lenguaje.



Frecuentemente, aquellos que desarrollan el habla lo hacen con ciertas características peculiares: ecolalia, inversión pronominal, entonación anormal; lo más característico es el que el lenguaje no es utilizado de manera social para compartir experiencias y vivencias este fallo de la comunicación verbal se acompaña además pobreza o ausencia de la comunicación no verbal: gestos, posturas o expresiones faciales que acompañan normalmente el habla o la sustituyen.

### c) Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades

Las personas con autismo presentan intereses especiales, que no son frecuentes en otras personas de su edad –fascinación por parte de objetos, piezas giratorias, letras, logotipos, entre otros- aunque lo más característico es que no comparten sus intereses con lo demás. Pueden aparecer movimientos corporales estereotipados –aleteos, giros sobre uno mismo, balanceo, deambulación sin funcionalidad-. El juego tiende a ser repetitivo y poco imaginativo –hacer hileras, agrupamientos, fascinación por contar y repetir-. Muchas personas presentan ansiedad ante los cambios de sus rutinas y/o del entorno –horarios, recorridos, objetos o personas que cambian su ubicación o postura, etc.- En las personas de mayor capacidad intelectual sus intereses restringidos son más sofisticados y pueden incluir el hacer colecciones, listados, recopilar datos sobre temas específicos: astronomía, monedas, mapas, trenes, programas informáticos-. En todo caso, normalmente no están interesados en compartir su conocimiento.

Aun cuando no están recogidos en los actuales criterios diagnósticos, muchos de estos pacientes especialmente durante la infancia, padecen fenómenos de tipo de hipo e hipersensibilidad a los estímulos sensoriales, estas alteraciones sensoriales pueden explicar fenómenos frecuentemente observados como por ejemplo, taparse los oídos, no tolerar determinados alimentos o tejidos, rechazar el contacto físico, autoestimularse con la saliva o mirando reflejos ópticos o responder inusualmente al dolor.<sup>2,8</sup>

Algún otro signo del autismo puede ser el retraso mental, muchos estudios han establecido que hasta un 70% de las pacientes con autismo presentan, además, una discapacidad intelectual, que puede oscilar desde un Cociente Intelectual en el rango de ligero a profundo. La capacidad intelectual en el autismo puede ser armónica o disarmónica, con “picos” aislados de marcada competencia.

El autismo se puede asociar con cualquier otra enfermedad o trastorno del desarrollo, psicomotor, sensorial, emocional o del comportamiento. De hecho las personas con estos trastornos tienen mayor vulnerabilidad para otros problemas que la población general. El origen de esta vulnerabilidad: por un lado existen ciertas enfermedades que afectan al cerebro que se presentan con mayor frecuencia de lo esperado -epilepsia (con una frecuencia del 30%), esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, fragilidad X-. Por otro lado, el tener que adaptarse a un entorno que no comprenden o que no está adaptado a sus necesidades influye a la hora de generar otros problemas: ansiedad, depresión, conductas violentas, obsesiones, trastornos alimenticios o de sueño, entre otros.<sup>2, 6, 7, 8</sup>.

#### *Etiología del trastorno autista.*

Han sido relevantes las investigaciones orientadas al tratamiento, pero la búsqueda de las causas de este problema en el terreno neurobiológico continúa siendo el objetivo principal de muchos estudios.<sup>10</sup> La etiología del autismo hoy día es incierta, no obstante los trastornos del espectro autista remiten a un conjunto heterogéneo de individualidades, con niveles de desarrollo, necesidades educativas y perspectivas vitales diferentes.<sup>11</sup>

Hasta la fecha, la etiología del autismo sigue siendo desconocida, se ha propuesto, dividir el autismo en primario y secundario. Los casos de tipo secundario, explican entre 10 a 30% del total de pacientes y entre sus posibles causas destacan la esclerosis tuberosa, rubéola intrauterino, Síndrome X frágil,

Síndrome de Cornelia de Lange, Síndrome de Angelman, encefalitis por herpes simple, fenilcetonuria, uso de fármacos durante el embarazo, aun cuando los reportes no son concluyentes y no se sabe qué importancia puedan tener a futuro desde el punto de vista fisiopatológico y de manejo.<sup>3</sup>

En los últimos años aumentó la revisión de los problemas asociados con el embarazo y el parto como posibles factores etiopatogénicos. En diversas investigaciones realizadas en torno a que el embarazo, el parto y las complicaciones neonatales, pueden actuar desde diversos frentes e incrementar el riesgo de autismo y de los demás TGD. Estas complicaciones pueden igualmente interactuar conjuntamente con los determinantes genéticos e incrementar el riesgo potencial en un momento crítico del proceso del desarrollo perinatal. Sin embargo, hasta la fecha, los resultados no muestran evidencias concluyentes que permitan identificar factores de riesgo prenatales y perinatales específicos asociados con estos trastornos. Se han argumentado distintas críticas desde diversas perspectivas que señalan que los condicionantes implicados son contradictorios y que las interpretaciones de los resultados son confusas o, directamente no se encuentran puntos importantes de relación o del proceso que define su interacción. Por ello, todavía no hay evidencias concluyentes que apoyen la hipótesis de que los sujetos con TGD tengan niveles superiores de riesgos y complicaciones perinatales comparadas con otros grupos.<sup>12</sup>

Los estudios de personas autistas han encontrado diferencias en algunas regiones del cerebro, incluyendo el cerebelo, la amígdala, el hipocampo y el septo. Las neuronas en estas regiones parecen ser más pequeñas de lo normal y tienen fibras nerviosas subdesarrolladas, las cuales pueden interferir con las señales nerviosas. También se ha encontrado que el cerebro de un autista es más grande y pesado que el cerebro del promedio. Estas diferencias pueden indicar que el autismo resulta de un desarrollo atípico del cerebro durante el desarrollo fetal.<sup>13</sup>

Anatómicamente se ha encontrado que durante los primeros años de vida el cerebelo, el tallo cerebral, los lóbulos frontales y parietales, el hipocampo y la amígdala son más grandes de lo normal. Este crecimiento, en el caso de las regiones corticales frontales, se correlaciona con un aumento en las sustancias gris y blanca así como con una disminución en el grosor de las minicolumnas corticales. Las neuronas del hipocampo, de la amígdala y de otras regiones límbicas se encuentran densamente agrupadas mientras que el número de células de Purkinje en cerebelo es anormalmente bajo. Sin embargo, las relaciones entre las alteraciones anatómicas y los síntomas del autismo están lejos de resolverse.<sup>14</sup>

Los conocimientos aportados por estudios recientes llevan a considerar que muchos casos de autismo se deben a trastornos del neurodesarrollo. En otros casos puede encontrarse alguna entidad nosológica bien conocida, sea en vida del paciente o en la autopsia. La evidencia obtenida indica que, en la mayoría de los casos de autismo, coexiste un sistema límbico anormal, y que el hipocampo, el prosencéfalo basal y la corteza del cíngulo se hallan involucrados. Sin embargo, todavía se requiere de investigaciones adicionales para definir con precisión el papel que desempeña la patología neocortical que existe en algunos, que no en todos, los casos de autismo. Aunque ya se acepta que el autismo es un trastorno cerebral intrínseco, todavía se requiere precisar las anomalías bioquímicas y fisiológicas que determinan el substrato neuropatológico. Es posible que con la aplicación de métodos de neurociencia básica al material clínico se pueda contribuir al conocimiento de la patogenia del autismo y, eventualmente, prevenir y diseñar una terapéutica efectiva.<sup>15</sup>

Entre otros estudios sobre la etiología del trastorno autista, destacan las investigaciones genéticas.<sup>10</sup> Hay datos relevantes que apuntan a factores genéticos como los principales involucrados en la etiología y desarrollo del autismo. Avances recientes en genética molecular han informado mutaciones y cambios en la expresión de distintos genes en pacientes autistas, que se encuentran en los cromosomas 2q, 7q y 17q. Actualmente se cuenta con

información relevante para sugerir que el autismo tiene una base genética, presenta un patrón hereditario complejo e involucra múltiples genes.<sup>13</sup>

### *Epidemiología del trastorno autista*

Estudios realizados en países desarrollados como Inglaterra, Dinamarca y Estados Unidos, han señalado que de 3 a 5 niños de cada 10,000 tiene autismo infantil. En los Estados Unidos hay aproximadamente 60,000 niños autistas menores de 18 años, la mayoría en edad escolar. Los varones están afectados 3 a 4 veces más que las niñas. El autismo se manifiesta regularmente en los niños entre los 18 meses y 3 años de edad.<sup>16</sup>

La prevalencia de autismo estimada para México es de 3 en 1 000. Nacen 2 100 000 nuevos mexicanos al año de los cuales 6 300 podrían desarrollar autismo, se calculan 198 infantes en riesgo de autismo, por estado de la república mexicana.<sup>17</sup>

La enfermedad ocurre en proporción de 4:1 (hombres:mujeres) y su prevalencia, usando los criterios de Kanner, es de 2 a 5 por cada 10 000 habitantes, sin embargo, recientes avances en el diagnóstico, han revelado un incremento de la prevalencia a más de 1 a 2 en 1 000 individuos; los estudios sobre las características hereditarias del autismo mostraron que del 2 al 3% de las familias con un miembro autista, tenía más de un niño con este padecimiento.<sup>13, 18</sup>

Al surgir el primer estudio con gemelos se halló una concordancia significativamente mayor en gemelos monocigóticos que en dicigóticos y se empezó a reconocer que el autismo tenía una base genética. Los datos epidemiológicos apoyan la teoría de que el autismo es un trastorno genético: por un lado, el autismo ocurre cuatro veces más en hombres que en mujeres; el factor herencia se calcula en alrededor del 90% de los casos.<sup>19</sup>

Con respecto al autismo primario, los datos actuales apuntan hacia una etiología multifactorial, en la cual la influencia genética es de importancia capital, pero no es la única. La incidencia de autismo en la población general se ha reportado desde 0.5 hasta 1 por 1 000, pero en el caso de hermanos ésta aumenta hasta 5.9%, esto significa un riesgo 100 veces mayor que el de la población general. De igual forma, los estudios en gemelos monocigóticos muestran una concordancia de 33%, lo cual significa un aumento de riesgo de 300 veces mayor que la población general. La concordancia en gemelos dicigóticos es similar a la de hermanos 3%. El hecho de que la concordancia en gemelos monocigóticos no sea 100% sugiere que hay factores no genéticos que también juegan un papel.<sup>3</sup>

#### *Alteraciones bucodentales de pacientes con trastorno autista*

Los pacientes con discapacidad son personas que tienen una serie de factores que pueden generar lesiones tanto en tejidos duros como en tejidos blandos de la cavidad bucal. Entre estos factores sobresalen: los cambios de conducta y concentración que les impide saber la necesidad del cuidado dental tanto en higiene como en atención clínica, daños neuromotores que pueden ocasionar falta de control en músculos.

Otra razón es que los medicamentos que toman para el control de los síntomas psiquiátricos, alteran la fisiología normal de las glándulas salivales y de los epitelios de la mucosa oral, situación que genera mayor predisposición para la acumulación de placa dentobacteriana y padecimientos del tejido blando gingival, así como afecciones de tejidos duros.

Las patologías bucales se presentan clínicamente en igual forma en todos los pacientes mentalmente comprometidos, sin embargo, en aquellos individuos que presenta algún padecimiento sistémico (como los trastornos orgánicos entre los

que destacan la epilepsia y retraso mental) es más probable que se compliquen o que se presenten en periodos más cortos.

En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se revisaron 45 pacientes con diagnóstico de trastornos orgánicos y 31 con esquizofrenia, se encontró que los padecimientos bucales más frecuentes en estos pacientes son: en tejidos duros la caries y en tejidos blandos la gingivitis, así como lesiones en la mucosa oral.<sup>20</sup>

Por otro lado, en un censo epidemiológico realizado a 195 pacientes internos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con un promedio de edad de 34 años se encontró que las tres principales lesiones de tejidos blandos fueron el mordisqueo de carrillo en 98 pacientes, fibroma en 72 pacientes y úlceras en 12 pacientes.<sup>21</sup>

Otro dato importante es la presencia de alteraciones en la lengua, la alteración con mayor prevalencia fue la lengua geográfica, ésta alteración puede asociarse a ciertos trastornos generales, de los cuales los más frecuentes son las deficiencias nutricionales.<sup>22</sup>

En un estudio realizado en España, se encontró que la caries en personas disminuidas psíquicamente aumenta en un lapso de cinco años cuando no se combina la curación con la prevención.<sup>23</sup>

La prevalencia de caries encontrada en los pacientes psiquiátricos es alta. La caries es una enfermedad multifactorial y deben tomarse en cuenta las alteraciones motoras y fisiológicas de los trastornos mentales que pudiesen tener el paciente como un factor de riesgo de la enfermedad dental y sobre todo tener en cuenta que la caries es un proceso patológico que puede desarrollarse lentamente en una persona sana pero que en una persona con enfermedad mental pueden avanzar en menos de 5 años.<sup>20</sup>

En ellos son más frecuentes las lesiones cariosas y las enfermedades periodontales por la falta de higiene bucal, presentan mayor pérdida de dientes, dando lugar a maloclusiones y una mala masticación que favorece la reducción de minerales y vitaminas, sustancias que fortalecen las mucosas epiteliales.

Otras alteraciones bucales son: lesiones dentales por bruxismo, traumatismos dentales por caídas, lesiones de tejidos blandos por autoagresiones, hiposalivación en aquellos niños que ingieren medicación anticonvulsiva, cicatrices por accidentes en convulsiones.<sup>11</sup>

#### *Manejo estomatológico del paciente con trastorno autista.*

La forma en que se expresa el autismo varía mucho de un niño a otro, por ejemplo en niños de alrededor de dos años de edad, los síntomas más frecuentes son: la ausencia de una mirada normal a los ojos; el no compartir interés o placer con los otros; la falta de respuesta al ser llamado por su nombre; el no “llevar y mostrar” cosas a los demás, y el no señalar con el dedo índice,<sup>2</sup> no imitan acciones tales como decir “adiós con la mano”, no participan en el juego con otros niños, no imitan las acciones de otros niños.

Como se mencionó anteriormente la característica común del autismo en el ámbito del lenguaje y la comunicación es el desarrollo retrasado del lenguaje hablado, pero a menudo los problemas van más allá del simple lenguaje. Muchos de los niños con autismo no comprenden lo más mínimo del proceso de comunicación, no saben, por ejemplo, pedir ayuda o hacer una elección si no es recurriendo al llanto o a las rabietas, no miran a los ojos, recurren a la ecolalia retrasada.

Y es precisamente por la falta de interacción de los niños con los adultos lo que dificulta el tratamiento odontológico, por lo que se hace necesario el desarrollo de



técnicas de manejo conductual previas al tratamiento, durante y después del mismo.

El manejo odontológico que se lleva a cabo en el departamento dental del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, se considera de excelencia debido a que el manejo de cada uno de los pacientes es de forma integral; estos son seguidos desde su ingreso al mismo, hasta los 18 años de edad por un equipo multidisciplinario –paidopsiquiatras, psicólogos, pediatras, neurólogos, odontólogos, químico farmacobiólogos, enfermeros (as), terapeutas, radiólogos, trabajo social-.

Lo anterior permite que el paciente derivado al servicio dental vaya con sus esquemas médicos y farmacológicos establecidos, de tal forma que los medicamentos prescritos son controlados por los médicos tratantes cada mes y checados a través de análisis clínicos de laboratorio para controlar toxicidad, eficiencia, y efectividad; por lo cual de requerirse un tratamiento farmacológico a nivel dental debe ser valorado mínimamente por el pediatra.

El manejo conductual previo al tratamiento es eficaz ya que se basado en la teoría del aprendizaje. La causa real de la condición del niño no es realmente importante, sino más bien la conducta del niño que se observa como respuesta a los estímulos externos. El manejo conductual permite que el niño autista pueda llevar a cabo funciones esenciales como lavarse, vestirse, comer, comunicarse con un lenguaje entendible, esto para mejorar su calidad de vida.

Este manejo conductual es llevado a cabo a través del servicio de psicología y terapeutas del Hospital cuyas actividades coadyuvan al tratamiento de los pacientes especiales no obstante en el caso de los pacientes con trastorno autista estas actividades se tornan complejas y a veces son imposibles de llevarlas a cabo.

Las técnicas para modificar o implementar conductas, son procedimientos que deben ser aplicados de acuerdo a la conducta deseada, el Cirujano Dentista que las utilice debe contar con las siguientes habilidades básicas: control de sentimientos y emociones, manejo de expresión facial, tono y volumen de voz, dar instrucciones y manejo de apoyos.

Las técnicas para modificar la conducta se le aplican al niño de acuerdo a sus necesidades, el niño es único y especial, lo que a un niño le funciona, no será necesariamente igual para los demás, por lo general se busca aplicar las técnicas más suaves dejando las más aversivas como recurso extra. Existen dos tipos:

a) Técnicas para disminuir conductas.

Deben de aplicarse en el preciso momento en el que aparece la conducta que se desea eliminar, estas son:

- ⊗ Corrección verbal.
- ⊗ Corrección física.
- ⊗ Interrupción de respuesta.
- ⊗ Extinción.
- ⊗ Tiempo fuera.
- ⊗ **Restricción física.**
- ⊗ Saciedad o sobre-corrección.
- ⊗ Reforzamiento de conductas incompatibles.
- ⊗ Desensibilización.
- ⊗ Castigo.

b) Técnicas para incrementar una conducta.

Es el medio por el cual un niño adquiere y se le enseñan habilidades para tener una buena conducta e incrementarla, estas son:

- ⊙ Modelamiento o imitación.
- ⊙ Moldeamiento.
- ⊙ Contrato de contingencias.
- ⊙ Economía de fichas.<sup>24, 25</sup>

En la mayoría de casos, los niños autistas ante el consultorio dental presentan una intolerancia total al ruido de las piezas de mano, esto entorpece el trabajo del odontólogo ya que el niño no permite que se le atienda, por la hipersensibilidad al ruido, un método a seguir es el ponerle unos tapones de algodón dentro del conducto auditivo para mitigar el ruido ayudándonos de una cinta adhesiva en este caso micropore que no daña la piel, con ello el niño se relaja y se puede realizar el trabajo odontológico.

La conducta a seguir es hablarle al paciente con cariño y explicarle tanto a los padres como al niño lo que se le va a realizar y con que, usar la técnica decir-mostrar-hacer para que se vayan familiarizando con todo el instrumental y procedimientos que se le irán haciendo conforme al plan de tratamiento a seguir de cada paciente.

En la mayoría de estos pacientes se debe utilizar la restricción física a través de la técnica de sujeción gentil; cabe aclarar que esta técnica de restricción fue diseñada en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y es así como se le conoce dentro del mismo, la técnica debe ser manejada por el Cirujano Dentista y el asistente con lo que se consigue la cooperación del paciente, se lleva a cabo utilizando sábanas diseñadas *ex profeso* las cuales se enredan en brazos, tronco y piernas para evitar manotazos, patadas o movimientos bruscos que puedan ser dañinos para el paciente u odontólogo. Se explica a los padres -para la obtención del consentimiento informado- y al paciente -dentro de sus posibilidades- cómo y por qué se va a utilizar la técnica de sujeción gentil.

Cabe aclarar que la sujeción gentil en el paciente autista no se utiliza como castigo, sino como un método de intervención para realizar el tratamiento y se aplica en el siguiente orden:

#### 1º. Tronco

Para la inmovilización, se utiliza una sábana de aproximadamente 80 x 80 cm. con cintas salientes en cada extremo. Con el paciente sentado en el sillón dental y los brazos levantados y se inicia la colocación de la sábana la cual es colocada debajo de los brazos cubriendo desde el pecho hasta el abdomen, abrazando hacia atrás el respaldo del sillón, se amarra la cinta de la cintura y después la de debajo de los brazos, amarrando con nudos de una gasa para poder desatarlos.



#### 2º. Miembros superiores

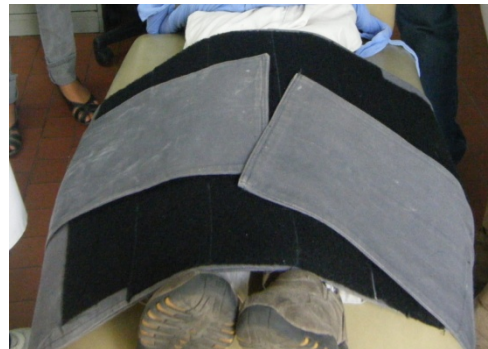
Se utilizan dos sábanas de aproximadamente 1.50 m. de largo por 80 cm. de ancho con cintas salientes de 1 m. de largo en las cuatro esquinas, las sábanas se colocan a lo largo del brazo y cuello, cruzando las cintas salientes del extremo superior haciendo el primer amarre por debajo del brazo contrario, se envuelve el brazo sobre toda su longitud para luego hacer un cruce de brazos sujetados y atar las cintas del extremo inferior a la zona posterior del sillón con las del otro brazo.



### 3º. Miembros inferiores

La sujeción se realiza con una cinta de aproximadamente de 3 m. de largo por 20 cm. de ancho lo cual permite sujetar fijamente las piernas al sillón dental.

Se coloca por arriba de las rodillas, se cruza por debajo de estas para realizar un giro que cada cinta de cada extremo no quede del mismo lado, si no opuesto, se pasa por debajo del sillón y se vuelve a cruzar por debajo de las piernas donde se hará un nudo para que no haya movimiento de las piernas y pies.



#### 4°. Cabeza

La cabeza se sujeta utilizando un campo de trabajo con las palmas de las manos y los dedos entrecruzados sobre la frente haciendo fuerza hacia atrás, recargando la cabeza al sillón. La inmovilización debe de ser firme, ya que es en esta maniobra cuando se coloca el abrebocas y se da inicio el tratamiento.



#### 5°. Boca

Un abrebocas especial es usado en el niño mental o físicamente impedido tal y como se usa en los niños pequeños que no puede mantener la boca abierta por períodos prolongados ya que esto ayuda a proteger al paciente de un posible daño y para proteger los dedos del odontólogo.

El abrebocas de molt mouth infantil, es de forma de tijera lo cual ayuda a que el paciente permanezca con la boca abierta, éste se debe colocar en el área de los molares.

Cabe aclarar que éste procedimiento debe ser explicado, así como los motivos y la necesidad de aplicarlos en la medida de lo posible al paciente y a los familiares que autorizarán este procedimiento mediante el consentimiento informado.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños suelen ser reacios a visitar al odontólogo, los autistas además suelen no cooperar por la intrusión que implica para ellos. Los pacientes con trastorno autista están, al igual que el resto de la población, propensos a sufrir enfermedades bucodentales, a pesar de ello, en la actualidad existen pocas alternativas para su atención estomatológica, ya que los profesionales de esta área no están capacitados para brindarla.

En este contexto nos planteamos las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las características clínicas del trastorno autista que debe conocer el Cirujano Dentista?

¿Cuáles son las técnicas de manejo conductuales en pacientes con trastorno autista?

¿Cuál es el protocolo de tratamiento que el Cirujano Dentista debe seguir en el manejo estomatológico del paciente con trastorno autista?



## **OBJETIVO GENERAL**

Describir el manejo estomatológico de pacientes con trastorno autista que se sigue en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir las características clínicas del trastorno autista.

Describir las técnicas de manejo conductual en pacientes con trastorno autista.

Describir el protocolo para el tratamiento odontológico del paciente con trastorno autista a través de tres casos clínicos.

## **PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS**

## CASO 1

Edad: 7

Fecha de nacimiento: 16-11-04

Sexo: masculino

Escolaridad: ninguna

Lugar de nacimiento: D.F.

Lugar de residencia: Edo. De México

- Motivo de la consulta.

Paciente referido por el psiquiatra ya que no quiere comer y presenta alteraciones en la conducta.

- Antecedentes heredofamiliares.

Abuelo materno con esquizofrenia, abuelo paterno con Diabetes Mellitus.

- Antecedentes personales no patológicos.

Habita en casa propia con todos los servicios básicos cohabita con sus padres y hermana. Hábitos higiénico-dietéticos adecuados. Esquema de vacunación completo.

- Antecedentes personales patológicos.

Embarazo normo evolutivo, parto a las 38 semanas, sostén cefálico a los 8 meses, bipedestación al año, de ambulación al año y medio, no hubo gateo, a los 2 años dijo mamá y papá, posteriormente ya no hablo, no controla esfínteres -uso de pañal-, no convive con los demás niños, no hay juego simbólico, nula interacción con otros niños excepto con su hermana.

Desde los cuatro años no ha desarrollado lenguaje, se comunica a través de gritos, presenta autoagresión en contexto de pobre tolerancia a la frustración, datos de hiperactividad marcada, conductas estereotipadas como presionar el mismo botón en múltiples ocasiones y pasar su dedo por los labios.

- Estado general de salud y estado de salud del sistema estomatognático.

*Interrogatorio por aparatos y sistemas.*

Refiere gastritis de manera esporádica, llora al tocarse el estómago.

*Padecimiento actual.*

Refiere que desde hace días no quiere comer y presenta ansiedad y autoagresiones.

*Exploración física.*

Paciente masculino de edad aparente similar a la cronológica, complexión delgada, presenta lesiones en los brazos debido a mordeduras por ansiedad.

- Exámenes de gabinete y/o laboratorio.

Rx periapical del diente 54.

A la interpretación radiográfica el diente 54 presenta una zona radiolúcida a nivel de esmalte, dentina, pulpa, en zona de furca con ensanchamiento del ligamento periodontal.

- Diagnóstico.

Autismo (DSM-IV F.84.0).

Caries de segundo y tercer grado en los dientes 54, 65, 75 y 85. Higiene dental deficiente.

- Pronóstico.

Para el tratamiento psiquiátrico reservado.

Para el tratamiento odontológico favorable.

- Manejo estomatológico.

Bajo consentimiento informado de la madre, durante todo el tratamiento al paciente se le aplicó la técnica de sujeción gentil, por no ser cooperador, se autoagrede dentro del consultorio dental y presenta movimientos constantes en manos, pies y cabeza, no obedece las órdenes.





A la exploración bucal se observa caries de tercer grado en el diente 54, se toma radiografía periapical en la que se observa una zona radiolúcida en esmalte, dentina, pulpa, en zona de furca, con ensanchamiento del ligamento periodontal, se decide como tratamiento la extracción del diente 54 y se le da cita, a la cual no acude.

Asiste por segunda vez al consultorio dental al ser remitido por su psiquiatra para valoración dental por presentar odontalgia.

El paciente presenta caries de tercer grado y absceso periapical en el diente 65, se le manda tratamiento farmacológico con Amoxicilina de 250 mg. suspensión, 5 ml. cada 12 hrs. por 7 días. Se le da cita.

A su siguiente cita se toma radiografía del diente 65, se observa una zona radiolúcida a nivel de esmalte, dentina, pulpa con afectación en furca esto determina el tratamiento de realizar la extracción del diente 65. Se le da cita.

Acude a su cita puntual y tranquilo, se le aplicó la técnica de sujeción gentil, presenta caries de segundo grado en el diente 85, se le da tratamiento y se le obtura con amalgama. Se le da cita.

En su siguiente cita se observa un poco inquieto, se le aplica la técnica de sujeción gentil, se inicia tratamiento retirando la caries de segundo grado en el diente 75, se le coloca amalgama como obturación. Se le da cita.





- Evaluación postoperatoria.

Se observa una ligera inflamación en la zona donde se extrajo el diente 65, a la toma de la radiografía se observó una zona radiopaca que corresponde al diente 35.



## CASO 2

Edad: 7

Fecha de nacimiento: 7-11-02

Sexo: masculino

Escolaridad: Escuela especial

Lugar de nacimiento: D.F.

Lugar de residencia: Edo. De México

- Motivo de la consulta.

Es llevado al servicio de dental por el tutor del paciente para revisión y tratamiento.

- Antecedentes heredofamiliares.

Se desconocen datos.

- Antecedentes personales no patológicos.

Vive en casa hogar desde los dos años de edad, cuenta con cuarto y cama propios. Hace tres comidas principales al día. Se desconoce más.

- Antecedentes personales patológicos.

Embarazo no planeado, con buen control perinatal. Nace por cesárea, al nacer no lloró, ni respiró, se le aplicó reanimación cardiopulmonar y estuvo un mes con respiración mecánica, pesó 1 600 kg, con ictericia neonatal. Su sostén cefálico fue a los 2 meses, deambulación a los 5 años.

No desarrolla lenguaje, se muestra agresivo, intolerante a la frustración y a los cambios de rutina, no establece contacto visual, no sonríe, no presenta un juego normal, se entretiene con movimientos estereotipados, como golpear con hilos

botellas de agua, se balancea, gira la cabeza, se coloca los dedos índice y medio cruzados entre si, los coloca frente a sus ojos y ve entre ellos un gran rato, los sonidos fuertes lo tornan irritable, no controla esfínteres, usa pañal. Por las noches se balancea y se toma la cabeza entre sus manos girando de un lado a otro de la cama hasta dormirse. Se autoagrede con golpes de sus puños hacia la cara y cabeza, ha llegado a provocarse epistaxis.

- Estado general de salud y estado de salud del sistema estomatognático.

*Interrogatorio por aparatos y sistemas.*

Preguntados y negados.

*Padecimiento actual.*

Presenta placa dentobacteriana y caries en varios dientes, se encuentra ansioso y se autoagrede.

*Exploración física.*

Paciente masculino con buen estado de alerta, regular aliño personal, presenta microcefalia, frente abultada, puente nasal bajo, hipoplasia medio facial, equimosis en cara sobre todo en regiones temporales con excoriaciones dermo-epidérmicas en cara y extremidades superiores, facies inexpresiva, mirada estrábica, implantación baja de pabellones auriculares.

- Exámenes de gabinete y/o laboratorio.

No se necesitaron.

- Diagnóstico.

Autismo (DSM-IV F.84.0). Retraso Mental Moderado, Síndrome de Moebius, a la exploración de cabeza y cuello se encuentra microcefalia, al parecer presenta parálisis facial bilateral.

Caries de segundo y tercer grado en los dientes 55, 65, 75. Obturación con amalgama en los dientes 84 y 85. Presenta resto radicular del 52 y 62. Higiene dental deficiente.

- Pronóstico

Para el tratamiento psiquiátrico reservado.

Para el tratamiento odontológico favorable.

- Manejo estomatológico.

Se realiza historia clínica de tratamiento con consentimiento de la tutora para poder aplicar la técnica de sujeción gentil al niño, ya que no es cooperador y presenta autoagresiones dentro del consultorio dental, además de presentar movimientos constantes en manos, pies y cabeza.

Se inicia la primera sesión aplicando la técnica de sujeción gentil, debido a que el paciente presenta movimientos contantes en cabeza, manos y pies, no entiende cuando se le habla. Se realiza profilaxis y el tratamiento del diente 75, por presentar caries de segundo grado, colocando como material de obturación amalgama. Se le da cita.

Para su próxima cita el paciente es puntual, presenta alteraciones en la conducta ya que no quiere entrar al consultorio y su tutor entra con él cargándolo, se auto agrede golpeándose la cabeza con los puños, se utiliza la técnica de sujeción gentil para su atención, presenta caries de tercer grado en el diente 55, se

anestesia con lidocaína y epinefrina con la técnica supraperiódica, se empieza a retirar caries y se hace comunicación pulpar, se decide realizar una pulpotomía, se obtura con óxido de zinc y eugenol, y se le cita para su colocación de amalgama.





En esta cita se utiliza la técnica de sujeción gentil y se empieza a trabajar, rebajando la base de óxido de zinc y eugenol, para la colocación de la amalgama en el diente 55, la amalgama se coloca en forma de rampa para que ésta no se vaya a caer y tenga mayor retención en el diente. Se le da cita.

En su siguiente cita el paciente es puntual al parecer llega un poco más tranquilo pero a la hora de subirlo al sillón dental, se autoagrede, se aplica la técnica de sujeción gentil con la cual se tranquiliza y se da inicio al tratamiento de caries de

tercer grado en el diente 65, se anestesia suprapariosteal con lidocaína y epinefrina, ya que tiene la pulpa expuesta por lo cual se realizó una pulpotomía y se obturó con óxido de zinc y eugenol. Se le da cita.

En esta cita el paciente se presenta totalmente alterado, cuesta más trabajo que entre al consultorio dental, se pega en la cabeza al tirarse al suelo, se aplica la técnica de sujeción gentil que limita sus movimientos y se inicia el tratamiento del diente 65 en el cual se desgasta la base se óxido de zinc y eugenol para la colocación de la amalgama en forma de rampa para mayor retención. Se le da cita.

Llega al consultorio dental puntual y no se le observa alterado, no obstante al subirlo al sillón dental para iniciar el tratamiento, comienza a autoagredirse, se controla con la técnica de sujeción gentil, se retiran los restos radiculares de los dientes 52 y 62 ya que están a punto de exfoliarse y para prevenir infecciones. Se le da cita.



Llega a su consulta puntual y ansioso no queriendo entrar al consultorio, cuando se le aplica la sujeción gentil se tranquiliza, se le realiza profilaxis para darle de alta, se le da técnica de cepillado y cita.

- Evaluaciones post-operatorias.

Las zonas donde se realizaron las extracciones presentan una buena cicatrización y coloración del tejido por lo cual se le da cita en tres meses para revisión y profilaxis. Se le da a conocer a su tutora que si llega a presentar alguna molestia lo lleve al consultorio dental para revisión y atención.



### CASO 3

Edad: 7

Fecha de nacimiento: 30-03-04.

Sexo: masculino

Escolaridad: Escuela especial.

Lugar de nacimiento: D.F.

Lugar de residencia: D.F.

- Motivo de la consulta

El paciente es referido por el psiquiatra para revisión dental ya que no quiere comer y está muy ansioso e hiperactivo. No se deja tocar la boca.

- Antecedentes heredofamiliares.

Abuelo materno con alcoholismo crónico.

- Antecedentes personales no patológicos.

Proviene de un núcleo familiar estructurado, donde al parecer existe una buena relación entre los padres e hijos, solamente la relación del paciente con su hermana no es funcional ya que el paciente frecuentemente le golpea.

- Antecedentes personales patológicos.

Paciente masculino que desde sus 4 años de edad es traído por la madre por retraso en el desarrollo del lenguaje y conducta agresiva.

Es producto de la gesta 1 de 2, la madre refiere que se le manifestó una amenaza de aborto al primer trimestre, presenta retraso importante del desarrollo psicomotor, sostén cefálico y sedestación al año seis meses, bipedestación al año



ocho meses, camina hasta los 2 años de edad, sin desarrollo de lenguaje formal, se comunica mediante ruidos, no entiende el lenguaje por señas ni desarrolla juego simbólico, ni comparte juegos con sus iguales, la madre señala que no entiende señales afectivas. El control de esfínteres lo realizó a la edad de dos años seis meses. No utiliza pañal.

A la edad de dos años ocho meses presentó un cuadro enteral con deshidratación por lo cual estuvo hospitalizado. Varicela a los 3 años de edad con el mismo cuadro enteral con deshidratación por lo que también se le hospitalizó.

- Estado general de salud y estado de salud el sistema estomatognático.

*Interrogatorio por aparatos y sistemas.*

Presenta alteraciones en las vías respiratorias frecuentes.

A los seis años de edad presentó verrugas vulgares en región perianal, se mandó a dermatología para revisión y tratamiento, se mandaron exámenes para descartar abuso sexual.

*Padecimiento actual.*

Paciente de edad preescolar, quien inicia al parecer desde la edad de un año y medio cuando la madre nota que su hijo tiene problemas para hablar, pues se comunica por medio de sonidos guturales, además de que este tiempo se observa con hiperactividad importante, pues corre de un lado a otro, le es imposible mantenerse en un solo lugar, no mide el peligro, solo se mantiene en una actividad cuando escucha música.

### *Exploración física.*

Paciente masculino de edad aparente a la referida, complexión delgada, con buen aliño y aseo.

- Exámenes de gabinete y/o laboratorio.

Rx periapicales de los dientes 74, 75, 36, 84 y 85 por presentar abscesos periapicales en ambos cuadrantes, se observa una zona radiolúcida a nivel de furca, hay ensanchamiento del ligamento periodontal, se manda medicamento para su tratamiento inicial.

- Diagnóstico.

Autismo (DSM-IV F.84.0). Déficit de atención con hiperactividad -TDAH-.

Caries de segundo y tercer grado en los dientes 54, 55, 64, 65, 74, 75, 36, 84 y 85.

Abscesos dentales en los dientes 74, 74, 36, 84 y 85.

Higiene dental deficiente.

- Pronóstico.

Para el tratamiento psiquiátrico reservado

Para el tratamiento odontológico favorable.

- Manejo estomatológico.

En su primera cita se le realiza historia clínica; el paciente es no cooperador, se le explica a la madre la situación y se le solicita autorización para la aplicación de la técnica de sujeción gentil. Se procede a la toma de radiografías periapicales de los dientes 74, 75, 36, 84 y 85 por presencia de abscesos periapicales, se prescribe

para la infección Dalacin C suspensión pediátrica 5 ml. cada 8 hrs. Por 7 días. Se la da cita.



En la segunda cita llega puntual, inquieto y llorando, se aplica la sujeción gentil para iniciar el tratamiento por no haber ya presencia de abscesos periapicales, se anestesia el dentario inferior derecho con lidocaína y epinefrina, los dientes 84 y 85 presentan movimiento y caries de tercer grado, radiográficamente se observa una zona radiolúcida a nivel de esmalte, dentina, pulpa que llega a furca por lo cual se determina realizar extracciones de ambos dientes. Se le dan indicaciones a la madre y se le da cita.



En su siguiente cita es puntual y se le ve ansioso, se aplica la técnica de sujeción gentil para el inicio del tratamiento del cuadrante inferior izquierdo, el diente 36 presenta caries de tercer grado, al retirar la caries se hace comunicación pulpar por lo cual se decide poner un recubrimiento directo con hidróxido de calcio y colocar una curación de óxido de zinc y eugenol. Se le da cita.

A su siguiente cita el paciente llega puntual y alterado, la madre refiere que no presentó ninguna molestia en el diente 36 por lo cual se decide colocar amalgama en forma de rampa debido a que no se cuenta con la pared lingual. Cabe aclarar que en esta cita el paciente vomitó debido a que la madre le había dado de desayunar 10 minutos antes de entrar al consultorio dental, por lo cual se le

informa a la madre que su niño debe de venir desayunado desde su casa o una hora antes de su cita. Se le da cita.

Llega puntual e inquieto, se procede con el tratamiento del diente 75 en el cual radiográficamente se observa una zona radiolúcida a nivel de furca se procede a realizar la extracción de ese diente, se le dan indicaciones a la madre y se le da cita.

- Evaluación postoperatoria

Hay una buena cicatrización de los tejidos de donde se extrajeron los dientes 84 y 85. No se presentaron complicaciones.

No presentó molestias al recubrimiento pulpar directo del diente 36. Presenta una buena cicatrización en donde se encontraba el diente 75.



## CONCLUSIONES

El autismo no es algo que tiene la persona y se pueda separar, es una forma de vida, una forma de ser, que vivirá con ello toda su existencia. Es la relación que existe entre afectividad, contacto corporal y comunicación, estas funciones bloqueadas son la fuente de las emociones, este es uno de los motivos que complica su relación con el entorno que lo rodea, al paciente con trastorno autista le es difícil expresar sentimientos, sólo llega a manifestar ansiedad o miedo los cuales manifiesta con autoagresiones y gritos, así es como expresan dolor en alguna parte de su cuerpo. Sin embargo, el autista es capaz de entender emociones sencillas y universales, pero queda confuso con las más complejas.

El odontólogo, como profesional de la salud, tiene la obligación de dar servicio calificado a las personas que lo necesiten, sin importar las condiciones o las capacidades diferentes que lo acompañen, ni el comportamiento que a causa de ellas presente. Todas las personas tienen derecho a la salud bucal y el odontólogo debe proveer estas condiciones.

Como odontólogos, debemos estar capacitados para dar atención a los pacientes que lleguen a nuestra consulta, sobre todo si son pacientes especiales con los cuales es necesario tener paciencia, energía, dedicación, amor, persistencia, conocimientos para poder enseñarles y demostrarles que el tratamiento dental se hace por su salud y calidad de vida, para que al mismo tiempo cita con cita esta vaya entrando dentro de su conocimiento y rutina.

Para muchos se les hace traumático ver la atención odontológica que se les da a niños autistas pero es que el uso de la sujeción gentil hace que el paciente se sienta seguro y protegido, además permite un mayor control sobre éste para que no se llegue a lastimar a lo largo de su tratamiento, se le habla y se le da a conocer lo que está sucediendo, aunque para lograr una interacción con ellos representa un desafío no es muy difícil su atención en la consulta dental, hay que

tener conocimiento que no todos los niños autistas son iguales ya que con un diagnóstico y tratamiento oportuno estos niños pueden lograr muchas cosas y llegar a comprender que lo que se les va a realizar es para su bien.

La presentación de estos casos clínicos tuvo como propósito dar a conocer el manejo estomatológico y multidisciplinario que se sigue en la atención a niños con trastorno autista dentro de las instalaciones del servicio dental en el Hospital.

La técnica de sujeción gentil que se utiliza en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, ha mostrado su efectividad ya que los pacientes se atienden sin problema y no hay necesidad de realizar procedimientos odontológicos bajo condiciones de anestesia general, sobre todo en pacientes con trastorno autista ya que pueden presentar complicaciones como por ejemplo convulsiones, retroceso en lo aprendido o la pérdida de los conocimientos aprendidos a lo largo de su vida y llegando a quedar en estado vegetativo, lo cual afectaría severamente su calidad de vida y su salud en general. La sedación no se utiliza en el hospital ya que no cuenta con los recursos necesarios pero eso no es un limitante para que no se les pueda atender dentro del servicio dental, ya que no existen imposibles en la aplicación de la sujeción gentil, es muy sencilla y práctica ya que se puede utilizar en niños de diferente edad y complexión.

No existe mejor prueba, que la utilización de esta técnica de restricción física no es traumática para los niños, ya que al salir del consultorio la mayoría de veces salen con una sonrisa y a veces manifiestan sus sentimientos con un beso o un abrazo y eso es lo mejor que se pueda tener después de otorgar un servicio dental. La gran mayoría de pacientes autistas llegan a este tipo de instituciones para su atención estomatológica, no sin antes haber consultado por lo menos dos consultorios a nivel particular, no encontrando respuesta a sus demandas de servicio.

De esta manera el Cirujano Dentista contará con información para ampliar las posibilidades de atención a pacientes especiales con una capacitación en el manejo de los mismos de una forma integral, ya que no existen limitantes.



## PROPUESTA

Al realizar mi servicio social dentro de una Institución de la Secretaría de Salud, que en este caso fue el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, me di cuenta que existen varios tipos de población y que cada grupo de estos tiene un tipo de atención dental de acuerdo a sus necesidades y a la patología bucal que presenten. En mi caso fueron pacientes pediátricos con patología psiquiátrica – pacientes especiales-, con los que tuve contacto, fue una nueva adquisición de conocimientos tanto teóricos como prácticos, por el gran número de síndromes y trastornos que existen en la psiquiatría, fue un gran reto al enfrentarme a este nuevo tipo de paciente ya que a lo largo de la carrera no vi, ni traté, ni tuve los conocimientos básicos sobre el tipo de atención, patología bucal persistente, descripción de los trastornos más comunes etcétera, de este tipo de pacientes.

Gracias a este servicio social obtuve nuevos conocimientos y adquirí habilidades para la atención del paciente psiquiátrico que se lleva a cabo en el Hospital por medio de la restricción física llamada sujeción gentil dentro de esta Institución, no a todos los pacientes se les sujetaba pero a la gran mayoría si, en este caso a los pacientes con trastorno autista si se les sujetaba a todos ya que no cooperaban y no entendían el porqué estaban ahí, aparte de que a muchos de estos pacientes era un reto subirlos al sillón dental y mucho más el que abrieran la boca, la sujeción gentil es de gran ayuda y eficiente ya que nos da control y protección, la forma de trabajar es rápida y no genera un daño más al paciente por ello la propuesta que se da es que en los contenidos de los programas académicos de estomatología y clínica, se deberían considerar contenidos teóricos y prácticos del manejo clínico de pacientes discapacitados –especiales-.

Para que en nuestra formación profesional se adquirieran estos conocimientos y habilidades, y así como Cirujanos Dentistas ya egresados podamos brindar la atención que necesitan los pacientes especiales en la consulta privada teniendo

siempre una visión multidisciplinaria, sin tener que derivarlos a otras instituciones, siempre y cuando no esté en riesgo la vida del paciente.

## REFERENCIAS

1. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento. México: UNAM. 2002: (2). 45-46.
2. Fuentes J. Trastorno del Espectro Autista. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III. España 2004: 1-10.
3. Rogel-Ortiz F. Autismo. Gac Méd Méx. 2005, 141(2):143-147.
4. Finn S B. Odontología pediátrica. Philadelphia: Interamericana 1976: 503-505.
5. Velasco J. Entrenamiento de un hábito de autocuidado en un caso de autismo infantil. Psicothema. 1994; 6 (2): 259-64.
6. Albores-Gallo L, Hernández-Guzmán L, Díaz-Pichardo J, Cortes-Hernández B. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. Salud Mental. 2008; 31: 37-44.
7. Fortea S, Luzardo M. Autismo: cada día más cerca de un diagnóstico preciso. BSCP Can Ped. 2003; 27 (3): 383-7.
8. Gómez L B, Badillo P V, Martínez P E, Planells del P P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cient dent. 2009; 6 (3): 207-15.)
9. Campos P C, Marcín S C. Detección e Intervención Temprana de Trastornos Generalizados del Desarrollo. Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A. C. [acceso 21 abril 2011]. Disponible en <http://www.clima.org.mx>.)
10. García-Maldonado G. Trastorno autista. Una revisión. Rev Mex Pediatr. 2004; 71(1): 33-37.

11. Di Nasso P. La salud bucal de los niños con trastornos del espectro autista. El cisne. 2010 Ago: 1-3. Disponible en: <http://www.elcisne.org>.
12. López G S, Rivas T R, Taboada-Ares E. Detección de los riesgos maternos perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. Salud Mental. 2008; 31: 371-9.
13. Álvarez I, Camacho-Arroyo I. Bases genéticas del autismo. Acta Pediatr Mex. 2010; 31(1): 22-28.
14. Limón A. Síndrome del espectro autista. Importancia del diagnóstico temprano. Gac Méd Méx. 2007; 143 (1): 73-8.
15. Weidenheim K. Neurobiology of autism: an update. Salud Mental. 2001; 24 (3): 3-9.
16. Solís S M, Brito H, Zúñiga C I. Panorama clínico y epidemiológico del autismo. Vigilancia epidemiológica. 2009; 26 (2): 1-3.
17. Marcin S C. Programa de detección e intervención temprana de infantes en riesgo de autismo. Clima, Instituto Carso [serial en internet]. 2010 oct [acceso 15 de oct 2010]. Disponible en: <http://www.clima.org.mx-2010>.
18. Molina L A. Aumenta hasta un 32 por ciento la incidencia del autismo. Universia. 2010; 19: 1-4.
19. Bradley G, Mendelsohn M. Genetics evaluation for the etiologic diagnosis of autism spectrum disorders. Genet Med. 2008; 10: 4-12.
20. Hernández S F, Vivanco C B. Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos. ADM. 2004; 61 (6): 225-9.

21. Freyre G J, Vivanco C B, Lozano C L, Martínez L L, López B M. Lesiones de tejidos blandos bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados, México. ADM. 2001; 58 (3): 90-7.
22. Leyva H. Prevalencia de lengua fisurada, lengua geográfica, glositis romboidea media y atrofia central de papilas. Práctica Odontológica. 1992; 13 (4): 51-59.
23. Uriarte V. Psicofarmacología. 2ª edición. México: Trillas, 1997: 343-87.
24. Stumphauzer J. Terapia conductual. Argentina: Trillas, 1992: 34-36.
25. Galindo E. Modificación de la conducta en la educación especial. Argentina: Trillas, 1985: 10-58.

# ANEXOS



## Historia clínica Servicio dental



Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Visita al dentista: \_\_\_\_\_

Paciente

Cooperador: \_\_\_\_\_ No cooperador: \_\_\_\_\_

Aplicar técnica de sujeción: SI NO

Higiene dental: BUENA REGULAR MALA

### ODONTOGRAMA

17	16	15 55	14 54	13 53	12 52	11 51	21 61	22 62	23 63	24 64	25 65	26	27
47	46	45 85	44 84	43 83	42 82	41 81	31 71	32 72	33 73	34 74	35 75	36	37

Tejidos blandos: \_\_\_\_\_

Plan de tratamiento:

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización para realizar el  
tratamiento.  
Padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma de autorización de la técnica de  
sujeción.  
Padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor para autorizar toma de fotografías para cuestiones  
académicas.