



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL:
MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y MANEJO
ODONTOLÓGICO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MONSERRAT VEGA JUÁREZ

TUTORA: Esp. VERÓNICA AMÉRICA BARBOSA AGUILAR



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.

A mis padres **Elizabeth y Arturo**, por estar incondicionalmente en cada momento de mi vida, por darme una familia unida y llena de amor, por impulsarme a cumplir mis sueños, incluso en los momentos más difíciles, por sus enseñanzas y por confiar en mí. Sin ustedes, nada sería igual, gracias a la vida por permitirme tenerlos a mi lado.

A mi hermano **Sebastián**, por ser mi cómplice y estar conmigo todos estos años, siempre estaré a tu lado hermanito.

A mi abuelito **Manuel**, por tus cuidados, apoyo, amor, confianza, consejos a lo largo de mi vida.

A mi abuelita **Lulú**, en donde quiera que estés, estoy segura que estás orgullosa de lo que he logrado, tus enseñanzas y amor los llevo conmigo por siempre.

A mis tíos y tías **Juan Manuel, Maru, Ana, Mariana y Adrián**. Agradezco tener una familia tan bonita, que confía en mí, que me ha acompañado en mi camino desde pequeña, los tengo presentes en todo momento, me llenan de amor y cariño, gracias por consentirme toda mi vida. La familia que conformamos es lo más valioso que tengo y soy la más afortunada de tenerlos.

A mis abuelitos **Carmen y Benjamín**, para ellos por siempre motivarme a llegar a la meta, por sus palabras, me siento agradecida por tenerlos durante todos estos años.

A **Santi**, por ser una de mis principales motivaciones para estudiar odontología, eres el niño más dulce y tierno del mundo. Soy la más afortunada de que seas mi primo y gracias por siempre darme tu amor. También a mi prima **Pao**, por ser tan linda conmigo.

A **Carlos**, por compartir muchas cosas juntos, por confiar en mí, por todo el amor que me das a diario, gracias por todo. Te amo.

A la doctora **Verónica**, por su dedicación y tiempo para guiarme en este proyecto, gracias por su paciencia y amor por lo que hace, por transmitirme sus conocimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme las puertas para forjar mis estudios en la máxima casa de estudios y por darme las herramientas para que llegar hasta este momento fuera posible.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO.....	6
1. DEFINICIÓN.....	7
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	8
3. ETIOLOGÍA.....	10
4. PREVALENCIA.....	10
5. SÍNTOMAS.....	11
5.1 ÁREA DEL LENGUAJE.....	12
5.2 ÁREA PSICOMOTRIZ.....	12
5.3 ÁREA SOCIAL.....	13
6. DIAGNÓSTICO.....	15
7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	16
8. TRATAMIENTO.....	18
9. PRONÓSTICO.....	19
10. MANIFESTACIONES BUCALES.....	20
11. MANEJO ODONTOLÓGICO.....	23
11.1 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA.....	30
11.2 RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	33
CONCLUSIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36



INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro autista (TEA), también conocidos como trastornos generalizados del desarrollo, son un conjunto de problemas que se relacionan al neurodesarrollo y abarcan un grupo amplio que se clasifican de acuerdo a sus características clínicas.

Se dividen en los siguientes grupos:

- Trastorno autista
- Trastorno de Asperger
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno generalizado del desarrollo no específico
- Trastorno de Rett.

A pesar de ser semejantes, varían en cuanto a la intensidad y el número de síntomas.

Sus primeras manifestaciones se presentan durante la infancia y perduran por el resto de la vida, por ello, repercuten en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal, también presentan conductas repetitivas que se acompañan de patrones agresivos, conductas de autolesión y desordenes de procesamiento sensorial.

Se ha demostrado que los pacientes que padecen autismo, al igual que sus familias, tienden a tener una menor calidad de vida a consecuencia de rasgos más marcados de autismo.

Los TEA comprenden un heterogéneo grupo de trastornos, que difieren tanto en su etiología como en su presentación clínica, en este trabajo nos enfocaremos en el trastorno desintegrativo infantil.



OBJETIVO

Describir las principales características clínicas y de comportamiento del trastorno desintegrativo infantil, así como las manifestaciones bucales más frecuentes.

1. DEFINICIÓN

El trastorno desintegrativo infantil (TDI), también es conocido como síndrome de Heller o psicosis infantil, este pertenece al grupo de trastornos del espectro autista. Es poco conocido y se manifiesta en niños que presentan un desarrollo normal los primeros años de vida, después de los tres años, comienza una pérdida de habilidades ya adquiridas, retraso en el desarrollo del lenguaje, la función social, habilidades motoras y presencia de alucinaciones. ^{1, 2, 3} Figura 1



Figura 1. Aislamiento del paciente con su entorno. ⁴

El comienzo de la sintomatología puede ser brusco, el paciente puede presentar hiperactividad o ansiedad ante la pérdida de las funciones. Se pierden conductas de comunicación, habilidades de auto- cuidado, control de esfínteres, aparecen movimientos estereotipados y crisis epilépticas.

Antes de los 10 años, él niño experimenta una pérdida clínicamente significativa en todas sus áreas de habilidades. ⁵

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1908, Theodor Heller, fue un educador austriaco que postuló el síndrome, 35 años antes que Leo Kanner en 1943 descubriera el autismo. Heller identificó que en un grupo de niños que mostraba un desarrollo típico hasta los 3 o 4 años de edad, presentaban una regresión grave y repentina de la cognición y el habla. ^{1,5} Figura 2



Figura 2. Theodor Heller introduce el término demencia infantil. ⁶

Las investigaciones denominaron a este síndrome como “demencia infantil” y se asoció con las variantes de estado de ánimo, incluida la ira y la ansiedad. A lo largo del tiempo ha sufrido modificaciones este diagnóstico, así como su nomenclatura. Se han empleado términos como psicosis desintegrativa, trastorno generalizado del desarrollo de inicio de la infancia, psicosis desintegrativa de la infancia y trastorno autista de inicio de la infancia. ^{7,8}

Rutter propuso el término *psicosis degenerativa de la infancia* en remplazo del *síndrome de Heller*. Este nuevo término apareció por primera vez en la literatura en 1969, cuando fue incluida en una nueva clasificación de trastornos psiquiátricos en niños de 0 a 12 años en un seminario de la Organización Mundial de la Salud. ⁸



A diferencia de Heller, Rutter no incluyó las enfermedades o daños neurológicos, ni tampoco la Clasificación Internacional de Enfermedades (en su novena edición), donde se afirma que la afección puede surgir como resultado de una enfermedad cerebral, como la encefalitis por el sarampión, pero también puede surgir en ausencia de una enfermedad previa. ⁷

En 1980 el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III) dividió los trastornos generalizados del desarrollo en categorías separadas: autismo infantil y trastorno generalizado del desarrollo de inicio de la niñez, que se distinguían con un criterio diagnóstico. El primero antes de los 30 meses de vida y el segundo después de los 30 meses de vida, pero antes de los 12 años. No se menciona a la psicosis infantil. ^{4, 7}

Recientemente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales el término trastorno desintegrativo infantil, reemplazó a la psicosis desintegrativa y se incluyó dentro de los trastornos generalizados del desarrollo. ⁸

A lo largo del tiempo el TDI, se ha logrado diferenciar de otros trastornos como el síndrome de Rett, la afasia adquirida con epilepsia, el mutismo selectivo o la esquizofrenia, por sus características particulares ya antes mencionadas. ^{7, 8}



3. ETIOLOGÍA

Al comienzo de su estudio se pensaba que las causas de este trastorno eran médicas, pero las investigaciones posteriores indicaron la no existencia de causas neurológicas que puedan explicar el trastorno. ¹

Actualmente se desconoce la causa del trastorno desintegrativo infantil, los resultados de algunas investigaciones sugieren que pueden surgir en la neurobiología del cerebro; aproximadamente la mitad de los niños diagnosticados presentan un encefalograma anormal, [este mide la actividad eléctrica del cerebro generada por la transmisión nerviosa (ondas cerebrales)]. ⁹

El TDI también se asocia con las convulsiones, que se hace referencia a que tenga relación con la neurobiología del cerebro. ¹⁰

A pesar de los estudios ya realizados y las opines de distintos autores, aún no se conoce una causa concreta de este trastorno, ya que quedan muchas investigaciones por realizar. ^{1, 7, 9, 10}

4. PREVALENCIA

El trastorno desintegrativo infantil es poco común, se estima que tiende a 1 o 2 en 100,000 niños, se encontró un predominio por el sexo masculino y con una edad media de regresión de 3 años 2 meses. ⁷

En estudios más recientes la prevalencia ha aumentado, debido a los avances, ya que se tiene un mejor diagnóstico conforme las investigaciones sobre este trastorno y se logra diferenciar de otro trastorno generalizado del desarrollo. ^{7, 8, 11}

5. SÍNTOMAS

Como ya se ha mencionado anteriormente, los primeros síntomas del trastorno desintegrativo infantil comienzan a aparecer a partir de los tres años de edad, el paciente presenta características de acuerdo a su edad que precipitan una regresión importante. ¹ Se dividen en tres principales grupos:

- Área del lenguaje
- Área psicomotriz
- Área social.

Los síntomas se obtienen del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, cuarta edición y clasificación internacional de enfermedades, décima edición. ^{1, 9} Tabla 1

<25%	25-50%	50-75%	75-90%	>90%
Autolesiones.	Alteraciones del sueño.	Pérdida de control esfínteres e	Comportamientos	Discapacidad intelectual.
	Convulsiones, convulsiones	intestino, habilidad ya adquirida.	e intereses	Trastorno del lenguaje.
	epilépticas, anomalías en la	Síntomas de miedo y ansiedad.	restringidos y	Discapacidad social.
	encefalografía.	Comportamientos desafiantes.	repetitivos.	
	Posibles síntomas	Pérdida de habilidades motoras	Falta de juego	
	psicóticos.	funcionales.	social/imaginativo.	

Tabla 1. Frecuencia de síntomas centrales del trastorno desintegrativo infantil. ⁷



Cuando la enfermedad comienza después de los cinco años, es necesario realizar una exploración física y neurológica completa con el fin de verificar la presencia de una enfermedad médica. ⁹

5.1 ÁREA DEL LENGUAJE

El desarrollo del lenguaje es el esperado, formulación de frases simples y compuestas, hasta el momento de la regresión; el lenguaje puede desaparecer por completo.

El paciente de ser capaz de tener una conversación de acuerdo a su edad, regresa al punto de solo emitir frases o no emitir ninguna palabra o vocalización, es frecuente que se produzcan ecolalias (imitar o repetir continuamente sonidos, frases o palabras) lo que limita su comunicación con su entorno. ^{1, 9, 10}

5.2 ÁREA PSICOMOTRIZ

Las principales afectaciones en esta área se verán reflejadas en pérdida de la motricidad fina y gruesa.

Las consecuencias serán dificultad para caminar, correr, saltar, poder adoptar alguna postura corporal, utilizar lápices, pinturas, realizar manualidades, dibujos, etc.

Es frecuente la aparición de movimientos repetitivos con las piernas, balancear el cuerpo, movimientos constantes de alguna parte del cuerpo, incapacidad para moverse por sí solo, para desplazarse a un sitio en un caso de mayor gravedad. ^{1, 9, 10}

5.3 ÁREA SOCIAL

Los pacientes de esta edad formulan peticiones al adulto para cubrir sus necesidades y deseos, así como muestran interés en aquello que llama su atención, responden a los estímulos de su entorno, tienden a tener una buena convivencia con personas de su edad y mayores e interactúan con su medio. ^{1, 9, 10}

Esta interacción se verá disminuida con el tiempo en proporciones muy altas, se volverá un niño retraído, inhibido, existirá una pérdida de interés hacia otras personas y su entorno, abocándose únicamente en sí mismo, preferirá juegos en solitario, no participará en actividades con niños o personas adultas y los pacientes suelen carecer de empatía. ^{7, 10} Figura 3



Figura 3. Juegos repetitivos y solitarios. ¹²

Tras la aparición de este trastorno, los juegos o actividades que el paciente prefiera, serán simples, menos elaboradas, eligiendo juegos de causa y efecto, las reglas de los juegos preferidos desaparecerán. ^{9, 10}

Otras afecciones que el paciente presenta son síntomas emocionales como irritabilidad, ansiedad, discapacidad intelectual grave, dificultades en el control de esfínteres, pérdida de actividades de autocuidado (vestirse, bañarse, lavarse los dientes, peinarse, comer solo etc.), y comorbilidad con otras enfermedades médicas. ^{1, 7, 9, 10} Figura 4



Figura 4. Regresión en las actividades de autocuidado. ¹³

Se ha observado que los pacientes que presentan el trastorno desintegrativo infantil, también tienen a padecer otros trastornos como Asperger, patologías neuronales o la enfermedad de Schilder que se ha encontrado con mayor frecuencia. ¹⁰

La enfermedad de Schilder se da de los 5 a los 14 años, se contrae después de una enfermedad infecciosa, los principales síntomas son dolores de cabeza, malestar general y fiebre.

Posteriormente provoca anomalías neurológicas variables, al igual que cambios en la personalidad, falta de atención, demencia, afasia, dolores de cabeza, vómitos, temblores, convulsiones, equilibrio inestable, incontinencia y debilidad muscular. La enfermedad de Schilder es considerada como una variante o forma dudosa de esclerosis múltiple. ¹⁴

6. DIAGNÓSTICO

El trastorno desintegrativo infantil, por lo general se diagnostica posterior a que los padres consultan al pediatra ya que el niño afectado está perdiendo las habilidades ya adquiridas.⁹ Tabla 2

Criterios para el diagnóstico del trastorno desintegrativo infantil	
A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.	
B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:	<ol style="list-style-type: none">1. Lenguaje expresivo o receptivo2. Habilidades sociales o comportamiento adaptativo3. Control intestinal o vesical4. Juego5. Habilidades motoras
C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:	<ol style="list-style-type: none">1. Alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional).2. Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado).3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.
D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.	

Tabla 2. Criterios diagnósticos del TDI.¹⁵



El pediatra primero debe realizar un examen médico para descartar cualquier causa orgánica que explique la condición por la que está pasando el paciente. Si estas pruebas no explican la regresión, se tendrá que remitir con un psiquiatra. ⁹

El trastorno desintegrativo infantil, se encuentra en la *clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10*, dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (F84) y lo engloba en el apartado (F84.3). Esta clasificación es importante mencionarla porque se describen en la guía, características diagnosticas, al igual que en el manual antes mencionado. ¹⁶

7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Durante muchos años se ha debatido acerca de si el TDI tiene suficientes características para diferenciarse del autismo clásico para dejarlo de lado de los otros trastornos generalizados del desarrollo. Se han estudiado distintos casos, comparando sus características clínicas para llegar a un consenso. ¹⁷

El diagnóstico diferencial incluye al trastorno autista y el trastorno de Rett. Al contrario que en el trastorno autista, existe un período temprano de desarrollo normal hasta la edad de 3 o 4 años. Esto va seguido por un período de deterioro muy marcado de las capacidades obtenidas anteriormente, que generalmente ocurre de manera rápida en el transcurso de 6 a 9 meses. En la tabla se encuentran las principales características clínicas que nos ayudan a diferenciarlo. Tabla 3

En el Trastorno de Rett, el deterioro ocurre mucho más precozmente y se dan las típicas estereotipias de las manos, ambas cuestiones no coinciden en el trastorno desintegrativo de la infancia. ⁸

	Trastorno desintegrativo infantil	Autismo
Frecuencia	1.7/100,000	1/88
Sexo	90% Sexo masculino	80% Sexo masculino
Edad de comienzo	2-10 (usualmente 3-3.5 años)	<3 (usualmente <2)
Edad de diagnóstico	2-4 años	<1-2 años
Regresión temprana	Todos los casos	20-40%
Edad de regresión	>2 (usualmente 3-3.5) años	1.2-2 años
Áreas que se deterioran	Un conjunto de todas las áreas	Habla y cognitiva
IQ	30-40	40-60
Pérdida de habilidad motora	No raro	Raro
Incontinencia	Común	Raro
Habilidad preservada	Poco común	No raro
Convulsiones	25-75%	10-40%
Electroencefalografía anormal	15-60%	10-60%
Evidencia de organicidad	Poco común	No raro
Antecedentes heredofamiliares de la primera línea	Negativo	Ocasional
Mejora	Limitado	No raro
Pronóstico	Usualmente pobre	Pobre a bueno

Tabla 3. Principales diferencias clínicas entre el autismo y el TDI. ⁸

8. TRATAMIENTO

El tratamiento para el TDI, es muy similar al del autismo, el énfasis de éste recae sobre las intervenciones educativas tempranas. Las terapias se focalizan en el comportamiento y están muy bien estructuradas. La educación hacia los padres se enfatiza en el plan de tratamiento general.

El tratamiento también varía dependiendo las necesidades de cada paciente, como lo son las terapias del lenguaje y habla, terapias ocupacionales, el desarrollo de habilidades sociales y terapia de integración sensorial. ¹⁸ Figura 5



Figura 5. Paciente con TDI realizando terapias ocupacionales. ¹⁹

Las terapias conductuales, se enfocan en la eliminación de conductas no deseadas e intentan recuperar algunas de las habilidades que el niño ha perdido, son efectivas y suelen dar buenos resultados.

El tratamiento también debe de tener un enfoque en el área nutricional, debido a que los niños tienden a la pérdida de habilidades y con esto pueden tener dificultad para tragar y digerir los alimentos. ²⁰



Debido a la condición del paciente también se pueden administrar algunos fármacos, debido a las conductas violentas, ansiedad, depresión y por ello se tienen que controlar. ²⁰

El tratamiento se señala en al menos cuatro indicaciones fundamentales:

- Individualizado. No existe un programa único e igual para todas las personas afectadas, por lo que se tiene que diseñar.
- Estructurada. La enseñanza organizada es un elemento fundamental para la atención oportuna.
- Extensivo e intensivo. La constancia de los profesionales y de los familiares, es la clave para un progreso.
- Participación de los padres. La familia debe mantener un ambiente favorable para el paciente y priorizar los objetivos de la terapia que se utilice. Fomentar material didáctico para las sesiones que se le dediquen al paciente (ayudas visuales, uso de tecnología, comunicación, etc). ¹

9. PRONÓSTICO

A través del tiempo se han estudiado casos de pacientes con TDI y el pronóstico es más desfavorable que el del autismo, a largo plazo el funcionamiento global de estos pacientes, fue más deficiente y las capacidades de aprendizaje se vieron afectadas considerablemente.

En la mayoría de los casos, la regresión se mantuvo constante y la recuperación se vio limitada, los pacientes que se someten a terapias estrictas, mostraron una mejoría muy lenta. ^{6, 18}

10. MANIFESTACIONES BUCALES

Como se indica en la quinta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V, los pacientes con el trastorno desintegrativo infantil, se clasifican dentro del espectro autista con sus especificaciones acerca de las necesidades de atención. Por tanto, las características bucales que se analizarán, corresponden al espectro autista. ²¹

El trastorno del espectro autista (TEA) como tal no tiene alteraciones específicas a nivel bucodental. La situación dental de cada paciente va a depender mucho de la higiene oral y de la dieta. ²²

Debido a las características motrices de los pacientes con TEA, se dificulta la higiene oral, por ello podemos encontrar altos niveles de caries, que también se puede relacionar con la dieta dulce y blanda debido a la incapacidad de desarrollar unas perfectas habilidades masticatorias de higiene y autoclisis. ²³ Figura 6

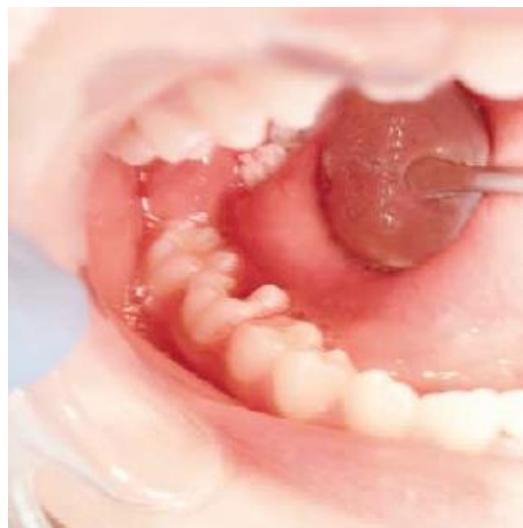


Figura 6. Paciente con Asperger, presenta caries y calculo. ²²

Los pacientes con TEA acuden principalmente a la consulta odontológica con problemas periodontales debido a la carencia de una buena higiene bucal, y a que presentan altos índices de placa dentobacteriana.²² Figura 7

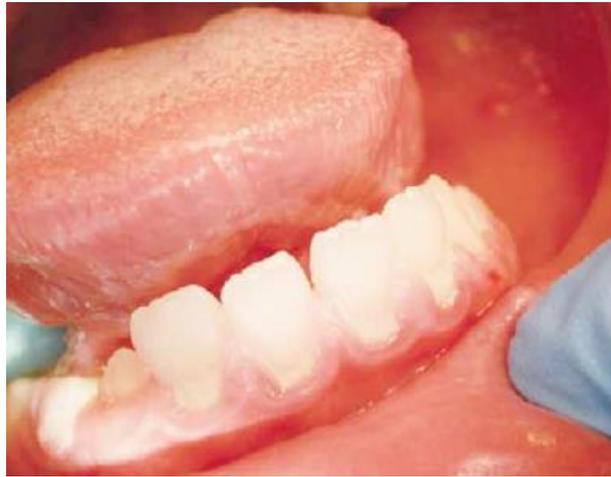


Figura 7. Paciente con Asperger, presenta placa dentobacteriana.²²

Influyen muchos factores que interactúan entre sí, que afectan a estos pacientes, como los fármacos que consumen para controlar las convulsiones que pueden producir como consecuencia agrandamiento gingival.²⁴

Figura 8



Figura 8. Agrandamiento gingival inducido por fármacos.²⁵

También estos pacientes suelen presentar una gran variedad de manías y hábitos nocivos relacionados con la boca: respiración bucal, morderse la ropa, meterse los dedos a la boca, queilofagia (acto inconsciente y automatizado de comerse, lamerse o succionarse los labios en forma excesiva o continua), onicofagia (hábito de comerse las uñas de las manos), chupar o morder objetos, conductas autolesivas, golpearse la cabeza y hacerse úlceras traumáticas por mordisqueo. ²⁴ Figura 9



Figura 9. Autolesión producida por paciente autista. ²³

Como consecuencia de estos hábitos nocivos, se produce con mayor frecuencia maloclusiones, esto conlleva a problemas en el sistema estomatognático como la fonación, deglución y masticación. ²⁴ Figura 10



Figura 10. Mal posiciones dentarias en paciente con TEA. ²²



Otra manifestación bucal es el bruxismo, se relaciona con estados de ansiedad y estrés. En estos pacientes es común encontrar traumatismos dentales como consecuencia de la hiperactividad que poseen. Se ha sugerido el uso de protectores bucales para controlar estos hábitos, pero por lo regular no son aceptados por los niños diagnosticados. ^{23, 24}

Otras manifestaciones que se pueden presentar derivadas de algunos fármacos que consumen son: sialorrea (exceso de saliva), xerostomía (sensación subjetiva que el paciente percibe ante la escasez o carencia absoluta de saliva), estomatitis (término que se utiliza para describir una boca inflamada o adolorida y con presencia de úlceras bucales), decoloración lingual, problemas de coagulación y náuseas. ^{2, 24, 26, 27, 28}

11. MANEJO ODONTOLÓGICO

Como ya se ha mencionado, los pacientes con algún trastorno generalizado del desarrollo, requieren una atención integral, esto incluye el área odontológica. Es por ello que debemos tomar en cuenta algunas consideraciones al momento de brindar una consulta odontológica. ²⁹

Sabemos que estos pacientes presentan alteraciones sistémicas como epilepsia, ansiedad, depresión, esquizofrenia, entre otros, por lo que un esquema de antipsicóticos, anticonvulsivos, antidepresivos y sedantes es comúnmente administrado. ³⁰

También debemos tener en cuenta la cantidad elevada de azúcar que contienen estos fármacos por lo que es un factor que predispone a caries dental y se debe procurar revisiones periódicas para prevenir problemas mayores. ³⁰

Por eso debe ser de nuestro conocimiento la interacción de estos fármacos, el uso que tiene cada uno de ellos, las indicaciones, los efectos adversos.³⁰ Tabla 4

Fármaco	Uso	Indicaciones	Efectos adversos e interacciones
Carbamacepina	Anticonvulsivante	<ul style="list-style-type: none"> - Control del humor. - Antiagresión. - Anticonvulsivante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interacción con eritromicina, claritromicina y propofeno, que incrementan el efecto de la carbamacepina.
Litio	Antimaniaco	Antiagresión	<ul style="list-style-type: none"> - AINES y metronidazol disminuyen su aclaramiento renal.
Fluoxetina	Antidepresivo	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir convulsiones, ansiedad, miedo. - Tratar la depresión. - Prevenir las autolesiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento en el tiempo de sangrado. - Inhibe metabolismo de codeína, benzodiazepinas. - La eritromicina y claritromicina inhiben su metabolismo.
Metilfenidato	Estimulante del SNC	<ul style="list-style-type: none"> - Calmar hipertactividad. - Ganar atención 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado con VC (aspirar antes de inyectar).
Naltrexona	Antagonista opiáceo	<ul style="list-style-type: none"> - Reduce aislamiento social. - Previene autolesión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en la función hepática. - Invierte efectividad de analgésicos.
Olanzapina	Antipsicótico	Disminuir alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotensión ortostática. - Problemas motores.
Risperidona	Antipsicótico	<ul style="list-style-type: none"> - Antiagresiones. - Disminuir alucinaciones. - Disminuir irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trombocitopenia. - Hipotensión ortostática. - Problemas motores.
Sertralina	Antidepresivo	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir convulsiones, ansiedad, miedo. - Tratar la depresión. - Prevenir las autolesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento en el tiempo de sangrado. - Inhibe metabolismo de codeína, benzodiazepinas. - La eritromicina y claritromicina inhiben su metabolismo.
Ác. Valproico	Anticonvulsivante	<ul style="list-style-type: none"> - Controla los ataques de autoagresión. - Anticonvulsivante. 	<ul style="list-style-type: none"> - La eritromicina y la aspirina pueden reducir su metabolismo. - Con AINES y aspirina aumenta el riesgo de sangrado.

Tabla 4. Fármacos empleados en el manejo del autismo y sus efectos adversos.²³



Como podemos observar en la tabla, fármacos como la fluoxetina o la sertralina, ocasionan sangrados prolongados, debemos de tenerlo en cuenta en caso de tener que realizar procedimientos quirúrgicos y se recomienda una interconsulta con su médico tratante para evitar riesgos en los procedimientos odontológicos. ^{23, 24, 30}

Estos fármacos también presentan repercusiones en la cavidad oral, como ya se ha descrito anteriormente. Por lo que en el manejo odontológico a estos pacientes se deben tratar, dependiendo la lesión o lo patología que se presente se debe de indicar algún tratamiento o paliativo para mejorar la calidad de vida. Así como conocer estas manifestaciones orales, para dar un correcto manejo. ^{23, 24} Tabla 5

Las principales son:

- Xerostomía
- Sialorrea
- Disfagia
- Sialoadenitis
- Disgeusia
- Estomatitis
- Gingivitis
- Glositis
- Edema lingual
- Cambios linguales de color
- Bruxismo
- Eritema exudativo multiforme

Fármaco	Xerostomía	Sialorrea	Difagia	Sialoadenitis	Disgeusia	Estomatitis	Gingivitis	Glositis	Edema lingual	Cambios Linguales de color	Bruxismo	Miscelánea
Carbamacepina	+	0	0	0	0	+	0	+	0	0	0	Eritema Exudativo Multiforme
Clonidina	+	0	+	+	0	0	0	0	0	0	0	Hinchazón y dolor de parótida
Lito	+	0	0	+	+	+	0	0	0	0	0	Ulceraciones
Fluoxetina	+	0	0	+	+	+	+	+	0	+	+	Ardor lingual.
Metilfenidato	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Eritema Exudativo Multiforme
Naltrexona	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Adenopatías, Congestión nasal.
Olanzapina	+	+	+	0	0	+	+	+	+	0	0	Rigidez de ,Candidiasis, Abceso periodont.
Risperidona	+	+	+	0	+	+	+	0	+	+	0	Odontalgia, parálisis lingual
Sertralina	+	0	+	0	+	+	0	+	+	0	+	Hiperplasia gingival
Ac. Valproico	+	0	0	0	+	0	ç	+	0	0	0	Abceso periodont. y dolor cervical

Tabla 5. Relación entre los principales fármacos y sus repercusiones la cavidad oral. ²³



El manejo de los pacientes con el trastorno del espectro autista, representa un reto para el profesionista debido al desconocimiento de las características clínicas, psicológicas y conductuales. ^{2, 23, 24, 30}

Es importante resaltar que el tratamiento debe de modificarse de acuerdo a las necesidades de cada paciente, tener en cuenta que estos niños tienen los mismos requerimientos de atención odontológica que el resto, pero se necesitan ciertas habilidades. ²⁴

Es necesario usar la creatividad y el uso del instinto porque estos pacientes presentan miedo a lo desconocido, por ello se tiene que crear una relación de confianza de odontólogo-paciente. ³¹

Se debe de tener un protocolo ya establecido previo a la consulta, no se debe de permitir la improvisación, esto conlleva a que antes de la primera consulta odontológica se debe de tener un primer acercamiento con los padres mediante una historia clínica, con el fin de recabar datos de importancia para la atención y sus características. ^{2, 23, 24, 31}

Se tiene que tener en consideración en los datos de la historia clínica, los fármacos que consume el paciente, experiencias previas con el odontólogo, fobias, hábitos de higiene, si se puede comunicar con facilidad, si tiene alguna discapacidad motriz. ²³

Una vez que se cuenta con toda la información necesaria se debe de iniciar una desensibilización, es efectivo emplear imágenes, videos o la combinación de ambas. ^{23, 24, 30}

Llegando este punto es básico el trabajo de los educadores con el paciente, le proporcionaremos material como libros, imágenes, incluso material odontológico para que el paciente se familiarice con el entorno. Lo que es muy efectivo son las visitas al centro odontológico, previo a la primera cita que pueda conocer la sala de espera, el sanitario, el consultorio, la entrada, y la salida. ^{24, 25}

Los pictogramas son muy útiles para el manejo odontológico, fueron creados por Roxana Mayer Johnson en 1981, se utilizan como métodos alternativos para el lenguaje y se usan para la enseñanza estructurada, y son una guía para los pacientes con autismo sobre las actividades que se van a realizar. ^{32, 33} Figura 11

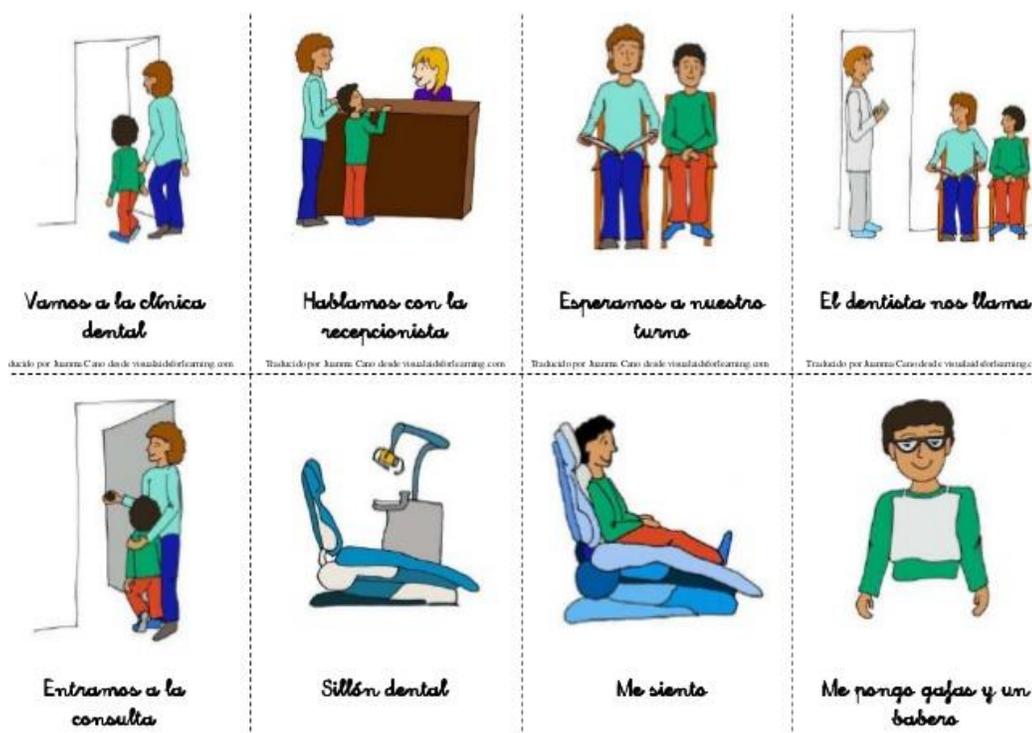


Figura 11. Pictograma de visita al odontólogo. ³⁴

Algunas de las ventajas de los pictogramas son:

- Se adecuan a la edad del paciente.
- Se realizan con material muy sencillo.
- Los puede realizar cualquier integrante de la familia.
- Son funcionales y el niño los puede consultar cuando lo desee.
- Al ser estos pacientes muy metódicos y tener acciones repetitivas, este recurso es muy útil para adquirir rutinas. ^{32, 33}

Figura 12

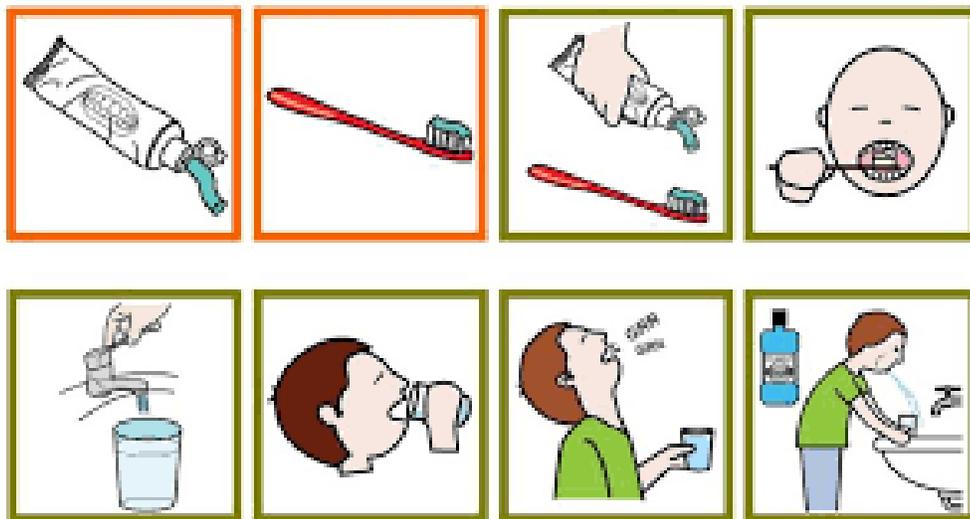


Figura 12. Pictograma de higiene diaria dental. ³⁵

La compañía de los padres es importante ya que favorece la seguridad y la confianza del niño en la consulta. Los niños con autismo suelen ser muy sensibles a los estímulos, como las luces, los ruidos fuertes, las texturas, movimientos repentinos, por ello hay que cuidar y planear cada movimiento. ²⁴

11.1 TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTA

Las técnicas de manejo de conducta para los pacientes con el trastorno del espectro autista se deben de adecuar dependiendo de las actitudes y de las características del paciente.

- Decir- mostrar- hacer. Se encamina a dar seguridad al menor sobre el uso del instrumental y los materiales empleados en la consulta odontológica para que se familiarice. Se debe de emplear un lenguaje sencillo y simple, se sienten más seguros acerca de que los procedimientos que se harán. ^{24, 36} Figura 13



Figura 13. Técnica decir-mostrar-hacer. ³⁶

- Control de voz. Se trata de una modificación en el tono de voz, (nunca gritar) para establecer una buena comunicación y ganar autoridad, en caso de los pacientes con autismo se debe de empelar de forma calmada y amistosa, cuidando su espacio personal. ^{24, 30, 36}

- Expresarse con frases directas y cortas. En estos pacientes es esencial esta comunicación, se necesita dar instrucciones concretas sin dar muchas explicaciones, es de gran ayuda hablar pausadamente, ya que estos pacientes lo toman todo de forma muy literal, así que se debe de analizar nuestro lenguaje y vocabulario. ²⁴ Figura 14



Figura 14. Pictograma de actividades en el consultorio. ³⁷

- Refuerzo positivo. Se debe reconocer las buenas conductas del paciente, sirve mostrar agradecimiento y brindar elogios a nuestro paciente, la conducta se puede premiar al final del tratamiento con algún obsequio. ²⁴ Figura 15



Figura 15. Refuerzo positivo. ³⁶

- Refuerzo negativo. Su objetivo es modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo siendo sutiles.
- Distracción. Ayuda con el paciente para disminuir la ansiedad y poder trabajar adecuadamente mientras el paciente concentra su atención en otra cosa.
- Modelado. Permitir al paciente que pueda observar la conducta de algún otro niño para que mire que no hay ningún riesgo y puede aceptar con mayor facilidad el tratamiento. ^{24, 30, 38}

Figura 16



Figura 16. Modelamiento. ³⁹



- Estabilización protectora. Solo se empleará en los casos más graves, ya que causa estrés en estos pacientes, se debe de preferir emplear mayor cantidad de citas en la desensibilización para facilitar la atención y no llegar a la estabilización. ²³

11.2 RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Las recomendaciones generales para la atención de pacientes con autismo en la consulta odontológica se basan en detalles que, aunque parezcan pequeños el conjunto de todo, tendrá como consecuencia un adecuado manejo de estos pacientes y una consulta exitosa.

- Se recomienda usar colores claros en la vestimenta del personal, que no distraigan la atención del paciente.
- Se debe de cuidar la intensidad de la luz, evitando cambios repentinos de la misma. ²⁴
- Deben de ser citas cortas, de preferencia de 15 a 20 minutos, estableciendo protocolos para agilizar la atención. ²
- Se debe de establecer una estrecha relación con los padres de familia, ya que serán nuestros principales aliados para el cuidado dental del paciente. ^{2, 24, 30}
- Procuraremos tener una adecuada y completa historia clínica, indagando todos los detalles que nos ayuden a nuestra consulta. ²
- Se debe evitar que se llegue a la atención bajo anestesia general, se propone que el paciente se adapte al ambiente en el que lo atenderemos. ^{23, 24, 30}
- Evitar cambiar el espacio donde es atendido, de lo contrario puede crear desconfianza. ²

- Se puede emplear la música, se ha demostrado que disminuye la ansiedad significativamente, podemos usar también la aromaterapia. ^{2, 5}

Es nuestro deber como personal de salud promover la salud dental, en estos pacientes es de suma importancia, ya que por sus características motrices y de comunicación, tienden a ser más propensos a enfermedades de la cavidad oral. ^{30, 31}

Se debe reforzar la higiene oral, dando a los padres, pláticas de los cuidados que debe de tener con sus hijos, promover periódicamente acciones preventivas, aplicaciones de fluoruro, motivar al paciente con imágenes atractivas que le sean fáciles de entender y atractivas. ^{2, 24, 30, 31}

Figura 17



Figura 17. Postura que deben de adoptar los padres para la higiene bucal. ²³



CONCLUSIONES

Si bien el trastorno desintegrativo infantil no es muy frecuente, es interesante dar a conocer este padecimiento y sobre todo resaltar que cual sea el trastorno, condición o enfermedad del paciente, siempre se debe de atender de una forma integral y respetuosa, dándoles la mejor atención posible.

El autismo en el mundo cada vez es más frecuente, es por ello que debemos conocer las implicaciones del trastorno, el manejo, las manifestaciones clínicas de estos pacientes.

En efecto, siempre va a representar un reto para el profesionista la atención odontológica, sobre todo por el desconocimiento de los trastornos a los que nos podamos enfrentar a lo largo de nuestra carrera profesional.

Debemos de procurar una capacitación adecuada para la atención de pacientes con discapacidades físicas, cognitivas y motrices, debido a que requieren una atención especial.

Está en nuestras manos servir de guía para el paciente y poder otorgarle una atención digna, brindando medidas preventivas y restaurativas que puedan mejorar su salud.

Será de gran ayuda encaminar a los padres, familiares o cuidadores de los pacientes a mantener una óptima higiene, asistir a consultas periódicas para lograr un equilibrio correcto de la salud bucal.

Siempre nos vamos a encaminar a ofrecer un tratamiento que mejore su calidad de vida y que tengamos un impacto en su bienestar.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Síndrome de Heller: síntomas, características, causas, tratamiento. Sitio web. Instituto Superior de Formación Apertura Psicológica [Internet]. 2020[citado 19 de enero 2021] Disponible en: <https://cutt.ly/wc3pjjO>
2. Musa Herranz, S. Mourelle Martínez, M.R., Real Benlloch, I., Perea Gutiérrez, I. Pacientes con trastorno del espectro autista en Odontopediatría. *Cient. Dent.* 2016; 13; 2: 123-128.
3. Diagnóstico y tratamiento del trastorno desintegrativo infantil. Sitio web. Máster universitario en especialización en intervención logopédica. Universidad de Valencia. [Internet]. [citado 19 de enero 2021] Disponible en: <https://cutt.ly/3jH28M2>
4. Aislamiento del paciente con su entorno [internet] octubre 2020 [Citado el 16 febrero 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/Ac97UiH>
5. López Delgado, A. Piñero Lozano, P. Musicoterapia para personas con trastorno desintegrativo infantil. Congreso Internacional de Intervención Psicosocial, Arte Social y Arteterapia. 2020.
6. Theodor Heller [internet] 2011 [Citado el 16 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.emaze.com/@AQLLCLZW>
7. Mehra, C. Sil, A. Hedderly, T. Kyriakopoulos, M. Lim, M. Turnbull, J. Happe, F. Baird, G. Absoud, M. Childhood desintegrative disorder and autism spectrum disorder: a systematic review. *Developmental medicine & child neurology.* 2018.
8. Rosman, P. Berta, M. Bergia, MD. Childhood desintegrative disorder: Distinction From Autistic Disorder and Predictors of Outcome. *Journal of Child Neurology.* 2013.
9. Hari Charan, S. Childhood desintegrative disorder. Department of Psychiatry, Mamata Medical College and General Hospital, Khammam, Andhra Pradesh, India. 2012.



10. Trastorno desintegrativo infantil- diagnóstico y soluciones. Sitio web. Psicología Nafría. Madrid, España. [Internet]. [citado 25 de enero 2021] Disponible en: <https://cutt.ly/ic3pbeh>
11. Fombonne E. Prevalence of Childhood Desintegrative Disorder. *Autism. Journal of Child Neurology*. 2002;6(2):149-157.
12. Trastorno desintegrativo infantil: causas y síntomas. [Internet] 2017. [Citado el 16 febrero 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/7c97mID>
13. Regresión de las actividades de autocuidado. [Internet]. 2020. [Citado el 16 febrero 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/Oc97S7z>
14. Definición de la enfermedad de Schilder. Orphanet. Portal de enfermedades raras y medicamentos huérfanos. [Internet]. Junio 2009 [citado 19 de enero 2021] Disponible en: <https://cutt.ly/1xu95L3>
15. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Pichot P. Pp. 69-79. 1995 [Citado el 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/DsmIV.Castellano.1995.pdf>
16. Manual de codificación Cie-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos y de investigación. Livingstone C. Edit. Médica panamericana. Pp. 200-202. 1994. [Citado el 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/Yc3psWW>
17. Rosman P. Childhood desintegrative disorder: ¿part of the autism spectrum? *Journal of Child Neurology*. 2019.
18. Villasante P. Trastorno desintegrativo infantil. Sitio web. Universidad de Valencia. [Internet] noviembre 2020. [citado 25 de enero 2021] Disponible en: <https://muysalud.com/mente/trastorno-desintegrativo-infantil/>
19. The most terrifying Childhood condition you've never heard of. [Internet]. 2016. [Citado el 16 febrero 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/vc97CVh>
20. Trastorno desintegrativo infantil. Salud y doctores. [Internet]. 2018 [citado 25 de febrero 2021] Disponible en: <https://cutt.ly/zc3oN6A>



21. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. Pp. 28-32. 2014. [Citado el 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/Qc944U4>
22. Martín Sanjuán C. Características orales y otras comorbilidades en el paciente con trastorno del espectro autista. Gaceta dental. Pp. 98-106. 2014.
23. Gómez B, Badillo V, Martínez E.M, Planells P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cient Dent 2009;6;3:207-215.
24. Pimienta Pérez N, González Ferrer Y, Rodríguez Martínez L. Autismo infantil, manejo en la Especialidad de Odontología. Acta médica del centro. Vol. 11, No. 4. 2017.
25. Cañas Díaz L.V, Pardo Silva M.I, Arboleda Salaimán. Agrandamiento gingival inducido por medicamentos. Reporte de un caso. Vol. 36, No. 77. 2017.
26. Definición sialorrea, top doctors. [Internet]. 2019 [citado 15 de marzo 2021] Disponible en: <https://cutt.ly/jc97ph1>
27. González Jiménez E, Aguilar Cordero M, Guisado Barrilao R, Tristán Fernández M, García López P, Álvarez Ferre J. Xerostomía: Diagnóstico y manejo odontológico. Rev Clin Med Fam. Vol. 2 No. 6 Feb, 2009.
28. Definición de estomatitis, Estomatitis: tipos causas y tratamiento. [citado 15 de marzo 2021] Disponible en: <https://cutt.ly/Uc97hmy>
29. Rojas Castro N. Guía de manejo autismo. Revista fundación HOMI. Equipo de clínica de pacientes con discapacidad. 2009.
30. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. Revista CES Odontología ISSN 0120-971X. Volumen 26 No. 2 Segundo Semestre de 2013.
31. Pimienta Pérez N, González Ferrer Y, Rodríguez Martínez L. Autismo infantil, manejo en la Especialidad de Odontología. Sitio web. Acta médica del centro. Revista del hospital Clínico quirúrgico "Arnaldo Milián



- Castro”. Vol. 11 No. 4. 2017. [citado 15 de marzo 2021] Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/823/1098>
32. Revista digital para profesionales de la enseñanza [Internet] No. 6 2010 [citado 15 de marzo 2021] Disponible en: <https://cutt.ly/hxiDwFp>
33. Acuña J, Invernizzi Mendoza C. Uso de Pictograma en paciente con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en odontología. Relato de caso. Rev. Cient. Odont. UAA 2020; 2(1):23-27.
34. Vamos al dentista [Internet]. 2015. [Citado el 13 marzo 2021]. Disponible en: <https://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com/2015/07/vamos-al-dentista-por-juanma-cano.html>
35. Pictograma de higiene oral. [Internet]. 2015. [Citado el 13 marzo 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/TxiFmKh>
36. Tiol Carrillo A, Martínez Escorcía A. Revista dentista y paciente. [Internet] 2018 No. 116 [Citado el 13 marzo 2021]. Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/investigacion-clinica-115.html>
37. Actividades en el consultorio. [Internet]. 2015. [Citado el 13 marzo 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/nc3pRZ3>
38. Bartolomé Villar, B. Vilar Rodríguez, C. Cañizares, V. Torres Moreta, L. Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. Cient. Dent. 2020; 17; 1; 27-34.
39. Modelamiento. [Internet]. 2019. [Citado el 13 marzo 2021]. Disponible en: <https://docplayer.es/89140068-Universidad-central-del-ecuador-facultad-de-odontologia-unidad-de-investigacion-titulacion-y-graduacion.html>