



Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONDUCTA AUTOLESIVA EN PACIENTES
ODONTOPEDIÁTRICOS.

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

MARICELA GÓMEZ MUÑOZ

TUTORA: ESP. MÓNICA JACQUELINE PADRÓN CASTRO



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.



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.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios:

Por darme la dicha de existir y poder realizar tantas cosas en este tiempo. Por la segunda oportunidad después de mi accidente y el permitirme concluir la carrera. Seguir con mis padres, mis hermanos y mi pequeña.

A mis Padres:

Por darme la vida, por darme todo aun a costa de sus carencias, gracias por su amor y enseñanzas pero sobre todo por siempre estar ahí para apoyarme.

Los AMO.

A mis hermanos:

Por ser parte de mi vida. Por estar en buenas y malas a lo largo de este trayecto y soportar mis locuras irremediables.

Los quiero.

A mi Hija:

Por darme la dicha de ser madre, por regalarme esas sonrisas día a día, ahora sé no podría vivir sin ti. Pero sobre todo por enseñarme a ver la vida desde otro punto de vista, seguiremos juntas en este camino....TE AMO ANDREA.

A mi Universidad:

Por abrirme las puertas durante tanto tiempo y poder conocer a personas que dejaron huella en mi vida académica. Por brindarme los conocimientos necesarios para llegar a culminar mi carrera y ser una excelente profesionalista.

A mis profesores por los conocimientos brindados, las experiencias, regaños y consejos para ser mejor cada día.

A la Esp. Jacqueline Padrón:

Por influir en mi gusto y amor hacia la Odontopediatría. Por aceptar ser mi tutora y ayudarme en la realización de esta tesina. Gracias por todo su apoyo doctora.

A Iván:

Por haber sido mi pareja durante el seminario, por compartir tantas experiencias, alegrías, enojos, regaños, pero sobre todo por enseñarme que la amistad va más allá de todo... Te quiero mucho BABY.

A mis Amigos:

Faby, Violeta, Alma, Josué por estar en las buenas y malas, por aguantarme tantos años y dejarme ser parte de su vida.

A todos los que estuvieron, están y estarán a lo largo de mi vida....Gracias.

Maricela.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| PROPÓSITO..... | 7 |
| OBJETIVOS..... | 8 |
| 1.-CONDUCTA AUTOLESIVA (CAL)..... | 9 |
| 1.1.-Causas. | 10 |
| 2.-CLASIFICACIÓN..... | 11 |
| 2.1.- Cultural..... | 11 |
| 2.2.- Orgánica..... | 11 |
| 2.3.- Funcional..... | 12 |
| 3.- PREVALENCIA..... | 13 |
| 4.- SUSTANCIAS ASOCIADAS A CAL..... | 14 |
| 4.1.-Serotonina..... | 14 |
| 4.2.-Gaba..... | 15 |
| 4.3.-Catecolaminas..... | 16 |
| 5.-TRASTORNOS ASOCIADOS A CAL..... | 17 |
| 5.1.-Discapacidad Intelectual..... | 17 |
| 5.2.-Parálisis cerebral..... | 18 |
| 5.3.- Autismo..... | 19 |
| 5.4.-Síndrome de Asperger..... | 23 |
| 5.5.-Síndrome de Lesch-Nyhan..... | 24 |
| 5.6.-Síndrome de Gilles de La Tourett..... | 27 |
| 5.7.- Síndrome de Riley-Day (Disautomía familiar)..... | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 5.8.- Otros trastornos..... | 32 |
| 6.-MANIFESTACIONES BUCALES..... | 34 |
| 6.1. Mordedura de labio y lengua..... | 34 |
| 6.2.- Morsiscatum Bucarum..... | 37 |
| 6.3.- Gingivitis Artefacta..... | 38 |
| 6.4.- Autoextracciones..... | 40 |
| 7.-TRATAMIENTO..... | 41 |
| 7.1.-Farmacológico..... | 41 |
| 7.2.-Conductual..... | 42 |
| 7.3.-Restricción Física..... | 44 |
| 7.4.-Odontológico..... | 44 |
| 7.4.1.- Guardas..... | 45 |
| 7.4.2.- Protectores bucales..... | 45 |
| 7.4.3.- Extracciones..... | 48 |
| 7.4.4.- Osteotomías..... | 48 |
| CONCLUSIONES..... | 50 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 51 |
| ANEXOS..... | 56 |
| GLOSARIO..... | 61 |

INTRODUCCIÓN.

Dentro del entorno psicológico, social y dental existen conductas que podrían considerarse un tanto *diferentes* por salir del contexto de lo normal, pero que en realidad se presentan cada vez más incesantes, probablemente por el cambio que estamos experimentando actualmente a nivel mundial en todos los ámbitos.

Las Conductas Autolesivas son identificadas como conflictos emocionales, físicos y psicológicos tanto para los individuos que las presentan como para las personas que se encuentran a su alrededor. La población más afectada son los niños y los adolescentes. Si bien es cierto que algunos trastornos neuropsicológicos son los de mayor mención en el comportamiento de conductas autolesivas no dejan de presentarse en niños que se consideran *normales*.

Cabe hacer mención que aún en la época en la que nos encontramos, no se han podido erradicar las creencias en algunas poblaciones, este es el caso de países africanos, en donde ven la automutilación como parte de su cultura.

PROPÓSITO.

En el presente trabajo se pretende dar a conocer las Conductas Autolesivas en los pacientes odontopediátricos, los diferentes trastornos que se asocian a este tipo de conducta, sus manifestaciones clínicas, la importancia de la interconsulta y el papel que toma el odontólogo ante los posibles tratamientos dentales que se pueden brindar.

OBJETIVOS.

1. Describir la conducta autolesiva (CAL), así como su clasificación y etiología con la finalidad de que el odontólogo pueda hacer una mejor planeación en la consulta y brindar un tratamiento efectivo.
2. Profundizar en los diferentes trastornos que manifiestan CAL, su prevalencia y las diferentes manifestaciones bucales.
3. Ejemplificar con algunos casos clínicos en los cuales la CAL se hace evidente.



1. CONDUCTA AUTOLESIVA.

La Conducta Autolesiva (CAL), es el daño deliberado del cuerpo sin llegar al suicidio. La condición se produce en un número de trastornos psiquiátricos, conductuales y trastornos del desarrollo.¹

La definición más usada desde 1989 es la que describe a la CAL como la serie de actos repetidos que producen lesión a tejidos corporales con o sin intento de dañarse. Estos actos se caracterizan por ser crónicos y llevan consigo un daño relativamente inmediato o también pueden tener consecuencias a largo plazo. En la mayor parte de los casos, se debe a trastornos que afectan la capacidad intelectual y los casos restantes a trastornos emocionales.

Esta conducta constituye un importante problema de salud pública. Desde mediados de 1960 se ha observado un aumento en el número de adolescentes que se autolesionan; sin embargo, un escaso número de estudios se han llevado a cabo hasta mediados de la década de los 90. En Inglaterra y Gales, por ejemplo, 25.000 jóvenes son atendidos cada año en los servicios de urgencias por estas conductas.²

Los tipos de automutilación bucal van desde mordedura de labios, mordedura de lengua, mordedura de carrillos y gingivitis artefacta, hasta autoextracciones dentales.^{3,4}

¹ Leksell, E. Edvardson S. A case of Tourette syndrome presenting with oral self-injurious behaviour. *Int. J. Paediatr. Dent.* Volume 15, Issue 5, September 2005, Pages: 370–374,

² <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>

³ Chevitarese, A.; Della Valle, D; Primo, L. Self-inflicted gingival injury in a pediatric patient: A case report. *J Den Child*, 2004, vol. 71, no 3, p. 215-217.

⁴ Castro, J.; Quiroz, P.; De León, C. Gingivitis artefacta o autoinducida como conducta autolesiva: presentación de un caso clínico. *Rev. Estomat*, 2005, vol. 13, no 1, p. 42-46.



1.1.-CAUSAS.

La CAL puede manifestarse debido a causas diversas tales como:

- *La persona percibe la conducta autolesiva como placentera y gratificante.*- la autolesión parece ser gratificante para muchas personas que se enzarzan en este tipo de conducta. No parecen experimentarla como dolorosa y puede incluso producirles placer.

- *La autolesión ayuda a aliviar la ansiedad o el estrés.*- Si alguien siente ansiedad o estrés, la autolesión podría reducir o distraer de esas sensaciones.

- *La autolesión es un medio eficaz de comunicación.*- La conducta autolesiva puede ser un instrumento extraordinariamente eficaz de comunicación, si el objetivo de esa conducta es llamar la atención.

- *La autolesión guarda relación con el dolor o con algún problema médico.*- La conducta autolesiva puede ser síntoma de diversos problemas de salud física. Su objetivo puede ser informar a otros de su molestia o quizá eliminar el dolor. A menudo la persona se golpeará en un sitio del cuerpo distinto de aquel en donde se localiza la molestia. Esto parece ser una forma general de mostrar el dolor o la frustración, o una llamada generalizada en busca de ayuda.⁵

⁵ <http://www.down21materialdidactico.org/libroBienestarMental/pdf/357-364%20Capitulo%2020-color.pdf> visto el día 6 de octubre del 2013 a las 22:30.



2. CLASIFICACIÓN.

La CAL se clasifica en 3 categorías:

2.1.-CULTURAL

Entre las automutilaciones de tipo cultural encontramos los rituales que se repiten a través de generaciones. Muchas mutilaciones se hacen con el fin de promover la espiritualidad, la curación de enfermedades, o el orden social. Las llagas en la cara de un soldado prusiano, la circuncisión, los tatuajes en el cuerpo y la perforación de las orejas para insertar aretes decorativos, son algunos ejemplos de prácticas culturales que implican algún grado de modificación corporal.

Tailandia se caracteriza por tener los ritos y costumbres más raras y hasta dolorosas, y es por eso que en su *festival de automutilación*, lo que llama la atención son las formas más crueles y reales que tienen las personas de automutilarse.

Actualmente la cultura occidental emplea la llamada *escarificación* hecha con fines decorativos, como una forma de tatuaje.

2.2.-ORGÁNICA

Es ocasionada inconscientemente. Las autolesiones pueden ser repetitivas, compulsivas y episódicas.

Dentro de los trastornos que la manifiestan podemos encontrar a el autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Lesh-Nyhan, Síndrome de Riley-Day.

Un dato curioso es el del célebre pintor holandés Vincent Van Gogh, éste se cortó la oreja izquierda y se cree que seguramente padecía de esta conducta.



2.3.-FUNCIONAL.

Es ejecutada conscientemente y es asociada con trastornos psiquiátricos del paciente. Puede presentar 3 subdivisiones:

- La autolesión que puede ser motivada y sustentada por ganancias secundarias (Síndrome de Munchausen).
- Lesiones facticias (Síndrome de Tourette).
- Las lesiones que ocurren en episodios psicóticos como tics, convulsiones, etc.⁶

⁶ Mac P.,Wolford D., Orthognathic surgery for the treatment of Chronic Self-mutilation of the lips. Int J O Maxillofacial Surg;21 p. 133



3.-PREVALENCIA.

La falta de procedimientos adecuados para registrar el número de comportamientos autolesivos, puede explicar la escasa consistencia obtenida hasta el momento en los resultados. En Europa, EEUU y Australia, se observó un incremento en estas conductas en la década de los 60 (Hawton & Catalan 1987; Weissman 1974). La incidencia pareció estabilizarse en los años 80 (Hawton & Fagg 1992), aunque en los 90 se vió un nuevo aumento (Hawton et al. 1997).

En el año 2001, Meltzer et al. llevaron a cabo una encuesta sobre la salud mental de niños y adolescentes en el Reino Unido que proporcionó información en lo que respecta a un gran número de trastornos emocionales y conductuales. La información se obtuvo de 10.438 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Tanto los jóvenes como sus padres fueron entrevistados, lo que permitió obtener datos diferenciales. En total, 4249 jóvenes de entre 11 y 15 años fueron entrevistados, de los cuales 248 reconocieron haberse autolesionado. Solo 78 de los padres entrevistados informaron de que sus hijos se habían autolesionado en algún momento. Un análisis detallado de los datos informó asimismo que un 6.5% de mujeres y un 5.0% de hombres se habían autolesionado previamente al estudio.

La prevalencia de autolesiones era más alta entre aquellos jóvenes diagnosticados de patología psiquiátrica, comparados con el grupo sin patología. También era mayor entre aquellos jóvenes que padecían depresión, trastorno de conducta y trastorno de ansiedad. Asimismo, otros datos mostraron como las autolesiones eran más frecuentes en niños adoptivos, niños que vivía con uno solo de sus padres y en los que convivían con más de cinco hermanos.⁷

⁷ <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>



4.- SUSTANCIAS ASOCIADAS A CAL.

4.1.-SEROTONINA.

La Serotonina (5-hidroxitriptamina, o 5-HT), es una monoamina que actúa como neurotransmisor, sintetizado en las neuronas serotoninérgicas del Sistema Nervioso Central (SNC).

En el SNC la serotonina juega un papel esencial como neurotransmisor inhibitorio, porque favorece la inhibición del enojo, la modulación de la agresión, el control de la temperatura corporal, la regulación del humor. Cambios en el nivel de ésta sustancia se asocian con desequilibrios mentales como la esquizofrenia, el autismo infantil o el trastorno obsesivo compulsivo.

En lo que respecta a la depresión, la hipótesis actual más aceptada consiste en que está asociada a una insuficiencia de serotonina, mientras que la manía se debe a un exceso de la misma. Por ese motivo, se han desarrollado recientemente multitud de fármacos como la fluoxetina, la paroxetina o la sertralina, que han sido llamados ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina) porque inhiben de una forma específica el receptor neuronal de la serotonina y actúan incrementando el nivel de ésta sustancia en el interior de la sinapsis.

Sus acciones principales sobre el Sistema Nervioso residen en la modulación del sueño, la regulación del estado de ánimo y las emociones, entre las que figura principalmente la reversión de estados depresivos.



El comportamiento humano depende en gran medida de la cantidad de luz que el organismo recibe durante el día. Durante las estaciones menos soleadas (otoño e invierno), la producción interna de serotonina se reduce, siendo la causa de un aumento de la depresión. Cuando llega la primavera y el verano, los niveles de serotonina se incrementan condicionados por la luz que recibe el organismo, lo que da lugar a un aumento progresivo del bienestar y felicidad. Por eso en cierto modo, la serotonina ha sido llamada por algunos la "hormona del humor", ya que sus niveles cerebrales guardan una correlación muy estrecha con el estado anímico de un sujeto.⁸⁹

4.2.-GABA (Ácido gamma-aminobutírico).

El ácido gamma-aminobutírico es un aminoácido asociado a las plantas que en 1950 fue reportado que también estaba presente en el tejido cerebral. En el cerebro actúa como neurotransmisor inhibitorio en varios de sus circuitos. Se encuentra en grandes concentraciones en el cerebelo y menores concentraciones en el tálamo e hipocampo. Las alteraciones en estos circuitos GABAérgicos están asociadas con la enfermedad de Parkinson, la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer y la Esquizofrenia.

Este aminoácido actúa como un relajante natural al inhibir en el cerebro funciones que por estrés u otras circunstancias puedan encontrarse sobrecargadas produciendo hiperactividad, insomnio, problemas de concentración, de conducta o neuralgias.

También inhibe la transmisión de señales a las terminaciones nerviosas y cumple así una función de guardián muy importante. Está presente en alrededor

⁸ Posey D., Stigler K., Erickson C. and McDougle C. Antipsychotics in the treatment of autism. J. Clin. Inv. Volume 118 Number 1 January 2008

⁹ Kolevzon, A., et al. The relationship between whole blood serotonin and repetitive behaviors in autism. Psychiatry research, 2010, vol. 175, no 3, p. 274.



del 30% de todas las células nerviosas y si se inhibe su síntesis se producen ataques convulsivos.

4.3.-CATECOLAMINAS.

Las catecolaminas (también llamadas aminohormonas) son neurotransmisores que se vierten al torrente sanguíneo (además de a las hendiduras sinápticas, como corresponde a los neurotransmisores). Son un grupo de sustancias que incluyen la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina, las cuales son sintetizadas a partir del aminoácido tirosina. Contienen un grupo catecol y un grupo amino.

Pueden ser producidas en las glándulas suprarrenales, ejerciendo una función hormonal, o en las terminaciones nerviosas, por lo que se consideran neurotransmisores. El precursor de todos ellos es la tirosina, que se usa como fuente en las neuronas catecolaminérgicas (productoras de catecolaminas).

Están asociadas al estrés y la obesidad. La respuesta del organismo ante una situación amenazante constituye un claro ejemplo de integración neuroendocrina, ya que se desencadenan una serie de reacciones en cadena que preparan al organismo para la respuesta de huida, miedo o enfrentamiento.¹⁰

Estas tres sustancias están relacionadas a la CAL por la baja, nula o escasa producción dentro del cuerpo, causando el efecto de autoagresión, irritabilidad, depresión y miedo en los pacientes, de igual manera pueden ser intervenir en la severidad de algunos trastornos neurológicos.

¹⁰ Brunton, Laurencey cols. Goodman y Gilman. Manual de Farmacología y terapéutica. McGrawHill. 6ta edi. 2009. Pp214



5.-TRASTORNOS ASOCIADOS A CAL.

5.1.- DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

La Discapacidad Intelectual (DI) es un agrupamiento de síndromes o metasíndrome, incluyendo un grupo heterogéneo de condiciones clínicas que van desde genéticas a nutricionales, infecciosas, metabólicas o neurotóxicas. Se caracteriza por un déficit en la funcionalidad cognitiva en varias áreas, anterior a la adquisición de habilidades a través del aprendizaje. Destacan las áreas del conocimiento, del lenguaje, motriz, auditiva y psicosocial.

La intensidad del déficit es tal que interfiere de manera significativa con el funcionamiento normal del individuo, expresándose como limitación en las actividades y restricción de la participación.

La DI se presenta en personas de todas las razas y etnias y es el trastorno más frecuente del desarrollo, con una incidencia estimada entre el 1 y el 3 % de la población general.

Etiología.

Entre el 30 y el 50 % es desconocida. El estudio etiológico exige un protocolo diagnóstico minucioso que incluye una historia médica, historia familiar hasta la tercera generación, examen neurológico y test genéticos para síndromes conocidos. Se estima que entre las causas que originan DI un 30-40% es de causa genética y entre el 15-30% de causa ambiental, incluyendo la etapa perinatal.

Dentro de las causas genéticas, la más frecuente es el Síndrome de Down, entre las enfermedades metabólicas destaca la Fenilcetonuria y las ambientales



ocurren en cualquier periodo y afectan de manera diversa al niño. Durante el embarazo las infecciones aumentan el riesgo de dar a luz a un bebé con DI.

Manifestaciones Orales.

Dificultades para masticar, mayor permanencia de los alimentos en boca, dificultad para pasar el alimento, dificultad para mantener una higiene oral aceptable y por ende los pacientes con afectación severa presentan una mayor proporción de caries, gingivitis y enfermedad periodontal. Presentan de igual forma presentan bruxismo, babeo y conductas autolesivas.

Conductas Autolesivas.

Dentro de las CAL que presentan estos pacientes son mordedura de labio y de lengua, como las más comunes.

5.2.-PARÁLISIS CEREBRAL.

La Parálisis Cerebral (PC) es una de las enfermedades más comunes de discapacidad motora de la infancia, y se define como el trastorno de tono muscular y del movimiento con carácter persistente, secundario a una agresión del SNC ocurrida durante el periodo de desarrollo.

La PC se suele asociar a una serie de patologías como epilepsia, anomalías del habla, auditivas y visuales; pero lo que define el trastorno es la vulnerabilidad selectiva de los sistemas motores cerebrales.



Etiología.

La etiología es multifactorial y la lesión puede darse en los periodos prenatal, perinatal y postnatal, indistintamente.

La prevalencia de la PC es 2:1000 recién nacidos, principalmente debido a hemorragia intracerebral y leucomalacia periventricular, siendo alta en recién nacidos de bajo peso, sobre todo si el peso es inferior a 1,000 gr.

Manifestaciones Orales.

Los niños con PC severa presentan afectaciones en lengua, labios, mejillas y por consiguiente al habla, masticación y deglución, lo que favorece la permanencia de restos de comida en la boca, lo que dificulta la higiene oral, presentando mayor índice de placa dentobacteriana, gingivitis y caries. También presentan un índice elevado de maloclusiones predominando la distoclusión, mordida abierta anterior y sobremordida.

Conducta Autolesiva.

En esta enfermedad se presenta mordedura de labio y de lengua, debido a la dificultad que tienen los pacientes de controlar sus movimientos.¹¹

5.3.-AUTISMO.

El término autismo fue utilizado por primera vez por Eugene Bleuler, en 1911, para describir la dificultad de los esquizofrénicos para relacionarse con otras personas y su medio social.

¹¹ Boj R., Catalá M., García Ballesta C. La Evolución del Niño al Adulto Joven. 1ª reimpresión: Octubre 2012. Pp630-632.



La primera descripción de autismo fue realizada por Leo Kanner, psiquiatra austriaco que trabajaba en Estados Unidos, en 1943.¹² En 1996 Wing propuso el término trastorno autista.

Es un desorden del desarrollo del cerebro que comienza en los niños antes de los tres años de edad y que interfiere en su comunicación e interacción social, causando un comportamiento restringido y repetitivo.¹³

Así mismo, es un trastorno biológico del desarrollo que causa severas dificultades en la interacción social y en la comunicación, se asocia a una conducta estereotipada.

Epidemiología.

El autismo ocurre aproximadamente un caso por cada 150 niños. Predomina en el varón en una relación de 4:1.

Etiología.

En la mayoría de los casos no es posible detectar una etiología específica por lo que el autismo puede ser clasificado en primario o idiopático y autismo secundario.

El autismo primario tiene una base genética inespecífica; predomina en el varón y se acompaña de retraso mental en el 70 % de los casos.

¹² Gómez, B., et al. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. *Cient. dent*, 2009, vol. 6, no 3, pag.208.

¹³ Cogorno V., et al. Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 2010, vol. 48, no 2. PP. 3



El autismo secundario o sindromático, se observa en algunas afecciones neurológicas, en muchos casos con base genética.¹⁴

Manifestaciones Clínicas.

Existe un déficit intenso en la respuesta social que hace que durante los primeros años de vida se pueda detectar falta de contacto visual, escaso juego simbólico, retraso o ausencia de la sonrisa social, nula interacción con quien lo cuida, desarrollo anormal en el habla. Prescinde de sus hermanos u otros niños, no perciben el malestar de los demás.

Otras manifestaciones son:

1. Comportamiento ritualizado con movimientos corporales estereotipados de las manos o de todo el cuerpo.
2. Poco o nulo interés por participar en algo.
3. Suelen vivir aislados con un campo de atención reducido.
4. Se acompañan de hiperactividad y presentan respuestas extrañas a estímulos sensoriales (luz, colores), alto umbral del dolor o hipersensibilidad a los sonidos.
5. Son impulsivos y con cierta frecuencia agresivos.

El tono muscular reducido y la poca coordinación muscular pueden llevar al paciente al babeo constante, disminución de los reflejos de succión y masticación casi nula, por lo que prefieren alimentos blandos o papillas.¹⁵

¹⁴ Varela-González, D. et al. Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. Acta Pediátrica de México, 2011, vol. 32, no 4. Pp. 4

¹⁵ Boj R., Catalá M., García Ballesta C., op. cit., pp 638-640.



Manifestaciones Bucales.

La mayoría de los pacientes autistas presenta lesiones periodontales, caries de diversos grados, resultado de una higiene bucal inadecuada.

Conducta Autolesiva.

La mayoría de los casos de CAL se presentan en niños y adolescentes, debido a que los pacientes autistas tienen un umbral del dolor muy alto y pueden lesionarse gravemente.

La conducta autolesiva inicia o se incrementa cuando hay un cambio en su rutina diaria, estas lesiones pueden ser realizadas por dos causas principalmente:

1. Para atraer la atención de los padres o familia en general
2. Para evitar eventos no deseados (ejemplo de esto es visita al dentista.)

Más del 70% de los pacientes autistas pueden presentar lesiones autoinfligidas en algún momento de su vida.¹⁶

La CAL puede producir lesiones facticias, el 75% de los cuales se encuentran en la región de la cabeza y el cuello. Estos pacientes suelen autogolpearse cara y cabeza y dentro de las estructuras orales se encuentran lesiones en: encía, mucosa oral, estructuras de soporte dental, o los dientes. La CAL generalmente consiste en poner las uñas de las manos u objetos extraños en el surco gingival. También se muerden intensamente labios, mejillas, se producen autoextracciones, vomitan y/o consumen sustancias no comestibles (coprofagia)

¹⁶ Medina, A., et al. Factitial oral lesions in an autistic paediatric patient. Int . J . Paediatr. Dent., 2003, vol. 13, no 2, p. 130-137.



5.4.-SÍNDROME DE ASPERGER.

El término Síndrome de Asperger fue descrito por el médico pediatra y psiquiatra austriaco Hans Asperger en 1944, después de tratar a un elevado número de niños que presentaban ciertas alteraciones de personalidad, que expuso en su trabajo “Die Autistischen Phychopathen im Kindesalter” (Psicopatía autística en la infancia).

El síndrome de Asperger (SA) adquirió personalidad propia como trastorno diferenciado en 1981, cuando Wing publicó el artículo “Asperger Syndrome: a clinical account” (Síndrome de Asperger: un informe clínico) basado en el estudio de 34 casos de entre los 5 y 35 años. Proponía incluir tanto el autismo de Kanner como el síndrome de Asperger *en un grupo más amplio de condiciones que tienen en común una discapacidad en el desarrollo de la interacción social, la comunicación y la imaginación.*

El reconocimiento oficial del Asperger como trastorno diferenciado del autismo lo realizó primero la Organización Mundial de la Salud en 1993, cuando lo incluyó en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, (International Classification of Diseases, ICD-10), donde aparece en la sección de Trastornos Generalizados del Desarrollo.

El 2006 fue declarado el Año Internacional del Síndrome de Asperger, por cumplirse el centenario del nacimiento de Hans Asperger y el vigesimoquinto aniversario de que la psiquiatra Lorna Wing diera a conocer internacionalmente el trastorno. A partir del año 2007, el día 18 de febrero ha sido declarado Día Internacional Asperger en recuerdo por el nacimiento del Dr. Hans Asperger.¹⁷

¹⁷ Lafuente M.,Front H., Robinson J., Síndrome de Asperger en Odontología. Rev Elec Fac de Odontología, ULACIT – Costa Rica, Vol. 4 N°1, 2011 págs. 10-12.



Es un trastorno del desarrollo caracterizado por una ausencia de habilidades sociales, de comunicación y de conductas repetitivas, sin discapacidad intelectual.

A nivel de lenguaje tienen dificultad para entender sutilezas en una conversación, humor, ironía o sarcasmo y, con frecuencia se observa una alteración de comportamientos no verbales como el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social. Existe torpeza motora, no presentan patología oral característica y se puede mejorar la comunicación y colaboración del paciente al integrar historias y juegos.¹⁸

Etiología.

Aunque existe una relación entre el Síndrome de Asperger y el autismo, en realidad se desconoce la causa de este síndrome, todo indica que se trata de una anomalía del cerebro. También se considera que existen ciertos factores genéticos que lo convertirían en un trastorno hereditario, sin embargo no se ha logrado determinar ningún gen específico relacionado con el síndrome.

Por alguna razón que también se desconoce, el síndrome tiende a afectar más a los niños que a las niñas, afecta de 3 a 7 por cada 1.000 niños de 7 a 16 años.

5.5.-SÍNDROME DE LESCH-NYHAN.

El Síndrome de Lesch-Nyhan (SLN) es una enfermedad metabólica hereditaria descrita en 1964, caracterizada por una deficiencia total de la HPRT (hipoxantina fosforribosil transferasa). La enzima se encuentra en el cerebro y tiene mayor actividad en humanos, fundamentalmente en ganglios basales y cataliza la conversión de la hipoxantina a inosina-5-monofosfato.

¹⁸ Boj R., Catalá M., García Ballesta C., op. Cit Pp. 643



La HPRT es un polipéptido de 217 aminoácidos codificado por un gen situado en la región q26-27 del cromosoma X. La enfermedad se caracteriza por hiperuricemia y gota en niños varones, problemas neurológicos: espasticidad, discapacidad mental, desórdenes en el comportamiento, hostilidad y agresividad a menudo dirigida contra el propio afectado llegando a lesionarse severamente.

Esta enzima no permite la conversión de la hipoxantina a inosina, por lo que el nivel de ácido úrico se eleva más de lo normal, en el recién nacido, debido a la inmadurez de la barrera hematoencefálica, causando que el ácido úrico la atraviese, provocando los trastornos que desarrollan este síndrome como discapacidad mental y desórdenes del comportamiento, siendo la autoagresión la característica principal.

Etiología.

Hoefnagel y cols. indicaron que el síndrome se heredaba en forma de rasgo ligado al cromosoma X. Se observa sólo en varones, sin embargo De Gregorio y col. describen un caso en Argentina donde un hombre y una mujer muestran un síndrome idéntico.

Prevalencia.

No es frecuente. Las cifras reportan aproximadamente 1 caso entre cada 100,000 varones.

Manifestaciones generales.

Fascies: la automutilación es causa de destrucción masiva del labio inferior y en menor grado del superior.



Piel: el paciente recurre a sus dientes para mutilarse los dedos, sobre todo los índices están mordidos, ocasionalmente hasta el hueso. Pueden estar mutiladas las orejas y la nariz a causa de golpearse la cabeza.

Sistema nervioso central: los hallazgos microscópicos en el cerebro son sorprendentemente discretos, y los más notorios son microcefalia y la alteración del desarrollo postnatal.

Manifestaciones clínicas.

El primer signo de la enfermedad es, para la mayoría de las madres, la expulsión por la orina de cristales de color anaranjado o marrón rojizo de ácido úrico que, en los pañales, presentan aspecto de arena. A los tres meses de edad se observa hipotonía, irritabilidad, vómitos recurrentes y retraso del desarrollo motor. En el primer año aparecen espasticidad en las extremidades y movimientos atetoides en los brazos. En la mayoría de los niños existe disfagia junto con vómitos repetidos, lo que da lugar a un déficit nutritivo. Puede acompañarse de anomalías congénitas como criptorquidia bilateral, ano imperforado y anemia.

Manifestaciones Bucales.

En la mayoría de los casos se ha observado enfermedad periodontal, caries, debido a la poca o nula cooperación del paciente, por todas las limitantes que presenta. Asimismo pueden presentar hipoplasia del esmalte de los dientes temporales y también tofos radiculares.

Conducta Autolesiva.

La conducta autolesiva comienza en el momento en que hacen erupción los dientes temporales y comienzan a autolesionarse.



En su 2º y 3er año, los niños se muerden los labios y dedos de manos y pies, rechinan los dientes y existe un aumento en la espasticidad. El retraso psicomotor, los movimientos coreoatetoides y la disfunción motora se prolongan o agravan por espacio de unos once años.

La manifestación neurológica más dramática es la necesidad compulsiva y agresiva de automutilarse; además de mostrar agresividad por las personas que los rodean. La tendencia a automutilarse se hace menos grave con la edad y suele descender en torno a los 10 años.

Se ha reportado que no existe pérdida de sensibilidad al dolor. Nyhan reporta el caso de un niño en 1997 que manifestaba dolor, e incluso, el deseo de reprimirse, sin embargo, no era capaz de controlar sus acciones.^{19,20, 21,22}

5.6.- SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETT.

El trastorno lleva el nombre del médico Georges Gilles de la Tourette, neurólogo pionero francés que en 1885 publicó un resumen de nueve casos de personas con reflejos involuntarios. Otro médico francés, Jean Marc Gaspard Itard, describió en 1825, por primera vez, el caso de una mujer noble francesa de 86 años de edad con la enfermedad, la marquesa de Dampierre.

Es un trastorno neuropsiquiátrico heredado con inicio en la infancia, caracterizado por múltiples tics físicos (motores) y vocales (fónicos). Estos tics característicamente aumentan y disminuyen; se pueden suprimir temporalmente, y son precedidos por un impulso premonitorio. El síndrome de Tourette se define

¹⁹ Diab, M. Self-inflicted orodental injury in a child with Leigh disease. *Int J Pediatr Dent*, 2004, vol. 14, no 1, p. 73-74.

²⁰ Fardi, K.; Topouzelis, N.; Kotsanos, N. Lesch–Nyhan syndrome: a preventive approach to self-mutilation. . *Int J Pediatr Dent* , 2003, vol. 13, no 1, p. 51-56.

²¹ Cervantes, K. .; VILLAGRÁN, J. Paciente con síndrome de Lesch-Nyhan atendido en el Departamento de Estomatología Pediátrica del Hospital Infantil de Tamaulipas. Reporte de caso. *Rev Odontol Mex*, 2008, vol. 12, no 3, p. 154-155.

²² Rashid, N.,Yusuf, H. Oral Self-mutilation by a 17-month-old child with Lesch-Nyhan síndrome. *Int J Pediatr Dent*.1997 pp 115.



como parte de un espectro de trastornos por tics, que incluye tics transitorios y crónicos.

El síndrome de Tourette se consideraba un raro y extraño síndrome, a menudo asociado con la exclamación de palabras obscenas o comentarios socialmente inapropiados y despectivos (coprolalia), pero este síntoma está presente en una pequeña minoría de afectados.

Este síndrome ya no es considerado una enfermedad rara, pero no siempre es correctamente diagnosticado porque la mayoría de los casos son leves y la severidad de los tics disminuye en la mayoría de los niños a su paso por la adolescencia.

Entre 0,4% y el 3,8% de los niños de 5 a 18 años pueden tener el síndrome de Tourette; la prevalencia de tics transitorios y crónicos en niños en edad escolar es alta, y los tics más comunes son parpadeo de ojos, toser, carraspear, olfatear y movimientos faciales. En la edad adulta es una rareza, y no afecta negativamente a la inteligencia o la esperanza de vida.

Por lo general, los síntomas del síndrome de Tourette se manifiestan en el individuo antes de los 18 años de edad. Puede afectar a personas de cualquier grupo étnico y de cualquier sexo, aunque los varones lo sufren unas 3 ó 4 veces más que las mujeres.

El curso natural de la enfermedad varía entre pacientes. A pesar de que los síntomas oscilan entre leves hasta muy severos, en la mayoría de los casos son moderados.

Aproximadamente una cada 100 personas tiene el síndrome de Tourette. Suele ocurrir con otros problemas, tales como:

- Trastorno de atención con hiperactividad (TDAH)



- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- Ansiedad
- Depresión

La causa del síndrome de Tourette se desconoce. Los tics suelen comenzar en la infancia y puede empeorar al inicio de la adolescencia. Muchas personas los superan tarde o temprano.

Conducta Autolesiva.

La autolesión en este tipo de pacientes es causada por la presión y tensión a la que se enfrentan. Dentro de la CAL se puede observar:

- Quitarse las uñas de los dedos.
- Autoextracción.
- Mordedura de mejillas, labios y lengua.^{23,24}

5.7.-SÍNDROME DE RILEY-DAY (DISAUTOMÍA FAMILIAR).

Es un trastorno hereditario que afecta los nervios en todo el cuerpo. El síndrome de Riley-Day se transmite de padres a hijos (hereditario). Una persona debe heredar una copia del gen defectuoso de cada uno de los padres para desarrollar la afección.

Este síndrome se observa con mayor frecuencia en personas con ancestros judíos de Europa Oriental (judíos asquenacés). La enfermedad es causada por un cambio (mutación) del gen IKBKAP en el cromosoma 9 y es poco común en la población general.

²³Tijero-Merino, B.; Gómez.; Zarranz, J. Tics y síndrome de Gilles de la Tourette. Rev Neurol, 2009, vol. 48, no Supl 1, p. S17-20.

²⁴Sapp, P., Eversole, L., Wysocki, G., Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2da edición. Elsevier. España 2005. pp 378-379.



Es un trastorno autosómico recesivo de la familia de las neuropatías autónomas, es decir afecta al sistema periférico. Está clasificado como Neuropatía Sensorial Hereditaria tipo III.

Los pacientes se presentan con alteraciones sensoriales y autonómicas, como una succión débil, hipotonía, hipotermia, el desarrollo físico retardado, falta de coordinación motora, la reducción de las lágrimas, reflejos tendinosos deprimidos profundos, reflejos corneales ausentes, hipotensión postural, y la escoliosis. Los nervios periféricos muestran un reducido número de axones mielinizados y no mielinizados. El pronóstico de este tipo es muy pobre, la mayoría de los pacientes mueren en la primera infancia o la niñez.

Epidemiología.

Se presenta en los judíos de Europa Oriental y su incidencia es de 1:10000, con un 1% de portadores. Es muy raro en otro tipo de grupo étnico.

Manifestaciones Clínicas.

Se manifiesta en la lactancia por problemas de succión, respiración y deglución, por ello es difícil el alimentar a este tipo de pacientes toda la infancia.

A los tres años de edad se inician las crisis autónomas generalmente con ataques de vómito cíclicos que pueden durar horas o incluso días. Los ataques de vómito aparecen cada 15 o 20 minutos y pueden ir acompañados de hipertensión, transpiración y salivación profusa, erupciones cutáneas.

La apariencia de estos pacientes es asimetría facial, labios delgados, estrabismo y palidez. La escoliosis es una complicación grave en la mayoría de los pacientes y suele ser progresiva.



Suele existir discapacidad mental, pero sin relacionarse con epilepsia. La temperatura corporal no se controla por ello puede existir hipotermia o fiebre muy alta y el habla es lenta.^{25,26}

Manifestaciones Orales.

Las características de la cavidad bucal y dientes no eran sistemáticamente evaluados, sino hasta 1965.

La primera descripción completa de los hallazgos dentales y orales, se realizó con base en una proyección de 22 pacientes con este trastorno en comparación con 44 pacientes sanos, se publicó en 1992, y los principales hallazgos fueron altas tasas de trauma dental (59 %) y automutilación dental (32%). La tasa de caries fue baja y fue ligada a hipersalivación y/o un posible cambio en la composición de la saliva.

La acumulación de placa se incrementó en todos los pacientes, causando acumulación de cálculo y, en consecuencia enfermedades gingivales y periodontales.

Conducta Autolesiva.

A causa de su insensibilidad al dolor, estos pacientes se hacen lesiones traumáticas como úlceras corneales y linguales. Se muerden los labios y carrillos, se autoextraen los dientes intencional o accidentalmente, por lo general durante el juego, empujando objetos o juguetes contra sus dientes.²⁷

²⁵ Mass, E; Gadoth, N. Oro-dental self-mutilation in familial dysautonomia. J Oral Path & med, 1994, vol. 23, no 6, p. 273.

²⁶ Singla, S; Marwah, N; Dutta, S. Congenital insensitivity to pain (hereditary sensory and autonomic neuropathy type V): a rare case report. J Den Child, 2008, vol. 75, no 2, p. 207-211.

²⁷ Mass, E. A review of the oro-dento-facial characteristics of hereditary sensory and autonomic neuropathy type III (familial dysautonomia)]. Spec Care Dentist. 2012, vol. 30, no 1, pp. 15-16.



5.8.-OTROS TRASTORNOS.

5.8.1.-*Síndrome de Moebius.*

El síndrome de Moebius es una enfermedad neurológica congénita extremadamente rara. Dos importantes nervios craneales, el VI y el VII, no están totalmente desarrollados, lo que causa parálisis facial y falta de movimiento en los ojos. Estos nervios controlan tanto el parpadeo y el movimiento lateral de los ojos como las múltiples expresiones de la cara.

Los efectos clínicos son múltiples, entre otros, dificultades iniciales para tragar, la falta de sonrisa, el babeo, el habla y la pronunciación deficientes. Las alteraciones observadas en los ojos consisten principalmente en estrabismo y limitación del movimiento.

Los problemas dentales aparecen pronto y reflejan la incapacidad del niño para una higiene bucal apropiada después de las comidas y que la boca permanezca entreabierta.

Conducta Autolesiva.

Dentro de la CAL que puede presentarse en este tipo de pacientes las más frecuentes son mordedura de labio, carrillo, lengua debido a la incompetencia o deficiencia en sus movimientos, gingivitis artefacta al no tener sensibilidad de los nervios facial y abductor, autoextracción.²⁸

5.8.2.-*Síndrome de Hallervorden-Spatz.*

La neurodegeneración asociada a pantotenato quinasa (PKAN en inglés), también conocida como neurodegeneración por acumulación de hierro tipo 1 y anteriormente llamada Síndrome de Hallervorden-Spatz (epónimo en desuso) es una enfermedad degenerativa del cerebro que conduce a Parkinson, distonía,

²⁸Guimaraes, L., et al. Self-inflicted Oral Trauma in a Baby with Moebius Syndrome. J Den Child, 2007, vol. 74, no 3, pp224-227.



demencia y finalmente la muerte. La neurodegeneración es acompañada por el exceso de hierro que progresivamente va saturando al tejido cerebral.

El Síndrome de Hallervorden-Spatz (SHS) fue descrito por primera vez en el año 1922. Es una enfermedad poco frecuente que suele debutar en las dos primeras décadas de la vida, aunque se manifiesta entre los 7 y 15 años de edad.

El curso clínico del SHS es progresivo. Las manifestaciones clínicas se caracterizan fundamentalmente por la presencia de disfunción extrapiramidal y deterioro cognitivo.

Se reconocen dos formas clínicas del SHS: la típica (clásica) y la atípica. La forma típica de la SHS tiene un debut temprano, los síntomas son intensos, rápidamente progresivos y deteriorantes. En la forma atípica de la enfermedad el debut no es tan precoz, los síntomas son menos intensos, y el deterioro es menos progresivo e intenso. En los pacientes con la forma típica del SHS se ha descrito la mutación del gen que codifica la proteína correspondiente a la enzima pantotenato-quinasa (PANK2) en la banda 20p13.

La presentación de la afección puede ser esporádico, o tener un carácter familiar. En los casos de presentación familiar se ha demostrado un patrón de herencia autosómico recesivo ligado al cromosoma 20.

Conducta Autolesiva.

Debido a la degeneración que se presenta en este trastorno suele ser muy común que los pacientes presenten lesiones en labios, lengua, carrillos debido a las convulsiones y espasmos que frecuentemente presentan.²⁹

²⁹ Sheehy, E., et al. Self-inflicted injury in a case of Hallervorden-Spatz disease. . Int J Paediat Dent.1999, vol. 9, no 4, p. 299-302.



6.-MANIFESTACIONES BUCALES.

6.1.-MORDEDURA DE LABIO Y LENGUA.

Estos hábitos se presentan frecuentemente en pacientes con algún tipo de trastornos o problemas psicológicos, ya sea por querer llamar la atención o por la misma enfermedad. No tienen predilección por algún género, ni edad.



Las consecuencias de estos hábitos son bien conocidas y las mencionaremos brevemente:

- a) Úlcera traumática.
- b) Fibroma traumático.
- c) Mucocele.

a) Úlcera traumática.

Las úlceras se definen como la pérdida de sustancia de la mucosa, son agudas y dolorosas. Pueden persistir más de un mes y tienen las siguientes características: diámetro de 2 o más centímetros, bordes elevados, indurados y crateriformes, cubiertas por una membrana gris amarillenta, hemorragia submucosa frecuente, edema y en ocasiones la presencia de un halo eritematoso que las circunscribe. Se debe realizar la historia clínica, identificar y eliminar el factor traumático y si se requiere, realizar una biopsia y su respectivo estudio



histopatológico para confirmar diagnóstico. Estas úlceras se pueden confundir con úlceras herpéticas o causadas por quemaduras. El tratamiento es sintomático: limpieza con suero fisiológico y clorhexidina al 0.12%, remoción del agente causal o se pueden curar espontáneamente dejando cicatriz.

Encontramos dos tipos de úlceras traumáticas consideradas autolesivas:

- **Úlcera de Riga-Fede.**

Denominada también úlcera eosinofílica de la mucosa oral, es un proceso inflamatorio poco frecuente y benigno caracterizado por una ulceración de bordes netos, cubierta por una membrana serosa y con tendencia al sangrado espontáneo ubicada en la parte ventral de la lengua o ambos lados del frenillo y es causada por trauma repetido sobre los incisivos inferiores que ocurre durante la lactancia y el reflejo instintivo de succión. Se suele encontrar con mucha frecuencia en niños con parálisis cerebral o en caso de erupción prematura de dientes (natales o neonatales). El pronóstico es bueno y suele curar espontáneamente en una semana. La terapia incluye rebajar los bordes filosos de los incisivos o colocar cubiertas protectoras de acrílico sobre los dientes o realizar extracciones.³⁰



Fig. 1. Úlcera en cara ventral de la lengua.

³⁰ Guzmán, A.; Mendoza, G. Dientes natales y enfermedad de Riga Fede. *Dermatol Pediatr Lat* 2005; 3(2): 152-157.



- **Úlcera por mordedura post-anestesia.**

Las lesiones post-anestesia local se dan muy frecuentemente, y pueden dar como resultado considerable tumefacción y sangrado. La aparición clínica a menudo es la de una lesión blanca en la mucosa. Esta lesión es limitada y sana en una semana, por lo tanto no existe tratamiento para esta. Por esta razón es importante que el odontólogo se encargue de informar a los padres los cuidados que deben llevar a cabo después de concluida la cita y así prevenir las lesiones.

b) Fibroma traumático.

Es un crecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno, lo que origina una masa submucosa evidente al examen clínico. Es el resultado de una reacción a traumatismos crónicos localizados, como el mordisqueo de carrillo y labios. Clínicamente se ve como una lesión elevada, papular o tumoral, de coloración normal a pálida, la superficie puede ser lisa o ulcerada, dependiendo de la localización y tamaño, puede ser sésil o pediculada y su crecimiento es lento, incluso puede mantener el mismo tamaño durante años. Se localiza en mucosa vestibular y labial, borde lateral de la lengua y encía insertada. Es de importancia realizar la historia clínica, para identificar y eliminar el factor traumático y si se requiere, realizar la biopsia y su respectivo estudio histopatológico para confirmar diagnóstico. El tratamiento es la extirpación quirúrgica tradicional con el respectivo estudio histopatológico.

c) Mucocele (tipo I).

Es el fenómeno de extravasación de moco, donde el moco se ha extravasado al tejido conjuntivo causado por un traumatismo de un conducto excretor o del parénquima glandular. Este tipo (I) representa la forma más frecuente y la mayoría de los casos aparecen entre los 10 y los 30 años de edad; siendo los traumatismos como mordedura del labio inferior o microtraumas por aparatos de



ortodoncias el agente etiológico, que más los origina. Ocurre más frecuentemente en el labio inferior, sin embargo también aparecen en labio superior, carrillos, fosa retromolar, cara ventral de lengua, piso de boca y paladar. Se presenta como una lesión tumoral o nodular, asintomática, fluctuante, de color azulado o del mismo color de la mucosa normal, de superficie lisa, de tamaño variable desde 3 mm hasta 2 cm de diámetro. Se le debe preguntar al paciente si se ha mordido, ya que es común que la lesión vacía su contenido al ser mordido accidentalmente por el paciente y vuelve a llenarse al cabo de pocos días. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, pero tiende a recurrir con facilidad si la extirpación quirúrgica no es completa, de allí que se hace necesaria la total remoción de la lesión.

6.2.-MORSISCATUM BUCARUM.

Morsicatio buccarum es el término científico en latín de mordedura crónica de carrillo; morsus en latín significa mordida. Esta lesión autoinducida es de origen irritacional y reactivo, en que la mucosa responde al trauma crónico produciendo queratina con su consecuente engrosamiento, el cual se vuelve ulcerado o erosionado dependiendo del grado de fricción.

Etiología.

La causa de esta lesión autoinducida está relacionada con todo aquel factor traumático que promueva un hábito de mordedura crónica, tal como restauraciones desajustadas, maloclusión, desgaste dental o pérdida de órganos dentarios.

Epidemiología.

El Morsicatum bucarum es una de las lesiones de cavidad bucal más encontradas, no solo en el paciente adulto sino también en niños.



Características Clínicas.

Las lesiones son asintomáticas y se localizan con mayor frecuencia en la mucosa bucal y labio inferior, pudiendo ser uni o bilaterales. La superficie es generalmente irregular y macerada

Diagnóstico.

El diagnóstico viene dado por las características clínicas de esta lesión, una detallada exploración física y bucal que incluya la identificación de los factores asociados a las lesiones autoinducidas y el interrogatorio.

Diagnóstico Diferencial.

Candidiasis pseudomembranosa, Nevo blanco esponjoso, Líquen plano atrófico, Leucoplasia.

Tratamiento.

El tratamiento consiste en la eliminación de la causa o hábito que provoca la lesión. También el uso de férula oclusal de acrílico que cubra las superficies dentales, que restrinjan el acceso a la mucosa bucal o labial y evita la auto mutilación.^{31,32}

6.3.-GINGIVITIS ARTEFACTA.

La gingivitis “artefacta” o autoinducida constituye una serie de recesiones gingivales caprichosas que, por lo general, son inducidas por el propio paciente. Se presenta en pacientes generalmente adolescentes y es más común en niñas que en niños. Existe pérdida focal del epitelio con una zona superficial de tejido de granulación sobre tejido fibroso, infiltrado difuso de linfocitos y células plasmáticas.

³¹ Medina, A., et al. op cit. pp130-137.

³² Cogorno, V., et al. Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana, 2010, vol. 48, no 2. pp 1-16.



Etiología.

Sevet y cols. citado por Castro y cols. (2005), suponen que los factores psicológicos son muy importantes en la etiología de esta conducta y que generalmente, las lesiones ocurren durante periodos de estrés asociados a frustración o a necesidad de dependencia.

Epidemiología.

Se presenta en pacientes generalmente adolescentes y es más común en niñas que en niños.

Características Clínicas.

Las características clínicas son zonas de aparente necrosis de las papilas que pudieran simular lesiones periodontales, hendiduras verticales en el borde gingival con recesión gingival, en casos graves, hay pérdida del hueso alveolar que no se regenera, exposición de la raíz de una o más piezas y erosiones con fondo rojizo.

Diagnóstico.

Con una adecuada historia clínica, biopsia y estudio histopatológico.

Diagnósticos Diferenciales.

Se debe diferenciar principalmente de gingivitis, gingivitis ulceronecrosante (GUN) y periodontitis localizada, además de psoriasis, onicomycosis y liquen plano.

Tratamiento.

Identificar la causa mecánica de la pérdida gingival y ayudar al paciente a reconocerla. Evitar sobreinfección mediante el uso de antisépticos locales.^{33,34}

³³ Salinas M; Yuni J; Millán I; Ronald E; León M.. op cit. Pp.543-546.



6.4.-AUTOEXTRACCIONES.

Autoextracción es, como su nombre lo indica auto-quitarse en este caso un órgano dental, siendo multicausal, ya sea por algunos trastornos como los antes citados, o por razones culturales como en los países de África donde se reporta el mayor índice de automutilaciones dentales, por ello se lleva a cabo una campaña para hacer conciencia sobre el problema mayúsculo que se tiene y tratar de erradicarlo.

La técnica primitiva empleada para arrancar los dientes de leche, era empleando cuchillos no esterilizados, amarrar lazos a la llanta de una bicicleta y pedalear, las uñas y otros instrumentos extraños inadecuados.

La realización causa dolor severo, grave salud bucal, complicaciones y pocas veces la muerte. Los bebés a menudo sufren de esta desfiguración facial y de daño a las encías y los dientes permanentes después de la eliminación de sus dientes de leche.

La autoextracción es una costumbre que pasa entre las comunidades y las tribus. La práctica se realiza a menudo por los curanderos del pueblo o por los padres, ancianos de la comunidad y las parteras.

Recientemente ha habido informes de niños que se presentan en las clínicas occidentales, lo que plantea la cuestión de que esta práctica ocurre posiblemente en poblaciones migrantes.(Figura 1)^{35,36,37}



Figura 1

³⁴ Castro, J.; Quiroz, P.; De León, C. op cit.pp.42-46

³⁵ Burton, D. Dental News. British Dental Journal Volume 205 No. 11 Dec 13 2008. Pp.598

³⁶ British Dental Journal VOLUME 209 NO. 12 DEC 18 2010.pp591-592.

³⁷ De Beavis, F., et al. Infant oral mutilation: a New Zealand case series. The New Zealand Dental Journal, 2011, vol. 107, no 2, p. 57.



7.-TRATAMIENTO.

7.1.- FARMACOLÓGICO.

Dentro del ámbito farmacológico existe una amplia variedad de medicamentos que son empleados por los psiquiatras para ayudar al control de la conducta autolesiva, la mayoría solo ayudan a tranquilizar o sedar al paciente pero no erradican al cien por ciento la conducta autolesiva, por tal motivo este tipo de tratamiento se debe combinar con cualquiera de los otros 3 tratamientos para un mejor control de dicha conducta.

| FARMACO | USOS | DOSIS |
|---|--|------------------------|
| HALOPERIDOL (Haldol) ANTIPSICÓTICO | Se emplea en la esquizofrenia, estados psicóticos agudos, agitación psicomotriz, estados maníacos, trastorno de pánico, ansiedad. Es el más utilizado en el Síndrome de Gilles de la Tourette al reducir notablemente los síntomas. | 6-9 mg/día. |
| RISPERIDONA (Risperdal) ANTIPSICOTICO | Disminuye los episodios psicóticos y maníacos, al igual que la autoagresión Empleado en el tratamiento del Autismo, Síndrome de Asperger y en algunos casos de esquizofrenia. | 2-4 mg 2 veces al día. |
| CARBAMAZEPINA (Tegretol) ANTICOLVULSIVANTE | Es un estabilizador del ánimo, empleado para controlar las crisis epilépticas y el trastorno bipolar. Se emplea en pacientes con Autismo, Síndrome de Asperger y neuralgia del Trigémino. | 400-1000 mg/día. |
| METILFENIDATO (Tradea) | Empleado en el trastorno por déficit de atención con | |



| | | |
|--|---|--|
| ESTIMULANTE DEL SNC | hiperactividad, en casos de depresión | 0-60 mg/día. |
| SERTRALINA (Sertex) ANTIDEPRESIVO | Indicada para tratar la depresión, este o no asociada con estados de ansiedad, tratamiento para el estrés, ataques de pánico. Ayuda a disminuir las convulsiones y los episodios de autolesiones en pacientes con Autismo. | 25-50 mg/día. |
| ÁCIDO VALPROICO(Depakene) ANTICONVULSIVANTE | Es un medicamento de amplio espectro que actúa en diversos canales del sistema nervioso central. Empleado en la Epilepsia, Autismo, Síndrome de Asperger. | 15 mg/kg que se incrementa en intervalos semanales de 5 a 10 mg/kg de peso al día. Dosis max. 60 mg/kg/día. |
| FLUOXETINA (Prozac) ANTIDEPRESIVO | Se utiliza para tratar la depresión leve y la ansiedad, así como para reducir el miedo, disminuir las autolesiones, convulsiones y la depresión. | 20-60 mg/día. |

38,39,40,41

7.2.-TERAPIA CONDUCTUAL.

Terapia Dialéctica Conductual

Linehan⁴² promovió esta terapia basada en la idea de que el tratamiento psicosocial de aquellos con Trastorno de personalidad límite era tan importante para el control de la afección, como eran la psicoterapia y la farmacoterapia tradicionales. Relacionado con esta creencia fue una estructura jerárquica de los objetivos del tratamiento. Lo primordial fue reducir los comportamientos de

³⁸ Brunton, Laurence y cols. Manual de Farmacología y terapéutica. McGrawHill. 6ta edi. 2009. Pp214,280-287.

³⁹ Rang, H. y cols. Farmacología. El Servier. 6ta Ed. España. 2008. Pp545-587.

⁴⁰ Posey, D., y cols. Antipsychotics in the treatment of autism. J Clin Invest. Volumen 118, Número 1 (2 de enero de 2008) 2008; pp.6-14.

⁴¹ Gómez, B., Badillo, V., Martínez, E.M., Planells, P. op cit. Pp.207-215.

⁴² <http://www.autolesion.com/guia-autolesion/para-el-psicologo/tratamientos/terapia-dialectico-conductual> (revisado el 3 de Octubre del 2013 a las 11:36 pm)



autolesión y los que ponen en peligro la vida. Después trabajar en la reducción de las conductas de autolesión que interfieran con el proceso terapia/tratamiento, y finalmente reducir las conductas de autodaño que limitaran la calidad de vida del paciente.

La Terapia dialéctica conductual sostiene que algunas personas, debido a ambientes familiares de invalidación durante su formación y a factores biológicos aún desconocidos, reaccionan anormalmente al estímulo emocional. Su nivel de excitabilidad se eleva mucho más rápidamente, llega al máximo a un nivel más alto, y les toma más tiempo volver al punto de partida. Es un método que sirve para enseñarles habilidades que serán útiles para esta tarea.

Pacientes autistas y con Síndrome de Asperger.

Se han aplicado múltiples técnicas para mejorar las condiciones del niño con resultados aceptables y entre ellas, la que a la fecha mejores resultados ha dado, especialmente en niños pequeños, es la Terapia Conductual o Análisis Aplicado de la Conducta (ABA: Applied Behavior Analysis).

La Terapia conductual puede ser definida como: *la aplicación sistemática de los principios y técnicas del aprendizaje en la modificación de la conducta humana.* Es algo parecido a la enseñanza por medio de repetición con premios y castigos.

A esta terapia se le han dado diversos nombres como: Modificación de conducta, Terapia del condicionamiento, Manejo conductual, Análisis conductual. En los Estados Unidos han preferido llamarla Terapia conductual, ya que es el término usado por Skinner, uno de los principales precursores de esta técnica.

El inicio de la Terapia conductual se sitúa en los experimentos del fisiólogo Ruso Ivan Pavlov (1927), aunque lo anteceden en América los estudios de Thorndike acerca del aprendizaje por “causa y efecto” en 1913, pero no fue sino hasta 1924 cuando el psicólogo estadounidense John B. Watson, realizara



contribuciones sobre el aprendizaje en los niños. Fue en la década de los 50's cuando Federic Skinner realizó valiosas aportaciones de investigaciones individuales sobre Programas de Reforzamiento (1950-1954).

En los últimos 35 años, la modificación de conducta ha tenido una aceptación y crecimiento gigantesco. Esto por tres importantes razones:

- Ha demostrado ser efectiva en gran variedad de sitios, desde hospitales psiquiátricos, escuelas y en las actividades de la comunidad en general.
- Se ha venido dando gradualmente un *desencanto* por los programas educativos existentes y sistemas tradicionales.
- Ha demostrado con el elemento más importante que caracteriza a la terapia conductual: "Ser objetiva y poder ser observada".⁴³

7.3.-RESTRICCIÓN FÍSICA.

La restricción física puede ser segura para prevenir la autolesión con la utilización de máscaras faciales, tablillas para los brazos, guantes, camisas de fuerza, etc. Se necesita de un uso prolongado y constante para tener éxito y solo se emplea en casos extremos.

7.4.-TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

En casos de mordedura de labios, lengua, carrillos y dedos, en donde se han empleado técnicas conductuales y farmacológicas y no cesa la CAL, se sugiere el uso de guardas, protectores bucales y en casos muy extremos las extracciones de uno, varios e incluso todos los dientes del paciente para evitar un daño mayor.

⁴³ <http://www.psicopedagogia.com/autismo-terapia-conductual> (revisado el 3 de Octubre del 2013 a las 14:00 hrs)



7.4.1.-Guardas.

Un guarda oclusal, también conocida como una férula oclusal es un aparato removible que se lleva en los dientes por la noche para protegerlos de daños causados por el rechinar dental, mordedura de carrillos y labios. Si esta actividad no se detecta puede conducir a problemas más graves, tales como TMJ, dolores de cabeza severos y significativos daños a los dientes y las encías.

La guarda oclusal se fabrica para ajustarse cómodamente a los dientes del paciente. El aparato está hecho de resina de acrílico transparente con bordes poco marcados. En la mayoría de los casos, los pacientes sólo usan la guarda en sus dientes de arriba.

La guarda labial con aditamentos extraorales, cubre desde la mucosa labial hasta el mentón y se soporta con un resorte desde este punto hasta la cabeza para no desalojarse de la cavidad oral.



Almeida D. y cols. Self induced oral injury in an infant with transverse myelitis. Spec Care Dentist 2009.254-258.

7.4.2.-Protectores Bucales.

Los protectores bucales fueron diseñados principalmente para proteger los componentes del aparato estomatognático: lengua, encías, carrillos, dientes y



labios, así como para evitar daños a estructuras como el cuello y el cráneo causados por deportes de alto impacto.

Sin embargo, existen algunas situaciones en pacientes médicamente comprometidos en quienes el uso de protectores bucales, guardas oclusales y férulas va más allá del propósito para el que fueron desarrollados. Se han descrito estrategias y diseñado dispositivos intraorales para evitar la CAL

Elaboración de los protectores.

Cuando se decide colocar un protector, es importante tener un diagnóstico clínico adecuado para determinar la forma de tomar la impresión y el diseño del dispositivo; a saber la forma en la que se mantendrá fijo dentro de la cavidad bucal.

- *Protector bucal simple.* Está indicado en pacientes con espasticidad ó movimientos incontrolados de la mandíbula, a fin de proteger los tejidos blandos y no ser lastimados por los dientes. (Figura 2)



(Figura 2)

- *Protector bucal doble.* Esta indicado en pacientes que requieren protección de las arcadas superior e inferior o en los que hay riesgo de que el protector se desplace cuando se encuentra en una sola arcada, y deben mantener el movimiento de apertura bucal; se pueden realizar al estilo de pistas planas para aumentar más la dimensión vertical.(Figura 3)



(Figura 3)

- *Protector bucal con pantallas laterales.* Para los pacientes con movimientos excéntricos de la mandíbula que traumatizan los carrillos, es importante usar protectores bucales que separen la mucosa yugal de la línea de oclusión, ya que esas heridas tienen el riesgo de infectarse debido a la mala higiene bucal de estos pacientes.(Figura 4)



(Figura 3)

- *Protector bucal con tope labial (lip bumper).* En pacientes con trastornos neurológicos que tienen el hábito de morderse el labio, el traumatismo que se produce es difícil de cicatrizar por la humedad, por el roce con el borde incisal y la facilidad de infectarse con *Candida albicans*.



<http://www.scielo.org.ve/img/fbpe/aov/v43n1/art12img02.jpg>

7.4.3.-Extracciones.

Las extracciones de uno, varios incluso todos los dientes temporales se ha sugerido como la solución más drástica, pero más conveniente a la automutilación de los pacientes infantiles, aunque posteriormente se tenga que volver a valorar con la erupción de los dientes permanentes.

En trastornos como el síndrome de Lesh-Nyhan se ha tenido que recurrir a las extracciones totales de la dentición decidua y parte de la dentición permanente dado que este tipo de pacientes presenta una mayor severidad en las autolesiones.⁴⁴

7.4.4.-Osteotomías.

Se usan las osteotomías maxilares y mandibulares para conservar la función y estética dental, además de que no interfieren con la limpieza oral. En los pacientes con Síndrome de Lesh-Nyhan se han descrito casos en los que no ocurre automutilación debido a que presentan maloclusiones clase II y/o mordida abierta anterior. Lo cual da lugar a que se puede recurrir a las osteotomías para

⁴⁴ Cervantes, K. ; Villagrán, J.op.cit.pp.156



prevenir la automutilación en labios y lengua. Este método lo sugirió L.M. Wolford desde la década de los años 70.

Las consideraciones quirúrgicas incluyen:

1. Osteotomía anterior del maxilar para desplazar la parte anterior de la maxila hacia arriba.
2. Osteotomía subapical anterior mandibular para desplazar los dientes anteriores hacia abajo.
3. Osteotomía del cuerpo mandibular para desplazar los dientes anteriores y el mentón hacia abajo.
4. Osteotomía Le Fort I para desplazar la parte anterior de la maxila hacia arriba o la parte posterior de la maxila hacia abajo, en una sola unidad o en múltiples segmentos.

Esta técnica no se recomienda en pacientes bruxistas.

5. Osteotomía de la rama mandibular para rotar la parte anterior de la mandíbula hacia abajo. Esta técnica tampoco se recomienda a pacientes bruxistas.

Debido a la naturaleza de las técnicas, su aplicación se limita a pacientes adolescentes o adultos y solamente en niños con consideraciones especiales.⁴⁵

⁴⁵ Martínez, E.; Martínez, F.; Planells, P. Autolesiones a Nivel Craneofacial: Revisión de la Literatura. *Odontol Pediátr (Madrid)* Vol. 12. N.º 2, pp. 80-87, 2004



CONCLUSIONES.

- Es de gran importancia el conocimiento de los diferentes tipos de lesiones que se presentan en boca, ya que nos ayuda a tener una mejor visión del posible tratamiento a realizar.
- Se debe realizar una historia clínica completa e indagar en los padecimientos patológicos y emocionales; también observar la conducta del paciente y la presencia de algún tipo de lesión o cicatriz.
- Como odontólogos debemos confeccionar aparatos que funcionen adecuadamente para la protección de este tipo de pacientes.
- Dado que es difícil el manejo de pacientes con discapacidades y trastornos neuropsicológicos, lo más recomendado es remitirlos a nivel hospitalario para hacer óptimo su tratamiento.
- Es necesario saber que no todos los pacientes requieren del mismo tratamiento y que a veces la terapia conductual y farmacológica son más que suficientes para evitar la CAL, sin embargo, en otros se debe recurrir al uso de aparatología oral y en los casos más extremos se puede recurrir a las extracciones seriadas.
- El porcentaje de CAL es más alto de lo que se piensa y que afecta a niños y adolescentes principalmente por lo tanto, el Odontopediatra debe estar preparado para afrontar esta situación.



BIBLIOGRAFÍA.

Leksell, E.; Edvardson S. A case of Tourette syndrome presenting with oral self-injurious behavior Int. J. Paediatr. Dent. Volume 15, Issue 5, September 2005, pp. 370–374.

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf> Visto el día 16 de Septiembre del 2013 a las 16:00 horas.

Chevitarese, A.; Della Valle, D.; Primo, L. Self-inflicted gingival injury in a pediatric patient: A case report. J Den Child, 2004, vol. 71, no 3, pp. 215-217.

Castro, J.; Quiroz, P.; De León, C. Gingivitis artefacta o autoinducida como conducta autolesiva: presentación de un caso clínico. Rev. Estomat, 2005, vol. 13, no 1, pp. 42-46.

<http://www.down21materialdidactico.org/libroBienestarMental/pdf/357364%20Capitulo%2020-color.pdf> visto el día 6 de octubre del 2013 a las 22:30 hrs.

Mac, P.; Wolford, D. Orthognathic surgery for the treatment of Chronic Self-mutilation of the lips. Int J O Maxillofacial Surg;21 pp. 133

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/autolesiones.pdf>

Posey, D.; Stigler, K.; Erickson, C.; McDougle, C. Antipsychotics in the treatment of autism. J. Clin. Inv. Volume 118 Number 1 January 2008.



- Kolevzon, A.; et al.** The relationship between whole blood serotonin and repetitive behaviors in autism. *Psychiatry research*, 2010, vol. 175, no 3, pp. 274.
- Brunton, L y cols.** Goodman y Gllman. Manual de Farmacología y terapéutica. McGrawHill.6ta edi. 2009. pp. 214.
- Boj, R.; Catalá, M.; García Ballesta, C.** La Evolución del Niño al Adulto Joven. 1a reimpresión: Octubre 2012. pp.630-632.
- Gómez, B.; et al.** Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. *Cient. dent*, 2009, vol. 6, no 3, pp. 208.
- Cogorno V., et al.** Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 2010, vol. 48, no 2. pp. 3
- Varela-Gonzalez, D. et al.** Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. *Acta Pediátrica de México*, 2011, vol. 32, no 4. pp. 4
- Medina, A. et al.** Factitial oral lesions in an autistic paediatric patient. *Int . J . Paediatr. Dent.*, 2003, vol. 13, no 2, pp. 130-137.
- Lafuente M.; Front H.; Robinson J.** Síndrome de Asperger en Odontología. *Rev Elec Fac de Odontología, ULACIT – Costa Rica*, Vol. 4 N°1, 2011 pp. 10-12.
- Diab, M.** Self-inflicted orodental injury in a child with Leigh disease. *Int J Pediatr Dent*, 2004, vol. 14, no 1, pp. 73-74.



- Fardi, K.; Topouzelis, N.; Kotsanos, N.** Lesch–Nyhan syndrome: a preventive approach to self-mutilation. . Int J Pediatr Dent , 2003, vol. 13, no 1, pp. 51-56.
- Rashid, N.; Yusuf, H.** Oral Self-mutilation by a 17-month-old child with Lesch-Nyhan síndrome. Int J Pediatr Dent.1997 pp 115.
- Cervantes, K.; Villagrán, J.** Paciente con síndrome de Lesch-Nyhan atendido en el Departamento de Estomatología Pediátrica del Hospital Infantil de Tamaulipas. Reporte de caso. Rev Odontol Mex, 2008, vol. 12, no 3, pp. 154-155.
- Tijero-Merino, B.; Gómez.; Zarranz, J.** Tics y síndrome de Gilles de la Tourette. Rev Neurol, 2009, vol. 48, no Supl 1, pp.17-20.
- Sapp, P.,Eversole, L., Wysocki, G.** Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2da edición. Elsevier. España 2005.pp 378-379.
- Mass, E; Gadoth, N.** Oro-dental self-mutilation in familial dysautonomia. J Oral Path & med, 1994, vol. 23, no 6, pp. 273.
- Singla, S; Marwah, N; Dutta, S.** Congenital insensitivity to pain (hereditary sensory and autonomic neuropathy type V): a rare case report. . J Den Child, 2008, vol. 75, no 2, pp. 207-211.
- Mass, E.** A review of the oro-dento-facial characteristics of hereditary sensory and autonomic neuropathy type III (familial dysautonomia)]. Spec Care Dentist. 2012, vol. 30, no 1, pp. 15-16.



Guimaraes, L., et al. Self-inflicted Oral Trauma in a Baby with Moebius Syndrome. J Den Child, 2007, vol. 74, no 3, pp. 224-227.

Sheehy, E., et al. Self-inflicted injury in a case of Hallervorden-Spatz disease. . Int J Paediat Dent.1999, vol. 9, no 4, pp. 299-302.

Espinosa, A., et al. Síndrome de Munchausen: un reto para el clínico. Revista Cubana de Medicina, 2000, vol. 39, no 4, pp. 228-237.

Salinas M Yuni J, Millán I Ronald E, León M Juan C. Lesiones traumáticas: Conducta odontológica. Acta odontol. venez . 2008 [citado 2013 Oct 04]; 46(4) pp.543-546.

Cogorno, V., et al. Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana, 2010, vol. 48, no 2.pp 1-16.

Burton,D., Dental News. British Dental Journal Volume 205 No. 11 Dec 13 2008. pp.598

British Dental Journal VOLUME 209 NO. 12 DEC 18 2010.pp.591-592.

De Beavis, F., et al. Infant oral mutilation: a New Zealand case series. The New Zealand dental journal, 2011, vol. 107, no 2, pp. 57.

Jones, A. Dental anthropology: Dental transfigurements in Borneo. British Dental Journal, 2001, vol. 191, no 2, pp. 98-102.

Brunton, Laurencey cols. Goodman y Gilman. Manual de Farmacología y terapéutica. McGrawHill.6ta edi. 2009. pp.214,280-287.



Rang,H. y cols. Farmacología.El Servier. 6ta Ed.España. 2008. pp.545-587.

Guzmán, A.; Mendoza, G. Dientes natales y enfermedad de Riga Fedé. Dermatol
Pediatr Lat 2005; 3(2): pp.152-157.

Posey,D., y cols. Antipsychotics in the treatment of autism. J Clin Invest.
Volumen 118, Número 1 (2 de enero de 2008) 2008; pp.6-14.

<http://www.autolesion.com/guia-autolesion/paraelpsicologo/tratamientos/terapia-dialectico-conductual> (revisado el 3 de Octubre del 2013 a las 11:36 pm)

<http://www.psicopedagogia.com/autismo-terapia-conductual> (revisado el 3 de Octubre del 2013 a las 14:00 hrs)

Martínez, E.; Martínez,F.;Planells, P. Autolesiones a Nivel Craneofacial: Revisión de la Literatura. Odontol Pediátr (Madrid) Vol. 12. N.º 2, pp. 80-87, 2004



ANEXOS.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE AUTOLESIONES

(Protocolos de la Asociación Española de Psiquiatría del niño y el adolescente AEPNYA, protocolo 2008.)

| |
|--|
| <p>1. Acontecimiento que ha provocado este comportamiento</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué acontecimientos han precipitado esta conducta?• ¿Qué motivos tenía el paciente para autolesionarse?• ¿En qué circunstancias se ha producido esta conducta?• ¿Ha existido una preparación específica de la conducta autolesiva (ej. carta de despedida)?• ¿Qué grado de violencia ha tenido este comportamiento?• En caso de ingesta de sustancias: ¿qué grado de letalidad tenían las mismas?• ¿Existen síntomas de depresión previos a la conducta autolesiva?• ¿Existe algún signo que indique uso/abuso de alcohol? |
| <p>2. Historia médica y psiquiátrica</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Ha existido alguna conducta autolesiva previa?• ¿Ha padecido el paciente algún trastorno psiquiátrico previamente? ¿De qué tipo? <p>¿Cómo fue tratado?</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿Existen antecedentes familiares de depresión u otro trastorno psiquiátrico, suicidio o alcoholismo?• ¿Hay evidencia de alguna enfermedad médica actual o previa a dicha conducta? |
| <p>3. Circunstancias sociales</p> <ul style="list-style-type: none">• ¿El paciente vive solo?• ¿El paciente está trabajando en la actualidad?• ¿Cómo han reaccionado la familia y amigos cercanos al paciente ante los hechos?• ¿Quién se hará cargo de llevar al paciente a su domicilio y acompañarlo en las horas posteriores a la conducta autolesiva?• ¿Hay alguna evidencia de abuso físico, psíquico o sexual?• ¿Es posible que las circunstancias sociales que rodean al paciente empeoren después del comportamiento autolesivo? |
| <ul style="list-style-type: none">• Considerar la apariencia física del paciente, especialmente si muestra signos de agitación, inquietud psicomotora, depresión o descuido en el cuidado personal.• Explorar específicamente si el paciente está deprimido o si existen variaciones en el estado de ánimo durante el día.• ¿Existen alteraciones en el patrón normal de sueño?• ¿Existen alteraciones en el apetito o pérdida de peso?• ¿Existen ideas nihilistas? ¿Hay alguna otra persona que forme parte de las mismas?• Explorar específicamente ideación/intencionalidad suicida.• ¿Es el paciente pesimista respecto a su capacidad para afrontar situaciones cotidianas?• ¿Existe algún otro trastorno o síntoma psiquiátrico presente? |
| <p>¿Qué motivos explican el comportamiento autolesivo?</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico psiquiátrico (si existe)• Evaluación de riesgo suicida o de repetición de la conducta autolesiva, teniendo en cuenta los factores de riesgo existentes en el momento de la valoración del paciente.• Áreas problemáticas en la esfera personal/social en las que el paciente necesita ayuda.• Objetivos terapéuticos. |



CASOS CLÍNICOS.

Síndrome de Lesh-Nyhan

Paciente masculino de tres años ocho meses de edad es llevado por primera vez al Servicio de Estomatología Pediátrica del Hospital Infantil de Tamaulipas a la edad de un año tres meses donde se diagnostica probable síndrome de Lesch-Nyhan, posteriormente confirmado por el Departamento de Genética del mismo hospital. Se presenta acompañado de su padre, quien refiere que el niño se arrancó los 4 dientes de abajo y se mordió la lengua.

Dos meses después acude de nuevo para realizar exodoncia del OD 83 por presentar movilidad de tercer grado. Se discute el caso con Genética quien sugiere realizar exodoncias de la dentición completa para disminuir las autoagresiones. Es llevado a quirófano a la edad de un año seis meses para la realización de exodoncias bajo anestesia general de los siguientes órganos dentarios: 51, 52, 54, 61, 62, 63, 64, 74, 75, 84, 85 (Figura 2).

Tres meses más tarde el paciente es traído nuevamente por presentar laceración en proceso alveolar inferior y el dedo medio de la mano derecha mordido por erupción activa de 65, por lo que a los dos años se realizan exodoncias de órganos dentarios 55 y 65

El paciente no acudió a la consulta de estomatología por espacio aproximado de un año tres meses, pero al presentarse la erupción de nuevos órganos dentarios, acude de nuevo a la edad de tres años cuatro meses iniciando la erupción de los 16 y 46, provocándose constantes ulceraciones en carrillo derecho, con presencia de aumento de volumen, tratado con antibioticoterapia, y posteriormente exodoncias.

Un mes después presenta erupción activa de órgano dentario 31, provocándose úlceras en mucosa de labio inferior de aproximadamente 9 mm de longitud, en punta y cara ventral de lengua de 1.2 cm aproximadamente.

Al continuar con la erupción de órganos dentarios como el 26 y continuando con las autolesiones a dedos y mucosa de carrillo izquierdo, se decide desgastar cúspides, dar forma redondeada a la corona clínica y esperar resultados, pero la aparición de lesiones continúa, por lo que se hacen las exodoncias necesarias.



Figura 1. Mordedura en lengua y labios.



Figura 3. Osteomielitis dedo medio derecho.



Figura 2. Exodoncias realizadas bajo anestesia general.



Figura 4. Ulceración de mucosa del labio inferior.

Síndrome de Moebius.

Un niño de 14 meses de edad fue llevado al Departamento de Odontología Pediátrica de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil, debido a que sus padres se quejaron de una lesión en el labio inferior del bebé que apareció después de que los dientes de la mandíbula erupcionaron. Durante la anamnesis, se encontró que el niño había estado bajo tratamiento médico debido a las crisis convulsivas desde la primera semana de vida. Además, el niño presentó una parálisis facial, un determinado error innato del metabolismo y dificultades de succión, lo que impidió que el niño se alimentara correctamente.

Se registraron también frecuentes episodios de neumonía, sordera, retraso en el desarrollo motor, la parálisis cerebral, y epilepsia. Los medicamentos se toman diariamente por el paciente incluyen, Carnitina, benzoato de sodio, la carbamazepina y Gardenal .



El paciente es hijo único y nació prematuramente por cesárea, debido a que la madre se había desarrollado la hipertensión y la diabetes gestacional durante los últimos 3 meses de embarazo. Durante los primeros 4 meses de vida, el niño se mantuvo en la unidad de cuidados intensivos debido a las convulsiones y la dificultad para alimentarse.

En el examen extraoral se percibió estrabismo convergente y parálisis facial en el lado derecho (Figura 1) . Basado en los antecedentes médicos del paciente y el aspecto facial, el dentista sospechó la existencia de Síndrome de Moebius , que más tarde fue confirmado por un neurólogo que diagnosticó parálisis unilateral del VI y VII pares craneales .

Dentro de la boca, se encontró una lesión fibrosa de forma irregular, situado en el borde interior del labio inferior junto a los incisivos centrales inferiores (Figura 2) , que fueron sólo los dientes existentes . Estos dientes tenían una gran movilidad debido a un traumatismo, presencia de hipotonía muscular, exceso de saliva derivando una queilitis angular.

Basado en la historia de la lesión, la úlcera traumática causada por los dientes anteriores se pensaba que era el resultado de hábitos parafuncionales. Como los dientes tenían una gran movilidad, los incisivos centrales fueron extraídos bajo anestesia local. El paciente era cooperativo a lo largo de todo el procedimiento.

Dos semanas más tarde, la lesión fue mejorando en medida que los incisivos superiores erupcionaron, sin embargo, el aspecto clínico de la lesión empeoró, al parecer, debido a la mordedura de los labios. Posteriormente erupcionaron los dientes permanentes maxilares y se pensó en la elaboración de un aparato de protección bucal, para así evitar las lesiones en la región del labio inferior.

El dispositivo de protección se fija a los dientes por medio de cemento de ionómero, y después de un período de 2 semanas de la lesión aspecto clínico mejorado. La madre informó que el niño había aceptado completamente el aparato, y que ya no mordió el labio inferior. El niño ha sido periódicamente monitoreado con el fin de extraer y limpiar el aparato e instruir a la madre sobre la higiene oral y para la aplicación tópica de fluoruro.

Después de 6 meses la mejora es evidente. Paralelamente al tratamiento dental, el niño también se presentó al servicio de fisioterapia para desarrollar los músculos faciales. El equipo multidisciplinario formado por un neurólogo,



nutriólogo, pediatra, fisioterapeuta, logopeda y psicólogo tener un seguimiento con el paciente y este enfoque se mantendrá hasta que el paciente llega a la edad adulta.

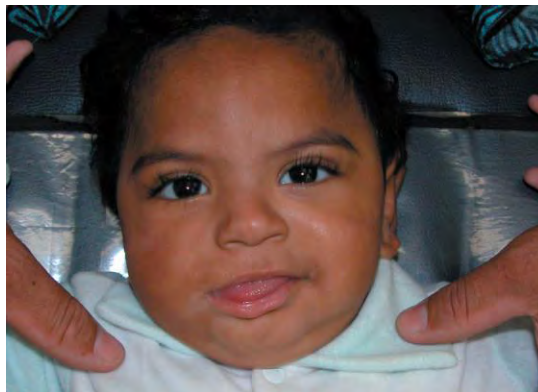


Figura 1. La expresión facial asimétrica de la paciente y estrabismo convergente.



Figura 2. Examen bucal inicial. Posición de los incisivos centrales inferiores ocasionaron úlcera traumática.



GLOSARIO.

Ácido Úrico.- Es un producto de desecho del metabolismo de nitrógeno en el cuerpo humano (el producto de desecho principal es la urea), y se encuentra en la orina en pequeñas cantidades.

Anticonvulsivante.- Se refiere a un fármaco, u otra sustancia destinada a combatir, prevenir o interrumpir las convulsiones o los ataques epilépticos.

Antidepresivo.- Es un medicamento psicotrópico utilizado para tratar los trastornos depresivos mayores, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida, diversos trastornos de ansiedad, ciertos desórdenes de la conducta alimentaria y alteraciones del control de los impulsos.

Antipsicótico.- Un neuroléptico o antipsicótico es un fármaco que comúnmente se usa para el tratamiento de las psicosis. Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia para hacer desaparecer las alucinaciones.

Antisépticos Locales.- Son sustancias que ayudan a combatir o prevenir los padecimientos infecciosos, inhibiendo el crecimiento y la reproducción de bacterias, hongos y virus que los ocasionan. Se aplican principalmente sobre la piel para atender heridas, quemaduras y picaduras, aunque también se utilizan en mucosas (boca, garganta, fosas nasales).

Cándida albicans.- Es un hongo diploide asexual. Saprófito de la familia de los Sacaromicetos. Normalmente se encuentra en la cavidad oral, en el tracto gastrointestinal y en la vagina.

Carraspear.- Toser levemente para limpiar la garganta y aclarar la voz.

Coprofagia.- Es la acción de comer heces fecales.

Coprolalia.-Es la tendencia patológica a proferir obscenidades. Es una característica en los pacientes del síndrome de Tourette. Esta tendencia circunscribe todas las palabras y frases consideradas culturalmente tabúes o inapropiadas en el ámbito social. En el síndrome de Tourette, la coprolalia compulsiva puede ser totalmente incontrolable, debido a que éste es un trastorno desinhibidor.

Crateriformes.- En forma de cráter.



Criptorquidia bilateral.- La criptorquidia es un trastorno del desarrollo en los mamíferos que consiste en el descenso incompleto de uno o ambos testículos a través del canal inguinal hacia el escroto.

Distonía.- La distonía se presenta como un síndrome neurológico incapacitante que afecta al sistema muscular afectando la tonicidad de un determinado grupo muscular en forma parcial o generalizada.

Escarificación.- La escarificación es la acción de producirse escaras en la piel. Las escaras son cicatrices producidas por cortes superficiales o profundos en la dermis. Estas heridas producen una costra que por lo general es de color oscuro, resultante de la muerte de tejido vivo.

Escoliosis.- Es una desviación de la columna vertebral, que resulta curvada en forma de "S" o de "C". Generalmente se clasifica en congénita, idiopática o neuromuscular (habiéndose desarrollado como síntoma secundario de otra enfermedad espina bífida, parálisis cerebral, atrofia muscular espinal o un trauma físico).

Espasticidad.- La espasticidad se refiere a músculos tensos y rígidos. También se puede llamar tensión inusual o aumento del tono muscular. Los reflejos son más fuertes o exagerados.

Estrabismo.-Es la desviación del alineamiento de un ojo en relación al otro, impidiendo la fijación bifoveolar. Esto impide fijar la mirada de ambos ojos al mismo punto del espacio, lo que ocasiona una visión binocular incorrecta que puede afectar adversamente a la percepción de la profundidad.

Fenilcetonuria.- La fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) es un trastorno genético en el cual el organismo no puede procesar parte de una proteína llamada fenilalanina (Phe, por sus siglas en inglés). La Phe se encuentra en casi todos los alimentos. Cuando los niveles de fenilalanina aumentan demasiado, puede lesionar el cerebro y causar retraso mental grave.

Hipotonía.-Indica disminución del tono muscular (grado de contracción que siempre tienen los músculos aunque estén en reposo).También se conoce como flacidez.

Hiperuricemia.- Es el aumento de la concentración del ácido úrico en sangre.

Leucomalacia Periventricular.- Es un tipo de lesión cerebral que afecta a los bebés. La afección involucra la muerte de pequeñas áreas de tejido cerebral



alrededor de las áreas llenas de líquido, llamadas ventrículos. El daño crea "orificios" en el cerebro.

Microcefalia.- Es una afección en la cual la cabeza de una persona es considerablemente más pequeña de lo normal para su edad y sexo, con base en tablas de referencia.

Movimientos Coreoatetoides.-Movimientos rápidos, complejos y saltones que parecen ser bien coordinados pero que se efectúan involuntariamente combinados por movimientos lentos, especialmente notables en las manos.