

Manejo odontológico general del pacientes con discapacidad psíquica.

RETRASO MENTAL

1. CONCEPTO

Hace referencia a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior al promedio, que ocurre con deficiencias en la conducta adaptativa y se manifiesta durante el período de desarrollo”

2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se hace de acuerdo a la clínica, y esta se basa en la afectación de las tres áreas, presencia de un funcionamiento intelectual inferior a los 70-75 puntos en los test de coeficiente intelectual, dificultades adaptativas, incapacidad para satisfacer las exigencias planeadas para su edad: comunicación, cuidado personal, relaciones interpersonales, se determina Evaluando la destreza y habilidad del niño comparándolo con los de su edad. Y todo este proceso debe suceder durante la etapa de la infancia o adolescencia, antes de los 18 años, sino la pérdida de estas habilidades no se diagnostica como RM.

3. CLASIFICACIÓN

◇ **R.M. Leve:** CI 50-55

Pasan desapercibidos, desarrollo autónomo, pueden llegar a vivir de manera independiente.

◇ **R.M. Moderado:** CI 35-40/50-55

Sujeto adiestrable, no acabará colegio, desarrollará comunicación y podrá realizar trabajos no especializados. Adquieren autonomía en funciones básicas, aseo, comer solos y vestirse.

◇ **R.M. Grave:** CI 20-25/35-40

Sujetos adiestrables en funciones básicas bajo supervisión.

◇ **R.M. Profundo:** CI < 20-25

Trastornos neurológicos asociados, alt. Motricidad, alt. Comunicación. Totalmente dependientes.

Según la etiología se diferencia entre R.M Cultural: R.M leve o moderado, sin

etiología clara, asociados a fact. Ambientales, y RM de etiología orgánica: asociados a otras patologías Snd. Down, Snd. Rett, Snd. X frágil.

Entre las causas que provocan el R.M cultural se diferencian:

◇ **Prenatales:**

Trast. Hereditarios o genopatías, anomalías genéticas o accidentes intrauterinos

◇ **Perinatales:**

Hipoxia durante el parto, convulsiones intrauterinas o prematuridad

◇ **Postnatales:**

Encefalitis, varicela, meningitis, malnutrición extrem

4. EPIDEMIOLOGÍA

El R.M afecta a 3 de cada 100 y se distribuye según la afectación: R.M. Leve 89%, R.M. Moderado 7%, R.M. grave 3% y R.M. profundo 1%.

El tratamiento curativo no existe, solo se puede intentar prevenirlo y una vez diagnosticado la intervención precoz es la mejor elección. Así pues se busca prevenir los factores etiológicos a los tres niveles, pre, peri y postnatal, y desarrollar las habilidades necesarias para su cuidado, autonomía y correcta integración social.

5. MANEJO CLÍNICO

El objetivo principal es el manejo adecuado de la conducta, todos van a presentar en mayor o menor grado mermadas sus capacidades intelectuales, no van a entendernos de una forma adecuada y eso va a impedir que interactúen y colaboren con nosotros en la consulta, por lo que el principal objetivo es establecer una adecuada vía de comunicación, para ganarnos su confianza y conseguir trabajar con ellos.

6. PATOLOGÍA ORAL

Encontramos que hay mayor prevalencia de caries en estos pacientes debido a varios factores: mala higiene oral, el cepillado es un acto que requiere mucha habilidad, y estos pacientes no van a ser capaces de realizarla de la forma adecuada por lo que el cepillado será en la mayoría de los casos asistido. Es frecuente encontrar que toman dietas blandas y azucaradas, muchos presentan también alteraciones en la motricidad oro-facial, por lo que es más fácil y más rápido dar dieta blanda que fomentar la masticación, lo que favorece que la aumente el riesgo de caries. Además estas dietas blandas se suelen acompañar de un aumento de hidratos de carbono que también contribuyen a que aumente ese índice de caries. Las malposiciones dentarias favorecen la retención de la placa bacteriana y eso va en detrimento de poder realizar una buena higiene oral, la falta de autoclisis favorece la permanencia de placa más tiempo en boca y la presencia de hábitos como el pouching, retener comida en los carrillos, regurgitada o no, o el fenómeno de la rumiación, en la que la comida es masticada y regurgitada regularmente, favorecen la

presencia de ácidos en la boca que van descalcificando los dientes y provocando caries. También presentan un mayor índice de enfermedad periodontal debido principalmente a la mala higiene que presentan. También son frecuentes las maloclusiones y en menor medida las autolesiones, tanto de los tejidos orales como del resto del cuerpo. Dependiendo del grado de retraso mental podremos de una manera u otra hacernos entender para trabajar con ellos en clínica, si no, siempre podemos ayudarnos empleando otras herramientas como la sedación, que dependiendo de a que nivel colabore el paciente lo necesitamos más o menos operativo.

SÍNDROME DE DOWN

1. CONCEPTO

El síndrome de Down fue descrito por John Langdon Down en 1866 , es una malformación congénita, el par cromosómico 21 presenta tres brazos, y siempre va acompañada de RM. Está afectada el 5-6% de la población, 1-700 nacidos vivos y representa el 10% del total de todas las oligofrenias.

2. EPIDEMIOLOGÍA

Se desconocen las causas y se diferencian dos grupos, los factores hereditarios y los factores ambientales. En familias con antecedentes de síndrome de Down hay un 4% de posibilidades de que se vuelva a presentar con más frecuencia que en las familias sin esta característica. Dentro de los factores ambientales se describen enfermedades maternas tipo rubeola, hepatitis durante la gestación, déficits vitamínicos, exposición a radiaciones, exposición agentes químicos y la edad mujeres mayores de 35 años y hombres mayores de 54 años.

3. CLÍNICA

A nivel general: Tronco corto y extremidades largas, Piel seca y manos pequeñas con ausencia de surco palmar y meñique arqueado hacia dentro.

A nivel extraoral: Cara redondeada y aplanada, falta de desarrollo del tercio medio de la cara, perfil cóncavo, nariz plana, surco epicántico pronunciado, ojos separados, inserción baja de las orejas, pómulos marcados, labios gruesos

A nivel cognitivo todos presentan RM : 30% leve, 60% moderado y 10-15% profundo.

A nivel sistémico:

Trastornos cardio-vasculares, hay que tener en cuenta que aproximadamente alrededor del 40% de los afectados presenta algún tipo de alteración a este nivel, desde soplos asintomáticos hasta cardiopatías importantes, por lo que hay que tener siempre presente la posibilidad de dar la premedicación para la endocarditis bacteriana.

Alteraciones inmunohepatopoyéticas: presentan una inmunidad deteriorada, lo que les hace más susceptibles a una aparición precoz y agravamiento de la enfermedad periodontal.

Leucemia : 1-200 niños S. D acaban desarrollándola.

Son portadores del VHB, 7 veces más que en condiciones normales.

Alt. Músculo-esqueléticas: inestabilidad articulación atlas-axis, aumento de la laxitud de los ligamentos del cuello.

Alt. SNC: alteraciones de la coordinación, retraso en el desarrollo de la motricidad, demencia...

Alt. Lenguaje: retraso en el lenguaje expresivo, alt. Fonación

Conducta: espontaneidad, gentileza, tolerancia, ansiosos y testarudos.

A nivel intraoral suelen presentar un maxilar poco desarrollado, paladar ojival y un tamaño mandibular normal. Las microdoncias son frecuentes entre un 30-50%, en ambas denticiones. Los dientes presentan coronas pequeñas y raíces cortas y fusionadas. También son frecuentes las hipoplasias de esmalte y las alteraciones en el número de los dientes, el 60% de los afectados muestra agenesias, de los mismos dientes que en la población normal, incisivos laterales superiores y segundos premolares inferiores. Pueden presentar supernumerarios en un 6 % de los afectados. El bruxismo también es frecuente, no sabiendo exactamente que es lo que lo provoca.

Dentro de las maloclusiones los pacientes con S.D se caracterizan por presentar en mayor porcentaje clase III con mordida cruzada anterior, la causa es la falta de desarrollo del tercio medio de la cara que favorece un maxilar hipoplásico con un tamaño mandibular normal, también son frecuentes las mordidas cruzadas posteriores uni o bilaterales.

4. MANEJO ODONTOLÓGICO

El manejo de conducta según el retraso mental que presenta y con las técnicas habituales.

Prescripción de profilaxis antibiótica E.B en los caso indicados.

Control del cuello si se hace restricción física

Pautas de higiene muy estrictas debido a la aparición y evolución precoz del problema periodontal.

Férulas para bruxismo

Aparatología ortopédica- ortodóntica para el tratamiento de la maloclusión.

PARALISIS CEREBRAL

1. CONCEPTO

Grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y de la postura, que causan limitación en la actividad y son atribuidos a alteraciones no progresivas que ocurren en el cerebro en desarrollo del feto o del niño pequeño. El trastorno motor se acompaña con frecuencia de alteraciones de la sensibilidad, cognición, comunicación, percepción, comportamiento y/o crisis epilépticas.

2. ETIOLOGÍA

Factores ambientales que actúan en cualquiera de estas 3 etapas:

Prenatal- 35%: Infecciones, agentes físicos, fact. Maternos edad

Perinatal -45%: Prematuridad peso menor a 2.5 mg, anoxia neonatal 10-15' en ausencia de oxígeno producen daños a nivel cerebral compatibles con la PC.

Postnatal-15%: Meningitis, infecciones y traumatismos.

3. CLASIFICACIÓN.

Las causas actúan sobre un sistema nervioso en formación y maduración, lo más importante no es el agente causal, sino el momento en que se produjo la afectación, ya que las manifestaciones clínicas serán diferentes según la lesión cerebral.

Las lesiones no tienen relación ni con la clínica, ni con la etiología, por eso se hace muy difícil poder clasificar a los pacientes, no hay un criterio adecuado para todos. Se han realizados numerosas clasificaciones, mostramos dos, una que los clasifica por las manifestaciones clínicas y la mas actual.

Según el tipo, se diferencian 4 formas de P.C.I.

- Espástica: 70-80%
 - o Las lesiones se encuentran preferentemente en tractos piramidales.
 - o Los músculos afectados están rígidos y contraídos permanentemente.
 - o Espasticidad secundaria a un déficit de inhibición central del sistema gamma por afectación de la neurona motora superior que produce: hipertonia, hiperreflexia, dificultad para la motricidad espontánea, respuesta plantar extensora y aparición de contracturas y deformidades por afectación predominante de unos grupos musculares sobre otros.
- Discinética 10-20%
 - o Las lesiones son en el sistema extrapiramidal, sobre todo los núcleos basales.

- o Existe una alteración del tono muscular con fluctuaciones y cambios bruscos del mismo. El tono varía entre la hipertonía y la hipotonía lo que permite que aparezcan movimientos involuntarios, afectando a manos, pies, brazos o piernas, aumentan con el estrés, y desaparecen por la noche.

- o Dos formas:

- Tipo distónico- predominio de la hipotonía.

- Coreo- atetósica- predominio de movimientos coreico-atetósicos.

- Atáxica 5-10%

- o Lesión a nivel del cerebelo.

- o Se afecta el equilibrio y la coordinación.

- o La hipotonía es generalizada.

- o Suelen presentar dismetría, es decir hay una falta de coordinación entre la cantidad de movimiento y la distancia.

- Hipotónica

- o Lesión cerebral total, normalmente como forma pura conlleva la muerte

- o Hipotonía generalizada

- o Suele ser la primera manifestación de las formas discinéticas y atáxicas

- o Control postural inexistente y movimientos lentos

- Mixta

- o Es muy común que los pacientes afectados de P.C.I presenten síntomas de más de una de las formas anteriormente descritas.

- o La forma más común es la de tipo espástico afectando miembros superiores e inferiores y el tronco afectado de la forma discinética.

- Según el tono diferenciamos:

- o Isotónicas

- o Hipertónicas

- o Hipotónicas

- o Variable

- según la parte del cuerpo afectada

- o hemiplejía o hemiparesia- hemi (mitad) y paresia (parálisis) las manifestaciones se localizan en la mitad del cuerpo, sobre todo parte superior.

- o displejía o diaparesia – afectado medio cuerpo, parte inferior preferentemente

- o cuadriplejía o tetraiplejía - afectados los 4 miembros.

- o Monoparesia – uno sólo afectado.

- o Triplejía- afectos tres miembros.

- según el grado de afectación

- o grave- no hay autonomía.

- o moderado- necesita ayuda, aunque hay autonomía.

- o Leve- la autonomía es total.

- La clasificación más actual, abril 2005, pretende clasificar cada individuo de forma individual, analiza 4 puntos y lo que pretende es describir toda la información que se tiene acerca de su estado. Así pues van a determinar para cada caso:

- Anomalías motoras:
 - o Naturaleza y tipología del desorden motor. Durante el examen médico observaran las anomalías motoras del paciente, si es espástico, si hay mov. Coréicos, hay hipertonicidad y donde
 - o Habilidades motoras funcionales. Describir las actividades que pueden realizar y cuales son sus límites.
- Deterioro asociado- presencia o ausencia de problemas sensoriales, alteraciones del comportamiento, déficit cognitivo.....
- Hallazgos anatómicos y radiográficos.
 - o Distribución anatómica- descripción pormenorizada de las partes físicas afectas.
 - o Hallazgos radiográficos- TAC, RM, US, permiten identificar las lesiones físicas a nivel SNC.
- Causas y tiempo- intentar averiguar o reducir el campo de acción de los factores etiológicos. Es muy difícil determinar la causa y el momento, pero el fin es intentar identificarla.

Para cada uno de estos apartados existen tablas o subclasificaciones que ayudan a ir poniendole nombres y apellidos a la patología cerebral de cada uno de estos pacientes, siendo así más cómodo planificar el tratamiento.

4. DIAGNÓSTICO

Los primero síntomas de P.C.I aparecen antes de los 3 años de edad, período durante el cual el niño tiene que ir desarrollando una serie de destrezas motoras, y no lo consigue.

Existe un desarrollo motor lento

- tono muscular irregular
- postura irregular

El médico realizará un examen de las capacidades motoras y los reflejos del paciente, el diagnóstico correcto no puede llevarse a cabo hasta que el niño no tiene entre los 6-12 meses.

5. TRATAMIENTO

La P.C. no tiene tratamiento curativo actualmente. El plan de tratamiento es individualizado para cada uno de los pacientes ya que presentan diferentes grados de afectación tanto físicos como psíquicos.

Lo más importante es la prevención y un diagnóstico precoz, ya que cuanto antes empiecen a tratar al niño, a estimular los movimientos pasivos y activos se pueden evitar los efectos nocivos de la falta de actividad voluntaria y prevenir las

deformidades que ocasionan la contracturas musculares, además de mejorar el desarrollo motriz.

6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS ORALES

No existe un problema odontológico típico de la P.C, pero si hay manifestaciones, a este nivel, que vamos a encontrar frecuentemente.

RETRASO ERUPTIVO

Se da tanto en dientes temporales como en permanentes, no se saben las causas exactamente pero puede estar relacionado con el hecho de que la mayoría no mastican alimentos sólidos.

HIPOPLASIAS DEL ESMALTE

Alteraciones a nivel de la estructura del esmalte causadas en el momento de actuación de la noxa. Ayudan a establecer el momento de actuación de la causa.

CARIES

La prevalencia de caries en DT y DP, y el CAOD, es mayor en pacientes con P.C. que en pacientes sanos, hay más caries, más dientes extraídos, mayor tiempo de permanencia de dientes temporales en boca, y menor número de dientes tratados. Todo ello debido a:

- falta de higiene oral adecuada
- autoclisis insuficiente o nula
- elevado nivel de estreptococos mutans y lactobacilos.
- Disminución del flujo salival y la capacidad buffer de la misma.
- Dietas cariogénicas y de consistencia blanda y pegajosa
- Antibióticos edulcorados
- Malposiciones dentarias que favorecen el acumulo de comida.

TRAUMATISMOS DENTALES

Los traumatismo dentales en la región incisivos superiores tiene una alta prevalencia. Son un grupo de riesgo por varios motivos, tienen la motricidad alterada por lo que le es más fácil caer sin apoyar las manos, tienen profusión de Inc. Superiores y además sufren caídas debidas a las crisis epilépticas que padecen la mayoría.

PERIODONTO.

Hay una mayor prevalencia de patología periodontal en este grupo con respecto a la población normal.

- gingivitis
- pérdida de inserción y pérdida ósea
- hiperplasia gingival
- gingivitis hiperplásica papilar

La falta de una adecuada higiene oral favorece la aparición de la gingivitis, las alteraciones en la deglución permiten el acumulo de saliva en el reservorio antero-inferior, entre incisivos y labio, encontrando en esa zona gran cantidad de sarro, lo cual favorece la aparición de la periodontitis, pérdida de inserción y pérdida ósea que va a favorecer la mayor movilidad de los dientes, agravada por la presencia de hábitos nocivos como el bruxismo. Se desarrollan graves hiperplasias gingivales debido a los fármacos anticonvulsivantes utilizados para el tratamiento de la epilepsia, la falta del desarrollo de la función masticatoria y la mala higiene.

El estado periodontal, también se ve agravado en pacientes respiradores orales, localizando una encía hiperplásica en la zona antero superior, a nivel palatino y en la parte ojival del paladar, es frecuente encontrarnos infecciones por candidiasis.

MALOCCLUSIONES

La principal maloclusión que encontramos en pacientes con PC es la clase II, con mordida abierta y resalte aumentado, y se debe principalmente al cambio en la postura de reposo de la cabeza. En los pacientes con PC, encontramos patrones musculares alterados que en la mayoría de los casos causan alteraciones en la posición de reposo de la cabeza generando patrones hiperextensores, lo que conlleva que el eje mandibular rote hacia atrás, favoreciendo el crecimiento vertical y el retrognatismo mandibular, quedando así establecida la tendencia a la clase II molar. A su vez la posición del hiodes también queda modificada, permanece en una posición más baja por lo que la lengua también queda en posición más baja no apoyando en paladar, ni en reposo ni en función, y favoreciendo la estrechez maxilar. El alejamiento de las bases óseas genera una sobreerupción de los molares para no perder el contacto, aumentado la altura facial inferior, pero a nivel anterior no se puede seguir manteniendo el contacto a costa de la sobreerupción de los incisivos y para mantener el contacto en deglución, fase de sellado, la lengua se ve obligada a protuirse, manteniendo la mordida abierta. La protusión lingual no es la causa de la mordida abierta sino la consecuencia. Por otro lado, el labio superior suele ser hipotónico y corto, por lo que queda apoyado sobre el hueso alveolar, y por la acción retrusiva de este, sobre el mismo, los dientes superiores quedan protuídos viendo así aumentado el resalte.

BABEO

No es una manifestación exclusiva de los pacientes con P.C.I, pero si en ellos es muy frecuente. Surge cómo la consecuencia de una alteración en la función deglutoria. Esta consta de dos fases, la voluntaria en la que diferenciaríamos 4 pasos, y la involuntaria sobre la que no tenemos control.

Las alteraciones las encontramos a nivel de la fase voluntaria, en condiciones normales

1- cierre labial, sellado sin esfuerzo

2- entran en contacto las arcadas dentarias

3-elevación de la punta de la lengua hacia ruggets palatinos y elevación del suelo de la boca

4-movimiento lingual posterior que origina la fase no voluntaria

El paciente con P.C.I no tiene ese control de los labios ni de la lengua, la consecuencia es la aparición del antiestético babeo. Las terapias terapéuticas van encaminadas a reeducar esta función deglutoria, emplean ejercicios activos y pasivos, refuerzos, para conseguir mayor sincronización de los movimientos y mejorar la efectividad. Esta claro que si las condiciones físicas son negativas, hasta que estas no sean solucionadas no tendremos ningún éxito con el tratamiento rehabilitador de la función. Es decir, si la mordida abierta es tan grave que no permite el contacto de los maxilares, no voy a poder sólo usar ejercicios logopédicos para restauras el sellado labial... El tratamiento dependerá, condiciones del grado de maloclusión, cuanto más precozmente empecemos menos grado de deformidad, y de la capacidad cognitiva del paciente, necesitamos su colaboración.

BRUXISMO

Es una parafunción que en el grupo de pacientes con P. C. se presenta con una elevada incidencia.

7. MANEJO ODONTOLÓGICO.

Son los pacientes que más difícil es tratar con ellos en la clínica, independientemente del retraso cognitivo presentan a nivel físico muchas complicaciones, grandes maloclusiones que pueden limitar nuestro campo de actuación, alteraciones respiratorias, alteraciones posturales y alt. Deglutorias.

- Postura- será difícil tratarlos en el sillón, dependiendo de sus deformidades llevan las sillas o carros adaptados, pero siempre que podamos los intentaremos acomodar en nuestro sillón, trabajaremos mejor. Debido a la tendencia a estirar la cabeza y llevar mentón hacia arriba todo lo que vayamos a introducir en boca lo sacaran con la lengua, recomendación:

- o Colocar la cabeza en postura adecuada. 40° respecto al tronco

- o Pasar o enseñarle los instrumentos por debajo y delante, si lo hacemos por arriba volverá a estirar la cabeza.

- Alt. Respiración- son respiradores orales u nosotros vamos a ocupar ese espacio con nuestro instrumental y manos, trabajar con dique de goma dejando un respiradero, y descansando para no aumentar su ansiedad.

- Alt. Deglución-hay un predominio de la musculatura extensora, la cabeza se adelanta y se protuye la lengua, además no existe un cierre perfecto del orificio traqueal al deglutir, por lo que cuando los manipulamos es fácil que les aparezca la tos, también hay dificultades para impermeabilizar el sistema de obturación de la laringe, ante mucho agua se atragantan, OJO limpiezas. Además no hay control en el descenso de los alimento a través de la faringe, mucho peligro en que se traguen cosas, usar dique.

- Cuando se contraigan los músculos elevadores se cerrará la boca de forma que es imposible abrir, por lo tanto usaremos abre bocas. Si la queremos abrir hay que relajar los maseteros con el dedo presionamos sobre el borde anterior del mismo.

- Para evitar la protusión lingual presionamos con el dedo por detrás de la mandíbula en el suelo de boca, hacia arriba y hacia delante.

- Emplearemos la amalgama, menos posibilidad de filtraciones.

- Se realizaran todos aquellos tratamientos que el paciente acepte, tanto él como sus

condiciones físicas y sistémicas nos dejen.

- Instauración de un tratamiento preventivo y control de dieta.
- Instauración de programas de reeducación miofuncional, junto con la colaboración logopedas.

AUTISMO

1. DEFINICIÓN

El autismo es la patología mas común dentro del grupo de los trastornos generalizados del desarrollo, según la clasificación de la DSM-IV (manual estadístico y diagnóstico IV) de la asociación Americana de Psiquiatría y la ICD-10 de la OMS 1993.

Estos trastornos generalizados del desarrollo se definen como deficits graves y alteraciones en diversas áreas del desarrollo, como la interacción social, la comunicación, o en la existencia de comportamientos, intereses o aptitudes estereotipadas. Dentro del grupo se incluyen:

- trastornos autistas
- trastorno de Asperger
- trastorno de Rett
- trastornos desintegrativos infantiles
- trastornos generalizados del desarrollo no especificados

El autismo es un trastorno del desarrollo caracterizado por una escasa interacción social, problemas de la comunicación verbal y no verbal, con una imaginación y actividades e intereses limitados, intensos o poco usuales. Estos síntomas aparecen durante los primeros 3 años de la niñez y continúan a lo largo de toda la vida, pueden manifestarse con distintos niveles de intensidad.

Tiene una prevalencia de entre 2 – 10 personas cada 10.000 habitantes, siendo por sexos el masculino cuatro veces más afectado que el femenino, y los factores como la educación, el estilo de vida o nivel social, no influyen.

2. CLÍNICA

El autismo se manifiesta con dificultades para interactuar socialmente, problemas en la comunicación verbal y no verbal y aparición de comportamientos reiterativos o intereses limitados u obsesivos. Estos comportamientos son muy variables, puede haber casos leves, que son casi imperceptibles y pueden confundirse con timidez, falta de atención y excentricidad. O casos más graves, discapacitantes que requerirán cuidados de por vida.

El rasgo distintivo es la falta de interacción social, existe una marcada falta de empatía, no logran comprender los códigos sociales, el significado de los cambios en el tono de voz, las expresiones faciales, no obtienen información del estudio de nuestra mímica y evitan todo contacto visual. Presentan tendencias solitarias, buscan el aislamiento. Muchos manifiestan conductas repetitivas, se mecen, se retuercen, aletan las manos o frotan superficies. También pueden caer en conductas autolesivas como moderse o golpearse la cabeza.

Pueden presentar una baja sensibilidad al dolor, siendo más sensibles a los ruidos, tacto u otros estímulos sensoriales, no les gusta ser acunados o abrazados. Muestran intereses restringidos y un período de atención breve, pudiendo manifestar una conducta hiperactiva o totalmente pasiva.

Los pacientes autistas si son sensibles, su dificultad radica en el hecho de que no saben expresar sus sentimientos, por lo que eso conduce a la interpretación de una falta de los mismos.

Los niños autistas tienen riesgo elevado de padecer otro tipo de patologías coexistentes con el autismo: síndrome de X frágil (retraso mental), esclerosis tuberosa (crecimiento de tumores cerebrales), convulsiones o epilepsia, un 20-30% de pacientes autistas la desarrollan al hacerse adultos, síndrome de Tourette (trastorno neurológico caracterizado por movimientos repetitivos, estereotipados e involuntarios), discapacidades de aprendizaje y trastornos de déficit atencional.

3. CAUSAS

Las causas hoy por hoy son desconocidas.

Cada vez toma más importancia el carácter genético de la patología ya que se ha visto que la probabilidad de que un gemelo sea autista cuando el otro sí lo es, supone entre un 60-92%, en caso de los mellizos disminuye el porcentaje a un 2-4% para el autismo como tal y de un 10-20% abarcando un espectro de autismo más amplio.

Se reconoce una etiología multifactorial. Es el resultado de la interacción de algunos factores ambientales sobre un cerebro susceptible, que generarían una serie de alteraciones neurobiológicas que serían las responsables de las distintas manifestaciones clínicas de la patología. Presentan el autismo como resultado de un desarrollo atípico del cerebro durante el desarrollo.

Dentro de los factores ambientales se mencionan:

- Intoxicaciones por mercurio, ya que los síntomas son muy parecidos a los autistas.
- Trastornos metabólicos como la fenilcetonuria.
- F.Infecciosos como la rubéola congénita, encefalitis provocadas por el virus del Herpes simple
- F. Obstétricos como la pérdida de sangre durante el primer trimestre de embarazo.
- El ácido fólico, ya que este afecta la producción de las neuronas.

4. DIAGNÓSTICO

No hay ninguna prueba biológica que sirve para el diagnóstico del autismo.

Se basa en la clínica, muy variada y amplia, casos extremos de aislamiento absoluto y casos leves de falta de comprensión de sutilezas sociales.

Se comienza con un diagnóstico de sospecha del autismo cuando no hay balbuceos ni gestos antes de los 12 meses. Cuando no hay pronunciación de palabras aisladas antes de los 16 meses. No hay elaboración de frases espontáneas a los 24 meses o aparece pérdida de cualquier habilidad social o del lenguaje previamente adquirida.

5. TRATAMIENTO

Actualmente no hay tratamiento curativo. Una interacción temprana y el uso de las terapias e intervenciones conductuales mejoran las probabilidades de un aumento en el nivel de funcionamiento del paciente. Estas terapias tienen como blanco los principales síntomas del autismo: los problemas de interacción social, la comunicación verbal y no verbal y las rutinas e intereses obsesivos y repetitivos. El tratamiento más exitoso es el individualizado para cada paciente comprendiendo una combinación de diferentes terapias.

- terapias del análisis del comportamiento aplicado- dos terapias principales:
- Medicamentos:
 - o Antidepresivos para controlar los cambios en los estado de ánimo
 - o Antipsicóticos, para controlar los cambios de la conducta, irritabilidad, rabietas, agresiones
 - o Anticonvulsivantes para el tratamiento crisis
 - o Estimulantes para controlar los trastornos de déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad.
- Dieta: Algunos niños parecen responder a una dieta libre en gluten y caseína.
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Integración sensorial
- Terapias del lenguaje y habla.

6. MANIFESTACIONES ORALES

No hay una manifestación oral específica en los pacientes con autismo, presentan:

- Caries dental aunque no con mayor prevalencia que en la población normal
- Bruxismo
- Maloclusiones
- Autolesiones, tanto a nivel intraoral como extraoral

7. MANEJO ODONTOLÓGICO

Los pacientes autistas son los más complicado a nivel de manejo de conducta ya que el principal objetivo para manejarlos es establecer un adecuado canal de comunicación, y una de las características que definen su patología es que ese canal esta alterado. No entienden el mundo porque no lo comprenden. Por lo tanto tenemos que ingeniárnoslas para hacernos entender empleando todos los canales que seamos capaces, y conseguir que confíen en nosotros, que colaboren y que no aparezcan las conductas de evasión, que en ellos suelen ser conductas autoagresivas.

Emplearemos métodos de pedagogía visual, empleando las cosas más sencillas como son los objetos reales y las fotografías, con ello vamos a ir desglosando los procesos odontológicos en la cantidad de pasos que sean necesarios para que entienda todo lo que vamos a hacer, sepa cuanto va a durar, por eso también introducimos el factor tiempo contado lo que dura cada acción, y además anticipemos el siguiente paso. Los procesos se

repiten cuantas veces sean necesarias para que sepa como va a transcurrir y lo que va a pasar. También es bueno si se puede hacerle fotos a él mismo mientras realiza el acto, para que cuando vea las fotos se pueda identificar mejor, ya que el sujeto es el mismo.

Intentaremos crear un ambiente libre de ruidos y de distracciones, ya que a veces la capacidad de prestar atención es muy limitada y no necesitamos que haya otros elementos que centren su atención, por lo que el flujo de personas en el gabinete debe ser mínimo o nulo. Además siempre tiene que ser atendido por las mismas personas y en el mismo lugar, ya que cualquier cambio es percibido como una alteración en la rutina no programada, que genera inseguridad, ansiedad y favorece la aparición de esas conductas evasivas.

No se recomienda la premedicación vía oral con benzodiazepinas porque muchas veces genera efecto rebote.

Hay que estar muy pendientes de la cavidad oral ya que a veces pueden presentar problemas infecciosos o de caries activa que como no saben mostrar que es lo que sucede puede que le estén generando un cambio en su actitud habitual y no sepan identificar la causa, a veces una pulpitis puede hacer que el paciente se autoagreda, y ese sea el único síntoma que manifieste, sin ser capaz de indicar que el origen del dolor esta en la boca. Además establecer visitas rutinarias aumenta la confianza del paciente, y favorece nuestra intervención. Es mejor hacer siempre tratamientos preventivos poco complicados y agresivos, que esperar a tener que realizar tratamientos más complicados y complejos.

Respecto al tratamiento farmacológico hemos de intentar no dar antibióticos de manera rutinaria, porque destruyen la flora, por lo que lo ideal es combinar su administración con liolactil durante dos meses. Tener cuidado con el ibuprofeno y el acetaminofen, se prefiere dar diclofenaco sódico.