



Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática



Gómez Legorburu, Begoña

Licenciada en Odontología UCM. Título Propio Especialista en Atención Odontológica Integrada en el Niño con Necesidades Especiales. Directora: Profa. P. Planells del Pozo UCM

Badillo Perona, Vanesa

Licenciada en Odontología. UCM Máster en Ciencias Odontológicas. UCM

Martínez Pérez, Eva M^a

Licenciada en Odontología. Doctora por la Universidad Complutense de Madrid

Planells del Pozo, Paloma

Profesora Titular de Odontopediatría UCM. Directora Título Propio UCM: Especialista en Atención Odontológica Integrada en el Niño con Necesidades Especiales.

Indexada en / Indexed in:

- IME.
- IBECS.
- LATINDEX.
- GOOGLE ACADÉMICO.

GÓMEZ, B., BADILLO, V., MARTÍNEZ, E.M., PLANELLS, P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cien Dent 2009;6;3:207-215.

RESUMEN

El autismo es un trastorno del desarrollo en el que la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y las funciones cognitivas están severamente afectadas.

Estos niños deben ser educados en centros de educación especial donde se les ofrecerá un tipo de atención individualizada intentado, en la medida de lo posible, acercarlos a la realidad que les rodea. Con el objetivo de mejorar su calidad de vida en el futuro a través de la salud general, y concretamente la salud oral, los odontólogos tenemos pendiente una labor muy importante de acercamiento a estos niños, integrándoles en programas preventivos y de mantenimiento, en colaboración con padres y educadores. A través del presente artículo, pretendemos dar a conocer al odontólogo las características de los niños que padecen esta enfermedad, así como los protocolos necesarios para su correcta atención en la consulta dental. De igual modo, es nuestro objetivo fomentar el mantenimiento de la salud oral mediante la colaboración de padres y educadores.

PALABRAS CLAVE:

Necesidades especiales; Trastorno espectro autista; Desensibilización sistemática; Atención odontológica.

Current dental care for children with autism. Systematic desensitisation

ABSTRACT

Autism is a developmental disorder that severely affects social interaction, language, behaviour and cognitive functions.

Children with autism must be educated at schools that provide special education and personalised attention that aims to bring them closer, insofar as possible, to the reality that surrounds them.

With a view to improving their quality of life through general health and specifically oral health, we as dentists have a very important task in reaching out to these children and involving them in preventive and maintenance programmes together with parents and teachers.

Through this article we aim to inform dentists of the characteristics of children with this disease and the protocols required to ensure they receive proper care during their dental visits. It is also our objective to foster oral health maintenance through parent and teacher collaboration.

KEYWORDS

Special needs; Autistic spectrum disorder; Systematic desensitisation; Dental care.

Correspondencia:
e-mail: beguss@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de autismo fue realizada por Leo Kanner, psiquiatra austriaco que trabajaba en Estados Unidos, en 1943. En su artículo *Autistic disturbances of affective contact* (Los trastornos autistas del contacto afectivo), publicado en la *Nervous Child*, reportó detalladamente las observaciones realizadas a once niños que compartían unas características conductuales especiales, definiendo el término *early infantile autism* (autismo infantil precoz). Pocos meses después, a principios de 1944, Hans Asperger, médico vienés, identificó un grupo de cuatro niños con características similares, utilizando el término *austistic psychopathy* (psicopatía autista).

Kanner y Asperger no fueron los primeros en observar estas conductas. En 1908, Heller publicó un artículo acerca de seis niños de edades comprendidas entre tres y cuatro años con insidiosa pérdida de lenguaje y habilidades mentales, los cuales quedaban severamente discapacitados con sintomatología idéntica a la de los niños autistas. Pocos años después, en 1911, Bleuler utilizó por primera vez el término *autism* para describir la deficiente habilidad de los pacientes esquizofrénicos para relacionarse con las otras personas y su retracción de la interacción social.

Probablemente el autismo ha existido siempre, pero es a partir de la descripción de Kanner cuando se reconoce el autismo como entidad clínica.

En su artículo, Leo Kanner destaca una serie de características comunes a todos los niños que examinó: poca adaptación a los cambios imprevistos, memoria excelente, expresión inteligente (destrezas sobresalientes en algunos casos) y ausencia de rasgos físicos característicos de la enfermedad, hipersensibilidad a los estímulos, mutismo o lenguaje sin interacción comunicativa real y limitaciones en la variedad de la actividad espontánea.¹

Hoy en día la descripción de niños con autismo es confusa porque unas veces se utilizan términos diferentes para referirse al mismo concepto, y otras, el mismo término para designar conceptos distintos. El *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), 4ª edición (DSM- IV) (en la actualidad ya se encuentra disponible el DSM V, con los mismos criterios)² y la *Internacional Classification of Diseases, Tenth Revision* (ICD-10)¹ son los textos que utilizan los sanitarios para describir las características necesarias para el diagnóstico de trastornos específicos de salud, comportamiento y desarrollo. El DSM- IV ha acuñado el término "Trastornos Generalizados del Desarrollo", que incluye el autismo y otros cuatro desórdenes asociados que comparten signos y síntomas como son el Síndrome de Asperger, el Síndrome de Rett, el Trastorno desintegrativo de la infancia y el Trastorno Extendido del Desarrollo No Específico. Estos desórdenes difieren entre sí en rasgos como la preva-

TABLA 1
DIFERENCIAS ENTRE LOS TRANSTORNOS DE DESARROLLO²

Características	Trastorno autista	Síndrome Asperger	TEDNE	TID	Síndrome Rett
Desequilibrio social	x	x	x	xb	x
Trastornos de lenguaje y comunicación	x		xa	xb	x
Intereses y actividades repetitivos	x	x	xa	xb	
Inteligencia media		x			
Aparición antes de 36 meses	x				x
Periodo de desarrollo normal seguido de pérdida de habilidades en diferentes áreas	x			x	x
Desequilibrio relativo	Variable	Más moderado	Más moderado	Más grave	Más grave
Prevalencia relativa	Más elevada	Intermedio	Más elevada	Menor	Menor

Nota: a) Deben estar presentes por lo menos dos de estas características; b) Deben estar presentes por lo menos tres de estas características.



lencia, gravedad y forma de aparición y el progreso de los síntomas. Con la tabla siguiente se tratará de resumir de una manera gráfica las diferencias más significativas entre los cinco (tabla 1).

Las diferencias entre el trastorno autista y el TEDNE pueden ser bastante sutiles, y a menudo dificultan el diagnóstico en los niños muy pequeños. Comparado con los diagnosticados de trastorno autista, los que lo han sido de TEDNE suelen presentar síntomas más moderados, atípicos o ambos, de manera que en muchas ocasiones se unifican.

El síndrome de Rett y el TID son bastante raros y muy diferentes en su proceso y resultado del trastorno autista y el TEDNE. Por su parte, el síndrome de Asperger, casi nunca se detecta antes de los tres años.²

SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL AUTISMO

La forma en que se expresa el autismo varía mucho de un niño a otro, pero cualquiera que sea la gama, intensidad o frecuencia de los síntomas, incluirán un desarrollo atípico en tres áreas primarias: 1) habilidades sociales, 2) habilidades de lenguaje y 3) comportamientos limitados y repetitivos.

1) En cuanto a las habilidades sociales, los niños con autismo a menudo no muestran el desarrollo esperado de las habilidades tempranas de interacción social. Dan la sensación de no tener el mismo "motor impulsor" para interactuar socialmente como lo hacen sus iguales. La realidad es que, el desequilibrio de las interacciones sociales constituye la piedra angular del autismo y está presente en todos los niños con este diagnóstico. Estos desequilibrios afectan tanto a las interacciones de los niños con los adultos como con otros niños, influyendo en la capacidad para iniciar interacciones con otras personas y en la capacidad de responder a las que otros han iniciado.

Podemos encontrarnos con niños que no sonríen respondiendo a la sonrisa del adulto, no responden cuando se les llama por su nombre, no imitan acciones tales como decir "adiós" con la mano, no participan en el juego con otros niños, no imitan las acciones de otros niños...

2) La característica más común del autismo en el ámbito del lenguaje y la comunicación es el desarrollo retrasado del lenguaje hablado. Pero a menudo los problemas van más allá del simple lenguaje. Muchos niños con autismo no comprenden lo más mínimo el proceso de comunicación, no saben, por ejemplo, pedir ayuda, no saben hacer una elección si no es recurriendo al llanto o a las rabietas, no miran a los ojos en las interacciones lúdicas.² Además suelen recurrir a la ecolalia retrasada (repetición de palabras escuchadas en el pasado en medios como la radio o la tele-

visión), variando de forma muy precisa en énfasis, grado de elevación y velocidad del ritmo.³

3) Estos niños suelen basar sus vidas en la repetición de rutinas, pautas o rituales, llegando a explotar en una rabieta de profunda frustración si se produce un cambio en esta rutina diaria.² De este punto se deriva la necesidad de establecer un programa de desensibilización sistemática previo al tratamiento dental, de tal modo que el niño conozca en todo momento los pasos a seguir, familiarizándose con el ámbito y la rutina de trabajo.

ETIOLOGÍA DEL AUTISMO

La etiología del autismo a día de hoy es incierta. Existe evidencia de que el autismo es un desorden neurológico de base orgánica. Cuyas posibles causas sean trastornos pre y perinatales y anomalías cromosómicas. El tamaño del tronco cerebral y del cerebelo es menor en los pacientes con autismo que en los controles,⁴ presentando una disminución del número de células de Purkinje, especialmente en el neocerebelo posterobasal y la porción posterior e inferior del cerebelo.⁵ Se sabe que los factores genéticos pueden incrementar la vulnerabilidad del niño o el riesgo de autismo. Este tipo de influencia es diferente de la que se aprecia en otros trastornos, tales como el síndrome de Down o la fibrosis quística, en los que el trastorno está provocado por una mutación genética.

Ensayos con gemelos homocigóticos han demostrado que si un gemelo tiene autismo, es muy probable (en una proporción superior al 50%) que el otro también lo desarrolle. No obstante, los científicos aún no han identificado la combinación específica de genes que actúan conjuntamente para incrementar esta vulnerabilidad. Los investigadores creen que una tendencia genética hacia el autismo puede operar en combinación con otros factores no heredados, tales como las influencias medioambientales, como la interrupción del aporte de oxígeno al cerebro durante el embarazo o incluso la exposición a pesticidas.²

EPIDEMIOLOGÍA

Desde los años 90 la prevalencia de población con autismo más aceptada está en el orden de 5-13 por cada 10.000, siendo tres o cuatro veces más frecuente en niños que en niñas. Los estudios más recientes tienden a dar índices mucho más altos que la cifra tradicional de 4-5 por cada 10.000 basada en los estrechos criterios diagnósticos de Kanner.^{6,7,8} Lo que es más, algunos investigadores,⁸ tras el análisis de los estudios epidemiológicos realizados al respecto, consideran que los resultados apuntan hacia un

incremento de las estimaciones de la prevalencia en los últimos 15 y 20 años. Los resultados obtenidos por Fombonne,⁸ estiman la prevalencia actual del trastorno autista en valores situados en el rango de 10/10000 y 16/10000.⁸ En los estados Unidos se han encontrado incluso cifras superiores, 34/10.000.⁹

Estos estudios demuestran que el autismo es una discapacidad relativamente frecuente, y con el problema de comportamiento que conlleva, tendrá importantes implicaciones en el ámbito de la atención bucodental.⁹ De ahí que sea necesario fomentar en las familias y los centros de educación especial, el conocimiento de las implicaciones que el mantenimiento de salud dental conlleva.

PATOLOGÍA ORAL EN EL NIÑO AUTISTA

Familiarizar del niño autista con la figura del odontólogo, puede ayudar en la consecución de los objetivos de salud oral que, sin duda, mejorarán su calidad de vida futura. Son niños que, en ocasiones, no pueden manifestar sus sentimientos y percepciones, tales como miedo o dolor, lo que hace más complicado su manejo.

Nos planteamos como objetivo principal, al realizar el presente trabajo, promover la salud oral en los niños autistas, así como establecer los protocolos necesarios para el tratamiento de la cavidad oral en el gabinete dental, basados en la desensibilización sistemática.

Debido a las características conductuales y psicológicas del paciente odontopediátrico con autismo, los protocolos que habitualmente estamos acostumbrados a emplear, deberán modificarse en cierta medida. La labor de la familia y de los centros de educación especial son fundamentales para la consecución de nuestro objetivo: conseguir unos niveles óptimos de salud dental.

Una atención integral del paciente con autismo incluye el consejo a los padres, la educación especial (a veces con un mayor énfasis en la modificación de conducta) en un entorno altamente estructurado, terapia del lenguaje y entrenamiento en habilidades sociales con el último fin de alcanzar la independencia en actividades de la vida diaria y de autocuidados, como es el mantenimiento de la salud oral.³

La salud oral y las necesidades dentales de los niños y jóvenes autistas fue estudiada por Shapira et al.¹⁰ Compararon la salud oral de los niños autistas y esquizofrénicos institucionalizados y encontraron que los niños autistas, presentaban mayor frecuencia y severidad en patología periodontal, pero menores niveles de caries. Se comprobó que la mayor necesidad de prestación de servicio dental en los niños au-

tistas era a nivel de cirugía periodontal y de instrucciones sobre higiene oral y nutrición.

Lowe y Lindemann¹¹ estudiaron un grupo de veinte niños autistas y lo compararon con un grupo de otros veinte niños no autistas empleados como control. En la dentición primaria, los pacientes con autismo demostraron índices significativamente superiores de caries que el grupo control en una exploración inicial, pero en exámenes sucesivos, los niveles eran equivalentes, lo mismo que ocurría en la dentición permanente. Tampoco se encontraron valores con diferencias significativas en cuanto a higiene oral se refiere, pero sí enfatizaron en la necesidad de enseñar instrucciones sobre higiene oral y un mayor entrenamiento para los pacientes a fin de incrementar sus habilidades motoras y conseguir una higiene oral más eficaz.

Kamen y Skier encontraron una menor incidencia de caries.¹² Swallow postuló que la necesidad actual de las familias y los pacientes no era tanto en tratamiento dental, sino en tratar de incrementar la familiarización con el cuidado dental y preventivo.¹³

En un estudio reciente en el que se evaluaron 301 niños, de los cuales 62 eran autistas, se concluyó que el autismo no es un factor de riesgo para la caries en niños de entre 7 y 12 años. La experiencia de caries en dientes permanentes en los niños autistas fue menor que en los que no padecían este desorden, atribuyéndose a que los pacientes autistas consumían menos azúcar y el mayor cuidado dental por sus madres que les cepillaban los dientes. También se encontró que el nivel del tratamiento dental era menor en los niños con autismo.⁹

Este dato fue corroborado en diversos estudios que lo justifican explicando que los niños autistas son más difíciles de tratar a nivel odontológico.

La mayoría de los autores, por tanto, no encuentran diferencias significativas en cuanto a susceptibilidad a caries y enfermedad periodontal en los niños autistas, siendo incluso menor en algunos estudios. Contrastando esta información, otros encuentran una mayor susceptibilidad a caries atribuyéndola a la preferencia por parte de los niños autistas de una dieta dulce y blanda y a la incapacidad de desarrollar unas perfectas habilidades masticatorias, de autoclisis y cuidados de higiene.

Se han descrito problemas relacionados con hábitos nocivos tales como bruxismo, autolesión en la lengua, labios y encías, mordisqueo de uñas, bolígrafos, mayor incidencia de traumatismos... (figura 1). Para evitarlos se ha sugerido el empleo de protectores bucales, pero en muchas ocasiones éstos no pueden ser tolerados por los niños diagnosticados de autismo.¹⁴



Figura 1: Autolesión producida en un paciente autista. (Imagen cedida por la doctora Paloma Planells del Pozo).

En opinión de los autores, no hay duda de que la prevención es un pilar fundamental en el niño con discapacidad.¹⁵ Para conseguirlo, los padres/educadores se deben involucrar a través de la promoción de la salud oral llevada a cabo por la odontología, lo que es a menudo muy complicado. Milius recuerda, que en estas situaciones, el comportamiento del dentista debe basarse en el respeto de los miedos, sentimientos hostiles... que en ocasiones pueda presentar la familia.¹⁵

MANEJO ODONTOLÓGICO

La Academia Americana de Odontopediatría (AAPD) reconoce que, hoy en día, el manejo del comportamiento en personas con necesidades especiales está cambiando. Estos pacientes pueden presentar un mayor riesgo de patología oral debido a su capacidad disminuida de entender o participar en su higiene diaria y cooperar con los programas preventivos. De esta manera, los niños autistas deberían acudir cuanto antes a la consulta odontopediátrica para tratar de establecer una familiarización con la misma y crear una rutina en la higiene oral. Asimismo, debemos enfatizar la figura del educador como impulsor del mantenimiento de la correcta salud bucodental.

Es fundamental recordar que con el niño autista no hay lugar para la improvisación. De esto se deriva la necesidad de recurrir a un **protocolo de desensibilización sistemática** que comenzará previamente a que el niño acuda a la consulta.

Para ello, el dentista se reunirá con los padres, educadores y psicólogos si fuera necesario, sin la presencia del niño, para recoger en la historia clínica, toda la información relevante acerca de las características individuales del paciente con autismo.

Se deberá prestar atención al estado de salud general, medicación, experiencias previas en consultas dentales, hábitos de cepillado... Para realizarlo de una forma más dinámica,

podemos recurrir a formularios que incluirán preguntas como: ¿Presenta el niño algún tipo de fobia? ¿Se puede comunicar? ¿Utilizan algún tipo de refuerzo positivo?¹⁶

Con respecto a la medicación, se estima que un 50% de los niños con autismo está recibiendo tratamiento con fármacos.¹⁷ En las tablas 2 y 3 figura la relación de medicamentos más comúnmente empleados en esta enfermedad con sus indicaciones y efectos adversos relacionados con la actividad odontológica.^{3,18} (tablas 2 y 3).

Una vez obtenida toda la información sobre los antecedentes médicos generales y odontológicos del niño, pondremos en marcha el protocolo de desensibilización sistemática para el acceso del niño a la consulta dental.

Confeccionaremos el material relativo a la desensibilización consistente en imágenes, vídeos o una combinación de ambas, realizado todo ello en base a una visita a la consulta dental, con exploración oral en situación real.

Llegados a este punto, son los educadores los que juegan un papel fundamental ya que serán ellos los que presenten a los niños toda la información referente a nuestra consulta. Entregaremos libros de fotos y vídeos con todo tipo de detalles, desde la entrada a la clínica, la sala de espera, el gabinete, los aseos, presentaremos en ellos a todo nuestro equipo y personal de trabajo. Con ello conseguiremos que el niño pueda reconocer a todo el personal que lo asistirá en un futuro. (figuras 2 y 3).

Se puede proporcionar instrumental básico odontológico para el centro de educación, con la finalidad, igualmente, de que el niño lo conozca por adelantado.

Todos estos materiales constituirán la base de las sesiones de clínica simulada, que estarán incluidas en el protocolo de la desensibilización sistemática. Éstas serán realizadas en el propio centro de educación especial, por parte de los educadores y óptimamente deberán realizarse lo más próximas posibles, en el tiempo, a la visita a la clínica dental.

Tras la realización de estos protocolos en el centro de educación especial, el niño estará preparado para asistir al gabinete dental.

La compañía de padres o educadores favorece la cooperación del niño en la consulta. Utilizaremos en todo momento el decir –mostrar– hacer, enseñándole al niño los materiales con los que estará ya familiarizado gracias a las sesiones preparatorias del centro de educación.¹⁶

El uso de técnicas restrictivas se limitará a los casos más graves, teniendo en cuenta que estos pacientes, en la mayoría de los casos, requerirán un mayor número de sesiones de desensibilización, usando como último recurso la anestesia general.



TABLA 2

FÁRMACOS EMPLEADOS EN EL MANEJO DEL AUTISMO Y SUS EFECTOS ADVERSOS^{3,18,19}

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

MANTENIMIENTO DE LA SALUD ORAL EN EL NIÑO CON AUTISMO

La labor principal del odontopediatra tras la restitución de la salud oral en el niño autista, consistirá en lograr disminuir el riesgo de enfermedad oral mediante la creación de programas preventivos individualizados.

Igualmente, deberemos dar consejos a los padres y educadores para que estos procedimientos tengan continuidad en el hogar y en los centros educativos. Así trataremos de instruir a los cuidadores en la búsqueda de refuerzos positivos no basados en azúcares refinados, prestaremos atención a los excipientes que portan los medicamentos, que incluyen los azúcares entre sus componentes, en especial en los fármacos que estarán mucho tiempo en la boca, como son los jarabes e inhalatorios.¹⁴

Uno de los puntos sobre los que más debemos enfatizar es la técnica de cepillado. Lo primero que debemos enseñar

al niño, o en su caso, padres y educadores, es el momento en el que lo deben realizar. Para ello es conveniente recurrir a la utilización de pictogramas, que se utilizan rutinariamente en el día a día de los pacientes con autismo. Mediante dibujos recordaremos los momentos de las comidas: desayuno, comida y cena, indicando que tras cada una de ellas, se debe recurrir al cepillado. Recomendaremos la colocación del pictograma en un lugar accesible para el niño, de manera que no caiga en el olvido y permita integrar la actividad representada en la rutina diaria.²⁰

Debemos ser capaces de distinguir, ayudados por los docentes del centro de educación, si el paciente tiene la habilidad de cepillarse por sí mismo, o si, por el contrario, esta labor la deben realizar los padres y educadores. Si el niño posee la suficiente autonomía le enseñaremos la técnica, insistiendo en los movimientos a realizar, así como el tiempo que debe durar el cepillado y la cantidad de pasta dentífrica a utilizar.

TABLA 3
RELACIÓN DE MEDICAMENTOS Y SUS RESPECTIVOS EFECTOS A NIVEL DE LA CAVIDAD ORAL^{3,18}

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



Figura 2: Ejemplo de pictograma en el que queda reflejado la actividad semanal que el niño va a realizar. (Imagen cedida por el Colegio de Educación Especial Cepri).



Figura 3: Pictograma que podría representar la figura del dentista (Imagen cedida por la doctora Eva María Martínez Pérez).

Si los padres/educadores son los que realizan esta labor, debemos enseñarles la posición en la que deben situarse (por detrás del niño y con la cabeza en hiperextensión idealmente), así como la técnica a emplear²¹ (figura 4). Recomendaremos el empleo de seda dental en los casos adecuados, así como colutorios de flúor de uso diario. Insistiremos en la necesidad de acudir a revisiones periódicas, con el fin de mantener la salud oral y por ende, la calidad de vida de estos niños.



Figura 4: Posición a adoptar por padres y educadores para practicar el cepillado.

CONCLUSIONES

1. La interrelación padres- educadores- odontólogo resulta imprescindible en aras a una consecución completa de nuestros objetivos de tratamiento.
2. El odontólogo que atienda al niño autista, debería conocer los protocolos de desensibilización sistemática existentes, con la finalidad de evitar situaciones de rechazo a futuros tratamientos odontológicos por parte de estos niños.
3. El empleo de estos sistemas reduciría la necesidad de la realización sistemática de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general.
4. El mantenimiento de nuestros objetivos de salud pasará por instruir a padres y educadores acerca de la importancia de la prevención a nivel oral, enfatizando la necesidad de revisiones periódicas que controlen el riesgo de enfermedad oral en el niño autista.



BIBLIOGRAFÍA

1. Palau Baduell M.; Pèlach F.; Valls Santasusana, A.; Salvadó B.; Muñoz Yunta J.A.; *Introducción e historia del autismo*. En: Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo de la Fundació Autismo Mas Casadevall, F.P. Barcelona: Ed. Ediciones Gráficas Rey S.L.; 2005 págs. 17-27.
2. L. Stone W.; *¿Qué son los trastornos de espectro autista?* En: *¿Mi hijo es autista?*. Barcelona: Ed. Oniro S.A.; 2006 págs. 15-41.
3. H. Friedlander A.; K. Friedlander I.; Velasco Ortega E.; Casas Barquero N.; Gómez Torres M.J.; *Autismo: fisiopatología, atención médica e implicaciones dentales*. Archivos de Odontostomatología. Mayo 2005; 21(4): 234-244.
4. Klein U.; J. Nowak A.; *Characteristics of patients with Autistic Disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review*. Spec Care Dentist 1999; 19(5): 200-207.
5. Mulas Delgado F.; Etchepareborda M.; Abad L.; *Neurobiología del autismo*. En Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo de la Fundació Autismo Mas Casadevall, F.P. Barcelona. Ed. Ediciones Gráficas Rey S.L.; 2005 págs. 29- 43
6. Fombonne E. *Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update*. J Autism Dev Disord. 2003; 33(4): 365-382.
7. Fombonne E. *The epidemiology of autism: a review*. Psychol Med. 1999; 29(4): 769-86.
8. Fombonne E. *Epidemiología de los trastornos generalizados del desarrollo*. En: Martos J, González PM, Llorente M, Nieto C. *Nuevos desarrollos en Autismo: el futuro es hoy*. Madrid: APNA, 2005. p. 21-44.
9. Namal N.; Vehit H.E.; Koksall S.; *Do autistic children have higher levels of caries? A cross- sectional study in Turkish children*. J Indian PedodPrev Dent. June 2007: 97-102.
10. Shapira J.; Mann J.; Tamari I.; Mester R.; Knobler H.; Yoeli Y.; Newbrun E; *Oral health status and dental needs of and autistic population of children and young adults*. Spec Care Dentist March- April 1989: 38-41.
11. Lowe O.; Lindemann R.; *Assessment of the autistic patient's dental needs and ability to undergo dental examination*. ASDC J Dent Child. Jan-feb 1985: 29-35.
12. Kamen S.; Skier J.; *Dental management of the autistic child*. Special Care Dentist. Jan-feb 1985: 20-23.
13. Swallow JN. *The Dental management of autistic children*. Br Dent J. February 1969: 128-131.
14. Chin M.; J. Fenton S.; Lyons R.; Miller C.; P. Perlman S.; Tesini D.; *Dental Care Every Day: Practical Oral Care for People With Autism National Institute of Dental and Craniofacial Research*.
15. Klein U.; J. Nowak A.; *Autistic disorder: a review for the pediatric dentist*. Pediatr Dent. 1998; 20(5): 312-317.
16. Bäckman B.; Pilebro C.; *Visual pedagogy in dentistry for children with autism*. ASDC J Dent Child. Sep- oct. 1999; 66(5): 325-331.
17. Marshall J.; Sheller B.; J.Williams B.; Mancl L.; Cowan C; *Cooperation Predictors for Dental Patients with Autism*. Pediatr Dent. Sep-Oct. 2007; 9(5): 369- 376.
18. H. Friedlander A.; A. Yagiela J.; I. Paterno V.; E. Mahler M.; *The neuropathology, medical management and dental implications of autism*. ADA. Nov. 2006 .137: 1517- 1527
19. Fuentes- Biggi, J.; Ferrari- Arroyo M.J.; Boada- Muñoz L.; Touriño- Aguilera E. et all. *Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista*. Rev Neurol. 2006; 43(7): 425-438.
20. Pilebro C.; Bäckman B.; *Teaching oral hygiene to children with autism*. Int J Pediatr Dent. 2005; 15(1): 1-9.
21. Chin M.; J. Fenton S.; Lyons R.; Miller C.; P. Perlman S.; Tesini D.; *Dental Care Every Day: A Caregiver's Guide*. National Institute of Dental and Craniofacial Research.