



Acta Pediátrica de México

ISSN: 0186-2391

editor@actapediatrica.org.mx

Instituto Nacional de Pediatría

México

Vizcarra-Woge, Gerardo; de la Teja-Ángeles, Eduardo; Rubio-Rincón, Gloria Alicia; Elías-Madrugal, Gerardo; Durán-Gutiérrez, Américo

Síndrome de automutilación. Implicaciones estomatológicas. Informe de un caso

Acta Pediátrica de México, vol. 30, núm. 4, julio-agosto, 2009, pp. 226-230

Instituto Nacional de Pediatría

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640318008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Síndrome de automutilación. Implicaciones estomatológicas. Informe de un caso

Dr. Gerardo Vizcarra-Woge,* Dr. Eduardo de la Teja-Ángeles,** Dra. Gloria Alicia Rubio-Rincón,***
Dr. Gerardo Elías-Madrigal,** Dr. Américo Durán-Gutiérrez**

RESUMEN

La cavidad bucal y sobre todo los dientes, juegan un papel fundamental en los niños que se automutilan, debido a que sus órganos dentarios tienen bordes cortantes, con los que se lesionan lengua, mejillas y dedos de las manos principalmente. Se presenta el caso de una niña de cuatro años y cuatro meses de edad con síndrome de Moebius que llegó al Servicio de Urgencias por haberse automutilado. Las heridas que se hizo le causaron anemia. En el Servicio de Estomatología se le suturaron las heridas provocadas en la lengua. Se le implantó un dispositivo intraoral para impedir que la paciente se mordiera. La experiencia de este caso indica que no todos los casos de automutilación por mordedura deben ser resueltos con la extracción de todos los órganos dentarios.

Palabras clave: Síndrome de automutilación, protector bucal, tratamiento estomatológico conservador, órganos dentarios.

ABSTRACT

The oral cavity and the teeth have a crucial role in children with self-mutilations disorders. Children's teeth have a sharp cutting edge which injure the tongue, cheeks and fingers. We report the case of a four years and four months old girl, with Moebius syndrome seen at the Emergency Department with signs of self-inflicted injury as well as anemia. The tongue injury was sutured and an intraoral mouth guard was implanted. The experience of this case indicates that not every case of self-injury should be solved with the extraction of all the teeth.

Key words: Self-injury syndrome, oral protector, conservative stomatologic treatment.

La automutilación o autolesión son formas de daño sin la intención de suicidio. La automutilación es un acto compulsivo que puede ocurrir para liberar un dolor emocional; por enojo o por ansiedad; para rebelarse contra la autoridad; para desafiar las situaciones de riesgo; para sentir control.

Los síndromes de automutilación no necesariamente están relacionados con el síndrome de Lesch-Nyhan, sino

también en otras patologías que se acompañan de conductas autolesivas (Cuadro 1)

Otros síndromes relacionados con conductas autolesivas son el síndrome del cromosoma X frágil, la esclerosis tuberosa, el síndrome del par 18, el síndrome de Williams, el síndrome XXX (exclusivamente en mujeres), el anillo irregular del cromosoma 20 y el síndrome de alcoholismo fetal.^{9 10 11}

CASO CLINICO

Niña de cuatro años cuatro meses de edad atendida por el Servicio de Estomatología.

Antecedentes: Hija no deseada. La madre usó misoprostol durante el primer trimestre de gestación. Trabajo de parto prolongado y posible asfisia perinatal.

El Servicio de Neurología encontró una paciente de custodia, sin interacción social; no establece contacto visual ni tiene respuesta auditiva adecuada. Tiene deformidad de las falanges de todos los dedos de ambas manos y cicatrices debidas a mordeduras; microcefalia y oftalmoplejía

* Residente de segundo año de Estomatología Pediátrica

** Adscrito al Servicio de Estomatología Pediátrica

*** Residente de quinto año de Neurología Pediátrica
Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dr. Américo Durán Gutiérrez. Insurgentes Sur 1750-C Col. Insurgentes Cuicuilco CP 04530 México DF.

Recibido: marzo, 2009. Aceptado: junio, 2009.

Este artículo debe citarse como: Vizcarra WG, de la Teja AE, Rubio RGA, Elías MG, Durán GA. Síndrome de automutilación. Implicaciones estomatológicas. Informe de un caso. Acta Pediatr Mex 2009;30(4):226-30.

La versión completa de este artículo también está disponible en:
www.nietoeditores.com.mx

Cuadro 1. Enfermedades relacionadas con automutilación

Patología	Características de conducta	Grado de auto mutilación	Comentario	Autor
Cornelia de Lange	Retraso psicomotor, autismo y convulsiones	Moderado a severo	Es el segundo más severo de los síndromes de automutilación	BERNEY, KRANTZ ^{4 5}
fenilcetonuria	Torpes respuestas hacia su entorno; agresivos y especialmente severas expresiones de terror	Moderado	Especial predisposición a problemas de conducta	BENITEZ ⁶
Klinefelter	Retraso psicomotor leve con problemas de conducta	Leve	Se presenta sobre todo en las mujeres mayores o maduras	Misericordia ³⁰
Lesch-Nyhan	Trastornos motores, diferentes grados de deficiencia mental	Severo y persistente	Se dice que no hay evidencia de déficit sensorial, pero los pacientes asimilan el dolor como un suceso satisfactorio.	SCHLAGER, CHERNILO, DE GREGORIO, CHEN ^{1 2 3}
Prader Willi	Problemas de conducta y difícil control	Moderado	Son dóciles y tranquilos en entornos seguros; sin embargo, se tornan violentos ante una pequeña provocación	DYKENS ⁸
Rett	Severa demencia, autismo, pérdida del uso intencionado de las manos, torceduras	Severo	Se presenta en mujeres y los pacientes son altamente agresivos	Blanco, Misericordia ^{9,30}
Rubéola Congénita	Retraso mental y trastornos del comportamiento	Depende del daño establecido por la rubéola.	Las primeras 8 semanas son las más susceptibles para el feto así que depende de la ventana de contagio, la vacuna es lo único que previene el daño.	OPS, ²⁸
San Filippo	Trastornos severos de la conducta, agresividad, TDAH, autolesion	Es normal que se presenta completo el síndrome hasta los 3 o 4 años	Es fundamental el trastorno del lenguaje, del sueño hablar dormido. El paciente muerde todo lo que se encuentra	Burrows R ²⁹
Síndrome de Down	Retraso psicomotor variable, trastornos conductuales	Leve	Se dice que son perfectos imitadores por lo que un entorno violento puede ser condicionante para un paciente violento	ASTETE, COOLEY ⁷
Williams Beuren	Retraso psicomotor leve	Leve	Presentan también sordera congénita por lo que se puede confundir con TDA	Herreros, Misericordia ^{11,30}

externa bilateral, así como facies inexpressiva (amímica); hipotonía muscular en cuello y tronco y cuadriparesia espástica. Atrofia muscular global; reflejos de estiramiento muscular aumentados +++/4, Babinski bilateral y clonus aquileo agotable; anquilosis de tobillos y codos; ausencia de reflejos cutáneo abdominales. Pérdida de continuidad de estructuras falángicas de ambas manos; edema dactilar postraumático (Figura 2).

El Servicio de Genética sugiere que se trata de un síndrome de Moebius en base a la parálisis del VI y VII pares craneales. Este diagnóstico se apoya en el uso de misopros-

tol por la madre durante el primer trimestre del embarazo, que ha sido asociado al síndrome de Moebius.^{16,17}

El retraso mental profundo pudo deberse a la asfisia perinatal.¹²

Estudios de gabinete. La resonancia magnética cerebral mostró atrofia corticosubcortical acentuada; ulegiria; quistes aracnoideos bitemporales y áreas glóticas fronto-temporales en ambos hemisferios cerebrales, lo que apoya un proceso hipóxico antiguo.

Se concluyó que la paciente tenía retraso mental profundo de tipo orgánico; por una lesión estructural y

probablemente multifactorial, por asfixia perinatal y por alteraciones de la organización cerebral compatible con el síndrome de Moebius.

Valoración estomatológica

Había numerosas huellas de sangrado activo en la cavidad bucal (Figura 1). La paciente tenía movimientos parafuncionales de la mandíbula y se lastimaba continuamente la lengua que mostraba múltiples laceraciones en las caras dorsal y ventral y en los carrillos con sangrado activo. No había lesiones de la cara o de los labios.

Abordaje quirúrgico

Bajo sedación con midazolam 0.2 mg/kg/dosis IV y ketamina 0.2 mg/kg/dosis se realizó lazado de lengua (puntos de sutura con seda negra atrás de la lesión para hacer tracción) sutura de seda 4-0 para maniobrabilidad del procedimiento; no se usó anestesia local en ese momento^{20,21}. Después de hacer tracción de la lengua se aplicó anestesia local en las heridas linguales y se controló el sangrado por el vasoconstrictor que contiene; asimismo, se obtuvo visibilidad para los siguientes procedimientos. Se realizó lavado quirúrgico de las laceraciones en lengua y carrillos con yodopovidona diluido en solución fisiológica a proporción 1:1 en el curso de tres minutos. Se afrontaron los bordes de las heridas que eran discontinuas y de diversas profundidades pero sin comunicar las caras ventrales con las dorsales de lengua. Se pusieron puntos de vicryl 4-0 en las laceraciones profundas y puntos simples e invertidos superficiales en las caras dorsal y ventral (Figura 3).



Figura 1. Hemorragia por laceración de la lengua.



Figura 2. Aspecto clínico y radiográfico de las lesiones de las falanges por automutilación.



Figura 3. Aspecto de las laceraciones en la lengua y su corrección con sutura.

Dispositivo intraoral

Posteriormente se tomó la impresión de arcada dental inferior en yeso piedra. Enseguida se fabricó un dispositivo intraoral; un protector bucal de acrílico, con mesas oclusales para levantar la dimensión vertical aproximadamente 1 cm a fin de evitar la recurrencia de mutilación con las caras oclusales y los bordes incisales a la lengua, a los carrillos y a los dedos. El dispositivo se fijó a las coronas de los órganos dentarios inferiores con cemento de ionómero de vidrio. Las mesas oclusales podían chocar con las caras oclusales de los molares superiores temporales en toda su superficie (Figura 4).

Control y seguimiento

Al día siguiente se observaron puntos de sutura con tensión adecuada. El protector bucal se halló en posición adecuada. Las caras oclusales de los molares superiores tomaban contacto con toda su estructura en las mesas oclusales. No se observaron movimientos parafuncionales mandibulares (los que no son propios de la función del habla o la masticación). La paciente, que anteriormente sólo deglutía alimentos en forma de papillas, pudo masticar y alimentarse de manera normal gracias al protector bucal.



Figura 4. Aumento de la dimensión vertical con un protector bucal para evitar la autoagresión.

Se le vigila cada mes. Ha evolucionado satisfactoriamente (Figura 5).

DISCUSIÓN

Fernández¹⁸ y García¹⁹ señalan que la hipoxia perinatal causa severos problemas cuya detección y prevención tempranas son fundamentales para un tratamiento neurorehabilitador.

Múltiples publicaciones señalan que el tratamiento de elección para pacientes con autoagresiones ha sido la exodoncia de todos los órganos dentarios, la colocación de almohadillas de goma dentro de la boca, entre otros.²¹⁻²³



Figura 5. Aspecto del paciente un año después de colocar el protector bucal.

Nuestra paciente se trató de manera conservadora, con la colocación de un dispositivo intraoral.

CONCLUSIONES

Proponemos que en los pacientes con trastornos de automutilación no es necesario extraer los órganos dentarios.

La presencia de los dientes ayuda a la respiración correcta, al crecimiento y desarrollo craneofacial, a la fonación, a la estética. Además, hecho importante, sirven para comer.

Es obligación del médico buscar la mejor solución a los retos que se le presentan. Deben ser considerados los tratamientos conservadores o los menos radicales. Los avances de la medicina ofrecen a los niños mejores expectativas de vida en casi todas las enfermedades cuya calidad debe preservarse a toda costa, de forma integral e interdisciplinaria.

REFERENCIAS

- Schlager CG, Colombo CM, Lascassie SY. Enfermedad de Lesch-Nyhan. *Rev Chil Pediatr* 1986 57(6):579-84.
- De Gregorio L, Nyhan WL, Serafin E, Chamoles NA. An unexpected affected female patient in a classical Lesch-Nyhan family. *Mol Genet Metabol* 2000;69(3):263-8.
- Chen H. Lesch-Nyhan Syndrome. *Atlas of Genetic Diagnosis and Counseling*. Ed. Humana Press; 2006. p. 600-3.
- Berney TP, Ireland M, Burn J. Behavioural phenotype of Cornelia de Lange syndrome. *Arch Dis Child* 1999;81:333-6.
- Krantz I, McCallum J, DeScipio C. Cornelia de Lange. *Nature Genetics* 2004;36(6): 631-5.
- Benítez V, San Julián E, Rodríguez M. Fenilcetonuria. *Arch Pediatr Urug* 2001;72:4.
- Astete AC, Youlton RR, Castillo TS, Be RC, Daher NV. Análisis citogenético en 257 casos de síndrome de Down. *Rev Chil Pediatr* 1991;62(2):99-102.
- Dickens E. Psychiatric disorders in Prader-Willi Syndrome. 2003;17(3):167-78.
- Blanco N, Manresa V, Mesch G, Melgarejo M. Síndrome de Rett: Criterios diagnósticos. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina – 2006*;153(1):22-28.
- Fernández CO, Gómez GA, Sardiñaz HN. Esclerosis tuberosa. Revisión. *Rev Cubana Pediatr* 1999;71(3):160-7.
- Herrerros MB, Ascurra M, Franco R. Síndrome de Williams. Reporte de tres casos. *Mem Inst Investig Cienc Salud* 2007;3(1):45-9.
- Asociación Psiquiátrica Americana: DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- Chávez LE, Ng B, Ontiveros UM. Trastorno de límite de personalidad. *Salud Mental* 2006;29(5):16-24.
- De Antonio I, Torres JR, Verdú PA, Prior CC, García PJ. Tratamiento del síndrome de Lesch-Nyhan. *Rev Neurol* 2002;

- 35(9):877-83.
15. Fatela V, Acedo M. Trastorno de la reactividad del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:31-7.
 16. Villafranca AJ, Castillo DP, Garcés SM. Síndrome de Moebius. *Rev Chilena Cir* 2003;55(1):75-80.
 17. Chen H. *Atlas of Genetic Diagnosis and Counseling. Moebius Syndrome* Ed. Humana Press; 2006. p. 655-9.
 18. Fernández BA, Ortega AR, Harmony T. Complicaciones de la asfixia perinatal en el recién nacido. *Salud Mental* 2004;27(1):28-37.
 19. García-Alix A, Quero J. Asfixia intraparto y daño cerebral. Mitos y realidades. *An Esp Pediatr* 1993;39:381-4.
 20. Carrasco JM. Ketamina. ¿Nuevas posibilidades? *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2004;51:1-2.
 21. Rivera RO. Anestesia disociativa con clorhidrato de ketamina. *Rev Med Hondur* 1970;38:181-90.
 22. Dávila JM, Aslani MB, Wentorth E. Oral appliance attached to a bubble element for prevention of self-inflicted injury. *ASDC J Dent Child* 1996;63(2):131-4.
 23. Cervantes CK, Villagrán UJ. 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;12(3):154-8.
 24. Anderson L, Ernst M. Self-Injury in Lesch-Nyhan disease. *J Aut Develop Dis* 1994;24(1):64.
 25. Rubio OL, Rivera FA, Sempere PA. Toxina botulínica como tratamiento de las automutilaciones en el síndrome de Lesch-Nyhan. *An Pediatr (Barc)* 2008;68(supl 2):378-4.
 26. Shugara T, Mishima K, Mori Y. Lesch-Nyhan syndrome: successful prevention of lower lip ulceration caused by self-mutilation by use of mouth guard. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994;23(1):37-8.
 27. Cehreli ZC, Olmex S. The use of a special mouthguard in the management of oral injury self-inflicted by a 4-year-old-child. *Int J Pediatr Dent* 1996;6(4):277-81.
 28. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la OMS. www.ops.org.bo/TE=20060127125403
 29. Borrows R, Muzzo BS. Síndrome de San Filippo: tipificación de mucopolisacáridos en orina y determinación enzimática en plasma. *Rev Chil Pediatr* 1980;51:129-33.
 30. Moranes M. Autolesiones en pacientes con discapacidades psíquicas (II). *Patologías asociadas y diagnóstico diferencial.* www.psicocentro.com