



## Rehabilitación bucal integral en paciente con trastorno del espectro autista: revisión de la literatura y reporte de un caso clínico

### Integral bucal rehabilitation in autism spectrum disorder patient. Case report

Diana Laura Tejada-Gutiérrez<sup>1-a</sup> | Salvador Eduardo Lucas-Rincón<sup>2-b</sup> | Daniela Carsi-Mendoza<sup>2-c</sup> | Sonia Márquez-Rodríguez<sup>2-d</sup> | Martha Mendoza-Rodríguez<sup>2-e</sup> | Miriam Alejandra Veras-Hernández<sup>2-f</sup> | José de Jesús Navarrete-Hernández<sup>2-g</sup> | Norma Leticia Robles Bermeo<sup>2-h</sup> | Carlo Eduardo Medina-Solís<sup>2,3-i</sup>

<sup>1</sup> iD | Programa de Especialidad en Odontopediatria del Área Académica de Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México.

<sup>2</sup> iD | Área Académica de Odontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, México.

<sup>3</sup> iD | Centro de Investigación y Estudios Avanzados “Dr Keisaburo Miyata” de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

#### HISTORIAL DEL ARTÍCULO

Recepción: 04-04-2024

Aceptación: 30-05-2024

Publicación: 30-06-2024

#### PALABRAS CLAVE

salud bucal,  
odontopediatria,  
trastorno del espectro  
autista.

#### KEY WORDS

oral health,  
pediatric dentistry,  
autism spectrum  
disorder.

#### ORCID

<sup>a</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8791-0071>

<sup>b</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6622-8054>

<sup>c</sup> <https://orcid.org/0009-0000-6447-502X>

<sup>d</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1769-8276>

<sup>e</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7887-7580>

<sup>f</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3678-5658>

<sup>g</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7923-8737>

<sup>h</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8516-9689>

<sup>i</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1410-9491>

#### CORRESPONDENCIA AUTOR

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
HIDALGO, PACHUCA, MÉXICO.  
E-MAIL: CEMEDINAS@YAHOO.COM

#### RESUMEN

**Introducción.** El trastorno del espectro autista (TEA) es un término que se utiliza para describir un conjunto de trastornos sociales de aparición temprana, con afectación en las habilidades físicas, sociales y de lenguaje. **Objetivo.** Presentar el manejo odontopediátrico de un paciente con Trastorno del Espectro Autista para mejorar la atención en estos pacientes, con la utilización de diversas técnicas de tratamiento. **Presentación del caso clínico.** Paciente masculino de 5 años 2 meses de edad, con diagnóstico de TEA grado II, acude a consulta dental por presencia de aumento de volumen de lado inferior derecho de la cara y absceso a nivel del órgano dental 84. Se observa a la exploración bucal múltiples lesiones cariosas, dando como diagnóstico caries de la infancia temprana. Se inicia pulpectomía y se prescribe doble esquema antibiótico de amoxicilina con ácido clavulánico y metronidazol. En citas subsecuentes se realiza obturación de pulpectomía (OD 84) con pasta de hidróxido de calcio yodoformada; control de placa dentobacteriana, indicando técnica de cepillado y aplicación tópica de barniz de fluoruro de sodio al 5% y colocación de corona acero-cromo del órgano dental 84; rehabilitación bucal completa, pulpectomía de órgano dental 64 y corona de acero cromo; extracciones de órganos dentales 54 y 74; mantenedores de espacio banda-ansa. Se realizó cita de control a los 3 meses realizando tratamientos preventivos, colocando ionómeros de vidrio de alta viscosidad en órganos dentales 55, 65, 75 y 85. **Conclusiones.** No se presentaron complicaciones trans y posoperatorias, cumpliendo el objetivo de rehabilitación bucal infantil.

#### ABSTRACT

**Introduction.** Autism spectrum disorder (ASD) is a term used to describe a set of early-onset social disorders, affecting physical, social and language skills. **Objective.** Present the pediatric dental management of a patient with Autism Spectrum Disorder to improve care in these patients, with the use of various treatment techniques. **Clinical Case Presentation.** A male patient, 5 years and 2 months old, with a diagnosis of ASD grade II, went to the dental office due to the presence of increased volume on the lower right side of the face and an abscess at the level of the dental organ 84. Multiple oral examinations were observed. carious lesions, giving early childhood caries as a diagnosis. A pulpectomy was initiated and a double antibiotic regimen of amoxicillin with clavulanic acid and metronidazole was prescribed. In subsequent appointments, pulpectomy obturation (OD 84) is performed with iodoformed calcium hydroxide paste; control of dental plaque, indicating brushing technique and topical application of 5% sodium fluoride varnish and placement of a chrome-steel crown of the dental organ 84; complete oral rehabilitation, pulpectomy of dental organ 64 and chrome steel crown; extractions of dental organs 54 and 74; band-ansa space maintainers. A control appointment was made after 3 months, carrying out preventive treatments, placing high viscosity glass ionomers in dental organs 55, 65, 75 and 85. **Conclusions.** There were no trans or postoperative complications, fulfilling the objective of children's oral rehabilitation.

## INTRODUCCIÓN

La palabra autismo proviene del griego auto, que quiere decir “propio, uno mismo”<sup>1</sup>. El autismo es una condición conductual de disfunción neurológica que se manifiesta en el área de la conducta de por vida con anomalías en las interacciones sociales y los patrones de comunicación, además, se asocia a patrones repetitivos de intereses y comportamientos, se considera el mayor desorden mental de la infancia<sup>2-5</sup>. El trastorno autista se describió por primera vez en 1968 por el psicólogo estadounidense Leo Kanner<sup>3,6,7</sup> donde define los rasgos más impor-

tantes del autismo infantil: la incapacidad para establecer relaciones con las personas, el retraso en el lenguaje, la insistencia obsesiva a mantener el ambiente sin cambios, las actividades repetitivas, estereotipadas y poco imaginativas y la aparición de los primeros síntomas desde la edad temprana o desde el nacimiento.<sup>1,8</sup> Se trata de un trastorno biológico complejo que generalmente dura toda la vida de una persona, comenzando antes de los tres años<sup>1,2,9-11</sup>. Afecta a 1 en cada 44 niños, y probablemente tres veces más a los niños que a las niñas<sup>2,9</sup>. “La heterogeneidad del autismo se acepta ahora universalmente a nivel fenotípico bajo el término espectro”<sup>12</sup>. Es posible encontrar varias causas para el autismo, pero todas son solo hipótesis porque aún no se ha encontrado una causa precisa para el trastorno. Esto se debe a que el autismo no es un solo síndrome y su etiología es diversa y multicausal. Es posible encontrar varias causas para el autismo, pero todas son solo hipótesis porque aún no se ha encontrado una causa precisa para el trastorno. Esto se debe a que el autismo no es una sola condición y su etiología es diversa y multicausal<sup>2</sup>. La carga genética del autismo, ha sido estudiada y es indiscutible, hay genes asociados, es un desorden hereditario. Por ejemplo, investigaciones genéticas han revelado una disminución en la expresión del gen MeCP2, que está relacionado con el cromosoma X e implica graves desórdenes del desarrollo, en el 80% de las personas con autismo<sup>1</sup>. Existen también factores inmunológicos y ambientales, a los que el niño fue expuesto durante la gestación y/o después del nacimiento. El trastorno del espectro autista (TEA) debe ser especificado de acuerdo a la gravedad actual, la gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y patrones de comportamiento restringidos y repetitivos, en 3 niveles, Grado I: presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social. Grado II: marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas. Grado III: mínima comunicación social<sup>13</sup>.

Los niños con TEA tienen problemas para obtener cuidados dentales tanto en casa como en el consultorio dental. Según un estudio, el 50% de los pacientes con TEA se cepillaban los dientes dos veces al día, mientras que el 61% de los padres de los hijos con TEA dijeron que era difícil cepillarse los dientes. En el consultorio dental, puede haber desafíos con sabores u olores no agradables, luces brillantes y sonidos agudos asociados al equipo dental. Esto se ha relacionado con el comportamiento no cooperador de los niños con TEA<sup>3</sup>. El

comportamiento del paciente con autismo durante la cita odontológica puede mejorarse con técnicas de manejo de conducta, según la literatura, y se clasifican en técnicas básicas las cuales son decir-mostrar-hacer, control de voz, refuerzo positivo, distracción, modelado y avanzadas: sedación consciente con óxido nítrico, estabilización protectora y anestesia general<sup>14</sup>. Se han descrito exitosamente el uso de pictogramas que representan las situaciones en las cuales el niño va a ser involucrado, realizando cartillas con la secuencia de imágenes relacionadas con la consulta odontológica. La musicoterapia es una técnica de manejo de conducta alternativa donde en especial la música clásica y el jazz son eficientes para promover la relajación de los pacientes<sup>2</sup>. Por el contrario, los olores y sonidos que se producen en el consultorio, como los de la pieza de mano, el eyector y los olores muy fuertes, como el acrílico y el fluoruro, pueden causar hiperactividad, agresión y respuestas negativas en el paciente<sup>15</sup>. Las estrategias para la modificación de conducta son esenciales porque el manejo del comportamiento de conducta se fundamenta en el conductismo. Esta rama de la Psicología describe que el comportamiento de una persona es modificable si se alteran las situaciones ambientales que lo rodean basándose en el control de las emociones<sup>2</sup>.

El objetivo del presente trabajo fue presentar el manejo odontopediátrico de un paciente con Trastorno del Espectro Autista para mejorar la atención en estos pacientes, con la utilización de diversas técnicas de tratamiento.

## REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 5 años 2 meses de edad, acude al área de Odontopediatría del Hospital General de Pachuca; Campus Arista, en compañía de su madre.

Al realizar la historia clínica, como antecedentes heredofamiliares, la madre reportó que abuelos paternos y maternos presentaban diagnóstico de diabetes e hipertensión. Cuenta con antecedentes personales patológicos de diagnóstico de trastorno del espectro autista, grado 2. El peso del paciente fue de 18 kg y una talla de 1.10 m. Como padecimiento actual la madre refirió “a mi hijo se le hinchó su cachete ayer en la noche” (sic).

Al paciente se le clasificó en la escala de Frankl nivel I, (conducta negativa ante la consulta odontológica) extraoralmente se observó aumento de volumen del lado inferior derecho (*Figura 1*). A la exploración bucal se observó lesión cariosa profunda con diagnós-

tico ICDAS 6 en el órgano 84, emitiéndosele un diagnóstico de celulitis facial y necrosis pulpar. Se le explicó a la madre el tratamiento a realizar y firmó consentimiento informado.



**Figura 1.** Aumento de volumen del lado inferior derecho originado por caries profunda del diente 84.

En el tratamiento se realizó técnica de manejo de conducta decir-mostrar-hacer y no se obtuvo una respuesta favorable, por lo que procedimos a realizar protección estabilizadora (Figura 2). Se realizó infiltración de 36 mg de lidocaína al 2%, con epinefrina 1:100,000, 1 cartucho de 1.8 ml (ZEYCO, Zapopan, Jalisco, México), logrando bloqueo anestésico del nervio dentario inferior, se procedió a realizar aislado absoluto con dique de hule (Nictone 5x5 MDC dental, Zapopan Jalisco, México) y grapa atraumática (Kerr, Switzerland) (Figura 3 A). Posteriormente se realizó el acceso de O.D 84 con fresa de bola de alta velocidad del #6, se observaron los 3 conductos (2 mesiales y un distal), midiendo la longitud con localizador de ápice electrónico (Eighteeth, Jiangsu Province, China), (Figura 3 B), mesiovestibular, mesiolingual y distal, los cuales presentaban una longitud de 11 mm, 10.5 mm y 13 mm, respectivamente. Se realizó trabajo biomecánico con sistema rotatorio (Eighteeth, Jiangsu Province, China), con secuencia de limas 20, 25 y 30 mm (Figura 3 C).

Se procedió a irrigar con hipoclorito de sodio al 2.5% con punta de irrigación lateral (ENDO EZE, Ultradent, USA), se decidió no realizar la obturación hasta la cita siguiente por la presencia de la celulitis facial, indicando antibioticoterapia a base de amoxicilina con Ácido Clavulánico 400mg/5ml,

(Clamoxin suspensión, México), Metronidazol 250mg/5ml (Flagyl suspensión, Barcelona España), indicando una dosis de 6ml cada 8 horas x 7 días.



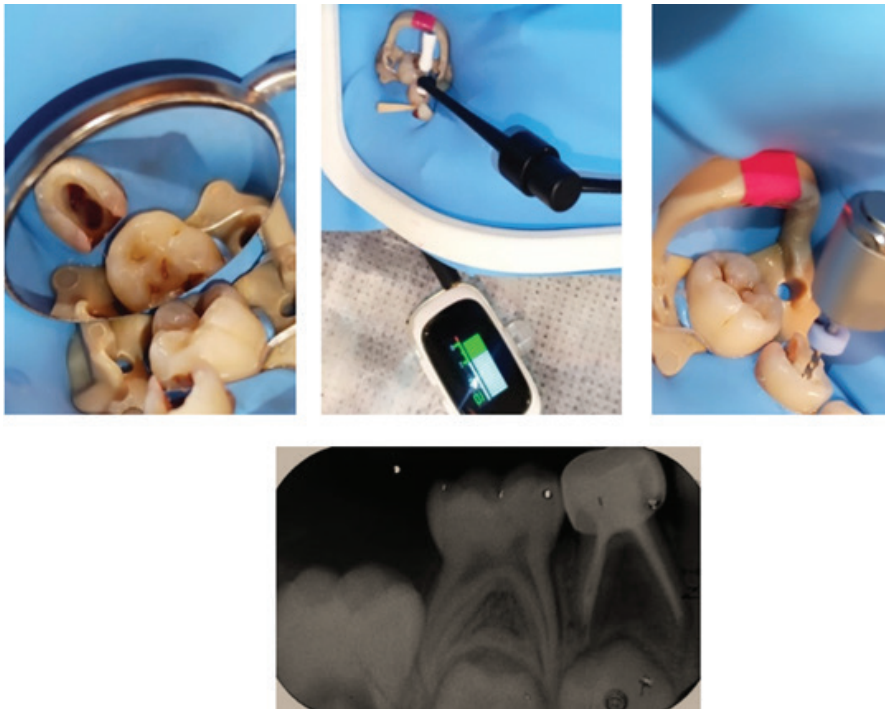
**Figura 2.** Técnica de manejo de conducta: estabilización protectora.

(Clamoxin suspensión, México), Metronidazol 250mg/5ml (Flagyl suspensión, Barcelona España), indicando una dosis de 6ml cada 8 horas x 7 días.

En la cita subsecuente, 8 días después de la primera, se observó totalmente desinflamada la zona facial (Figura 4) y sin presencia de absceso periodontal y periapical. Se realizó infiltración de 36 mg de lidocaína al 2%, con epinefrina 1:100,000, 1 cartucho de 1.8 ml (ZEYCO, Zapopan, Jalisco, México), logrando bloqueo anestésico del nervio dentario inferior, se realiza aislado absoluto con dique de hule (Nictone 5x5 MDC dental, Zapopan Jalisco, México) se irrigó con hipoclorito de sodio al 2.5% con punta de irrigación lateral (ENDO EZE, Ultradent California, USA). Se secaron los conductos con puntas Capillary (Ultradent California, USA) y se hizo la obturación con pasta de hidróxido de calcio yodoformada (Ultrapex Meta Biomed, Corea del sur) (Figura 3 D).

En la cita subsecuente se realizó control de placa dentobacteriana, indicando técnica de cepillado y aplicación tópica de barniz de fluoruro de sodio al 5% (clinpro 3M, Minnesota, USA). Se procedió a la preparación del órgano dental 84 realizando reducción vestibular y lingual con fresa de punta de lápiz y reducción oclusal con fresa de rueda de carro, posteriormente se coloca corona acero cromo (3M Minnesota, USA) cementándola con ionómero de vidrio tipo I (KetacCem 3M Minnesota, USA) (Figura 3 D).





**Figura 3.** A) Aislado absoluto con dique de hule. B) Localizador de ápice electrónico. C) Trabajo biomecánico con sistema rotatorio. D) Obturación con Ultrapex y colocación de corona acero cromo.



**Figura 4.** Fotografía donde se observa la disminución de la inflamación.

Se realizó la rehabilitación bucal completa en 7 citas, observando que el comportamiento del paciente mejoró de manera notable ya que se manejaron técnicas alternativas de manejo de conducta musicoterapia y uso de pictogramas. Se realizó pulpectomía con el mismo protocolo antes mencionado y corona de O.D 64 (primer molar superior izquierdo) (Figura 5 A). Para las extracciones de los O.D 54 y 74 (Figura 5 B y 5 C), se realizó infiltración de 36 mg de lidocaína al 2%, con epinefrina 1:100,000, 1

cartucho de 1.8 ml (ZEYCO, Zapopan, Jalisco, México), haciendo técnica alveolar posterior y técnica del nervio palatino mayor, se hace la sindesmotomía con (espátula 7A Hu-Friedy, USA) luxación con elevador delgado y extracción realizando movimientos vestibulo linguales en O.D 74 y vestibulo-palatinos en O.D 54 con (fórceps 151s y 150s Hu-Friedy, USA) respectivamente. Se lavó con solución fisiológica (PiSA, Guadalajara Jalisco, México). Se realizó hemostasia con dígito presión durante 5 minutos con gasa estéril y posteriormente se colocó mantenedor de espacio banda-ansa (Figura 5 B y C), cementándolos con ionómero de vidrio tipo I (KetacCem 3M, Minnesota, USA).

A los tres meses de haber realizado el tratamiento, se colocaron ionómeros de vidrio de alta viscosidad (EQUIA Forte Fill GC, Tokio Japón), como método preventivo en órganos dentales 55 (segundo molar superior derecho) 65 (segundo molar superior izquierdo), 75 (segundo molar inferior izquierdo) y 85 (segundo molar inferior derecho) y aplicación tópica de barniz de fluoruro de sodio al 5% (clinpro 3M, Minnesota, USA).



**Figura 5.** A) Pulpectomía y corona en diente 64. B) Extracción de diente 54 y mantenedor de espacio banda-ansa. C) Extracción de diente 74 y mantenedor de espacio banda-ansa.

## DISCUSIÓN

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el autismo se incluye en la categoría de los trastornos profundos del desarrollo. El síntoma principal consiste en una falta de respuesta a los demás, con un deterioro en la comunicación y la presencia de respuestas “raras” a diversas situaciones, todo desarrollado en los primeros 30 meses de vida<sup>13</sup>. La literatura ha destacado la complejidad del manejo de los pacientes con TEA y la necesidad de investigar técnicas para poder brindar una mejor atención odontológica en estos pacientes, permitiendo diagnósticos sencillos, habilidades en la comunicación y un seguimiento a largo plazo lo cual permitirá un mayor bienestar para el paciente y una mejor calidad de vida<sup>14</sup>.

La identificación y diagnóstico del TEA en un proceso complejo debido a su individualidad y sus diversas manifestaciones, a pesar de ser conscientes de los problemas y dificultades que presentan, muchos padres y/o tutores están confundidos por este diagnóstico y refieren tener dudas sobre que es el TEA<sup>16,17</sup>. Según Figueredo et al.,<sup>17</sup> los pacientes con TEA presentan dificultades persistentes en la comunicación social y las interacciones sociales en diferentes contextos, como déficits en la reciprocidad social, en las conductas de comunicación no verbal utilizadas en la interacción entre individuos y en las habilidades para desarrollar, mantener y comprender las relaciones.

La eficacia de limpieza de los conductos primarios con limas rotatorias es significativamente mejor, como en el presente caso. Un estudio reciente realizado por Govindaraju et al., mostró que alrededor del 34% de los profesionales utilizan limas rotatorias para la instrumentación de conductos en dientes primarios<sup>18</sup>. El comportamiento de los niños durante la preparación del conducto con limas rotatorias es más positiva en comparación con los niños en los que se utilizaron li-

mas manuales, donde el nivel de ansiedad de los niños fue comparativamente menor con limas rotatorias. Según un estudio realizado por Thakur et al. los pacientes a los que se les realizó pulpectomías con instrumentación rotatoria presentaron menos dolor posoperatorio en comparación con los pacientes donde se utilizó instrumentación manual.<sup>19</sup> Tyagi et. al realizaron un estudio teniendo como objetivo evaluar y comparar el efecto de la instrumentación manual en comparación con la instrumentación rotatoria evaluando el tiempo de instrumentación, dolor posoperatorio y comportamiento del niño, concluyendo que hay un menor tiempo de instrumentación y obturación en la instrumentación rotatoria, menor dolor posoperatorio a las 6 horas de haber realizado el procedimiento con instrumentación rotatoria, y no se observaron diferencias significativas en el comportamiento del niño entre los grupos.<sup>20</sup> Por lo que, coincidimos con estos autores, ya que en este caso clínico se observó un éxito en el tratamiento realizado.

En cuanto al tipo de atención odontológica que se brinda en pacientes con TEA en una clínica universitaria para pacientes con necesidades especiales, se observó que la mayoría de las consultas estaban dirigidas a la prevención de la salud bucal. Las medidas preventivas de higiene bucal en pacientes con TEA son muy importantes debido a la dificultad para llevar a cabo tratamientos más complejos en el consultorio debido al comportamiento de estos pacientes<sup>17</sup>. El manejo conductual en este caso fue complejo debido a que el primer tratamiento realizado fue una urgencia debido a la celulitis facial presentada, pero conforme avanzó el tratamiento se mejoró la conducta del paciente, logrando un Frankl<sup>3</sup> (paciente positivo). El manejo odontológico en pacientes con TEA es complejo debido a las características conductuales del paciente, específicamente, presentan problemas en el

desarrollo del lenguaje y no manifiestan emociones, sensaciones, ni dolor lo que dificulta la comunicación y la colaboración durante el procedimiento clínico. Para el caso reportado las técnicas de manejo de conducta utilizadas fueron decir—mostrar-hacer, la cual en un principio fue complicado realizarla, pero conforme avanzó el tratamiento se logró un mejor comportamiento con esta técnica, otra técnica utilizada fue estabilización protectora, así como técnicas de manejo de conducta alternativas: musicoterapia y uso de pictogramas. El caso no presentó complicaciones trans y posoperatorio, cumpliéndose el objetivo del tratamiento. Es de vital importancia que como odontopediatra se conozcan los protocolos de atención los cuales son uso de pictogramas, bloqueadores de ruido debido a la alta hipersensibilidad auditiva que presentan los pacientes, esto con la finalidad de evitar situaciones de rechazo al tratamiento por parte de estos pacientes, lo que reduciría la necesidad de la realización de procedimientos odontológicos bajo sedación o anestesia general.

## CONCLUSIÓN

Se concluyó que el paciente tuvo un tratamiento adecuado basado en un adecuado diagnóstico. Se mejoró la conducta del paciente utilizando técnicas alternativas como musicoterapia y pictogramas. La rehabilitación que se hizo específicamente para la realización de las pulpectomías fue con sistema rotatorio, con el fin de optimizar tiempos, observando un nivel menor de ansiedad, mejor

limpieza, conformación y obturación del conducto, teniendo como resultado menor dolor posoperatorio y éxito en el tratamiento.

El caso no presentó complicación trans- y pos- operatorias. Se cumplió con el objetivo del tratamiento, en el cual se realizaron diversos tipos de abordajes, de emergencia, curativo/rehabilitador, quirúrgicos y preventivos, con lo cual se obtiene el éxito del mismo. Es necesario que los odontopediatras tengan la formación adecuada para la resolución de pacientes con este tipo de condiciones.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Contribución de los autores

Todos los autores hicieron una contribución significativa al trabajo reportado, ya sea en la concepción, diseño del caso clínico, ejecución, adquisición de datos, análisis e interpretación, o en todas estas áreas; participación en la redacción, revisión o revisión crítica del artículo; Igualmente, dieron su aprobación final a la versión a publicar; y haber acordado la revista a la que se ha enviado el artículo; y acepta ser responsable de todos los aspectos del trabajo.

## Aspectos éticos

El presente estudio se publicó bajo el consentimiento y autorización informada libre y voluntaria de los pacientes, respetando en todo momento la confidencialidad de sus datos personales.

## REFERENCIAS

1. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. *Rev. CES Odont.* 2013;26(2):120-126.
2. Pimienta N, González Y, Rodríguez L. Autismo infantil, manejo en la especialidad de odontología. *Acta Médica del Centro.* 2017;11(4):56-69.
3. Como DH, Stein Duker LI, Polido JC, Cermak SA. Oral Health and Autism Spectrum Disorders: A Unique Collaboration between Dentistry and Occupational Therapy. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;18(1):135.
4. Zerman N, Zotti F, Chirumbolo S, Zangani A, Mauro G, Zocante L. Insights on dental care management and prevention in children with autism spectrum disorder (ASD). What is new? *Front Oral Health.* 2022;3:998831.
5. Wibisono WL, Suharsini M, Wiguna T, Sudiroatmodjo B, Budiardjo SB, Auerkari EI. Perception of dental visit pictures in children with autism spectrum disorder and their caretakers: A qualitative study. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016;6(4):359-65.
6. Giambattista C, Ventura P, Trerotoli P, Margari M, Palumbi R, Margari L. Subtyping the Autism Spectrum Disorder: Comparison of Children with High Functioning Autism and Asperger Syndrome. *J Autism Dev Disord.* 2019;49(1):138-150.
7. Thapar A, Rutter M. Genetic Advances in Autism. *J Autism Dev Disord.* 2021;51(12):4321-4332.
8. Sanchack KE, Thomas CA. Autism Spectrum Disorder: Primary Care Principles. *Am Fam Physician.* 2016;94(12):972-979.

9. AlHumaid J. Dental experiences related to oral care of children with autism spectrum disorders in Saudi Arabia: A literature review. *Saudi Dent J*. 2022;34(1):1-10.
10. Corridore D, Zumbo G, Corvino I, Guaragna M, Bossù M, Polimeni A, Voza I. Prevalence of oral disease and treatment types proposed to children affected by Autistic Spectrum Disorder in Pediatric Dentistry: a Systematic Review. *Clin Ter*. 2020;171(3):e275-e282.
11. Robinson-Agramonte MLA, Noris García E, Fraga Guerra J, Vega Hurtado Y, Antonucci N, Semprún-Hernández N, Schultz S, Siniscalco D. Immune Dysregulation in Autism Spectrum Disorder: What Do We Know about It? *Int J Mol Sci*. 2022;23(6):3033.
12. Mottron L, Bzdok D. Autism spectrum heterogeneity: fact or artifact? *Mol Psychiatry*. 2020;25(12):3178-3185.
13. American Psychiatric Association. Trastorno del espectro autista. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5. 5ta edición. Estados Unidos de América: Panamericana; 2014. p.28-32.
14. Vallogini G, Festa P, Matarazzo G, Gentile T, Garret-Bernardin A, Zanette G, Galeotti A. Conscious Sedation in Dentistry for the Management of Pediatric Patients with Autism: A Narrative Review of the Literature. *Children (Basel)*. 2022;9(4):460.
15. Jiménez E, Raposo S. Manejo odontológico del paciente autista. Manifestaciones orales. REDOE. 2015; disponible en: <http://www.redoe.com/print.php?id=207>
16. Ferrazzano GF, Salerno C, Bravaccio C, Ingenito A, Sangianantoni G, Cantile T. Autism spectrum disorders and oral health status: review of the CSE. *Eur J Paediatr Dent*. 2020;21(1):9-12.
17. Figueredo M, Back D, Pasqualini L. Perfil dos pacientes com transtorno do espectro autista e outras comorbidades atendidos em uma Faculdade de odontologia. *Research Society and Development*. 2022;11(1):1-13.
18. Govindaraju L, Subramanian E, Jeevanandan G. Comparing the Influence of Conventional and Rotary Instrumentation Techniques on the Behavior of the Children: A Randomized Clinical Trial. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021;14(Suppl 2):S179-S185.
19. Thakur B, Bhardwaj A, Wahjuningrum DA, Luke AM, Shetty KP, Pawar AM, Reda R, Seracchiani M, Zanza A, Testarelli L. Incidence of Post-Operative Pain following a Single-Visit Pulpectomy in Primary Molars Employing Adaptive, Rotary, and Manual Instrumentation: A Randomized Clinical Trial. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(2):355.
20. Tyagi R, Khatri A, Kalra N, Sabherwal P. Comparative Evaluation of Hand K-flex Files, Pediatric Rotary Files, and Reciprocating Files on Instrumentation Time, Postoperative Pain and Child's Behavior in 4-8-year-old Children. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021;14(2):201-206.

#### COMO CITAR

Tejada-Gutiérrez DL, Lucas-Rincón SE, Carsi-Mendoza D, Márquez-Rodríguez S, Mendoza-Rodríguez M, Veras-Hernández MA, Navarrete-Hernández J de J, Robles Bermeo NL, Medina Solís CE. Rehabilitación bucal integral en paciente con trastorno del espectro autista: revisión de la literatura y reporte de un caso clínico. *ODONTOLOGÍA*. 30 de junio de 2024; 26(2):91-97. Disponible en: <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/6748>