

INFORME DE CASO

Autismo infantil, mirada a un paciente

MSc. Dr. Omar Hernández Rivero¹, Dra. María Cristina García Rodríguez², MSc. Dra. Solangel Gutiérrez Ewing³

Hospital Pediátrico “José Luis Miranda”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Los trastornos generalizados del desarrollo son enfermedades poco frecuentes; el más conocido es el autismo infantil. El diagnóstico de esta enfermedad es clínico. Se presenta un paciente para describir las formas de manifestación de esta enfermedad y para definir su diagnóstico final. El autismo se considera el mayor desorden mental de la infancia, por lo que estos pacientes necesitan de una gran dedicación de sus familias y de la sociedad para elevar su calidad de vida. Su pronóstico depende, en gran medida, del diagnóstico precoz y de un tratamiento oportuno multidisciplinario e intersectorial. Se consideró de interés comentar los principales aspectos clínicos de la enfermedad para contribuir a su rápido reconocimiento desde el nivel primario y a su atención integral.

Palabras clave: trastorno autístico

ABSTRACT

Generalised disorders of the development are slightly frequent diseases; most known is the infantile autism. The diagnosis of this disease is clinical. A patient is presented to describe the forms of manifestation of this disease and to define its final diagnosis. The autism is considered to be the major mental disorder of the infancy, so these patients need a great dedication from their families and from the society to raise their quality of life. Its forecast depends, on a great extent, on the precocious diagnosis and a multidisciplinary opportune treatment and intersectorial. It was considered of interest to comment the principal clinical aspects of the disease to contribute to its rapid recognition from the primary level and its integral attention.

Key words: autistic disorder

El autismo infantil se incluye dentro de los trastornos generalizados del desarrollo,^{1,2} está considerado como un síndrome de disfunción neuropsiquiátrica,^{3,4} es el mayor desorden mental de la infancia, manifiesta una multiplicidad de síntomas aparentemente poco relacionados con una amplia variabilidad en cuanto a su presentación y a su nivel de severidad, aparece antes de los tres años¹⁻⁵ y sus principales síntomas son la dificultad en la interacción social y en la comunicación verbal y no verbal, con ecolalia e inversión pronominal asociadas a actividades repetitivas y estereotipadas y la imposibilidad o la dificultad para relacionarse con el mundo exterior.

El autismo afecta a cuatro o cinco de cada 10 000 niños nacidos vivos y probablemente afecta tres veces más a los niños que a las niñas; las estadísticas varían considerablemente en dependencia del país, desde dos por 10 000 en

Alemania hasta 16 por 10 000 en Japón. En Cuba la prevalencia es de 0.4 por cada 10 000, por lo que resulta muy baja con respecto a las informadas en el mundo; en la Provincia de Villa Clara es de 0.335 por cada 10 000 niños. Las causas del trastorno no están bien precisadas, aunque internacionalmente se plantea la incidencia de factores multifactoriales y teorías más recientes abogan, simplemente, por una forma diferente de vivir. El diagnóstico es eminentemente clínico y el tratamiento va encaminado a favorecer la socialización y la inserción del niño y su familia a la sociedad.^{2,4,6-10}

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Preescolar de cinco años de edad, masculino, blanco, que a los dos años y cinco meses de edad fue llevado a la Consulta de Psiquiatría Infantil del Hospital Pediátrico Universitario "José Luís Miranda", de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, porque el niño se mantenía casi siempre solo, aislado, no buscaba la relación con otras personas, no mantenía contacto visual, parecía sordo, no atendía ni respondía al llamado, no obedecía órdenes sencillas y el lenguaje aprendido lo había olvidado. Presentaba movimientos repetitivos de las manos, como si aleteara, y caminaba en la punta de los pies; también tenía trastornos del sueño.

-Antecedentes evolutivos personales: embarazo deseado, planificado, de bajo riesgo obstétrico; parto eutócico, a término, de 39.3 semanas, con prueba de Apgar 8/9, peso de 9.13 libras, talla de 50cm y circunferencia cefálica de 36cm.

-Antecedentes postnatales: no hipoxia, no complicaciones.

-Antecedentes patológicos personales: nada significativo.

-Antecedentes patológicos familiares: padre epiléptico y hermano con autismo típico.

-Desarrollo psicomotor: los padres refieren que fue normal hasta los 18 meses, momento en que comenzaron a notar atraso en el desarrollo del lenguaje.

-Ablactación: lactancia materna exclusiva hasta un año y cinco meses de vida; actualmente es selectivo con los alimentos y tiene frecuentes caprichos alimentarios.

-Historia escolar: estuvo al cuidado de la mamá hasta la edad de tres años, después de la que se incorporó al círculo infantil, con historia de buena adaptación, dificultades en el aprendizaje y objetivos no vencidos.

A los tres años necesitaba ayuda para lavarse los dientes y comer, no utilizaba objetos sustitutos, se comunicaba con palabras aisladas y su comprensión dependía de la ayuda del adulto, no formulaba oraciones, solo monosílabos, y su lenguaje era mímico, corría con dificultad, no mantenía el equilibrio, caminaba en punta de pie, no realizaba preguntas, se aislaba, se mantenía con poca o ninguna socialización con coetáneos, ordenaba objetos en fila, con preferencia por las pelotas y otros objetos redondos.

A los tres años y cinco meses no realizaba preguntas, no comprendía ni establecía conversaciones sencillas, no realizaba trazos en diferentes direcciones, mostraba intranquilidad y agresividad y miraba fijo al adulto, sin comunicarse.

A los cuatro años su lenguaje era inentendible, con jerga, ecolalia y gritos, daba perretas continuas, era caprichoso y agresivo en ocasiones, poco afectivo, no se socializaba con adultos y muy poco con coetáneos.

A los cinco años ordenaba objetos por el tamaño, los reconocía por los colores primarios amarillo, rojo y azul, conocía e identificaba algunos héroes de la Patria, se relacionaba ocasionalmente con otros niños, no realizaba actividades en conjunto, decía palabras aisladas (buenos días, hola, adiós), era capaz de decir adiós con la mano, contaba hasta el número 10 y los ordenaba por orden ascendente.

-Ambiente familiar: convive con su mamá, su papá, su hermano menor y los abuelos paternos, que emplean un método educativo inconsistente: permisividad y rigidez. Los métodos de disciplina empleados son el castigo, el regaño y la violencia física. Tienen una buena situación económica, un nivel cultural en la familia de técnico medio y una buena integración social de sus miembros.

-Examen físico general, regional y por aparatos: nada positivo a señalar (se hizo énfasis en el examen neurológico, en el que no se encontraron signos de focalización neurológica).

-Examen psiquiátrico: viste ropa propia, sin especial cuidado de su porte y su aspecto. Se observó tomado de la mano, de forma permanente, por su madre. Saludó con un beso, pero sin mirar ni sonreír durante el saludo. Miraba constantemente un juguete redondo que tenía en la mano. No respondió a las preguntas que se le hicieron y no obedeció órdenes.

-Funciones de síntesis: lúcido desde el punto de vista vigíl. Orientación: no cooperó en la entrevista, permaneció concentrado en su actividad con el objeto que tenía en la mano y no respondió a los estímulos del medio. Luego de estimularlo de manera rutinaria repitió los números aprendidos del uno al 10 y repitió una poesía sencilla de cuatro versos. Memoria de fijación: no se puede explorar.

-Funciones cognoscitivas: sensopercepciones, no impresionaba actitud de alucinado. Pensamiento: origen, autista. Curso: palabras aisladas relacionadas con la situación del momento: hola, adiós, buenas. Contenido: "hola, adiós, buenas". Inteligencia: es difícil de precisar.

-Funciones afectivas: no mostraba expresividad en el rostro, aplanamiento afectivo excepto cuando reconoció a la terapeuta ocupacional, una persona muy allegada a él, entonces la miró y sonrió, pero brevemente. Fascie: indiferente.

-Funciones conativas: fase implícita: no se pudo explorar.

-Fase explícita: en el hogar es un niño intranquilo, que obedece pocas órdenes y solo cuando son dirigidas por la mamá, no cumple el castigo impuesto, generalmente juega solo aunque en alguna ocasión juega con el hermano. Cuando se le regaña o no se hace lo que él quiere se muestra irritable, da golpes en las paredes y grita. A las personas allegadas a él les sonrío a veces, nunca mira cuando le hablan, solo dice algunas palabras aisladas y come solo, aunque la madre prefiere darle los alimentos.

Durante la entrevista no miraba a los ojos, no respondió preguntas ni obedeció órdenes, se le orientaba que se sentara y se negaba. Se le indicó que dibujara y gritó, pues lo que quería era permanecer jugando con la pelota que tenía en la

mano. Realizaba movimientos continuos con las manos y el objeto, de igual forma una y otra vez, y permaneció dentro del círculo de niños, pero no se relacionó directamente con ninguno.

-Mímica y lenguaje: ausencia de expresión facial, excepto al reconocer a alguien conocido, lenguaje pobre, solo palabras aisladas y en tono poco común, en ocasiones no relacionadas con la situación existente.

-Funciones de relación:

Consigo mismo: se reconoce ante el espejo o en fotografías, pero en ocasiones no usa el "yo" para referirse a él mismo y dice "el niño".

Con los demás: tendencia al aislamiento y al retraimiento social, no rechaza a los demás, pero es como si no estuvieran presentes en su entorno o no le interesaran las otras personas, generalmente juega solo y solamente se acerca a un niño para quitarle algún juguete, con los adultos que le son allegados se muestra sutilmente cordial al recibirlos, pero luego juega solo.

Con las cosas: intereses y motivaciones restringidos, presta atención solo a aquello que le es curioso y tiene juguetes preferidos como una pelota y una llave.

-Datos positivos al examen psiquiátrico: hiperconcentración, aplanamiento afectivo, fascie indiferente, irritabilidad, agresividad, hipercinesia, actividades repetitivas, movimientos estereotipados, lenguaje pobre (solo palabras aisladas), aislamiento y retraimiento social, intereses restringidos y motivaciones no acordes a su edad.

-Exámenes complementarios: de los exámenes complementarios fueron normales el electroencefalograma, los potenciales evocados auditivos de tallo cerebral, la tomografía axial computadorizada de cráneo y silla turca, las pruebas metabólicas en orina, la glicemia, la urea, la hormona estimulante de la tiroides, el colesterol y el ácido úrico. La escala de evaluación del autismo infantil (CARS, por sus siglas en inglés) alcanzó una puntuación de 42.5 puntos (compatible con autismo típico). El coprocultivo fue positivo a *Cándida albicans*.

-Resumen sindrómico: síndrome autista.

-Diagnóstico nosológico: autismo típico, planteable por la presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años de edad, y con mayor frecuencia en el sexo masculino, con un tipo característico de comportamiento anormal que afecta la interacción social y la comunicación y que muestra la presencia de actividades repetitivas y restrictivas; es decir, existe una falta de respuesta a las emociones de los demás, un comportamiento que no se amolda al contexto social, un uso escaso de los signos sociales convencionales y una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio emocional. No utiliza el lenguaje para una función social, se aprecian formas de actividad restrictivas, repetitivas y estereotipadas y restricción de los intereses y de la actividad en general, además tiene trastornos del sueño, rabieta y manifestaciones agresivas.

El paciente ha tenido una evolución favorable, está incorporado a la escuela y sus padres participan activamente en la psicoterapia de grupo para padres de personas que viven con autismo.

COMENTARIO FINAL

El diagnóstico de autismo infantil es clínico, solo la observación cuidadosa y la historia que ofrecen los padres y otros familiares son los elementos básicos para conocer qué es lo que presenta el niño. No hay marcadores psicobiológicos que puedan tomarse en cuenta para afirmar o negar el diagnóstico de autismo; si se conocieran se evitarían dudas, errores, omisiones y contradicciones, como ocurre a veces. Bastaría con buscar la presencia o la ausencia de estos marcadores para afirmar o negar el trastorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otero Ojeda AA, Rabelo Pérez V, Echazábal Campos A, Calzadilla Fierro L, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, et al. Trastorno del desarrollo psicológico [Internet]. En: Tercer glosario cubano de psiquiatría. La Habana: Hospital Psiquiátrico de la Habana; 2001. p. 312-329. [citado 25 Abr 2014]. Disponible en: http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/PDFs/Coleccion_de_Psicologia/tercer_glosario/completo.pdf
2. Demósthene Sterling Y. Un programa educativo para la estimulación de desarrollo de la socialización en los niños con autismo en la primera infancia [tesis]. Ciudad de la Habana: Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño; 2010.
3. Naranjo Álvarez RJ. Autismo. ¿Qué se conoce realmente sobre este trastorno? En: García García R. Temas de Neuropediatría. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p.118-23.
4. Campo Valdés I. Una estrategia de educación familiar en la escuela para niños con autismo [tesis]. La Habana: Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño; 2012.
5. Kanner L. Autistic disturbance of affective contact [Internet]. 1943 [citado 12 Abr 2014];217-250. Disponible en: <http://simonsfoundation.s3.amazonaws.com/share/071207-leo-kanner-autistic-affective-contact.pdf>
6. Galanter C, Jensen P. DSM-IV. Salud mental en niños y adolescentes. Estudio de casos y guía terapéutica. Madrid: Médica Panamericana; 2011.
7. Gómez Leyva I. El autismo. Atención educativa a niños autistas. En: Escolares con necesidades educativas especiales, selección de temas. La Habana: Pueblo y Educación; 2011. p.172-175.
8. Hernández Rivero O, Risquet Águila D, Pérez Pozo N. Propuesta para mejorar la atención a niños y adolescentes autistas. Medicentro [Internet]. 2010 [citado 25 May 2012]; 14(4):299-301. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/159/188>
9. Hernández Rivero O, Águila González Y, Risquet Águila D. Escuela para padres de niños autistas como parte de un sistema terapéutico integrado. Medicentro [Internet]. 2010 [citado 21 Jul 2011]; 14(3):237-239. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/150/179>
10. Talero-Gutiérrez C, Rodríguez M, De La Rosa De, Morales G, Vélez-Van-Meerbeke A. Caracterización de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista en una institución de Bogotá, Colombia. Neurología [Internet]. 2012 [citado 26 Sept 2014];27(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-caracterizacion-ninos-adolescentes-con-trastornos-90118100>

Recibido: 24-9-2015

Aprobado: 18-12-2015

Omar Hernández Rivero. Hospital Pediátrico "José Luis Miranda". Avenida 26 de Julio y 1ra. Reparto Escambray, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200
Teléfono: (53)(42)271745 omarhr2610@gmail.com