



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IDENTIFICACIÓN Y MANEJO ODONTOLÓGICO
DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL NIÑO
MALTRATADO**

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL
TÍTULO DE**

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

YDANIA JANETH RUIZ MEZA

TUTOR: C.D. ALEJANDRO HINOJOSA AGUIRRE

MÉXICO D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

“ Entre más esfuerzos hagas y mayores contrariedades enfrentes, mas delicioso encontrarás el sabor del triunfo “

A DIOS

Solo puedo decir gracias por guiarme por el buen camino y estar siempre a mi lado, por darme una vida llena de dicha, por bendecirme con una familia como la que tengo y un esposo maravilloso.

A MI MAMÁ (Graciela G. Meza Ayala)

Por ser tan importante e indispensable en mi vida, por quererme y llenarme de cariño, por saber entenderme y dejarme experimentar mis propios fracasos y triunfos. Por eso, hoy quiero darle las gracias y decirle que es lo más bello que tengo. Mami mil gracias por todo.

A MI PAPÁ (Mario R. Ruiz Bejarano)

Con toda mi admiración, respeto y amor le dedico esta tesina que es fruto de mi trabajo arduo y dedicación a lo que hago, cualidades que usted ha inculcado en mí. Gracias por brindarme la mejor de las herencias, mi educación y por todo el apoyo brindado a lo largo de mi vida.

A MI ESPOSO (Héctor I. Galindo Vargas)

A ti, el gran amor de mi vida te dedico este trabajo con todo mi amor y en agradecimiento por el apoyo que siempre me has brindado, sin ti esto no hubiera sido posible, gracias por ser el motor de mi vida y ayudarme a cumplir todos mis sueños para ser lo que ahora soy. Te amo. JPS.

A MIS HERMANOS

Vanessa: Gracias por estar siempre ahí cuando te he necesitado, por el apoyo incondicional y por ser como eres, te quiero.

Valeria: (Flaquita) gracias por ser siempre mi mejor amiga, mi confidente, una gran hermana y por estar a mi lado, te quiero.

Mario: Gracias por ser mi hermano, por ser ese hombre lleno de cualidades, de alegría, el que siempre esta ahí para arrancarme una sonrisa nunca cambies, te quiero.

Susana, Leticia, Adriana: Con quienes compartí buenos momentos a lo largo de mis estudios universitarios.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1 HISTORIA GENERAL DEL FENÓMENO DE MALTRATO	10
1.1 PANORAMA DEL PROBLEMA A NIVEL MUNDIAL	14
1.2 PANORAMA DEL PROBLEMA EN MÉXICO A NIVEL NACIONAL	17
CAPÍTULO 2 MALTRATO INFANTIL	20
2.1 ETAPAS DEL MALTRATO INFANTIL	20
2.2 CONCEPTOS	23
2.3 EPIDEMIOLOGÍA	24
2.4 ETIOLOGÍA	25
2.5 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL	27
2.5.1 PRENATALES	27
2.5.2 POSNATALES	27
2.5.2.1 Abuso físico	27
2.5.2.2 Abuso sexual	27
2.5.2.3 Abuso emocional	28
2.5.2.4 Negligencia	28

CAPÍTULO 3 DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO	29
3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	29
3.2 HISTORIA CLÍNICA	30
3.3 EXPLORACIÓN EXTRAORAL	31
3.3.1 LESIONES EN PIEL Y MUCOSAS	32
3.3.2 OTRAS LESIONES	36
3.4 EXPLORACIÓN INTRAORAL	37
3.4.1 LESIONES DE LA MUCOSA	37
3.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	40
CAPÍTULO 4 CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR Y DEL NIÑO AGREDIDO	42
4.1 CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR	42
4.2 CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO AGREDIDO	42
4.3 ABUSO FÍSICO: INDICADORES COMPORTAMENTALES	43
4.4 ABUSO SEXUAL: INDICADORES COMPORTAMENTALES	43
4.5 ABANDONO FÍSICO O NEGLIGENCIA: INDICADORES COMPORTAMENTALES	44
4.6 MALTRATO Y ABANDONO EMOCIONAL: INDICADORES COMPORTAMENTALES	44

CAPÍTULO 5 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO	46
5.1 MANEJO DE CONDUCTA	46
5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	48
5.3 TRATAMIENTO DE LAS LESIONES OROFACIALES	50
5.4 CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS	51
5.4.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS Y DE LA PULPA	51
5.4.2 LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES	54
5.4.3 LESIONES DEL TEJIDO ÓSEO	58
5.4.4 LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS	58
CAPÍTULO 6 ASPECTOS LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL	60
CONCLUSIONES	66
FUENTES DE INFORMACIÓN	67

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

INTRODUCCIÓN

El tema del maltrato al menor, en cualquiera de sus variedades, ha sido motivo de interés mundial en vista de su creciente prevalencia, tanto en países industrializados como en los que se encuentran en desarrollo. Por consiguiente, en la actualidad se han generado numerosas publicaciones al respecto incluyendo una revista médica especializada y de alcance mundial como lo es *The child abuse and neglect*, así como periódicos, revistas, y boletines de fácil acceso a la población en general. También las reuniones académicas de carácter mundial y regional han sido dedicadas al análisis integral del problema, todo ello con el fin de lograr una mayor difusión y aceptación de este. De esa manera se intenta establecer una serie de rutas que permitan tratar de modo integral al paciente con objeto de resolver el fenómeno lo más completamente posible.

El maltrato infantil es un problema que afecta a todos los sectores de nuestra sociedad; los malos tratos hacia los infantes son la causa de la muerte de miles de niños al año en el mundo. Un alto porcentaje de las víctimas que sobreviven a estos abusos los sufrirán de nuevo y posiblemente morirán a causa de éstos.

El maltrato y abandono de niños y adolescentes es un problema social en aumento que no se limita a las profesiones; médica, legal o de servicios sociales. El Odontólogo que trata a niños y adolescentes debe ser capaz, y además está obligado por la ley, a detectar, documentar, informar y con frecuencia ayudar a tratar a estos pacientes y a sus familias.

Debido a que el 65% de las lesiones se producen en la cabeza y cuello, los Odontólogos están en una posición privilegiada para detectar, intervenir y denunciar los casos de malos tratos infantiles, no siendo su misión juzgar al agresor. Así pueden ayudar a romper el círculo vicioso que suponen los malos tratos y reducir el número de muertes. Es una obligación tanto ética como moral principalmente de los Odontopediatras.

Ya que en medicina, Síndrome es un conjunto de signos y síntomas que se presentan siempre unidos, independientemente de la causa que los origina. El doctor Antonio Ruiz Taviel propone definir al síndrome de niño maltratado como: “el conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad, como la consecuencia de la agresión directa, no accidental de un mayor de edad, en uso y abuso de su condición de superioridad física, psíquica y social”. Existen cuatro tipos de maltrato infantil: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia.

El Dr. Henry Kempe en su libro “Niños maltratados” menciona que el síndrome del niño maltratado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosio Tardieu, catedrático de medicina legal en París. Hubo que basarse forzosamente en hallazgos obtenidos de autopsias, y describió 32 niños golpeados o quemados hasta que se les produjo la muerte.

El primer caso informado y documentado de maltrato infantil ocurrió en 1874. Una niña, fue encontrada encadenada a un barroto de su cama. Su caso fue llevado a la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad a los Animales de Nueva York, que intercedió en su favor. Al año siguiente se fundó la Sociedad Americana de Prevención de la Crueldad a los Niños. Posteriormente, en 1946, John Caffey describió sus primeras observaciones relativas a asociaciones entre hematomas subdurales y alteraciones

radiológicas anormales en los huesos largos. Estableciendo claramente la índole de dichas lesiones.

El niño maltratado crece en un mundo que no le despierta interés, la capacidad de integrarse y apasionarse no se ha despertado, y el futuro no le ofrece más que apatía. Esta situación de depresión, aunada al resentimiento y falta de confianza en llegar a ser aceptado y amado, determina la improductividad y la apatía en el futuro del niño maltratado.

Los datos disponibles indican que el problema del maltrato infantil, en todas sus vertientes, es un problema en aumento en las sociedades desarrolladas.

Se han revisado las aportaciones científicas relacionadas entre la Odontología y el maltrato infantil, siendo los odontólogos los profesionales indicados para diagnosticar y denunciar dichos signos. Para su diagnóstico clínico se debe seguir una sistemática con el objeto de no pasar por alto ningún signo o síntoma, sea extra o intraoral.

En agradecimiento a todas aquellas personas que a lo largo de mi formación académica dejaron algo positivo en mi vida:

Dr. Roberto Canales N.: Por sus grandes enseñanzas, y por ser una persona con una calidad humana indescriptible.

Dr. Carlos Calva L.: Por enseñarme el lado bueno de la Odontopediatría.

Dr. Alejandro Buensuceso O.: Por todo el apoyo brindado y sus excelentes consejos mil, gracias.

Dr. Alejandro Hinojosa A.: Por el tiempo brindado y la asesoría para la realización de este trabajo.

CAPÍTULO 1

HISTORIA GENERAL DEL FENÓMENO DE MALTRATO

La historia del maltrato a menores ocurre desde que el ser humano se encuentra en la faz de la tierra. Por lo tanto, debe entenderse y aceptarse que éste es un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma y no una característica peculiar de la sociedad moderna. Para comprender que las formas del mismo han sucedido de diversas maneras y que el problema es añejo, se presenta enseguida una breve semblanza de los hechos que fundamentan estas afirmaciones.

Aristóteles señalaba que “un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. Lo habitual en la Grecia y Roma de aquel tiempo, era que el padre tenía poder sobre la vida o la muerte de los hijos, y podía manciparlos a un tercero y abandonarlos sin que por ello sufriera castigo alguno. Otro ejemplo de esa situación en otra cultura se encuentra en el pasaje bíblico de Abraham, en el que se dice “Dios le dijo, toma a Isaac tu único hijo al que tanto amas y ofrécelo en holocausto” (Génesis 22. 11-12).

También las órdenes dictadas por Herodes constituyen un ejemplo del fenómeno que se analiza ya que para evitar la pérdida de su reino, mandó matar a todos los recién nacidos de su época. Hubo un tiempo en que se azotaba a los niños cristianos en el día de los inocentes para recordarles la masacre realizada por Herodes.¹

En algunas civilizaciones, el infanticidio era un medio para deshacerse de los niños con defectos físicos. En China, el límite para procrear era de tres hijos y para efectuar una especie de control de natalidad, el cuarto hijo era arrojado a los animales salvajes. La antigua costumbre de lisiar y deformar a

los niños para que causaran lástima y así poder pedir limosna era una situación muy común tal y como lo describe Charles Dickens en algunas de sus obras.

Más recientemente, Hitler, en su afán belicista y de obtener una raza pura, realizó atrocidades como asesinar física y emocionalmente a millares de niños. En la historia de las sociedades precolombinas, destacan los sacrificios de adolescentes y niños que llevaban a cabo los aztecas para calmar a sus deidades y así recibir favores de los mismos; por ejemplo, la llegada de lluvias abundantes y a tiempo, buenas cosechas, término de epidemias y pestes, etc.

En el tiempo de la Colonia, la Inquisición en América, mediante una amalgama educativa rígida, generó severas relaciones paterno-infantiles amén de su agresión a niños y adultos.

Dentro de lo escrito, está el *Rhazes practica puerorum* que corresponde al primer tratado de pediatría que existe hasta hoy en día y que fue escrito alrededor del año 900 d. de J.C., por un médico persa, quien mientras aprendía entre los niños de los hárams acerca de las hernias inguinal y umbilical, señalaba que era posible abandonar a los niños intencionalmente.²

El primer artículo que claramente presenta el problema aunque no lo identifica como tal, fue escrito por Ambrosie Tardieu, de Francia en 1860. Este autor, basado en los hallazgos de necropsias, describió las lesiones encontradas en 32 niños, 19 de los cuales murieron quemados o por asfixia. Y aunque varios de esos menores tuvieron fracturas repetidas, éstas fueron explicadas por la existencia de un supuesto raquitismo. A pesar de la falta de documentación médica, médicos ingleses del siglo XIX fundaron en 1883 la primera English Society for the Prevention of Cruelty to Children en la ciudad de Liverpool.³

También por esa época galenos ingleses y franceses describieron la presencia de diversos tipos de fracturas en niños, pero no pudieron establecer una asociación entre dichos fenómenos y la existencia de maltrato. Ellos seguían pensando que el raquitismo y la sífilis ocasionaban múltiples fracturas. En 1885 se fundó en Londres la London Society. Esta sociedad analizó 762 casos de niños con diversos tipos de lesiones y la muerte de 25 de ellos. Sin embargo, no pudo precisarse que los padres fueran los agresores.

Cuando Caffey publicó en 1946 los hallazgos de fracturas múltiples y hematoma subdural en seis niños, es posible decir que realmente se inició la descripción de lo que en la actualidad se conoce como síndrome del niño maltratado (SNM).⁴

Sin embargo, es necesario aclarar que Ingraham ya había descrito los síntomas, signos, patología y tratamiento de este tipo de pacientes, sin establecer claramente el origen del problema. Años más tarde, en 1953, Silverman describió lo que llamó “traumatismos esqueléticos no reconocidos” y sugirió que muy posiblemente los padres eran los culpables de tales hechos. Así el panorama, Tanto Kempe como Silverman introdujeron el término de “síndrome del niño golpeado” al establecer claramente una relación entre la existencia de diversas fracturas y, en ocasiones, presencia de un hematoma subdural. Pero lo más importante fue descubrir que este tipo de lesiones habían sido ocasionadas por alguno de los padres o algún adulto que cuidaba al menor.⁵ El espectro del síndrome se amplió cuando Fontana señaló que también es factible observar en estos niños una serie de alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención general, etcétera, por falta de atención del adulto. Este fenómeno que puede ocurrir de una manera aislada, o bien asociada con maltrato físico o abuso sexual se conoce como “deprivación” social o emocional o ambas dependiendo del fenómeno existente.⁶

La presencia de diversas formas de abuso sexual obligan a considerar esta problemática dentro del contexto integral del fenómeno que se está analizando en virtud de su elevada frecuencia y por la repercusión que dicha agresión tiene en las esferas emocional y social de los pacientes.

Con el transcurso del tiempo, nuevas modalidades de maltrato se han descrito y el síndrome de Munchausen en niños es uno de ellos. Asher fue el primero en mencionar al barón de Munchausen para denominar con este apellido al conjunto de síntomas “dramáticos e increíbles” que refería un grupo de sus pacientes y que al simular una enfermedad, estos eran sometidos a revisiones médicas y procedimientos quirúrgicos innecesarios. Sin embargo, fue Meadow el primero en presentar esta rara entidad en pediatría.⁷

En la literatura pediátrica de México, Loredó y Sierra presentaron dos casos de esta faceta del maltrato y además señalaron que el término empleado para denominar este trastorno debe ser el de “síndrome de Munchausen en niños”, lo cual permite diferenciarlo del que se emplea en la terminología psiquiátrica de adultos.⁸

En los últimos años se han empezado a reconocer otras formas de maltrato infantil y ello ha incrementado el espectro clínico del síndrome. Por ejemplo, el daño que se ocasiona a un ser humano que está en proceso de formación y crecimiento in útero, se ha definido como “abuso y negligencia fetal”.⁹ Esta nueva concepción del síndrome del niño maltratado se desprende al comprender el primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos del Niño que señala: “El niño, por su inmadurez física y mental requiere de cuidados especiales, incluyendo la protección legal adecuada antes y después del nacimiento”. Diversas publicaciones han surgido al respecto y, en México, Loredó y Sierra han efectuado un señalamiento a la comunidad médica nacional sobre los tres mecanismos de agresión que puede sufrir el producto.

Estos fenómenos continúan observándose durante este siglo, y obviamente siguen afectando física e intelectualmente a los niños aunque a muchos gobiernos les cueste trabajo reconocerlo y aceptar sus efectos finales.

En los últimos años se ha insistido en el riesgo que corren los niños de sufrir maltrato si se encuentran en guarderías infantiles, orfanatos y reclusorios para menores. De los tipos de maltrato y sobre el que se ha hecho mas referencia por su repercusión emocional y física, es cualquier modo de abuso sexual.¹⁰

Por último, qué decir de los “niños de la calle”, quienes huérfanos o abandonados carecen totalmente de un hogar; y los que están “en la calle” y que aun disponiendo de un hogar, son materialmente empujados desde temprana edad por sus padres u otros familiares hacia actividades que produzcan un ingreso económico para ayudar de algún modo a la situación económica familiar, habitualmente deficiente.

El análisis presentado nos permite poseer un panorama más amplio de las diversas maneras en que un adulto, familiar o no puede agredir a un menor.

1.1 PANORAMA DEL PROBLEMA A NIVEL MUNDIAL

Evidentemente se debe tener en mente que la importancia del problema se halla íntimamente relacionada con la historia del mismo a través del paso de los años en las diferentes civilizaciones. De esta manera es factible señalar sociedades que conocen muy bien este trastorno y otras que saben poco de él. Ello da cabida al pensamiento de Kempe: “...pocos países estudian esta problemática y la mayoría la ocultan.” Este modo de actuar de algunos gobiernos impide tener una idea clara de la magnitud del problema en todo el mundo. Lo antes señalado y el enorme espectro del fenómeno obliga a pensar que es muy probable que éste ocurra en todas las sociedades, aunque pueda predominar alguna de las características que lo conforman en

alguna sociedad específica. De acuerdo con estas dos premisas, se realizará una breve revisión del estado que guarda el fenómeno del maltrato en países denominados del “Primer Mundo”, así como en algunos de los que se encuentran “en desarrollo”.

Al analizar el problema en los países industrializados, obviamente ha de considerarse en primer lugar Estados Unidos. En este país se cuenta con un registro de casos notificados, lo cual permite establecer cifras muy cercanas a la realidad. Se señala que en 1987 ocurrieron alrededor de 2.2 millones de episodios documentados sobre alguna forma de violencia en niños (último informe oficial del U.S. Department of Health and Human Services). Esta cifra representa un incremento de 225% a partir de lo descrito en 1976.¹¹ La distribución que tuvieron los casos en dicho análisis fue el siguiente: aproximadamente 30% se debió a abuso físico, 20% correspondió a cualquier forma de abuso sexual y el 50% restante a negligencia. Según datos recogidos de 50 estados y el distrito de Columbia, en 1996, 1077 niños y niñas murieron a causa de abuso o negligencia, de éstos un 77% tenía tres años o menos de edad. Se considera que en la actualidad de 1 a 2% de los niños de ese país son víctimas de cualquier modalidad de abuso, y aunque posteriormente se señalarán características específicas del problema, conviene saber que en dos terceras partes de los casos la agresión ocurre dentro del hogar.

En Inglaterra y País de Gales se ha hecho una enorme propaganda del problema en los dos últimos decenios, especialmente en el aspecto de abuso sexual. Quizás esto ha contribuido al desarrollo de un fenómeno sensacionalista que, sin embargo, ha permitido establecer que en un periodo de cuatro años (1983 a 1987) las cifras de niños maltratados oscilan entre 11,300 y 23,500 casos por año.

En cuanto a Francia al parecer en este país no existen cifras confiables en cuanto al número de niños maltratados por año. Sin embargo, se han comunicado datos que señalan que alrededor de 400 a 700 muertes por año

y una de cada 200 admisiones hospitalarias son consecuencia de agresión al menor.

Un informe de 1987 refiere que diversas formas de abuso sexual ocurren con una frecuencia de 60,000 a 100,000 casos por año. Estas cifras señalan lo alarmante del problema en esta nación que forma parte de lo que se llama “Primer Mundo”.

En América Latina no menos de 6 millones de niños, niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia que se presenta al interior de la familia (Fuente UNICEF).¹²

Suiza es un país que se ha preocupado por proteger a los niños en todos los sentidos. Cualquier persona que tenga el conocimiento de que un menor de 18 años sufre de algún tipo de maltrato en su hogar o en cualquier otro lugar, tiene la obligación de informarlo al Social Welfare Comité. A pesar de esta medida, en el informe internacional no se citan cifras exactas del número de casos maltrato atendidos en ese país. En Dinamarca se sigue el mismo esquema que en Suiza, y la primera comunica una incidencia del problema 11 veces menor que en Estados Unidos, considerando las cifras relativas en este país.

En Japón, la historia del maltrato infantil se remonta al siglo VII. Sin embargo, en la época moderna el número de casos que se informa es muy bajo en comparación con otros países. Un dato oficial del año 1986 revela que ocurrieron 228 casos.

En Hong Kong es característica la excesiva disciplina impuesta a los menores. En esa sociedad hay la idea de que el niño mayor debe obediencia absoluta al adulto y debe cuidar de él durante la vejez. Con esta manera de pensar es muy difícil que los adultos maltraten a los menores ya que ellos posteriormente han de cuidarles. Sin embargo, es probable que la estricta disciplina impuesta a esos niños llegue a los extremos del fenómeno de maltrato si se observa desde la perspectiva de una sociedad occidental.¹³

Para analizar el fenómeno de maltrato en comunidades menos desarrolladas, se revisarán como ejemplo tres de África, dos de Asia y dos de Latinoamérica. En los países africanos no se ha efectuado un análisis completo que permita conocer la realidad del problema de maltrato a menores, y tampoco se ha vigilado de manera periódica a los niños agredidos. En Egipto, por ejemplo, se tiene la idea de que probablemente exista un nivel de maltrato inferior al de los países desarrollados. Pero como ya se mencionó, no se cuenta con trabajos prospectivos que permitan confirmar tal aseveración. Esta misma impresión se tiene de Nigeria y de otras partes de África. La explicación para tal fenómeno es el concepto sociológico de que en las familias de este continente los padres son muy amorosos con los niños y por lo tanto les brindan protección y seguridad.¹⁴ Sin embargo, aunque en algunos trabajos recientes se sigue demostrando dicho proceso, muy probablemente éste se ha modificado como una consecuencia del desarrollo industrial y económico que en estas sociedades ha sucedido.

1.2 PANORAMA DEL PROBLEMA EN MÉXICO A NIVEL NACIONAL

Se toma plena conciencia del problema entre la comunidad médica de México cuando aparece publicado el trabajo de Riojas y Manzano. Estos autores, emulando a Caffey, detectaron los casos a través de estudios radiográficos que como lo ha señalado el mismo médico americano "... son, en un momento dado, la voz del niño agredido".

Posteriormente Espinosa y Cáceres¹⁵ presentaron los resultados de un estudio, haciendo especial énfasis en los aspectos psicológicos y legales de los niños. Jaime Marcovich publicó un libro acerca del tema y fue él quien realmente despertó la conciencia no solamente de médicos que atienden a niños, sino también de otros profesionales, acerca de las diversas formas de maltrato. En ese contexto, apareció el primer dato del número de menores

que sufrían una u otra modalidad de maltrato en México. Por la misma época en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el grupo de higiene mental analizaba diversos aspectos del tema.¹⁶ De nuevo aparecen en la literatura pediátrica del país otros trabajos relacionados con la existencia de este problema, por ejemplo Loredo y Reynés publicaron los casos que se habían presentado en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) durante 14 años.

Casi simultáneamente apareció el trabajo de Ariza y colaboradores, quienes señalaban un aspecto del maltrato, el síndrome de Munchausen. Con el trabajo de Loredo se desencadenó en el propio instituto, una serie de estudios al respecto y se sensibilizó a médicos residentes, enfermeras, trabajadoras sociales, abogados etcétera en cuanto a la existencia del síndrome y lo denominaron como "... una realidad creciente en México".¹⁷

Desde el inicio del decenio de 1980, las reuniones científicas pediátricas y psiquiátricas han aparecido artículos periodísticos en diversos medios de información popular, lo que ha condicionado una mayor sensibilización al respecto, no sólo en la comunidad médica sino en la sociedad en general. La existencia de sociedades civiles y gubernamentales atestigua dicho estado de concientización. Sin embargo, y a pesar de todo lo anterior, aún no se cuenta con una casuística confiable. Lo que sí es un hecho es que los niños sufren casi todas las formas de maltrato afortunadamente la estabilidad política de México no ha favorecido, como en otras regiones del continente, una guerra civil o una abierta persecución política; por ello la forma de maltrato señalado por esos hechos no ha estado presente. Sin embargo, no ha sido posible evitar la movilización de la gente del campo a las grandes ciudades con todas sus grandes tragedias como la proliferación de niños de la calle y en la calle, el hacinamiento en cinturones de miseria, la drogadicción, etcétera.

México al haber ratificado la Convención de los derechos de los niños se convierte en estado parte y tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias que garanticen el bienestar de la infancia. No obstante, estas medidas no han sido las suficientes para reducir el número de niños y niñas víctimas de maltrato, que para 1999 reporta un total de 12,516 niños maltratados y 12, 433 niñas.

CAPÍTULO 2

MALTRATO INFANTIL

Aunque el maltrato se reconoce más ampliamente hoy en día que en el pasado, su incidencia y reconocimiento es difícil de determinar, por lo que se describen a continuación las diferentes etapas de este fenómeno.

2.1 ETAPAS DEL MALTRATO INFANTIL

En la historia del maltrato infantil y dentro de las profesiones sanitarias, se reconocen diferentes etapas.

PRIMERA ETAPA: DESCONOCIMIENTO

El maltrato infantil era desconocido para los profesionales sanitarios, ya que no era reconocido como un problema de salud durante esta etapa. La competencia del profesional se circunscribía únicamente a la lesión y no al entorno ni a las consecuencias del hecho, esto explica por qué las primeras publicaciones sobre el tema están referidas sólo a las características de los daños producidos en el organismo del niño, los golpes, las quemaduras y fracturas múltiples.

El primer caso de maltrato infantil se refiere a una niña de 9 años, y se describe en la ciudad de Nueva York en 1874. No existía jurisprudencia alguna al respecto. El proceso judicial tuvo que basarse en la legislación para la protección de los animales que, sin embargo, ya se encontraba vigente en esa época.

No es hasta después de la primera guerra mundial cuando a partir de la quinta Asamblea de la Sociedad de Naciones queda establecida la Tabla de los Derechos de los Niños o Declaración de Ginebra, en 1924, que describía tan sólo cinco derechos en la infancia.

SEGUNDA ETAPA: DESCRIPCIÓN DE SÍNDROMES SIN IDENTIFICAR

El desarrollo de la radiología contribuye con la descripción de lesiones óseas, en niños con hematomas subdurales, fracturas de huesos largos sin que en ningún caso existieran otros problemas de salud que predispusieran a las fracturas (fig.1). Estos hallazgos se atribuyen a traumatismos no accidentales por negligencia o agresiones deliberadas de los padres o tutores.

Después de la II guerra mundial se impulsan los derechos de los niños, surgen instituciones como la UNICEF (Fondo Internacional del Socorro de la Infancia, 1974) y se aprueba la Declaración de los Derechos del Niño (1959).



Figura 1 Radiografía que muestra fractura de ambas extremidades.⁽³⁷⁾

TERCERA ETAPA: IDENTIFICACIÓN

Se introduce por primera vez el síndrome del niño apaleado. Este síndrome es definido por Kempe en 1962 para describir clínicamente lesiones que presentaban niños que habían sufrido agresiones de tipo físico, generalmente efectuadas por sus padres o cuidadores.

Comienzan a publicarse casos y ampliarse el concepto al abuso sexual, niño zarandeado, síndrome de Munchausen por poderes, maltrato emocional, etc.

CUARTA ETAPA: RECONOCIMIENTO

A partir de mediados de la década de 1970 y hasta mediados de la década de 1980, se reconoce la magnitud del problema del maltrato infantil por su frecuencia y sus graves consecuencias. Se incorpora a la atención del niño el diagnóstico del *síndrome del niño maltratado*.

QUINTA ETAPA: PREVENCIÓN

A partir de 1980, el maltrato comienza a considerarse como una prioridad y a diseñarse una estrategia para su prevención, ya que de acuerdo a la etiología hay niños en riesgo.

Aquellos que están inmersos en hogares disfuncionales, en pobreza extrema, hijos de padres alcohólicos, drogadictos o con problemas mentales, si bien es igualmente reconocido que los malos tratos no tienen fronteras de raza, sexo, ni condición.¹⁸

2.2 CONCEPTOS

Nombres alternativos: Abuso infantil; maltrato al menor; trauma no accidental

Definir el maltrato infantil resulta verdaderamente complejo. Habría que contemplar la perspectiva histórica del maltrato, la diversidad de actuaciones maltratantes, la percepción de la víctima del hecho abusivo, el grado de intencionalidad del agresor, la frecuencia con que se producen los hechos, etc.

Para Díaz Huertas, basándose en la descripción del maltrato infantil del Centro Internacional de la Infancia de París, los malos tratos a la infancia se definirían como: *“Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”*.¹⁹

Una definición muy interesante del síndrome fue presentada por Eduardo Primero Riveras en el XXIII Congreso Nacional de Pediatría en México, DF., en 1992. Se señala que el maltrato a los niños es:

*...una enfermedad social, internacional, presente en todos los sectores y clases sociales; interactuantes y de diversas intensidades y tiempos que afectan el desarrollo armónico, íntegro y adecuado de un menor, comprometiendo su educación y consecuentemente su desenvolvimiento escolar con disturbios que ponen en riesgo su sociabilización y, por lo tanto, su conformación personal y posteriormente social y profesional.*²⁰

En 1961, Henry Kempe organizó un simposium interdisciplinario de la reunión anual de la Academia Americana de Pediatría, sobre el Síndrome del niño golpeado, y fue ahí donde se propuso el nombre con el que se le conoce ahora del “Síndrome del niño golpeado”; al cual se definió como “el

uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir al niño, ejercida por parte de un padre o de otra persona responsable del cuidado del menor”.

Por su parte el Dr. Antonio Ruiz Taviel propone definir al Síndrome del niño maltratado como: *“el conjunto de lesiones orgánicas y correlatos psíquicos que se presentan en un menor de edad, como la consecuencia de la agresión directa, no accidental de un mayor de edad, en uso y abuso de su condición de superioridad física psíquica y social”.*²¹

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

El maltrato infantil se presenta prácticamente en la totalidad de los países y clases sociales, y se puede afirmar que es un problema relevante tanto por su frecuencia como por sus consecuencias.

La problemática del conocimiento exacto del número de casos de malos tratos en el niño es prácticamente universal. Los expertos reconocen que tan sólo se detectan entre el 10 y 20% de los casos que existen, siendo numerosos los factores de riesgo y distorsión de los datos obtenidos.

Con respecto a los datos epidemiológicos concretos sobre maltrato infantil en nuestro país, éstos se muestran muy dispares, y su procedencia varía según donde se haya procedido a la apertura del expediente. Citando datos provenientes del Ministerio de Asuntos Sociales, en los años 1991-1992, sobre un total de 8.565 expedientes abiertos, el 56% procedía de los servicios sociales, el 13% de la policía/juzgados, el 11% de familiares del menor, el 6% de los servicios sanitarios y en menor porcentaje del centro educativo (4%), el propio menor o vecinos.

De entre ellos, basándose en la tipología del maltrato, los mayores porcentajes de expedientes se abrieron por negligencia (79%), maltrato emocional (42%), y maltrato físico (30%).

La importancia de la implicación de los profesionales de las ciencias de la salud en el problema del maltrato pasa por la formación específica en las manifestaciones físicas y psíquicas de este síndrome y el establecimiento de protocolos que ayuden en las vías de denuncia en los casos de sospecha, participando con los equipos de los servicios sociales de protección de la infancia.

2.4 ETIOLOGÍA

Muchos son los autores de diversas disciplinas que han descrito los factores etiológicos del maltrato. Coinciden en que no es un hecho o un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, del propio niño, y que no siempre pueden ser analizados y delimitados cuantitativa ni cualitativamente. La forma en la que estos factores interaccionan entre sí se caracteriza por ser dinámica, lo que permite que muchos de ellos coincidan en una misma familia y en un determinado momento.

Los factores de riesgo de maltrato infantil van a venir delimitados de diferentes ámbitos:

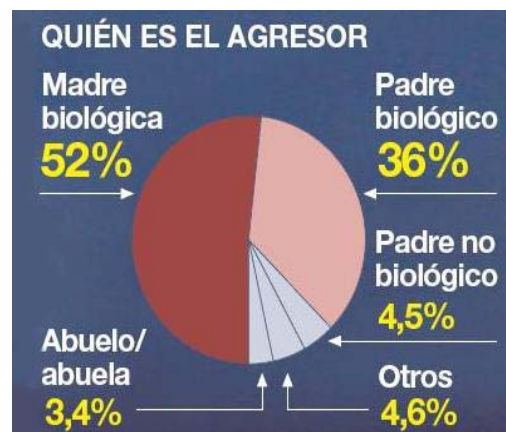
- Del individuo. Historia previa de malos tratos, desatención grave, rechazo emocional, bajo coeficiente emocional de la víctima, problemas psicológicos del niño objeto de maltrato.
- De la familia. Aquellas que tienen que ver con problemas de la relación de pareja (estrés permanente, violencia familiar), aquellas

que tienen que ver con el niño (problemas de conducta, hijos no deseados, hiperactivos, discapacitados físicos o psíquicos, etc.).

- De la sociedad. Desempleo, problemas económicos, pérdida de rol, insatisfacción laboral, aislamiento social.

Los malos tratos físicos y las negligencias graves provocan elevadas cifras de morbilidad y mortalidad en el niño menor de 12 años, especialmente en los primeros 3 años de la vida, cuando el ser humano es más indefenso física y psicológicamente.

La mayoría de los maltratadores son padres o tutores. Un 70% tienen entre 20 y 40 años (Gráfica). Los niños que sufren maltrato suelen vivir en familias monoparentales (preferentemente con el padre). Es importante considerar el hecho de que la mayoría de los maltratadores tienen antecedentes de haber padecido abuso físico o sexual en su infancia, reproduciéndose de esta manera el modelo de conducta aprendido.²²



Gráfica. Porcentaje de agresores

2.5 TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Dada la multicasualidad del maltrato, la clasificación implica únicamente reconocer el problema más relevante que afecta al niño, y que determinará su detección.

2.5.1 PRENATALES

- Gestaciones rechazadas, sin control médico, alimentación deficiente,
- Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos.
- Enfermedades de transmisión.
- Abortos.²³

2.5.2 POSNATALES

2.5.2.1 Abuso físico. Se define como cualquier lesión o traumatismo corporal que un padre, cuidador o hermano cause a un niño intencionalmente. Puede ser resultado de un episodio único o de un patrón de comportamiento generalizado.

2.5.2.2 Abuso sexual. Se trata de mantener relaciones sexuales o de explotar sexualmente a un menor para obtener placer. Normalmente es llevado a cabo por una persona cercana al niño.

Son incluidas aquí también todas aquellas experiencias sexuales inapropiadas para la edad, incluso en ausencia de violencia o daños reales. No es necesario que exista contacto físico para considerar que existe abuso sexual. El incesto, la violación, la vejación sexual sin contacto físico forma parte de la tipología de éste.

A menudo los niños son víctimas de abuso sexual, dado su pequeño tamaño e imposibilidad de autodefensa y dada su falta de elección y su incapacidad para pedir ayuda. Por desgracia, al contrario del maltrato físico, el abuso sexual no tiene signos tan evidentes; y sólo el observador sutil y preparado sabría reconocerlos.²⁴

2.5.2.3 Abuso emocional. Es un patrón de comportamiento que retrasa el desarrollo del niño y su autoestima.

2.5.2.4 Negligencia. Tiene lugar cuando un adulto permite conscientemente que el niño sufra o cuando no le proporciona las necesidades esenciales para su desarrollo. El máximo exponente de la negligencia es el abandono. En cuanto a la negligencia dental, ésta es definida como “la falta de búsqueda de tratamiento por parte de un padre o tutor para caries no tratadas, infecciones orales y dolor, o la falta de continuación de un tratamiento cuando ya han sido informados de que existen las condiciones anteriores”. Muchos casos de negligencia dental pueden atribuirse a problemas sociales como pobreza y aislamiento, pero después de eliminar los problemas de transporte y financiero, la falta de consideración por parte de un padre o tutor de que el tratamiento dental es necesario constituye negligencia.²⁵

CAPÍTULO 3

DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Es importante recordar que el odontopediatra se encuentra en una situación crucial con respecto al diagnóstico de estos casos, fundamentalmente por las siguientes razones:

- Edad de las víctimas. El ser humano víctima de malos tratos preferentemente lo es antes de los 3 años. El niño sometido a estas crueldades padece elevadas cifras de morbimortalidad antes de los 12 años.
- Localización preferente de las agresiones. El 60-70% de las lesiones se sitúan a nivel craneofacial.
- Especial relajación de los padres ante las consultas odontoestomatológicas. Los padres acuden “confiando” en que las lesiones pueden pasar desapercibidas, y porque el odontólogo no suele realizar “demasiadas preguntas” sobre su etiología.

Normalmente suelen cambiar de médico de cabecera o pediatra para no levantar sospechas durante las revisiones, pero no ocurre lo mismo con el odontopediatra.

Por todo lo anterior, debemos tener en cuenta que el maltrato y abandono de niños y adolescentes es un problema social en aumento que no se limita a las profesiones médica, legal o de servicios sociales. El odontólogo que trata a niños y adolescentes debe ser capaz y, además, está obligado por la ley a detectar, informar y, con frecuencia, ayudar a tratar a estos pacientes y a sus familias.²⁶

3.2 HISTORIA CLÍNICA

Es el primer paso que tendremos que realizar. Debemos escuchar por separado lo que nos cuentan el niño y los padres para comprobar si ambos informes son congruentes. También debemos aumentar la sospecha cuando uno de los padres no es capaz de explicar o dice no haber advertido una herida evidente. La mayor parte de los padres que no maltratan a sus hijos saben con precisión cómo o cuándo se produjo la lesión. Cuando el autor de los malos tratos se ve forzado por alguna causa específica, se torna ansioso o sugiere causas poco plausibles.

La historia clínica detallada debe recoger fielmente las explicaciones de las lesiones presentes en el niño, siguiendo una serie de precauciones para llegar a la verdad.

Lo primero que se debe tener en cuenta es la actitud del profesional ante la sospecha de un problema de estas características.

Se debe crear un ambiente tranquilo, seguro y confortable. En niños pequeños un ambiente de juego puede facilitar la entrevista. El principal objetivo es ganarse la confianza del niño. Cuando la edad del paciente lo permita, se puede realizar la entrevista directamente con él, pero siempre en presencia del personal auxiliar. En otros ámbitos, se debe realizar en presencia de un trabajador social o representante legal. Se debe evitar el asombro ante lo que el paciente relate y no parecer en ningún momento amenazador.

El informe de heridas autoinfligidas por un niño que todavía no camina es altamente sospechoso. Los niños de esa edad son incapaces de herirse a sí mismos. Además, todas las fracturas en estos niños pequeños deben ser consideradas como no accidentales hasta que se demuestre lo contrario.

Cuando haya demora en la búsqueda de atención médica u odontológica también debemos sospechar.

El maltrato emocional o negligencia es el tipo de maltrato infantil más frecuente y más difícil de detectar porque sus síntomas no son tan obvios como en los malos tratos físicos.²⁷

3.3 EXPLORACIÓN EXTRAORAL

El examen de los niños maltratados comienza, como hemos visto, cuando el niño entra en el consultorio obteniendo una impresión general del mismo. Un examen completo y minucioso del área craneofacial es esencial, porque estas áreas expuestas están con mucha frecuencia afectadas cuando hay maltrato físico. El examen cuidadoso del cráneo y cuero cabelludo puede revelar golpes, pérdida localizada de cabello (por tirones), pérdida generalizada (que puede indicar malnutrición) y piojos. Las anomalías en las orejas (como la “oreja de coliflor” por reiterados retorcijones de las mismas), las equimosis periorbitarias, las hemorragias de la esclerótica, ptosis, pupilas desiguales, coágulos sanguíneos en la nariz o el septo nasal desviado son esenciales en su reconocimiento. Las quemaduras periorales pueden ser consecuencia de una alimentación forzada muy caliente o con objetos calientes. Otras quemaduras pueden indicar que el niño ha sido amordazado con cuerdas o alambres (fig. 2, 3).

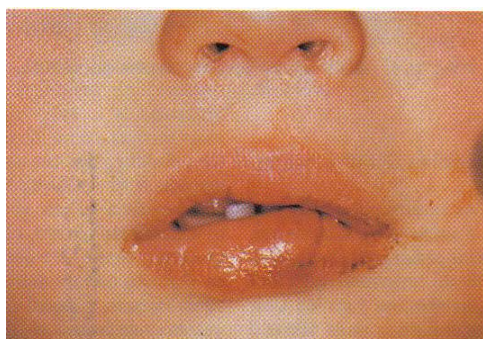


Figura 2. Herida incisa en el labio del niño al que de forma violenta se le introdujo una cuchara en la boca.⁽³²⁾



Figura 3. Lesiones a la altura anterior de tronco producidas por latigazos con un cable electrónico.⁽¹⁸⁾

3.3.1 LESIONES EN PIEL Y MUCOSAS

Las lesiones más frecuentes a nivel general en piel y mucosas son los hematomas (39%), seguidas por los desgarros y arañazos (21%), otros traumatismos cutáneos (20%) y quemaduras (6%).

Estas lesiones pueden ser producto de golpes o lanzamiento del niño contra objetos duros, lo cual puede llegar a producir, además de hematomas y equimosis, fracturas de tejidos óseos (fig. 4). Conviene recordar que las fracturas óseas o hematomas en lactantes menores de un año, y por tanto, incompatibles con el desarrollo motor de la víctima, son lesiones provocadas y por tanto, sospechosas de malos tratos.



Figura 4 Aspecto facial donde se encuentra impresa en la frente la rugosidad de la pared contra la que fue arrojada, además de la abrasión y hematoma labial.⁽¹⁸⁾

Los arrancamientos pueden conllevar exarticulaciones dentarias, arrancamiento de ala nasal o tabique, cabello, uñas o pabellón auricular.

Las lesiones por mordisco suelen situarse en extremidades, pabellón auricular o punta nasal. Dentro de este grupo también se incluirían las heridas por arma blanca o de fuego o por la utilización de cualquier elemento punzante presente en el ámbito doméstico. Las quemaduras constituyen las lesiones más espectaculares en piel y mucosas.

Las áreas más comúnmente afectadas son las tradicionalmente consideradas como zonas de castigo (nalgas, cara y extremos proximales de miembros).

Las lesiones pueden tener forma muy diversa, y a menudo reflejan la imagen del objeto agresor, es la denominada imagen en espejo. La forma de las yemas de los dedos dejan una marca oval (fig. 5).



Figura 5. Imagen en espejo de un hematoma que muestra la huella de una hebilla en las nalgas del menor. ⁽¹⁸⁾

En el caso de mordeduras, éstas tienen forma oval, y pueden presentar un área central de equimosis. Las mordeduras producidas por animales presentan una forma más triangular, y suelen evolucionar con pérdida de sustancia, mientras que las mordeduras humanas comprimen los tejidos y pueden causar abrasiones, contusiones y laceraciones, pero rara vez producen desgarro de los tejidos. Si la distancia intercanina es inferior a 2.5 cm., la mordedura puede haber sido producida por un niño. Si esta distancia está comprendida entre 2.5 y 3 cm., la lesión puede haber sido causada por un niño o un adolescente (fig. 6,7). Y si la distancia intercanina es superior a 3 cm. la mordedura seguramente esté producida por un adulto (fig. 3-6).



Figura 6. Lactante de 3 meses fue mordido por un niño al que se dejó encargado del pequeño. ⁽³⁶⁾



Figura 7. Múltiples cicatrices de configuración alargada por mordedura en antebrazo. ⁽¹⁸⁾

El color de las lesiones también ayuda a evaluar la evolución y el tiempo transcurrido desde la agresión, y es debida al proceso fisiológico de reducción y eliminación de la hemoglobina extravasada (Tabla). La posible contradicción entre las fechas recogidas en la información sobre los hechos, transmitida por los padres o tutores durante la anamnesis y la exploración clínica, puede sugerir un diagnóstico de maltrato.

TIEMPO POST-TRAUMATISMO	COLOR
Inmediato (un día)	Negrusco, azul oscuro
1-5 días	Rojo, violáceo
5-7 días	Rojo-púrpura
7-10 días	Verdoso
2-4 semanas	Amarillento

Tabla: Cambios en el color de la piel después de la lesión. ⁽¹⁸⁾

Las quemaduras constituyen un 6% de las lesiones por malos tratos, provocando una elevada mortalidad y morbilidad. Se da la circunstancia sobreañadida de que las lesiones por quemaduras más frecuentemente en estratos socioeconómicos bajos, ya que la pobreza obliga a utilizar sistemas de cocina y calefacción menos seguros.

La quemadura provocada suele producirse por contacto con líquido caliente (escaldadura) o un sólido, tenedor, cuchara, plancha, cigarrillo (quemadura seca) (fig. 8).



Figura 8. Cicatrices de quemaduras en un niño que fue sentado sobre un anafre encendido. ⁽³⁷⁾

La escaldadura por inmersión es típica del maltrato, las lesiones tienen bordes nítidos y son simétricas, de profundidad uniforme y afectan a zonas de castigo como manos (quemaduras en guante como castigo por romper o coger objetos), glúteo o espalda (quemaduras en casquete por no controlar esfínteres o quemaduras en calcetín por inmersión de ambos pies en agua o líquidos a elevadas temperaturas (fig. 9,10).

Las lesiones por quemaduras de cigarrillos intencionadas tienen un patrón circular y una disposición simétrica y múltiple. Las realizadas de forma accidental tienen forma ovoidea, suelen ser únicas y aparecen en zonas del organismo descubiertas.



Figura 9. Quemadura en región occipital, cuello, espalda y glúteos producida por la cercanía con la estufa de butano colocada premeditadamente. ⁽¹⁸⁾



Figura 10. Quemadura en ambos pies en forma de calcetín. ⁽¹⁸⁾

3.3.2 OTRAS LESIONES

Las *secuelas neurológicas* se presentan en un de cada 5 o 6 niños maltratados. Se producen por traumatismos de cráneo, que suelen ser múltiples, pueden derivar en una lesión intracraneal grave.

Un cuadro definido en el maltrato es el *síndrome del niño sacudido*. Se produce por la sacudida violenta del niño que produce rápida aceleración y

desaceleración de la cabeza, lo que provoca hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea sin lesión externa aparente. La mortalidad en estos casos se encuentra entre el 20 y el 25%.

Los *traumatismos abdominales* en las vísceras sólidas o huecas pueden producir contusiones intraabdominales, obstrucciones gastrointestinales por hematoma intramural, o pancreatitis, entre otras. Constituyen la segunda causa de muerte en el niño maltratado.

Las *fracturas óseas múltiples*, en diferentes fases de consolidación, en ocasiones ubicadas en zonas de difícil etiología accidental y en niños cuya edad impida aún la deambulación, se puede haber producido por torsión en espiral de los miembros (huesos largos) o compresión con ambas manos (costillas). Estos u otros tipos de lesiones pueden presentarse en los casos de maltrato, por lo que la radiología constituye una prueba complementaria imprescindible ante el diagnóstico de sospecha de abuso del menor.

3.4 EXPLORACIÓN INTRAORAL

Dentro de la cavidad oral, en la víctima de malos tratos se pueden encontrar lesiones en mucosas como laceraciones, quemaduras, infecciones orales, o afecciones en tejidos duros dentarios y óseos en forma de traumatismos alveolodentarios. La prevalencia de estas lesiones se sitúa entre el 3 y el 5%.

3.4.1 LESIONES DE LA MUCOSA

Las *laceraciones* del labio superior y el desgarramiento del frenillo labial suelen ser consecuencia de golpes, intentos bruscos de silenciar al niño con la mano (en estos casos encontramos un hematoma peribucal que señala en forma de espejo la huella de la mano del agresor) (fig. 11).

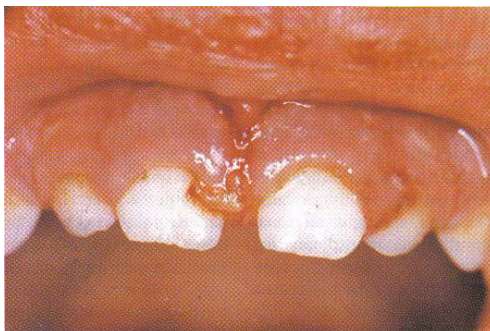


Figura 11. Desgarre o laceración del frenillo labial superior al introducir forzosamente objetos en la boca del niño. ⁽³²⁾

La alimentación forzada con cucharas o tenedores puede dar lugar a laceraciones en la mucosa y luxaciones dentarias en el área dañada.

Las señales por abuso sexual en el niño es posible encontrarlas en la cavidad oral en forma de desgarro del frenillo lingual y/o presencia de petequias entre paladar duro y blando (fig. 12); si no hay otra causa que pueda explicarlas, pueden indicar abuso sexual con felación.

Las *infecciones orales* pueden detectarse en casos de abuso sexual, pudiendo aparecer herpes (virus del herpes simple tipo 2), condiloma acuminado (lesiones únicas o múltiples, aisladas o a modo de corales, que aparecen en zonas de contacto directo intenso y relacionados con microtraumatismos locales), gonorrea e infección por *Chlamydia trachomatis* (en ambas se asocia la presencia de faringitis).

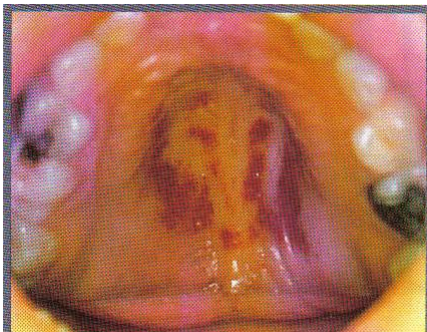


Figura 12. Presencia de zonas enrojecidas con múltiples petequias por abuso sexual en un niño.⁽³⁶⁾

Las *quemaduras* suelen estar situadas en la lengua y/o mucosa labial y gingival, siendo producidas por cigarrillos, objetos calientes o ingestión forzada de cáusticos o alimentos a altas temperaturas. En estos últimos casos, la profundidad y extensión de las lesiones vendrá determinada por las propiedades, temperatura, tiempo y cantidad de producto ingerido.

La *patología dentaria* puede aparecer fundamentalmente en forma de traumatismos y lesiones de infección por caries, ambos en distintas fases de evolución.

Los traumatismos suelen ser violentos y de etiología inexplicable, acompañados de lesiones del alvéolo dentario. En ocasiones aparece el alvéolo vacío, con ausencia dentarias por arrancamiento y/o la presencia de restos radiculares con un historial etiológico poco claro y en presencia de una dentición libre de caries. Todo lo anterior ofrece sospechas de malos tratos en el niño.

A su vez, la patología traumática de los huesos del esqueleto facial y sus secuelas pueden ofrecer desviaciones estáticas de la línea media y el mentón y/o dinámicas, con alteraciones de la apertura y cierre mandibular o limitación de los movimientos mandibulares, que hacen sospechar fracturas óseas mal consolidadas.

La presencia de infecciones múltiples con dientes destruidos por caries en distintas fases de evolución que impidan una correcta alimentación y realización de funciones orales en el niño pueden alertar, al igual que los cuadros clínicos anteriormente descritos, sobre el diagnóstico de negligencia dental.

La anamnesis acompañada de la radiología y fotografía ayudará en el correcto diagnóstico, y serán una prueba imprescindible en la denuncia de los casos.

3.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen procesos patológicos que pueden confundirse con las lesiones típicas de malos tratos:

- Trastornos de la coagulación. Tanto los congénitos (hemofilia, enfermedad de Von Willebrand) como los adquiridos (púrpura trombocitopénica, intoxicación por anticoagulantes, dicumarínicos y warfarina), que evoluciona con hematomas múltiples en diferentes estadios de evolución. Las correspondientes pruebas sanguíneas pondrán de manifiesto la etiología y diagnóstico del proceso.
- Manchas mongólicas u otras manchas rojizas o angiomas características del recién nacido. Se diferencia de los hematomas en que éstos cambian de color y desaparecen en semanas, mientras que aquellos permanecen durante meses o años (fig. 13).

- Lesiones circinadas. Aparecen en la piel, asemejan quemaduras redondeadas. Son lesiones que cicatrizan en el centro y se extienden hacia el exterior
- Neuroblastoma. Puede dar origen a equimosis periobital bilateral.
- Fitodermatitis. Ciertos vegetales pueden, en contacto con la piel y la luz solar, ofrecer imágenes similares a los traumatismos intencionales, ya que queda impresa sobre la piel la imagen en espejo del citado vegetal.
- Quemaduras fortuitas. En estos casos la profundidad de la lesión (más superficial), la inmediatez en la búsqueda de asistencia, los bordes irregulares, la presencia en zonas descubiertas y la simetría de la lesión, entre otros, son datos que nos llevan al diagnóstico de lesión accidental.
- Osteogénesis imperfecta. Puede ofrecer un diagnóstico de fracturas múltiples y, en diferentes procesos de evolución, acompañadas de anomalías estructurales dentinarias y osteopenia. El patrón de patología ósea es similar al de enfermedades como raquitismo o escorbuto. El diagnóstico diferencial lo ofrecen el resto de los parámetros patológicos de las citadas enfermedades.
- Autolesiones. Se producen en circunstancias patológicas del paciente, donde es el propio niño el causante de sus lesiones. Aparecen, entre otros, en estados de depresión, discapacidad mental o síndromes autísticos.²⁸



Figura 13. Diagnóstico diferencial con angioma labial. La lesión se encuentra presente desde el nacimiento.⁽¹⁸⁾

CAPÍTULO 4

CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR Y DEL NIÑO AGREDIDO

4.1 CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

Aproximadamente el 18% de los agresores es de menos de 30 años de edad, no se encuentra diferencia de sexo; sin embargo, en el grupo de agresores que tenían menos de 19 años de edad existe un predominio del sexo femenino.

4.2 CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO AGREDIDO

Las características que se pueden mencionar para la identificación por el Odontólogo de un niño maltratado son variadas, pero la experiencia ha visto signos comunes.

Clínicamente un niño con este síndrome denota, según el tiempo en que ha sido sujeto al maltrato y abandono, los siguientes síntomas: desnutrición en grado variado, retraso psicomotor, hostilidad y llanto constante, o bien, una indiferencia total al medio. En su piel pueden observarse cicatrices múltiples, ya sea por quemaduras de cigarrillo o por agua caliente o incluso por objetos punzocortantes, deformidades por fracturas antiguas o recientes, equimosis, mal estado de higiene general o de la cavidad bucal, presenta también caries dental, placa bacteriana y gingivitis, así como también fracturas de dientes, y ausencia clínica de ellos por traumatismos.

Un niño lactante en el que la comunicación verbal no existe no es capaz de dar a conocer cómo sucedieron las lesiones cuando ha sido objeto de agresiones físicas, y cuando es más grande y puede hacerlo, está demasiado asustado o intimidado para poder relatar los hechos.

Para el niño maltratado el odontólogo le es indiferente y se irrita si se la aproxima, se muestra apático y generalmente se mantiene en guardia constante.

4.3 ABUSO FÍSICO: INDICADORES COMPORTAMENTALES

- Del niño: Cauteloso con respecto al contacto físico de los adultos, se muestra aprensivo cuando otros niños lloran, muestra conductas extremas (agresividad o rechazos extremos), parece tener miedo a sus padres, de ir a casa, o llorar cuando terminan las clases y tiene que irse de la escuela o guardería, dice que su madre/padre le ha causado alguna lesión.
- Del cuidador: Utiliza una disciplina severa, impropia para la edad, falta cometida y condición del niño, parece no preocuparse por el niño, percibe al niño de manera significativamente negativa (lo ve como malo, perverso, un monstruo), no da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias, intenta ocultar la lesión del niño o proteger a la persona responsable de ésta.

4.4 ABUSO SEXUAL: INDICADORES COMPORTAMENTALES

- Del niño: Reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso parece retrasado, escasas relaciones con los compañeros, cambios de conducta; comete acciones delictivas o fuga, conductas o conocimientos sexuales extraños sofisticados o

inusuales, terrores nocturnos, insomnios, dice que ha sido atacado por su padre/madre o cuidador.

- Del cuidador: Extremadamente protector o celoso del niño, alienta al niño a implicarse en actos sexuales o de prostitución en su presencia, frecuentes ausencias del hogar.

4.5 ABANDONO FÍSICO O NEGLIGENCIA: INDICADORES COMPORTAMENTALES.

- Del niño: Trastornos del comportamiento con movimientos autoestimulativos, agresividad, autoagresión, hiperactividad, desobediencia, participa en acciones delictivas, pide o roba comida, dice que no hay nadie que lo cuide, pocas veces asiste a la escuela o bien llega muy temprano y se va muy tarde.
- Del cuidador: La vida en el hogar es caótica, muestra evidencias de apatía o nulidad.

4.6. MALTRATO Y ABANDONO EMOCIONAL: INDICADORES COMPORTAMENTALES.

- Del niño: Retraso del desarrollo físico, mental y afectivo, reacciones de tipo psiconeuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría, etc.), trastornos de conducta: excesivamente complaciente, pasivo nada exigente/extremadamente agresivo, exigente o rabioso y conductas extremadamente adaptativas (de adultos o infantiles), intentos de suicidio.

- Del cuidador: Culpa o desprecia al niño y es frío o rechazante con él, negándole amor, exige al niño por encima de sus capacidades físicas; intelectuales o psíquicas, tolera absolutamente todas las conductas del niño sin ponerle límite alguno, parece no preocupado por los problemas del niño, trata de manera desigual a los hermanos.²⁹

CAPÍTULO 5

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Los odontólogos, particularmente los odontopediatras, que poseen los conocimientos sobre las manifestaciones físicas y de comportamiento del maltrato infantil, están en una inmejorable situación para asistir a las víctimas de este trauma. Cualquier procedimiento de atención en la consulta odontopediátrica pasa por el manejo de la conducta del paciente infantil. Especialmente, antes de poner en marcha los procesos terapéuticos necesarios para restablecer la salud oral del niño maltratado, debemos tener en cuenta las situaciones previas de estrés que ha sufrido la víctima, para estar dispuestos a modificar los procedimientos y técnicas de control del dolor y la ansiedad.

5.1 MANEJO DE CONDUCTA

Dependiendo de la tipología y manifestaciones del niño en situación de estrés postraumático, el menor puede presentar fundamentalmente dos tipos de conducta:

- Trauma de tipo I: (resultado de un hecho traumático brusco, repentino y único). Aquella en la que el niño presenta un comportamiento pasivo que deriva en la falta de atención y de la confianza como resultado del episodio de malos tratos (es muy similar a la tipología del niño cooperador tenso).
- Trauma de tipo II: (resultado de una larga o repetida exposición al maltrato). Aquella en la que el paciente presenta una conducta

disruptiva y agresiva que, normalmente, intenta imposibilitar el tratamiento (similar al niño con aversión a la autoridad).

Es preciso conocer que es difícil encontrar en los casos de maltrato emocional o psicológico niños con labilidad afectiva y trastornos del comportamiento que producen una alternancia entre agresividad-pasividad y dificultades en la esfera del control de impulsos.

En estos casos las técnicas del manejo de la conducta se pueden considerar un arte a través del cual se establece la comunicación, se fomenta la educación y se construye una relación de confianza entre el niño y su odontopediatra.

Las técnicas más recomendadas para el manejo de la conducta en estos niños son:

- Técnica decir-mostrar-hacer.
- Técnica de control a través de la voz.
- Tratamiento farmacológico. Premedicación, óxido nitroso.
- Anestesia general.

Técnica Decir-Mostrar-Hacer: la utilización de un lenguaje sustitutorio y un vocabulario que el niño pueda reconocer con facilidad, especialmente en la descripción de los procedimientos a realizar, nos permitirá transmitir seguridad y obtener la atención y la colaboración del paciente ante el tratamiento propuesto.

Técnica de control de la voz: se debe utilizar un tono amable con estos pacientes en todo momento y éste debe ser modulado en el momento oportuno ya que sus resultados son más efectivos si se aplica al detectar los primeros síntomas de mal comportamiento.

Estas dos técnicas son de gran utilidad a la hora de modelar la conducta de un paciente con las características del trauma de tipo I.

5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Para llevar a cabo un tratamiento farmacológico en este tipo de pacientes con el fin de controlar conductas interruptivas o inapropiadas y así permitir al cirujano dentista proporcionar al paciente un tratamiento adecuado será necesario el uso de fármacos con los que podremos conseguir diferentes estados sedativos en pacientes conscientes hasta llegar a la anestesia general.

- Sedación ligera: La sedación ligera será la idónea para aquellos niños en los que el miedo y la ansiedad pueden disminuir su capacidad de comunicación. En estos casos, la vía de administración suele ser oral. Este tipo de administración tiene la ventaja de que es proporcionada por los padres, lo cual no produce miedo ni temor, con la particularidad de que al ser administrada antes de la cita, alcanza su pico máximo durante el tratamiento. Otra de las ventajas de la administración oral – si se calculan las dosis para cada paciente – es la ausencia de toxicidad. Sin embargo, no hay que olvidar algunos inconvenientes; por ejemplo, al depender de los padres para su administración, si el efecto no es el deseado, nunca sabremos si se ha administrado correctamente.
- Sedación por inhalación: Para la sedación consciente por vía inhalatoria disponemos de un solo compuesto, el óxido nitroso. El óxido nitroso, también conocido como gas hilarante o protóxido de ázoe, debe ser administrado a la vez con oxígeno.

Todo lo que se podría pedir a un anestésico, como inducción rápida y suave, anestesia manejable y segura, despertar rápido y completo, falta de trastornos secundarios, inmediatos y tardíos, lo cumple sobradamente el óxido nitroso, si bien en ninguna ocasión se utilizará como medio anestésico, sino como método psicosedante. Algunas de las ventajas que ofrece la psicosedación con óxido nitroso son: fácil dosificación, ausencia de efectos secundarios, fácil recuperación del paciente. Sin embargo también posee algunos inconvenientes: equipo e instalación cara, tiene unas indicaciones muy concretas (no debe usarse en niños pequeños ni con alto grado de ansiedad), es muy difícil su uso cuando se quiere trabajar en la zona de incisivos superiores, se necesita entrenamiento previo.

- Sedación profunda: Este tipo de farmacología será la elegida para aquellos niños que requieran tratamientos largos y muestren escasa o nula cooperación. En sedación profunda, las vías de administración más comúnmente usadas son la rectal, la nasal y la intramuscular. Mediante este tipo de sedación, el paciente tiene un nivel de conciencia deprimido, a partir del cual, si las dosis son correctas, es fácil “despertarlo” mediante estimulación física o verbal.
- Anestesia general: La anestesia general es un estado controlado de pérdida de conciencia que se caracteriza por hipnosis, analgesia, relajación muscular y protección vegetativa. Por ello debe realizarse siempre en un centro hospitalario y por profesionales especializados. Aunque infrecuente, ésta es la única opción segura para un grupo de pacientes que de otro modo no podrían recibir tratamiento dental; así estaría indicada en los siguientes casos: intolerancia a la anestesia local y niños con discapacidad física o mental, lo que les imposibilita para cooperar en tratamientos dentales largos o complejos.³⁰

5.3 TRATAMIENTO DE LAS LESIONES OROFACIALES

Una causa de lesiones bucofaciales en la infancia, y sobre todo en edad preescolar, la vamos a encontrar en el “síndrome del niño maltratado”. Aunque la violencia hacia el niño incluso puede llegar a producir la muerte, casi siempre son lesiones menos graves, estos niños son llevados a la consulta odontológica con una diferencia de horas e, incluso, días de haber sido golpeados. Los padres, o tutores, alegan en más del 90% de los casos, causas accidentales, como caídas del tobogán, de la cuna, etc., pero existe una discrepancia marcada entre los datos referidos y los que se obtienen por la inspección y la exploración. En relación con las lesiones intrabucales, lo más frecuente es encontrar fracturas y luxaciones seguidas de contusiones orales y peribucales. Las luxaciones suelen ser de tipo intrusivo y/o lateral. A menudo, el mecanismo patógeno de la lesión consiste en golpes directos con objetos o con la mano o el puño de forma violenta, o bien, la introducción forzada de objetos como chupetes, tenedores o cucharas cuando el niño está llorando y se le está dando de comer. En estas situaciones son típicas las lesiones consistentes en laceraciones en la mucosa interna del labio superior con desgarre del frenillo y luxaciones intrusivas, así como lesiones en el labio inferior.

La exploración radiográfica también nos puede ser de mucha utilidad ante la sospecha de maltrato físico, pues prácticamente el 50% de los niños suelen ser maltratados repetidamente. En las radiografías podemos encontrar alguna evidencia de traumatismos anteriores, como fracturas radiculares, obliteración del conducto pulpar (con su correspondiente cambio de color en la corona) y alteraciones de los gérmenes de los dientes permanentes en forma de hipoplasia, dilaceraciones, etc. Lo principal en la detección de un niño maltratado es prevenir futuros maltratos brindando apoyo profesional a la familia y al propio niño.

5.4 CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS

De la misma manera que el conocimiento de la etiología nos dirige a adquirir medidas preventivas, la clasificación de las lesiones traumáticas tiene como objetivo proponernos una conducta de primeros auxilios o atención primaria.

Los autores sistemáticamente relacionan la clasificación de acuerdo con la etiología, anatomía, patología y terapéutica instituida. A continuación, vamos a referirnos a la clasificación propuesta por Andreasen, utilizada indistintamente para la dentición decidua como para las denticiones mixta y permanente.

5.4.1 LESIONES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS DUROS Y DE LA PULPA

- Fisura: Consiste en una fractura incompleta del esmalte, sin pérdida de la estructura física del tejido dentario.
- Fractura del Esmalte: Consiste en la fractura y pérdida del esmalte, sin embargo, no compromete a la dentina.
- Fractura del Esmalte y Dentina: Consiste en una fractura con pérdida del esmalte y de la dentina sin compromiso pulpar.

Cuando ocurre la pérdida de una pequeña parte de la estructura física del diente, normalmente representada por la superficie incisal, se recomienda el desgaste o pulido de los bordes cortantes. Si la lesión compromete el esmalte y la dentina es necesaria la reconstrucción anatómica a través de los recursos de operatoria dental, con la finalidad de obliterar los túbulos dentinarios y devolver la estética al niño (fig. 14).

- Fractura Coronaria Compleja. Consiste en una fractura con pérdida del esmalte y de la dentina con compromiso pulpar.

Un impacto frontal de mayor magnitud puede llevar a una exposición pulpar, lo que necesariamente requerirá un tratamiento pulpar previo.

Es fundamental establecer en diagnóstico pulpar el cual dependerá del ciclo biológico del diente deciduo, del tiempo transcurrido entre el traumatismo y la atención profesional y finalmente de las condiciones clínicas de la exposición pulpar (tamaño y localización de la exposición).

Después de la exposición post-traumática, una fina capa de fibrina envuelve a la pulpa; esta pulpa sufre un proceso inflamatorio agudo y aproximadamente 24 a 48 horas después, a través de una actividad proliferativa, ocurre un extravasado pulpar por el local de la exposición.

Este cuadro lleva necesariamente a un tratamiento pulpar radical, con posterior restablecimiento anatomofuncional, utilizando los recursos propios de la operatoria dental.

- Fractura Coronoradicular: Es una fractura de esmalte dentina y cemento, sin embargo, no existe un compromiso pulpar.
- Fractura Coronoradicular Compleja: Es una fractura de esmalte dentina y cemento, con compromiso pulpar.

En caso de fracturas de la porción coronaria asociada a fracturas radiculares, principalmente las de tipo vertical, la indicación es la exodoncia.

- Fractura Radicular: Consiste en una fractura de cemento y dentina con compromiso pulpar. Las fracturas radiculares pueden seguir los planos longitudinal, transversal y oblicuo.

Las fracturas son consecuencia de impactos horizontales y reflejan alteraciones inmediatas en el tejido conjuntivo pulpar, en los tejidos conjuntivo pulpar, en los tejidos periodontales, en el cemento y en la dentina. El pronóstico todavía es considerado indefinido; la ocurrencia de fracturas radicales en la dentadura decidua es considerada relativamente rara y tratamiento estará directamente relacionado con el tipo de localización de la fractura.

Las fracturas radicales en la dentición decidua necesitan de inmovilización semirrigida, precedida de reposición y/o desgaste. Esta contención deberá permanecer por cerca de 7 a 21 días. No se indica tratamiento endodóntico inmediato y solo se indica el acompañamiento clínico-radiográfico, debido a que la cicatrización ocurre siempre con interposición del tejido conjuntivo. El proceso de reabsorción radicular, característico en los dientes deciduos, normalmente es acelerado, sin provocar sin embargo un gran desequilibrio en el proceso de rizolisis. Estos procedimientos son factibles para fracturas horizontales, por otro lado, en caso de fracturas radicales verticales el pronóstico es totalmente desfavorable, indicándose la exodoncia.

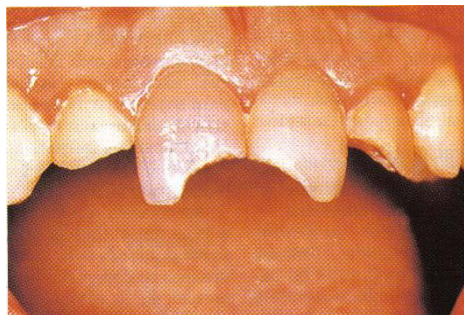


Figura 14. Lesiones en la dentición temporal por maltrato. ⁽³²⁾

5.4.2 LESIONES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

- **Concusión:** Traumatismo de los tejidos de soporte dentario, sin presencia de movilidad dentaria anormal.

Cuando un diente recibe un impacto agudo, podrá haber hemorragia y edema en el interior del ligamento periodontal y esto podrá hacer con que se torne sensible a la percusión y a la masticación. En este tipo de trauma, las fibras del ligamento periodontal no se rompen y el diente además de encontrarse firme en su alveolo no presenta sangrado en el surco gingival. Al examen radiográfico no presenta señales de patología. Por lo general, no existe compromiso pulpar inmediato.

El tratamiento cuando ocurre este tipo de traumatismo consiste en aliviar la oclusión, además de la prescripción de una dieta compuesta de alimentos blandos a la temperatura ambiente y líquidos por aproximadamente dos semanas. El alivio de la oclusión es obtenido a través de un pequeño desgaste en la superficie oclusal del diente antagonista, pudiendo ser realizado con un disco de lija.

Las secuelas, para el periodonto y principalmente para la pulpa, son de difícil predicción, lo que obliga a un riguroso control clínico y radiográfico trimestral, durante un tiempo mínimo de 24 meses.

- **Subluxación:** Traumatismo que produce lesiones en el periodonto de inserción, con consecuente movilidad dentaria anormal.

En estos casos, generalmente ocurre un sangrado en el surco gingival. Debido a la intensidad del traumatismo, la pulpa también será lesionada y consecuentemente habrá una respuesta inflamatoria. Esta pulpa podrá o no regresar a su estado normal y las anomalías que pueden surgir son: degeneración cálcica, reabsorción externa o interna o inclusive la posterior

muerte pulpar. También se pueden verificar alteraciones en el color del diente, inclusive estando la pulpa con vitalidad y este hecho es explicado por el extravasado sanguíneo que ocurre en la cámara coronaria, el cual se difundió por los canalículos dentinarios.

Es común que los responsables del niño no den mayor importancia a los traumatismos bucales, principalmente a aquellos que no dejan señales evidentes. Muchas veces, consultan al odontólogo mucho tiempo después, por causa de alguna movilidad dentaria. En estas situaciones, el examen clínico revelará movilidad exagerada y el radiográfico gran reabsorción radicular.

Siempre que exista compromiso pulpar se debe evaluar correctamente la indicación del tratamiento endodóntico o inclusive la posibilidad de remoción de ese diente. La decisión para optar por este tipo de tratamiento deberá estar basada en el ciclo biológico del diente, así como en el germen del diente permanente sucesor, evitando posibles daños o alteraciones al mismo.

El tratamiento es semejante al anteriormente descrito para los casos de concusión y la contención del diente no siempre es necesaria.

- Luxación Intrusiva: Traumatismo que produce un desplazamiento del diente en dirección al alvéolo, comprometiendo el periodonto de soporte.

Probablemente es el traumatismo más común en términos de atención clínica odontopediátrica. El desplazamiento del diente deciduo en dirección al alveolo puede ser parcial, total, en dirección vestibular y palatina. La curvatura apical vestibular característica de las raíces de los dientes deciduos anteriores, en especial de los incisivos centrales, parecen favorecer el desplazamiento de estos hacia vestibular de tal forma que el impacto axial

sobre el diente deciduo la distancia del diente permanente en erupción. Los traumatismos que ocurren en estas condiciones favorecen su pronóstico. Para estos casos, el tratamiento es el acompañamiento clínico- radiográfico, observando la recepción pasiva del diente que normalmente ocurre durante las primeras semanas post-traumatismo, alcanzando su posición normal durante los siguientes 2 a 4 meses.

Otra posibilidad es el desplazamiento palatino del diente deciduo, lesionando el área folicular. La remoción quirúrgica es el procedimiento mas adecuado en estas circunstancias, previniendo así un daño mayor al germen del diente en formación. Tanto en el desplazamiento hacia vestibular como en el desplazamiento hacia palatino, el diagnóstico radiográfico es definitivo para determinar el tipo de de tratamiento.

Un niño que ha sufrido un traumatismo no nos ofrece mucha colaboración para poder tomar radiografías por lo cual se opta por una técnica lateral, o bien una radiografía oclusal de 90° utilizándose una película periapical de adulto.

Estas técnicas radiográficas definen con relativa facilidad la posición del diente deciduo con relación al germen del diente permanente sucesor en formación. Sin embargo es importante recalcar que cuando se toma una radiografía oclusal de 90°, se debe tener en consideración que si el diente deciduo intruido presenta una imagen radiográfica elongada, él habrá invadido el folículo del germen del diente del diente permanente y, de manera contraria, si la imagen es más corta, nos indicará que se encuentra distante del germen dentario del sucesor permanente.

- Luxación Extrusiva: Traumatismo que produce el desplazamiento del diente, expulsándolo parcialmente del alvéolo, con compromiso del ligamento periodontal.

- Luxación Lateral: Traumatismo que produce un desplazamiento del diente, en las direcciones mesiodistal o vestíbulo palatina (fig.15).
- Avulsión: Traumatismo que produce un desplazamiento del diente, expulsándolo totalmente del alveolo y comprometiendo el ligamento periodontal.

Los impactos frontales de gran magnitud son responsables por el desplazamiento fuera del alvéolo. Este desplazamiento lleva inevitablemente a daño en la pulpa y en el ligamento periodontal (fig. 16). A través de los años el reimplante de dientes deciduos no ha sido considerado una alternativa de tratamiento por algunos autores; sin embargo, de igual manera como en los dientes permanentes, existen circunstancias que permiten ese tratamiento. Recientemente están siendo recomendados los implantes, y algunos casos seleccionados cuidadosamente nos han motivado favorablemente debido a los resultados clínicos y radiográficos observados.

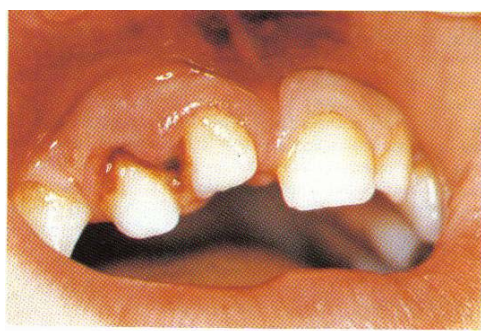


Figura 15. Lesión traumática de los dientes temporales por maltrato.⁽³²⁾



Figura 16. Luxaciones laterales producidas por un traumatismo directo, en caso de un niño golpeado.⁽³²⁾

5.4.3 LESIONES DEL TEJIDO ÓSEO

- Compresión del Hueso Alveolar Maxilar o Mandibular
- Fracturas de las Tablas Óseas Alveolares Vestibulares o Palatina/Lingual
- Fractura de la Apófisis Alveolar con o sin Compromiso del Hueso Alveolar
- Fractura de la Base Maxilomandibular o fracturas aisladas

5.4.4 LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS.

- Abrasión: Es una lesión típica provocada por la fricción entre un objeto y la superficie del tejido blando.

Todas las áreas que han sufrido de abrasión deben ser lavadas con jabón antiséptico e irrigadas con suero fisiológico, dándose una especial atención a la remoción de posibles cuerpos extraños.

- Contusión: Es una lesión típica provocada por un objeto no cortante pero contundente, produciendo un hematoma.

Otro tipo de lesión en el tejido blando es la contusión. En este tipo de accidente existe un extravasamiento de sangre en el interior de los tejidos, apareciendo entonces una mancha morada y edema. Con el tiempo, esta sangre es reabsorbida y el edema desaparecerá (fig. 17).

- Laceración: Es una lesión típica provocada por objetos cortantes, produciendo un desplazamiento de la mucosa.

En caso de laceraciones de los tejidos blandos normalmente la secuencia de tratamiento es la siguiente: anestesia de la región, limpieza, remoción del tejido lacerado y desvitalizado, hemostasis y sutura.³¹

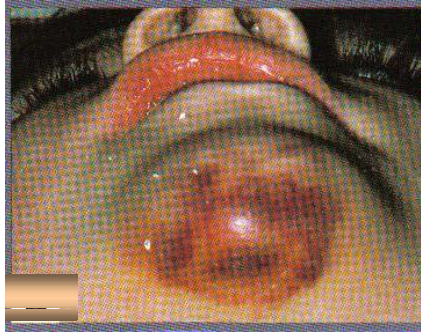


Figura 17. Contusión mentoniana que suele acompañarse de desprendimiento gingival, laceración y fractura mandibular.⁽³⁶⁾

Ante un caso de maltrato y abuso lo prioritario es que si se está produciendo deje de producirse y que si ya ha sucedido, no vuelva a tener lugar. De esta forma todo lo que rodea al niño abusado debe contribuir a devolverle la seguridad y confianza perdidas. Es aquí donde como odontopediatras nuestro aporte es importante y valioso.

CAPÍTULO 6

ASPECTOS LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL

Cuando hablamos del Síndrome del niño maltratado, es importante hacer notar que la intervención de las instituciones públicas no necesariamente se circunscribe a la presentación del Síndrome como tal. Debe recordarse que un síndrome implica agrupamiento de diversos signos y síntomas en una entidad clínica; así, para efectos de intervención de las instituciones públicas basta con el hecho de observar indicio de cualquier violencia, para proceder.

No son únicamente los servicios sociales los que detectan e informan de los casos, sino que éstos pueden ser igualmente identificados y notificados por particulares, familiares y profesionales que en un momento dado pueden detectar estos abusos en la víctima. Entre estos profesionales figuran los encargados de la salud del niño, concretamente el cirujano dentista y el odontopediatra, que se encarga de tratar al niño y adolescente. Es importante entender que dentro del proceso de denuncia o notificación del maltrato infantil, en el cual se puede ver implicado el profesional de la odontología o estomatología, existen una serie de fases establecidas por la administración, y que, en orden consecutivo, son:

- Detección y notificación.
- Investigación.
- Evaluación.
- Toma de decisiones y planificación de intervención.
- Intervención.

- Seguimiento.
- Cierre del caso.

El papel del odontólogo se sitúa en la primera etapa, detectando y notificando, o dando parte de las lesiones que ha encontrado durante su actividad profesional y que no coinciden con la historia que nos relatan los padres o tutores. (Diagrama).

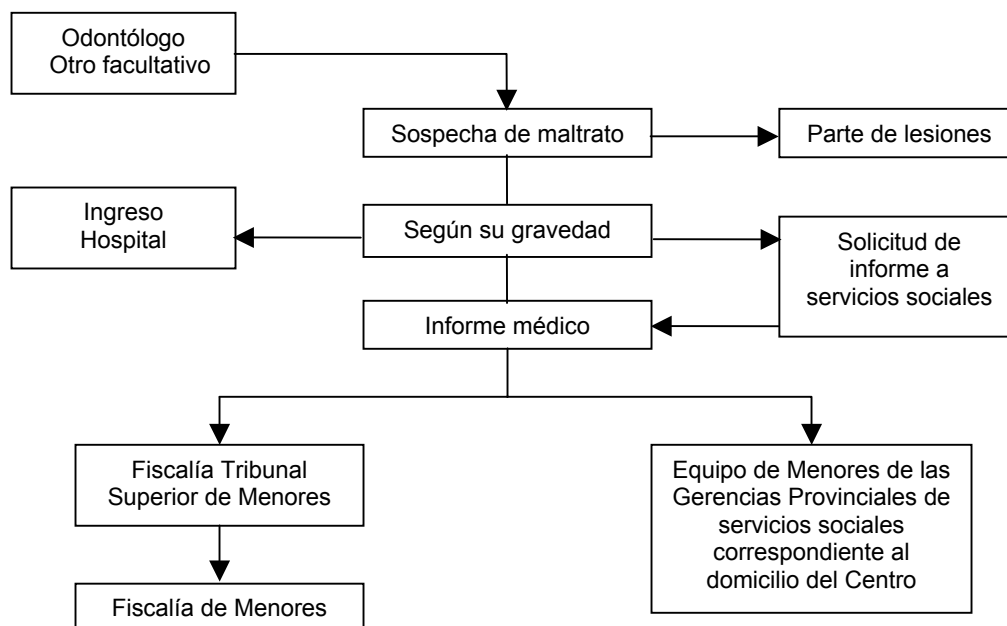


Diagrama. Procedimiento para la protección jurídica del menor

Ante cualquier tipo de lesión externa y observable e independientemente de la sospecha de maltrato, es conveniente el uso rutinario de un formulario de historia clínica de los dientes lesionados. Esta ficha sirve también como listado-recordatorio para verificar preguntas y observaciones importantes que de manera rápida el profesional debe hacer durante la exploración del niño. Lo primero que deberemos establecer es el momento en que se produjeron las lesiones. Es de vital importancia conocer el tiempo transcurrido desde que el niño sufrió el traumatismo hasta que llegó a recibir tratamiento. Esta información va a determinar tanto el tipo de terapéutica que debe emplearse como la sospecha de malos tratos. Si el cirujano dentista atiende por primera vez al niño traumatizado y se constata que hubo pérdida de la conciencia, vómitos, convulsiones, alteraciones en el habla, etc., está indicada la desviación inmediata a un centro médico.³²

Es preceptivo y obligatorio emitir un parte de lesiones al Juzgado de Instrucción de Guardia, en el que se deberá hacer constar, además de los datos reseñados emitidos por otras circunstancias, algunas especificaciones que permitan a la autoridad apreciar la gravedad del tema y la necesidad de adoptar medidas urgentes de protección del menor.

Otra vía de comunicación (vía civil) es el envío de un informe médico complementado con el informe de los servicios sociales a la Fiscalía de Tribunal Superior de Justicia, para que a través del Fiscal de Menores asuma la representación y defensa de los derechos e intereses del menor (Formato). El incumplimiento de la citada obligación puede constituir un delito de omisión de los deberes de impedir delitos o promover su persecución.

En el informe médico que se envíe a la Fiscalía y al Equipo de Menores de las Gerencias Provinciales debe constar:

- Nombre, sexo, edad, dirección y número de teléfono.
- Nombre y dirección de los padres.
- Nombre y dirección de la persona que trae al niño.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias.
- Localización actual del niño.
- Estado actual del menor.
- Indicadores observados (comportamiento del niño y padres o tutores, sobre todo si ha sido hospitalizado).

Parte de lesiones en casos de malos tratos

Centro de trabajo

Dirección

Teléfono

D Colegiado N.º

con actividad profesional en, comunica a V.I.,
 que siendo las horas del día mes año, ha asistido
 a, nacido el
 día, natural de y vecino de,
 calle núm. piso teléfono

Acude en compañía de, con domicilio
 en, con D.N.I.
 teléfono, quien dice ser su

Tras el reconocimiento practicado sean apreciadas las siguientes lesiones:

El origen de las lesiones, referido por el menor/acompañante es

SI / NO / SE DESCONOCE la existencia de antecedente del mismo tipo en su historial clínico.

Observaciones:

.....

.....

Lo que comunico a V.I. a los efectos oportunos., a de de 200...

Firmado.

ILMO. SR. MAGISTRADO JUEZ DE INSTRUCCIÓN DE GUARDIA

Formato para dar parte de las lesiones existentes en malos tratos. ⁽¹⁸⁾

A pesar de lo anteriormente expuesto, en algunos estudios se ha puesto de manifiesto cómo el odontólogo es un pésimo denunciante. En un trabajo realizado en EE. UU. sobre 246 odontólogos infantiles, sólo un 9% de los casos se había producido una denuncia por malos tratos.³³ En otro trabajo se puso en evidencia que de 1.332 profesionales de la odontología sólo un 45% de éstos conocían que como odontólogos tenían responsabilidades penales. El temor a verse implicados, el “miedo a las denuncias”, la escasa credibilidad de las respuestas que ofrece el niño, el temor a romper las relaciones con los padres, y, sobre todo, el gran desconocimiento sobre estos cuadros, son los argumentos que el profesional de la odontología esgrime ante las preguntas sobre el maltrato infantil.

Recientemente, la Ley de Protección Jurídica del Menor redonda en la obligación de comunicar a la autoridad toda situación de riesgo (“existencia de perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar”) o desamparo (“la gravedad de los hechos aconseja la extracción del menor del núcleo familiar”).³⁴

Lo cierto es que existe una discordancia entre las estadísticas publicadas por los facultativos de la salud y el número de casos recogidos en los juzgados y Fiscalía de Menor, lo que nos invita a reflexionar sobre la necesidad de comunicar la totalidad de las sospechas de malos tratos a la autoridad judicial.³⁵

En nuestro país existe, incluso hoy día, una clara resistencia a la denuncia de hechos reconocidos como constitutivos de delito. Sin embargo se considera normal que los padres corrijan a los hijos a su propia capacidad y juicio, las leyes mexicanas no castigan a quien ejerce la patria potestad, si las lesiones no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de 15 días.

La clínica de atención integral de niños maltratados del INP-UNAM, ha recibido apoyo de la UNICEF, para realizar investigación sobre el comportamiento de esta patología médico-social.

El objetivo es establecer una estrategia de prevención del maltrato infantil, basada en las características del problema que se detecta en cada una de las zonas estudiadas.

CONCLUSIONES

Una de las situaciones más injustas en el ser humano es aquella en la que la posición de fuerza y autoridad de unos sobre otros es empleada para humillar de forma constante al ser más débil. Los mecanismos de defensa del pequeño pasan por alterar la percepción de los hechos, llegan a vivirse como si estuvieran viéndose en un escenario, fuera de ellos. Al cabo del tiempo, muchas de las víctimas sienten sensación de anestesia, como si una parte de ellas hubiera muerto, y algunas incluso desearían haber muerto.

La prevención del maltrato en la infancia pasa por fomentar los esfuerzos, ya implementados en algunos países, como educación pública, compromisos sociales, esfuerzos legislativos, y desarrollo de servicios de prevención.

Asumir nuevos desafíos, como el impacto del abuso de las drogas en los padres, la atención especial en situaciones de pobreza, y la exposición a la violencia en los medios de comunicación.

En lo referente al campo de la Odontología sería conveniente una mayor información y educación sobre los diferentes aspectos relativos al maltrato infantil, sus secuelas y manifestaciones en el menor, así como facilitar la información referente a los caminos y vías de denuncia de estos hechos. Sólo trabajando de forma responsable y ética en estos aspectos podremos evitar que el niño sea nueva y reiteradamente fruto de las amarguras, insatisfacciones y violencia del maltratador.

“Hoy el maltrato de las criaturas es una de las formas de agresión que llamamos “increíbles” o “aberrantes”, quizá porque todavía no estamos preparados para afrontar directamente este trágico problema. La realidad es que la explotación de los niños no tiene fronteras de estados mentales ni clases sociales”.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Loredó Abdalá A: Maltrato al menor. Cd. de México:Ed Interamericana Mc Graw Hill 1994. Pp.1-7.
2. Radbill SX: The first treatis in pediatrics. Amer J Dis Child 1971;122:369-376.
3. Lynch MA: Child abuse before Kempe: An historical literature review. Chile Abuse Neglect 1985;9:7-15.
4. Caffey J: Multiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma Am J Roentgenol Radium Ther 1946;56:163-173.
5. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF et al: The battered child syndrome. JAMA 1962;181:17-24.
6. Fontana VJ: The maltreatment syndrome in Children. 2a. ed. Springfield: Charles C. Thomas, 1971;4.
7. Meadow R: Munchausen's síndrome by proxy. Lancet 1977;2:343-345.
8. Loredó AA, Sierra GQJ et al: Síndrome de Munchausen en niños: informe de dos casos. Bol Med Hosp. Infant Méx 1991;48:121-125.
9. Landwirth J: Fetal abuse and neglect: an emerging controversy. Pediatrics 1987;79:508-514.
10. Kelley SJ, Brant R: Sexual abuse of children in day care centers. Child Abuse and Neglect 1993;19:71-89.
11. International Child Healt: A digest of current information. Reports by members of Internetional Pediatric Association Standing Committee 1991;2:32-44.
12. Díaz Covarrubias C.: Abuso infantil y Neglidencia el papel del Odontólogo. <http://derechosinfancia.org.mx>
13. Samuda GM: Child discipline and abuse in Hong Kong. Child Abuse Neglect 1988;12:283-287.

-
-
14. Okeahialam TC: Chile Abuse in Nigeria. Chile Abuse Neglect 1984;8:69-73.
 15. Espinosa ME, Cáceres DJ, Cortés VJ: Síndrome del niño maltratado: aspectos médicos, psicológicos y jurídicos. Rev Mex Pediatr 1971;40:807-819.
 16. Foncerrada MM: El niño víctima de maltrato físico Rev Med IMSS Méx 1982;20:71-76.
 17. Loredo AA, Reynés MJ, Martínez CS et al: El maltrato al menor. Una realidad creciente en México. Bol Méd Hosp Infant Méx 1986: 43:425-433.
 18. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A :Odontopediatria. Lesiones por malos tratos. Cd. de México: Editorial Masson, 2004. Pp.423-437.
 19. Díaz Huertas JA. Concepto, tipología y clasificación en niños maltratados. Madrid España: Eds. Niños maltratados Madrid; Díaz de Santos, 1997. Pp.9-15.
 20. Primero RE:La importancia de una definición completa del maltrato a los menores. En: El abuso contra los niños: una perspectiva multidisciplinaria. México:FICOMI, 1992.
 21. Lozano Vázquez S, Anaya Alba S. Consideraciones sobre el manejo Estomatológico del Paciente con Síndrome del Niño Maltratado. Revista ADM 2002;4:152-154.
 22. Costa Cabanillas M, Morales González JM, La prevención del maltrato infantil, En : Casado Flores J. Díaz Huertas JA, Martínez González C, eds. Niños maltratados Madrid: Díaz de Santos, 1997. Pp.325-336.
 23. Díaz Huertas JA. Maltrato infantil. En: Díaz Huertas JA, ed. Detección del riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil. Madrid: Instituto Madrileño del menor y la familia, 2000:53-64.
 24. Planeéis del Pozo P.,Gallegos López L.: Lesiones por malos tratos. México: Editorial Masson, 2004. Pp. 424-425.
-
-

-
-
25. Fernández Delgado FJ, Vallejo Bolaños E.: Diagnóstico odontológico-forense en el reconocimiento de niños maltratados. Quintessence (ed.esp.) 2000;12:4-86.
 26. Molina Gómez AM. Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en odontología. Gaceta Dental 2001;122:36-48.
 27. Fernández Delgado FJ, Vallejo Bolaños E: Diagnóstico odontológico forense en el reconocimiento de niños maltratados. Quintessence (ed.esp.) 2000;12:4-86.
 28. Oertling KM. Prevent Abuse and Neglect through Dental Awareness (PANDA). LDA J 2003; 62:16-17.
 29. Loredó-Abdalá y cols. Maltrato a niños y Adolescentes. ETM,2004.
 30. Gallegos L., Miegimolle M., Planells Paloma. Manejo de la conducta del paciente maltratado. Universidad Complutense de Madrid. 2002.
 31. Guedes-Pinto AC. Rehabilitación Bucal en Odontopediatría Atención Integral. AMOLCA 2003; 10:157-175.
 32. Barbería Leache E. y cols. Odontopediatría. 2ª. ed. México: Editorial Masson, 2002.Pp. 270-275.
 33. Needleman H.L. Orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and the dental profession's involvement. Pediatric Dentistry: May 1986; 8 Special Issue.
 34. Ley de Protección Jurídica del Menor. BOE 17-1-1996:1225-1238.
 35. Jessee SA. Continuing education: child abuse and neglect: implications for the dental profession. J Contemp Dent Pract 2003; 4:92.
 36. Cameron A, Widmer R: Manual de Odontología Pediátrica. Cd. México Ed. Harcourt. Pp. 98-101.
 37. Canales Najera R. Consulta privada