



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN Y SU RELACIÓN CON
ODONTOPEDIATRÍA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

NAYELI YAEL TRILLO RODRÍGUEZ

TUTORA: ESP. ALICIA MONTES DE OCA BASILIO

MÉXICO, D. F.

2014



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.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES	5
2. DEFINICIÓN	7
3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN	8
3.1. Perpetrador	8
3.2. Víctima	13
4. MANEJO ODONTOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN	15
4.1. Anamnesis	17
4.2. Exploración física	19
4.2.1. Lesiones extraorales	22
4.2.2. Lesiones intraorales	25
5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	30
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	36

AGRADECIMIENTOS

En esta etapa que concluye quiero dar las gracias a Dios y a la mejor universidad la UNAM, ya que el hecho de pertenecer a ella me hace sentir muy orgullosa y es de las mejores cosas que me han pasado en la vida, a mis padres Rafael Trillo e Isabel Rodríguez, por haberme brindado su apoyo incondicional, a mi tía Alejandra Trillo quien ha sido mi mentora de vida y profesión, a cada uno de mis amigos los que dejaron huella en mi alma y sin los cuales mi vida universitaria no hubiese sido la misma, en especial a Emmanuel Navarro porque siempre estuvo a mi lado apoyándome.

Quiero agradecer en especial a mi tutora la doctora Alicia Montes de Oca por haber estado ahí ayudándome y mostrándome que mientras más te esfuerzas en conseguir algo, el resultado se disfruta mucho más, y no solo me enseñó académicamente sino que además me dio una lección de vida.

A mis abuelitos que están en el cielo porque ellos me inspiraron a estudiar esta hermosa carrera.

INTRODUCCIÓN

La violencia es uno de los problemas a los se enfrenta la sociedad mexicana, principalmente los niños. El Informe Nacional sobre Violencia y Salud en el año 2007 indica que durante los últimos 25 años, han muerto al día dos niños menores de 14 años y entre un 55 y 62% dicen haber sufrido en algún momento de su vida maltrato físico, emocional o sexual.

El síndrome de Munchausen y su modalidad por poder se considera una forma de abuso infantil, ya que el modus operandi del perpetrador es infligir signos y síntomas a la víctima. En la mayoría de los casos se trata de la madre que a menudo posee algún tipo de formación médica y ayuda de manera voluntaria al personal de salud, las víctimas del síndrome de Munchausen por poder son generalmente lactantes y niños durante la primera infancia, debido a que aún no se pueden expresar oralmente y son físicamente más indefensos, lo que complica el diagnóstico.

En México y países hispanos muchas veces no se reportan este tipo de casos, pero según estadísticas anglosajonas es más común de lo que se cree.

El propósito del presente trabajo es que el Cirujano Dentista identifique el síndrome de Munchausen para remitir tanto al perpetrador como a la víctima con los especialistas correspondientes, ya que puede ser un factor predisponente en el éxito del tratamiento dental.

1. ANTECEDENTES

El término síndrome de Munchausen se estableció en 1977 por Roy Meadow, basado en la descripción de Richard Asher en 1951, se refiere a pacientes adultos que presentan historias exageradas, llenas de mentiras e invenciones en un presumible intento de conseguir seguridad hospitalaria y atención médica, se le dá el nombre a éste síndrome del fantasioso barón Von Munchausen, alemán del siglo XVI que narraba extraordinarios relatos sobre sus proezas como soldado y deportista. Figura 1



Figura 1. Barón Von Munchausen.¹

¹ <http://retratosdelahistoria.blogspot.mx/2011/03/el-baron-von-munchhausen.html>

Meadow introduce el término "por poderes", ya que se trata del caso en que una persona inventa la sintomatología de otra que se encuentra en estado de indefensión. En el mismo año, Burman y Stevens dan a conocer un Munchausen familiar en el que la madre padecedora del síndrome lo provoca en sus dos hijos denominándolo "Síndrome de Polle" , vocablo con el que igualmente se conoce al síndrome de Munchausen por poderes (SMPP) y que fue aplicado en honor del hijo del barón Munchausen, el cual murió a la edad de 10 meses de forma misteriosa.²

Durante las décadas posteriores a su descripción inicial y comparada con otras formas de abuso infantil, se ha probado que el SMPP es una forma de maltrato en la que se involucran elementos como el diagnóstico y los asuntos legales.

El perpetrador del SMPP con frecuencia es la madre del niño, la cual generalmente se le observa atenta y preocupada, describe signos y síntomas que podrían pertenecer a posibles padecimientos, por lo que suena coherente al médico evadiendo una detección inicial de enfermedad grave de la personalidad.^{3,4}

² De la cerda Ojeda F., Goño González T., Gómez de Terreros I., Síndrome de Munchausen por poderes. Cuad Med Forense 2006; 11(43):47-48

³ James L. Levenson., Tratado de medicina psicosomática. 1era ed. Madrid, España: Ars Medica;2006.308-309

⁴ Rosenberg Donna Andrea., Síndrome de Munchausen por Poderes [monografía en internet]. Estados Unidos: Departamento de Pediatría, Centro Médico de la Universidad de Colorado, Denver, Colorado; 2009[10/08/14] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/197179098?width=360>

2. DEFINICIÓN

El síndrome de Munchausen es un trastorno clasificado dentro de las enfermedades facticias, la palabra facticio proviene del Latín *facticius* que significa “*hacer*”, se entiende que es hecho por el hombre y no de forma natural; como término médico se refiere a la aparición de síntomas físicos o psicológicos generados de manera intencional para adoptar el papel de paciente o enfermo.

Las lesiones inducidas son resultado de la agresión o autoagresión y pueden presentarse en pacientes sanos o con padecimientos psiquiátricos de diversos órdenes, por lo que se distinguen dos variantes en el síndrome de Munchausen, una en la que los signos y síntomas de las enfermedades son autoinflingidas y otra denominada SMPP que es un trastorno facticio que involucra el abuso hacia otra persona.⁵

El SMPP practicado en menores de edad se considera una forma de maltrato y abuso infantil, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el maltrato infantil es *cualquier acción u omisión de acción que viole los derechos de los niños y adolescentes y afecte la posibilidad de que disfruten de un grado óptimo de salud, que afecte su supervivencia o su desarrollo*. Asimismo, las víctimas del síndrome pueden morir como consecuencia de un ataque fatal del perpetrador al querer inducir los signos y síntomas de algún padecimiento o por un acto de hostilidad desenfrenada.⁶

⁵ Cogorno Valentina.,Peñuela Adriana.,Veitia Jesymar., Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Revista odontológica Venezolana 2010; 48 (2): 1-16

⁶ Rosenberg. Op Cit. Pp 3-4

Existe evidencia que sugiere que los niños que han sido víctimas del SMPP pueden desarrollar el síndrome de Munchausen u otro tipo de trastorno.

3. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN

El diagnóstico del SMPP es complicado puesto que los padres por temor a ser descubiertos no llevan a los niños al médico, sin embargo, con el odontólogo no sucede lo mismo, de tal manera que el profesional debe tener el conocimiento y la capacidad de discernimiento para realizar ciertas estrategias con las que pueda detectar signos de maltrato, principalmente en la zona de la cara y cavidad oral donde generalmente se observan más lesiones (65%).⁷

Es importante identificar el SMPP a través de los signos y síntomas que se manifiestan, ya que el niño puede correr el riesgo de ser dañado de forma irreversible.⁸

3.1. Perpetrador

Las razones que llevan a una persona a adoptar la conducta de inducir o fingir una enfermedad son la necesidad de ser el centro de atención y el deseo de protección. Entre las características que muestra el paciente con síndrome de Munchausen se encuentran las reacciones desadaptativas

⁷ Rosenberg. Op Cit. pp 13-14

⁸ Ferro T. María J., Maldonado, Angélica; Montiel, Yismary y Rivas, María Andrea., Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria 2010; 13(17): 1

frente a las pérdidas o separaciones, comportamiento agresivo contra el personal de salud, asimismo trata de propiciar confrontaciones y discrepancias entre especialistas, busca la obtención de placer con el engaño, además puede padecer rasgos morbosos en la personalidad como masoquismo y fobias.⁹

En el SMPP no existe evidencia que sugiera que el perpetrador sea inconsciente de sus actos puesto que la planificación y organización implican excesiva atención, los ataques ocurren con violencia sin presencia de testigos y los mantiene en secreto.^{10, 11} Figura 2



Figura 2. La perpetración del SMPP es violenta y consciente.¹²

⁹ Espinosa Brito A., Figueiras Ramos B., Mendilahaxón López J., Espinosa Roca A., Síndrome de Munchausen. Un reto para el clínico. Revista Cubana Medica 2000;39(4):228-27

¹⁰ James L. Levenson . Op Cit. Pág 309

¹¹ Rosenberg Donna Andrea. Op Cit. Pp 11-12

¹² Fuente:<http://detenganlavacuna.blogspot.mx/2012/07/vacunas-matan-gente-despierten.html>

La mayoría de pacientes con SMPP son del sexo femenino, generalmente la madre (76.5%), la cuál parece superficialmente normal y es frecuente que en su evaluación no se detecte ningún diagnóstico psiquiátrico, aunque puede presentar algunas características del síndrome (29.3%), antecedente de un diagnóstico psiquiátrico (22.8%) generalmente depresión o trastorno de la personalidad y antecedentes personales de maltrato (21.0%). En lo referente a la actitud de la madre con el personal de salud y la situación clínica del niño, es colaboradora incluso presenta una preocupación excesiva.¹³ Figura 3



Figura 3. Madre cooperadora con el personal de salud.¹⁴

¹³ James L. Levenson . Op Cit. Pag 309

¹⁴ <http://vivirsalud.imujer.com/sites/vivirsalud.imujer.com/files/imagecache/completa/Sindrome-de-munchausen-enfermos-por-llamar-la-atencion-3.jpg>

Existen diferencias de personalidad o modelo psicológico entre las características del perpetrador en el síndrome de Munchausen y el abusador infantil, donde generalmente se trata de padres que han sido objeto de malos tratos durante su infancia y en la mayoría de los casos padecen alcoholismo, drogadicción, ansiedad y depresión, por lo que desquitan sus frustraciones en los hijos, utilizando una disciplina severa e inadecuada para la edad y condición del niño. Figura 4

El escenario habitual del abuso infantil es el hogar y se presenta en familias con bajos ingresos, aunque se puede dar en cualquier clase social, se relaciona con violencia Intrafamiliar debido a mala comunicación entre padres e hijos, existe el antecedente de abuso a otros miembros de la familia, además se ha comprobado que la desintegración familiar da pie al maltrato infantil.

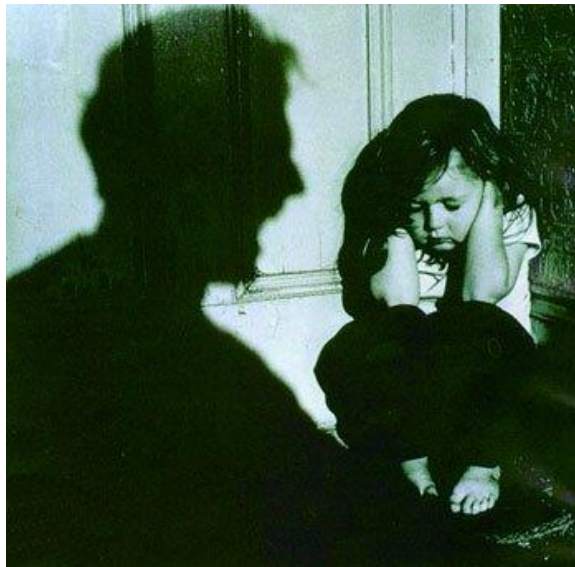


Figura 4. Disciplina severa como maltrato infantil.¹⁵

¹⁵ Fuente: <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/14049166/No-al-maltrato-infantil.html>

Las agresiones puede ir desde físicas hasta de tipo químicas, sexuales, emocionales o económicas, el abusador intenta ocultar el maltrato evitando las instituciones públicas donde se hacen ciertas preguntas para descartar sospechas, cambiando de pediatra, centro de salud o servicio de urgencia para la atención del niño, en caso de acudir retrasa la búsqueda de asistencia médica y abandona precozmente al niño tras el ingreso hospitalario.

La persona responsable del maltrato infantil parece no preocuparse por el niño ni la gravedad de las lesiones, argumentando los traumatismos como accidentales de forma sistemática, lesiones autoinflingidas o las atribuye a los hermanos u otros niños.¹⁶ Cuadro 1

Perpetrador del SMPP	Abusador infantil
Por lo general es la madre del niño o una cuidadora del sexo femenino	Normalmente el abusador es el padrastro del niño
Busca atención medica todo el tiempo	Se rehúsan a buscar atención medica
Es insistente en que se le practiquen más exámenes y tratamientos médicos al niño	Utiliza la intimidación, se muestra hostil, o amenaza y necesita ser visto como responsable
Está deseosa de impresionar al personal de salud por alguno de sus conocimientos en el área medica	Se siente amenazado por el personal de salud
Necesita ser vista como la madre devota y preocupada	Evita el contacto con los miembros del personal

Cuadro 1. Diferencias entre el perpetrador de SMPP y el abusador infantil.¹⁷

¹⁶ Ferro T. María J., y col Op Cit. Pág 3

¹⁷ Criddle Laura., Monsters in the closet: Munchausen syndrome by proxy 2010;30(6) 51

3.2. Víctima

La mayoría de las víctimas del SMPP son lactantes y niños que empiezan a caminar, por no poder expresarse oralmente y ser físicamente indefensos, razón por la cual se pueden manipular y atacar con mayor facilidad, demorando el diagnóstico.¹⁸ Figura 5



Figura 5. Lactante víctima de maltrato.¹⁹

Los niños mayores víctimas de este síndrome frecuentemente toleran y cooperan con el perpetrador en su propio abuso, confabulando para confirmar sus historias médicas e incluso pueden adquirir el síndrome de Munchausen fabricando ellos mismos sus "enfermedades", algunos creen estar muy enfermos y presentar un desorden misterioso que los médicos no pueden detectar, en otras ocasiones el niño es consciente de que la explicación del perpetrador es improbable, pero no lo dicen por miedo a contradecir a su progenitor.²⁰ Figura 6

¹⁸ Rosenberg Donna Andrea. Op Cit. Pág 4

¹⁹ Fuente: <http://violenciadomesticaymaltrato.blogspot.mx/>

²⁰ Oliván Gonzalvo Gonzalo., Indicadores de maltrato infantil. Guías Clínicas 2002; 2 (44): 9-10



Figura 6. Los niños frecuentemente cooperan y toleran el abuso por miedo. ²¹

No se ha identificado ninguna tendencia relacionada con el género y orden de nacimiento, sin embargo, a pesar de que varios hijos pueden ser víctima en forma secuencial, es inusual que más de un niño sea víctima en un período determinado, excepto durante períodos breves de transición, en forma típica si sobrevive la víctima original, sus problemas médicos desaparecen cuando llega otro niño, el cuál desarrolla enfermedades inusuales e inexplicables.

El tiempo transcurrido desde el comienzo de la sintomatología hasta el diagnóstico es variable, generalmente largo con un promedio de 21.8 meses, en un 25% se conocían hermanos muertos y en 61.3% la existencia de enfermedades similares o haber presentado sospecha de SMPP. ²²

²¹ Fuente: <http://amyhir.jimdo.com/area-de-psicologia/el-s%C3%ADndrome-de-munchausen/>

²² De la cerda Ojeda F. y col. Op Cit. Pág 49

4. MANEJO ODONTOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN

El odontólogo quizá sea el profesional con mayor probabilidad de reconocer el maltrato infantil y tiene la posibilidad de detectar al paciente víctima del SMPP, considerando que los padres o perpetradores acuden al consultorio dental en busca de tratamiento del niño afectado; entre el 50 y el 70% de los casos presentan lesiones cráneo-faciales y en cavidad oral.²³

La identificación precoz en estos pacientes es complicada, es fundamental que el Cirujano Dentista conozca los elementos de diagnóstico para detectar el síndrome como la historia clínica, que es un documento médico legal y uno de los factores más importantes de la relación entre el profesional, el niño y los padres, además contiene todos los datos psicobiopatológicos del paciente.

Cuando se sospecha de SMPP pueden aplicarse estrategias como la separación del niño y el perpetrador sospechoso, la búsqueda de evidencias que expliquen los signos y síntomas de las enfermedades que padece el paciente, así como el análisis de los registros.

Es conveniente agudizar la observación a razón del comportamiento del niño, ya que generalmente el maltrato es físico y emocional, dependiendo de la severidad de los daños causados se presentarán las consecuencias en su desarrollo y forma de ser.

²³ Ferro T. María J., y col Op Cit. Pág 5

El paciente víctima de maltrato y abuso infantil ofrece muchos indicios que delatan su situación, entre ellos las ausencias reiteradas a clase, el bajo rendimiento escolar, dificultades de concentración, baja autoestima, depresión constante y/o presencia de conductas autoagresivas, ideas suicidas, docilidad excesiva, actitud evasiva y/o defensiva frente a los adultos, búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos especialmente cuando se trata de niños pequeños, además de actitudes o juegos sexualizados persistentes e inadecuados para su edad, síntomas de intrusión, ansiedad, trastornos del sueño, temor y conductas adictivas.²⁴ Figura 7



Figura 7. El niño muestra conductas que delatan maltrato físico y emocional.²⁵

²⁴ Ferro T. María J. Op Cit. Pp 3-4

²⁵ Fuente. <http://amyhir.jimdo.com/area-de-psicologia/el-s%C3%ADndrome-de-munchausen/>

4.1. Anamnesis

Durante la elaboración de la historia clínica se debe crear un ambiente tranquilo, seguro y confortable, cuando tratamos con niños pequeños los juegos pueden facilitar la entrevista, pues el principal objetivo es ganarse su confianza, cuando la edad del paciente lo permita se puede realizar la anamnesis directamente pero siempre en presencia del personal auxiliar, en algunas ocasiones del trabajador social o representante legal, se debe evitar el asombro ante lo que el paciente relate y no parecer en ningún momento amenazador.²⁶ Figura 8



Figura 8. Entrevista directa con el paciente pediátrico.²⁷

²⁶ Sociedad española de odontopediatría., Maltrato infantil. Lesiones por malos tratos [monografía en internet]. España: 2008[11/08/14]disponibleen:www.odontologiapediatrica.com/.../MALOS_TRATOS-

²⁷ Fuente: <https://sites.google.com/site/cicbhuenchul/caso-clinico-n-3/aspecto-psicologico/miedo-al-dentista-1>

Ante un posible caso de Munchausen es importante registrar y tratar de averiguar la relación de eventos de la vida clínica del niño, si existe un historial de visitas reiteradas a los servicios de salud por enfermedades, signos o síntomas no predecibles e inusuales, en especial apneas y ataques que no han sido confirmados por testigos además de la madre, recabar datos familiares como algún hermano del niño con historial de enfermedades, fallecimiento o si padece de una enfermedad crónica.²⁸

Figura 9



Figura 9. Registro de datos en la historia clínica.²⁹

Si el niño acude a consulta por presentar alguna lesión, debemos preguntar en más de una ocasión como ocurrió el trauma, de esta manera se puede detectar una posible contradicción en el relato, además revisar que los datos proporcionados concuerden con el tipo de lesión que presenta el paciente.³⁰

²⁸ Rosenberg Donna Andrea. Op Cit. pág 9

²⁹ Fuente:

http://moblog.whmsoft.net/es/Apuestas_Deportivas.php?keyword=historia+clinica+dental&language=spanish&depth=1

³⁰ Guzmán Fernando1., Arias Carlos Alberto., La historia clínica: elemento fundamental de lacto médico. Revista Colombiana Cir 2012;27(15) 15-17

Es necesario diferenciar si se trata de una víctima de maltrato infantil o del SMPP, para obtener ayuda tanto para el paciente como para el perpetrador, ya que puede llevar a una importante situación de riesgo para la vida del niño.³¹

4.2. Exploración física

Es importante identificar la alteración de los patrones normales de crecimiento y desarrollo, falta de higiene y cuidado personal, así como marcas de castigos corporales, puesto que son factores para considerar la existencia de maltrato infantil.³²

En las manifestaciones clínicas del SMPP, así como los signos y síntomas que pueden presentar estos pacientes existe un polimorfismo, aunque la presentación más común es la apnea, además de los ataques, hemorragias, depresión del sistema nervioso central, diarrea, vómitos, fiebre (con o sin sepsis u otras infecciones localizadas) y el sarpullido. Los medios utilizados por el perpetrador para la simulación de éstos signos son diversos entre ellos se encuentran la falsificación de pruebas de laboratorio añadiendo sangre menstrual, azúcar o material fecal a la orina, aparentar fiebre frotando el termómetro, producir erupciones por estímulos mecánicos o sustancias irritantes, administración de sedantes, asfixia por inhalación en bolsa de plástico o por oclusión mecánica con las manos.^{33, 34, 35} Cuadro 2

³¹ Rosenberg Donna Andrea. Op Cit. Pag 9

³² Ferro T. María J. Op Cit. Pp 2-3

³³ Oliván Gonzalvo Gonzalo. Op Cit Pag 9

³⁴ Espinosa Brito A. y col. Op Cit pag 231

³⁵ Rosenberg Donna Andrea. Op Cit. Pag 5

LOCALIZACIÓN	SIGNOS
Cabeza, ojos, oídos, nariz, cavidad oral	Hemorragia desde oídos, nariz y garganta Epistaxis Otitis externa Deterioro auditivo Excoriación nasal Nistagmo Otorrea Pérdida dental
Respiratorio	Apnea Asma Hemorragia desde el conducto respiratorio superior Cianosis (y otros cambios de color, entre ellos la palidez) Fibrosis cística Hemoptisis Detención de la respiración Apnea del sueño
Piel	Abscesos Quemaduras Eccemas Excoriación Sarpullidos

Cuadro 2. Localización anatómica de algunos signos que aparecen en el SMPP. ³⁶

El examen radiográfico y la toma de fotografías son auxiliares en la identificación del síndrome pues casi el 50% de los pacientes suelen ser maltratados repetidamente. Figura 11 En la exploración radiográfica podemos encontrar evidencia de lesiones previas, como fracturas de raíz mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios. Figura 12

³⁶ Rosenberg Donna Andrea. Op Cit. Pp 6-9

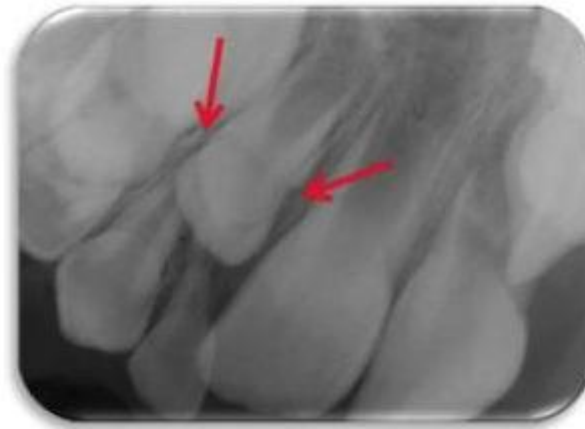


Figura 12. Anomalía de forma en lateral permanente debido a trauma del diente decíduo.³⁷



Figura 11. Fotografía intraoral en la identificación del SMPP.³⁸

³⁷ <http://www.gacetadental.com/2011/09/traumatismos-en-los-dientes-temporales-causan-secuelas-en-los-dientes-permanentes-25678/>

³⁸ Fuente: <http://cuidemosjuntostuboca.blogspot.mx/2013/01/es-facil-cuidar-tu-boca-2.html>

4.2.1. Lesiones extraorales

Las lesiones más frecuentes en piel y mucosa son los hematomas (39%), producto de golpes o lanzamientos del niño contra superficies duras que provocan además equimosis y fracturas. Figura 13



Figura 13. Hematomas y rasguños durante la primera infancia.³⁹

Estos traumatismos en lactantes son incompatibles con el desarrollo motor, por lo tanto, se sospecha de maltrato, encontramos también intentos bruscos de silenciar al niño con la mano, en estos casos existe un hematoma peri oral que señala en forma de espejo la huella de la mano del agresor. Figura 14

³⁹ Fuente: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/643812.html>



Figura 14. Huella de mano del abusador en un intento de callar al niño.⁴⁰

Los traumatismos cutáneos como mordeduras dejan una lesión en forma oval y pueden presentar un área central de equimosis, en el niño maltratado se pueden observar abrasiones o heridas por el uso de cualquier elemento punzante presente en el ámbito doméstico (20%). Figura 15



Figura 15. Mordedura humana en piel.⁴¹

⁴⁰ Fuente: <http://elambienteron.blogspot.mx/2011/08/indicadores-de-malos-tratos-en-los.html>

⁴¹ Fuente: http://www.malthus.com.br/mg_imagem_zoom.asp?id=1031

Las lesiones más graves son las quemaduras que constituyen un 6%, éstas provocan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. Cuando la quemadura es fortuita o accidental, la profundidad de la lesión es de 1° ó 2° respectivamente, mientras que cuando es provocada se eleva la temperatura y tiempo de exposición, alcanzando la profundidad del daño a grado 3, ofreciendo una coloración que va del blanco perlado al negro carbón.

La quemadura provocada por contacto con un líquido caliente se denomina escaldadura y las provocadas por un elemento sólido por ejemplo con tenedor, cuchara, plancha o cigarrillo, se les nombra secas.

Las lesiones intencionadas por quemaduras de cigarrillos, tienen un patrón circular y una disposición simétrica y múltiple, pueden encontrarse también quemaduras peri orales producidas como consecuencia de la alimentación forzada con productos u objetos muy calientes. Figura 16



Figura 16. Quemaduras producidas por cigarro. ⁴²

⁴² Fuente:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138123x2003000200002&script=sci_arttext

4.2.2. Lesiones intraorales

Las lesiones encontradas en tejidos blandos como laceraciones, quemaduras o infecciones orales pueden tener diversas formas, cuando reflejan la imagen del objeto agresor se denomina imagen en espejo, las lesiones en labio superior y desgarró del frenillo labial suelen ser consecuencia de golpes.

Las quemaduras situadas en la lengua y/o mucosa labial y gingival pueden ser producidas por cigarrillos, objetos calientes, ingestión forzada de cáusticos o alimentos a altas temperaturas, en estos últimos casos la profundidad y extensión de las lesiones se determina por la temperatura, tiempo de exposición y cantidad del producto ingerido.⁴³

Cuando un niño adquiere el síndrome de Munchausen existen manifestaciones orales, entre las que podemos encontrar úlceras traumáticas, fibroma traumático, mucocele, morsicatum buccarum, lesiones gingivales y traumatismos dentales.

Las úlceras traumáticas que se ubican en área de labios, carrillos y bordes laterales de la lengua, generalmente son crónicas y persisten más de un mes, su sintomatología es variada, normalmente tienen diámetro de más de 2 centímetros, bordes elevados, indurados, cubiertas por una membrana gris amarillenta, hemorragia submucosa frecuente, edema y en ocasiones la presencia de un halo eritematoso que las circunscribe. Figura 17

⁴³ Sociedad española de odontopediatría. Op Cit pp 10-13



Figura 17. Úlcera traumática.⁴⁴

El fibroma traumático se caracteriza por ser elevado, papular o tumoral, de coloración normal a pálida debido a una relativa carencia de vasos sanguíneos, la superficie puede ser lisa o úlcerada, esta última guarda relación con la localización y tamaño de la lesión; puede ser de base sésil o pediculada y su crecimiento es lento, incluso mantener el mismo tamaño durante años, su localización más frecuente es en aquellas áreas propensas a sufrir trauma como carrillos, lengua, paladar, labio, encía, y bordes laterales de la lengua, cuando aparece en encía surge del tejido conectivo o del ligamento periodontal. Figura 18

⁴⁴ Cogorno Valentina y col. Op Cit. Pag 6



Figura 18. Fibroma traumático en carrillo. ⁴⁵

El mucocele es un quiste formado por una extravasación de moco, ocurre frecuentemente en el labio inferior, aunque también puede aparecer en el labio superior, carrillos, fosa retromolar, cara ventral de lengua, piso de boca y paladar, es asintomático, fluctuante, de color azulado o del mismo color de la mucosa, de superficie lisa y tamaño variable desde 3 mm hasta 2 cm de diámetro.

El Morsicatum Buccarum es de las lesiones asintomáticas que se localizan con mayor frecuencia en la mucosa bucal y labio inferior pueden presentarse uni o bilaterales. Las áreas aumentadas de tamaño pueden ser eritematosas o blancas, estar ulceradas o erosionadas y la superficie es generalmente es irregular. Figura 19

⁴⁵ Cogorno Valentina y col. Op Cit. Pág 8



Figura 19. Morsicatum buccarum en carillo ocasionado por trauma.⁴⁶

En la gingivitis artefacta la cantidad de biofilm es baja y no existen signos de inflamación en las zonas externas del tejido, se presentan zonas de aparente necrosis de papilas que simulan lesiones periodontales, hendiduras verticales en el borde gingival con recesión, en casos graves existe pérdida del hueso alveolar que no se regenera, exposición de la raíz de uno o más dientes y erosiones con fondo rojizo.⁴⁷ Figura 20

⁴⁶ Cogorno Valentina y col. Op Cit. Pág 11

⁴⁷ Cogorno Valentina y col. Op Cit. pp 5-13



Figura 20. Recesión gingival por trauma en primer molar inferior deciduo.⁴⁸

Los traumatismos dentales suelen ser violentos y de etiología inexplicable, acompañados de lesiones del alvéolo dentario y en distintas fases de evolución. En ocasiones se observa el alvéolo vacío, ausencias dentarias por arrancamiento y/o presencia de restos radiculares en dentición libre de caries, con un historial etiológico poco claro, lo que hace sospechar maltrato en el niño.

Los traumatismos en huesos faciales y sus secuelas como fracturas óseas mal consolidadas, pueden provocar desviaciones de la línea media y el mentón, alteraciones de la apertura y cierre mandibular o limitación de los movimientos.

⁴⁸ Cogorno Valentina y col. Op Cit. Pág 13

5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

En México la legislación que rige sobre maltrato y violencia infantil son: la ley para la prevención y atención a la violencia familiar y la ley para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, vigentes desde 2004.⁴⁹

El Cirujano Dentista juega un papel importante en la detección del síndrome y debe ser capaz de observar durante la exploración, las heridas o lesiones que afectan a las estructuras orales, así como alertarse ante la sospecha de estar frente a un caso de Munchausen, además debe documentar e informar en la historia clínica sus hallazgos.⁵⁰

Es necesario que el profesional informe a un familiar cercano a la víctima los hallazgos y recomendar que acudan a pedir información y ser auxiliados en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF-DF a través de la Subdirección de Prevención y Atención al Maltrato Infantil, ubicada en la calle de Prolongación Xochicalco, número 1000, Edificio "B" 1er. Piso, Colonia Santa Cruz Atoyac, C.P. 03310, delegación Benito Juárez. Área de Atención al Maltrato Infantil a los teléfonos: 91832988 y 56040127 ext. 6100 y 6001.

Las acciones de este programa son la investigación social en contextos familiares, orientación familiar, mediación familiar, reestructuración y refortalecimiento de la vinculación, comunicación y dinámica familiar, reformulación en temáticas de normas, límites y habilidades de crianza.

⁴⁹ Requena M. A.; Robles B. N. L., Lara C. E., Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: Reporte de caso. *Int. J. Odontostomat* 2014; 8(1)

⁵⁰ Sociedad española de odontopediatría. *Op Cit* pp 8

Además de recibir atención psicológica, intervención psicopedagógica, canalización y seguimiento a servicios especializados.⁵¹

Los requisitos que se requieren son una solicitud escrita dirigida a la Subdirección de Prevención y Atención al Maltrato Infantil, señalando:

- Nombre, apellidos y número telefónico del reportante.
- Nombre y apellidos, edad aproximada, género, así como parentesco del o los presuntos agresores con los menores de edad involucrados.
- Nombre, apellidos, edad aproximada, género, ocupación del o los padres o responsables de los cuidados del o los menores de edad involucrados.
- Nombre apellidos, edad aproximada, género, grado escolar del o los menores.
- Motivos de intervención social, descripción de los hechos, especificando de ser posible el tiempo, la forma y el lugar de las agresiones de las que han sido objeto los menores de edad involucrados.
- Datos del domicilio donde ocurren los hechos, los cuales deben contar con calle, colonia, delegación, número exterior e interior o en su caso lote y manzana, calles entre las que se localiza, y cualquier referencia del inmueble que pueda apoyar su ubicación.

⁵¹ Sistema para el desarrollo integral de la familia: <http://www.dif.df.gob.mx/dif/directorio.php>. consultado 4 octubre 2014

Es importante aclarar que el odontólogo solamente identifica el síndrome de Munchausen y el diagnóstico lo establece un médico psiquiatra, en relación a las diferencias entre los signos de maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. Se debe abordar la problemática multidisciplinariamente con ayuda de médicos, psicólogos y trabajadores sociales y no únicamente enfocarse a la atención de la cavidad oral.

En caso de traumas de mayor complejidad, como fracturas, laceraciones en cuerpo o extremidades y traumas cráneoencefálicos, los pacientes deberán ser referidos a los especialistas apropiados, si la vida del menor se encuentra en peligro debido a la gravedad de las lesiones sufridas o el niño debe ser referido directamente a un hospital.^{52, 53}

Dependiendo de las manifestaciones del niño en situación de estrés postraumático se pueden presentar dos tipos de conducta: trauma de tipo I y de tipo II.

El trauma de tipo I es el resultado de un hecho traumático, brusco, repentino y único, en este caso el niño presenta un comportamiento pasivo que deriva en la falta de atención y confianza como resultado de malos tratos y se comporta como un niño cooperador, pero tenso. El trauma de tipo II es resultado de una larga o repetida exposición al maltrato.

En cualquier caso debe fomentarse la seguridad y confianza en las relaciones entre el niño y los profesionales que integran el equipo de salud.

⁵² Ferro T. María J., y col Op Cit pag 6

⁵³ Castillo Mercado Ramon., Op Cit pag 483

Las técnicas recomendadas para el manejo de la conducta en niños víctimas de maltrato son decir-mostrar-hacer y de control de voz, las técnicas restrictivas no son aconsejables en la terapéutica.^{54, 55}

⁵⁴ Medrano García., Giannina., Perona Miguel De Priego., Guido. Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?. Odontología Pediatría 2010; 9(1) pags78-94.

⁵⁵ Fuente: UNICEF México: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17045.htm> . consultado: 4 octubre 2014

CONCLUSIONES

El síndrome de Munchausen es un problema de salud en México que afecta a miles de niños poniendo en riesgo su integridad física y psicológica, a tal grado que la muerte es la forma más extrema a la que se puede llevar este tipo de abuso.

Este síndrome en cualquiera de sus modalidades es difícil de identificar debido a la variedad de signos que puede manifestar, por lo que el Cirujano Dentista debe tener la capacidad de discernimiento en cuanto a las historias facticias y la observación clínica para no confundirlo con un tipo de maltrato común.

En la medida en que los odontólogos conozcan este padecimiento y estén capacitados con conocimientos de psicología infantil para tratar con víctimas de abuso y maltrato, podrán incluir este trastorno como diagnóstico diferencial en la consulta pública y privada.

La posibilidad de interactuar con los niños en un ambiente de confianza dentro del consultorio dental es fundamental para tratar a estos pacientes de acuerdo a las habilidades y competencia del profesional.

En caso de lesiones que competen a la cavidad oral, si el profesional no está capacitado para tratarlas debe canalizar al paciente con el especialista adecuado y trabajar de manera multidisciplinaria.

El papel del odontólogo en estos casos además de remitir, es informar a algún familiar cercano a la víctima acerca de la sospecha de estar frente a un caso de Munchausen, conforme a los datos recabados y dar una opinión profesional para que estén al tanto y puedan recibir ayuda profesional o de las autoridades correspondientes.

La historia clínica es un documento médico legal que debe realizarse en todos los pacientes, contiene datos, fotografías intra y extraorales y radiografías como auxiliares de diagnóstico, en el caso de un niño víctima del SMPP o maltrato infantil ayudan a demostrar un abuso reiterado del menor y deberá presentarse al momento de canalizarlos con otros especialistas o ante las autoridades correspondientes en caso de que lo soliciten.

BIBLIOGRAFÍA

Castillo M. R. Estomatología pediátrica. 1era ed. Madrid, España: Ripano;2011.

Cogorno V, Peñuela A, Veitia J. Facticia en niños Y adolescentes manifestaciones bucales. Revista odontológica Venezolana 2010; 48 (2)

Cridde L. Monsters in the closet: Munchausen syndrome by proxy 2010;30(6) 51

De la cerda O. F, Goño G, Gómez de T. Síndrome de Munchausen por poderes. Cuad Med Forense 2006; 11(43)

Espinosa B, Figueiras R, Mendilahaxón L, Espinosa R. Síndrome de Munchausen. Un reto para el clínico. Revista Cubana Medica 2000;39(4)

Ferro T, Maldonado A, Montiel, Yismary, Rivas, María Andrea. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria 2010; 13(17)

Guzmán F, Arias C. La historia clínica: elemento fundamental de lacto médico. Revista Colombiana Cir 2012;27(15)

James L. Tratado de medicina psicosomática. 1era ed. Madrid, España: Ars Medica;2006.

Oliván G. Indicadores de maltrato infantil. Guías Clínicas 2002; 2 (44): 9-10

Rosenberg D. Síndrome de Munchausen por Poderes [monografía en internet]. Estados Unidos: Departamento de Pediatría, Centro Médico de la Universidad de Colorado, Denver, Colorado; 2009[10/08/14] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/197179098?width=360>

Sistema para el desarrollo integral de la familia:
<http://www.dif.df.gob.mx/dif/directorio.php>. consultado 4 octubre 2014

Sociedad española de odontopediatría. Maltrato infantil. Lesiones por malos tratos [monografía en internet]. España: 2008[11/08/14]disponibleen:www.odontologiapediatrica.com/.../MALOS_TRATOS-

UNICEF México <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17045.htm>
consultado: 4 octubre 2014

Requena M, Robles B, Lara C. Afectacion de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: Reporte de caso. Int. J. Odontostomat 2014; 8(1)

Thomas J, Straffon L, Rohr M, Habil P. Knowledge and Professional Experiences Concerning Child Abuse: An Analysis of Provider and Student Responses. *Pediatric Dentistry* 2006; 28(5) pp 438-44.

Cujiño C, Davila P, Sarmiento L, Villareal Q, Chaskel H. Síndrome de Munchausen por poder. *Revista latinoamericana de Psiquiatría* 2012; 11(2)

Medrano G, Giannina, Perona M, Guido. Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?. *Odontología Pediátrica* 2010; 9(1)p.78-94.