



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

MANEJO ODONTOLÓGICO EN VÍCTIMAS DEL  
SÍNDROME DE MUNCHAUSEN.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A:**

LILIANA LÓPEZ RODRÍGUEZ

TUTORA: C.D. MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

Cd. Mx.

2019



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.

“Sé firme en tus actitudes y perseverante en tu ideal. Pero sé paciente, no pretendiendo que todo llegue de inmediato. Haz tiempo para todo, y todo lo que es tuyo, vendrá a tus manos en el momento oportuno”.

*Mahatma Gandhi*

La motivación, cuando es la indicada y en el mejor momento, es el mejor detonante hacia el éxito, por esto mismo agradezco infinitamente a mi esposo Armando Isaac y a mi hijo Santiago ya que sin su presencia, el recorrido por este camino no hubiera sido igual. Gracias a los dos por su amor, cariño, apoyo y comprensión. Los amo infinitamente

A mi madre Yolanda López te agradezco por haberme forjado como la persona que soy ahora, muchos de mis logros te los debo a ti incluyendo este. Tus esfuerzos siempre fueron impresionantes y tu amor para mí es invaluable, gracias Má por haberme dado las herramientas básicas de motivación para lograr llegar a este punto y no darme por vencida jamás. Te amo

Agradezco a mis hermanas Valeria y Maritza no solo por estar presentes siempre a pesar de la distancia sino también por aportar a mi vida cosas invaluableles como los grandes lotes de felicidad y diversas emociones que siempre me han causado. Las amo.

A mi abue gracias por haberme brindado un techo dónde vivir, por cuidarme cuando era niña y hasta ya de grande, gracias infinitas porque tú también formas parte de este gran logro.

A mi sobrino Adrián gracias infinitas porque en uno de los momentos más difíciles de la carrera fuiste tu mi rayito de luz y mi motor para no darme por vencida, gracias por escucharme, por interesarte en lo que hacía en la escuela y sobre todo gracias por ser mi paciente preferido.

A mi tía Alicia, mi tío Rafael y mis primas Pame y Cefa, infinitas gracias por su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera, por estar ahí cuando más los necesite, gracias por ese granito de arena que sin el tampoco habría llegado aquí.

A mi tío Rubén, tía Emma, Itzel, Diana, tía Esther y tío Mario, infinitas gracias por su cariño y apoyo en toda esta etapa de mi carrera.

Agradezco profundamente a mis amigas Paulina, Diana y Angelica por acompañarme todos estos años, escucharme y apoyarme siempre incondicionalmente, gracias por acompañarme en este largo y complicado camino y estar ahí a mi lado.

Agradezco a la Sra. Susy, por su apoyo en esta última etapa en la escuela, y por la ayuda brindada para la elaboración de este proyecto.

Gracias a mi tutora C.D. María Eugenia Rodríguez Sánchez por sus consejos, apoyo y paciencia durante el desarrollo de esta tesina y así poder concluirla exitosamente.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

## OBJETIVO

|   |    |
|---|----|
| 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....  | 9  |
| 2 DEFINICIÓN .....  | 13 |
| 2.1 Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés) .....                          | 13 |
| 2.2 Sociedad Profesional Americana sobre el Abuso de los Niños (APSAC por sus siglas en inglés) ..... | 15 |
| 3 RECONOCIENDO LA ENFERMEDAD.....   | 16 |
| 3.1 Señales de alarma.....  | 16 |
| 3.2 Signos de riesgo.....   | 18 |
| 3.3 Perpetrador.....  | 19 |
| 3.3.1 Maltrato como búsqueda de ayuda.....  | 19 |
| 3.3.2 Médico –adictivo.....   | 19 |
| 3.3.3 Inductores activos.....   | 20 |
| 3.3.4 Asesinos.....   | 21 |
| 3.4 Víctima.....  | 21 |
| 4 MANEJO ODONTOLÓGICO EN VÍCTIMAS DEL SINDROME DE MUNCHAUSEN.....                                     | 23 |
| 4.1 Historia clínica.....   | 26 |
| 4.1.1 Anamnesis.....  | 26 |
| 4.1.2 Exploración física .....  | 29 |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 4.1.2.1 | Exploración Extraoral.....   | 32 |
| 4.1.2.2 | Exploración de Cavidad Oral.....   | 37 |
| 5.      | CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO ANTE VÍCTIMAS DEL<br>SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODER..... | 45 |

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS DE IMÁGENES

## **OBJETIVO**

Identificar las características clínicas para el manejo odontológico de víctimas del Síndrome de Munchausen por poderes, para poder llevar un seguimiento adecuado del paciente y abordar la problemática multidisciplinaria con ayuda de médicos, psicólogos y trabajadores sociales.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Munchausen por poderes, es considerado un tipo de maltrato infantil, que, aunque es relativamente frecuente no se hace referencia en la mayoría de los textos que hablan de maltrato, y los estudios que van apareciendo en la literatura son muy escasos.

El Dr. Richard Asher describió por primera vez en 1951, bajo el título de Síndrome de Munchausen, un cuadro caracterizado por el abuso de consultas hospitalarias a raíz de falsos y significativos padecimientos, que por sus características promovían estudios y tratamientos innecesarios.

La denominación al síndrome fue motivada por los antecedentes históricos de Karl Friedrich Hieronymus Baron von Munchausen. En 1977 el pediatra Roy Meadow denominó y definió a este síndrome como Síndrome de Munchausen por poderes, describiéndolo como aquel en que la persona fabrica o inventa síntomas para otra persona, formando una triada perpetrador-victima-médico.

La APA en su codificación Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) define al síndrome de Munchausen como un trastorno ficticio aplicado a otro y se encuentra clasificado en la categoría de trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.

La APSAC como tal establece que solamente cuando la motivación sea la autosatisfacción de sus necesidades psicológicas debe usarse el termino como parte de SMP.

Las características del Síndrome de Munchausen por Poderes, son variadas, múltiples y confusas por tanto su diagnóstico y manejo odontológico resulta complejo, pero el odontólogo debe tener el conocimiento y la aptitud de desarrollar estrategias para poder detectar el maltrato, en especial en zona de la cara y cavidad oral ya que generalmente es en donde se presentan más lesiones.

Finalmente, el odontólogo tiene el compromiso moral y ético de realizar acciones para prevenir el maltrato, controlar los factores y proteger al niño, ante dicha situación tiene la obligación de reportarlo ante las autoridades legales pertinentes y de esta manera prevenir nuevos abusos y preservar la salud de la víctima.

## 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1951 el Dr. Richard Asher describió el Síndrome de Munchausen, tomando el nombre de la novela publicada en 1785, por Rudolf Erich Raspe en la que el protagonista era el oficial alemán Karl Friedrich Hieronymus “Historia de los maravillosos viajes y de las campañas de Rusia del Barón de Munchausen”, también llamada “Las aventuras del Barón de Munchausen”. En la cual contaba historias increíbles y fantásticas con la intención de cautivar a sus lectores. Por tal situación, el síndrome es caracterizado por el paso de los pacientes enfermos, trasladándose de hospital en hospital, relatando sus historias fantásticas respecto a enfermedades e inventando síntomas para captar la atención médica, sin que se resuelvan sus problemas de salud (fig. 1)<sup>1,2,3</sup>.

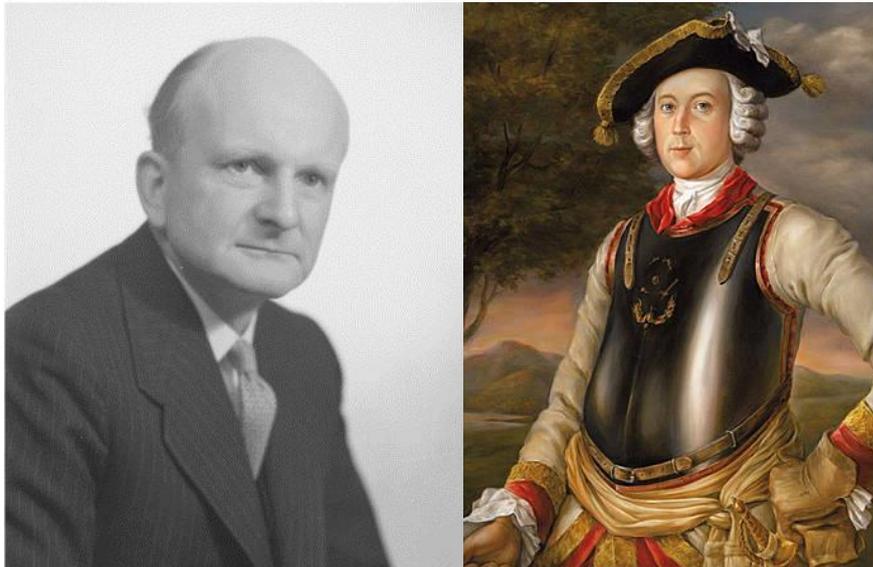


Figura 1. Dr Richard Asher y Barón Von Munchausen

El Dr. Asher describe el síndrome en adultos cómo pacientes que narraban historias y síntomas llenas de invenciones, las cuales desencadenaban diversas consultas con el fin de obtener atención medica innecesaria.<sup>2,3,4</sup>

En su descripción diferencia dos actores en el síndrome: La “víctima” con su afán de engañar a otra y “el médico” con su conocimiento clínico. Al introducirse “por poder” se integra un tercer actor “el perpetrador”, quien induce e inventa síntomas sobre la víctima o menor (fig. 2)<sup>1,5,6</sup>.



Figura 2. Víctima y médico, actores del SMP

Samuel Roy Meadow, pediatra británico en 1977 introdujo el término Síndrome de Munchausen por poderes, encontrando en su consulta médica a diferentes pacientes en especial a niños.

Meadow hace dos hallazgos importantes en sus pacientes, el primer caso fue un niño envenenado con cantidades importantes de sal, y en el segundo caso detecto que la madre vertió sangre en la orina del niño; ante esta situación detecta un signo de maltrato infantil diagnosticándolo como síndrome basado en los estudios del Dr Asher (fig. 3)<sup>1,2,6</sup>.

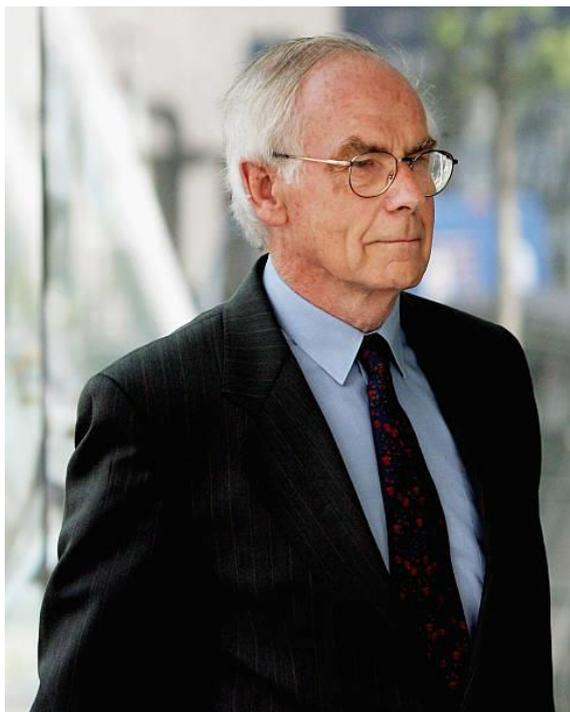


Figura 3. Samuel Roy Meadow

Meadow refiriéndose ya al daño que causa regularmente una madre a su hijo, asentó una definición que actualmente continúa en uso, la cual menciona que la enfermedad del niño o “víctima” es provocada, inducida o inventada por la persona más cercana, siendo lo más frecuente la madre o perpetrador del menor. <sup>5,6</sup>

Burman y Stevens en ese mismo año dan a conocer un tipo de Munchausen familiar en dónde la madre padece síndrome de Munchausen por poderes (SMP) y se lo provoca a sus dos hijos, y lo nombran “Síndrome de Polle” en honor al hijo del Barón de Munchausen, quien murió misteriosamente a los 10 años.<sup>1</sup>

Barrios, Couse y Corral en 1996 consideraron el SMP un tipo de agresión denominándolo maltrato intencional.

En 1998 Gunter establece que la relación entre madre e hijo tiene características de asociación destructivas, en la cual el niño puede no solo llegar a traicionar a su madre si no de igual forma ayudarla a fabricar el relato, con el peligro de llegar a desarrollar el mismo síndrome.<sup>7</sup>

En el año 2000 Scheirer manifiesta que en el Síndrome de Munchausen es de gran dificultad poder detectar la enfermedad, pues, generalmente el perpetrador presenta a la víctima con sintomatología similar a las descripciones en libros científicos.<sup>8</sup>

Braga en 2007 observa la evolución exagerada y patológica que caracteriza al SMP, y describe a padres o perpetradores que causan enfermedades imaginarias o reales a sus hijos o víctimas, perjudicando de forma importante su salud a través de cirugías y tratamientos evidentemente innecesarios. Beard en ese mismo año señala en relación con características de las víctimas de este síndrome suelen ser individuos menores a dos años, afirmando que los niños para poder ganar aceptación ante sus perpetradores colaboran con ellos en la elaboración de los síntomas.<sup>8</sup>

## 2. DEFINICIÓN

El Síndrome de Munchausen por Poder se define como un trastorno ficticio en el cual hay una invención o creación de alguna enfermedad física o psicológica a una tercera persona, generalmente a un menor quien es llevado en repetidas ocasiones al hospital por la persona a cargo.

Generalmente en todos los casos, tal situación genera una triada “perpetrador/victima/médico” (padre e hijo y médico). De esta forma el beneficio del perpetrador es adjudicarse el papel de enfermo, de forma indirecta y por el simple placer de sentirse atendido por el personal médico.<sup>8,9,10</sup>

### 2.1 Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés)

La Asociación Americana de Psiquiatría fundada en 1844, la cual se transforma en APA en 1921, es una organización de psiquiatras que trabajan juntos para garantizar la atención humana y el tratamiento eficaz para todas las personas con enfermedad mental, incluidos los trastornos por consumo de sustancias. Es la voz y la conciencia de la psiquiatría moderna. Su visión es una sociedad que dispone de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico de calidad accesible.

La APA en su codificación Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) define al síndrome de Munchausen como un trastorno ficticio aplicado a otro y se encuentra clasificado en la categoría de trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Clasificación del trastorno ficticio:

- a) La falsificación de signos y síntomas psicológicos o físicos, así como autolesiones o inducción de alguna enfermedad en otro.
- b) El perpetrador presenta a la víctima frente a otros como enfermo, lesionado o incapacitado.
- c) El engaño es evidente aún en ausencia de alguna recompensa externa evidente.
- d) El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.
- e) El diagnóstico es aplicado al perpetrador y no a la víctima. <sup>11,12</sup>



Figura 4. Víctima del síndrome de Munchausen

## **2.2 Sociedad Profesional Americana sobre el Abuso de los Niños (APSAC por sus siglas en inglés)**

La APSAC, fundada en 1986 es una organización nacional sin fines de lucro enfocada en satisfacer las necesidades de los profesionales involucrados en todos los aspectos de los servicios para el niño maltratado y sus familiares.

Para APASAC es de vital importancia la difusión de la práctica de vanguardia en todas las disciplinas profesionales relacionadas con el abuso y la negligencia infantil

El 1 de octubre de 2016, APSAC se asoció con The New York Foundling, cuya misión ofrece una amplia gama de servicios para niños, familias y adultos con discapacidades del desarrollo. Foundling proporciona los recursos necesarios para reconstruir vidas y reconstruir familias.

La asociación crea un término específico basándose en los tres actores presentes en el SMP (perpetrador/victima/médico) nominándolo “falsificación de un proceso pediátrico (FPP)”. En este sentido es el perpetrador quien causa los daños a la víctima mediante la FPP, y así satisfacer su necesidad de recibir la atención de los profesionales y manipularlos.<sup>13</sup>

Como tal establece que solamente cuando la motivación sea la autosatisfacción de sus necesidades psicológicas debe usarse el termino como parte de SMP.<sup>14</sup>

### 3. RECONOCIENDO LA ENFERMEDAD

Las características del Síndrome de Munchausen por Poderes, son variadas, múltiples y confusas. Hasta el momento es muy difícil hacer una descripción de las múltiples características que pueden presentar los pacientes y la víctima, pues están en relación con las simulaciones o provocaciones que lleguen a realizarse por parte del perpetrador.<sup>15</sup>

El diagnóstico del Síndrome de Munchausen por Poderes es complejo, pero el odontólogo debe tener el conocimiento y la aptitud de desarrollar estrategias para poder detectar el maltrato, en especial en zona de la cara y cavidad oral ya que generalmente es en donde se presentan más lesiones.

Es de vital importancia identificar el Síndrome de Munchausen por poderes a través de los signos y señales de alarma, ya que puede poner en riesgo la salud del niño de forma irreversible o llegar a causar la muerte.<sup>3,16</sup>

#### 3.1 Señales de Alarma

| <b>Síndrome de Munchausen por poderes: señales de alarma</b>   |
|--|
| Enfermedades persistentes o recurrentes sin explicación.   |
| Discrepancias entre los datos clínicos y la historia. Los signos y síntomas no tienen sentido clínico.   |
| Signos y síntomas preocupantes que no pueden ser explicados o interpretados por un médico con experiencia y le hace comentar frases como: jamás he visto un caso parecido, es un caso insólito, etc. |

|  |
|--|
| Los signos y síntomas no se presentan en ausencia de la madre.   |
| Madre especialmente pendiente de su hija del cual no quiere alejarse ni por periodos cortos de tiempo (fig. 5).  |
| Intolerante al tratamiento.  |
| La madre esta menos preocupada por la situación de su hijo que los médicos y el personal sanitario, con quienes generalmente tiene una buena relación y suele alabar su interés. |
| Convulsiones que no responden al tratamiento apropiado.  |
| Madres con experiencia previa o en estudios, frecuentemente fracasados, de medicina o enfermería.  |
| Madre con historia de Síndrome de Münchausen. <sup>16</sup>  |

Cuadro 1: Señales de alarma del SMP



Figura 5. Madre pendiente de la víctima en todo momento

### 3.2 Signos de Riesgo

| <b>Síndrome de Munchausen por poderes: signos de riesgo.</b>   |
|--|
| Los métodos empleados por la madre pueden ser potencialmente mortales, por ejemplo, ahogo, envenenamiento (fig.6).                                 |
| Si se producen en niños menores de cinco años.   |
| Si en la historia familiar ha habido muertes inexplicadas o secuelas graves en otros hijos.  |
| Ausencia de entendimiento por parte de la madre de lo que está ocurriendo y poca disponibilidad para ayudar socialmente a la madre y a la familia. |
| Madre que previamente han presentado el Síndrome de Munchausen.  |
| Enfermedades sociales graves en el perpetrador: alcoholismo, drogadicción, etc.  |
| Persistencia en la fabricación de síntomas y signos después de algún tipo de confrontación con la madre. <sup>16</sup>                             |

Cuadro 2: Signos de riesgo de SMP



Figura 6. Envenenamiento a la víctima

### 3.3 Perpetrador

Habitualmente el perpetrador es quien provoca los signos y síntomas y se describen cuatro tipos:

**3.3.1 Maltrato como búsqueda de ayuda:** Este tipo de perpetrador busca atención médica para la víctima, para transmitir su cansancio, ansiedad, depresión o incapacidad para hacerse cargo de su hijo. Estos casos coinciden con un entorno de conflictos familiares y violencia doméstica. En particular este tipo de perpetrador acepta ayuda psicológica.



Figura 7. Maltrato con búsqueda de ayuda

**3.3.2 Médico-adictivos:** estos perpetradores están obsesionadas en recibir atención médica para enfermedades ficticias en sus hijos. Se encargan de inventar historias y síntomas médicos asegurando que su hijo está muy enfermo y se resisten a aceptar la evidencia médica que

demuestra lo contrario, y llegan a automedicar a sus hijos. Los perpetradores médico -adictivos tienden a ser violentos y desconfiados.



Figura 8. Perpetrador médico-adictiva

**3.3.3 Inductores adictivos:** el perpetrador induce la enfermedad a través de métodos dramáticos. Se muestran deprimidos y ansiosos usando grados de negación muy extremos, paranoia y disociación afectiva. Logran una ganancia secundaria importante, a través desempeñar una relación de control sobre el personal médico tratante, y así poder obtener reconocimiento de ser madres cuidadoras y devotas de sus hijos por parte del personal que los atiende.



Figura 9. Relación control sobre personal médico

**3.3.4 Asesinos:** incluyen ocasionalmente a los inductores adictivos, con falta de culpa y crueldad, deseo de muerte sobre el niño quien es merecedor del daño. Llegan a provocar su muerte. (figura 10) <sup>1, 3, 17, 18, 19</sup>



Figura 10. Provoca muerte por intoxicación

### 3.4 Víctima

Las características más comunes en las víctimas del Síndrome de Munchausen por poder son: niños menores de cinco años, sin predilección de sexo. Se presume que estos niños suelen ser los más afectados ya que aún no se expresan adecuadamente y suelen ser físicamente muy indefensos (fig. 11).



Figura 11. Víctima de SMP

Cuando la víctima ya puede expresarse oralmente, describe síntomas múltiples y cambiantes, pero vagos y confusos solo en presencia del perpetrador y los tratamientos habituales no son efectivos en la resolución de las molestias. Por lo que la elaboración del diagnóstico puede demorar.

El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas y signos hasta el diagnóstico es de 15 a 21 meses, aunque en ocasiones el personal médico puede jamás detectar la presencia del síndrome debido a la manipulación del perpetrador.<sup>19, 20</sup>

En cuanto a la conducta de la víctima podemos observar que suele mostrarse indiferente, retraído, ansioso, cara triste, miedo, presencia de llanto, pero sin habla y en ocasiones agresividad (fig. 12).<sup>3,21</sup>

Los niños víctimas del SMP pueden llegar a desarrollar el síndrome u otro tipo de trastorno por personalidad, ya que en ocasiones el niño llega a tolerar y cooperar con el perpetrador en su propio abuso, conformando las historias medicas e incluso pueden llegar al grado de ellos mismo fabricar la invención de sus enfermedades. Las victimas pueden llegar a creer que en realidad se encuentran muy enfermos, y en otras pueden estar conscientes de que lo que dice el perpetrador es falso, pero por miedo a contradecirlo simplemente se quedan callados.<sup>22, 23</sup>



Figura 12. Víctima retraída, triste

#### 4. MANEJO ODONTOLÓGICO EN VÍCTIMAS DEL SINDROME DE MUNCHAUSEN

El odontólogo puede detectar algún tipo de maltrato infantil, ya que al estar en contacto directo con el paciente puede asumir que existe algún problema de agresión infantil.<sup>24</sup>

Considerando que el perpetrador acude al consultorio dental en busca de atención dental a la víctima, entre el 50% y 70% de ellas presentan dolor dental, en muchas de las ocasiones presentan lesiones en cara y boca, contusiones y fracturas dentales, a lo que se suma la actitud del niño y en lugar de aprovechar esta ventaja, la mayoría de las veces es desperdiciada en tanto que no se toman las medidas necesarias porque por desconocimiento no les es posible comprender que están ante dicha entidad (fig.13) <sup>6,24,25</sup>.



Figura 13. Víctima con lesiones faciales por maltrato.

La identificación se hace difícil porque en este caso la situación odontológica se invierte: la madre (perpetrador) es la fuente de información del odontólogo, y por tanto confía en la información proporcionada, basándose en la primicia que las madres se preocupan por sus hijos. A esta confianza implícita se agregan otros factores como la ausencia de historia clínica única y las fallas de coordinación en la información, lo cual hace vulnerable el sistema por cuyas incongruencias se evidencia la patología de la madre.<sup>26</sup>

Una vez considerada la posibilidad de SMP, los obstáculos de continuar con el diagnóstico se convierte en un dilema para no exponer a la víctima a un riesgo mayor, como tal Meadow aconseja aplicar estrategias como separar a la víctima del perpetrador, buscar evidencias que expliquen la sintomatología de la enfermedad que padece la víctima, así como no hacer notar al perpetrador que el odontólogo se ha percatado del engaño.<sup>26,27</sup>

Es oportuno enfatizar la observación a juicio del comportamiento del niño, ya que generalmente el daño emocional y físico, dependiendo de la severidad de los daños provocados se presentarán los efectos en su desarrollo y forma de expresarse (fig.14)<sup>28</sup>.



Figura 14. Observación del comportamiento del niño al separarlo de la madre

La actitud de la víctima del SMP suele ser de apatía, la expresión de su cara es de miedo y tristeza y ante la cercanía de otras personas puede proyectar gestos defensivos. Durante la exploración odontológica o médica puede mantenerse indiferente, y no hablar, aunque se le escape alguna lagrima, luce agotado y aparenta más edad de la que tiene; si el tratamiento implica algún dolor, exterioriza un llanto débil, parecido al del niño cooperador tenso.

Dos elementos importantes que se deben tomar en cuenta son el hecho que la víctimas intentan ocultar la lesión y la evidente desigualdad entre los datos referidos por los padres y los que el especialista localiza en la exploración. Es frecuente encontrar un retraso psicomotor en estas víctimas debido a la escasa estimulación psicológica y afectiva que reciben.<sup>29</sup>



Figura 15. Datos de incongruencia identificado por el odontólogo a la exploración

Las técnicas recomendadas para el manejo de la conducta de niños víctimas de este tipo de maltrato son decir-mostrar-hacer y control de voz, las técnicas restrictivas no son aconsejables en la terapéutica.<sup>29</sup>

El odontólogo debe basarse en la gravedad del síndrome para su diagnóstico, el cual es diferenciado en tres formas según su gravedad (Cuadro 3):

| <b>Gravedad del Síndrome de Munchausen por poderes</b> |   |
|--|---|
| <b>Leve</b>  | Asintomático  |
| <b>Moderada</b>  | Síntomas leves y no ponen en riesgo la vida de la víctima   |
| <b>Severa</b>  | Los síntomas inducidos por el perpetrador son potencialmente mortales para la víctima <sup>21</sup> |

Cuadro 3: Gravedad del Síndrome de Munchausen por poderes

## **4.1 Historia clínica**

La historia clínica es un documento médico- legal de gran utilidad para el odontólogo en el cual se detallan todos los antecedentes y estado actual del paciente.

### **4.1.1 Anamnesis**

El interrogatorio es de suma importancia, porque es de gran utilidad con fines de diagnóstico y medicolegales. En él se debe crear un entorno cómodo, tranquilo y seguro; cuando tratamos con niños pequeños los

juegos pueden facilitar la entrevista, pues es primordial obtener su confianza, cuando la edad del paciente lo permita se puede realizar la anamnesis directamente pero siempre en presencia del tutor o persona a cargo del niño, deberá eludirse el desconcierto ante lo que el paciente o tutor relate y no parecer peligroso (fig. 16) <sup>30</sup>.



Figura 16. Creación de un entorno cálido para obtener la confianza del niño

Para poder diferenciar si la lesión es accidental o intencional se debe tener en cuenta:

- ¿Es la historia del accidente la misma contada por el niño que dada por la persona responsable del mismo?
- Circunstancias de la lesión: caída en un objeto carente de filo que no causa herida punzante.
- Conducta del niño: ¿es el niño miedoso o distraído?
- Conducta responsable del niño: ¿es el perpetrador belicoso o falto de responsabilidad para dar la historia del accidente?

- Lesiones con algún tipo de patrón (por ejemplo: la quemadura de un cigarro puede ocasionar una forma redondeada muy particular).<sup>31</sup>

Al realizar la historia clínica, podemos observar que las madres que causan el SMP confunden al odontólogo por su cordialidad, total cooperación y apariencia de equilibrio y afecto hacia la víctima, pero al avanzar en la anamnesis, se detectan trastornos en la relación madre-hijo.

El odontólogo puede percatarse de que existe una relación temporal entre los signos y síntomas y solo aparecen ante la presencia del perpetrador, y desaparecen en su ausencia. Para poder comprobar este hecho separamos a la víctima del perpetrador, lo cual nos será de gran apoyo para poder llegar a un diagnóstico con certeza.<sup>32</sup>

Ante un posible caso de SMP resulta de mucha ayuda comunicarnos con colegas que atendieron en otras ocasiones al niño y comentar con ellos el caso, ya que puede no ser la primera vez que manifiesta el cuadro clínico y quizás en otras ocasiones se haya llegado al diagnóstico correcto.<sup>29,30</sup>

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 y síntomas no predecibles e inusuales, en especial apneas y ataques que no han sido conformados 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.<sup>33</sup>

### 4.1.2 Exploración física

Es de vital importancia realizar una evaluación minuciosa de los datos otorgados por los padres y por el niño, observar la conducta del niño, su vestimenta y finalmente determinar la presencia de lesiones a nivel de mucosa, encía, lengua y paladar. En muchos casos las agresiones son repetitivas y a través de radiografía podemos observar traumatismos dentales que están en proceso de cicatrización, lo cual puede ser un signo de una lesión antigua.<sup>20, 32</sup>

El odontólogo en este apartado podrá obtener una impresión general del niño como: higiene, desarrollo, estatura, relación con los padres, su andar, etc. Deberá observar las superficies expuestas de la piel en busca de marcas inusuales o laceraciones. Toda limitación de movimientos del niño puede indicar lesiones más importantes que la que el perpetrador manifiesta. El examen cuidadoso de cabeza y cuello debe hacerse antes de efectuar un examen bucal completo y sistemático (fig. 17)<sup>31,32</sup>



Figura 17 Exploración física

Aquí el éxito radica en la habilidad del odontólogo en el reconocimiento del síndrome y la falsa afección en la víctima, tomando en cuenta que el perpetrador exagera el estado de la víctima, a tal grado de dramatizar la situación y así ganarse la confianza del odontólogo y su personal, de esta forma el perpetrador puede alcanzar su objetivo y mantenerlo por años.<sup>34</sup>

La forma más común para la obtención de la sintomatología son los siguientes:

- Elevación de la temperatura: sitúan el termómetro junto a objetos calientes, o tienden a no emplear los medicamentos antipiréticos indicados por el médico para prolongar la sintomatología.
- Falsos sangramientos: vierten sangre de otra persona a los desechos de la víctima para simular: hematuria, melena, hematemesis u otorragias.
- Orina: agregan sangre, glucosa, jabón, parásitos, colorantes, heces fecales y así simular: proteinuria, glucosuria y hematuria.
- Vómitos alimentarios: llegan a mezclar yogurt con sangre para simular la hematemesis o estimulan la laringe para producir el vómito.
- Falsos estados alérgicos o intolerancia alimentaria: obtenida a través del perpetrador cambiando la dieta del niño.
- Apnea inducida: en este caso podría resultar letal porque en la mayoría de los casos deja secuelas irreversibles en el SNC por la hipoxia. El perpetrador cubre la boca y nariz de la víctima con su

cuerpo, mano, ropa o insertando los dedos en la parte posterior de la laringe. (cuadro 4)<sup>34</sup>

| <b>Características</b>                         | <b>Producción</b>   | <b>Simulación</b>                                    |
|--|---|--|
| <b>Hemorragias</b>                             | Cumarina, Warfarina, heridas                                  | Sangre exógena, colorantes                           |
| <b>Convulsiones</b>                            | Sofocación, agua, sal   | Mentir   |
| <b>Fiebre</b>                                  | Administración de algún tipo de sustancia                     | Frotar o calentar el termómetro, adulterar registros |
| <b>Disentería</b>                              | Laxantes, purgantes, bacterias                                | Mentir, agregar agua o sangre                        |
| <b>Vómitos</b>                                 | Jarabes, provocada  | Mentir   |
| <b>Afecciones de la piel</b>                   | Sustancias irritantes, cáusticos, mecánica                    | Colorantes   |
| <b>Intoxicaciones</b>                          | Diversas sustancias   | Mentir   |
| <b>Modificación de exámenes de laboratorio</b> | Agregar sangre, azúcar  | Adulterar resultados                                 |
| <b>Apnea/ Paro cardiorrespiratorio</b>         | Sofocación  | Mentir   |
| <b>Abuso sexual</b>                            | Heridas genitales   | Mentir e inducir a mentir                            |
| <b>Depresión del SNC</b>                       | Sedantes, gas doméstico.                                      | Mentir   |
| <b>Hipoglicemia</b>                            | Insulina, hipoglicemiantes orales                             | Ayuno  |
| <b>Infecciones</b>                             | Administración de bacterias, pus, tierra, heces fecales, etc. | Adulterar resultados                                 |

Cuadro 4: Invención de sintomatología

#### 4.1.2.1 Exploración extraoral

La exploración extraoral inicia por el cráneo observando si existe hundimientos, fracturas, hematomas, exostosis, alopecia traumática, separación del lóbulo de la oreja, hemorragia conjuntival, laceraciones actuales y cicatrices antiguas o en etapa de reparación. Palpación de ganglios linfáticos, estructuras óseas de la cara y un análisis de la articulación temporomandibular con el propósito de hallar trismus, dolor, desviaciones y correlacionarlo con algún antecedente traumático.<sup>35</sup>

Una vez finalizado la exploración de cabeza y cuello, es necesario, ante la sospecha de maltrato infantil o SMP, revisar algunas partes del cuerpo como brazos, espalda, tórax y piernas con el objetivo de evaluar si existen hematomas, cicatrices, quemaduras o cualquier indicador que sugiera SMP y de preferencia con la presencia de un asistente.<sup>36</sup>

Los indicadores del maltrato nos llevan a un diagnóstico correcto, sabiendo diferenciar una lesión intencional de una accidental:

- Hematomas

Los hematomas accidentales generalmente suceden en lugares prominentes como frente, caderas, codos y rodillas. Lesiones en áreas como orejas, carrillo y cuello pueden despertar sospecha de algún tipo de maltrato, sobre todo si los hematomas son grandes.

Es importante diferenciar la antigüedad de una lesión y esta es de acuerdo con su coloración:

- a) De rojo a azul-violeta: menos de 3 días.
- b) De verdoso a amarillo-verdoso: 3 a 7 días.

- c) De color amarillo a marrón: más de 7 días.
- d) Puede desaparecer a partir de la tercera semana.<sup>24,36</sup>

Aparte de la coloración debemos observar la forma del hematoma, la cual puede sugerir el objeto con el cual se realizó como cinturón, zapato, madera, cable y especialmente la marca de la mano, estas lesiones se presentan de forma bilateral al tratarse de un signo de maltrato (fig. 18) <sup>36</sup>.



Figura 18. Hematoma periorbitario bilateral o imagen de antifaz, sugestiva de la agresión al menor

- Desgarros y rasguños

Las víctimas presentan este tipo de lesiones siendo comunes en orejas, cuello, boca y nariz. Este tipo de lesiones pueden llegar a ocasionar desviaciones del septum nasal, coágulos nasales, arrancamiento del pabellón auricular. En el cuello se deberá buscar marca de rasguño o

irritaciones cutáneas lineales o semilunares que pueden ser secundarias a un intento de estrangulación (fig. 19) <sup>21,35,36</sup>.



Figura 19 Laceración en pabellón auricular.

- Alopecia traumática

Presente cuando el perpetrador tracciona el cabello de la víctima, en intento de llevarlo hacia algún lugar o levantarlo, siendo las zonas más frecuentes la parte parietal y frontal, observándose en ocasiones petequias en el área de las zonas afectadas de las raíces del cabello (fig. 20) <sup>36</sup>.



Figura 20 Alopecia en zona parietal

- Mordidas

Presentes como áreas que presentan abrasiones y/o equimosis y laceraciones de forma ovoidal. Las marcas causadas por las mordeduras se pueden deber a dos fenómenos:

- a) Presión por causa del cierre de la boca con presión en vasos sanguíneos.
- b) Presión negativa causada por succión (fig. 21) <sup>36</sup>.



Figura 21 Mordidas en cara y manos, lesiones por maltrato

- Quemaduras

Las quemaduras pueden ser intencionales o accidentales, y es muy importante observar pues las quemaduras accidentales suelen presentar contornos indefinidos a diferencia de las intencionales.<sup>36</sup>

Las quemaduras intencionales clínicamente suelen tener forma del objeto que se utilizó para ocasionarlas, se caracterizan por tener bordes bien definidos y regularmente son lesiones múltiples; en las ocasionadas por agua caliente la zona de inmersión se delimita muy bien. Este tipo de quemaduras pueden ser provocadas por objetos como cucharas, tenedores, plancha o cigarrillos.<sup>24, 36, 37</sup>

Las quemaduras ocasionadas por los cigarrillos pueden ser identificadas fácilmente debido a la forma circular con cráter central profundo, suelen localizarse en la cara, frente, manos y espalda destruidas uniformemente (fig.22) <sup>38</sup>.



Figura 22 Quemadura provocada por cigarrillo

- Bofetadas

En este caso se ven afectados con frecuencia la mucosa de carrillos, lengua y cara. La lengua puede resultar lesionada a consecuencia de un golpe que cause un cierre repentino de la mandíbula y el maxilar, quedando atrapada la lengua entre ambos. Si las lesiones suelen ser localizadas, pueden representar un golpe con algún objeto sólido (fig. 23) <sup>36, 39</sup>.



Figura 23 Bofetada

#### 4.1.2.2 Exploración de cavidad oral

Una vez que el paciente se encuentra en posición para el examen intraoral, además de la zona que ha indicado el paciente durante la anamnesis como motivo de la consulta, se deberán examinar todas las áreas de la cavidad oral en busca de otras manifestaciones de la enfermedad consultada y de otras que pudieran coexistir. Las maniobras exploratorias incluyen inspección, percusión y palpación.

- Tejidos blandos

La mucosa oral se examinará sistemáticamente. La exploración inicia a partir del interior de los labios continuando por la mucosa de los carrillos y los surcos alveolares.

Los labios delimitan la cavidad oral, generalmente son de color rosado, sin apéndices dérmicos como folículos pilosos y glándulas sudoríparas y sebáceas, la superficie es lisa y suave. Los labios son la unión e intersección de la mucosa labial con la piel. La exploración se realizará visual y digitalmente con ayuda de los dedos índice y pulgar, recorriendo toda la superficie externa e interna de los labios. Examinándose la forma, consistencia y color, el cual variara de acuerdo con las características de la piel del paciente examinado.<sup>40</sup>

La mucosa bucal reviste a los carrillos y la mucosa labial interna de los labios inferior y superior. Los pliegues mucocutáneos son elásticos y suaves. El color generalmente es rosa, es flexible e hidratada. Su exploración se realizará, siguiendo un trayecto en forma de ovalo: de la región posterior superior del lado derecho desde el fondo de saco, a la comisura labial invirtiendo la mucosa del labio inferior para su visualización, dirigiéndose a la mucosa del lado izquierdo, hacia arriba para explorar la mucosa del labio superior e invirtiéndola, concluyendo en la mucosa posterior del lado derecho, el examen se realiza con el dedo índice de arriba hacia abajo y hacia adelante con una ligera presión, para poder identificar cualquier alteración en la estructura o aumentos de volumen profundos (fig.24) <sup>41</sup>.



Figura 24 Exploración de mucosa bucal.

En zona de carrillo podríamos localizar Morsicatum buccarum; esta es una afectación mucocutánea frecuente de origen ficticio, resultado del acto repetitivo y consciente de autolesionarse de la víctima, con el fin de atraer la atención de la madre o del personal de salud. Esta lesión autoinducida es de origen irritativo y reactivo, en el cual la mucosa responde al trauma crónico produciendo queratina, con engrosamiento, mismo que llega a ulcerarse según el grado de fricción (fig. 25) <sup>41,42</sup>.



Figura 25 Morsicatum Buccarum

Durante dicha exploración podemos observar equimosis, laceraciones o cicatrices en labios que pueden indicar un trauma repetitivo. Del mismo modo, podríamos localizar quemaduras en mucosa bucal, lengua, labios, encías y paladar; las cuales pueden ser ocasionadas por forzar a la víctima a ingerir alimentos muy calientes o algún tipo de sustancias cáusticas (fig. 26) <sup>37, 43</sup>.



Figura 26 lesiones ulcerativas en mucosa labial y encía secundaria a uso de sustancias calientes.

Las lesiones encontradas en labio superior o el piso de boca suelen ser provocadas generalmente por alimentar al niño agresivamente o causado por el golpe de objetos duros, de superficie obtusa o roma (fig. 27) <sup>44</sup>.



Figura 27 Equimosis y laceración labial por golpe y alimentación forzada

Las lesiones que se pueden encontrar en tejidos blandos son contusiones, equimosis o inflamaciones de color rojizo de la mucosa oral o purpura en el paladar, el vestíbulo y el piso de boca. Indican trauma contuso con instrumentos o los dedos.

- Lengua

La lengua es un órgano móvil cuya raíz comienza superior a la epiglotis en el límite entre la laringe y la faringe, proyectándose sobre el piso de la boca. Permite la correcta fonación y participa en la generación del bolo alimenticio.<sup>40</sup>

El dorso de la lengua se encuentra cubierto por papilas fungiformes, filiformes y de 5-6 papilas circunvaladas con corpúsculos gustativos. Para la exploración se pedirá al paciente que extienda la lengua hacia afuera tratando de tocar su barbilla y con la ayuda de una gasa sostendremos la punta de la lengua, examinándose el dorso y los bordes laterales.<sup>40,41</sup>

Para explorar el vientre de la lengua se pide al paciente que toque con la punta de la lengua el paladar duro y finalmente el piso de boca se explorara digitalmente con el dedo índice deslizando del lado derecho hacia el izquierdo palpando para verificar que no haya un aumento de volumen o alguna otra alteración.<sup>41</sup>

Durante la exploración el odontólogo podría observar desde equimosis, contusiones o quemadura por la introducción de algún instrumento o alimento muy caliente tanto en lengua como en piso de boca (fig. 28)<sup>36,21,44</sup>.



Figura 28 Quemadura en lengua por pirotecnia

- Lesiones de frenillo

A la exploración de los frenillos labiales y lingual, se podrá comprobar, su inserción, tamaño, por medio de una tracción suave.

Durante la exploración se pueden observar desgarre de los frenillos labial y lingual el cual podría ser consecuencia de un golpe en un intento de silenciar a un niño o por el acto de meter con fuerza una cuchara. La edad del niño es significativa en este tipo de lesiones. No es común en niños pequeños de entre 6 a 18 meses.

Cuando se trata de heridas penetrantes, pueden haber sido ocasionadas con objetos puntiagudos como lápices y generalmente no ocasionan hemorragias (fig. 29) <sup>32,44</sup>.



Figura 29 Desgarre de frenillo labial.

- Exploración dentaria (trauma dentoalveolar)

La exploración dental inicia contando el número de dientes presentes y ausentes. Los datos obtenidos serán registrados en un diagrama dentario de la historia clínica.

Durante dicha exploración podríamos hallar fracturas, luxaciones, subluxaciones, avulsiones o intrusiones dentales. En los tejidos duros se presentan fracturas dentales de la corona, que comprometen o no la pulpa. Igualmente se identifican fracturas radiculares, que pueden causar fractura de la tabla ósea.

Adicionalmente, se puede observar cambios de color en algunos órganos dentarios indicando una necrosis pulpar, y al investigar la causa resulta incongruente lo relatado por el paciente y lo que dicen los padres (fig. 30)

32.



Figura 30 Cambio de coloración y trauma maxilar

El odontólogo puede apoyarse de otros métodos de diagnóstico como las radiografías panorámicas y periapicales, para comprobar la presencia de lesiones dentarias actuales o antiguas y fracturas consolidadas no documentadas. Las fracturas en los dientes anteriores por algún tipo de

accidente son frecuentes en los niños. Cuando se observan en dientes posteriores se sospecha de no accidentales .<sup>21,32</sup>

El bruxismo es otro problema que se puede detectar durante la exploración, este es un movimiento no funcional involuntario que ocurre durante la noche, el día o ambos. Es un conjunto de signos y síntomas que afectan el sistema estomatognático como la ATM, relacionado con hiperactividad muscular con facetas de desgaste atípicas o esmalte y dentina anormales.<sup>32</sup>

Las posibles causas de dicho problema son emociones reprimidas, angustia, agresividad y estrés emocional que presenta la víctima por el maltrato.<sup>32</sup>

## **5. CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO ANTE VÍCTIMAS DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODER**

Ante la sospecha o evidencia de un daño de etiología no accidental en un menor, el profesional de la salud tiene la obligación de mencionar esa duda, recoger evidencias de las lesiones y exponer detalladamente por escrito la descripción de las lesiones físicas de acuerdo con su número, tipo, tamaño, ubicación y estado, así como la explicación adecuada que justifiquen la sospecha de algún tipo de maltrato.<sup>45</sup>

El odontólogo tiene compromiso moral y ético de realizar acciones para prevenir el maltrato, controlar los factores y proteger al niño, ante dicha situación tiene la obligación de reportarlo ante las autoridades legales y de esta manera prevenir nuevos abusos y preservar la salud de la víctima.<sup>11,24</sup>

La historia clínica 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 SMP o maltrato, ayudan a demostrar un abuso reiterado de la víctima y deberá presentarse al momento de canalizarlos con otros especialistas o ante las autoridades correspondientes que lo soliciten.<sup>21,22,35</sup>

Es de vital importancia el modo en que se maneja el expediente clínico del paciente, ya que servirá de base para cualquier determinación legal posterior y debe ser lo más claro y conciso posible. Cuando se sospecha de maltrato, los odontólogos deberán facilitar los expedientes a otros profesionales involucrados, evitando el uso de abreviaturas.<sup>18,35</sup>

Es importante aclarar que el odontólogo solo identifica el SMP y el diagnóstico es determinado por un Psiquiatra, en relación con las diferencias y signos de maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. Se debe abordar la problemática multidisciplinaria con ayuda de médicos, psicólogos y trabajadores sociales y no únicamente enfocarse a la atención de la cavidad oral. <sup>7, 19,35</sup>

## CONCLUSIONES

Dada la importancia que el SMP tiene dentro de nuestra sociedad, a causa de las graves repercusiones que conlleva, considero vital conocer sus características, causas y el manejo odontológico, debido a la necesidad que los profesionales de la salud tenemos de renovar nuestros conocimientos científicos día a día para ponerlos al servicio de nuestros pacientes.

Es de suma importancia tener presentes los signos y síntomas y el modo en que el perpetrador los inventa para no dejarnos impresionar. Basta una observación cuidadosa del perpetrador y la víctima para buscar la verdad de lo que se está diciendo, su comportamiento en el consultorio. El odontólogo debe tener una gran capacidad de discernimiento en cuanto a las historias ficticias y la cooperación o confianza excesiva del perpetrador para no confundirlo con un tipo de maltrato infantil.

El esquema de atención odontológica deberá incluir el interrogatorio que nos ayudará en el primer contacto con el paciente creando un entorno cómodo, tranquilo y seguro para poder ganar su confianza, seguido de la exploración física extraoral e intraoral, el cual dará al odontólogo una impresión general del niño, así como su estado actual durante la exploración.

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

El odontólogo debe capacitarse para poder diagnosticar un paciente maltratado, y conocer las vías para denunciar el caso en los organismos correspondientes ya que tiene la obligación legal de hacerlo pues si no se convierte en cómplice. Aunado a la denuncia, el especialista debe tomar registros fotográficos que sirvan de pruebas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- <sup>1</sup> Cerda F., Goñi T. Gómez I. Síndrome de Munchausen por poderes. Cuad. Med. Fore. 2006 43 (44): 47-55.
- <sup>2</sup> Goñi T., Martínez Ma J. Síndrome de Munchausen por Poderes. Pub ELSEVIER. 2008, vol. 68. 609-611.
- <sup>3</sup> García R., Castro P., Pacientes policonsultantes en los servicios de pediatría: trastornos de somatización y trastorno facticio por poder (Síndrome de Munchausen By Proxy). Rev. Clin, L. Con. 2016-2017 Nov-Dic; vol 28. 923-931. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301384>
- <sup>4</sup> Angosto T., Díaz A., Fernández J.L., Iglesias C. Actualidad del Síndrome de Munchausen: su médico, su cuerpo y su dolor. Rev de la Asoc. Esp. de Neurpsq. 1989. Vol 9, no 30. 381-398
- <sup>5</sup> Stirling J., M.D J., Mas allá del Síndrome de Munchausen por poderes: identificación y tratamiento de los malos tratos infantiles en un ámbito médico. 2007 May. Vol 63. 321-325. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-mas-alla-del-sindrome-munchausen-13112720>
- <sup>6</sup> A. Esteban M., R. Pérez M., Bracco A. Síndrome de Munchausen por mandato. Semant. Esch. 2006Abr. 71-76
- <sup>7</sup> Zubelda M., Rodríguez P., Pelaz A. Síndrome de Munchausen por poderes con sintomatología psíquica. Ilustración de un caso clínico. Clín y S. 2003; 101-112 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617967005>
- <sup>8</sup> Gomes T., Germano M. E., Kegler P., Kother M. M. Síndrome de Munchausen by Proxy: definición, contextualización y factores psíquicos involucrados. Rev de Psc. 2014; 32, 140-156.
- <sup>9</sup> Balparda J. K. The sick baron: Munchause's syndrome. Med UPB. 2008 ene. 23-30
- <sup>10</sup> Plewes J.M., Fagan J.G. Trastornos facticios y simulación, Trat de Psiq. 2013 Dic. 3. 659-667
- <sup>11</sup> Salort S., Irigoyen M. Cuando diagnosticamos al cuidador. Síndrome de Munchausen por Poderes. Psicossom Pquiatr. 2017; 3, 30-36.
- <sup>12</sup> American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Edic 5, España, Médica Panamericana, 2014. Pp.309- 326.
- <sup>13</sup> The American Professional Society on the Abuse of Children October 2106 <https://www.apsac.org/>
- <sup>14</sup> Acosta N. Maltrato infantil. Prevención, 2da edic, 2002. La Habana. Pp 47-55
- <sup>15</sup> Ferro T, J. M. Maldonado A. Montiel, Rivas M.A. Implicaciones psicológicas del paciente odontológico con maltrato infantil. Rev Lat de Ort y Odont. 2010; 13 (17):1
- <sup>16</sup> Delgado A, Diaz H., Martinez C., Niños maltratados, 3, diaz de santos, 1997; Pp117-121

- 
- <sup>17</sup> Morici S., Mental C. Síndrome de Munchausen por Poderes. Arch. Argent. Pediatr. 101 (1). 2013, 64-72
- <sup>18</sup> Garrote N., Indart J., Puentes A., Smith M., Bagger P., Pérez M., Síndrome de Munchausen por poderes y manifestaciones de supuesto evento de aparente amenaza de la vida. Arch Argent. Pediatr. 2008; 106 (1): 47-53
- <sup>19</sup> Cujíño M.F., Dávila A., Sarmiento M., Villarreal M. Chaskel R., Síndrome de Munchausen por Poder. Rev. Lati. Psiqui; 2012, 11 (2): 60-65
- <sup>20</sup> Morales M. Rol de odontopediatra en el diagnóstico del maltrato infantil. Act. Odont. 2008, 24 (3): 1-5
- <sup>21</sup> Bravo L., Lagos D., Borquez P., Pachar J. Lesiones orales en víctimas del síndrome de munchausen por poder. Aten. Cost. De Med. Leg y Disc. 2018; 48 (4) : 37-43
- <sup>22</sup> Jiménez J.L., López M. Crespo M., Muñoz A., López J.J. El Síndrome de Munchausen por poderes: un tipo especial de abuso infantil. 2016; 72 (1): 33-45
- <sup>23</sup> Olivan G. Indicadores del maltrato infantil. Gui. Clin. 2002; 44 (2): 7-10
- <sup>24</sup> Peraza L., Gutiérrez T. El síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico. Mediagraphic, 2016; 22 (4): 60-70
- <sup>25</sup> Gamboa M., Guerra M.E. Manifestaciones bucales del maltrato físico. Reporte de un Caso. Sci.Ven, 2013; 3(2): 101-110
- <sup>26</sup> Domínguez R. Síndrome de Munchausen por poder. Arch. Pediatr. Uru. 2011; 82 (1): 36-38
- <sup>27</sup> Comas J.R., Vázquez V. Síndrome De Munchausen: cuadro clínico, diagnostico diferencial y una propuesta de tratamiento. Rev. Fac. Med. UNAM. 2005; 48 (1): 5-9
- <sup>28</sup> Contreras E., Ahumada M., Álvarez J.L. Síndrome de Munchausen por poderes: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2014; 34 (124): 791-795
- <sup>29</sup> Franco B., Fernández M.L. El síndrome de Munchausen infantil. Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento. Méd Méx. 131 (3):323-328
- <sup>30</sup> Sociedad Española De Odontopediatría. Maltrato infantil. Lesiones por malos tratos. Mon Int. España 2008. 11(8)
- <sup>31</sup> Morante C., Kanashiro C. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev. Est. Her. 2009; 19 (1): 50-54
- <sup>32</sup> M.D, Navarro M.I. la odontología en el diagnóstico del síndrome del maltrato infantil. Univ. Odont. 2016; 35 (74): 1-39
- <sup>33</sup> Guzmán F., Arias C. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev.Col. Cir 2012; 27 (15) 15-17
- <sup>34</sup> J. A. Formas Particulares del maltrato infantil: Síndrome de Munchausen. Cong. Col. Prev. Aten. MI: 2003; 22(11): 228- 244

- 
- <sup>35</sup> Martagón L., Belmont F., De la Teja E., Téllez J. Síndrome del niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. Rev. Odon. Mex. 2016; 20 (2): 98-106
- <sup>36</sup> Pacheco R., Fuentes C., Villegas J., Monreal H., Martínez G. Indicadores orofaciales de maltrato infantil: Breve revisión de la literatura. Rev. Cien. Clin. 2013; 14(2) 51-55
- <sup>37</sup> Fernández G, Perea J. Síndrome del maltrato infantil. Univ.Pediat. J.M. 2004; 31 (76):59-72
- <sup>38</sup> Cámara A., Belmont F., Cuevas F. Tratamiento estomatológico de pacientes con quemaduras. Ruta de atención interdisciplinaria y reporte de un caso. Act. Pedí. Mex. 2015; 36: 164-176
- <sup>39</sup> Mariño J., Sieira. Indicadores orofaciales en el maltrato infantil. Cad Aten. Prim. 2009; 16 (2): 28-36
- <sup>40</sup> Boj. J.R., Catalá M., García C., Mendoza A. Odontopediatría. 1ª ed. Barcelona. España. Editorial Masson, 2005. Pp. 7-20
- <sup>41</sup> García E., Anaya G., Godoy L. Manual para la detección de alteraciones de la mucosa bucal, potencialmente malignas. Cen.Nac.Vlg. Epid. Y cont. Enfer. 2003; 4(2): 1-36
- <sup>42</sup> Castillo F. Lesiones orales autoinducidas: Mordedura crónica de carrilo, lesiones ficticias, pautas para diagnosticarlas. Rev. Mex. Odont. Clin. 2008; 2(9): 1-10
- <sup>43</sup> García C., Loredó A., Trejo J. Quemaduras intencionales en pediatría. Un mecanismo considerado de maltrato físico. Act. Odon. Mex. 2008; 29(1): 9-15
- <sup>44</sup> Cogorno V., Peñuela A., Veitia J., Jiménez C. Ficticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Revisión de la literatura. Act. Odont. Ven. 2010; 49 (2) 1-16
- <sup>45</sup> Espinoza F., Figueiras B., López J. Roca A. Síndrome de Munchausen : un reto para el clínico. Rev. Cub. Med. 2000; 39 (4) 228-237

## REFERENCIAS DE IMÁGENES

- Imagen 1: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)07502-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)07502-5/fulltext)
- Imagen2:[http://sintesistv.com.mx/cuidado-la-salud-femenina-enemigo-la-verguenza/fotonoticia\\_20150822072933\\_640/](http://sintesistv.com.mx/cuidado-la-salud-femenina-enemigo-la-verguenza/fotonoticia_20150822072933_640/)
- Imagen 3 : <https://www.gettyimages.com.mx/detail/fotografía-de-noticias/pediatrician-sir-roy-meadow-arrives-at-the-fotografía-de-noticias/53110324>
- Imagen 4: [https://www.freeart.com/artwork/art-print/kid-girl-showing-hand-signaling-to-stop\\_fa27162516.html](https://www.freeart.com/artwork/art-print/kid-girl-showing-hand-signaling-to-stop_fa27162516.html)
- imagen 5: <https://listverse.com/2017/12/07/10-disturbing-facts-you-didnt-know-about-munchausen-syndrome-by-proxy/>

---

Imagen 6: <https://www.clubforenses.com/sindrome-de-munchausen-por-poder-club-de-las-ciencias-forenses/>

Imagen 7: [https://www.ecured.cu/Síndrome de maltrato infantil](https://www.ecured.cu/Síndrome_de_maltrato_infantil)

Imagen 8: <https://holadoctor.com/es-mx/beneficios-que-brinda-un-seguro-de-salud/por-qué-necesito-plan-de-salud>

Imagen 9 : <https://lacasapuebla.org/?p=1027>

Imagen 10: <https://es.familydoctor.org/condicion/envenenamiento/>

Imagen 11: <http://www.tdahytu.es/>

Imagen 12: <http://www.psycondria.com/2016/07/07/sindrome-di-munchhausen/>

Imagen 13: <http://diariosanjuan19.com/sanjuan/que-debemos-tener-en-cuenta-sobre-el-maltrato-infantil/>

Imagen 14 : <https://www.ortodoncianinosmadrid.es/miedo-dentista-ninos/>

Imagen 15: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/odontopediatra-dentista-infantil2.html>

Imagen16: <https://eresmama.com/ninos-miedo-al-dentista-ayudarlos/>

Imagen 17: <https://servibucal.es/historia-clinica-dental/>

Imagen 18: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2003000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2003000200002)

Imagen 19: <https://www.elsevier.es/es-revista-ciencias-clinicas-399-articulo-indicadores-orofaciales-maltrato-infantil-breve-X1665138314356680>

Imagen 20: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2016/rmd164g.pdf>

Imagen 21: [https://es.123rf.com/photo\\_77977266\\_etiqueta-de-herida-y-la-sangre-de-una-mordedura-dientes-humanos-en-la-mano-del-niño-vestir-tatuajes-con.html](https://es.123rf.com/photo_77977266_etiqueta-de-herida-y-la-sangre-de-una-mordedura-dientes-humanos-en-la-mano-del-niño-vestir-tatuajes-con.html)

Imagen 22: <http://spanish.peopledaily.com.cn/92121/6872564.html>

Imagen 23: <https://www.abc.es/familia-educacion/20130711/abci-bofetada-carcel-padres-201307101352.html>

Imagen 24: [http://salud.edomex.gob.mx/sem/documentos/temas\\_programas/sbucal/](http://salud.edomex.gob.mx/sem/documentos/temas_programas/sbucal/)

Imagen 25: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=56696>

Imagen 26: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v36n3/v36n3a5.pdf>

Imagen 27: <http://sietediasjumilla.es/golpes-en-la-boca-en-ninos/>

Imagen 28: <http://serviciodeurgenciapac.blogspot.com/2008/12/quemadura-por-fuegos-artificiales.html>

Imagen 29: <http://clinchawkins.com/se-ha-roto-frenillo-labial/>

Imagen 30: <https://dentalcye.com/traumatismo-bucal-en-ninos/>