

# MALTRATO INFANTIL. LESIONES POR MALOS TRATOS

## ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN
2. ANTECEDENTES DEL MALTRATO INFANTIL
  - a. Primera etapa: desconocimiento
  - b. Segunda etapa: descripción de síndromes sin identificar
  - c. Tercera etapa: identificación
  - d. Cuarta etapa: reconocimiento
  - e. Quinta etapa: prevención
3. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL
  - a. Concepto
  - b. Tipología y clasificación
    - i. Prenatales
    - ii. Postnatales
    - iii. Institucionales
4. EPIDEMIOLOGÍA
5. ETIOLOGÍA
6. DIAGNÓSTICO
  - a. Historia clínica
  - b. Exploración general
    - i. Lesiones en piel y mucosas
    - ii. Otras lesiones
  - c. Exploración intraoral
    - i. Lesiones de la mucosa
7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
8. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL MENOR SOMETIDO A MALOS TRATOS
9. ASPECTOS LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL
10. CONSIDERACIONES FINALES

*Sociedad Española  
de  
Odontopediatria*

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

Luis Rojas Marcos - Ex presidente de The New York City Health and Hospitals Corporation. - Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Nueva York.

## INTRODUCCIÓN

El maltrato en la infancia se puede definir como el uso intencionado de fuerza física de modo no accidental, dirigida a herir, lesionar, o destruir a un niño, que es ejercida por un individuo responsable de su cuidado físico y moral (1).

Se considera como niño maltratado a aquel individuo que se encuentra en el período entre el nacimiento y la pubertad, y que es objeto de acciones u omisiones intencionadas que producen lesiones físicas y/o mentales, muerte o cualquier otro daño personal, proveniente de sujetos que tengan relación con él (1, 2).

Aunque cada vez hay más información y apoyo al respecto, los malos tratos siguen constituyendo una de las problemáticas sociales menos denunciadas y menos tenidas en cuenta, debido, entre otras razones, a que se desconoce su magnitud y sus repercusiones reales (3).

Sin embargo, la estadística referida a estos temas en particular casi siempre es estimativa, pocas veces ofrece la estricta realidad (fig.1).

Es preciso tener en cuenta que el maltrato incluye lo que se hace (**acción**), lo que se deja de hacer (**omisión**), o se realiza de forma inadecuada (**negligencia**), ocasionando al niño daño físico,

psicológico y social y menospreciando sus derechos como persona y su bienestar.

Podemos considerar que el odontopediatra juega cada día un papel más importante en la detección y denuncia del maltrato infantil, debido al incremento de su frecuencia y, a que el 65% de las lesiones que se producen en los niños como consecuencia del maltrato y abuso físico están localizadas en la cara y cuello (3, 4).

Dentro de las lesiones producidas por malos tratos, las producidas en piel y mucosas representan la forma más frecuente de maltrato físico, siendo las quemaduras las formas más espectaculares de presentación de las lesiones. Las lesiones a nivel craneoencefálico producidas por traumatismos provocados son las que conllevan el mayor índice de mortalidad. El alto porcentaje de lesiones orofaciales se explica por la accesibilidad de la zona y porque, a menudo, la cabeza de una persona representa, en cierto modo, todo su ser (5).

## ANTECEDENTES

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

### Primera etapa: desconocimiento

Durante esta etapa, el maltrato infantil era algo desconocido para los profesionales sanitarios, ya que no estaba considerado como un problema de salud. La competencia del profesional se circunscribía a la lesión y no al entorno ni a las consecuencias del hecho. Esto explica por qué las primeras publicaciones sobre el tema hacen referencia sólo a las características de los daños producidos en el organismo del niño, los golpes, las quemaduras y fracturas múltiples en sí.

El primer caso de maltrato infantil se refiere a una niña de 9 años, y se describe en la ciudad de Nueva York en 1874. En aquel momento, al no existir jurisprudencia alguna al respecto, el proceso

judicial tuvo que basarse en la legislación para la protección de los animales que, sin embargo, ya se encontraba vigente en esa época.

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

### **Segunda etapa: descripción de síndromes sin identificar**

El desarrollo de la radiología constituyó un gran avance para la descripción de lesiones óseas en niños, con hematomas subdurales y fracturas de huesos largos sin que en ningún caso existieran otros problemas de salud que predispusieran a las fracturas. Estos hallazgos se atribuyeron a traumatismos no accidentales por negligencia o agresiones deliberadas de los padres o tutores.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se impulsan los derechos de los niños, surgen instituciones como la UNICEF (Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia de las Naciones Unidas, 1947) y se aprueba la Declaración de los Derechos del Niño (1959).

### **Tercera etapa: identificación**

Se describe por primera vez el “Síndrome del Niño Apaleado”. Este síndrome es introducido por Kempe en 1962 para describir clínicamente lesiones que presentaban niños que habían sufrido agresiones de tipo físico, generalmente efectuadas por sus padres o cuidadores. Comienzan a publicarse casos y ampliarse el concepto al abuso sexual, niño zarandeado, síndrome de Münchhausen por poderes, maltrato emocional, etc.

### **Cuarta etapa: reconocimiento**

A partir de mediados de la década de los 70 y hasta mediados de la década de los 80, se reconoce la magnitud del problema del maltrato infantil por su

frecuencia y sus graves consecuencias. Se incorpora, dentro de los diagnósticos de atención integral del niño, el “Síndrome del Niño Maltratado”.

### **Quinta etapa: prevención**

A partir de 1980, el maltrato empieza a considerarse como una prioridad y surgen estrategias para su prevención, ya que de acuerdo a la etiología, existen una serie de factores de riesgo. Estos factores afectan a aquellos niños que están inmersos en hogares disfuncionales, en pobreza extrema, hijos de padres alcohólicos, drogadictos o con problemas mentales, si bien es igualmente reconocido que los malos tratos no tienen fronteras de raza, sexo ni condición.

## **CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN**

### **Concepto del maltrato infantil**

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

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

### **Tipología y clasificación del maltrato infantil**

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

### ***Prenatales***

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

### ***Postnatales***

- **Abuso físico.** Engloba cualquier lesión corporal que un padre, cualquier otro miembro de la familia y/o cuidador cause a un niño intencionadamente. Puede ser resultado de un episodio único o un patrón de comportamiento repetido (6).
- **Abuso sexual.** Es una modalidad de maltrato mediante el cual se pretenden mantener relaciones sexuales o explotar sexualmente a un menor y suele llevarlo a cabo una persona cercana al niño. Se incluyen bajo este epígrafe todas aquellas experiencias sexuales que son inapropiadas para la edad, incluso en ausencia de violencia o daños reales; no es necesario que exista contacto físico para considerar que existe abuso sexual. La vejación sexual sin contacto físico forma parte de esta tipología. A menudo los niños son víctimas de abuso sexual dada su imposibilidad de autodefensa, su falta de elección y su incapacidad para pedir ayuda. Por desgracia, al contrario del maltrato físico, el abuso sexual no tiene signos tan evidentes y sólo el observador sutil y preparado sabría identificarlos.
- **Abuso emocional.** Se refiere a un patrón de comportamiento que retrasa y deteriora el desarrollo psíquico del niño y su autoestima. Este tipo de maltrato suele definirse como “*la hostilidad verbal o no verbal reiterada en forma de acoso, insulto,*

*amenaza, menosprecio, sometimiento o dominación, es decir, todas aquellas acciones que perjudican directa o indirectamente la estabilidad emocional”.*

Dentro de este grupo se incluye el denominado **abuso pedagógico**, que se refiere a los casos de niños con excesivas obligaciones académicas (sin contemplar las posibilidades del propio niño) que impiden el desarrollo normal de vida social y lúdica, generando un estrés escolar que puede derivar en trastornos psicossomáticos o alteraciones emocionales (7).

- **Omisión o negligencia.** Tiene lugar, bien cuando un adulto permite, de manera consciente, que el niño sufra o bien, cuando no se satisfacen las necesidades esenciales para su desarrollo. Un ejemplo de ello es la negligencia de origen dental. Este tipo de negligencia que, con mayor frecuencia aunque no únicamente, suele estar relacionada con otros problemas sociales como la pobreza y el aislamiento, se da cuando no se atienden las necesidades del niño respecto al cuidado de sus dientes y patologías asociadas (8). La negligencia dental es definida por la *American Academy of Pediatric Dentistry* como una “**falta deliberada, por parte de padres o tutores, de la búsqueda del tratamiento que sea necesario para asegurar un nivel de salud oral esencial para desarrollar una función adecuada y garantizar la ausencia de dolor e infección en la boca del niño**”. Se considera negligencia si padres o tutores no demandan tratamiento para lesiones de caries, infecciones orales y dolor o si abandonan un tratamiento cuando ya han sido informados de que existen las condiciones anteriormente citadas.

La falta de cuidados en estos casos imposibilita una alimentación normal,

causa dolor crónico, frena el crecimiento del niño y dificulta su vida diaria normal. Las dificultades para acceder a los servicios odontopediátricos, tales como condiciones de pobreza, problemas en el transporte u otros factores deben ser considerados en estos casos pero una vez salvados éstos, la ausencia reiterada de asistencia dental constituye negligencia (9-11).

- **Explotación laboral. Mendicidad. venta ambulante, etc.**

### **Institucionales**

- Servicios sociales.
- Servicios sanitarios.
- Servicios escolares.
- Policiales-judiciales.
- Medios de comunicación social.

### **EPIDEMIOLOGÍA**

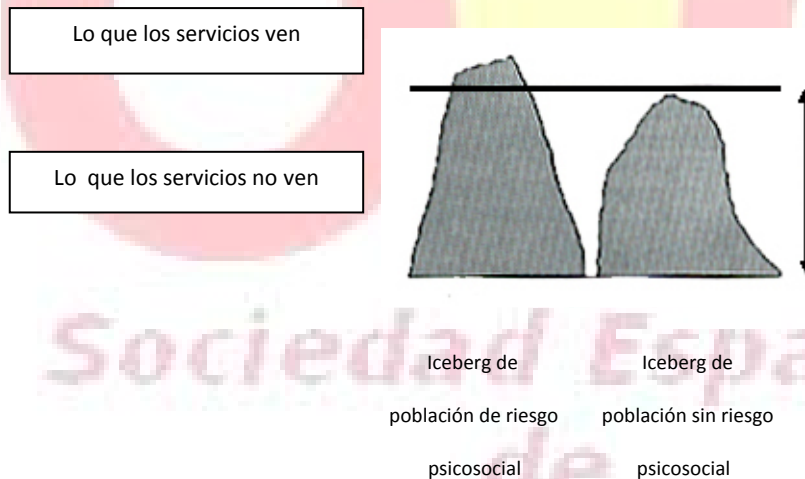
El maltrato infantil existe prácticamente en la totalidad de los países y clases sociales, y se puede

afirmar que es un problema relevante, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias.

La dificultad para determinar el número exacto de casos de malos tratos en el niño es universal. Los expertos reconocen que tan sólo se detectan entre el 10 y el 20% de los casos que existen, siendo numerosos los factores de sesgo y distorsión de los datos obtenidos (fig.1).

Los datos epidemiológicos sobre maltrato infantil en el continente europeo se muestran muy dispares, y su procedencia varía según donde se haya procedido a la apertura del expediente.

Dentro de nuestras fronteras, citando datos provenientes del Ministerio de Asuntos Sociales, sobre un total de 8.565 expedientes abiertos, el 56% procedía de los servicios sociales, el 13% de la policía/juzgados, el 11% de familiares del menor, el 6% de los servicios sanitarios y en menor porcentaje (4%) la denuncia procede del centro educativo el propio menor o vecinos.



**Figura 1:** representación esquemática de la escasa evidencia estadística que se posee acerca de la realidad de los malos tratos.

Basándose en la tipología del maltrato, el mayor porcentaje de expedientes se abrió por negligencia (79%), maltrato emocional (42%) y maltrato físico (30%).

A nivel internacional, se proyectó un estudio en el que participaron la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)(12).

El objetivo fundamental fué trazar un panorama detallado sobre la naturaleza, el alcance y las causas de la violencia contra la infancia, y proponer una serie de recomendaciones claras sobre cómo actuar para impedir y responder a esta violencia. El Estudio combina perspectivas de derechos humanos, de salud pública y de protección de la infancia, y se centra en cinco "entornos" en los que se produce la violencia: el hogar y la familia, las escuelas y los entornos educativos, las instituciones (de atención y judiciales), el lugar de trabajo y la comunidad.

Los puntos a destacar del estudio son:

- a) Mediante el análisis de una serie de estudios y datos sobre la población del 2000, la OMS calcula que la prevalencia de relaciones sexuales forzadas o de otras formas de violencia que incluyen toqueteos es de 73 millones (7%) para niños menores de 18 años y 150 millones (14%) para niñas menores de 18 años.
- b) En 16 países en desarrollo analizados en una encuesta mundial de salud realizada en las escuelas por la OMS y los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), el porcentaje de niños y niñas en edad escolar que dijeron haber sufrido acoso verbal o físico en la escuela, durante los 30 días precedentes, oscilaba desde un

20 por ciento en algunos países hasta un 65 por ciento en otros.

- c) Todos los años se calcula que, por lo menos, 275 millones de niños y niñas en todo el mundo son testigos de casos de violencia doméstica. Esta exposición tiene repercusiones negativas a corto y largo plazo en el desarrollo del niño.
- d) De los alrededor de 218 millones de niños trabajadores que se registraron en 2004, 126 millones realizaban trabajos peligrosos, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2006. Los últimos cálculos de la OIT indican que 5,7 millones de niños y niñas realizaban en 2000 trabajos forzados o en condiciones de servidumbre; 1,8 millones habían caído en las redes de la prostitución y la pornografía; y alrededor de 1,2 millones de niños y niñas fueron víctimas de la trata de seres humanos.
- e) Entre 100 millones y 140 millones de mujeres y niñas en el mundo han sido sometidas a la mutilación/ablación genital, según la OMS.
- f) Las cifras de la OMS muestran que casi 53.000 niños y niñas de 0 a 17 años murieron en 2002 como resultado de homicidios.
- g) Por lo menos 106 países no prohíben el castigo corporal en las escuelas.
- h) 145 países no prohíben el castigo corporal en las instituciones asistenciales.
- i) El castigo corporal se permite como método disciplinario en los sistemas penitenciarios de 78 países, y como parte de las sentencias criminales en 31 países.
- j) Según el estudio, los niños y niñas que se encuentran en centros de detención son

sometidos con frecuencia a actos de violencia por parte del personal, a veces como forma de control o de castigo, y por lo general por infracciones menores. En 77 países, los castigos corporales y otro tipo de castigos violentos se aceptan como medidas disciplinarias legales en las instituciones penales.

La importancia de la implicación de los profesionales de las ciencias de la salud en el problema del maltrato pasa por la formación específica en la sintomatología asociada al mismo (manifestaciones físicas y psíquicas del síndrome) y el establecimiento de protocolos que ayuden en las vías de denuncia en los casos de sospecha,

participando con los equipos de los servicios sociales de protección de la infancia.

## ETIOLOGÍA

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

Individuo	Familia	Sociedad	Cultura
Hijo no deseado. Prematuro. Bajo cociente intelectual. Hiperactivo. Discapacidad. Rechazado emocionalmente. Historia de malos tratos. Poca tolerancia al estrés. Historia de disarmonía familiar.	<p><b>*Interacción paterno-filial</b> Desadaptada con técnicas de disciplina coercitivas.</p> <p><b>*Relaciones conyugales</b> Estrés permanente Padres alcohólicos, drogadictos o con problemas mentales. Excesivo número de hijos.</p> <p><b>*Características del niño</b> Discapacitado. Hiperactivo. Apático. Prematuro.</p>	<p><b>*Trabajo</b> <b>Desempleo.</b> Pérdida de roles. Insatisfacción laboral. Marginación.</p> <p><b>*Vecindario y comunidad</b> Emigración. Prostitución. Aislamiento social.</p> <p><b>*Clase social.</b> No existe claramente un nivel social donde no pueda darse el maltrato</p>	Crisis económica. Alta movilidad social Aprobación cultural del uso de la violencia. Aceptación cultural del castigo físico en la educación de los hijos. Falta de apoyo social. Inadaptación cultural.

Tabla I: FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO INFANTIL

Los factores de riesgo de maltrato infantil, frecuentemente, se ven asociados a diferentes ámbitos (8):

1. *Factores propios del individuo.* Historia previa de malos tratos, desatención grave, rechazo emocional, bajo coeficiente emocional de la víctima, problemas psicológicos del niño objeto de maltrato.

2. *Factores familiares.* Aquellos que tienen que ver con problemas de la relación de pareja (estrés permanente, violencia familiar) o aquellos que tienen que ver con el niño (problemas de conducta, hijos no deseados, hiperactivos, discapacitados físicos o psíquicos, etc.).

3. *Factores sociales.* Desempleo, problemas económicos, pérdida de rol, insatisfacción laboral, aislamiento social.

Los malos tratos físicos y las negligencias graves provocan elevadas cifras de morbilidad y mortalidad en el niño menor de 12 años, especialmente en los primeros 3 años de la vida, cuando el ser humano es más indefenso física y psicológicamente. La mayoría de los maltratadores son padres o tutores (casi siempre varones) y un 70 % tienen entre 20 y 40 años de edad.

Los niños que sufren maltrato suelen vivir en familias monoparentales (preferentemente con el padre). Es importante considerar el hecho de que la mayoría de los maltratadores tienen antecedentes de haber padecido abuso físico o sexual en su infancia, reproduciéndose de esta manera el modelo de conducta aprendido.

## DIAGNÓSTICO

El odontopediatra se encuentra en una situación crucial con respecto a la detección de los casos de maltrato infantil, fundamentalmente por las siguientes razones (1):

- Edad de las víctimas. El ser humano víctima de malos tratos normalmente lo es antes de los 3 años. El niño sometido a estas crueldades padece elevadas cifras de morbi-mortalidad antes de los 12 años.
- Localización preferente de las agresiones, ya que el 60-70% de las lesiones se sitúan a nivel craneofacial.

Por todo lo anterior, debemos tener en cuenta que el maltrato y abandono de niños y adolescentes es un problema social en aumento que no se limita a las profesiones médica, legal o de servicios sociales. El odontólogo que trata a niños y adolescentes debe ser capaz y, además, está obligado por ley a detectar, documentar, informar y, con frecuencia, ayudar a tratar a estos pacientes y a sus familias (1).

## Historia clínica

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

Lo primero que se debe tener en cuenta es la actitud que debe asumir el profesional ante la sospecha de un problema de estas características. Se debe crear un ambiente tranquilo, seguro y confortable. En niños pequeños, un ambiente de juego puede facilitar la entrevista pues el principal objetivo es ganarse la confianza del niño.

Cuando la edad del paciente lo permita, se puede realizar la entrevista directamente con él, pero siempre en presencia del personal auxiliar. En otros ámbitos, se debe realizar en presencia de un trabajador social o representante legal. Se debe evitar el asombro ante lo que el paciente relate y no parecer en ningún momento amenazador.

En las tablas II, III IV y V quedan resumidas las características de comportamiento del niño y del cuidador, según sea la tipología del maltrato.

## Exploración general

Se realiza mediante la exploración física. Las pruebas complementarias, como radiología y fotografía, constituyen una buena fuente de apoyo diagnóstico y para el seguimiento de la evolución de las lesiones (13).

En la inspección general del niño, puede causar sorpresa el escaso desarrollo estatura - ponderal con respecto a la edad cronológica, correspondiendo al denominado retraso de crecimiento no orgánico (peso, talla, perímetro cefálico menor al percentil 3 y retraso, tanto en sus habilidades motoras como en su inteligencia). Este tipo de retraso se debe a la falta de atención a sus necesidades psicoafectivas, físicas o sociales, sin que exista una causa orgánica que lo provoque.



El aspecto general puede ser descuidado, incluso “sucio”. La ropa puede no ser acorde a la estación del año (por ejemplo, el niño que lleva manga larga

en verano para ocultar lesiones a nivel de miembros superiores).

<b>Del niño</b>	<b>Del cuidador</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cauteloso con respecto al contacto físico de los adultos.</li> <li>➤ Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.</li> <li>➤ Muestra conductas extremas (Ej. agresividad o rechazos extremos).</li> <li>➤ Parece tener miedos a sus padres, de ir a casa o llora cuando terminan las clases y tiene que irse de la escuela o guardería.</li> <li>➤ Dice que su madre/ padre le ha causado alguna lesión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Utiliza una disciplina severa, impropia para la edad, falta cometida y condición del niño.</li> <li>➤ Parece no preocuparse por el niño.</li> <li>➤ Percibe al niño de manera significativamente negativa (Ej. le ve como malo, perverso, un monstruo...).</li> <li>➤ No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.</li> <li>➤ Intenta ocultar la lesión del niño o proteger a la persona responsable de ésta.</li> </ul>

**Tabla II: INDICADORES COMPORTAMENTALES. Maltrato físico.**

<b>Del niño</b>	<b>Del cuidador</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso parece retrasado.</li> <li>➤ Escasas relaciones con los compañeros.</li> <li>➤ Cambios de conducta, comete acciones delictivas o fuga.</li> <li>➤ Conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.</li> <li>➤ Terrores nocturnos, insomnio.</li> <li>➤ Dice que ha sido atacado por su padre/ madre o cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Extremadamente protector o celoso del niño.</li> <li>➤ Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en su presencia.</li> <li>➤ Frecuentes ausencias del hogar.</li> </ul>

**Tabla III: INDICADORES COMPORTAMENTALES. Abuso sexual.**

### **Lesiones en piel y mucosas**

Las lesiones más frecuentes a nivel general en piel y mucosas son los hematomas (39%), seguidas por los desgarros y arañazos (21%), otros traumatismos cutáneos (20 %) y quemaduras (6 %). Las áreas que se encuentran afectadas con más frecuencia son las

tradicionalmente consideradas como zonas de castigo; las nalgas, cara y extremos proximales de miembros (14). Para la recogida de estos datos, existen plantillas diseñadas para tal fin, por parte de los servicios socio-sanitarios de las principales comunidades.

<b>Del niño</b>	<b>Del cuidador</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Trastornos del comportamiento con movimientos autoestimulativos, agresividad, autoagresión, hiperactividad, desobediencia.</li> <li>➤ Participa en acciones delictivas, pide o roba comida.</li> <li>➤ Dice que no hay nadie que lo cuide.</li> <li>➤ Raras veces asiste a la escuela o bien llega muy temprano y se va muy tarde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La vida en el hogar es caótica, muestra evidencias de apatía o nulidad.</li> </ul>

**Tabla IV: INDICADORES COMPORTAMENTALES. Abandono físico o negligencia.**

<b>Del niño</b>	<b>Del cuidador</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Retraso del desarrollo físico, mental y afectivo.</li> <li>➤ Reacciones de tipo psico-neuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría...)</li> <li>➤ Trastornos de conducta: excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente/ extremadamente agresivo, exigente o rabioso y conductas extremadamente adaptativas (de adultos o infantiles).</li> <li>➤ Intentos de suicidio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Culpa o desprecia al niño y es frío o rechazante con él, negándole amor.</li> <li>➤ Exige al niño por encima de sus capacidades físicas intelectuales o psíquicas.</li> <li>➤ Tolerancia absolutamente todas las conductas del niño sin ponerle límite alguno.</li> <li>➤ Parece no preocupado por los problemas del niño.</li> <li>➤ Trata de manera desigual a los hermanos.</li> </ul>

**Tabla V: INDICADORES COMPORTAMENTALES. Maltrato y abandono emocional.**

Las lesiones pueden tener formas muy diversas y, a menudo, reflejan la imagen del objeto agresor: es la denominada imagen en espejo (fig. 2, 3, 4).

Las **mordeduras** también dejan una lesión de forma oval, y pueden presentar un área central de equimosis. Las mordeduras producidas por animales presentan una forma más triangular, y suelen evolucionar con pérdida de sustancia mientras que las mordeduras humanas comprimen los tejidos y pueden causar abrasiones, contusiones y laceraciones pero rara vez producen desgarro de los tejidos.

Si la distancia intercanina es inferior a 2,5cm, la mordedura puede haber sido producida por un niño; si esta distancia está comprendida entre 2,5 y 3cm, la lesión puede haber sido causada por un niño o un adolescente, y si la distancia intercanina es superior a 3cm la mordedura seguramente esté producida por un adulto (fig. 2c, 5).

Según recomienda la *American Board of Forensic Odontology* (ABFO), el profesional que identifique estas lesiones debe realizar una descripción por escrito de las mismas, así como tomar registros fotográficos con una etiqueta identificativa y una escala diseñada para tal fin. Las fotografías deben tomarse en ángulo recto; perpendiculares a la lesión (15,16).

Diariamente, durante al menos 3 días, deben repetirse los registros fotográficos y las

descripciones por escrito para documentar la evolución y antigüedad de la mordedura. También se recomienda realizar modelos de estudio o registros fotográficos de la mordida de las personas que consideremos sospechosas de haber producido la lesión. En determinados casos, puede realizarse la identificación del sospechoso mediante análisis del ADN de las células del epitelio bucal depositadas en la mordedura o mediante análisis salivales. Las lesiones por mordedura suelen situarse en extremidades, pabellón auricular o punta nasal (16).

También se pueden encontrar **heridas por arma blanca o de fuego** o aquellas causadas por la utilización de cualquier elemento punzante presente en el ámbito doméstico.

Las **quemaduras**, normalmente, son las lesiones más espectaculares en piel y mucosas y constituyen un 16% de las lesiones por malos tratos, provocando una elevada mortalidad y morbilidad. Se da la circunstancia sobreañadida de que las lesiones por quemadura aparecen más frecuentemente en estratos socioeconómicos bajos, ya que la pobreza obliga a utilizar sistemas de cocina y calefacción menos seguros (fig. 6).

La escaldadura es la quemadura provocada por contacto con un líquido caliente y la quemadura seca, la provocada por un elemento sólido como, tenedor, cuchara, plancha o cigarrillo, por ejemplo (17).

La escaldadura por inmersión es típica del maltrato. En estos casos, las lesiones tienen bordes nítidos y son simétricas, de profundidad uniforme y afectan a zonas “tradicionales” de castigo. En las manos se dan las “quemaduras en guante” como castigo por romper o coger objetos; en los glúteos o espalda, las “quemaduras en casquete” por no controlar esfínteres o las “quemaduras en calcetín” por inmersión de ambos pies en agua o líquidos a elevadas temperaturas (fig. 7).

Las lesiones por quemaduras de cigarrillos, de forma intencionada (fig. 8, 9), tienen un patrón circular y una disposición simétrica y múltiple; las realizadas de forma accidental tienen forma ovoidea, suelen ser únicas y aparecen en zonas del organismo descubiertas. Pueden encontrarse quemaduras periorales producidas como consecuencia de la alimentación forzada con productos u objetos muy calientes, como se observa en la figura 10 (18).

Se da la circunstancia de que, cuando la quemadura es fortuita o accidental, la profundidad de la lesión no va más allá de la epidermis o dermis (de 1º o 2º grado, respectivamente), mientras que

cuando es provocada se eleva la temperatura y tiempo de exposición, alcanzando la profundidad del daño a la subdermis, y ofreciendo una coloración que va del blanco perlado al negro carbón, provocando una quemadura de tercer grado.

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

El color de las lesiones ayuda a evaluar la evolución y el tiempo transcurrido desde la agresión, y es debida al proceso fisiológico de reducción y eliminación de la hemoglobina extravasada (tabla VI). La posible contradicción entre las fechas recogidas en la información sobre los hechos, transmitida por los padres o tutores durante la anamnesis y la exploración clínica, puede sugerir un diagnóstico de maltrato (5).

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

**TABLA VI: Cambios en el color de la piel después de la lesión.**

Las lesiones por **arrancamiento** pueden conllevar exarticulaciones dentarias, arrancamiento de ala nasal o tabique, cabello, uñas o pabellón auricular.

En algunos niños, pueden encontrarse anomalías a nivel auricular, como la oreja en coliflor, que se presenta por reiterados retortijones a este nivel.

Las equimosis periorbitarias (imagen del antifaz), las hemorragias de la esclerótica, ptosis palpebral, pupilas desiguales, coágulos sanguíneos en la nariz y desviaciones del septo nasal también pueden reconocerse en muchas de las víctimas.

Ante la posible confusión entre las lesiones fortuitas y las provocadas, en la tabla VII se recogen las principales diferencias entre ambos tipos.

LESIONES PROVOCADAS	LESIONES ACCIDENTALES
<p><b>Hematomas</b>            Parte proximal extremidades.            Región lateral de la cara.            Pabellones auriculares y cuello.            Genitales y glúteos.            Varias localizaciones.</p> <p><b>Quemaduras</b>            Bordes nítidos.            Localización múltiple.            Forma de "calcetín" o "guante".            Simétrico o nítido.            Marcas de cigarrillos.            A nivel de la mucosa bucal .            Cicatrices de quemaduras antiguas.            Preferentemente en palmas de manos y plantas de los pies, genitales y glúteos orejas, mejillas ,boca, hombros y espalda.</p> <p><b>Mordiscos</b>            Más de 3mm de diámetro bicanino (Arcada del adulto).</p> <p><b>Fracturas dentales</b>            Fractura de diente y alveolo.            Falta de un diente antes de su exfoliación normal y alveolo intacto en presencia del diente contralateral.            Traumatismos múltiples en diferentes fases de evolución.</p>	<p><b>Hematomas</b>            Parte media y distal.            Crestas ilíacas.            Región facial y frontal.            Región maxilar.</p> <p><b>Quemaduras</b>            Bordes irregulares.            Carácter único.            Asimétricas.            En zonas descubiertas frente, mentón, codos, rodillas, caderas, espinillas, dorso de la mano, dorso de pies.</p> <p><b>Mordiscos</b>            Menos de 3mm de diámetro bicanino (Arcada infantil).</p> <p><b>Fracturas dentales</b>            Fracturas individuales.            Fracturas con historia de traumatismo acorde con el accidente que lo provocó.</p>

**TABLA VII. Diferencia entre lesiones cutáneas provocadas y accidentales.**

### **Exploración intraoral**

Dentro de la cavidad oral, en la víctima de malos tratos, se pueden encontrar lesiones mucosas como laceraciones, quemaduras, infecciones orales, o afectaciones en tejidos duros dentarios y óseos, preferentemente en forma de traumatismos alveolodentarios (20). La prevalencia de estas lesiones se sitúa entre el 3 y el 5%.

### **Lesiones de la mucosa**

Las **laceraciones** del labio superior y el desgarro del frenillo labial suelen ser consecuencia de golpes o intentos bruscos de silenciar al niño con la mano; en estos casos encontramos un hematoma peribucal

que señala en forma de espejo la huella de la mano del agresor.

Una alimentación forzada con cucharas o tenedores puede dar lugar a laceraciones en la mucosa, rotura del frenillo labial superior y luxaciones dentarias en el área dañada (18), como se aprecia en las figuras 11, 13, 14 y 15.

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

Las **infecciones orales** pueden detectarse en casos de abuso sexual, pudiendo aparecer lesiones herpéticas (virus del herpes simple tipo 2), condiloma acuminado (lesiones únicas o múltiples, aisladas o a modo de corales, que aparecen en zonas de contacto directo intenso y relacionados con microtraumatismos locales), gonorrea e infección por *Chlamydia trachomatis*, ambas asociadas a la presencia de faringitis (21).

Las **quemaduras** suelen estar situadas en la lengua y/o mucosa labial y gingival, siendo producidas por cigarrillos (fig. 9), objetos calientes o ingestión forzada de cáusticos o alimentos a altas temperaturas. En estos últimos casos, la profundidad y extensión de las lesiones vendrá determinada por las propiedades, temperatura, tiempo de exposición y cantidad de producto ingerido.

La **patología dentaria** puede aparecer fundamentalmente en forma de traumatismos, en distintas fases de evolución. Los traumatismos suelen ser violentos y de etiología inexplicable, acompañados de lesiones del alvéolo dentario. En ocasiones, aparece el alvéolo vacío, con ausencias dentarias por arrancamiento y/o la presencia de restos radiculares con un historial etiológico poco claro y en presencia de una dentición libre de caries. Todo lo anterior (fig. 13, 14 y 15) ofrece sospechas de malos tratos en el niño (20).

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

**La presencia de infecciones múltiples con dientes destruidos por caries en distintas fases de evolución que impidan una correcta alimentación y realización de funciones orales en el niño pueden alertar, al igual que**

**los cuadros clínicos anteriormente descritos, sobre el diagnóstico de negligencia dental (fig. 16 y 17).**

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

#### **Otras lesiones**

Las secuelas neurológicas se presentan en uno de cada 5 ó 6 niños maltratados. Se producen por fracturas de cráneo, que suelen ser múltiples, pudiendo derivar en una lesión intracraneal grave.

Un cuadro definido en el maltrato es el **“síndrome del niño sacudido”**. Se produce por la sacudida violenta del niño que produce rápida aceleración y desaceleración de la cabeza, lo que provoca hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea sin lesión externa aparente. La mortalidad en estos casos se encuentra entre el 20 y el 25%.

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

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

Se pueden encontrar lesiones físicas cutáneas asociadas, lesiones genitales, lesiones anales agudas y crónicas, las que son consideradas como manifestaciones con daño sexual (5, 19).

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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

1. **Trastornos de la coagulación.** Tanto los congénitos (hemofilia, enfermedad de Von Willebrand) como los adquiridos (púrpura trombocitopénica, enfermedad de Schönlein-Henoch, intoxicación por anticoagulantes, dicumarínicos y warfarina), que evolucionan con hematomas múltiples en diferentes estadios de evolución. Las correspondientes pruebas sanguíneas pondrán de manifiesto la etiología y diagnóstico del proceso.
2. **Manchas mongólicas u otras manchas rojizas o angiomas características del recién nacido.** Se diferencian de los hematomas en que éstos cambian de color y desaparecen en semanas, mientras que estas manchas permanecen durante meses o años (fig.18).
3. **Lesiones circinadas.** Aparecen en la piel y asemejan quemaduras redondeadas. Son lesiones que cicatrizan en el centro y se extienden hacia el exterior (fig. 19).
4. **Neuroblastoma.** Puede dar origen a equimosis periorbital bilateral.
5. **Fitodermatitis.** Ciertos vegetales pueden, en contacto con la piel y la luz solar, ofrecer imágenes similares a los traumatismos intencionales, ya que queda impresa sobre la piel la imagen en espejo del citado vegetal.
6. **Quemaduras fortuitas.** En estos casos la profundidad de la quemadura es más superficial, la inmediatez en la búsqueda de asistencia, los bordes irregulares, la presencia en zonas descubiertas y la asimetría de la lesión, entre otros, son datos que nos llevan al diagnóstico de lesión accidental.
7. **Osteogénesis imperfecta.** Puede ofrecer un diagnóstico de fracturas múltiples y, en diferentes procesos de evolución,

acompañadas de anomalías estructurales dentinarias y osteopenia. El patrón de patología ósea es similar al de enfermedades como raquitismo o escorbuto. El diagnóstico diferencial lo ofrecen el resto de los parámetros patológicos de las citadas enfermedades.

8. **Autolesiones.** Se producen en circunstancias patológicas del paciente, donde es el propio niño el causante de sus lesiones. Aparecen, entre otros, en estados de depresión, discapacidad mental o síndromes autísticos (fig. 20).

## TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DEL MENOR SOMETIDO A MALOS TRATOS

Los odontólogos, particularmente los especialistas en odontopediatría, deben poseer los conocimientos necesarios sobre las manifestaciones físicas y de comportamiento del maltrato infantil; sólo de esta forma se encontrarán en una inmejorable situación para asistir a las víctimas de esta situación traumática. Cualquier procedimiento de atención en la consulta odontopediátrica pasa por el adecuado manejo de la conducta del paciente infantil.

Especialmente, antes de poner en marcha los procesos terapéuticos necesarios para restablecer la salud oral del niño maltratado, debemos tener en cuenta las situaciones previas de estrés que ha sufrido la víctima, para estar dispuestos a modificar los procedimientos y técnicas de control del dolor y la ansiedad. Dependiendo de la tipología y manifestaciones del niño en situación de estrés postraumático, se presentarán, fundamentalmente, dos tipos de conducta (23):

1. **Trauma de tipo I.-** Como resultado de un hecho traumático brusco, repentino y único. Ante un trauma de tipo I el niño presenta, habitualmente, un comportamiento pasivo que deriva en la falta de atención y de confianza como resultado del episodio

de malos tratos, siendo muy similar a la tipología del niño cooperador tenso (7, 22,23).

**2. Trauma de tipo II.-** Es el resultado de una larga o repetida exposición al maltrato. Ante un trauma de tipo II, el paciente presenta una conducta disruptiva y agresiva que, normalmente, intenta impedir el tratamiento siendo un comportamiento similar al niño con aversión a la autoridad (22).

En los casos de maltrato emocional o psicológico, los niños suelen presentar labilidad afectiva y trastornos del comportamiento que cursan con una alternancia entre la agresividad y la pasividad, y dificultades en la esfera del control de impulsos.

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

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

1. Técnica decir-mostrar-hacer.
2. Técnica de control de voz.
3. Tratamiento farmacológico.
4. Premedicación, óxido nitroso.
5. Anestesia general.

Las dos primeras se recomiendan en el niño afectado de trauma de tipo I; las dos últimas, en el caso de comportamientos acordes con el niño que manifiesta conductas disruptivas. Las técnicas restrictivas, en general, son desaconsejables en la terapéutica odontopediátrica del niño sometido a malos tratos.

Por lo que se refiere a los procedimientos terapéuticos para restituir las condiciones de salud oral en el niño, en nada difieren de los planteados en el resto de la población, si bien debemos tener

presente las posibles complicaciones derivadas de la ausencia de seguimiento y control de los casos.

## ASPECTOS LEGALES DEL MALTRATO INFANTIL

Como expresó Elie Wiesel, premio Nobel de la Paz y superviviente de un campo de concentración: *“ante las atrocidades, tenemos que tomar partido. La posición neutral siempre ayuda al opresor, nunca a la víctima. El silencio protege al verdugo, nunca al que sufre”*.

No son únicamente los servicios sociales los que detectan e informan de los casos. El maltrato infantil puede ser, igualmente, identificado y notificado por particulares, familiares y profesionales que en un momento dado puedan detectar estos abusos en la víctima; entre estos profesionales, como hemos visto, figuran los encargados de la salud del niño (5). Es importante entender que, dentro del proceso de denuncia o notificación del maltrato infantil, en el cual se puede ver implicado el profesional de la odontología o estomatología, existen una serie de fases establecidas por la administración, y que, en orden consecutivo, son:

1. Detección y notificación.
2. Investigación.
3. Evaluación.
4. Toma de decisiones y planificación de la intervención.
5. Intervención.
6. Seguimiento.
7. Cierre del caso.

El papel del odontólogo tiene lugar en la primera etapa, detectando y notificando, o dando parte de las lesiones que ha encontrado durante su actividad profesional y que no coinciden con la historia que nos relatan los padres o tutores (tablas VIII y IX) (11).

Ante cualquier tipo de lesión externa y observable, e independientemente de la sospecha de maltrato,

es preceptivo y obligatorio emitir un parte de lesiones al Juzgado de Instrucción de Guardia, en el que se deberá hacer constar, además de los datos reseñados emitidos por otras circunstancias, algunas especificaciones que permitan a la autoridad apreciar la gravedad del tema y la necesidad de adoptar medidas urgentes de protección del menor. Otra vía de comunicación (vía civil) es el envío de un informe médico complementado con el informe de los servicios sociales a la Fiscalía de Tribunal Superior de Justicia, para que a través del Fiscal de Menores asuma la representación y defensa de los derechos e intereses del menor. El incumplimiento de la citada obligación puede constituir un delito de omisión de los deberes de impedir delitos o promover su persecución. En el informe médico que se envíe a la Fiscalía y al Equipo de Menores de las Gerencias Provinciales debe constar:

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

A pesar de lo anteriormente expuesto, en algunos estudios se ha puesto de manifiesto cómo el odontólogo es un pésimo denunciante. En un trabajo realizado en EE.UU sobre 246 odontólogos infantiles, sólo en un 9 % de los casos se había producido alguna denuncia por malos tratos (24).

En otro trabajo se puso en evidencia que, de 1.332 profesionales de la odontología, sólo un 45% conocían que, como odontólogos, tenían responsabilidades penales. El temor a verse implicados, el “miedo a las denuncias”, la escasa

credibilidad de las respuestas que ofrece el niño, el temor a romper las relaciones con los padres, y, sobre todo, el gran desconocimiento sobre estos cuadros, son los argumentos que el profesional de la odontología esgrime ante las preguntas sobre el maltrato infantil (2).

Recientemente, la Ley de Protección Jurídica del Menor redonda en la obligación de comunicar a la autoridad toda situación de riesgo o desamparo; entendiéndose **riesgo** como la *existencia de perjuicio para el menor, que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar*; y **desamparo**, como que *la gravedad de los hechos aconseja la extracción del menor del núcleo familiar*. Lo cierto es que existe una discordancia entre las estadísticas publicadas por los facultativos de la salud y el número de casos recogidos en los juzgados lo que nos invita a reflexionar sobre la necesidad de comunicar la totalidad de las sospechas de malos tratos a la autoridad judicial.

## CONSIDERACIONES FINALES

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

La prevención del maltrato en la infancia pasa por fomentar los esfuerzos, ya implementados en algunos países, como educación pública, compromisos sociales, esfuerzos legislativos, y desarrollo de servicios de prevención. Asumir nuevos desafíos, como el impacto del abuso de las drogas en los padres, la atención especial en



situaciones de pobreza, y la exposición a la violencia en los medios de comunicación.

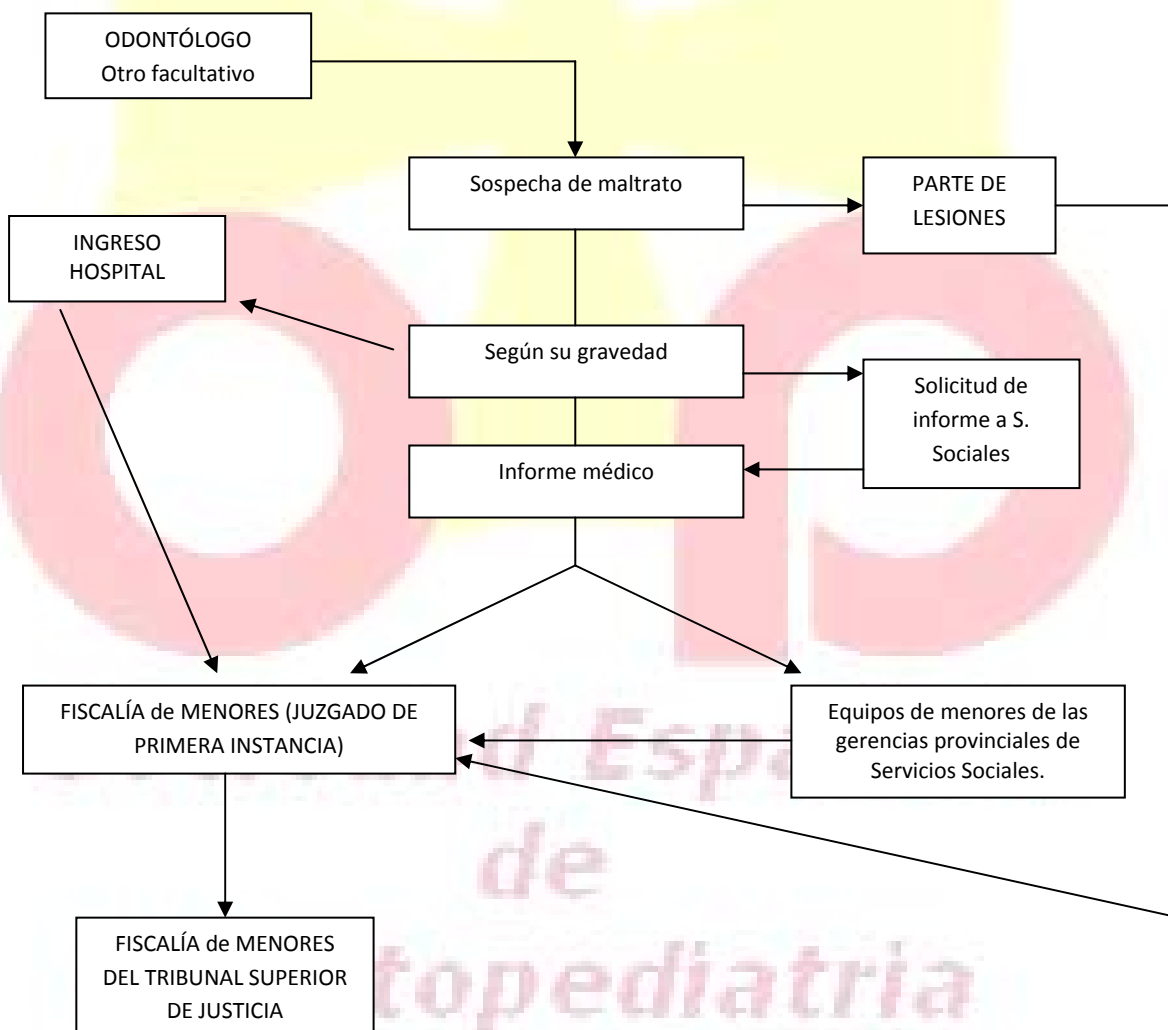
En lo referente al campo de la odontología, sería conveniente una mayor información y educación sobre los diferentes aspectos relativos al maltrato infantil, sus secuelas y manifestaciones en el menor, así como facilitar la información referente a los caminos y vías de denuncia de estos hechos. Sólo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

*“A la postre, la violencia contra los niños nos plantea un doble desafío: salvar la vida de las*

*víctimas y rescatar el alma de sus verdugos. Porque estas brutales agresiones socavan el principio vital de la confianza y dañan gravemente a las víctimas, pero también llevan a sus ejecutores al exterminio, al confinarlos a un desierto inhabitable poblado exclusivamente por las aberraciones y patologías que engendran la ignorancia, la irracionalidad y el odio.”*

Luis Rojas Marcos. Ex presidente de New York City Health and Hospitals Corporation.

Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Nueva York



**TABLA VIII:** REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LAS DIFERENTES ETAPAS LEGALES EN LA INTERVENCIÓN EN CASOS DE MALOS TRATOS.

Centro de trabajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

D. \_\_\_\_\_ Colegiado N.º \_\_\_\_\_,

con actividad profesional en \_\_\_\_\_, comunica a V. I.,

que siendo las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_, ha asistido

a \_\_\_\_\_, nacido el

día \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_ y vecino de \_\_\_\_\_,

calle \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, piso \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_.

Acude en compañía de \_\_\_\_\_, con domicilio

en \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_,

teléfono \_\_\_\_\_, quien dice ser su \_\_\_\_\_.

Tras el reconocimiento practicado se han apreciado las siguientes lesiones: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_, siendo/no siendo compatible con las lesiones observadas.

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lo que comunico a V. I. a los efectos oportunos.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 199

*Sociedad Española  
de  
Odontopediatria*

Firmado,

ILMO. SR. MAGISTRADO JUEZ DE INSTRUCCIÓN DE GUARDIA.

**TABLA IX: PARTE DE LESIONES EN CASOS DE MALOS TRATOS.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano Garcia MI, Tolosa Benedicto ME, Forner Navarro L. Oral lesions due to child abuse. Identification of the problem and role of the professional. *Med Oral* 2001; 6: 36-49.
2. Fernández Delgado FJ. Diagnóstico odontológico-forense en el reconocimiento del niño maltratado. Quintessence (ed. Esp) 1999; 12(4): 287-91.
3. Blain S. Child abuse. En: Stewart R, Barber T. *Pediatric Dentistry*. Mosby. St Louis, 1982. 450-82.
4. Da Fonseca MA, Feigal RJ, Ten Bensel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at major county hospital. *Ped Dentistry* 1992; 14: 152-7.
5. Swerdlin A, Berkowilz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57(3): 371- 92.
6. Stirling J and Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007; 119: 1026-30.
7. Laraque D, Demattia A, Low C. Forensic child abuse evaluation: A review. *Journal of Medicine* 2006; 73(8): 1138-47.
8. Lewin D and Herron H. Signs, symptoms and risk factors: Health visitors perspectives of child neglect. *Child Abuse Review* 2007; 16: 93-107.
9. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries. Technical report. *Pediatrics* 2001; 108 (1): 206-10.
10. Jessee SA. Continuing education: child abuse and neglect: implications for the dental profession. *J Contemp Dent Pract* 2003; 4: 92.
11. Ramos Gomez E, Rothman D, Blain S. Knowledge and attitudes among California dental care providers. Regarding child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 340-8.
12. Estudio mundial sobre violencia contra los niños. [http://www.unicef.org/violencestudy/spanish/reports/SG\\_violencestudy\\_sp.pdf](http://www.unicef.org/violencestudy/spanish/reports/SG_violencestudy_sp.pdf)
13. Colleen McDonald C. Child abuse: approach and management. *American Family Physician* 2007; 75: 221-8.
14. Swerdlin A, Berkowilz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57(3): 371- 92.
15. Dhar V, Tandon S. Bite mark analysis in child abuse. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 1998; 3: 96-102.
16. Pretty IA, Hall RC. Forensic dentistry and human bite marks: issues for doctors. *Hosp Med* 2002; 63: 476- 82.
17. Welbury RR, Murphy JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse 2. The orofacial signs of abuse. *Br Dent J* 1998; 2: 61-5.
18. Welbury RR, Hobson RS, Stephenson JJ, Jepson NJ. Evaluation of a computer-assisted learning programme on the orofacial signs of child physical abuse (non-accidental injury) by general dental practitioners. *Br Dent J* 2001; 190: 668-70.
19. Jackson AM. Let the record speak: Medicolegal documentation in cases of child maltreatment. *Clin Ped Emerg Med* 2006; 7: 181-5.
20. Slavkin H. Comparison, communication and craniofacial periodontal trauma: opportunities abound. *J Am Dent Assoc* 2001; 131: 507-10.
21. Babich SB, Haber SD, Caviedes EY, Teplitsky P. *Condylomata acuminata* in a boy. *J Am Dent Assoc* 2003; 734: 331-4.
22. Hankinn BL. Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective test of attachment, cognitive vulnerability and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research* 2005; 29(6): 645-71.

23. Kiser LJ, Heston J, Millsap PA, Pruitt DB. Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 776-83.

24. American dental association council on dental practice. The dentist's responsibility in identifying and reporting child abuse, 1<sup>st</sup> ed. Chicago: public health service, 1987.



*Sociedad Española  
de  
Odontopediatria*

## RELACION DE IMAGENES.



fig. 2a: Niña de tres años y seis meses con escaso desarrollo físico y psíquico. Aspecto facial donde se encuentra impresa a nivel de la frente la rugosidad de la pared contra la que fue arrojada además de la abrasión y hematoma labial.



fig. 2b: Aspecto del pabellon auricular donde se observa imagen de hematomas. en antebrazo.



fig. 2c: A nivel de miembros superiores se aprecia lesión de cicatriz por mordedura



fig. 2d: Cicatrices múltiples de configuración alargada.

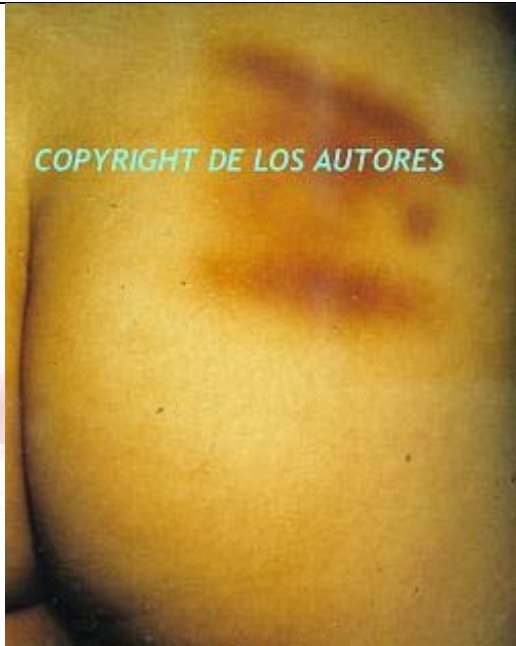


fig.3: Imagen en espejo de un hematoma que muestra la huella de una hebilla de tipo militar a nivel de las nalgas del menor. Cortesía del Dr. Casado Flores.



fig.4: Imagen de lesiones a nivel anterior de tronco producidas por latigazos con un cable eléctrico. Cortesía del Dr. Casado Flores.



fig.5: Imagen de mordedura en hombro en fase de cicatrización. Cortesía del Dr. Casado Flores.



fig.6: Quemadura en región occipital, cuello, espalda y gluteos producida por la cercanía con una estufa de butano colocada premeditadamente. Cortesía del Dr. Casado Flores.

Sociedad Española  
de  
Odontopediatria



fig.7: Quemadura en ambos pies en forma de calcetín. Obsérvese la nitidez de los límites de la zona quemada así como la profundidad de la misma.  
Cortesía del Dr. Casado Flores.



fig.8: Imagen de un niño asiático sometido a continuos malos tratos. Sobre el tórax pueden observarse las lesiones múltiples con patrón circular y simétricas producidas por quemaduras intencionadas de cigarrillos . Cortesía de la Dra. Gutiérrez.



fig.9: Lesión por quemadura con un cigarrillo. En fase de cicatrización.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig.10: Lesión por quemadura a nivel perioral producida por ingestión de líquidos a altas temperaturas.



fig.11a: Paciente forzada a comer.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 11b: Desgarro del frenillo labial superior producido por la cuchara con la que estaba forzando a la niña.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 12a: Petequias palatinas tras abuso sexual con felacion forzada.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 12b: Petequias palatinas tras abuso sexual con felacion forzada.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 13a: Aspecto de la zona orofacial del niño.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 13b: Fractura dentaria y rotura del frenillo labial superior producidos por una cuchara. Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 14a: Luxacion del 62 en un bebe de 15 meses. Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 14b: 62 tras la extraccion. Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 15a: Luxacion intrusiva con fractura alveolar producida por una cuchara.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 15b: Tras la reduccion de la fractura y curacion de las partes blandas, se procedera a la extraccion de los dientes afectados.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.





fig. 16a: Múltiples caries en la arcada superior.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.



fig. 16b: Múltiples caries en la arcada inferior.  
Cortesía del Dr. Miguel Hernández.

Paciente de 9 años y tres meses de edad, perteneciente a una clase social acomodada, aquejada de fuertes dolores a nivel oral.



fig. 17 a y b: Aspecto intraoral de la paciente en el primer examen diagnóstico. Obsérvese el deficiente estado de salud oral que presentaba la niña con gran afectación infecciosa por caries en la dentición temporal, que se extendía al primer molar permanente inferior izquierdo.



fig. 17 c: De los resultados de la exploración y plan de tratamiento fueron convenientemente informados sus progenitores. estado extraoral de la misma paciente tras eludir el tratamiento a lo largo de 8 meses. Obsérvese la fistulización extraoral de la patología causada por el primer molar permanente. La niña fue enviada a un centro hospitalario donde permaneció ingresada diez días bajo tratamiento antibiótico intravenoso.

# Odontopediatría



fig. 18: Diagnóstico diferencial con angioma labial. La lesión se encuentra presente desde el nacimiento.



fig. 19: Paciente con lesiones redondeadas de color rojizo a nivel de mentón y mejilla. Debe realizarse un diagnóstico diferencial con una lesión por quemadura. en este caso el paciente fue diagnosticado de lesiones circinadas por parasitosis animal.



fig. 20: Niña de doce años con lesiones faciales en distintas fases de evolución. Los antecedentes médicos señalan discapacidad mental lo cual constituye un factor de riesgo de maltrato, a su vez que una posible causa de autolesión.

**P. Planells del Pozo, I. Gallegos López, E.M. Martínez Pérez.**

**Créditos fotográficos:**

**2(a, b, c, d), 17(a, b, c, d), 18, 19 y 20 – Autores.**

**3, 4, 5, 6, 7 – Dr. Casado.**

**8 – Dra. Gutiérrez.**

**9, 10, 11(a, b), 12(a, b), 13(a, b), 14(a, b), 15(a, b), 16(a, b) – Dr. Hernández.**