

Reconocimiento de lesiones bucodentofaciales derivadas de maltrato y negligencia infantil

López Trujillo, J.M.; Vallejo Bolaños, E.; Palma Gómez de la Casa, M.

Resumen

El objeto es conocer si determinadas lesiones bucodentofaciales son consecuencia de maltrato y negligencia infantil. Se han revisado las aportaciones relacionadas y que competen a la Odontología. El 80% de las lesiones se localiza en la cabeza y un 50% afecta a las zonas orofaciales, siendo los dentistas profesionales idóneos para realizar el diagnóstico y determinar la causa de las mismas. En los casos de demora puede ayudar el conocer la evolución que siguen lesiones frecuentes como los hematomas. Respecto a la negligencia dental infantil y según algunos autores, se debe sospechar en aquellos casos de enfermedad bucal e higiene pobre.

Palabras Clave: Odontología; maltrato infantil; negligencia infantil.

Recognition of buccodentofacial lesions derived from child neglect and abuse

Summary

The aim of the present study is to determine if certain oral lesions are produced as a consequence of child abuse or child neglect (negligence on children). Relevant literature on the subject has been revised. An amount of 80% of the lesions were located in the head and 50% affected the buccodental arch. It should be task of dentists to perform the diagnose and to determine the origin of the lesions. In cases where the patients lesions have been produced some days before the examination, the assessment of bruises may be of great help. The presence of oral disease and poor oral hygiene according to some authors, may become factors which determine the presence of oral (child neglect).

Key Words: Dentistry; child abuse; child neglect.

INTRODUCCIÓN

Históricamente la Odontología Forense ha tenido una aplicación en esta área de la Medicina, ayudando en la identificación de restos humanos. Actualmente su campo de acción es más amplio, interviniendo en el reconocimiento de signos bucales y faciales de maltrato y abandono de niños, ancianos y conyugal⁽¹⁾. En relación a la definición del término "maltrato infantil", varios autores se han esforzado en realizar la que más se amolda a la situación de estos niños⁽²⁻⁵⁾. Esdic⁽³⁾ lo define como "Todo aquel menor de diecisiete años privado de

atención paterna o de tutela adecuada, que habitualmente mendiga o solicita limosna o que habita en un ambiente de tal índole, que justifica que el Estado se encargue de su protección y custodia". Pinkham considera al niño que vive en situación de pobreza como una forma de maltrato infantil⁽³⁾. La "negligencia infantil" en la literatura frecuentemente se define aparte, "Cualquier consecuencia adversa en el niño que surge de una acción inadecuada o descuidada de los padres, normalmente de forma involuntaria y accidental"⁽⁶⁻⁹⁾. Para que haya maltrato o negligencia hacen falta tres

elementos: un adulto cuyo potencial para el maltrato se haya demostrado, un niño susceptible, y el entorno o la situación adecuada para que pueda llevarse a cabo la situación⁽¹⁰⁾. Este trabajo se justifica porque aunque hay una amplia literatura relacionada con el maltrato infantil, la mayor parte de las aportaciones se han realizado en el área de la Pediatría y consideramos que el odontólogo y especialmente el odontopediatra tiene una importante misión en el reconocimiento de lesiones bucodentofaciales, que en un principio podrían atribuirse a causas accidentales, y que realmente no son así, sino un encubrimiento del uso intencionado de fuerzas físicas dirigidas a lesionar al niño y ejercidas por individuos responsables del cuidado físico y moral del mismo. Por otra parte, el odontólogo debe reconocer aquellos casos de negligencia por parte de padres o tutores en la atención dental del niño.

El objetivo de este estudio es conocer si determinadas lesiones bucodentofaciales son consecuencia de acciones de maltrato y negligencia infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se han revisado y comparado las aportaciones de diversos autores relacionadas con el maltrato y negligencia infantil, especialmente las que competen al área de la Odontología y la responsabilidad del odontólogo ante la situación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A pesar de que el maltrato infantil ha sido motivo de diversos y amplios estudios, en la actualidad se desconoce el balance real del problema, pues muchos de los casos son encubiertos y no denunciados. Así, algunos estudios realizados en países como Norteamérica apuntan que el dos por ciento de niños de este país han sufrido negligencia y el 0,5 por ciento malos tratos⁽⁸⁾. Debido a que las zonas más frecuentemente afectadas se hallan en la cabeza, en el 80 por ciento de los casos y del total el 50 por ciento afectan a las estructuras orofaciales, el odontólogo se encuentra en condiciones únicas para identificar y estudiar con profundidad el maltrato y/o negligencia^(7,11,12). El hecho de atacar tan frecuentemente la cabeza y la cara se debe a que ambas partes representan el "yo" del niño. Se afecta la boca y la cara, sobre todo en casos de niño llorón o muy hablador, ya que la boca afecta a la comunicación y alimentación^(6,13).

Las lesiones bucofaciales más importantes y frecuentes que se describen por la mayoría de los autores en la literatura son:



Figura 1.

- En los labios: laceración en su parte interior, hinchazón, quemaduras y condiloma acuminado —verruugas venéreas debido a abuso sexual—.

- En la boca: rotura del frenillo, abrasiones en las comisuras, quemaduras o laceraciones de la lengua, paladar, suelo de la boca y gingivales y equimosis o petequias en el paladar como resultado de abuso sexual.

- En los dientes: fracturas, luxaciones y raíces residuales con un historial poco claro^(8,14-19).

Ante estas lesiones son los dentistas los profesionales idóneos para realizar el diagnóstico y determinar la causa de las mismas. El odontólogo debe sospechar que la etiología deriva de maltrato, por tanto debe realizar una investigación profunda del problema, cuando se den además algunas de las siguientes circunstancias: discrepancia entre la información de los padres o tutores y el tipo de lesión, demora por parte de éstos en buscar atención médica, la propia apariencia del niño y su comportamiento con los demás, la ansiedad o la falta de ella cuando se le separa de los padres, baja autoestima y desarrollo mental inapropiado^(14,20-22). Existen, además, otros signos que pueden ayudar en la búsqueda de la causa, como la

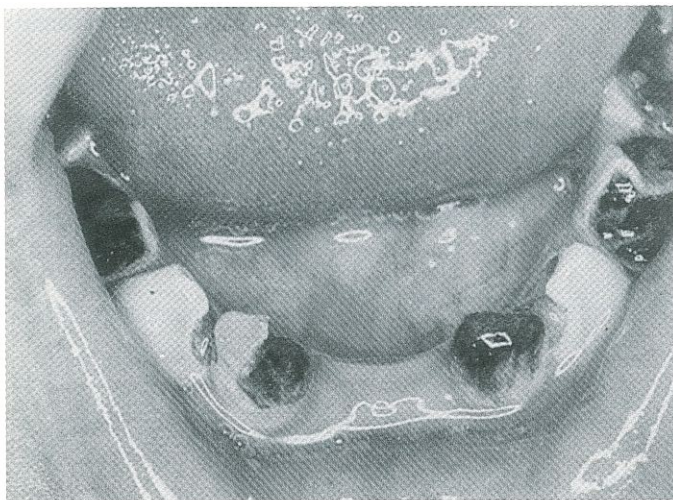


Figura 2.

falta de higiene dental, quemaduras de cigarrillos en otras partes del cuerpo, marcas de mordeduras humanas y de estrangulamiento, abrasiones, erupciones cutáneas poco comunes y visitas reiteradas a urgencias médicas. En muchas ocasiones la demora en la atención médica es debida a que se espera que los signos y síntomas regresen y así sean detectados lo menos posible por el facultativo; en estos casos puede ayudar el conocer la evolución que siguen lesiones frecuentes como los hematomas (Fig. 1), éstos adquieren diversas coloraciones a través del tiempo: inflamado y blanco —cero a dos días—, verde —cinco a siete días—, amarillo —siete a diez días— y marrón claro —dos a cuatro semanas—^(9,23).

Por otra parte, la negligencia dental infantil es un concepto nuevo y el esfuerzo de muchos ha llevado a que empiece a ser considerada en la legislación de maltrato infantil. Así, The American Academy of Pediatric Dentistry propone la definición: “La negligencia dental es el descuido de los padres o cuidadores de buscar tratamiento a una caries no tratada, infección bucal y dolor, o el descuido de no completar el tratamiento una vez que se ha informado de la existencia de alguna de las circunstancias anteriormente mencionadas. Está estrechamente relacionada con la negligencia en la atención médica”^(24,25). El odontólogo debe tener en consideración este nuevo concepto y según algunos autores debe sospechar negligencia dental infantil en aquellos casos de enfermedad bucal e higiene pobre (Fig. 2). También puede ser negligente la caries de biberón, aunque los padres pueden decir que no conciben esta causa, pero si se demoran o no buscan con-

sejo profesional pueden caer en responsabilidad^(6,26). Lisauer indica que el profesional dispone de un factor, que puede ser el único y más importante para reconocer el maltrato y la negligencia infantil, y es el hecho de tener conciencia de ello⁽¹³⁾.

CONCLUSIONES

Existen determinadas lesiones que se acompañan habitualmente de circunstancias que inducen a sospechar acciones de maltrato infantil; reconocerlas y realizar una investigación profunda es obligación del odontólogo, cuando en su ejercicio profesional se encuentre ante ellas y así contribuir a mejorar la situación de la infancia maltratada.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROBERT E, BARSLEY JD. Forensic and legal issues in oral diagnosis. *Dent Clin North Am* 1993; 37: 133-156.
2. KEMPE CH, SILVERMAN FN, STEELE BF et al. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962.
3. PINKHAM JR, CASAMASSIMO PS, LEVY SM. Dentistry and the children of poverty. *J Dent Child* 1988; 55: 17-24.
4. FLÓREZ LOZANO JA. El crecimiento del niño con privación afectiva emocional. *Menores* 1986; 11: 52-78.
5. GREEN FC. Child abuse and neglect pediatric. *Dent Clin North Am* 1975; 22: 329.
6. VADIKAS G, ROBERTS MW, DILLEY D. Child Abuse and Neglect: Ethical and Legal Issues for Dentistry. *J Massachusetts Dent Soc* 1991; 40: 13-15.
7. BECKER DB et al. Child abuse and dentistry; Orofacial trauma and its recognition by dentists. *JADA* 1978; 97: 24-28.
8. DAVIS GR. The dentist's role in child abuse and neglect: Issues, identification and management. *ASCDJ. Dent Child* 1979; 46: 185-192.
9. COYNE J. Detection of child abuse. *Dentistry* 1991 February; 5-9.
10. KNUDSON KG, RICHARDSON DS. Child abuse: how uow can help when your patients are victims. *Dent Stude* 1982; 61: 32-37.
11. KEMMEY J. Documenting and reporting suspected abuse. In: Averill Dc (ed): *Manual of Forensic Odontology*, ed 2. Burlington, VT, American Society of Forensic Odontology; 1991: 190-191.
12. KENNEY J. Child abuse neglect. In: Averill Dc (ed). *Manual of Forensic Odontology*, ed 2. Burlington, VT, American Society of Forensic Odontology; 1991: 176-90.
13. LISSAUER T. *Pediatric emergencies*. New York: Applinton-Crofts; 1982: 247.
14. STIMSON PG. Battered child syndrome. *Tex Dent J* 1984; 101: 651-652.
15. SCHMIDT BD. Physical abuse: Specifics of clinical diagnosis. *Pediatric Dent* 1986; 8: 83-87.
16. SCHWARTZ S, WOOLRIDGE E, STEGE D. Oral manifestations and legal aspects of child abuse. *JADA* 1977; 95: 586-591.
17. MACINTYRE DR, JONES GM, PINCKNEY RC. The role of the den-

- tal practitioner in the management of non-accidental injury to children. *Br Dent J* 1986; 161: 108-110.
18. JOHNSON K. For our children. *GMDA Bull* 1988; 55: 180-81.
 19. SANGER RG, BROSS DC. Clinical management of child abuse and neglect: a guide for the dental profession. Chicago: Quintessence Publishing Co.; 1984: 47.
 20. NEEDLEMAN HL. Orofacial trauma in child abuse: type, prevalence management and dental profession's involvement. *Pediatric Dent* 1986; 8: 71-78.
 21. DONLY KJ. Child Abuse and neglect: a dental perspective. *IOWA Dent J* 1986; 72: 33-36.
 22. STEPHEN A. Detecting and reporting child maltreatment dentists obligations. *General Dentistry* 1994; May-June pp: 218-21.
 23. MCLLWAIN JE. Child abuse. *Flor Dent J* 1985; 56(3): 54-57.
 24. American Academy of Pediatric Dentistry. Newsletter Dec, 1987, pp: 6.
 25. American Academy of Pediatric Dentistry ad hoc Committee on Child Abuse and Neglect. Recommendations approved by the Academy Board of Directors. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry; 1984.
 26. HAMILTON J. Child abuse: the dentist's responsibility. *CDS Rew* 1990; 83: 18-23.

López Trujillo, J.M.: Profesor Asociado de Odontología Infantil y Ortodoncia Integradas, Facultad de Odontología, Universidad de Granada. *Vallejo Bolaños, E.:* Profesora Asociada de Odontología Infantil y Ortodoncia Integradas, Facultad de Odontología, Universidad de Granada. *Palma Gómez de la Casa, M.:* Licenciada en Odontología por la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada.

Correspondencia: Encarnación Vallejo Bolaños. C/ Paseo del Violón. Edificio Príncipe, portal 3, bajo A. 18006 Granada.