



Rev Mex Med Forense, 2020, 5(suppl 3):129-132

ISSN: 2448-8011

Rehabilitación dental en paciente pediátrico con síndrome de Kempe

Artículo Original

Battered child syndrome: Dental rehabilitation in pediatric patient

Ramírez-Salas, Karen Jazmín¹; Montelongo-Ontivero, Laura Ivette²

¹Estudiante de pregrado licenciatura en Estomatología, Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes.

²Odontopediatra, Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinadora del área clínica de Odontopediatría en la Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Corresponding author: Ramírez Salas Karen Jazmin, karenyomi_18@hotmail.com

RESUMEN

El Síndrome de Kempe, asociado al Doctor Henry Kempe quien acuñó el concepto, indicando el espectro de maltrato físico, emocional y/o de negligencia ejercido de manera reiterada por un institución o persona de mayor jerarquía, actualmente es considerado un problema de salud pública según la OMS, el área de odontopediatría es un área que tiene poca implicación en su diagnóstico por lo que es importante el conocimiento de los signos clínicos del maltrato infantil para colaborar con su diagnóstico objetivo y tratamiento.

Palabras Clave Maltrato infantil/ odontopediatría/signos clínicos /diagnostico.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kempe, es una entidad de maltrato infantil donde se incluye el espectro de maltrato físico, emocional y/o negligencia, ejercida de manera reiterada por una persona, institución o sociedad con mayor jerarquía que el menor implicado.¹ Fue descrito en 1946 cuando el Doctor Henry Kempe presentó ante la “American Academy of pediatrics” el concepto de “battered child syndrome”^{1,2,3,4,5,7} presentando el cuadro clínico, datos psicológicos y legales, incluyendo agresiones físicas, emocional, psicológica, sexual y negligencia, concepto que permanece hasta hoy en día.^{1,2,3} Actualmente en México, se tiene una incidencia de un 10% de la población infantil vulnerable al maltrato. Su etiología es multicausal^{2,3} donde interviene factores específicos del agresor, el agredido, el medio ambiente donde se desenvuelven y un factor desencadenante.⁴ Las características clínico- legales³ implicadas para el correcto diagnóstico de Síndrome de Kempe, pueden expresarse, a partir de la presencia de diversos indicadores tanto extra como intraorales^{4, 5}. Extraoralmente encontraremos hematomas, equimosis, fracturas, cicatrices, alopecias traumáticas, desprendimiento del lóbulo auricular entre otras en la valoración de Articulación Temporomandibular, limitación de la apertura, desviación mandibular ante apertura y cierre, desviación de la línea media y dolor articular, podemos encontrar lesiones cutáneas, como; laceraciones, contusiones, equimosis, hematomas hemorragias conjuntivales, cicatrices o marcas de lesiones correspondientes a daño con cuerdas, cigarros, cables etc. Así mismo en los indicadores intraorales podemos determinar la presencia en tejidos blandos de petequias, mordidas, aftas, quemaduras, abrasiones, avulsión del frenillo labial superior. Por su parte en los tejidos duros podemos encontrar fracturas dentoalveolares, fracturas radiculares, cambio de coloración dental, extrusión, avulsión, contusión, a consecuencia de traumatismos dento-alveolares o bien, lesiones por negligencia en la atención como absceso apical agudo sin tratamiento previo, lesiones cariosas extensas y múltiples.^{2, 3, 4, 5, 6}

Aproximadamente del 60-70% de las lesiones generadas en el Síndrome de Kempe son realizadas en cabeza, cara y cuello, a consecuencia de que el agresor considera a estos puntos esenciales debido a que gracias a estos el niño puede comunicarse, comer, llorar y nutrirse, así mismo son las zonas anatómicas más propensas y fácil acceso para el agresor.⁶

OBJETIVOS

Brindar herramientas de apoyo para la detección temprana y oportuna dentro del consultorio dental en pacientes maltratados, Contribuyendo con el diagnostico oportuno a partir de la determinación de signos detectables y alarmantes en los menores que acuden a consulta dental.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 5 años de edad con datos de desnutrición y cuadro de pediculosis severa con sintomatología por caries extensas, acude a la clínica de odontopediatría de la Benemérita Universidad Autónoma de Aguascalientes, donde a la historia clínica los antecedentes heredo familiares son desconocidos ya que refiere una desintegración del núcleo familiar, sufre abandono por parte de la madre por motivos de horario laboral quedando al cuidado de la hermana mayor 11 años de edad, ausencia de figura paterna con antecedente de toxicomanías, en los antecedentes personales no patológicos refiere frecuencia y calidad dietética deficiente aseo personal 1 o 2 veces por semana y refiriendo no realizar aseo bucal previo, datos referidos por la abuela paterna. En la exploración física la paciente se muestra aprehensiva, no cooperadora Frankl II. Evidente falta de aseo personal, evidencia escoriaciones cutáneas, faciales y en extremidades superiores. A la exploración Bucal se observa Mucosas hidratadas y vascularizadas, dentición decidua completa, presencia de biofilm abundante, múltiples lesiones cariosas, presencia de abscesos sintomatología positiva. El manejo estomatológico que se llevó a cabo con la paciente debido a su poca cooperación se utilizaron diferentes técnicas del manejo conductual con el objetivo de lograr una empatía con el paciente y evitar que vea al operador como agresor. En el tratamiento restaurativo de acuerdo con evaluación riesgo, actividad y pronóstico de caries según las guías ICCMS se realizaron restauraciones a base de Tratamientos pulpares varios, colocación de coronas, selladores fosetas y fisuras, extracciones y mantenedor estético y terapia preventiva citas periódicas y colocaciones de barnices. Y con un enfoque interdisciplinario y ante la sospecha posteriormente reiterada de abuso y acción por negligencia ante el descuido ante el cuidado de los tutores se refirió el caso a trabajo social de la Institución, así como al área médica y nutrición.

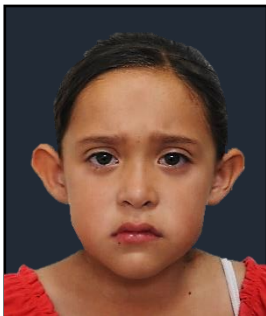


IMAGEN 1.0 FOTOGRAFIA
EXTRAORAL FRONTAL
INICIAL



IMAGEN 1.1 FOTOGRAFIA
INTRAORAL OCLUSAL
SUPERIOR. INICIAL



IMAGEN 1.2 FOTOGRAFIA
INTRAORAL OCLUSAL
SUPERIOR, FINAL

DISCUSIÓN

La sociedad actual vive inmersa en violencia situación que no excluye a la población infantil y que cada día va en aumento, en la actualidad podemos determinar la presencia de maltrato infantil con datos aproximadamente 4 millones de menores en México involucrando cualquiera de las formas en las que se pueda presentar.^{1,3,4, 6} Su diagnóstico oportuno es de suma importancia para el correcto desarrollo del menor^{2,4} involucrando al área de odontopediatría a conocer los indicativos para la detección de esta entidad. La American dental Association determina la obligación ética de reportar cualquier sospecha de maltrato y negligencia infantil.⁶ y por ende la obligación del reconocimiento de los signos de este síndrome anteriormente descrito como en nuestro caso se dio seguimiento debido a las de las citas subsecuentes en la cuales se pudo evaluar la evolución psicológica, física, conductual y familiar donde la menor evolucionó de manera favorable.⁶

REFERENCIAS

1. Arias Y, Reyes A & Pequeño M (2020). *Síndrome del niño maltratado Battered Child Syndrome*. Revista electrónica Dr. Zolio E Marinello Vidaurreta 45(2). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/2062>
2. Nacad, D & Lara O. (2015). Síndrome del niño maltratado, más allá de la violencia física. reporte de casos. *Rev. Cuerpo Méd. HNAAA*, 8(2), 105–108.
3. Castro, D.& Criscuolo E (2014). Síndrome Del Niño Maltratado. *IntraMed Journal*, 3(1),1–12.
4. Felicitas, M., & Delgado, F. (2012). Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. *Rev Hosp Jua Mex*, 79 (1), 43–47. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121h.pdf>
5. Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico- legales Battered child syndrome: forensic aspects. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1–2), 53–63. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=en
6. Martagón L, Belmont F, De la Teja. E. & Téllez. J. (2016). Síndrome de niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. *Revista Odontológica Mexicana*, 20(2), 98–106.
7. Palacios, C., Duran, C., Orozco, L., Saéz, M., & Ruiz, R. (2016). Maltrato infantil en México Child abuse in Mexico. *Dermatol Rev Mex*, 60(4), 326–333.

