

Síndrome del niño maltratado: diagnóstico y manejo odontológico. Reporte de un caso

Diana Pamela Velázquez Rodríguez,* María Angélica Cárdenas Mendoza,**
 Luis Javier Guadarrama Quiroz***

RESUMEN

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos define al síndrome del niño maltratado como «toda aquella forma extrema de amenazas, represión, castigo o humillaciones que infrinjan un sufrimiento físico, psicológico o moral a un ser humano, y más aún si se trata de un menor». En México y gran parte de Latinoamérica, el maltrato infantil va en crecimiento; por esta razón, el personal médico debe saber identificar las principales características físicas que pueden presentar este tipo de pacientes, así como las actitudes del agresor, su manejo clínico y el esquema de denuncias que existen en nuestro país. A través de este caso se expondrá el manejo clínico que se le dio al paciente en cuestión y se darán sugerencias sobre la acción médico-legal que se debe seguir con los pacientes que sufren maltrato infantil. En 1924 se dio la Declaración de Ginebra: Derechos de la infancia, siendo el IX: No al maltrato. A partir de 1980 se reconoce el maltrato infantil como prioridad en la sociedad; este no distingue raza, sexo ni condición social.

Palabras clave: Síndrome del niño maltratado, maltratador, abuso.

INTRODUCCIÓN

Se considera «niño maltratado» a aquel individuo que se encuentra entre el periodo de nacimiento y la pubertad, y es objeto de acciones u omisiones intencionadas (*Cuadro I*).¹

ABSTRACT

The National Commission of Human Rights defines the abused child syndrome as «any extreme form of threats, repression, punishment or humiliation that inflicts physical, psychological or moral suffering on a human being, and even more so if it is a minor». In Mexico and many parts of Latin America, child abuse is growing, which is why medical personnel must know how to identify the physical characteristics of these children, as well as the attitudes of the abuser, its clinical management and the legal options that exist in our country. In this report, we explain the clinical management that was given to our patient and provide suggestions on the legal-medical action that should be taken with patients that suffer child abuse. In 1924, the Declaration of Geneva was born: Children's rights; number IX: No to abuse. Since 1980, child abuse is recognized as a priority in society; it does not distinguish race, sex, or social status.

Key words: Abused child syndrome, abuser, abuse.

El síndrome del niño maltratado es originado por tres elementos fundamentales:² niño agredido - adulto agresor - entorno (situaciones del entorno familiar que conllevan un factor desencadenante del problema).² La forma en la que estos factores interaccionan entre sí se caracteriza por ser dinámica, lo que per-

www.medigraphic.org.mx

* Universidad Autónoma del Estado de México.

** Especialista en Estomatología Pediátrica, adscrita al Centro de Especialidades Odontológicas, Instituto Materno Infantil del Estado de México.

*** Especialista en Estomatología Pediátrica, profesor de tiempo completo de la Especialidad de Odontopediatría en la Universidad Autónoma del Estado de México.

Abreviaturas:

ATM = Articulación temporomandibular.
 DIF = Desarrollo Integral de la Familia.
 OD = Órgano dentario.

Cuadro I. Tipos de maltrato infantil.^{3,2}

<i>Prenatales</i>	<i>Postnatales</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Gestación rechazada • Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos • Enfermedades de transmisión • Abortos 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso físico (lesiones corporales) • Abuso sexual • Abuso emocional (hostilidad verbal o no verbal) • Omisión o negligencia • Abuso económico y social (menores trabajadores) • Niños abandonados

Fuente: Elaboración propia con base en: Gallegos L, Miegimolle M, Plannells P, Manejo de conducta del paciente maltratado, Acta Odontol Venez, 2002; 40 (3): 1-7.

mite que muchos de ellos coincidan en una misma familia y momento.¹

Clasificación del maltrato infantil según Cicchetti y Barnett, 1991^{3,4}

- Abuso físico: lesiones corporales infringidas por los padres o cuidadores a un menor.
- Abuso físico por negligencia: los padres o responsables del niño no satisfacen las necesidades básicas para su desarrollo. Es considerado un tipo de maltrato cuando los padres no se ocupan de la salud bucal de sus hijos, permitiendo el desarrollo de infecciones y la aparición de dolor.
- Abuso emocional o psicológico: hostilidad verbal, insultos, amenazas, menosprecio, sometimiento.
- Abuso sexual: padres o cuidadores que mantienen relaciones sexuales con menores o los explotan sexualmente.
- Abuso económico o social: niños de las alcantarillas, niños guerrilleros, ritos y sectas satánicas, niños objeto de tráfico, adopción ilegal, secuestro o prostitución.
- Maltratos durante el periodo de gestación: cuando la madre descuida la atención médica necesaria para el control del embarazo, cuando ocurren intoxicaciones o intentos de aborto.

Dentro de los factores de riesgo se pueden encontrar:⁵

- Económicos: carencias monetarias, desempleo, subempleo, entre otros.
- Sociales: farmacodependencia, alcoholismo de los padres, abuso sexual en las familias, desintegración familiar, conflictos ocasionados por el nacimiento, hijos no deseados, prostitución, orfandad.
- Biológicos: limitaciones físicas del menor, daños neurológicos, malformaciones, entre otros.
- Emocionales: incapacidad de los padres para enfrentar problemas, inmadurez emocional.⁵

Maltrato infantil en la consulta odontológica

El Código de Bioética Odontológica emitido por la OMS establece que el profesional del área odontológica se compromete a velar por la integridad y preservar la salud de los pacientes, incluida la población infantil.⁶

La violencia física es el tipo más común de maltrato infantil; en el 90% de los casos suelen aparecer lesiones cutáneas como equimosis, hematomas, quemaduras, etcétera, y más de 50% de las lesiones ocurren en el área facial, cabeza, cavidad oral y cuello.⁷ Por lo tanto, el odontólogo es el profesional sanitario que tiene mayor contacto con lesiones en cara y en boca originadas por maltrato y abandono, pero que pasan desapercibidas.⁶

El cirujano dentista tiene un papel vital en la detección y diagnóstico debido a que los padres maltratadores o el abusador evitan la visita a centros médicos para no ser descubiertos; sin embargo, cuando reciben la atención del odontólogo, su aspecto es más relajado debido a que las citas son subsecuentes y son vulnerables a cometer descuidos.⁸

El odontólogo debe efectuar una breve inspección y percatarse de si existe alguna limitante de movimiento; debe observar el área craneofacial y registrar todos los antecedentes, hallazgos y apoyos de diagnóstico en la historia clínica sin exponer al menor.⁹

Entre las principales señales de alerta con respecto a las lesiones se encuentran:¹⁰

- Las explicaciones de las lesiones deben ser coherentes, sin pensar tanto la respuesta, y deben ser las mismas las veces que se cuestione.
- Los datos emitidos por el paciente y por los responsables deben coincidir.

En el niño se pueden observar diferentes aspectos:^{1,8,9}

Aspecto físico: presenta carencias de cuidados, muestra evidencia de ataduras, contusiones, equi-

mosis, fracturas, signos de intoxicación o envenenamiento, así como traumatismo craneal o daño visceral y huellas de los objetos agresores.^{3,10,11}

En maltrato crónico, pueden coexistir cicatrices y deformidades.¹⁰

Las lesiones en cabeza, cara, labio superior y frenillo labial se consideran hallazgos clínicos de los infantes gravemente maltratados; en estos casos, se debe realizar un examen físico completo, resaltando el área que corresponde, dividiéndola en las siguientes secciones:^{3,4}

- Lesiones faciales: lesiones en el cráneo, zonas de alopecia traumática, equimosis periorbitaria, hemorragia de la esclerótica, coágulos sanguíneos en la nariz o *septum* nasal, lesiones en las mejillas o zonas laterales de la cabeza.
- Lesiones en labios, paladar y mucosas: contusión, quemaduras por comidas muy calientes, cicatrices en el ángulo de los labios causadas por amordazamiento y lesiones en piso de boca ocasionadas por alimentación forzada.
- Lesión de lengua: abrasión total o parcial.
- Lesión en frenillos: desgarramiento en los frenillos labiales causado por golpes o por sexo oral forzado.
- Trauma dentoalveolar: fracturas o luxaciones, lesiones dentales antiguas y fracturas consolidadas no documentadas.
- Caries dental: caries múltiple sin tratamiento, lesiones avanzadas, fístula, patología pulpar y abscesos.
- Apretamiento dental: causado por estrés.
- Articulación temporomandibular: luxación o subluxación por golpes.^{3,4}
- Fracturas óseas: recientes y antiguas en diferentes estadios de consolidación.¹²
- Lesiones por quemadura: causadas por elementos químicos líquidos o sólidos, provocan enrojecimiento y ulceración de la mucosa; ocasionadas por alimentos, elementos de cocina, planchas eléctricas: se encuentran en una sola parte del cuerpo, con bordes bien definidos; por lo general, tienen la forma del objeto que se empleó.⁷
- Huellas de mordedura: equimosis, patrón elíptico ovoide o circular, ruptura de vasos pequeños; las marcas características son de incisivos superiores; pueden ser en mejillas, brazos y piernas.⁶

Aspecto emocional: el niño es anormalmente temeroso al contacto o acercamientos físicos, temor exagerado a un adulto, es caprichoso, irritable y gruñón; puede presentar gestos de defensa al intentar aproximarse a él; el llanto puede ser débil, pero sin habla; cursa con lapsos de depresión, bajas calificaciones escolares, timidez exagerada, intentos de autogredirse.¹³

Abandono: hay descuido en la alimentación, una higiene personal deficiente; existe mayor frecuencia de accidentes domésticos.¹⁰

Características del abusador

A menudo, uno de los padres es castigador activo, presenta un carácter irascible o violento, mientras que el otro aprueba el maltrato de forma pasiva; poca autoestima, competencia y desgano.¹

Se pueden observar respuestas inadecuadas a la seriedad del estado del niño, como evitar hablar o tocar al niño y buscar tratamiento mucho después de que hayan ocurrido las lesiones, así como apariencia de confusión o turbación cuando se discute acerca del traumatismo del niño.^{1,8}

Maltrato infantil en México

En México, datos del INEGI muestran que una tercera parte de los hogares mexicanos padece violencia. La mayoría de los miembros del hogar sufren violencia emocional, 34%; intimidación, 5.4%; violencia física, 3.9%, y sexual, 0.5%.¹⁴

Ante el diagnóstico de un niño o niña maltratados se recomienda que el odontólogo particular o institucional llene un traumagrama, así como la notificación de presunción de maltrato infanto-juvenil; deberá recurrir a por lo menos uno de los esquemas institucionales creados para la notificación de los casos de maltrato: uno de los más tradicionales es el del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (*Figura 1*).^{9,10,14}

Actualmente, las denuncias se realizan en persona en los domicilios correspondientes del DIF o de forma anónima por vía telefónica.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de cuatro años de edad que al interrogatorio se presentó con signos característicos del síndrome del niño maltratado, con antecedentes patológicos de gastroenteritis y múltiples intervenciones quirúrgicas para la realización de injertos de piel en ambas manos; se desconocen sus antecedentes heredofamiliares y neonatales debido a que es residente del orfanato del DIF, al que ingresó por maltrato infantil; la historia clínica fue obtenida a través de la trabajadora social.

A la exploración, la paciente se observó con un peso de 12.5 kg y estatura de 95 cm, encontrándose en el percentil 3.6 de talla y en el 4.5 de peso (según se determinó por la aplicación que ofrece la OMS en su sitio web), inferior a la mayoría de los niños de su edad.¹⁵ Se encontraron cicatrices de quemaduras de segundo grado localizadas en la región palmar de ambas manos, con bordes bien definidos (*Figura 2*). La niña se presentó con una actitud temerosa ante el adulto e introvertida, mostrando una conducta tipo 2 de acuerdo a la clasificación de Frankel.

A la exploración bucal, se pudo ver dentición temporal completa, con presencia de lesiones cariosas en esmalte y dentina en la mayoría de los órganos

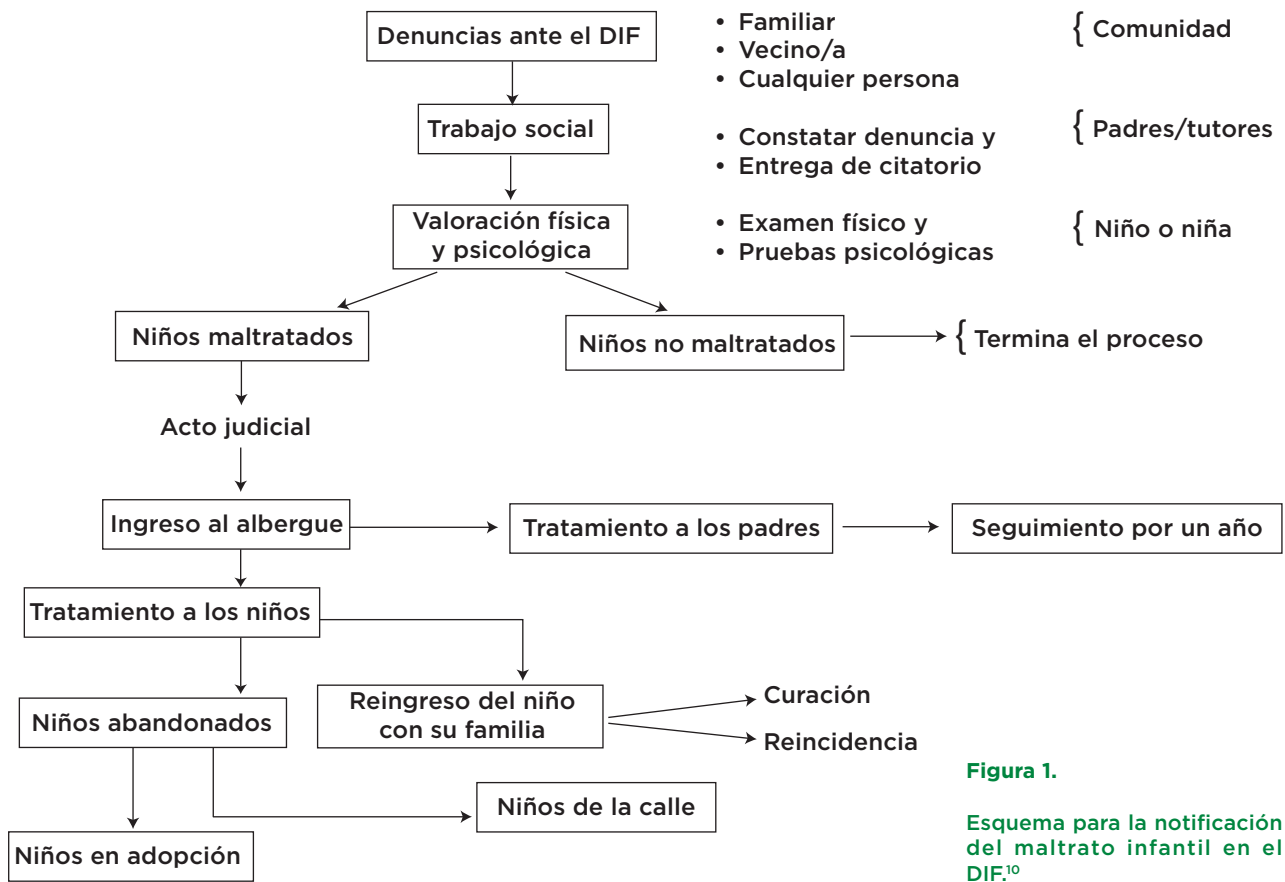


Figura 1. Esquema para la notificación del maltrato infantil en el DIF.¹⁰

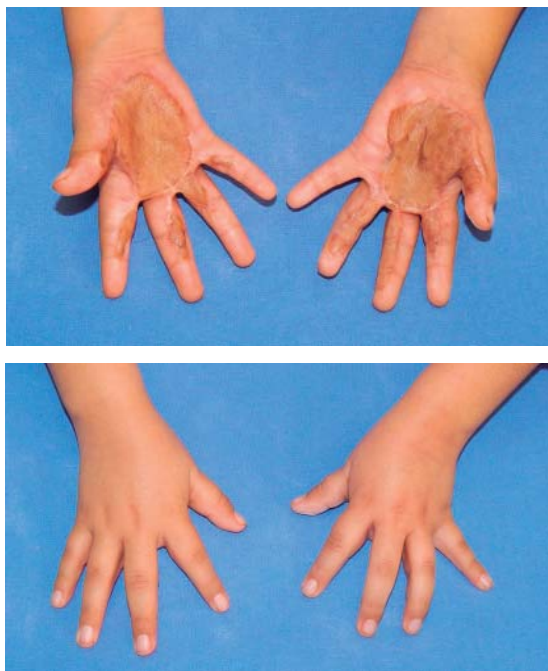


Figura 2. Cara dorsal y palmar de ambas manos, mostrando las cicatrices de las quemaduras.

dentarios y lesiones de esmalte, dentina y pulpa en órganos dentarios aislados (*Figura 3*); fusión de los órganos dentarios 82-83. Los datos nos podrían referir que la paciente sufrió también de un abandono en su salud bucal. Se observó también que la paciente presentaba facetas de desgaste de los dientes, las cuales pudieran haber sido causadas por bruxismo debido al estrés en su entorno social y familiar.

Plan de tratamiento y manejo de conducta

La paciente fue rehabilitada en seis sesiones de aproximadamente 50 minutos cada una, donde los tratamientos que se realizaron fueron terapias pulpaes, colocación de coronas y restauraciones con resina.

Cita 1: la niña ingresó con actitud temerosa e introvertida; se utilizó la técnica decir-mostrar-hacer;¹⁶ se realizó sólo la técnica de cepillado y se dio una introducción a los instrumentos dentales y ruidos propios de la operatoria dental (eyector, piezas de alta y baja velocidad).

Citas 2-6: se realizaron los tratamientos operatorios siguiendo la misma técnica e iniciando con los más complejos y de mayor importancia para la salud de la paciente; durante la consulta se utilizó modulación de voz y todo el tiempo se procuró tener



Figura 3. Dentición temporal, vista antes del tratamiento con arcada superior e inferior, caries de segundo grado en esmalte y dentina.



Figura 4. Restauración bucal integral.

contacto visual con la niña para reafirmar el nivel de confianza entre paciente-operador. Es importante destacar que en estos pacientes está totalmente prohibida la restricción física; el llanto fue compensatorio y la conducta en todas las consultas fue de Frankel 2 a Frankel 3.

Durante las consultas se realizaba un refuerzo positivo de la paciente y recompensa de la actitud con artículos infantiles como globos o estampas. De esta forma se pudo realizar un tratamiento óptimo e integral (Figuras 4 y 5).

Se llevan citas de control semestrales para revisar las restauraciones, higiene y aplicaciones de flúor.

DISCUSIÓN

A pesar del incremento considerable en este síndrome, aún no se cuenta con las herramientas para detectar y dar un diagnóstico oportuno, así como para denunciar ante las instituciones debidas los casos de maltrato infantil. Así, se dejan pasar desapercibidas las señales de alarma, lo que ocasiona no sólo un incremento en este mal, sino que le resta importancia y contribuye a que las nuevas generaciones de profesionistas ignoren la situación.

Este problema no sólo afecta el área de la salud, sino que provoca que la sociedad no esté consciente de estos hechos y no presione para que se haga efectivo el cumplimiento de las leyes que defienden los Derechos Universales de los Niños. Éstos fueron aprobados el 20 de noviembre de 1959; entre los principales se establece que «todos los niños tienen el derecho a tener un hogar donde puedan vivir con comprensión, tolerancia, amistad, amor y protección; derecho a la vida en familia, crecer bajo la responsabilidad de sus padres y en un ambiente de afecto y seguridad moral y material; derecho a ser tratados por igual y recibir cuidados especiales, así como a la alimentación y acceso a la salud (comprendiendo que es el bienestar físico, mental y social)». Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos.



Figura 5. Vista frontal, antes y después de la rehabilitación.

Es también sabido que la única pena en contra del maltrato infantil en México es una multa de hasta 500 días de salario mínimo, y en caso de reincidencia, arresto administrativo hasta por 36 horas (artículos 52 y 53).⁷ Es decir, el maltratador tiene una pena mínima en comparación con el daño que causa.

De esta forma, nos damos cuenta de que la posición del odontólogo o cualquier personal del área de la salud traspasa sus propias fronteras, y que al saber diagnosticar, tratar y denunciar se contribuirá a un bien no sólo médico y psicológico, sino social.

CONCLUSIÓN

Es importante crear conciencia de la importancia del papel del personal médico y odontológico en esta situación y hacer que nuestros actos sirvan no sólo para beneficiar la salud física del paciente, sino también para que nuestros pacientes infantiles tengan una mejor calidad de vida y un ambiente sano en el cual crecer, evitando al máximo que caigan en un caso como el mencionado anteriormente.

Es imprescindible rescatar el papel del odontólogo para diagnosticar, tratar y denunciar la existencia o no del maltrato infantil; de la misma forma, es importante que el personal médico no se vea amenazado por los tutores y sepa que es una pieza clave para terminar con el maltrato al paciente y, de esta forma, ayudar a solucionar un problema que va en crecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medrano GG, Perona MPG, Maltrato infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos? *Odontol Pediatr*, 2010; 9 (1): 78-94.
2. Gallegos L, Miegimolle M, Planells P. Manejo de la conducta del paciente maltratado, *Acta Odontol Venez*, 2002; 40 (3): 1-7. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/manejo_conducta_paciente_maltratado.a.sp.
3. Ramos BR, Díaz GR, Toledo CG, Turrent DG, Juárez HM, *Manual para la detección temprana del abuso físico desde el nacimiento hasta los 12 años para el primer nivel de atención en México*, CENETEC, Secretaría de Salud; 2011.
4. Soria GE, Perera LR, Odontología forense como ciencia auxiliar en maltrato infantil en México, *Odont Act*, 2013; 10 (117): 26-32.
5. González BR. La prevención del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco años de edad, *Acta Pediatr Costarric*, [Internet]. 2001 [Citado el 01 de mayo de 2018]; 15 (3): 106-113. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902001000300003&lng=en.
6. Mojarro IM, *Guía para el diagnóstico presuntivo del maltrato infanto-juvenil*, México, DF: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2006.
7. Díaz TL, Martínez LA, Valdespino ZC, Leyva MY, Lesiones bucodentales del maltrato infantil en odontología forense, *Revista Electrónica de Investigación del CICSUST*, 2014; 1 (8): 1-7. Disponible en: <http://studyres.es/doc/3465817/lesiones-bucodentales-del-maltrato-infantil-en-odontologi...?page=1>
8. Morales CC, Rol del odontopediatra en el diagnóstico de maltrato infantil, *Acta Odontol Venez*, 2009; 47 (3): Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art-25/>
9. Castro DC, Criscuolo E, Síndrome del niño maltratado. Universidad de Los Andes, Laboratorio de investigación en Cirugía Ortopédica y Traumatología, IAHULA, Mérida, Venezuela, *IntraMed Journal*, 2013; 3 (1): 1-12. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/358832802/Sx-Del-Nino-Maltratado>
10. Morante SC, Kanashiro-Irakawa CA, El odontólogo frente al maltrato infantil, *Rev Estomatol Herediana*, 2009; 19 (1): 50-54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539351009>
11. Guerrero-Cazares MF, Delgado-Guerrero F, Clasificación actual del síndrome del niño maltratado, *Rev Hosp Jua Mex*, 2012; 79 (1): 43-47.
12. Moreno PS, *Algunas consideraciones sobre el maltrato infantil en México*. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, LXII Legislatura, Documento de Trabajo, 2013; (146): 1-44.
13. Oliván GG, Indicadores de maltrato infantil, *Guías Clínicas*, 2002; 2 (44): 1-13. Disponible en: http://files.sld.cu/preveni/files/2015/08/9_bb9_indicadores_del_mi.pdf
14. Herrera BE, Indicadores para la detección de maltrato en niños, *Salud Pública de México*, 1999; 41 (5): 420-425.
15. OMS, *Percentiles infantiles*, Disponible en: http://www.percentilesinfantiles.es/#grafica_longitud
16. Antunes TB, Guinot JF, Bellet DI, Técnicas de modificación de la conducta en odontopediatría. revisión bibliográfica, *Rev Odontol Pediatr (Madrid)*, 2008; 16 (2): 108-120.

Correspondencia:
PCD Diana Pamela Velázquez Rodríguez
 E-mail: libelula_310@hotmail.com