



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

INDICADORES OROFACIALES EN EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA :

C.D. MARÍA ANTONIETA MONTER GARCÍA

PARA OBTENER EL

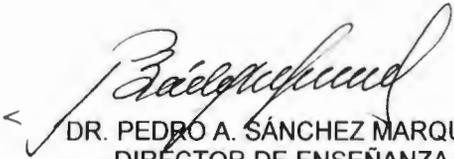
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

TUTORES:

**DR. ANGEL ESCUDERO CASTRO
DR. ARTURO LOREDO ABDALÁ
DR. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES**

MÉXICO D.F., 2003

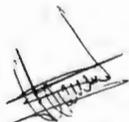
INDICADORES OROFACIALES EN EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO



DR. PEDRO A. SÁNCHEZ MARQUEZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA



DR. LUIS HESHIKI NAKANDAKARI
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE
Y POSGRADO



DR. ANGEL ESCUDERO CASTRO
ADSCRITO AL SERVICIO DE
ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
TUTOR



DR. ARTURO LOREDO ABDALÁ
COORDINADOR DE LA CLÍNICA DE
ATENCIÓN AL NIÑO MALTRATADO
COTUTOR



DR. EDUARDO DE LA TEJA ANGELES
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
EN ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

AGRADECIMIENTOS

A través de estos años transcurridos en el Instituto Nacional de Pediatría conocí a personas llenas de entusiasmo, conocimiento y cariño hacia los niños, por lo que en esta ocasión me permito dar el mas amplio reconocimiento al Dr. Arturo Loredó Abdalá ya que gracias a sus conocimientos, visión y alto espíritu emprendedor, fue posible efectuar esta innovadora investigación en el área de la Estomatología Pediátrica. Gracias por su liderazgo, tiempo y paciencia para lograr el desarrollo de este tema que nos preocupa, ocupa y aqueja a la humanidad entera.

Al Dr. Ángel Escudero Castro por el impulso, proyección y tutoría en las diferentes etapas de este trabajo, así como el haber propiciado la exposición de este trabajo de investigación en importantes foros del área Médica y por compartir su experiencia profesional para mi formación como Estomatólogo Pediatra.

De manera especial al Dr. Eduardo de la Teja Ángeles, por su compromiso, disposición incondicional, consejos y sugerencias certeras para esta investigación y desde luego por su influencia en el desarrollo de las habilidades, destrezas y conocimientos necesarios en nuestra especialidad.

Dra. María Antonieta Monter García

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este trabajo es señalar los indicadores de cráneo, cara y cavidad oral que se presentan con mayor frecuencia en el Síndrome del Niño Maltratado (SNM), así como alertar y sensibilizar a la comunidad odontopediátrica por ser en un momento dado, el primer contacto con estos pacientes.

Material y Métodos. El estudio se efectuó en el Instituto Nacional de Pediatría, en el servicio de Estomatología Pediátrica. Fue prospectivo, transversal, clínico, observacional. La muestra consistió de 52 pacientes, desde recién nacidos hasta 18 años durante el año de 2002. Los pacientes fueron remitidos de CAINM-INP-UNAM al Servicio de Estomatología con la sospecha o el diagnóstico de maltrato infantil, en cualquiera de sus modalidades.

Resultados: de 52 pacientes se encontró un poco más de la mitad (27 pacientes, 54%) que sufrieron agresiones en cabeza, cara y boca,, con mayor frecuencia en grupos de edad de un mes a un año y de 6 a 12 años de edad

Conclusiones: En los niños que han sufrido maltrato físico en cráneo, cara y cuello es indispensable buscar la existencia de lesiones intra y extra orales.

Palabras clave: Maltrato infantil, indicadores orofaciales, México

INDICADORES OROFACIALES EN EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Monter García María Antonieta *, Loredó Abdalá Arturo **, Escudero Castro Ángel *** , De la Teja Angeles Eduardo****

** Residente de la Especialidad en Estomatología Pediátrica, ** Coordinador de la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado- Instituto Nacional de Pediatría-UNAM (CAINM-INP-UNAM), *** Adscrito al Servicio de Estomatología, ****. Jefe del Servicio de Estomatología. Instituto Nacional de Pediatría (INP).*

ANTECEDENTES

La historia del maltrato a los menores ocurre desde que el ser humano se encuentra en la faz de la tierra. Por lo tanto debe entenderse y aceptarse que éste es un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma y no una característica peculiar de la sociedad moderna. El abuso y el abandono intencional y premeditado de los niños por parte de familiares, tutores, amigos o cualquier adulto representa un acto inhumano.⁽¹⁾ Para comprender que las formas del mismo han sucedido de diversas maneras a lo largo de la historia, se presenta a continuación una semblanza de los hechos que fundamentan estas afirmaciones⁽¹⁾.

HISTORIA ANTIGUA

El maltrato al menor, por desgracia no es un fenómeno nuevo, este se ha manifestado desde tiempos remotos, fundamentalmente en las épocas de esplendor de Grecia, Roma donde el padre tenía el poder sobre la vida o la muerte de los hijos y podía manciparlos a un tercero y abandonarlos sin que por ello sufriera castigo alguno. En Esparta e India el infanticidio era un medio para deshacerse de los niños con defectos físicos ya que se les consideraba instrumentos del diablo y por ello eran destrozados.⁽¹⁻⁶⁾

REVOLUCION INDUSTRIAL

En el siglo XIX, los niños generalmente eran tratados como "adultos pequeños" y generalmente eran una fuente de trabajo barata a los cuales se les imponían castigos por la menor violación a las reglas que se ostentaban en aquella época tanto en el hogar, la escuela y la vida diaria.

Es bien sabido que en esta época los niños fueron víctimas del trabajo en las fabricas, en las cuales trabajaban hasta 16 horas, representando un acto inhumano aun para un adulto., a pesar de que se estaban creando asociaciones en beneficio y cuidado de los niños, la mortalidad y el abandono de los niños no tenía los resultados deseados. (6,7)

1860 Ambroise Tardieu escribe el primer artículo que claramente presenta el problema, aunque no lo identifica como tal. Describe lesiones encontradas en 32 niños, 19 de los cuales murieron quemados o por asfixia.

1874 " Caso Mary Ellen" era una pequeña que vivía con sus padres en Nueva York y recibía constantes golpes y maltratos al grado que los vecinos decidieron presentar el caso ente los tribunales. No se llevo a cabo ninguna acción penal, dado que el abusar de los niños, en aquellos tiempos no se consideraba un acto delictuoso, frustrados por el primer intento ,las gentes que rodeaban a la niña optaron por volverle a presentar en la corte, pero esta ocasión avalados por la Sociedad Protectora de animales. Como técnicamente Mary Ellen pertenecía a esta escala zoológica, sus argumentos se consideraron válidos y los agresores recibieron su castigo.

1883 Inglaterra: Médicos ingleses fundaron la primera sociedad de prevención de niños en Liverpool.

1946. Caffey publicó los hallazgos de fracturas múltiples y hematoma subdural en 6 niños, se considera que inicia la descripción de lo que actualmente es el Síndrome del Niño maltratado (SNM) sin llegar a definirlo como tal .

1953 Silverman describió lo que llamó "traumatismos esqueléticos no reconocidos" y sugirió que muy probablemente los padres eran los culpables de tales hechos.

1959 Silverman y Kempe, escriben " the problem of parental criminal neglect , and severe physical abuse of children" donde mencionan la necesidad de reconocer la existencia de tal abuso y la urgencia determinar el problema, ya que establecen claramente la relación entre la existencia de diversas fracturas hijo hematoma subdural. Lo mas importante fue descubrir que las lesiones habían sido causadas por alguno de los padres o algún adulto que cuidaba al menor.

En 1962: Kempe acuña el termino de Síndrome del Niño maltratado, es espectro de este síndrome se amplió cuando Fontana señaló que también es factible observar en estos niños una serie de alteraciones emocionales, carencia nutricional, negligencia en su atención general, etc. Por falta de atención del adulto. (1)

HISTORIA DEL PROBLEMA EN MÉXICO

Para tal fin es necesario establecer desde cuando existen este problema en México y como ha sido su evolución hasta la actualidad. Evidentemente para ello resulta necesario analizar dos épocas por separado, a saber, la pre y la post Colombina. (7)

HISTORIA PRECOLOMBINA

Sabemos que en la diversas etnias prehispánicas se sacrificaban niños y adolescentes de ambos sexos, el objetivo no era el maltrato mas bien se deseaba agradar o agradecer a una deidad para que la comunidad obtuviera un beneficio colectivo, por otro lado existe evidencia de que a los dioses se les llevaban ofrendas para asegurar la protección de los hijos. Ello explica que los individuos destinados a ser sacrificados acudieran convencidos a su infausto destino, bajo la creencia que el sacrificio sería causa de felicidad para la víctima y sus parientes. Es de hacer notar que en el siglo XV en ningún país del mundo existía una preocupación porque todos los niños recibieran alimentación, salud física, y educación de acuerdo con su edad y sexo.

La revisión de Espinosa y de León ⁽⁸⁾ y la sección redactada por Padrón-Puyou y col., en el recién aparecido libro "Historia de pediatría en México ⁽⁹⁾ permite a algunos conocer y a otros recordar, que entre los aztecas no había niños desposeídos a pesar de que un buen número de ellos quedaban huérfanos debido a la elevada mortandad de progenitores varones, en virtud a sus actividad guerrera. Las damas ricas y/o de la nobleza se encargaban de ellos para la satisfacción de sus necesidades, y en caso de disolución del matrimonio los niños quedaban al cuidado de la madre, y si eran mayores, se le daba derecho a escoger a quien quería seguir, o finalmente, las niñas quedaban con la madre y los varones con el padre.

El juego, como aspecto muy importante de la salud del niño, también fue motivo de observación y cuidado, favoreciendo, entre otros, las actividades de grupo. De esta manera, las culturas prehispánicas de Meso América establecieron en claro

concepto sobre el valor de la niñez como el futuro de la humanidad, y por ello velaban celosamente, dentro de los patrones de la cultura, por su bienestar físico, social y mental antes, y después de nacer e inclusive hasta después de su muerte. Por lo anterior se puede concluir que en términos generales, si bien existió el menor huérfano o abandonado, esta situación nunca fue un problema social, como existe actualmente. (7)

EPOCA POSCOLOMBINA

Los niños mendigos y abandonados aparecen en estas tierras después de la conquista, cuando en realidad no existe un grupo humano que atienda todas las necesidades de los huérfanos o de los menores desamparados. Ello da pauta a la imposición de los conceptos de caridad que imperaban en Europa, caracterizado por el gran temor a la vida y a la muerte, que chocaba con el sentir de los indígenas ante estos conceptos. Diversas acciones protectoras se desarrollaron a favor de la niñez durante al Colonia, La Independencia, La Revolución y hasta nuestros días. Sin embargo este accionar nunca estuvo encaminado a proteger o evitar diversas formas de maltrato contra los niños, tal y como se conoce actualmente(7)

En México se identifica el problema de maltrato a los niños como el Síndrome del Niño Maltratado (SNM) y se cree pertinente concebir esta situación en función del quehacer de los profesionales de la salud y afines que más han influido en su entendimiento y atención. Cronológicamente destacan las publicaciones de los médicos del hospital de Pediatría del IMSS, así como los trabajos de Riojas-Dávila

y Manzano-Sierra ⁽¹⁰⁾, Aguilar-Sánchez y col.⁽¹¹⁾, Fonserrada-Moreno⁽¹²⁾ que abarca desde la década de los años 70' hasta la actual. El Hospital Infantil de México, Federico Gómez con la publicación de Espinosa-Morett y col, ⁽¹³⁾ posteriormente el libro de Marcovich-Kuba, ⁽¹⁴⁾ y por supuesto, otros médicos del Distrito Federal y otras entidades federativas de México, así como diversos profesionales del país, han dado a la luz publicaciones en diferentes momentos de los últimos 30 años. Todo ello en conjunto, ha permitido establecer un frente común contra el flagelo médico –social de la humanidad. A los esfuerzos anteriores se le debe agregar las publicaciones de artículos en periódicos de divulgación popular, el incontable número de conferencias en reuniones académicas, a la participación en programas de radio y televisión, llevadas a cabo por un buen número de profesionales.⁽⁷⁾

A partir de 1984 se ha continuado el estudio de forma multidisciplinaria de este problema que se inicio en el servicio de Medicina Interna del INP. Actualmente la CAINM-INP-UNAM coordinada por Loredó Abdalá y cols. cabe mencionar que es la clínica mas completa que interactúa en forma integral con la participación de todos los especialistas en el área de la pediatría. Las acciones fundamentales que en el seno de dicho grupo se efectúan giran alrededor de la investigación, la docencia y evidentemente la asistencia de los pacientes que son atendidos por diversas razones en el Instituto Nacional de Pediatría (INP).

De esta manera, dicho grupo ha publicado su experiencia en artículos de divulgación científica pediátrica, en libros especializados y en libros de pediatría donde se toca el tema de la violencia contra los niños y los adolescentes así como en la organización de eventos académicos, nacionales e internacionales que han

permitido la divulgación de conocimiento generados tanto en CAINM-INP-UNAM como por otros grupos de trabajo nacionales y extranjeros. En el ámbito de la docencia en CAINM-INP-UNAM, destaca que desde 2000 se implementó el Curso de Pos grado "Atención integral del niño maltratado" dependiente de la UNAM y la SSA.

El aspecto asistencial ha generado la realización de una definición que agrupe todos y cada uno de los elementos que participan en este tópico (15), un algoritmo de atención integral para los niños víctimas de cualquier tipo de maltrato (16), los indicadores para establecer cuando un niño lesionado ha sido agredido intencionalmente o ha sido la víctima de un accidente (17,18), con cuales entidades nosológicas debe realizarse un diagnóstico diferencial (18,19) consideraciones éticas sobre su atención (20), aspectos físicos, emocionales y sociales que rodean a estos pacientes tanto en maltrato físico, sexual y privación (21, 22,23,24) la ruta de abordaje que se debe seguir (25), las consideraciones clínicas que se deben tener con los tipos de maltrato menos conocidos tales como abuso fetal (26), Síndrome de Münchhausen(27,28) Síndrome del niño sacudido (29,30) maltrato étnico(31,32) y ritualismo satánico (33) así como el desarrollo de centros de atención para los niños maltratados (34)

HISTORIA BUCODENTAL NACIONAL Y EXTRANJERO

En el ámbito nacional desafortunadamente la descripción de las lesiones encontradas en la cavidad oral son descritas por médicos de diferentes áreas no especializadas en la materia, por lo que la descripción es imprecisa y con sesgos,

por lo que no existe datos como los descritos por la literatura internacional la cual reporta el 60 a 65% alguna manifestación orofacial. (2-5, 35-44)

En 1946, Caffey⁽⁴⁾ en su artículo clásico de maltrato infantil, describió a 6 infantes que tuvieron hematoma subdural y múltiples fracturas de huesos largos; de estos 6 casos, tres presentaron traumatismos orofaciales, uno de ellos presentó inflamación y sangrado de las encías y en los otros dos exhibieron abrasiones en la cara.

Cameron^(4,5) y col, en el año de 1966 reportaron que de 29 niños estudiados, la mitad presentaba abrasiones en cabeza, cara y cuello, la prevalencia y localización fueron las siguientes: cuero cabelludo 79%, cuello 59%, frente 52%, mejillas 49%, mandíbula 48% y 45% en labio superior.

En 1967 Skinner y Castle publicaron que de 78 niños maltratados 34 presentaron traumatismos en cara y boca, incluyendo abrasiones, laceraciones, mordeduras, quemaduras y fracturas. En el mismo año se tiene la primera evidencia de que un Odontólogo reporta un caso de maltrato infantil.

Baetz en 1977⁽⁴⁾ examinó 58 casos, de los cuales el 43% sufrieron de traumatismos en cabeza ocasionando hematomas, laceraciones, inflamación y fracturas craneales.

En 1978 Becker y col. reportaron que de 260 casos revisados, el 49% de los cuales presentaban traumatismos faciales y / o intraorales (3,4,43)

Malcez en 1979 describió 25 casos y encontró que el 32% presentaron fracturas dentales, 14% laceraciones orales, 11% fracturas de maxilar o mandíbula y 5% quemaduras orales.

Fonseca en 1992 enuncio 1248 casos con 75.5% de traumatismos en el área que nos ocupa, ⁽⁴³⁾ Jessee en 1995 reportó 266 casos de los cuales el 66.9% presentaron traumatismos en cabeza, cara y boca ⁽⁴⁴⁾ y finalmente Murfhy en 1998, describió un 50% de traumatismos en cara, además menciona que las fracturas faciales, que aunque no muy comunes, están presentes en un 45 % en nariz, 32% en mandíbula y 20.5 % en el complejo cigomático maxilar y orbitas. ⁽⁴³⁾ Se ha reportado que los niños con cualquier tipo de discapacidad son maltratados de 4 a 10 veces mas que los que no tienen este problema. ³⁶⁾

Respecto a México la Dirección General de Epidemiología de 1998, encontró altos porcentajes de lesiones en el área que nos ocupa. ⁽¹⁸⁾

Constituye responsabilidad ética, moral e incluso legal ineludible de todos los médicos que atienden niños como pediatras, ortopedistas, cirujanos, dentistas, etc., sospechar, diagnosticar y tratar a todo menor que ha sido víctima de maltrato. También se debe ayudar a los familiares de cada paciente para tratar de resolver este problema sin que se ocasione la ruptura del núcleo familiar.

Considerando que los niños víctimas de este problema también sufren agresión bucodental es indispensable que dentistas de práctica general y en particular los odontopediatras estén al tanto de las características de este síndrome, en virtud de que la literatura especializada reporta muy poca información en el ámbito nacional.

De esta manera, el odontopediatra se encuentra en la posibilidad de establecer el tipo de lesiones que estos niños pueden tener en cavidad oral y por ende, comunicar a la comunidad de la especialidad sobre el espectro clínico de esta entidad nosológica y con ello estudiar integralmente cada paciente.

El objetivo de este trabajo es señalar los indicadores de cráneo, cara y cavidad oral que se presentan con mayor frecuencia en el SNM, así como alertar y sensibilizar a la comunidad odontopediátrica por ser en un momento dado, el primer contacto con estos pacientes.

DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL

Las diferentes disciplinas que se encargan de este problema médico-social han establecido definiciones de acuerdo a cada interés en particular, tanto en el ámbito nacional señaladas por Marcovich, Montiel, Osorio , Materola y Loredó-Abdalá así como en el ámbito internacional iniciando con la de Kempe y organizaciones mundiales tales como al ONU, UNICEF, Centro Internacional de la Infancia de París ,El Instituto Nacional del Niño y la Familia, The Children Hospital de Columbus-Ohio, el código civil Español, entre otras. En este contexto se han expresado conceptos desde el punto de vista político, social, jurídico y médico, siendo la mayoría de ellos parcialmente útiles en virtud de que no se consideran todas las características de este fenómeno. El grupo multidisciplinario que labora en CAINM-INP-UNAM estableció una definición que cubre ocho aspectos básicos inmersos en esta entidad ⁽¹⁵⁾

DEFINICIÓN DE CAINM-INP-UNAM

“Toda agresión u omisión intencional dentro o fuera del hogar contra un menor (es) antes o después de nacer y que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función a su superioridad física y/o intelectual”⁽¹⁵⁾

Esta definición permite y los estomatólogos pediatras considerando que el paciente se debe de ver de manera integral, teniendo en cuenta que el aparato estomatognático por si mismo, es olvidado frecuentemente durante la exploración física por lo que se requiere que un especialista para realizar una adecuada y profunda inspección para identificar manifestaciones orofaciales en el SNM y ser parte de una labor multi e interdisciplinario.

La literatura internacional reporta aisladamente el problema a nivel estomatológico(2-4, 36- 44), y no como la resultante del trabajo de un grupo o clínica de atención integral al niño maltratado.

Afortunadamente en CAINM-INP-UNAM se cuenta con el compromiso de un equipo de estomatólogos pediatras para establecer un diagnóstico temprano, la derivación oportuna, el tratamiento, el control y el seguimiento del niño maltratado con o sin lesiones en la cavidad buco dental.

La Estomatología es una de las áreas médicas que menos participación ha tenido en el problema de los niños maltratados Esto podría deberse a la falta de interés sobre el tema o por falta de conocimiento hacia el mismo (2,3), sin embargo, existe un compromiso médico, ético y legal que nos alerta para no ignorar ni pasar por desapercibido nuestra responsabilidad y enfocarnos al correcto tratamiento de este problema. (4) El Estomatólogo Pediatra (EP) se encuentra en una excelente posición, para diagnosticar un caso al participar en el primer contacto con los niños maltratados (2,6,35-44) de esta manera puede sospechar la entidad nosológica, y realizar un tratamiento estomatológico operativo y conductual adecuado conformado un trabajo multi e interdisciplinario para la rehabilitación integral del niño.

La Asociación Dental Americana publicó desde 1999 la obligación ética de los odontólogos para reportar cualquier sospecha de maltrato o negligencia contra los niños y ello los obliga a reconocer los signos y síntomas clínicos de esta entidad nosológica. (35)

MATERIAL Y METODOS

El estudio se efectuó en el instituto Nacional de Pediatría, en el servicio de Estomatología Pediátrica. Fue prospectivo, transversal, clínico, observacional. La muestra consistió de 52 pacientes, desde recién nacidos hasta 18 años durante el año de 2002. Los pacientes fueron remitidos de CAINM-INP-UNAM al Servicio de Estomatología con la sospecha o el diagnóstico de maltrato infantil, en cualquiera de sus modalidades.

Metodología

Se revisaron 52 pacientes y su historial clínico que acudieron durante el año de 2002 a la CAINM- INP-UNAM. La revisión se realizó en una ocasión. Para tal efecto se utilizó luz directa, espejo y abate lenguas.

Análisis Estadístico

Se efectuó análisis estadístico a través del programa SPSS versión 9.0. se describieron las variables mediante promedio \pm desviación estándar cuando se trate de variables numéricas continuas con distribución Gaussiana o mediante medianas y mínimos-máximos cuando se trató de variables numéricas sesgadas.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Laceración: herida superficial o profunda producida por un desgarramiento y generalmente causada por un objeto agudo

Contusión: golpe generalmente producido por un objeto romo y sin rompimiento de la mucosa, causando generalmente hemorragia en submucosa

Abrasión: herida superficial producida por desgarre de piel o mucosa que deja una superficie áspera y sangrante

Quemadura: lesión producida en los tejidos por el calor en sus diversas formas

Fractura incompleta: infracción del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria

Fractura no complicada de corona: pérdida de esmalte y dentina, pero sin exponer la pulpa dentaria

Fractura complicada de corona: fractura que afecta esmalte, dentina y expone la pulpa dental.

Fractura no complicada de corona y raíz: afecta esmalte, dentina, cemento y no afecta a la pulpa dental.

Fractura complicada de corona y raíz: fractura que afecta esmalte, dentina, cemento y expone a la pulpa dental.

Concusión: lesión de estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del diente pero con evidente reacción a la percusión.

Subluxación: lesión de las estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente.

Luxación intrusiva: desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.

Luxación extrusiva: desplazamiento parcial del diente de su alveolo.

Luxación lateral. Desplazamiento del diente en dirección diferente a la axial. Esto se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.

Exarticulación: desplazamiento completo del diente fuera del alveolo.

Conminución de cavidad alveolar: compresión de la cavidad alveolar, esta circunstancia se presenta con luxación intrusiva o lateral.

Fractura de pared alveolar: fractura limitada a la pared del alveolo vestibular o lingual.

Fractura de proceso alveolar: fractura del proceso alveolar que puede o no afectar a la cavidad alveolar.

Fractura de mandíbula o de maxilar superior: pérdida de continuidad de cualquiera de estas estructuras que puede o no afectar a la cavidad dental. (46)

INDICADORES

Las manifestaciones que reporta la literatura internacional a nivel da cabeza, cara y boca son:

CRANEO
Fracturas
Hematomas
Exostosis
Hundimientos
Alopecia traumática
Desprendimiento de lóbulos de la oreja
(3,5, 18,37,39-42,44)

CARA
Hematomas
Abrasiones
Laceraciones
Contusión
Equimosis
Quemaduras
Mordidas
Fracturas
Cicatrices en diferentes estadios
hemorragias retinianas
Eritema en piel
Marcas de mano, hebillas, cordones eléctricos, bats, raquetas, etc. (5,37-41,43,44,47)

BOCA
Fracturas dentoalveolares
Desplazamiento anormal de órganos dentarios
Cambio de color en el diente por daño pulpar
Úlceras traumáticas
Abrasiones y quemaduras
Laceraciones. (5, 8-37-41,44,47)

En la hoja de concentración se anotaron los datos correspondientes a la ficha de identificación, el tipo de maltrato, las manifestaciones orofaciales que existieran y su localización. En caso de no existir se hizo la mención requerida.

La revisión fue sistematizada y realizada por una sola persona. Esta se inició por la región extraoral utilizando el análisis facial odontopediátrico dividiendo la cara en tercios, tanto de forma vertical, como horizontal, de frente y perfil⁽⁴⁵⁾ y se termina con la región intraral según la clasificación de Andreasen ⁽⁴⁶⁾

RESULTADOS

Los datos obtenidos por la atención de 52 pacientes fueron los siguientes: 27/52 (54%) tuvieron lesiones en cabeza, cara y boca siendo 27 niñas y 26 varones ($p > 0.005$). En 31/52 casos (59.6%) fueron diagnosticados como maltrato físico, en 10 (19.2%) existió el Dx de probable SNM. En 8 (15.3%) el diagnóstico fue de abuso sexual, no existiendo ninguna manifestación a nivel orofacial. En tres (5.3%) se estableció la sospecha clínica de Síndrome de Munchausen.

Se debe tomar en cuenta que de estos 52 pacientes, en ocasiones un solo paciente presentaba varios indicadores, en un número máximo de tres.

Con respecto a la edad de los pacientes se pueden señalar los siguientes hallazgos

La mayor frecuencia de casos se encontró en los grupos de treinta días a un año y de 6 a 12 años (13 casos, 25% cada uno).

En estos mismo grupos de edades, se encontró que las mujeres fueron afectadas con mayor frecuencia, aunque estadísticamente no se encontró diferencia significativa.

Los pacientes de dos a cinco años fueron 11 casos(21.1%), del grupo de uno a dos años con 9 casos (17.3%) y finalmente, el grupo de adolescentes que involucra pacientes de 12 a 18 años son los que menos manifestaciones presentaron. (7 casos, 13.4%)

Indicadores intraorales

Dentro de los hallazgos tenemos que nueve (17.3%) presentaron caries; 10 (19.2%) mala higiene y tres (5.7%) traumatismos dentales.

Indicadores extraorales:

Los resultados fueron los siguientes: un paciente con mordida en mejilla (1.9%), 3 casos (5.7%) con presencia de hemorragia retiniana, 14 (26.9%) con traumatismo craneoencefálico, siendo este indicador el mas frecuente, 10 casos (19.2%) con abrasiones, 6(11.5%) con hundimientos craneales, 8(15.3%) con fracturas craneales. 2(3.8%) pacientes con laceraciones, 1(1.9%) con alopecia traumática y uno mas (1.9%) con el lóbulo del oído desprendido.

DISCUSIÓN

En 1946, Caffey ⁽⁴⁾ describió el cuadro clínico de seis niños que cursaron con hematoma subdural y múltiples fracturas de huesos largos; Tres de ellos tuvieron también traumatismo oro facial, uno gingivorragia y los otros dos abrasiones en la cara. Cameron ^(4,5) y cols, en el año de 1966 reportaron que aproximadamente la mitad de 29 niños estudiados presentaban abrasiones en cabeza, cara y cuello. (cuero cabelludo 79%, cuello 59%, frente 52%, mejillas 49%, mandíbula 48% y 45% en labio superior respectivamente) En 1967 Skinner y Castle publicaron que de 78 niños maltratados 34

presentaron traumatismos en cara y boca, incluyendo abrasiones, laceraciones, mordeduras, quemaduras y fracturas. En el mismo año se tiene la primera evidencia de que un Odontólogo reporta un caso de maltrato infantil. Baetz en 1977 ⁽⁴⁾ examinó 58 casos, de los cuales el 43% sufrieron traumatismos en cabeza ocasionando hematomas, laceraciones, inflamación y fracturas craneales. En México la Dirección General de Epidemiología de 1998 ⁽¹⁹⁾, reportó porcentajes elevados de lesiones en el área que nos ocupa (cráneo 22.6% y cara 15.1%, en niños de 1 a 15 años de edad) Esta información coincide con los resultados obtenidos en este trabajo; ello obliga al estomatólogo pediatra a realizar una exploración no solamente extra oral, también se debe abocar a revisar los carrillos, istmo de las fauces, piso de boca, frenillos, lengua, paladar duro y blando, los órganos dentarios e higiene bucal.

En relación a los indicadores intra orales tenemos que Becker y cols. reportaron que el 49% de 260 casos revisados presentaban traumatismos faciales y / o intraorales ^(3,4,16) Malcez en 25 niños víctima de maltrato físico encontró que el 32% presentaron fracturas dentales, 14% laceraciones orales, 11% fracturas de maxilar o mandíbula y 5% quemaduras orales. Fonseca y cols. describió los hallazgos oro faciales en 1248 casos y el 75.5% sufrieron diferentes expresiones clínicas como consecuencia de traumatismo en el área que nos ocupa. ⁽⁴³⁾

Jesseé en 266 casos que el 66.9% sufrieron traumatismos en cabeza, cara y boca ⁽¹⁷⁾ y finalmente Murphy, describió en un 50% lesiones por traumatismo en cara y mencionó que las fracturas faciales aunque no muy comunes, cuando ocurren se localizan en nariz (45%), en mandíbula (32%) y en el complejo cigomático maxilar y orbitas (20.5 %) ⁽⁴⁴⁾

Evidentemente la elevada frecuencia de caries e higiene bucal deficiente en los pacientes estudiados concuerdan con las descripciones en este sentido con respecto a los niños mexicanos con estudios recientes que mencionan que existe desde un 75%⁽⁴⁷⁾ hasta un 95% de prevalencia de caries en nuestro país.⁽⁴⁸⁾

La presencia de las mismas en nuestra población pueden señalar la existencia de una inadecuada educación buco dental en los miembros de la familia y por ende en el menor, un nivel socio cultural bajo donde enmarcado por la pobreza y en donde la falta de agua puede ser el indicador más significativo amén de no contar con el recurso económico para utilizar dentríficos, aplicación tópica y sistémica de fluoruro, colocación de selladores de fosas y fisuras y enseñanza de técnicas de cepillado adecuadas.

Ante estos hechos es muy difícil precisar si su presencia son consecuencia de negligencia, ignorancia o pobreza. Por lo tanto, no es muy conveniente, en nuestro medio, considerar dichas manifestaciones como indicadores de maltrato⁽³⁵⁾

Pensamos que el bajo porcentaje encontrado de indicadores intra orales se debe a que los pacientes con urgencias traumáticas no fueron considerados en este estudio. Prácticamente los niños involucrados en el presente trabajo fueron enviados directamente de CAINM-INP-UNAM. a Estomatología con la sospecha diagnóstica de SNM. Estos hallazgos concuerdan con lo ya señalado en la literatura y es evidente el predominio de indicadores extra orales^(4,43,44)

Los grupos etarios mayormente afectados fueron de 30 días a un año de edad y de seis a doce años (13 cada uno, 25%) Comparando estos resultados con lo expuesto en la literatura encontramos una similitud con lo publicado por Jesseé⁽⁴²⁾ quien encontró un 59.8% en niños de un año de edad y por Fonseca⁽⁴³⁾ quien describió su presencia en un 51.4 % en niños de 0 a 4 años.

Con respecto al género aunque se reportan diferentes datos dependiendo del tipo de maltrato, en nuestros pacientes que sufrieron maltrato físico o abuso sexual, no se estableció una diferencia significativa. (15,16)

Tabla 1. Datos epidemiológicos por autor, año y país.

Autor, año y País	Muestra	Observaciones
Caffey 1946, EUA	6 casos	traumatismo orofacial 3 casos, 1 con sangrado de encías, 2 abrasiones en cara
Cameron 1969, EUA	26 casos	Cuero cabelludo 79%, cuello 59%, frente 52%, mejillas 49%, mandíbula 48%, labio superior 45%
Skinner y Castle 1967, EUA	78 casos	34 casos presentaron traumatismos en cara y boca
Baetz en 1977 EUA	58 casos	43% sufrieron de traumatismos en cabeza
Becker , 1978, EUA	260 casos	49% presentaban traumatismos orofaciales
Malcez 1979, EUA	25 casos	32% presentaron fracturas dentales, 14% laceraciones orales, 11% fracturas de maxilar o mandíbula y 5% quemaduras orales.
Fonseca 1992, EUA	1248 casos	75.5% traumatismos orofaciales
Jesé 1995, EUA	266 casos	66.9% presentaron traumatismos en cabeza, cara y boca
Murphy 1998, Inglaterra		50% de traumatismos en cara
Dirección general de Epidemiología. México	2944 casos	22.6% lesiones en cráneo 15.1% lesiones en cara
Servicio e Estomatología Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría	52 casos	54 % de lesiones intra y extraorales en cabeza y cuello

CONCLUSIONES

- En los niños que han sufrido maltrato físico en cráneo, cara y cuello es indispensable buscar la existencia de lesiones intra y extra orales.
- En cabeza las lesiones pueden ser fracturas, hundimientos de la bóveda, abrasiones y laceraciones de la piel cabelluda
- En nuestro medio el número de casos reportados con lesiones a nivel bucal es muy bajo, a pesar de que la cara es una de las zonas frecuentemente afectadas.
- Las alteraciones a las estructuras del aparato estomatognático pueden considerarse como un indicador de maltrato físico en los niños.
- Aunque no se encontraron manifestaciones bucales en niños víctimas de abuso sexual, ello no exime la exploración obligada de la cavidad oral
- Todos los niños con esta patología deben ser revisados rutinariamente por el estomatólogo pediatra. Con mayor razón si la edad oscila entre un mes a un año y de 6 a 12 años.
- Se debe considerar a la Estomatología Pediátrica como una especialidad coadyuvante en los equipos multidisciplinarios encargados del tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
- Se debe implementar un protocolo en el Servicio de Estomatología para la sospecha, canalización y tratamiento oportuno de estos pacientes, tanto en la práctica diaria como en las urgencias traumáticas. Es importante que en los hospitales de enseñanza los médicos residentes de pediatría acepten esta sugerencia en virtud de que es en las guardias cuando habitualmente son atendidos estos pacientes.

- La falta de conocimientos en el ámbito médico-odontológico permite que la reincidencia del delito sobre los niños continúe y en ciertos casos llegue hasta causarles la mutilación o incluso la muerte.
- La cavidad bucal y el complejo craneofacial son áreas susceptibles a la violencia. Los factores antes descritos deben de valorarse para elaborar programas docente-asistenciales con tendencia al diagnóstico oportuno, al tratamiento integral, seguimiento y sobre todo a la prevención del delito. De otra manera, la carencia de denuncias de estos casos nos convierte en cómplices del maltrato al menor. Como profesionales de la salud no podemos hacer caso omiso ni abandonar a los pacientes con este problema de salud pública que también aqueja a los niños de nuestro país.

ANEXO

TABLAS

Síndrome del Niño Maltratado	Número de casos
Niños vistos hasta noviembre 2002	52
Pb. SNM	10
SNM	42
INDICADORES INTRAORALES	
Caries	9
Mala higiene	10
Traumatismos dentales	3
	(2 subluxaciones, 1 avulsión)
Manchas extrínsecas cafés	2
INDICADORES EXTRAORALES	
Mordidas	1
Hemorragia retiniana	3
TCE	14
Abrasiones	10
Hundimientos craneales	6
Equimosis	2
Fracturas craneales	8
Laceraciones	2
Alopecia traumática	1
Lóbulo de oído desprendido	1

Numero de casos por sexo

Femenino	Masculino
27	25

Clasificación	edad	No. De casos	Femenino	Masculino
Recién nacido	0 a 28 días	0	0	0
Lactante menor	30 días aun año	13	7	6
Lactante mayor	1 a 2 años	9	4	5
Pre escolares	2-5 años	10	4	6
Escolares	6-12 años	13	8	5
Adolescentes	12 a 18 años	7	4	3
		TOTAL:	27	25

Hoja de recolección

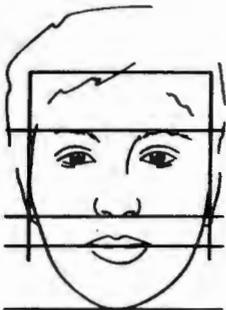
MANIFESTACIONES OROFACIALES EN EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Ficha #	expediente
Nombre	edad
Sexo	teléfono
Domicilio	
Tipo de maltrato	

Lesiones orofaciales extraorales

Tercio superior implantación frontal de cabello a crestas superciliares		
Tejidos blandos:	si	No
Abrasión		
Laceración		
contusión		
quemadura		

Tercio medio glabella a subnasale		
Tejidos blandos:	si	No
Abrasión		
Laceración		
contusión		
quemadura		



Tercio inferior de subnasale a gnation		
Tejidos blandos:	si	No
abrasión		
Laceración		
contusión		
quemadura		

Lesiones intraorales

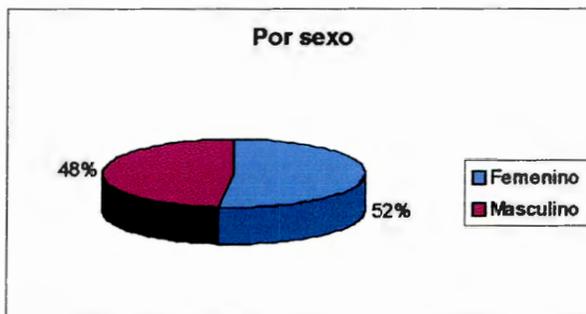
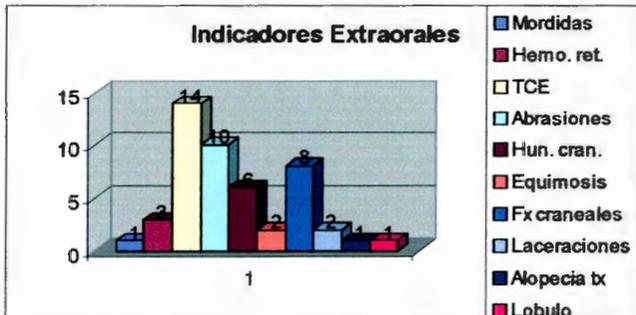
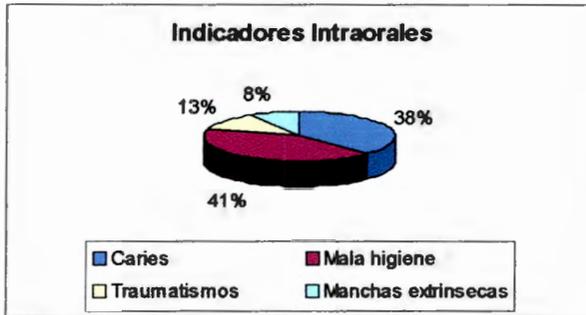
Tejidos blandos:	si	No	localización
abrasión			
Laceración			
contusión			
quemadura			

Lesiones de tejidos duros dentarios	si	no	O.D.
Fractura incompleta			
Fractura no complicada de corona			
Fractura complicada de corona			
Fractura no complicada de corona y raíz			
Fractura complicada de corona y raíz			
Fractura de raíz			

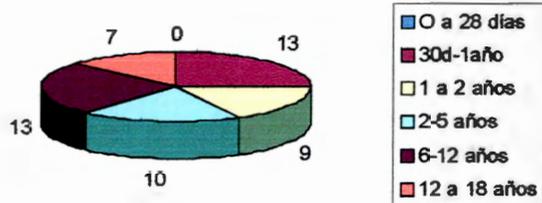
Lesiones de periodontales	si	no	O.D.
Concusión			
Subluxación			
Luxación intrusiva			
Luxación extrusiva			
Luxación lateral			
Exarticulación			

Lesiones de hueso de sostén	si	no	O.D.
Conminución de la cavidad alveolar			
Fractura de la pared alveolar			
Fractura del proceso alveolar			
Fractura de mandíbula o maxilar			

GRAFICAS



Por edad



BIBLIOGRAFÍA

- ✓ 1. Loredó Abdalá A. En: Maltrato al menor. Historia general y panorama del problema a nivel mundial. Interamericana – Mc. Graw-Hill. pp1-4. 1994
2. Schwartz S., Woodridge E., Stege D. Oral manifestations and legal aspects of child abuse. JADA.1977; 95: 586-591.
3. Badger G.R. caries incidence en child abuse and neglect. Ped. Dent.1986; 8:101-104
4. Becker D.B., Needleman H.L., Kotelchuck M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists.JADA.1978; 97:24-28Needleman H.L. orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and dental profession's involvement. Ped. Dent. 1986; 8:71-79.
5. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect and American Academy of pediatric Dentistry. Oral and Dental aspects of child abuse and neglect.Pediatrics.1999;104:248.350.
6. Macintyre DR., Jones GM. Pinckney RCN. The role of dental practitioner in the management of non accidental injury to children. Br Dent J 1986;aug: 108-110
- ✓ 7. Loredó-Abdalá A, Báez-Medina V., Perea-Martínez A., Trejo-Hernández J., Monroy Villafuerte A., Venteño-Jaramillo A., Martín –Martín V. Historia del Maltrato infantil en México: revisión de la literatura pediátrica. Bol Med Hosp. Infant Mex. 2001;58:205-215
8. Espinosa y de León VM. La protección a la niñez en México. Revisión Histórica. Rev Mex Pediatr 1972; 41:565-77
9. Padrón-Puyou F., Ávila – Cisneros I., Rodríguez-Pinto M., Frenk S. Historia de la Pediatría en México. México: Fondo de Cultura Económica;1997
10. Riojas –Dávila U., Manzano-Sierra C. Aspectos clínicos y radiológicos en el síndrome del niño maltratado. Rev Mex Pediatr 1970;39:609-20
11. Aguilar –Sánchez A, Kitsu- Ogasawara M, Foserrada-Moreno M. Síndrome del niño maltratado: aspectos psiquiátricos y sociales Rev Mex Pediatr 1970;39:609-20
12. Fonserrada-Moreno M. El diagnóstico del niño golpeado. Rev Clin Conduct 1970;4:27
13. Espinosa –Morett A, Cáceres-Díaz J, Cortés J. Síndrome del niño maltratado: aspectos médicos, psicológicos y jurídicos. Rev Mex Pediatr 1971; 40:807-19
14. Marcovich-Kuba J. Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado. México. Editores Mexicanos Unidos;1981
- ✓ 15. Perea MA., Loredó-Abdalá A, Trejo HJ, Báez MV, Martín Martín V., Monroy VA, Venteño JA. El maltrato al menor. Propuesta de una definición integral . Bol.
- ✓ 16. Loredó-Abdalá. Oldak SD, Carbajal RL, Reynés MJ. Algoritmo del niño maltratado en un centro hospitalario de tercer nivel. Bol med Hosp. Infant Mex 1990;47:91-95

- ✓ 17. Loredó –Abdalá A., Baeza HC, Saucedo GJM. Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño. Comités de expertos sobre maltrato al menor. Academia mexicana de Pediatría. 1999;56:195-197
- ✓ 18. Loredó-Abdalá A., Perea Martínez A., Trejo Hernández J., Bustos Valenzuela V. Maltrato físico y accidentes como causas de lesiones en el niño y utilidad de los indicadores clínicos para el diagnóstico diferencial. En: temas de Pediatría. Asociación Mexicana de Pediatría. México. Mc Graw-Hill Interamericana 2001
- ✓ 19. Loredó Abdalá A., Trejo-Hernández J, Bustos Valenzuela V. Maltrato al menor: consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. Gac. Med Mex 199;135:611-620
- ✓ 20. Loredó-Abdalá A., El Maltrato al niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención. Bol Med Hosp Infant Mex 1993;50:898-902
- ✓ 21. Loredó- Abdalá A., Bobadilla M M et al: Síndrome del niño maltratado: aspectos físicos, emocionales y sociales. Rev Mex Pediatr 1987;54:123-131
- ✓ 22. Loredó –Abdalá A., Trejo Hernández J., Bustos Valenzuela V., Carbajal RL., Reynés MJ., Rodríguez HR. , Sánchez VA. El fenómeno de los niños maltratados: aspectos sociales y clínicos del síndrome. Bol med Hosp Infant Mex 1998;55:410-416
- ✓ 23. Loredó –Abdalá A., Trejo Hernández J., Bustos Valenzuela V. Maltrato al menor: Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. Gac. Med Mex. 1999;135:611-620
- 24. Loredó-Abdalá A., Barragán MM, Carbajal RL, Villaseñor ZS. Abuso sexual en la edad pediátrica. Consideraciones clínicas en siete casos. Bol Med Hosp. Infant Mex 1998;45:173-178
- ✓ 25. Loredó –Abdalá A., Trejo Hernández j., Bustos Valenzuela V, Sánchez VA, Moreno FMI. Maltrato al menor: Ruta de abordaje en un centro hospitalario pediátrico en la Ciudad de México. Acta Pediatr Mex 1998;19:205-210
- ✓ 26. Sierra GQ, Loredó –Abdalá A., Carvajal RL, Villaseñor ZJ. Abuso y negligencia en el desarrollo fetal: Nueva controversia a cerca del síndrome del niño maltratado. Rev Mex Pediatr 1989;56:311-320
- ✓ 27. Loredó Abdalá A., Sierra GQ. Síndrome de Münchhausen en niños: Informe de dos casos. Bol Med Hosp. Infant Mex 1991;48:121-125
- 28. Delgado Rubio A., Gárate Aranzadi J., Martín Bejarano E. Síndrome de Münchhausen por poderes . En : Loredó- Abdalá A. Maltrato en el niño. Temas de Pediatría. Asociación Mexicana de Pediatría México. Mc Graw-Hill Interamericana 2001
- ✓ 29. Perea Martínez A., Báez-Medina V., Loredó –Abdalá A., Trejo Hernández J., Un caso de hemorragia cerebral y retiniana ¿Síndrome del niño sacudido o accidente? Rev Mex Pediatr 2001;68:143-146
- 30. Yamin de Barboza G., Castro de Marín MM. Síndrome del niño sacudido. En : Loredó- Abdalá A. Maltrato en el niño. Temas de Pediatría. Asociación mexicana de Pediatría México. Mc Graw-Hill Interamericana 2001

- ✓ 31. Loredó Abdalá A. Los niños tarahumaras, un nuevo enfoque de maltrato al menor. "El maltrato étnico. Bol Med Hosp. Infant Mex 1996;53:209-21
- ✓ 32. Loredó-Abdalá A. Maltrato Étnico: Expresión de violencia contra los niños indígenas de México. Gac Med Mex 1999;56:129-134
- ✓ 33. Reyes-Gómez U., Loredó Abdalá A., Carvajal Rodríguez I., Martínez-Zaguilán ML, Garzón Sánchez E. Ritualismo satánico: una forma extrema de maltrato infantil. Bol Med Hosp. Infant Mex 2000;57:276-279
- ✓ 34. Loredó -Abdalá A. Desarrollo de un centro de atención a niños maltratados. En : Ramírez-Grajeda B. Administración y sustentabilidad. Universidad autónoma Metropolitana, Azcapotzalco México. Talleres de la sección de impresión y reproducción UIAM-A, 2001
35. Sfikas P.M. Reporting abuse and neglect. JADA1999;130:1797-1799
36. Waldman H.B., Swerdloff M., Perlman S.P. A "dirty secret" the abuse of children with disabilities. ASDC.1999;may-jun:197-201
37. Carrotte P.V. An unusual case of child abuse. Br. Dent J.1990;168:444-445
38. Dubowitz H., Newbwerger E. Sequelae of reporting child abuse.1986;8:88-92
39. Kittle P., Richardson D. Two children abuse/child neglect examinations for the dentist. ASDC,1981may-jun:175-180
40. Kittle P., Richardson D. Examining for child abuse and child neglect.1986;8:80-82
41. Welbury R., Murphy J.M. the dental practitioner's role in protecting children from abuse. 2. the orofacial sign of abuse. Br. Dent J.1998;184.61-65
42. Jessee S. A., Rieger M. A study of age-related variables among physically abused children. ASDC J Dent Child 1996; 63 (4):275-80
43. Fonseca M.A., Feigal R.J. Bense R.W. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. Ped. Dent. J. 1992;14:152-157.
44. Jessee S.A. Physical manifestations of child abuse to the head, face, and mouth; a hospital survey. ASDC J Dent Child 1995;245-249
45. Canut. J. A. Ortodoncia. Cáp. Análisis facial. Masson. pp.136 -138. 2000
46. Andreasen J.O. Lesiones traumáticas de los dientes. Cáp. 1 Clasificación, etiología y epidemiología. Labor , S.A.. 1.24. 1977
47. Herrera M.,Medina-Solis CE, Rosado-Vila G,Minaya-Sánchez M,Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado JF. Prevalencia, severidad de caries y necesidades de tratamiento en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche-2001.Bol Med Hosp Infant Mex 2003;60:189-196
48. Mazariegos. Cuervo M, Vera-Hermosillo H, Velásquez-Monroy O. Intervención de la Secretaría de Salud en la salud bucal. Bol Med Hosp Infant Mex 2003;60:225-234