

Artículo original**Indicadores orofaciales en el síndrome del niño maltratado**

Dr. Arturo Loredó-Abdalá,* Dra. María Antonieta Monter-García,** Dr. Ángel Escudero-Castro,*** Dr. Eduardo de la Teja Ángeles****

Resumen

Objetivo: Señalar los indicadores clínicos en cráneo, cara y cavidad oral que el estomatólogo pediatra debe identificar en el Síndrome del Niño Maltratado (SNM), para sospechar el diagnóstico y enviarlo al grupo especializado para su atención interdisciplinaria.

Material y métodos. Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se evaluaron 52 pacientes de un mes a 18 años de edad, víctimas de maltrato enviados al Servicio de Estomatología Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría por la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del mismo Instituto (CAINM-INP-UNAM). Se realizó un examen clínico extraoral por el análisis facial de Canut e intraoral basado en la clasificación de Andreasen para buscar en forma intencional indicadores de traumatismo.

Resultados: En 27 de 52 casos había lesiones en la cabeza, la cara y la boca atribuidos a daño físico intencional. Los grupos de un mes a un año y de seis a doce años de edad fueron los más afectados.

Conclusiones: En el niño víctima de maltrato físico siempre se deben buscar lesiones intra y extraorales como parte del síndrome del niño maltratado. Por la frecuencia con que estos niños presentan lesiones en esta región anatómica, los odontopediatras deben estar alertas a esta posibilidad diagnóstica.

Palabras clave: Maltrato infantil, indicadores orofaciales, traumatismo, lesiones.

* Coordinador de la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado, Instituto Nacional de Pediatría-UNAM (CAINM-INP-UNAM) Profesor Tiempo Completo Facultad de Medicina UNAM.

** Residente de la Especialidad en Estomatología Pediátrica del INP

*** Adscrito al Servicio de Estomatología del INP

**** Jefe del Servicio y Profesor Titular de Estomatología Pediátrica del INP

Correspondencia: Dr. Arturo Loredó-Abdalá. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.

Recibido: marzo, 2003. Aceptado: mayo, 2003.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Abstract

Objective: To identify skull, face and mouth clinical indicators in the battered child syndrome.

Material and methods: A prospective, transversal, descriptive and observational study was done. 52 patients from one month to 18 years old were sent from the Clinic for Integral Care of Abused Children (Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado, CAINM) to the Stomatology Service at the Instituto Nacional de Pediatría to be evaluated. A clinical extraoral examination with Canut's facial analysis and intraoral examination by the Andreasen's classification of intraoral injuries were done.

Results: In intentional physical abused children we found head, face and mouth injuries in 27 of the 52 cases. The two most affected age groups were from 1 month to 1 year and six to twelve years

Conclusion: Integral care of abused children must include intra and extraoral injuries description. Due to the high frequency of skull, face, and oral injuries, the suspicion of a battered child syndrome is a common finding the pediatric dentist must investigate.

Key words: Child abuse, orofacial indicators, trauma, injuries.

Introducción

El abordaje de los niños maltratados debe incluir las áreas médica y social.¹⁻⁶ El trauma orofacial y de cráneo se presenta del 45 al 65% de estos niños. Por esta razón el estomatólogo pediatra (EP) puede ser el primer contacto con estos pacientes en cuyo caso su responsabilidad profesional, legal y ética es buscar intencionalmente lesiones en la cavidad bucal para detectarlas y darles tratamiento oportuno.⁷⁻¹⁵

La literatura especializada sobre el tema en México es escasa. Por el contrario, en otros países se han realizado diversos estudios⁷⁻¹⁶ Ello obliga a que los odontólogos de

práctica general y los odontopediatras a estar alerta sobre las características de este síndrome en su especialidad.

La ausencia de estudios sobre esta materia en niños mexicanos motivó a los odontopediatras del INP a establecer la frecuencia de indicadores intra y extraorales en pacientes con el diagnóstico de síndrome de niño maltratado (SNM) atendidos en CAINM-INP-UNAM.

Material y métodos

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. La muestra fue de 52 pacientes, 27 niñas y 26 niños desde recién nacidos hasta 18 años, atendidos el año 2002, registrados con datos de identificación. Se registraron tipo de maltrato, manifestaciones orofaciales y su localización. En caso de no existir lesiones se hizo constar en la hoja de interconsulta.

Los indicadores se clasificaron en extraorales e intraorales. El odontólogo inició la exploración en la región extraoral con un análisis facial que consiste en dividir la cara en tercios, en forma vertical, horizontal, de frente y perfil¹⁷ (Figura 1). Se buscaron los siguientes indicadores: En cráneo, traumatismo craneocefálico (TCE), fracturas, hematomas, exostosis, hundimientos, alopecia traumática, desprendimiento de lóbulos de oreja^{3,5-9,10,14,16}. En cara, hematomas, abrasiones, laceraciones, contusiones, equimosis, quemaduras, mordidas, fracturas, cicatrices en diferentes estadios, hemorragias retinianas, eritema en piel, marcas causadas por mano, por hebillas, por cordones eléctricos, por raquetas, por bats, etc.^{5,9-13,16}

La región intraroral se examinó de acuerdo a la clasificación de Andreasen para traumatismos en tejidos blandos del área bucal y traumatismos dentoalveolares⁽¹⁸⁾

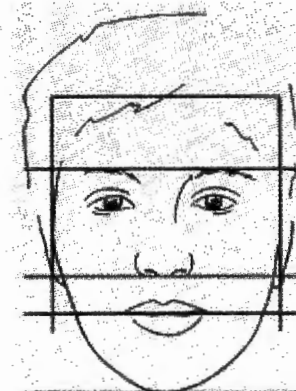


Figura 1. Análisis facial según Canut

Análisis estadístico. Los resultados se analizaron estadísticamente con el programa SPSS versión 9.0. Se describieron las variables mediante promedio \pm desviación estándar cuando se trató de variables numéricas continuas con distribución Gaussiana o mediante medianas y mínimos-máximos cuando se trató de variables numéricas sesgadas.

Resultados

Tuvieron lesiones en cabeza, cara y boca 27 de los 52 pacientes (54%) ($p > 0.005$). En 31 de 52 casos (59.6%) se diagnosticó maltrato físico. En ocho (15.3%) el diagnóstico fue abuso sexual, sin lesiones orofaciales. En tres (5.3%) la sospecha clínica fue de Síndrome de Münchausen y en diez (19.2%) probable SNM. (figura 2)

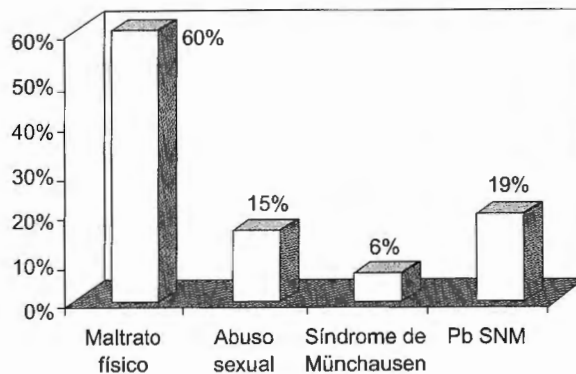


Figura 2. Distribución de casos por diagnóstico. SNM: síndrome del niño maltratado.

En algunas ocasiones, varias de estas lesiones pueden presentarse al mismo tiempo o combinarse con otro tipo de traumatismo. Otras veces un solo paciente presentaba varios indicadores, en un número máximo de tres.

La mayor frecuencia de casos con lesiones se vio en los grupos de treinta días a un año y de seis a 12 años (13 casos, 25% cada uno) De uno a dos años, nueve casos (17.3%); de dos a cinco años, 11 casos (21.1%); en adolescentes siete casos (13.4%) (figura 3)

En ambos grupos las mujeres fueron afectadas con mayor frecuencia, aunque estadísticamente no hubo diferencia significativa. (figura 4)

Indicadores intraorales: Nueve pacientes (17.3%) presentaron caries; diez (19.2%) mala higiene; éstos se tomaron en cuenta sólo como hallazgo de la exploración; no se consideran indicadores de maltrato. Hubo tres (5.7%) traumatismos dentales. (figura 5)

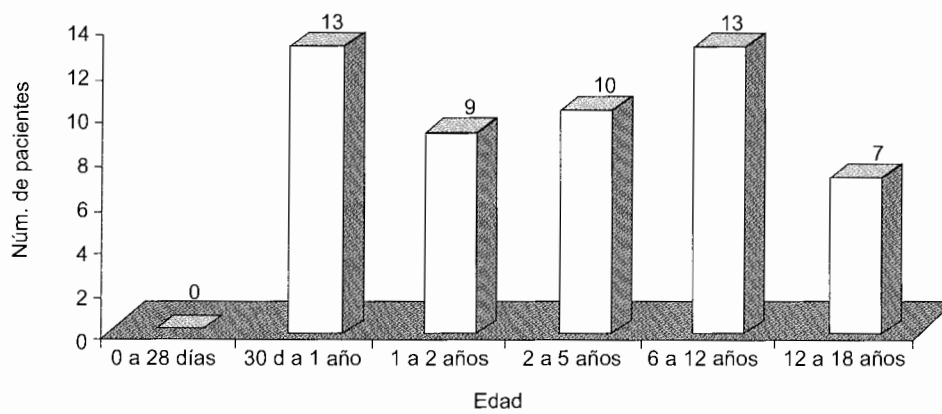


Figura 3. Distribución de casos por edad.

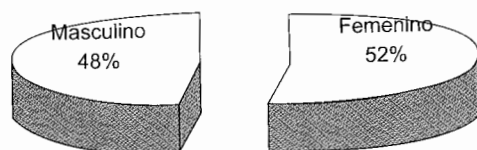


Figura 4. Distribución de casos por sexo.

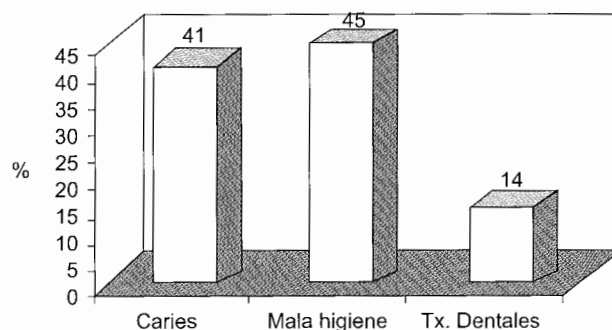


Figura 5. Distribución de indicadores intraorales.

Indicadores extraorales: Traumatismo craneoencefálico, 14 niños (26.9%); abrasiones, diez casos (19.2%); fracturas craneales, ocho (15.3%); hundimientos craneales, seis (11.5%); hemorragia retiniana, tres; laceraciones, dos (3.8%); alopecia traumática, uno (1.9%); uno más (1.9%) con desprendimiento del lóbulo del oído. (figura 6).

Discusión

En 1946, Caffey⁽⁴⁾ describió el cuadro clínico de seis niños con hematoma subdural y múltiples fracturas de huesos largos; tres de ellos tenían también traumatismo orofacial, uno gingivorragia y los otros dos abrasiones en la cara.

Cameron^(4,5) y cols. (1966) informaron que aproximadamente la mitad de 29 niños estudiados presentaban abrasiones en cabeza, cara y cuello: piel cabelluda 79%, cuello 59%, frente 52%, mejillas 49%, mandíbula 48% y 45% en labio superior respectivamente. En 1967 Skinner y Castle publicaron los casos de 78 niños maltratados de los cuales 34 presentaron traumatismos en cara y boca, con abrasiones, laceraciones, mordeduras, quemaduras y fracturas. En el mismo año un odontólogo informó un caso de maltrato in-

fantil. Baetz en 1977⁽⁴⁾ examinó 58 casos, de los cuales 43% sufrió traumatismos en cabeza que ocasionaron hematomas, laceraciones, inflamación y fracturas craneales. En México la Dirección General de Epidemiología en 1998¹⁹, señaló porcentajes elevados de lesiones en cráneo (22.6%) y cara (15.1%), en niños de 1 a 15 años de edad. Loredo-Abdalá y cols. estudiaron 52 pacientes con SNM, diez de ellos con lesiones de cráneo²⁰ este último es idéntico al del presente estudio (10/52).

Los grupos más afectados fueron los de 30 días a un año de edad y de seis a doce años (13 cada uno, 25%). Estos resultados tienen similitud con lo descrito por Jesseé⁽¹⁴⁾ quien encontró 59.8% en niños de un año de edad y por Fonseca⁽¹⁵⁾ quien lo describió en un 51.4% en niños de 0 a 4 años. Esta información respecto a edad, sexo, tipo de maltrato e indicadores clínicos de maltrato tiene gran similitud con los resultados obtenidos en este trabajo. Por ello el estomatólogo pediatra debe hacer un examen extraoral, y revisar los carrillos, el istmo de las fauces, el piso de boca, los frenillos, la lengua, el paladar duro y blando y los órganos dentarios.

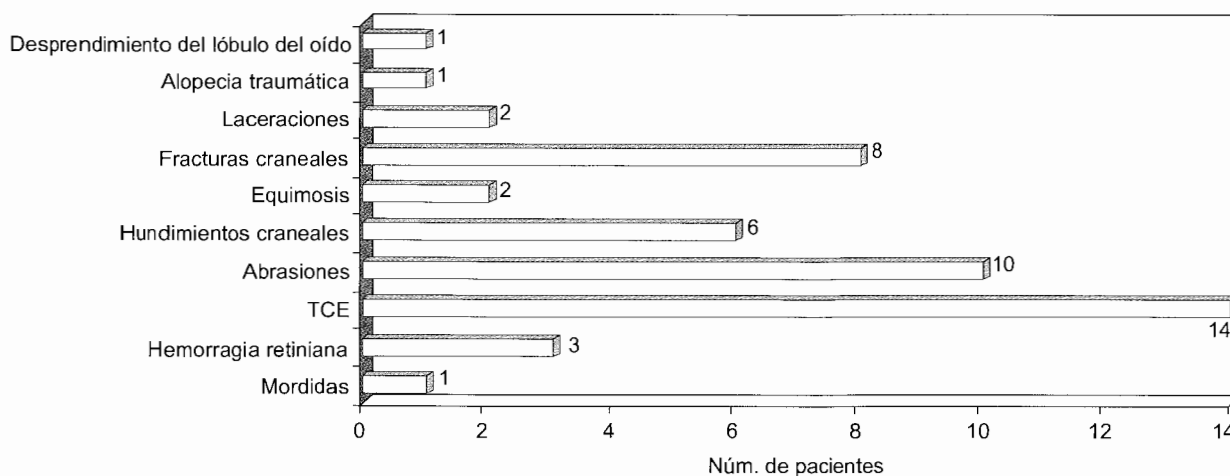


Figura 6. Distribución de indicadores extraorales. TCE: traumatismo craneoencefálico.

Becker y cols. observaron que 49% de 260 casos presentaba traumatismos faciales, intraorales o los dos^{3,4}. Malcez en 25 niños víctimas de maltrato físico encontró que el 32% presentó fracturas dentales, 14% laceraciones orales, 11% fracturas de maxilar o mandíbula y 5% quemaduras orales. Fonseca y cols. describieron los hallazgos orofaciales en 1248 casos y el 75.5% tuvo diferentes expresiones clínicas por traumatismos en el área que nos ocupa.¹⁵

Jesseé en 266 casos informó que el 66.9% sufrió traumatismos en cabeza, cara y boca¹⁶. Murphy, describió en un 50% lesiones por traumatismo en cara y mencionó que las fracturas faciales, aunque infrecuentes, ocurren en nariz (45%), en mandíbula (32%) y en el complejo cigomático maxilar y órbitas (20.5%)⁽¹⁶⁾

Pensamos que el bajo porcentaje de indicadores intraorales de nuestro estudio se debe a que los pacientes con urgencias traumáticas no formaron parte de este estudio; los niños estudiados en este trabajo fueron enviados directamente de CAINM-INP-UNAM a Estomatología Pediátrica del mismo Instituto. Estos hallazgos concuerdan con lo señalado en la literatura y es evidente el predominio de indicadores extraorales^{4,14,15}.

El género de nuestros pacientes que sufrieron maltrato físico o abuso sexual, no mostró diferencia significativa.¹⁵

La elevada frecuencia de caries y de higiene bucal deficiente en los pacientes estudiados concuerdan con otros informes en este sentido. Estudios recientes con niños mexicanos muestran que existe 75% a 95% de prevalencia de caries en nuestro país.²¹⁻²². Su presencia en la población de este estudio indica una mala educación bucodental en

las familias y por ende en el paciente; nivel socio cultural bajo enmarcado por la pobreza y donde la falta de agua puede ser lo más significativo. Estas familias no tienen recursos económicos para comprar dentífricos, ni para pagar aplicación tópica y sistémica de fluoruro y técnicas adecuadas de cepillado.

Es difícil precisar si lo anterior es negligencia, ignorancia o pobreza, por lo cual, parece justificado considerar esas manifestaciones como indicadores de maltrato.²³

Conclusiones

- En los niños que han sufrido maltrato físico y lesiones en cráneo, cara y cuello es indispensable buscar lesiones intra y extraorales.
- En nuestro medio el número de casos con SNM y lesiones bucales es muy bajo, a pesar de que la cara es una de las zonas frecuentemente agredidas.
- Las lesiones a las estructuras del aparato estomatognático frecuentemente son un indicador de maltrato físico a los niños.
- En este estudio no se encontraron lesiones bucales en niños víctimas de abuso sexual; sin embargo, la exploración de la cavidad oral es obligada
- Todos los niños con esta patología deben ser revisados sistemáticamente 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 este tipo de 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 y odontológico permite que la reincidencia del delito sobre los niños continúe y en ciertos casos llegue a causarles mutilaciones o incluso la muerte.

• La cavidad bucal y el complejo craneofacial son áreas expuestas a la violencia. Los factores descritos deben valorarse para elaborar programas docentes y asistenciales, así como para hacer un diagnóstico oportuno, y proseguir al tratamiento integral, al seguimiento y sobre todo a la prevención del delito. De otra manera, la falta de denuncias de estos casos convierte a los médicos en cómplices del maltrato al menor. Como profesionales de la salud no pueden hacer caso omiso ni abandonar a los pacientes con este problema de salud pública en nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Loredo Abdalá A. En: Maltrato al menor. Historia general y panorama del problema a nivel mundial. Interamericana-McGraw-Hill. 1994;pp1-4.
- Schwartz S, Woodridge E, Stege D. Oral manifestations and legal aspects of child abuse. *J Am Dent Assoc* 1977;95:586-91.
- Badger GR. Caries incidence in child abuse and neglect. *Ped Dent* 1986;8:101-4.
- Becker DB, Needleman HL, Kotelchuck M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. *J Am Dent Assoc* 1978;97:24-8.
- 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.
- Macintyre DR, Jones GM, Pinckney RCN. The role of the dental practitioner in the management of non accidental injury to children. *Br Dent J* 1986;aug:108-110.
- Sfikas PM. Reporting abuse and neglect. *J Am Dent Assoc* 1999;130:1797-9.
- Waldman HB, Swerdloff M, Perlman SP. A "dirty secret" the abuse of children with disabilities. *ASDCJ Dent Child* 1999;may-jun:197-201.
- Carotte PV. An unusual case of child abuse. *Br Dent J* 1990;168:444-5.
- Dubowitz H, Newerger E. Sequelae of reporting child abuse. 1986;8:88-92.
- Kittle P, Richardson D. Two children abuse/child neglect examinations for the dentist. *ASDC J Dent Child* 1981;may-jun:175-80.
- Kittle P, Richardson D. Examining for child abuse and child neglect. 1986;8:80-82.
- Welbury R, Murphy JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 2. The orofacial sign of abuse. *Br Dent J* 1998;184:61-5.
- Jessee SA, Rieger M. A study of age-related variables among physically abused children. *ASDC J Dent Child* 1996;63(4):275-80.
- Fonseca MA, Feigal RJ, Benseal RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Ped. Dent. J.* 1992;14:152-7.
- Jessee SA. Physical manifestations of child abuse to the head, face, and mouth; a hospital survey. *ASDC J Dent Child* 1995;245-9.
- Canut JA. Ortodoncia. Cap. Análisis facial. Masson. 2000;pp136-8.
- Andreassen JO. Lesiones traumáticas de los dientes. Cap. 1 Clasificación, etiología y epidemiología. Labor, S.A. 1977.
- Loredo-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. McGraw-Hill Interamericana 2001.
- Loredo-Abdalá A, Reynés-Manzur J, Martínez C, Carbajal-Rodríguez L, Vidales-Bayona C, Villaseñor-Zepeda J. El maltrato al menor: Una realidad creciente en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986;43:425-33.
- 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;60:189-96.
- 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;60:225-34.
- Sfikas PM. Reporting abuse and neglect. *JADA* 1999;130:1797-9.