



SECRETARIA DE SALUD
Instituto Nacional de Pediatría

EL ESTOMATÓLOGO PEDIATRA
EN LA ATENCIÓN INTEGRAL
DEL NIÑO MALTRATADO,
Una nueva política de intervención.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PRESENTA EL
DR. ANGEL ESCUDERO CASTRO
PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN
ESTOMATOLOGÍA PEDIATRICA

Capítulo 14

El estomatólogo pediatra en la atención integral del niño maltratado: una nueva política de intervención

Dr. Eduardo de la Teja Ángeles
Dr. Ángel Escudero Castro
Dra. Ma. Antonieta Monter García
Dr. Arturo Loredó Abdalá

INTRODUCCIÓN

ES INDUDABLE QUE EN LOS ÚLTIMOS 50 años ha habido un enorme interés por entender, diagnosticar y tratar integralmente a las víctimas de esta patología medicosocial en todo el mundo.^{1,2} México no ha sido la excepción, ya que diversos profesionales que se han abocado a su atención han publicado sus diversas experiencias.³ En relación al campo estomatológico, la participación que han tenido estos profesionales en algunos países del llamado primer mundo ha sido muy interesante pero no ha tenido el impacto suficiente para que en países en vías de desarrollo forme parte del grupo habitual de atención de las víctimas.⁴

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) se ha invitado al equipo de estomatólogos pediatras del INP a participar en la atención integral de estos niños mediante su colaboración en la búsqueda de indicadores clínicos que emerjan de las lesiones de los menores en el área orofacial y con ello favorecer el diagnóstico temprano, la derivación oportuna, el tratamiento específico, así como el control y seguimiento del niño maltratado.

En México, la estomatología pediátrica (EP) es probablemente una de las áreas médicas que menos participación ha tenido en el problema del maltrato infantil (SNM), quizá por una falta de interés en el tema.^{5,6,7} Sin embargo, al con-

siderar la enorme frecuencia con que estos menores sufren lesiones en el cráneo, la cara y el cuello, evidentemente ocasionan que la boca y los elementos anatómicos que la conforman sean dañados. Ante dicha evidencia, debe existir el compromiso médico, ético y legal para que todos los dentistas y específicamente los EP intervengan en la acción diagnóstica, de tratamiento y de prevención.⁸ El estomatólogo pediatra se encuentra en un excelente sitio de acción, ya que puede ser el primer contacto con los niños maltratados, pues el traumatismo orofacial y de cráneo se describe hasta en un 65%.⁵⁻¹⁷

En este sentido, la Asociación Dental Estadounidense, desde 1999, ha señalado la obligación ética de los odontólogos de reportar cualquier sospecha de maltrato o negligencia y los obliga a reconocer los signos acerca de estas entidades.¹⁰

BREVE SEMBLANZA HISTÓRICA

En 1946 Caffey,⁸ en su artículo clásico de maltrato infantil, describió el cuadro clínico de seis niños que sufrieron de hematoma subdural y múltiples fracturas de huesos largos; de ellos, tres presentaron traumatismos orofaciales (dos abrasiones en la cara y uno inflamación y gingivorragia).

Cameron^{8,9} y col., en 1966 reportaron que de 29 niños estudiados, la mitad presentaba abrasiones en cabeza, cara y cuello siendo la prevalencia y la localización de las lesiones la siguiente: cuero cabelludo 79%, cuello 59%, frente 52%, mejillas 49%, mandíbula 48% y labio superior 45 por ciento.

Skinner y Castle en 1967 publicaron que de 78 niños maltratados 34 presentaron traumatismos en cara y boca, incluidas 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.⁸

Baetz en 1977⁸ examinó 58 casos, de los cuales 43% sufrieron de traumatismos en cabeza; así, hubo hematomas, laceraciones, inflamación y fracturas craneales.

Becker y col., en 1978 reportaron que de 260 casos revisados, 49% presentaban traumatismos faciales, intraorales, o ambos.^{7,8,16}

Malcez en 1979⁸ describió 25 casos y encontró que 32% presentaron fracturas dentales, 14% laceraciones orales, 11% fracturas de maxilar o mandíbula y 5% quemaduras orales.

Fonseca en 1992¹⁶ reportó 1 248 casos con 75.5% de traumatismos en el área que nos ocupa, Jesseé en 1995¹⁷ reportó 266 casos de los cuales 66.9% presentaron traumatismos en cabeza, cara y boca y finalmente Murphy en 1998¹⁶ describió las lesiones como consecuencia de traumatismos en cara en 50% de sus casos y que las fracturas faciales se presentan en nariz (45%), mandíbula (32%) y complejo cigomático maxilar y órbitas (20.5%).

Asimismo, una situación interesante que debe tenerse presente es que se ha reportado que los niños con cualquier tipo de discapacidad son maltratados cuatro a 10 veces más que un niño que no lo es.¹¹

En México la Dirección General de Epidemiología informó que en 1998 en niños de uno a 15 años se presentó un 22.6% de lesiones en cráneo y 15.1% en cara.¹⁹

Los datos obtenidos en el Servicio de Estomatología del INP corresponden a la revisión específica de 52 pacientes.²⁰ De ellos, 27 (54%) sufrieron lesiones en cabeza, cara y boca.

En el cuadro 14-1 se muestran los datos descritos a nivel mundial.

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Frecuentemente la boca es traumatizada en casos de SNM particularmente por su significado psicológico: el niño habla, llora y come por medio de la boca.^{9,14,18,21} De esta manera, se hace uso de la violencia para silenciar al niño, dando como resultado indicadores clínicos como escaras en los labios, laceración de frenillo labial, producido por alimentación forzada con el biberón, laceraciones en paladar, quemaduras en mucosa oral causadas por alimentos extremadamente calientes o por sustancias cáusticas²¹ fracturas de corona y raíz, cambio de coloración del diente debido a daño pulpar, pérdida de órganos dentarios sin explicación razonable, anormalidad en desarrollo y erupción dental, fracturas de maxilar, mandíbula, o ambos (debe tenerse en cuenta que las fracturas faciales son raras antes de los cinco años de edad),²² movilidad y forma inadecuada de la lengua.^{5,8,18}

Cuadro 14-1. Datos epidemiológicos por autor, año y país

| Autor, año y país | Muestra | Observaciones |
|--|----------------------------|--|
| Caffey, 1946, EUA | 6 casos | Tres casos con traumatismo orofacial, 1 sangrado de encías, 2 abrasiones en cara |
| Skinner y Castle, 1967, EUA | 78 casos | 34 casos presentaron traumatismos en cara y boca |
| Cameron, 1969, EUA | 26 casos | Cuero cabelludo 79%, cuello 59%, frente 52%, mejillas 49%, mandíbula 48%, labio superior 45% |
| Baetz, 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 | 1 248 casos | 75.5% traumatismos orofaciales |
| Jesseé, 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, 1998 | 2 994 casos de 1 a 15 años | Traumatismos en cráneo 22.6%, cara 15.1% y cuello 1.2% |
| Servicio de Estomatología del INP, 2001-2002 | 52 casos | 54% manifestaciones en cabeza, cara y boca |

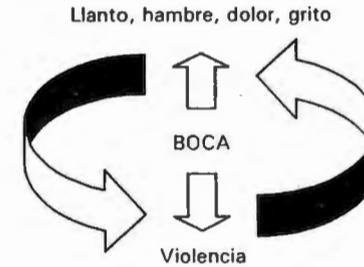


Fig. 14-1. Fisiopatología de maltrato en el área bucal.

La mayor parte de las lesiones pueden ser ocasionadas mediante el empleo de utensilios para la alimentación, manos, dedos, palos, cinturón, cables, etcétera⁹ (fig. 14-1).

DIAGNÓSTICO

Si bien en la odontopediatría habitualmente no se realiza una exploración completa del paciente, en estos casos se debe efectuar ante la sospecha del diagnóstico, basada en los hallazgos clínicos y comportamiento del niño.²³⁻²⁵

Para el tratamiento odontológico de un menor habitualmente se sigue el esquema clásico basado en la interrelación paciente-padres y estomatólogo,²⁶ aunado al ambiente, para así saber con qué tipo de paciente se está tratando. Como con cualquier otro paciente, es de gran ayuda en niños maltratados, además de poder reconocer las instancias de abuso físico, abuso sexual, envenenamiento o drogadicción intencional, síndrome de Münchausen por poder, negligencia dental, negligencia médica y maltrato emocional¹¹ (fig. 14-2).

La llave del diagnóstico se encuentra en los siguientes sucesos:

- La discrepancia entre la historia que da el padre o tutor y el tipo de traumatismo que presenta el niño a la inspección clínica.
- Antecedentes de traumatismos y sin atención médica.
- Historial de violencia intrafamiliar.
- Signos físicos de abuso.



Fig. 14-2. Triángulo de tratamiento odontopediátrico de Wrigth modificado.

- Observar la relación que existe entre el niño y los padres.
- Observar la reacción que tiene el niño ante la exploración.^{16,18,21,27-29,30}

Un punto importante para el diagnóstico es que tanto el estomatólogo como el personal que trabaja con él estén capacitados para realizar una impresión visual de los niños que entran al consultorio, ya que muchos de éstos son muy temerosos, observan constantemente su alrededor en busca de indicios de peligro, la cara puede estar inmóvil, no existen sonrisas espontáneas y generalmente no hay contacto visual. También se debe examinar la falta de higiene, talla baja con respecto a su edad, signos típicos de malnutrición como postura de fatiga con los hombros hacia delante, abdomen protuberante, cabello delgado y cara pálida.^{18,19}

Es posible observar si el niño tiene dificultades para subirse a la unidad dental o se le causa dolor al momento de levantarlo.

En lo que respecta a los indicadores de comportamiento, el estomatólogo debe conocer las manifestaciones de conducta de un niño maltratado; entre ellas se encuentran: desafío, agresión, depresión, ansiedad a la separación; en caso de que el niño exprese sentimientos, se expresan de una manera violenta. Puede mostrarse impredecible, tímido, temeroso, presentar poca estima, ser antisocial y llegar a presentar hábitos orales como succión del dedo, bruxismo y onicofagia.³¹

Respecto al padre o tutor, puede sentirse culpable o agresivo ante el interrogatorio, o bien declarar que él efectuó alguno de los traumatismos pero los demás no, en ocasiones el niño indica quién lo golpeó pero más frecuentemente relata la historia que se le ordenó, esto es por miedo o por lealtad hacia sus padres, por lo que se debe tener atención hacia los comentarios que haga el niño o el padre,^{9,12,29,30} además de que el padre o tutor puede tener antecedentes de drogadicción o alcoholismo,^{31,33} de haber estado en prisión, tener problemas maritales e intolerancia hacia las personas.³¹ En la figura 14-3 se esquematiza la sospecha de maltrato.

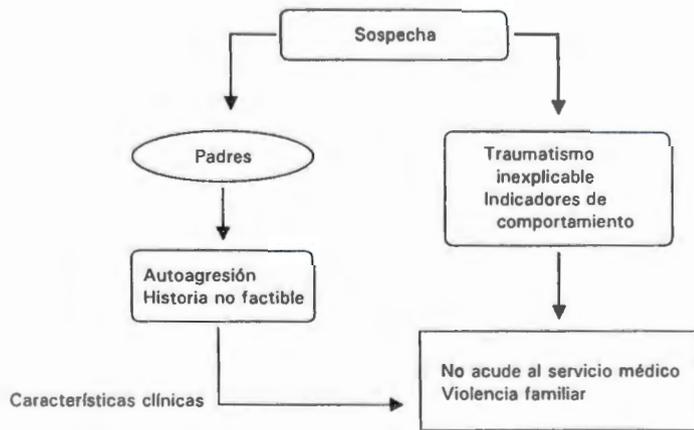


Fig. 14-3. Sospecha de maltrato en el consultorio dental.

Es importante recalcar que la no atención odontológica ha sido identificada como una consecuencia del maltrato y negligencia, sin embargo, la relación entre el maltrato infantil y la negligencia refiriéndose a la condición oral no ha sido determinada. Badger⁹ reportó que no existen diferencias entre niños maltratados y no, respecto al índice de caries.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Maltrato físico

Se debe realizar un examen físico cuidadoso de las áreas extraoral e intraoral.^{9,14,15}

Revisión extraoral. Se iniciará por el cráneo observando si existen hematomas; exostosis; hundimientos; fracturas; zonas de alopecia, desprendimiento del lóbulo de la oreja, o ambos.^{5-7,9,14,16,21}

Se prosigue con la inspección de la cara; inicie por el tercio superior de la misma; implantación del cabello, frente y cejas; siga con el tercio medio que involucra ojos, arcos cigomáticos, nariz y articulación temporomandibular. Posteriormente se revisa el tercio inferior que abarca la zona perioral, maxilar y mandíbula, incluida la búsqueda de ganglios²⁸ (fig. 14-4).

| Tercio superior Implantación frontal de cabello a crestas superciliares | | |
|---|----|----|
| Tejidos blandos | Sí | No |
| Abrasión | | |
| Laceración | | |
| Contusión | | |
| Quemadura | | |

| Tercio medio Glabella a subnasale | | |
|--------------------------------------|----|----|
| Tejidos blandos | Sí | No |
| Abrasión | | |
| Laceración | | |
| Contusión | | |
| Quemadura | | |

| Tercio inferior De subnasale a gnation | | |
|---|----|----|
| Tejidos blandos | Sí | No |
| Abrasión | | |
| Laceración | | |
| Contusión | | |
| Quemadura | | |

Fig. 14-4. Formas de recopilación de datos en el Servicio de Estomatología Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría para indicadores extraorales.

Revisión intraoral. Se examinan los paladares duro y blando, la mucosa de carrillos, el piso de boca, lengua, encías, mucosa alveolar y finalmente se examinan los órganos dentarios. En el cuadro 14-2 se describen las formas de recopilación de datos intraorales.

Las manifestaciones que generalmente se observan son: laceraciones (de lengua, encía, paladar, mucosa alveolar), úlceras o ambas; en cara: abrasiones, quemaduras, escaras, equimosis; en la región periorbitaria: fracturas de cráneo o nariz, hemorragia conjuntival o lesiones por mordeduras^{5,9,14-17,21} (cuadro 14-3).

Respecto a las mordeduras, el estomatólogo es de gran ayuda para su detección y evaluación. Se deben sospechar cuando existe equimosis, abrasión o laceración en forma elíptica, que contienen las marcas de los órganos dentarios; habitualmente las lesiones presentan un centro equimótico debido a la presión

Cuadro 14-2. Formas de recopilación de datos en el Servicio de Estomatología Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría, basada en la clasificación de Andreasen³⁰

| Tejidos blandos | Sí | No | Localización |
|-----------------|----|----|--------------|
| Abrasión | | | |
| Laceración | | | |
| Contusión | | | |
| Quemadura | | | |

| Lesiones de tejidos duros dentarios | Sí | 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 | Sí | No | O.D. |
|---------------------------|----|----|------|
| Concusión | | | |
| Subluxación | | | |
| Luxación intrusiva | | | |
| Luxación extrusiva | | | |
| Luxación lateral | | | |
| Exarticulación | | | |

| Lesiones de hueso de sostén | Sí | No | O.D. |
|------------------------------------|----|----|------|
| Conminución de la cavidad alveolar | | | |
| Fractura de la pared alveolar | | | |
| Fractura del proceso alveolar | | | |
| Fractura de mandíbula o maxilar | | | |

Cuadro 14-3. Indicadores orofaciales^{9,17,21,23,31}

| Cráneo | Cara | Boca |
|-------------------------------------|--|---|
| Fracturas | Hematomas | Fracturas dentoalveolares |
| Hematomas | Abrasiones | Desplazamiento anormal de órganos dentarios |
| Exostosis | Laceraciones | Cambio de color por daño pulpar |
| Hundimientos | Contusión | Úlceras traumáticas |
| Alopecia traumática | Equimosis | Abrasiones y quemaduras |
| Desprendimiento de lóbulos de oídos | Quemaduras | Laceraciones |
| | Mordidas | |
| | Fracturas | |
| | Cicatrices en diferentes estadios | |
| | Hemorragias retinianas | |
| | Eritema en piel | |
| | Marcas de mano, hebillas, cordones eléctricos, bates, raquetas, etc. | |

positiva de los labios y los dientes junto con la presión negativa de la lengua y la succión ejercida. En relación al tamaño de la mordedura, la distancia normal entre canino y canino superiores, es de 2.5 a 4 cm en un adulto.^{7,31,32}

Identifican secuelas de traumatismos mediante estudio radiográfico que evidencian fracturas recientes o en diferentes estados de solidificación; lesiones de órganos dentarios que estarán fracturados, desplazados o avulsionados sin una explicación lógica;^{10,13,15,31} asimismo, identifican el desarrollo dental anormal resultado de golpes anteriores, cambio en la coloración dental secundario a daño pulpar, fracturas condilares que ocasionan una mala oclusión, o ambas^{5,9,16,17,21} (figs. 14-5 a 14-8).

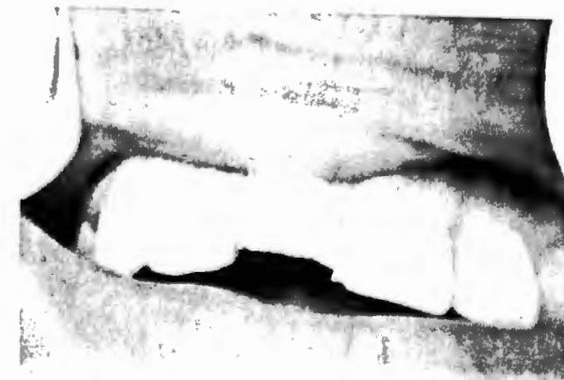


Fig. 14-5. Fractura incompleta de corona.



Fig. 14-6. Laceración de labio superior.



Fig. 14-7. Abulsión de órganos dentarios superiores.

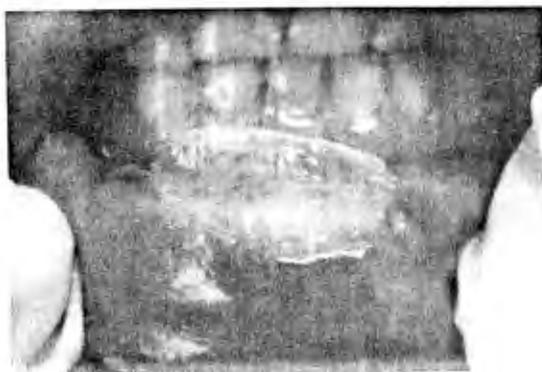


Fig. 14-8. Úlcera traumática en labio inferior.

En algunas ocasiones varias de estas características pueden presentarse al mismo tiempo o combinarse con otro tipo de lesiones y el diagnóstico de maltrato puede ser un poco más claro; sin embargo, en otras ocasiones la evidencia está inconclusa y el diagnóstico se convierte meramente en sospecha, por lo que se debe trabajar de una manera interdisciplinaria para llegar al diagnóstico acertado.²¹

Definiciones. A continuación se listan por orden alfabético los términos para describir las diferentes lesiones en el maltrato físico.

ABRASIÓN. Herida superficial producida por desgarre de piel o mucosa que deja una superficie áspera y sangrante.

CONCUSIÓN. Lesión de estructuras de sostén del diente sin movilidad o desplazamiento anormal del diente pero con evidente reacción a la percusión.

CONMINUCIÓN DE CAVIDAD ALVEOLAR. Compresión de la cavidad alveolar; se presenta con luxación intrusiva o lateral.

CONTUSIÓN. Golpe generalmente producido por un objeto romo y sin rompimiento de la mucosa, causando generalmente hemorragia en submucosa.

EXARTICULACIÓN. Desplazamiento completo del diente fuera del alveolo.

FRACTURA COMPLICADA DE CORONA Y RAÍZ. Fractura que afecta esmalte, dentina, cemento y expone a la pulpa dental.

FRACTURA COMPLICADA DE CORONA. Fractura que afecta esmalte, dentina y expone la pulpa dental.

FRACTURA DE MANDÍBULA O DE MAXILAR SUPERIOR. Pérdida de continuidad de cualquiera de estas estructuras que puede o no afectar a la cavidad dental.³⁰

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 INCOMPLETA. Infracción del esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.

FRACTURA NO COMPLICADA DE CORONA Y RAÍZ. Afecta esmalte, dentina, cemento y no afecta a la pulpa dental.

FRACTURA NO COMPLICADA DE CORONA. Pérdida de esmalte y dentina, pero sin exponer la pulpa dentaria.

LACERACIÓN. Herida superficial o profunda producida por un desgarramiento y generalmente causada por un objeto agudo.

LUXACIÓN EXTRUSIVA. Desplazamiento parcial del diente desde su alveolo.

LUXACIÓN INTRUSIVA. Desplazamiento del diente en el hueso alveolar. Esta lesión se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.

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

QUEMADURA. Lesión producida en los tejidos por el calor en sus diversas formas.

SUBLUXACIÓN. Lesión de las estructuras de sostén del diente con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento del diente.

Abuso sexual

La cavidad oral es un sitio en donde se pueden encontrar manifestaciones de abuso sexual; la presencia de lesiones por gonorrea o sífilis en niños es patognomónico de abuso sexual. El diagnóstico y el manejo integral deben efectuarse de una manera interdisciplinaria.

Si se observa eritema o petequias en la unión del paladar duro con el blando, puede ser manifestación de sexo oral.^{9,32}

En algunos casos es posible la detección de semen inmediatamente después de la exposición. Se debe tomar una muestra con un hisopo y realizar la prueba de laboratorio apropiada para establecer su presencia.

Negligencia

Se entiende como la consecuencia de descuido para cubrir o atender la necesidad de cuidado a la salud del menor. En la cavidad oral se manifiesta como caries, lesión del esmalte, infección oral o cualquier otra condición dental (traumatismos dentoalveolares y odontalgia) que imposibilite la alimentación, jugar, caminar e ir a la escuela.

Los indicadores que se sugieren para identificar son:

- Caries rampante no tratada.
- Odontalgia por infección dentoalveolar, gingivorragia o antecedentes de traumatismos.
- Ausencia de cuidados odontológicos en presencia de patología oral identificada.
- Ante un estado agudo o serio de patología bucodental el padre o tutor no provee un adecuado cuidado médico.
- La negligencia se exagera si se conjuga con pobreza, ignorancia o aislamiento.^{33,34}

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Las radiografías con las que el estomatólogo pediatra cuenta para corroborar algún tipo de lesión a nivel óseo o dental, tanto intraorales como extraorales, se muestran en el cuadro 14-4.

TRATAMIENTO

El objetivo del estomatólogo pediatra es llevar a cabo, una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento especializado encaminado a educar al paciente, al

Cuadro 14-4. Auxiliares de diagnóstico

| Tipo de radiografía | Hallazgo |
|------------------------------|---|
| Periapical | Lesión periapical, fractura radicular y alveolar, desplazamiento dental, avulsión dental |
| Oclusal | Desplazamiento de varios órganos dentarios, fracturas de maxilares, impactación de cuerpos extraños |
| Ortopantomografía | Fractura mandibular y subcondilar, desplazamiento dental, osteomielitis, cuerpos extraños (radioopacos) |
| Lateral oblicua de mandíbula | Fracturas mandibulares |
| Towne | Fractura submandibular |

padre o tutor hacia la importancia en el cuidado de la salud bucal. Lo más importante es establecer la comunicación y brindar la seguridad y confianza para que la atmósfera sea agradable, esperando obtener una relación interactiva, equilibrada y armoniosa en la cual se establezca un puente en el que el paciente y los familiares se apoyen para lograr el beneficio máximo de la salud integral.

Es indispensable recordar que la conducta del paciente se encuentra alterada y en cualquier momento puede presentar cambios emocionales, sobre todo si el paciente siente dolor y se angustia en cada una de las sesiones de operatoria. El reforzamiento positivo de la conducta es la premisa para mantener su equilibrio emocional. La calidad y la calidez de atención durante cada una de las citas es fundamental, así como el seguimiento en cada caso.

Se debe recordar que la atención de este menor debe ser interdisciplinaria con el resto de profesionales que constituyen el grupo especializado para su atención. En el INP corresponde a CAINM-INP-UNAM.

PREVENCIÓN

- El objetivo principal del diagnóstico y reporte de maltrato infantil no es el castigo al padre, tutor o pariente que ocasiona el maltrato, sino prevenir la violencia a futuro y evitar hasta la muerte del niño.⁵
- Por medio del conocimiento e información del tema, el estomatólogo pediatra puede:
 - Reconocer la posibilidad de maltrato.
 - Proporcionar tratamiento dental de urgencia y planear tratamiento oral integral.
 - Informar al pediatra tratante.
 - Informar a las autoridades.²¹
- Participar y realizar programas de educación médica continua sobre el tópico.^{10,21,33,35}
- Debido a que los pediatras reciben un entrenamiento mínimo acerca de la salud oral, traumatismos dentales y enfermedades orales, tal vez no puedan detectar alteraciones dentales importantes como en otras áreas

del cuerpo. Por ello, los pediatras y los estomatólogos, deben colaborar conjuntamente para mejorar la detección y tratamiento de estas condiciones, pero fundamentalmente trabajar en prevención de esta patología.^{9,11,32,33,36-38}

5. Los equipos multidisciplinarios ocupados en este tema deben tener en cuenta a los estomatólogos para realizar diagnósticos y tratamientos exitosos en lo que respecta al área.^{9,14}
6. Incluir en la exploración rutinaria el examen extraoral e intraoral ante la sospecha de maltrato.^{14,15}
7. En situación de negligencia, informar a los padres acerca de los riesgos y complicaciones que puede tener el niño en caso de no ser atendido adecuada y oportunamente.³³
8. Es necesario reconocer el dolor y las dificultades que confrontan las familias y así ofrecer una asistencia constructiva. El objetivo es ser útil.¹³

BIBLIOGRAFÍA

1. Loredó-Abdalá A, Reynés MJ, Carbajal RL y cols. El niño maltratado: una realidad actual en México. *Acta Pediatr Mex* 1984;5:28-37.
2. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Perea-Martínez A, Bustos-Valenzuela V. Maltrato al menor: un problema mundial de salud pública. *Salud Pública Méx* 2000;42:273-274.
3. 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 Méd Hosp Infant Méx* 2001;58:205-215.
4. Loredó-Abdalá A. El maltrato al niño: algunas consideraciones éticas sobre su atención. *Bol Méd Hosp Infant Méx* 1993;50:898-902.
5. Schwartz S, Woolridge E, Stege D. Oral manifestations and legal aspects of child abuse. *JADA* 1977;95:586-591.
6. Badger GR. Caries incidence en child abuse and neglect. *Ped Dent* 1986;8:101-104.
7. Becker DB, Needleman HL., Kotelchuck M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. *JADA* 1978;97:24-28.
8. Needleman HL. orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and dental profession's involvement. *Ped Dent* 1986;8:71-79.
9. 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.
10. Sfikas PM. Reporting abuse and neglect. *JADA* 1999;130:1797-1799.
11. Waldman HB, Swerdloff M, Perlman SP. A "dirty secret" the abuse of children with disabilities. *ASDC* 1999(may-jun):197-201.
12. Carrotte PV. An unusual case of child abuse. *Br Dent J* 1990;168:444-445.
13. Dubowitz H, Newbwerger E. Sequelae of reporting child abuse. *Pediatric Dentistry (Special Issue 1)*. 1986;8:88-92.
14. Kittle P, Richardson D. Two children abuse/child neglect examinations for the dentist. *ASDC* 1981(may-jun):175-180.
15. Kittle P, Richardson D. Examining for child abuse and child neglect. *Pediatr Dentistry (Special Issue 1)* 1986;8:80-82.
16. Welbury RR, Murphy JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 2. The orofacial sign of abuse. *Br Dent J* 1998;184:61-65.
17. Jessee SA, Rieger M. A study of age-related variables among physically abused children. *ASDC J Dent Child* 1996;63(4):275-80.

18. Fonseca MA, Feigal RJ, Benseal RW. Dental aspects of 1 248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Ped Dent J* 1992;14:152-157.
19. Loredó-Abdalá A. Maltrato en el niño. México: McGraw-Hill Interamericana, 2001.
20. Monter-García MA, Escudero-Castro A, Loredó-Abdalá A, De la Teja-Ángeles E. Tesis. Indicadores orofaciales en el síndrome del niño maltratado. México: Instituto Nacional de Pediatría, 2003.
21. 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.
22. Iechomski JA. Fracturas maxilofaciales en la infancia. *Rev Hosp Niños B Aries* 2001;191:40-48.
23. Schmitt B. Physical abuse: specifics of clinical diagnosis. *Ped Dent J* 1986;8:83-87.
24. Welbury RR, Murphy JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 3. Reporting and subsequent management of abuse. *Br Dent J* 1998;32:115-119.
25. Jessee SA. behavioral indicators of child maltreatment. *ASDC* 1999(jan-feb):17-22.
26. Wright GZ. Psicología de la conducta infantil. En: McDonald R (ed). *Odontología pediátrica y del adolescente*. 6a. ed. Madrid: Médica Panamericana, 1995.
27. Schmitt BD. Types of child abuse and neglect: an overview for dentist. *Pediatr Dentistry (Special Issue 1)* 1986;8:67-70.
28. Medina ME, Berenzon S. El papel del alcoholismo en las violencias. *Gac Méd Méx* 1999;3:282-290.
29. Canut JA. Ortodoncia. Barcelona: Masson, 2000:136-138.
30. Andreasen JO. Lesiones traumáticas de los dientes. Barcelona: Labor, 1977:1-24.
31. Wagner G. Bitemark identification in child abuse cases. *Ped Dent* 1986;8:96-100.
32. Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 1986;78:537-539.
33. Loochtan R, Bross D, Domoto PK. Dental neglect in children: legal aspects, and challenges. *Ped Dent J* 1986;8:113-116.
34. Jessee SA. Risk factors as determinants of dental neglect in children. *ASDC J Dent Child* 1997;64(1):17-20.
35. Waldman BH. Child abusers, the abused and murdered: in our nation and your state. *ASDC J Dent Child* 1997;64(2):169-175.
36. Adair SM, Yasreby S, Wray I, Hanes C, Sams D, Russell C. Demographic, educational, and experimental factors associated with dentist decisions to report hypothetical cases of children maltreatment. *Ped Dent* 1997;19(8):466-469.
37. Jessee SA, Martin RE. Child abuse and neglect: assessment of dental students' attitudes and knowledge. *ASDC J Dent Child* 1998;65(1):21-24.
38. Needleman HL, MacGregor S, Lynch LM. Effectiveness of a statewide child abuse and neglect educational program for dental professionals. *Ped Dent* 1995;17(1):41-45.