



Cad Aten Primaria  
Año 2009  
Volume 16  
Páx. 28-36

## Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil

Jesús Mariño Míguez

Médico-Estomatólogo. Odontólogo de A.P. Centros de Salud de Riveira y Pobra (A Coruña)

M<sup>a</sup> Concepción Sieira Fernández

Médico y Odontólogo. Práctica privada de Odontopediatría en Boiro (A Coruña)

Admitido para publicación en outubro de 2008

### INTRODUCCIÓN

Lógicamente, se piensa en el niño como el ser componente de un núcleo familiar, del que recibe de forma natural y espontánea, todas las atenciones afectivas y materiales que necesita para su normal desarrollo. Pero en ocasiones, dicho núcleo se torna hostil con el menor y los resultados son: el abandono, el maltrato de palabra y de hecho, el abuso sexual, e incluso la muerte.

El maltrato a los niños es un grave problema social, con raíces culturales y psicológicas, que afecta a toda la humanidad. Y puede producirse en familias de cualquier nivel económico y educativo.

Este problema, a través de los tiempos se ha tratado de racionalizar con las justificaciones más variadas; desde prácticas y creencias religiosas, motivos de disciplina y educación, hasta incluso por fines económicos.

El caso, es que hasta 1980, el maltrato infantil no comenzó a considerarse como una prioridad y a diseñarse estrategias para su prevención.

### DEFINICIÓN

Maltrato, es la acción (lo que se hace), omisión (lo que se deja de hacer), o trato negligente (lo que se hace de forma inadecuada), no accidental, a un menor de edad, que lo priva de sus derechos y su bienestar. Amenazando y/o interfiriendo el ordenado desarrollo físico, psíquico o social del niño. Y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

### ETIOLOGÍA

La causa del maltrato infantil está determinada por la interacción de factores individuales (del adulto y del propio niño), familiares y socio-

culturales, que a veces confluyen en un momento determinado y en una misma familia, produciendo en los padres o cuidadores, un comportamiento destructivo del proceso normal de crecimiento, desarrollo y bienestar del menor.

1.- **Factores Individuales:** Son las características que afectan negativamente a la persona en su calidad de cuidador o educador y/o entorpecen la interpretación correcta de la necesidad real del niño.

Pueden ser:

#### A.- Del Adulto:

- a.- Antecedentes de haber sufrido malos tratos en su infancia.
- b.- Trastornos emocionales, mentales o físicos.
- c.- Bajo nivel intelectual.
- d.- Problemas de ludopatía, drogodependencia o alcoholismo.
- e.- Poca habilidad en la resolución de conflictos.
- f.- Falta de empatía y sensibilidad.
- g.- Baja tolerancia al stress.
- h.- Estilo de comportamiento rígido.
- i.- Respuestas desproporcionadas e impulsivas ante estímulos ambientales.

#### B.- Del Propio Niño:

- a.- Déficit físico o psíquico.
- b.- Enfermedad neurológica congénita o adquirida.
- c.- Retraso en el desarrollo.
- d.- Comportamiento difícil.
- e.- Insatisfacción de las expectativas de los padres.

2.- **Factores Familiares:** Son las características alteradas de la estructura y composición familiar y de la interacción madre/padre con el hijo.

Pueden ser:

- a.- Conflictos conyugales.
- b.- Familia desestructurada.

#### CORRESPONDENCIA:

Jesús Mariño Míguez Ruá Principal, 73-1º  
15930-BOIRO (A Coruña)  
susguez@yahoo.es

- c.- Hijo no deseado.
- d.- Desconocimiento de las necesidades del niño.
- e.- Expectativas no realistas con respecto al comportamiento del niño.
- f.- Percepción negativa del hijo por parte de los padres.

3.- **Factores Socio-Culturales:** Son las características comunitarias, extrafamiliares, que ejerciendo un importante papel sobre el funcionamiento familiar, a veces pueden transformarse en una verdadera fuente de stress.

Pueden ser:

- a.- La pobreza y el desempleo.
- b.- La insatisfacción laboral.
- c.- El aislamiento social.
- d.- El concepto variable de castigo infantil.
- e.- La actitud social inadecuada hacia los niños.

## CLASIFICACIÓN

A.- **Maltrato Prenatal:** Aquí se incluirán:

- 1.- La gestación rechazada (sin control médico, con alimentación deficiente, el aborto, etc.).
- 2.- Los padres con enfermedades de transmisión, toxicómanos, alcohólicos, etc.

B.- **Maltrato Postnatal:** Que integrará:

- 1.- **El Abuso Físico:** Acción intencionada, no accidental, que un adulto provoca en un niño, de forma única o repetida, usando cualquier medio que infrinja al menor una lesión corporal o enfermedad.
- 2.- **El Abuso Sexual:** Cualquier clase de placer sexual con un niño, por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (penetración o tocamientos) para considerar que es abuso, basta con utilizar al niño como objeto de estimulación sexual.
- 3.- **El Abuso Emocional:** Hostilidad verbal o no verbal, reiterada, del padre, madre o cuidador, hacia el niño; en forma de insultos, amenazas, rechazos, desprecios, humillaciones, burlas, críticas, acoso, aislamiento, etc.; que causa o puede causar un deterioro en la estabilidad y desarrollo emocional, social o intelectual del menor.
- 4.- **La Omisión y la Negligencia:** Ocurren cuando las necesidades básicas del menor, tanto físicas (alimentación, higiene, sanidad, educación, vestido, etc.) como emocionales (afecto, estimulación, apoyo, protección, etc.), no son atendidas adecuadamente por el padre, madre, cuidador o responsable. O cuando alguno de éstos, permite conscientemente que el niño sufra.
- 5.- **La Explotación Laboral:** Incluye aquellos casos en que los niños son explotados trabajando (mendicidad, venta ambulante, etc.) o en la prostitución infantil.

C.- **Maltrato Institucional:** Que será cualquier procedimiento, acción u omisión, procedente de los poderes públicos, o de la actuación individual de un profesional, que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, o la correcta maduración del niño. O que viole sus derechos básicos.

## DIAGNÓSTICO

El menor víctima de malos tratos, preferentemente, lo es antes de los 3 años. Aunque, generalmente, se puede afirmar que las cifras más elevadas de morbilidad y mortalidad en un niño maltratado, ocurren antes de los 12 años de edad.

Entre un 60-70% de los casos, las víctimas presentan lesiones en cabeza, cuello, cara y boca. Quizás por ser áreas anatómicas que están más al alcance del agresor y además, muy relacionadas con la nutrición y la comunicación.

En nuestra exposición y gracias a la Especialidad que nos ocupa y preocupa, vamos a centrarnos, sobre todo, en dichas áreas mencionadas.

Así pues, para establecer un Diagnóstico de Maltrato Infantil, trataremos de localizar una serie de Indicadores típicos que, estudiados individualmente y en conjunto, nos aportarán una cantidad de datos tal, que nos permitirán confirmar o descartar, con un alto porcentaje de aciertos, la existencia del maltrato.

Dichos **Indicadores** se clasifican en:

A.- **Indicadores Físicos o Corporales en el Niño Maltratado:**

- a) Lesiones por Abuso Físico.
- b) Lesiones por Abuso Sexual.
- c) Lesiones por Negligencia Dental.

B.- **Indicadores del Comportamiento en el Niño Maltratado.**

C.- **Indicadores del Comportamiento en el Adulto Maltratador.**

### Lesiones por Abuso Físico en Cabeza, Cara, Cuello y Boca:

Muchas de las lesiones que vamos a detallar en este apartado, pueden ser difíciles de diferenciar de las equivalentes producidas accidentalmente. Pero debemos estar alerta ante aquellas lesiones múltiples, en distintas fases de curación; las inapropiadas para el estado de desarrollo del niño; o las discrepantes con el historial relatado.

1.- **Lesiones en la Cabeza:**

Áreas de Alopecia Traumática, por golpes o tracción violenta del pelo.

- Más frecuentes en las regiones frontal y parietal (Figura 1).



FIGURA 1

Alopecia traumática

- *Traumatismos Cráneo-Encefálicos*, que suelen ser múltiples y derivar en daños intracraneales graves. Aparecen en 1 de cada 5-6 niños maltratados. Y suelen ser la causa de muerte violenta más frecuente en menores de 1 año (Figura 2).



FIGURA 2

Traumatismo craneoencefálico

- *Hemorragias Subdurales o Subaracnoideas*, son postraumáticas y producen frecuentes secuelas neurológicas. Incluimos en este apartado el Síndrome del Niño Sacudido, producido por la sacudida violenta del menor que da lugar a una rápida aceleración y desaceleración de la cabeza y puede provocar un Hematoma Subdural o una Hemorragia Subaracnoidea; situando la tasa de mortalidad en un 20-25% (Figura 3).



FIGURA 3

Síndrome del niño sacudido

## 2.- Lesiones en la Cara:

- *Hematomas*, sobre todo en la región lateral de la cara (mayor sospecha si son bilaterales), de forma y tamaño variables y en diferentes estados evolutivos por haberse originado en distintos momentos.

A veces presentan la "imagen en espejo", es decir, reflejan la forma del objeto agresor (Figura 4).



FIGURA 4

Imagen en espejo

- *Desgarros y Arañazos*, son frecuentes en nariz y orejas, pudiendo originar coágulos nasales, desviaciones del septo, deformaciones e incluso arrancamiento del ala nasal o del pabellón auricular (Figura 5).



FIGURA 5

Desgarro pabellón auricular

- *Equimosis*, frecuentes en el surco geniano y periorbitarias, acompañadas de hemorragias múltiples de la esclerótica (las provocadas suelen ser bilaterales) (Figura 6).
- *Traumatismos del Esqueleto Facial*, que pueden manifestarse como contusiones, sobre todo en frente y mentón; fractura de los huesos propios de la nariz que al consolidar inadecuadamente producen un deformidad típica; fracturas de maxilar, mandíbula o cóndilos, provocando asimetrías faciales y/o limitación de los movimientos mandibulares; etc (Figura 7).
- *Mordiscos*, sobre todo en mejillas, punta de la nariz y pabellón auditivo.



FIGURA 6

Equimosis esclerótica y periorbitaria

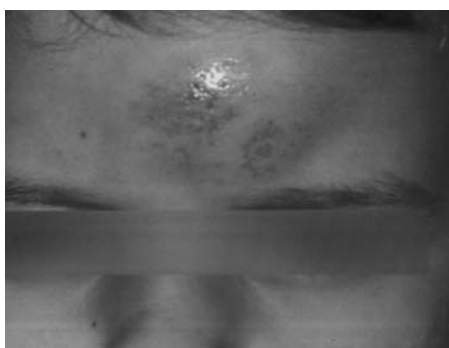


FIGURA 7

Traumatismo esqueleto facial

Estas lesiones pueden estar relacionadas tanto con el abuso físico como con el sexual.

Serán sospechosos de ser provocados por un adulto, cuando las huellas que dejan los caninos (las más profundas de la marca de la mordida), tengan una separación entre ambos, mayor de 3 centímetros; o cuando la forma del mordisco sea elíptica u ovoidal, con un área central de equimosis (producida por una presión positiva al cerrar los dientes y romper capilares, o por una presión negativa al succionar o rozar con la lengua). Además, a diferencia de otros animales carnívoros, la mordedura humana comprime los tejidos pero rara vez los desgarran (Figura 8).



FIGURA 8

Mordeduras

### 3.- Lesiones en el Cuello:

- *Estigmas ungueales*, frecuentes en esta zona, en forma de arañazos o escoriaciones lineales o semilunares, por tentativas de estrangulamiento (Figura 9).



FIGURA 9

Estrangulamiento

### 4.- Lesiones en la Boca:

- *Hematomas, Edemas y Cicatrices*, sobre todo peribucales y en las comisuras, por intentos de amordazar al niño. O acompañados de laceraciones del labio superior con desgarramiento del frenillo, por golpes o actos violentos al tratar de silenciar al menor con la mano (Figura 10).



FIGURA 10

Edema peribucal

- *Quemaduras*, que son las lesiones más espectaculares de piel y mucosas, y que además provocan una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. Suelen producirse por contacto forzado con un líquido o sólido demasiado calientes, una sustancia cáustica, cigarrillos, plancha, etc. La localización más frecuente es a nivel de orificios nasal y bucal, labios, encías, paladar y lengua (Figuras 11-13).
- **Laceraciones y Contusiones**, frecuentes en labios, frenillos, mucosa yugal, gingival o palatina; consecuencia de golpes directos o introducción violenta de un tenedor, cuchara o biberón. Y que, muchas veces, también producen fracturas y movi-

lizaciones dentales y/o alveolares, e incluso avulsiones (Figuras 14-16).



FIGURA 11

Quemadura

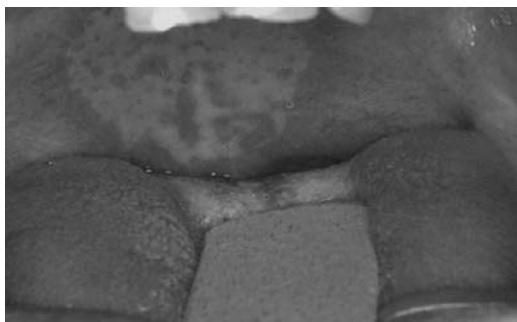


FIGURA 12

Quemadura

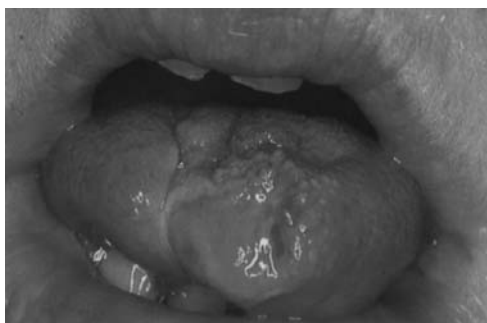


FIGURA 13

Quemadura



FIGURA 14

Laceración labial



FIGURA 15

Laceración gingival

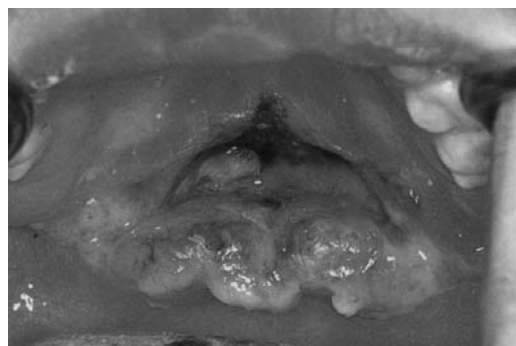


FIGURA 16

Laceración palatina

- **Traumatismos linguales**, generados por bofetadas que produzcan el cierre violento de la mandíbula sobre el maxilar superior, atrapando a la lengua entre ambos (Figura 17).



FIGURA 17

Traumatismo lingual

#### Lesiones por Abuso Sexual en el Área Oro-facial:

La cavidad oral y su entorno, es un lugar que frecuentemente muestra lesiones provocadas por un abuso sexual. Siendo las más habituales:

- 1.- **Eritema o Petequias:** Sobre todo en la unión del paladar duro con el blando. Pueden acompañarse de un desgarramiento del frenillo lingual.

Cuando no tienen una explicación aparente, podemos sospechar que han sido generadas por sexo oral forzado (felación) (Figura 18).

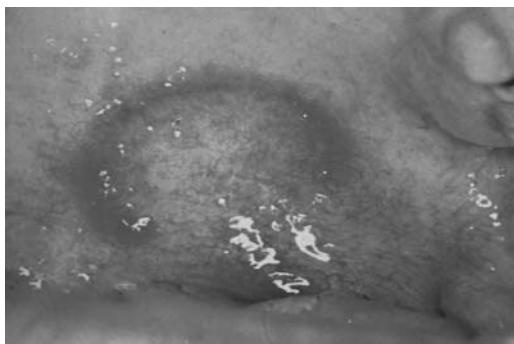


FIGURA 18

Eritema en paladar

2.- **Condiloma Acuminado Oral o Perioral:** Debe alertarnos de un posible abuso sexual (Figura 19).

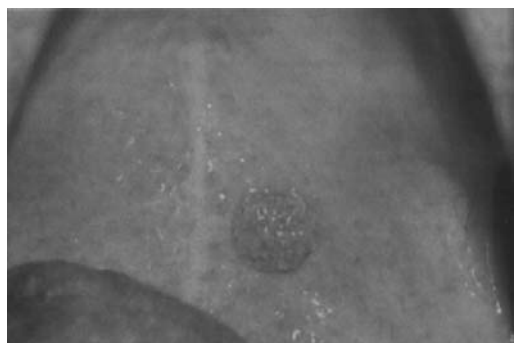


FIGURA 19

Condiloma oral

3.- **Gonorrea Oral o Perioral:** Su presencia en un niño prepuberal, es patognomónico de abuso sexual.

Cuando en un menor se sospeche de una Gonorrea, se deberán hacer los cultivos apropiados en la cavidad oral para descartarla, aunque no se observen lesiones.

4.- **Semen en Cavidad Oral:** Este fluido puede permanecer en dicha cavidad, incluso varios días, después del abuso sexual. Por ello, ante un probable maltrato de este tipo, debe pasarse un hisopo de algodón por la mucosa oral y la lengua, para que luego el laboratorio nos certifique si hay restos o no de semen.

#### Lesiones por Negligencia Dental:

**Negligencia Dental,** es la falta consciente y/o premeditada por parte de los padres, cuidadores o responsables del menor, en buscar y cumplir el tratamiento odontológico necesario para proporcionar al niño, el nivel de salud oral adecuado en el normal funcionamiento de la cavidad bucal, libre de dolor e infección; y la prevención de los efectos adversos que, de otro modo, pudieran aparecer en la comunicación, nutrición, aprendizaje y desarrollo de dicho menor.

Se considerará que ya es **negligente** cuando, aquel padre, madre, cuidador o responsable del niño, después de haber sido debidamente informado por un profesional de la salud oral, acerca de la naturaleza, extensión y posibles complicaciones de la patología que presenta el menor; así como del tratamiento específico que precisa, los medios necesarios para obtenerlo e incluso, de cómo buscar los mejores recursos para conseguirlo, se niega a actuar o aceptar su ejecución.

En este apartado, una llamada de atención para algunos casos en que la negligencia parte del profesional, cuando, inadecuada e incomprensiblemente, aconseja al responsable del menor que presenta patología en la dentición temporal, el no tratarla y esperar al recambio dentario, aún a pesar de que su estadio sea muy temprano.

Así pues, sospecharemos de **Negligencia Dental** cuando en la exploración oral del niño, nos encontremos con lesiones como: Caries, de aparición temprana, extensas, múltiples y en distintas fases de evolución (Figuras 20 y 21); Infecciones, con abscesos y fístulas, repetitivos (Figuras 22-24); Periodontitis, frecuentemente avanzada (Figura 25); Restos Radiculares, en ambas arcadas (Figuras 26 y 27); Apiñamientos Dentarios, exagerados y con abundante placa bacteriana (Figura 28); etc.



FIGURA 20

Caries



FIGURA 21

Caries

**Indicadores del Comportamiento en el Niño Maltratado:**

Aunque no son específicos en todos los casos, cuando aparecen en un menor, debemos considerar la posibilidad de encontrarnos ante un maltrato.



FIGURA 22

Infecciones



FIGURA 23

Infecciones

El niño víctima de este abuso reiterado, va a generar una amplia variedad de respuestas cognitivas, conductuales, psicológicas y de interrelación. Son los Indicadores que, ante las acciones violentas, bruscas, repentinas pero prolongadas y repetitivas que sufre, llegan a superar los márgenes habituales y tolerables de su persona y los manifiesta como mecanismos de auxilio y supervivencia:



FIGURA 24

Infecciones

- 1.- Alteración de los patrones normales de nutrición y desarrollo póndero-estatural.
- 2.- Persistente falta de cuidado corporal e higiene.
- 3.- Recelo o temor, cuando el médico se le acerca, protegiéndose la cara con las manos o antebrazos; o cerrando los ojos (imaginándose que es una situación semejante a cuando le castigan o golpean).

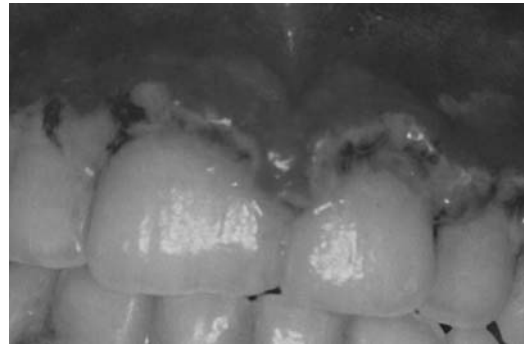


FIGURA 25

Periodontitis

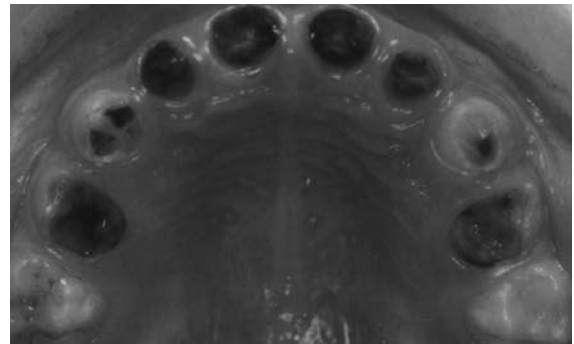


FIGURA 26

Restos radiculares



FIGURA 27

Restos radiculares

- 4.- Mirada fija, casi paralizada, fría, siguiendo a cada movimiento que el médico realiza.
- 5.- Dificultad en la concentración. Retraso en el lenguaje y el aprendizaje.

- 6.- Complejo de inferioridad, baja autoestima, miedo, ensimismamiento. Trastornos del sueño.
- 7.- Absentismo escolar. Adicciones. Robos.
- 8.- Depresión constante. Ansiedad. Ideas suicidas.
- 9.- Docilidad expresiva y actitud evasiva. O agresividad verbal y mentiras.
- 10.- Si se trata de un bebé o niño de corta edad, manifiesta su rechazo llorando insistentemente cuando se le aproxima una persona determinada (su maltratador), dejándola en evidencia mediante el único mecanismo de defensa social que posee, su llanto.

#### Indicadores del Comportamiento en el Adulto Maltratador:

La edad media del agresor, suele encontrarse entre los 30-40 años. Siendo con más frecuencia, el padre biológico de la víctima.

Muchas veces, el maltratador tiene un comportamiento social perfectamente normal pero, por la causa que sea, dota de características reales o supuestas al menor y esto desencadena el maltrato.

El adulto abusador, en su comportamiento, también puede presentar una serie de Indicadores que nos alerten razonablemente sobre su posible culpabilidad:

- 1.- Suele existir una demora inexplicable, ante la patología que presenta el menor y la procura de asistencia médica. El responsable del mismo, mostrará poco interés por la seriedad de las lesiones y su evolución, no acudiendo con el niño a los servicios sanitarios hasta que aparezcan las manifestaciones más alarmantes.
- 2.- En otras ocasiones, es todo lo contrario; el responsable muestra una gran preocupación por las lesiones del menor, con actitudes de sobreprotección hacia éste (lo que dificulta la sospecha de culpabilidad de maltrato en una persona tan aparentemente preocupada por el bienestar del niño).
- 3.- Generalmente, existe una incongruencia evidente entre los hallazgos clínicos de las lesiones que presenta la víctima y las explicaciones simplistas que da el responsable, sobre su origen.
- 4.- Normalmente, el padre que maltrata no se presenta en el consultorio con el menor, para evitar cualquier confrontación con el médico. Pero si se presenta, se mostrará excesivamente autoritario, respondiendo él a las preguntas que se le hacen al niño; negándose rotundamente a salir del gabinete y dejar a éste sólo.
- 5.- Sin embargo, la madre que maltrata sí suele acompañar a la víctima al consultorio. Pero muestra un gran desinterés durante la anamnesis. Aunque si el menor presenta una actitud reticente o de mal comportamiento, no es raro que ella reaccione pellizcándole en el brazo, zarandeándolo, o incluso dándole una bofetada.
- 6.- Cuando se le pregunta sobre un hallazgo sospechoso en el niño, la madre puede exhibir un intenso nerviosismo y caer en contradicciones.



FIGURA 28

Apiñamientos dentarios

- 7.- Un indicador muy importante de la madre agresora, es la falta de interés por la salud buco-dental del menor. Aduce que lo trae a la consulta por indicación del padre, ya que a ella le parece un gasto inútil el tratar unos dientes que....."total se van a caer solos".....

#### CONSIDERACIONES FINALES

Es responsabilidad de toda sociedad civilizada y democrática, garantizar la protección y seguridad necesarias a sus menores para que logren un correcto crecimiento y un adecuado desarrollo integral.

Como hemos expuesto, en el maltrato infantil se implica un desorden médico-socio-psicológico y, por tanto, de una forma especial todos los profesionales de la salud estarán involucrados en este tema. En el caso concreto del Odontólogo y el Estomatólogo, teniendo en cuenta que más de la mitad de los niños maltratados presentan lesiones en cara, cuello o boca, encontrarse en situación de primera línea es evidente; debiendo estar alerta ante la aparición de un paciente menor que sea portador de Indicadores sospechosos de maltrato y teniendo la responsabilidad de registrar la mayor información posible sobre los diferentes aspectos, manifestaciones y secuelas que presente la víctima. Para, con todo ello, realizar una adecuada colaboración en la denuncia de estos hechos.

Los esfuerzos que, entre todos, empleemos en fortalecer la capacidad de detectar abusos o negligencia hacia un menor y/o de prevenir que éste siga siendo nueva y reiteradamente fruto de las amarguras, insatisfacciones y violencia del maltratador, se verán bien recompensados al reconocer al niño con un correcto y equilibrado desarrollo y una apariencia física y emocional tranquilizadora.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. PINDBORG J. J. "Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral". MASSON-SALVAT. 1994; 1:30, 44; 14:312.
2. STRASSBURG M., KNOLIE G. "Mucosa Oral. Atlas a Color de Enfermedades". MARBAN. 1996; 5:133; 32:721-735.
3. PAULETE VANRELL J., SCAGLIA DE PAULETE S. "Aspectos de la Violencia contra el Niño". MED. FOR. ARG. 1997; 18(38):6-11.



4. WEBURY R. "Paediatric Dentistry". OXFORD. 1997; 11:249-251.
5. REYNALDO DE FIGUEIRIDO L., FERELLE A., ISSAO M. "Odontología para el Bebé". AMOLCA. 2000; 5:78-80; 6:100-102; 8:132-135.
6. VAN WAES H., STÖCKLI P. "Atlas de Odontología Pediátrica". MASSON. 2002; 3:51-54; 5:86-89; 6:113; 11:252: 14:289-294.
7. BOJ J. R., CATALA M., GARCÍA BALLESTA C., MENDOZA A. "Lesiones por Malos Tratos. Odontopediatría". MASSON. 2004; 35:423-436.
8. KELLOGG N., COMMITTE ON CHID ABUSE AND NEGLECT. "Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect". PEDIATRICS. 2005; 116:1565-1568.
9. BARBERÍA LEACHE E. "Atlas de Odontología Infantil". RIPANO. 2005; 4:65-72; 7:108-115.
10. LEYDA MENÉNDEZ A. M. "Abusos Físicos en los Niños. Traumatología Oral". CONS. GRAL. COL. ODONT.- ESTOM. 2008; 19:1-15.