

Maltrato infantil y Odontología: de la identificación al reporte del caso

Porro Pérez R*, Labajo González E**, Martínez Pérez EM***, Planells del Pozo P****

RESUMEN

Introducción. El maltrato infantil sigue siendo un problema prevalente en la sociedad. Para su detección, el odontólogo debe conocer tanto los signos y síntomas que pueden desencadenar un diagnóstico de sospecha como la manera de reportar el caso para su investigación.

Material y métodos. Se ha llevado a cabo una revisión sistemática en función de los criterios PRISMA. Los artículos originales se obtuvieron en la base de datos *BUCea* y a través del catálogo *Cisne* de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Resultados. Existen numerosas clasificaciones para el estudio del maltrato infantil. La mayoría atendiendo a su tipología: en función del momento en el que se produce, del autor del mismo o de la acción en sí. Más de la mitad de las lesiones producidas en el maltrato infantil se concentran en la región craneofacial; es por ello que existen aspectos orales del maltrato a los que el odontólogo debe prestar especial atención.

Conclusiones. Tras el estudio de las posibles lesiones que pueden hacer sospechar al odontólogo que está ante un caso de maltrato infantil, se vuelve especialmente importante la manera de recoger dicha información para que sea evaluada por las autoridades. Para ello es imprescindible conocer la cumplimentación del parte de lesiones.

En este artículo, se propone un modelo de parte de lesiones específico para el odontólogo que pretende facilitar la recogida de los datos observados en el paciente infantil víctima de malos tratos.

Palabras clave: lesiones orales, abuso infantil, maltrato infantil, signos orales, maltrato infantil, discapacitados.

ABSTRACT

Introduction. Child abuse is still a prevalent problem in the society. In order to be detected, the dentist should be aware of every sign and symptom that could be used to make a diagnosis of suspected child abuse, along with the way to report it, in order to be investigated.

Material and methods. A systematic review has been carried out according to the PRISMA criteria. The original articles were obtained in the *BUCea* database, through the *Cisne* catalogue from the Dentistry School of Universidad Complutense of Madrid.

Results. There are a myriad of classifications for the child abuse research. Most of them are classified according to their typology: either by the time it is produced, the author or the activity itself. More than half of the injuries produced by child abuse are concentrated in the craniofacial region. For this reason, there are oral aspects of child abuse which should be considered by the dentist.

Conclusions. After analysing the possible injuries which might alert the dentist that he/she is facing a child abuse case, the way to gather such information in order to be assessed by the authorities becomes particularly important. Therefore, knowing how to fill an injuries report is essential. In this article, a specific injuries report model is proposed for the dentist in order to ease the data gathering observed in the child patient subjected to maltreatment.

Palabras clave: oral lesions child abuse, child maltreatment oral signs, maltreatment disabled children.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil constituye una de las grandes amenazas para el bienestar del niño. La existencia de malos tratos o abandono conlleva una serie de repercusiones no sólo sociales sino también jurídicas y médicas que ponen de manifiesto la necesidad de un encuadre interdisciplinar¹.

Los profesionales sanitarios ocupan una posición privilegiada en la detección e intervención en casos de maltrato infantil². Ante la complejidad de este problema, y dentro de dicho equipo interdisciplinar, se encuentra el odontólogo^{3,4}. En la literatura, encontramos un punto de vista general en el que se plasma que el maltrato infantil es bastante evidente y obvio⁵, por lo que su reporte a las autoridades pertinentes sería relativamente fácil por parte del odontólogo⁶. Sin embargo, parece ser que ante la sospecha de la existencia de malos tratos en el paciente infantil, hay una baja tasa de denuncia por parte del odontólogo⁷,

* Graduada en Odontología (UCM). Colaboradora del Título Propio "Especialista en Atención Odontológica Integrada en el niño con necesidades especiales" (UCM).

** Doctora en Odontología (UCM). Profesora del Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología, de la Facultad de Medicina (UCM). Colaboradora del Título Propio "Especialista en Atención Odontológica Integrada en el niño con necesidades especiales" (UCM).

*** Doctora en odontología (UCM), Profesora del Departamento de Especialidades Clínicas Odontológicas. Colaboradora del Título Propio "Especialista en Atención Odontológica Integrada en niños con Necesidades Especiales" (UCM).

**** Licenciada en Medicina y Cirugía. Profesora titular de Odontopediatría (UCM). Directora del Título Propio "Especialista en Atención Odontológica Integrada en niños con Necesidades Especiales" (UCM).

Correspondencia: Raquel Porro Pérez.

C/ Príncipe de Vergara, nº 84. Bajo C. 28006 - Madrid.

No existen conflictos de intereses.

Correo electrónico: raquel.porro.perez@ucm.es

bien por el desconocimiento de los signos y síntomas característicos o por la inseguridad del diagnóstico de maltrato o negligencia⁸.

Dentro del concepto de malos tratos encontramos el concepto de negligencia dental. Dicho concepto fue definido por la Academia Americana de Odontología Pediátrica (con sus siglas en inglés, AAPD), como la acción deliberada de los padres para no buscar y/o seguir el tratamiento odontológico necesario para garantizar el nivel de salud oral del niño, que suponga la adecuada función, libre de dolor e infecciones⁹. Los objetivos de esta revisión son los siguientes:

1. Revisar la evolución histórica del maltrato infantil.
2. Estudiar el concepto de maltrato.
3. Analizar la frecuencia del maltrato infantil y su evolución en España en los últimos años.
4. Analizar los aspectos orales del maltrato profundizando en el concepto de negligencia dental.
5. Estudiar el maltrato en niños con diversidad funcional.
6. Valorar cuál debe ser la actuación del odontólogo frente a la identificación de un caso de malos tratos.
7. Proponer un modelo de parte de lesiones específico para el odontólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en función de los criterios PRISMA, a través del buscador bibliográfico PubMed, utilizando como palabras clave: "oral lesions child abuse", "child maltreatment oral signs" y "maltreatment disabled children". Los artículos originales

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos publicados en los últimos 10 años	Artículos y estudios en pacientes mayores de 18 años
Artículos en inglés o en español	Artículos en idiomas distintos al inglés o español
Artículos y estudios en niños de 0 a 18 años	Artículos de un tema distinto al de los malos tratos/negligencia (citaciones irrelevantes)
Reportes de casos con diagnóstico definitivo de malos tratos y/o negligencia dental	Artículos duplicados e incompletos
Tesis doctorales, libros sobre el tema, informes de distintas instituciones.	Cartas al editor
Artículos donde se citaron por primera vez ciertos conceptos	

TABLA 1.

se obtuvieron en la base de datos BUCea y a través del catálogo *Cisne* de la facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

Se buscaron artículos publicados entre los años 2008-2018. Los artículos utilizados para definir el maltrato infantil y tipificarlo son más antiguos, ya que se trata de la primera fuente en la que aparecieron citados dichos conceptos. Los criterios de inclusión y exclusión que se utilizaron para llevar a cabo esta revisión se recogen en la *Tabla 1*.

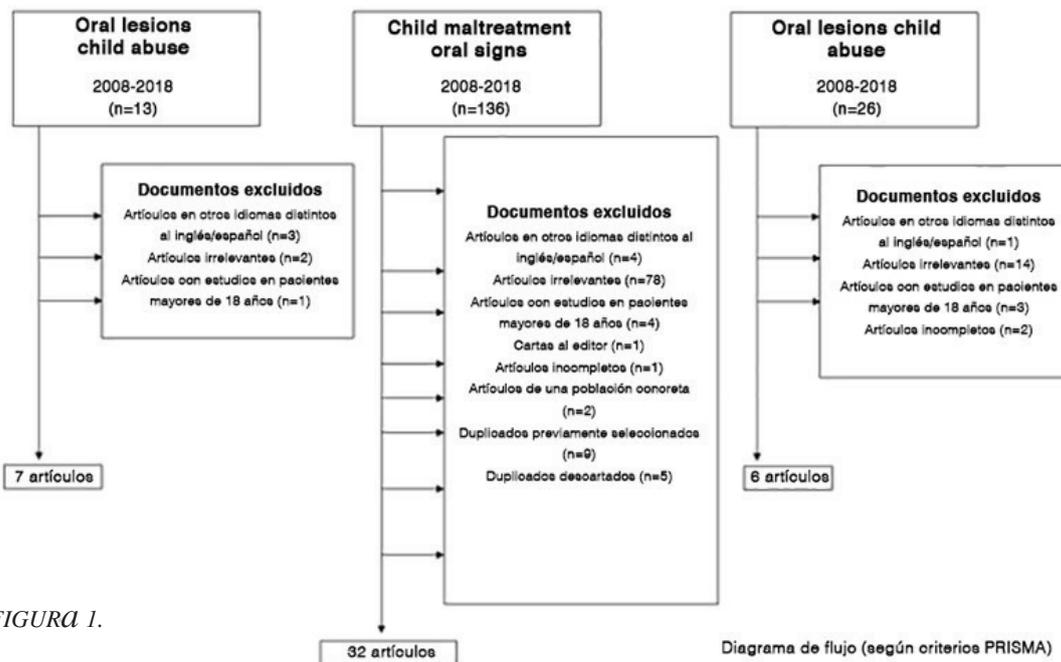


FIGURA 1.

El proceso de selección de artículos y el proceso de revisión final según los criterios PRISMA para revisiones sistemáticas se reflejan en el diagrama de flujo representado en la *Figura 1*.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

MALTRATO INFANTIL: EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El maltrato infantil no es un problema reciente, sin embargo, solo hasta hace pocas décadas tanto los profesionales como la sociedad se han preocupado por el mismo.

En 2007, arqueólogos de la Universidad de Florida Central reportaron el que hasta la fecha es el caso de maltrato infantil documentado más antiguo, tratándose de un niño egipcio de 2-3 años que vivió hace dos mil años¹⁰. Durante la Edad Antigua y la Edad Media, era bastante frecuente el infanticidio y la violencia hacia los niños; no es hasta los siglos XVII y XVIII en los que la infancia empieza a considerarse como un periodo específico de la vida y, por tanto, necesitado de atenciones especiales.

El primer caso de maltrato infantil, donde se ganaba por primera vez un proceso judicial que representaría el reconocimiento oficial del maltrato infantil, data del año 1874. Cabe destacar que, ante la ausencia de leyes que protegieran a los niños, este caso fue llevado a juicio por la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad a los Animales. Un año después, se fundaría la Sociedad Neoyorquina para la Prevención de la Crueldad a los Niños y en 1884 este movimiento social llega a Europa para fundar en el Reino Unido la Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños¹¹.

Los primeros profesionales sanitarios en involucrarse en el tema del maltrato infantil fueron el radiólogo John Caffey, en 1946, y el pediatra Henry Kempe, en 1962^{12,13}. Henry Kempe define el Síndrome del Niño Maltratado y lo describe como una condición clínica que debe ser considerada en cualquier niño con evidencia de fracturas óseas, hematoma subdural, fracaso en el desarrollo, hinchazón de los tejidos blandos o contusiones y hematomas a nivel cutáneo, así como en cualquier niño cuya muerte haya sido repentina o en casos en los que el grado y el tipo de lesión no concuerdan con la historia dada¹³.

Desde ese momento se aprobaron leyes en todos los estados de Estados Unidos, que exigían informes obligatorios sobre presuntos casos de abuso infantil, a todos los profesionales sanitarios, incluidos los odontólogos¹¹. Desde 1970 en adelante encontramos publicaciones en la literatura específica del ámbito odontológico, en la que se pone de manifiesto el rol del odontólogo en la protección del niño y en la identificación del maltrato infantil^{14,15,16,17}.

CONCEPTO DE MALTRATO

Debido al carácter interdisciplinar que conlleva el maltrato infantil, existen dificultades a la hora de tratar de encontrar una definición válida para los distintos profesionales¹.

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, define el maltrato infantil en su Artículo 19 como “toda violencia, perjuicio, o abuso físico o mental, descuido o trato negligente malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo”¹⁸.

La legislación española define el desamparo legal, en el artículo 172 del Código Civil, como “aquella situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”¹⁹.

A partir de estos conceptos, el Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia elabora una definición de los malos tratos a la infancia como “acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”²⁰.

Los distintos tipos de maltrato se han clasificado según el momento en el que se produce el maltrato, según los autores del mismo o según las acciones concretas que lo constituyen²⁰. Sin embargo no hay que olvidar que el maltrato infantil no es un hecho aislado, es un proceso multifactorial en el que muchos de sus aspectos pueden estar dándose a la vez^{21,22,23,24}.

FRECUENCIA DEL MALTRATO INFANTIL: EVOLUCIÓN DE LA VIOLENCIA A LA INFANCIA EN ESPAÑA

Desde un punto de vista general, podemos afirmar que la prevalencia del maltrato infantil es desconocida porque sólo se realizan estudios con los casos detectados. A esto se le unen diversos factores que también condicionan el número de casos: el miedo a la denuncia, que el agredido sea un niño, o la información insuficiente a los profesionales, entre otros²⁰. Sigue vigente el símil, que algunos autores como Morales JM y Costa J (1997), hicieron con la imagen de un iceberg, estimando que los casos detectados serían sólo una parte de los casos reales²⁵.

Destaca la negligencia como tipología predominante, seguida del maltrato emocional, el físico y el abuso sexual¹.

La Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo) (2016), ha elaborado un informe en el que

se recoge un estudio que plasma la evolución de la violencia en España en los últimos años²⁷. Según dicho informe el número de llamadas por problemas de violencia ha experimentado un fuerte aumento desde 2009, pasando de 1.487 llamadas en 2009, hasta las 5.930 en 2016; es decir, la tasa de incremento en términos porcentuales ha sido del 298,8%.

En el informe se destacan los cambios evolutivos que ha experimentado la sociedad española en los últimos años. Analiza los principales indicadores económicos del país como son el número de parados y las ayudas al desempleo. Se aprecia una cierta coincidencia en el tiempo entre dichos indicadores y el aumento de las denuncias.

En cuanto a la edad media de las víctimas, en 2009 era de 12,3 años, de 12,0 en 2013 y de 11,5 años en 2016. Si en 2009 los adolescentes (mayores de 12 años) eran casi dos tercios de las víctimas, ahora son sólo la mitad (49,9%). En contraposición, los niños/as entre 5 y 9 años de edad suponen el 22,0% (14,5% en 2009) y los pre-adolescentes (entre 10 y 12 años) alcanzan el 20,2% (14,3% en 2009).

En los menores con discapacidad no se observan cambios durante los años analizados y constituyen un 0,8% del total de casos.

En los últimos años, se ha visto que los actos violentos se perpetúan durante más tiempo y son más frecuentes. En cuanto a la duración superior a un año, ha pasado del 52,5% de los casos en 2009 hasta el 58,6% en 2016. La violencia con una duración de entre un mes a un año es ahora del 25,9% y la de menor duración solo afecta a una de cada seis víctimas. La frecuencia diaria ha pasado del 55,4% hasta el 62,2%.

ASPECTOS ORALES DEL MALTRATO Y NEGLIGENCIA DENTAL

Sabemos que en la perpetración del maltrato infantil, en concreto de aquel que cursa con secuelas físicas, se producen una serie de lesiones. Muchas de dichas lesiones suelen darse en la región craneofacial^{3,4} y concretamente en la cavidad oral. Se trata de lesiones periorales y/o intraorales, infecciones y enfermedades que llevan al odontólogo a sospechar de abuso infantil y negligencia^{9,24}. Por otro lado, hay autores que apuntan que las lesiones orales son mucho menos observadas en estos casos, representando el 2-7% de todas las lesiones identificadas en niños que sufren maltrato físico, llegando a sugerir que las lesiones intraorales pasan frecuentemente desapercibidas²⁸.

Existe evidencia suficiente que apunta la importancia del enfoque multidisciplinar en aquellas lesiones que, no sólo se circunscriben a la región oral, sino que involucran también todas las estructuras cefálicas, con el fin de hacer un correcto diagnóstico diferencial²⁹.

Aspectos orales del abuso físico

Las lesiones craneofaciales y cervicales se dan en más de la mitad de los niños maltratados¹⁶. Algunas enfermedades en especial la caries, la gingivitis y otros problemas de salud oral son más prevalentes en niños maltratados que en la población pediátrica general³⁰. Algunos autores observan que los labios son la región más afectada de las lesiones orales infringidas en el maltrato infantil, seguidos de la mucosa bucal, dientes, encía y finalmente la lengua³¹.

La existencia de laceraciones en el frenillo labial superior, en niños que aún no han empezado a caminar, son frecuentemente el resultado del abuso físico del niño y se asocian, en la mayoría de sus casos, con otros hallazgos correspondientes a abuso físico grave²⁴. Sin embargo Kidd AJ y colaboradores (2010), advierten del posible error al considerar las lesiones en el frenillo labial superior como signo patognomónico de maltrato infantil. Su estudio revela que dichas lesiones son frecuentes en niños que están aprendiendo a andar y además se asocia a otro tipo de trauma, señalando que es importante recabar información del mecanismo que ha llevado a dicha lesión en contraste con el grado de movilidad del niño³².

Traumatismos repetidos en los dientes pueden derivar en necrosis pulpar, que a su vez provoca decoloraciones grises o rosadas en los dientes^{33,34}.

El empleo de mordazas en la boca pueden dar lugar a hematomas o cicatrices en la región comisural³⁵. Algunas lesiones graves de la cavidad oral, como lesiones faríngeas y abscesos retrofaríngeos pueden ser infringidos por los padres o cuidadores, con el fin de crear una patología en el niño^{36,37,38}. El síndrome de Munchausen es una forma de maltrato a menores en el que un adulto induce una enfermedad o condición médica en el niño. Los profesionales sanitarios se ven obligados a realizar multitud de pruebas diagnósticas y tratamientos que aumentan las situaciones de morbi-mortalidad del niño.

Las lesiones orales accidentales son relativamente comunes y deben ser distinguidas de las lesiones derivadas de maltrato, teniendo en cuenta la historia que nos cuentan los padres/cuidadores acerca de los mecanismos que la han producido. De la misma manera hay que evaluar el nivel de desarrollo del niño y contrastarlo con las características propias de la lesión.

Normalmente, la detección de múltiples lesiones, o lesiones en distintos estadios de curación o discrepancias en la historia de la lesión deben despertar nuestra sospecha^{24,39}. Por otro lado, el odontólogo debe prestar atención a estructuras como la orofaringe, las amígdalas, la úvula, paladar blando y suelo de la boca, así como regiones anatómicas extraorales

hemorragias subconjuntivales, hematomas periorbitarios, contusiones/fracturas nasales y hematomas auriculares^{38,39,40,41,42}.

Aspectos orales del abuso sexual

Aunque la cavidad oral es una de las zonas en las que se localizan las lesiones causadas por abuso sexual en niños, estas son difíciles de detectar y poco frecuentes, al igual que las infecciones orales producidas por las mismas causas⁴³.

Infecciones como la gonorrea en niños en edad prepuberal se considera un signo patognomónico de abuso sexual, pero es muy poco frecuente. Además, la gonorrea faríngea es asintomática en casi la totalidad de casos^{44,45}.

También se han hecho estudios en torno al papel del papilomavirus en los casos de abuso sexual. Aunque la infección por el virus del papiloma humano pueda ocasionar verrugas orales y periorales, el modo de transmisión aún es incierto ya que puede ser transmitido sexualmente mediante contacto oro-genital, verticalmente de la madre al hijo durante el parto u horizontalmente mediante contacto no sexual, como por ejemplo de la mano de otro niño o cuidador a los genitales o la boca del paciente⁴⁶.

Percinoto AC y colaboradores, reportan en 2014 un caso clínico de condiloma acuminado en el dorso lingual y la mucosa palatina de un niño de cinco años que había sido víctima de abusos sexuales⁴⁷. En niños, la presencia de una o varias de estas lesiones pueden ser el primer indicio de que se ha producido un abuso sexual.

Ocurre de manera similar en el caso de la presencia de petequias en el paladar, especialmente en la zona de unión entre el paladar duro y el blando. Estos hallazgos pueden ser la consecuencia de una felación forzada.

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) (2017) advierte en su última guía respecto a los "Aspectos orales del abuso y negligencia a menores", que si una víctima comunica al profesional una historia de contacto genital-oral relacionado con abuso sexual, tanto la mucosa bucal como la lengua deben ser limpiados con un aplicador con punta de algodón estéril, debe secarse al aire y conservado apropiadamente para su análisis en el laboratorio²⁴.

Marcas de mordeduras

La presencia de marcas de mordeduras, ya sean recientes o en proceso de curación, pueden indicar maltrato. Las marcas de mordeduras deben sospecharse cuando se encuentran equimosis, laceraciones o abrasiones con una forma elíptica o un patrón ovoideo⁴⁸.

Tienen un área central de equimosis, contusiones, causadas por la presión positiva por el cierre de los dientes maxilares y mandibulares con la consecuente rotura de pequeños vasos sanguíneos o por presión negativa causada por un efecto de succión.

Las mordeduras causadas por distintos animales como perros u otros carnívoros tienden a rasgar el tejido y tienen una morfología triangular, mientras que las mordeduras humanas aunque lo comprimen y pueden causar abrasiones, contusiones y laceraciones rara vez provocan avulsión del tejido²⁴.

Podemos saber si la mordedura la ha causado un adulto midiendo la distancia intercanina que es la distancia lineal entre el punto central de las cúspide de un canino y su homólogo contralateral. Si dicha distancia mide más de 3.0 cm estamos ante una dentición adulta^{49,50}. Con todo, las marcas de mordeduras encontradas en la piel son difíciles de interpretar por la distorsión que presentan debido al tiempo transcurrido desde el momento en el que se produjo y el momento del análisis⁵¹:

Negligencia dental

El concepto de negligencia dental fue acuñado en 1983 (AAPD) y está en revisión constante. La última revisión de la definición de negligencia dental fue llevada a cabo en 2016 por la Academia Americana de Odontología Pediátrica; en ella afirma que la negligencia dental se trataría de "la falta deliberada de los padres para buscar y seguir el tratamiento odontológico necesario para garantizar el nivel de salud oral del niño que suponga la adecuada función, libre de dolor e infecciones"^{9,23,24}.

La caries dental, la enfermedad periodontal y otras condiciones orales significativas pueden acarrear dolor, infección y una merma en la función. Por lo tanto, el resultado puede afectar gravemente al aprendizaje, comunicación, nutrición y otras actividades necesarias para el normal crecimiento y desarrollo del niño²⁴.

Existen una serie de factores que son considerados necesarios para establecer el diagnóstico de negligencia^{5,8,52,53,24}:

- El niño ha sufrido daño o está en riesgo de sufrirlo por la falta de atención odontológica.
- Las recomendaciones de atención dental ofrecidas suponen un beneficio significativo para el niño.
- El beneficio esperado del tratamiento dental es significativamente mayor que su morbilidad por lo que sería lógico que los padres eligieran el tratamiento sobre el no tratamiento.
- Los padres y tutores entienden la información dada por el profesional acerca de la patología del

paciente y tienen acceso a la atención odontológica oportuna.

MALTRATO EN NIÑOS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

La mayoría de los autores coinciden en que los niños con diversidad funcional corren un mayor riesgo de maltrato infantil; sin embargo, existe una brecha en la evidencia sobre si todas las discapacidades tienen el mismo riesgo y si los factores de riesgo varían según el tipo de discapacidad⁵⁴. Este elevado riesgo, en comparación con el resto de la población pediátrica, se ha atribuido al estrés que sufren los padres como consecuencia a todas las características que derivan del tener un hijo con diversidad funcional⁵⁵.

Si se analiza el tipo de discapacidad con la frecuencia de maltrato se observa que los niños con Síndrome de Down y los niños con parálisis cerebral tienen el mismo riesgo de sufrir maltrato que los niños sin diversidad funcional. Del mismo modo, el tipo de maltrato tiene la misma distribución en los niños con diversidad funcional en comparación con el resto de la población infantil, al igual que la edad en la que recibirían el primer acto de maltrato que es aproximadamente a los 4,8 años de edad en los niños sin diversidad funcional y a los 4,2 años en los niños con diversidad funcional.

Sin embargo, los datos cambian cuando hablamos de niños con discapacidad intelectual que presentaron una mayor tasa de negligencia y los niños con desórdenes conductuales que presentaron una tasa mayor de maltrato físico^{54,55,56, 57,58,59}.

La discapacidad, es un importante factor de riesgo para el maltrato infantil, pero no todos los niños con diversidad funcional deben ser considerados como niños de alto riesgo, ya que otros muchos factores como la familia y el entorno social juegan un rol importante en el desarrollo del maltrato, como ocurre con el resto de la población pediátrica.

ACTUACIÓN DEL ODONTÓLOGO

Aunque conocemos que denunciar el caso es una condición necesaria para posibilitar las intervenciones oportunas y además es una obligación legal y profesional, en la literatura consultada encontramos cuáles son los factores que influyen directamente sobre el odontólogo a la hora de pasar de la sospecha al reporte del caso^{11,20}:

- El posible impacto en la práctica profesional.
- Miedo a la violencia al niño.
- Miedo a las consecuencias que pueda acarrear para el niño el iniciar el proceso judicial pertinente.
- Falta de conocimiento en cuanto cómo se reportan los casos.
- Miedo a las conductas litigantes.

- Miedo a la posible violencia contra el equipo médico.
- Inseguridad frente al diagnóstico.

El papel del odontólogo en cuanto a su actuación frente a una situación de maltrato se basa en realizar una historia clínica minuciosa y, si es posible, complementar dicha historia con fotografías, realizar un diagnóstico diferencial correcto y elaborar un parte de lesiones, que se trata de un documento fundamentalmente descriptivo que forma parte de la historia clínica y que, además de ser un documento legal, recoge las características de las lesiones encontradas.

Sin embargo, encontramos que solo existe un parte de lesiones para los profesionales del ámbito sanitario en general²⁰ y no uno específico para los odontólogos con apartados donde plasmar la información recogida al respecto.

Es por ello que en el siguiente apartado se propone un modelo de parte de lesiones para profesionales del ámbito odontológico.

MODELO DE PARTE DE LESIONES

El parte de lesiones es un documento médico y legal como se ha señalado anteriormente, y tiene como finalidad informar a la autoridad judicial la atención que se presta a un paciente que presenta lesiones que pueden estar siendo causadas por un delito, en este caso el maltrato infantil⁶⁰.

En el parte de lesiones deben quedar reflejados los datos del paciente (nombre, apellidos, sexo, domicilio, fecha de nacimiento y por quién estaba acompañado en la fecha en la que se hizo el parte), los datos del profesional, que en este caso es el informante y una serie de datos descriptivos que son todos los signos y síntomas que han llevado al profesional al diagnóstico de maltrato.

Llegados a este punto, se nos plantea la duda de si el aportar los datos del paciente en el parte de lesiones no entra en conflicto con la ley de protección de datos y con el secreto profesional.

El deber de secreto es correlativo al derecho que los seres humanos tienen a la confidencialidad de sus datos. Salvo excepciones, dichos datos solo podrán revelarse cuando el sujeto lo autorice. Sin embargo, el derecho de confidencialidad puede recortarse ante la presencia de otros derechos o intereses superiores, como por ejemplo en aquellos casos en los que con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente y, en casos de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos, o actos de agresión sexual y por imperativo legal en el parte de lesiones⁶¹.

El modelo que proponemos de parte de lesiones se presenta en la *Figura 2*^{20,62}.

FIGURA 2. Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario (odontológico).

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño

Apellidos Nombre

Domicilio Localidad

Teléfono Sexo V M

Fecha de nacimiento (día/mes/año)

Acompañante Padre Madre Tutor/a Otro (especificar)

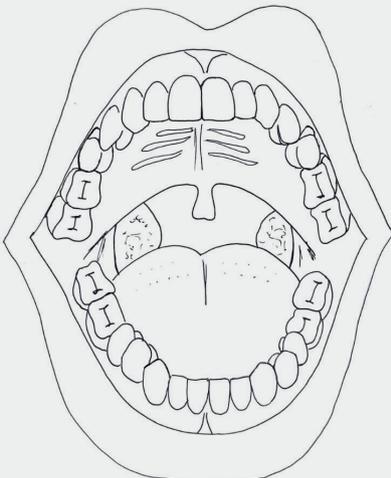
Identificación del notificador

Apellido Nombre

Fecha de notificación (día/mes/año)

Profesional Odontólogo/a Higienista Enfermero/a Médico estomatólogo

Nº Colegiado



EXPLORACIÓN EXTRAORAL
(rellene con SI/NO/NO VALORABLE y si la respuesta es SI haga una breve descripción).

Lesiones en región facial:

- Periorbitaria
- Nasal
- Auricular
- Perioral

Lesiones cervicales:

Lesiones en región craneal:

Mordeduras:

- Única o múltiples:
- Delimitada o difusa:
- Indentaciones:
- Distancia bicarina:

EXPLORACIÓN INTRAORAL
(rellene con SI/NO/NO VALORABLE y si la respuesta es SI haga una breve descripción).

Tejidos blandos:

Lesiones en la lengua:

Lesiones en región sublingual:

Frenillos:

Mucosa bucal:

Orofaringe y úvula:

Amígdalas:

Paladar duro/paladar blando:

Encía:

Tejidos duros:

Estructuras óseas:

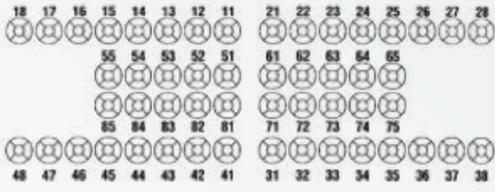
Dientes (ausentes por patología, caries, dientes con pronóstico imposible, patología pulpar):

Otros síntomas/signos o comentarios:

Lo que comunico Ud. a los efectos oportunos.

En....., a de del año

Firmado:



CONCLUSIONES

1. El maltrato infantil ha sido una constante a lo largo de la historia de la humanidad; sin embargo, no tenemos bibliografía disponible que pruebe la implicación del odontólogo como parte del personal sanitario notificador de maltrato infantil hasta 1970.

2. Las lesiones por maltrato físico que puede llegar a identificar el odontólogo pueden ser intra o extraorales, como las laceraciones del frenillo labial superior, los hematomas sublinguales e incluso los comisurales por la utilización de mordazas.

La identificación, por parte del odontólogo, del abuso sexual es difícil. Si bien es verdad que lesiones como petequias en el paladar, o como el condiloma acumulado nos llevan a sospechar la presencia de abuso sexual, ya que son lesiones que difícilmente se ven en niños.

Las mordeduras suponen una gran fuente de información a la hora de identificar su origen. Si se dispone de los dispositivos necesarios para registrar la huella de la mordedura debe hacerse para que constituya una prueba complementaria al parte de lesiones.

La negligencia dental es difícil de diagnosticar. Si los padres están informados de la gravedad de la patología acumulada en el paciente infantil, de las alternativas terapéuticas y el acceso a los servicios asistenciales apropiados para devolver la salud oral al niño y no recibe atención odontológica, estamos ante un caso de negligencia dental.

3. La distribución de los distintos tipos de maltrato en la población con diversidad funcional no es homogénea. Parece ser que hay una relación entre distintos tipos de discapacidad y distintos tipos de maltrato.

4. Todos los profesionales de la salud están legalmente obligados a informar de la identificación de un posible caso de maltrato. Muchas veces el propio profesional no continua con la cadena de investigación del caso y no llega a informar a las autoridades judiciales porque no sabe cómo hacerlo. Para ello está el parte de lesiones, un documento médico-legal que forma parte de la historia clínica y que recoge, a modo descriptivo, todas las observaciones de signos y síntomas analizadas en el paciente pediátrico en un momento determinado.

5. No existe un parte de lesiones común para todos los odontólogos del territorio nacional. Es por ello que proponemos un modelo de parte de lesiones derivado del que aparece en el documento del Observatorio para la Infancia pero con herramientas clínicas específicamente odontológicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez de Terreros I. Maltrato y abandono. 9th ed. Madrid. En: Cruz-Hernández M. Tratado de Pediatría. 9th ed. vol 2. Madrid: Ergon; 2006: p. 2096-106.
- Díaz Huertas JA, García Barquero M. Maltrato Infantil. Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. *Documentos técnicos de salud pública*, nº 22. 1995.
- Schwartz S. Oral manifestation and legal aspects of child abuse. *J Am Dent Association*. 1978; 95(3): 586-91.
- Sperber ND. The dual responsibility of dentistry in child abuse. *J Calif Dent Assoc*. 1980; 8(3): 31-8.
- Katner DR, Brown CE, Fournier S. Considerations in identifying pediatric dental neglect and the legal obligation to report. *JADA*. 2016; 147(10): 812-16.
- Katner DR, Brown CE. Mandatory reporting of oral injuries indicating possible child abuse. *JADA*; 2012; 143(10): 1087-92.
- Newcity A, Ziniel S, Needleman H. Part 3: neglect. *J Mass Dent Soc*. 2011; 60(3): 28-31.
- Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent*. 2014; 42(3): 229-39.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. *Pediatr Dent*. 2016; 38(suppl): 13.
- Wheeler SM, Beauchesne P, Williams L, Molto Je. Fractured Childhood: A Case of Probable Child Abuse from de Kellis 2 cemetery, Dakhleh Oasis Egypt. Poster presented at the 72nd Annual Meeting of the Society of American Archaeologists. Austin, Texas.
- Park CM, Welbury R. Current and historical involvement of dentistry in child protection and a glimpse of the future. *Oral Dis*. 2016; 22(7): 605-8.
- Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther*. 1946; 56: 163-73.
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered child syndrome. *J Am Med Assoc*. 1962; 181: 17-24.
- 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.
- Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bensel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent*. 1992; 14: 152-7.
- Jessee SA. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician*. 1995; 52: 1829-34.
- Malecz RE. Child abuse, its relationship to pedodontics: a survey. 1991. *ASCD J Dent Child*; 46: 193-4.
- Naciones Unidas: Comité de los Derechos del Niño. Convención sobre los derechos del niño. Asamblea General de la ONU. 2001; Art 19: 17-58.
- Código Civil Español. Artículo 172. Definición de desamparo legal.
- Observatorio para la Infancia: Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil. Maltrato Infantil: detección, notificación y registro de casos. 2006; Madrid.
- Gómez de Terreros I, Núñez-Fuster J. Abuso sexual. 9th ed. Madrid. En Cruz-Hernández M. Tratado de Pediatría. 9th ed. vol 2. Madrid: Ergon; 2006: p. 2107-2110.
- Save the Children. Annual Report, 70th Anniversary issue. 2001; Connecticut: 1-12.

23. American Academy of Pediatric Dentistry. *Guideline on Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect*. 2016; 38(5): 73-6.
24. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. *Oral and Dental Aspect of Child Abuse and Neglect*. 2017; 140(2): 1-8.
25. Morales JM, Costa M. Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil. Madrid. En Casado J, Día JA, Martínez C. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos; 1997: 309-23.
26. NSPCC. Jütte S, Benley H, Tallis D. How safe are our children? The most comprehensive overview of child protection in the UK. 2015.
27. Fundación ANAR. Ballesteros B. Evolución de la Violencia a la Infancia en España según las Víctimas (2009-2016). 2018; Madrid: 1-401.
28. Harris JC. The mouth and maltreatment: safeguarding issues in child dental health. *Arch Dis Child*. 2018; 1-8.
29. Greeley CS. Abusive head trauma: a review of the evidence based. *AJR Am J Roentgelol*. 2015; 204(5): 967-73.
30. Duda JG, Biss SP, Bertoli FM, Bruzamolín CD, Pizzatto E, Souza JF, Losso EM. Oral health status in victims of child abuse: a case-control study. *Int J Paediatr Dent*. 2017; 27(3): 210-16.
31. Naidoo SA. A profile of the orofacial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl*. 2000; 24(4): 521-34.
32. Kidd AJ, Beattie TF, Campbell-Hewson G. Frenal injury in children is not pathognomic of non-accidental injury. *Emerg Med J*. 2010; 27: 52.
33. Kittle PE, Richardson DS, Parker JW. Two child abuse/child neglect examinations for the dentist. *ASDC J Dent Child*. 1981; 48(3): 175-80.
34. Blain SM, Winegarden T, Barber TK, Sognnaes RF. Child abuse and neglect, II. Dentistry's role. *J Dent Res*. 1979; 58(1): 367.
35. Christian CW. Committee on Child abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013; 132(2).
36. Levin AV. Otorhinolaryngologic manifestations. En Levin AV, Sheridan MS. *Munchausen Syndrome by Proxy: Issues in Diagnosis and Treatment*. Nueva York: Lexington Books; 1995: 219-230.
37. Kucuker H, Demir T, Oral R. Pediatric condition falsification (Munchausen syndrome by Proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (Munchausen syndrome). *Pediatr Diabetes*. 2010; 11(8): 572-8.
38. Printz JN, Baker A, Carr M. Identifying Potential Child abuse through Oral Examination. *Case Rep Pediatr*. 2017; 1-3.
39. Costacurta M, Benavoli G, Arcudi G, Docimo R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Implantol*. 2016; 25(8): 68-73.
40. Lin HW, Wieland AM, Ostrower ST. Child abuse presenting as oral cavity bruising. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009; 141(2): 290-1.
41. Crock C. Oral Injury in Child Abuse. *Arch Dis Child*. 2014; 99: 203-7.
42. Kudek MR, Knox BL. Sublingual hematoma: when to suspect child abuse. *Clin Pediatr*. 2014; 53(8): 809-12.
43. Folland DS, Burke RE, Hinman AR, Schaffner W. Gonorrhoea in preadolescent children: an inquiry into source of infection and mode of transmission. *Pediatrics*. 1977; 60(2): 153-6.
44. De Jong AR. Sexually transmitted diseases in sexually abused children. *Sex Transm Dis*. 1986; 13(3): 123-6.
45. Everett VD, Ingram DL, Flick LAR, Russell TA, Tropez-Sims ST, McFadden AY. A comparison of sexually transmitted diseases (STDs) found in a total of 696 boys and 2973 girls evaluated for sexual abuse. *Pediatr Res*. 1998; 43(4): 91.
46. Syrjänen S. Current concepts on human papillomavirus infections in children. *APMIS*. 2010; 118(6): 494-509.
47. Percinoto AC, Daneleon M, Crivelini MM, Cunha RF, Percinoto C. *Conylooma acuminata* in the tongue and palate of a sexually abused child: a case report. *BMC Res Notes*. 2014; 23(7): 1-6.
48. Silva RHA, de Oliveira MJ, Melani FRH, Oliveira RN. Human bite mark identification and DNA technology in forensic dentistry. *Braz J Oral Sci*. 2006; 5(19): 1193-7.
49. Wagner GN. Bitemark identification in child abuse cases. *Pediatr Dent*. 1986; 8(1): 96-100.
50. Jayanie B. Are they dermatological lesions, bottle top burns or bite marks injuries? *J Forensic Odontostomatol*. 2014; 32(1): 1-8.
51. Hinchliffe J. Forensic odontology, part 4. Human bite marks. *Br Dent J*. 2011; 210(8): 363-8.
52. Ramazani N. Child dental neglect: a short review. *Int J High Risk Behav Addict*. 2014; 21(3): 2-4.
53. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V et al. Two commentaries on review of characteristics of child dental neglect. *Paediatr Dent*. 2014; 15(1): 2-4.
54. Maclean MJ, Sims S, Bower C, Leonard H, Stanley FJ, O'Donnell M. Maltreatment Risk Among Children With Disabilities. *Pediatrics*. 2017; 139(4): 1-10.
55. Turner HA, Vanderminden J, Finkelhor D, Hamby S, Shattuck A. Disability and Victimization in a National Sample of Children and Youth. *Child Maltreat*. 2011; 16(4): 275-86.
56. Murphy N. Maltreatment of children with disabilities: the breaking point. *J Child Neurol*. 2011; 26(8): 1-3.
57. Caldas SJ, Betsy ML. The sexual maltreatment of students with disabilities in American school settings. *J Child Sex Abus*. 2014; 23(4): 345-366.
58. Jaudes PK, Mackey-Bilaver L. Do chronic conditions increase young children's risk of being maltreated? *Child Abuse Negl*. 2008; 32(7): 671-81.
59. Sullivan PM. Violence Exposure Among Children with Disabilities. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2009; 12: 196-216.
60. Park CM, Welbury R, Herbison J, Cairns A. Establishing comprehensive oral assessments for children with safeguarding concerns. *Br Dent J*. 2015; 219(5): 231-6.
61. Santiago A. *El secreto del profesional sanitario: Limitaciones y Singularidades*. Madrid. Universidad San Pablo CEU; 2014. 34 p.
62. Planells P, Gallegos L. Lesiones por malos tratos. En Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. *Odontopediatría: La evolución del niño al adulto joven*. 1ª. Madrid: Ripano; 2010. p 725-45.