



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

**TEMA:**

Manifestaciones bucales provocadas por Maltrato infantil

**AUTORA:**

Emily Rosa Rodríguez Troya

**TUTORA:**

Od. Sol Holguín García. Esp.

**MANTA-MANABÍ-ECUADOR**

**2024**

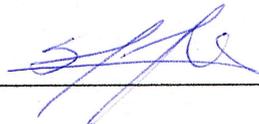
## INDICE

CERTIFICACIÓN.....	4
DECLARACIÓN DE AUTORÍA .....	5
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	6
DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO .....	8
RESUMEN .....	9
ABSTRACT .....	10
CAPITULO 1- EL PROBLEMA .....	12
1.1. Planteamiento del Problema.....	12
1.1.1. Formulación Del Problema: .....	12
1.2. Objetivos.....	13
1.2.1. Objetivo General .....	13
1.2.2. Objetivos Específicos.....	13
1.3. Justificación de la Investigación.....	14
CAPTULO II-MARCO TEORICO.....	15
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	15
2.2. Bases Teóricas.....	15
2.2.1 Maltrato infantil.....	15
2.2.2. Lesiones bucales y dentales encontradas en el abuso físico .....	16
2.2.3 Lesiones encontradas en el abuso sexual .....	19
2.2.4. Lesiones O Enfermedades Encontradas En Niños Que Padecen De Negligencia Dental .	19
2.2.5 Manifestaciones asociadas a personas sometidas a maltrato psicológico .....	20
2.2.6. Síndrome de niño maltratado.....	20
2.2.7. VPH.....	20
2.2.8. Sífilis.....	20
2.2.9. Gonorrea.....	21
2.2.10. Herpes .....	21
2.2.11. Candidiasis.....	21
2.2.12. Eritema y petequias.....	22
2.2.13. Abordaje del odontólogo en casos de sospecha de maltrato infantil.....	22
CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO.....	24
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	24

<b>3.2. Metodología de búsqueda bibliográfica.....</b>	<b>24</b>
<b>3.3. Criterios para la inclusión de artículos.....</b>	<b>25</b>
<b>3.4. Plan de análisis. ....</b>	<b>25</b>
<b>CAPITULO IV- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>4.1. Análisis De Los Resultados.....</b>	<b>35</b>
<b>4.2. Discusión .....</b>	<b>36</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>37</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>39</b>

## CERTIFICACIÓN

Mediante la presente certifico que la egresada Rodríguez Troya Emily Rosa se encuentra realizando su tesis de grado titulada “Manifestaciones bucales provocadas por maltrato infantil”, bajo mi dirección y asesoramiento, y de conformidad con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.



---

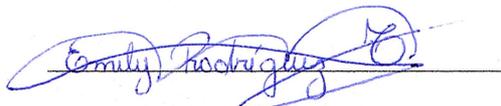
Odont. Sol Holguín García. Esp.

Director(a) de Tesis

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Rodríguez Troya Emily Rosa con C.I # 131693757-0 en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “Manifestaciones bucales provocadas por maltrato infantil” Por la presente autorizo a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor/a me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y además de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.



**Emily Rosa Rodríguez Troya**

**C.I 131693757-0**

**APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO**

**Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí**

**Facultad Ciencias de la Salud**

**Carrera de Odontología**

**Tribunal Examinador**

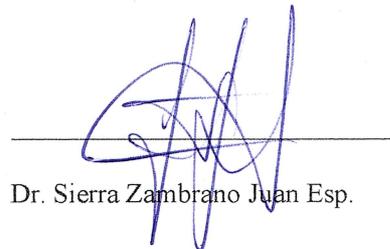
Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema “Manifestaciones bucales provocadas por maltrato infantil”.

**Presidente del tribunal**



Dra. Andrade Vera Freya Esp.

**Miembro del tribunal**



Dr. Sierra Zambrano Juan Esp.

**Miembro del tribunal**



Dra. Arteaga Espinoza Ximena Esp.

Manta, de 15 de agosto del 2024

## **DEDICATORIA**

A mi familia por ser ese motor que me impulsó a seguir adelante, en especial a mi amada madre y a mi abuelito que me llenaba de aliento con sus palabras llenas de amor.

A mi perrito y a mis gatitos por acompañarme y tranquilizarme cuando me daba ansiedad de tanto estrés.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme brindado salud

A mis padres y abuelito por haberme apoyado en todo este proceso

A mi amigo Carlitos

A mis mascotas

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las manifestaciones orales más comunes provocadas por el maltrato infantil.

**Metodología:** Se realizó una revisión sistemática con la aplicación de métodos descriptivos ya sea por revistas y artículos científicos.

**Resultados:** El abuso físico se encuentra presente en el 20% de los casos donde ha existido maltrato infantil y aproximadamente entre el 50 y 75% de las lesiones se encuentran en la región orofacial siendo los labios el área más común donde aparecen las lesiones. La caries es la enfermedad más frecuente en niños que son víctimas de negligencia teniendo una frecuencia de aparición entre el 41 y 87,9%. Los niños que han experimentado maltrato psicológico tienen una probabilidad del 15,4% mayor de apretar los dientes debido al estrés al que son sometidos. **Conclusiones:** Dependiendo del tipo de maltrato sufrido por el niño podemos observar distintas lesiones siendo el maltrato físico el que causa lesiones más visibles en la cavidad oral apareciendo en el 31% de los casos donde las laceraciones del frenillo labial, fracturas dentales, y hematomas son las más comunes, en casos de negligencia la caries y problemas periodontales son las lesiones más frecuentes en niños víctimas de M.I. , cuando el niño ha sufrido maltrato psicológico podemos encontrar lesiones visibles y si el abuso fue de índole sexual es muy poco probable encontrar lesiones patognomónicas en la cavidad oral.

**Palabras claves:** Maltrato infantil, Abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, negligencia, traumas, caries.

## ABSTRACT

**Objective:** Identify the most common oral manifestations caused by child abuse. **Methodology:** A systematic review was carried out with the application of descriptive methods either through journals and scientific articles. **Results:** Physical abuse is present in 20% of cases where child abuse has occurred and approximately between 50 and 75% of the injuries are found in the orofacial region, with the lips being the most common area where injuries appear. Caries is the most common disease in children who are victims of neglect, with a frequency of occurrence between 41 and 87.9%. Children who have experienced psychological abuse are 15.4% more likely to clench their teeth due to the stress they are subjected to. **Conclusions:** Depending on the type of abuse suffered by the child, we can observe different injuries, with physical abuse causing the most visible injuries in the oral cavity, appearing in 31% of cases where lacerations of the labial frenulum, dental fractures, and hematomas are The most common, in cases of negligence, caries and periodontal problems are the most frequent injuries in children who are victims of M.I. , when the child has suffered psychological abuse we can find visible lesions and if the abuse was of a sexual nature it is very unlikely to find pathognomonic lesions in the oral cavity.

**Keywords:** Child abuse, Physical abuse, psychological abuse, sexual abuse, neglect, trauma, cavities.

## INTRODUCCIÓN

El primer caso de maltrato infantil donde se ganaba por primera vez un proceso judicial fue en 1874 y debido a la ausencia de leyes que protegieran a los niños el caso fue llevado por la Sociedad Americana para la Prevención de la crueldad de Animales y gracias a esto un año después se fundaría la Sociedad Neoyorquina para la Prevención de la Crueldad a los niños, pero es apenas entre 1946 y 1962 que los profesionales sanitarios comienzan a involucrarse en el tema. Como podemos ver el maltrato infantil (MI) no es un problema reciente, pero es recién hace pocas décadas que tanto los profesionales como la sociedad se han preocupado por el mismo. (P, Porro Perez, Labajo Gonzalez, Martinez Perez , & Planellls del Pozo, 2019)

En 1970 comenzamos a encontrar publicaciones donde se empieza a hablar del rol del odontólogo en la protección del niño y en la identificación del maltrato infantil (P, Porro Perez, Labajo Gonzalez, Martinez Perez , & Planellls del Pozo, 2019). Así mismo se ha podido describir que hay una estrecha relación entre el maltrato y las lesiones patológicas en cabeza y cuello, entonces aunque no sea común que el MI sea un motivo de consulta, los profesionales de salud incluido el odontólogo cuentan con la posibilidad de detectar posibles casos de abuso o negligencia dada la cercanía con el paciente. (Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas, & Ramos Martínez, 2017)

En el 2022 la OMS por medio de estudios internacionales indica que casi 3 de cada 4 niños de entre 2 y 4 años sufren algún tipo de violencia. Además, la UNICEF indica que en América Latina existen, por lo menos, 6 millones de niños maltratados severamente, de los cuales 80 mil mueren anualmente a consecuencia de la violencia, por ello el maltrato infantil es definido por OMS/OPS como un problema de salud pública.

## **CAPITULO 1- EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del Problema**

El maltrato infantil se define como cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole (Organización Mundial de la Salud, 2022). Se considera un problema de salud pública por el impacto que llega a presentar en diversas áreas (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014).

Las lesiones en las regiones craneofaciales, faciales y cervicales ocurren en más de la mitad de los casos de abuso infantil (Cairns, Q Mok, & Welbury, 2005). Por lo que algunas autoridades creen que la cavidad oral puede ser un foco central para el abuso físico debido a su importancia en la comunicación y la nutrición (Thompson , Tavares, Ferguson-Young, Orrett , & Halpern, 2013) . Algunos signos orales pueden representar indicios significativos de abuso sexual, como eritema, úlceras, vesículas con secreciones purulentas o pseudomembranosas y lesiones condilomatosas de labios, lengua, paladar y nariz-faringe (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016).

Además, el diagnóstico oportuno requiere de un equipo multi/interdisciplinario en donde la participación del estomatólogo pediatra es fundamental, debido a un alto porcentaje de casos de abuso físico (AF) donde las lesiones suelen presentarse en el área cráneo-orofacial. (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014). Los profesionales de la salud al tener una posición privilegiada para detectar casos de abuso infantil pueden realizar reportes oportunos a las autoridades que correspondan contribuyendo de forma positiva a la sociedad (Dunne, Nielson, Stone, Markowitz, & Giuliano , 2006).

#### **1.1.1. Formulación Del Problema:**

¿Cuáles son las manifestaciones bucales provocadas por el abuso infantil?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo General**

Identificar las manifestaciones orales más comunes provocadas por el maltrato infantil.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Establecer las características clínicas de patologías que se presentan en la cavidad bucal en relación con el abuso sexual infantil.
- Evidenciar si existe relación entre manifestaciones bucales y el maltrato infantil.

### **1.3. Justificación de la Investigación**

El Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia 2003), manifiesta que se entiende como maltrato: toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona. El maltrato, abuso y la negligencia a los niños constituyen un fenómeno social que se ha extendido por todo el mundo volviéndose un problema de salud pública (Cifuentes Harris, Contreras Reyes, & Torres, 2020).

Los niños pueden estar expuestos a múltiples tipos de maltrato de los cuales algunos pueden manifestarse en la región oral e intraoral, por lo que los pediatras y odontólogos pueden ser los primeros en observarlas (Oliván Gonzalvo & Parte Serna, 2022).

A pesar de tener una posición privilegiada para poder detectar de forma temprana casos de maltrato infantil hay una baja tasa de denuncia por parte del odontólogo, bien por el desconocimiento de los signos y síntomas característicos o por la inseguridad del diagnóstico de maltrato o negligencia (P, Porro Pérez, Labajo González, Martínez Pérez, & Planells del Pozo, 2019). Por lo tanto, definir las características de los indicadores del maltrato que nos orienten al correcto diagnóstico es necesario. Sobre todo, el conocimiento del cirujano dentista en esta temática y su actitud frente a la detención y reporte del maltrato infantil. (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014)

## CAPTULO II-MARCO TEORICO

### 2.1. Antecedentes de la Investigación.

Kempe en 1969 menciona que aquellos padres que son agresores no se limitan a ningún tipo de personalidad, nivel de inteligencia o clase social en particular y que el “maltrato infantil está relacionado psicodinámicamente y no tiene nada que ver con raza, color, sexo, credo, ingresos educación o cualquier otra cosa, pero otros autores señalan que “la mayoría de los padres agresores son jóvenes de 17 años y de clases sociales bajas” (Smith, 1976)

Un estudio en 1967 realizado por Skinner y Castle a 78 casos de niños que habían sido maltratados demostró que el 43% presentó traumatismos en cara y boca, encontrándose abrasiones, laceraciones, mordeduras y fracturas óseas. Malecz en el año 1979 reportó que de 25 casos el 32% presentó fracturas dentales, el 14% laceración, 11% fracturas sea maxilares o mandibulares y el 5% presentó alguna quemadura oral. Mientras que Becker en 1978 estudió 260 casos de los cuales reportó que el 49% de los casos presentaban traumatismos en la región facial y /o intraoral.

### 2.2. Bases Teóricas

#### 2.2.1 Maltrato infantil

La OMS define al maltrato infantil como “cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años ... que pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. (Oranización Mundial de la Salud, 2022)

Sanmartín en el 2008 clasificó los tipos de maltrato infantil en 4 grupos que son:

1. Negligencia
2. Abuso Sexual
3. Maltrato emocional
4. Maltrato físico (Sanmartin Esplugues, 2008)

1. Negligencia: “Cualquier inacción por la que se priva al niño de la supervisión o atención esencial para su desarrollo. La forma más extrema de negligencia es el abandono”. (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014) La academia de odontología pediátrica de estados unidos definió a la negligencia dental como “ la falla de los padres o tutores de buscar y obtener el tratamiento apropiado y disponible para la caries dental, infecciones orales y cualquier otra condición de los dientes y estructuras adyacentes que dificulten o imposibiliten la alimentación, que cause dolor crónico, que retrase el crecimiento y desarrollo del niño o que imposibilite al niño realizar actividades diarias como jugar, caminar o ir a la escuela” (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse, American Academy of Pediatric Dentistry, 1999).
2. Abuso sexual: “Cualquier acción que involucre o permita involucrar a un menor en actividades de tipo sexual”. (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014)
3. Maltrato psicológico: “Cualquier acción u omisión que provoque o pueda provocar daños emocionales, cognitivos o comportamentales en el niño”. (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014)
4. Maltrato físico: “Es cualquier acción que tienda a causar lesiones físicas a un niño (las cause o no). “El maltrato físico es la forma más común de maltrato y la más fácil de detectar por parte del odontólogo de práctica general y el estomatólogo pediatra debido a la frecuente localización de las lesiones en el área maxilofacial” (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014).

### **2.2.2. Lesiones bucales y dentales encontradas en el abuso físico**

“El abuso físico se encuentra alrededor del 20% de los casos donde ha habido maltrato infantil, pudiendo en ocasiones causar la muerte (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014).

En el maltrato físico “las lesiones de los tejidos blandos como excoriaciones, laceraciones, hematomas en la cabeza y cara y lesiones en el labio superior y el frenillo labial superior se consideran hallazgos característicos en infantes y niños pequeños gravemente maltratados. (Doria Martinez & Navarro Chong, 2016) Se ha encontrado que el lugar más común de lesiones infligidas

son los labios en un 54%, seguido de la mucosa oral, dientes, encía y lengua. (Doria Martinez & Navarro Chong, 2016)

Las lesiones tegumentarias predominantes son la equimosis y excoriaciones, entre ellas con frecuencia se asocian lesiones por laceraciones, contusiones y abrasiones (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016). Las cuales se definen:

- Equimosis: Puede producirse por bofetadas, ataques, mordiscos, instrumentos rígidos o semirrígidos con superficie de impacto más o menos regular (varillas, utensilios domésticos, cubiertos, cucharones) e instrumentos de ligadura (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016).
- Excoriaciones: Son lesiones causadas de la acción tangencial de un agente contundente como sobre la piel, el cual actúa por fricción, desprendiendo la epidermis y en algunas ocasiones la dermis y constituyen una lesión vital por excelencia. (Jimenez Quirós, 2014)
- Laceraciones: Es un desgarro o una abertura de la piel.
- Hematomas: Se puede definir como la acumulación de sangre, en su mayor parte coagulada en un órgano, tejido o espacio del cuerpo.

En una encuesta realizada a 1115 dentistas se encontró que las principales lesiones orales en casos de sospecha de abuso infantil en orden de frecuencia fueron:

- Fracturas dentales 32%
- Hematomas orales
- Laceraciones orales 14%
- Fracturas de mandíbula o maxilar 11%
- Y quemaduras bucales 5% (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016)

Además, se evidenció:

- *Laceraciones*: Pueden presentarse en el frenillo labial o lingual ocasionadas por agresiones o alimentación forzada
- *Abrasiones*: Ocasionadas por alimentos o cubiertos calientes
- *Quemaduras*: Se encuentran asociadas a la exposición con aparatos domésticos, flamas, agua caliente, cigarrillos y electrodomésticos o cuando los niños son sumergidos parcialmente en agua caliente, dejando una marca simétrica y de profundidad uniforme. Se

presentan entre el 6 al 20% de maltrato infantil. Las quemaduras intencionales por lo general tienen forma del objeto que se usó para realizarlas. Son profundas y sus márgenes son bien definidos. (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014)

- *Fracturas*: tanto dentales como esqueléticas debido a traumatismos
- *Mordeduras*: Las marcas de mordeduras de un adulto a un niño generalmente se asocian con algunos tipos de abuso físico y sexual. Un signo típico de mordedura humana es un patrón ovalado o circular equimótico. (Costacurta, Benavoli, Benavoli, & Docimo, 2016). Se debe evaluar el arco dentario para determinar si el agresor es un adulto o un niño. Si la distancia lineal intercanina mide más de 3.0 cm, se sospecha de una mordedura de un ser humano adulto (Costacurta, Benavoli, Benavoli, & Docimo, 2016)
- *Hematomas*: Las lesiones accidentales ocurren normalmente sobre las rodillas o cualquier prominencia, como la frente, cadera y codos. Una lesión en áreas protegidas como carillos, orejas y cuello no deberían pasar desapercibidos sobre todo si son grandes y asincrónico o si se presentan de forma múltiple y bilateral. (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014)
- *Alopecia traumática*: Ocasionada porque el agresor tracciona el cabello del niño sea para levantarlo o para llevarlo hacia algún lado. (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014).
- *Laceración de frenillo*: En lactantes premóviles podría sugerir M. I y suele estar vinculada con otros hallazgos de abuso físico grave (Fisher Owens, Lukefahr, & Rao Tate, 2017). Ocasionada por la colocación violenta del biberón o cuchara o asociado en prácticas sexuales orales forzadas (Pacheco Santiesteban, Fuentes Pérez, Villegas Ham, Monreal Romero, & Martínez Mata, 2014).

Múltiples lesiones en diferentes etapas de curación o antecedentes discrepantes deben levantar sospechas de MI por lo que se debe evaluar si la historia es consistente con las características que se observan en la lesión y las capacidades de desarrollo del niño (Fisher Owens, Lukefahr, & Rao Tate, 2017).

El examen radiográfico es de mucha ayuda pues aproximadamente el 50% de los pacientes suelen ser maltratados de forma repetida, así que en las radiografías podremos observar fracturas de raíz

mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo (Gamboa & Guerra, 2021).

### **2.2.3 Lesiones orales encontradas en el abuso sexual**

Aunque la cavidad bucal sea un área común en el abuso sexual en los niños es poco frecuente que se observen lesiones o infecciones visibles en esta área (Fisher Owens, Lukefahr, & Rao Tate, 2017). Las ETS, así como las lesiones traumáticas producto de sexo oral producen equimosis, contusiones, petequias o eritema en el paladar, desgarró del frenillo labial o lingual y laceraciones. (Doria Martínez & Navarro Chong, 2016)

Cuando se sospecha que hubo un contacto buco-genital se recomienda realizar una derivación a centros especializados para realizar todos los exámenes y cultivos requeridos para enfermedades de transmisión sexual, aunque debe de considerarse también una transmisión vertical, es decir, que haya pasado de la madre al hijo (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016).

Solo se pueden considerar patognomónicas de abuso sexual las infecciones por Neisseria gonorrhoeae y Treponema pallidum, todas las demás lesiones y enfermedades únicamente son sospechosas o sugestivas de abuso sexual. (Oliván Gonzálvo & Parte Serna, 2022).

### **2.2.4. Lesiones O Enfermedades Encontradas En Niños Que Padecen De Negligencia Dental**

Son: mala higiene bucal, halitosis, caries infantil temprana, infecciones odontógenas, enfermedad periodontal, lesiones de aftas como consecuencia de un estado de deficiencia nutricional. (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016)

La caries dental, las enfermedades periodontales y otras afecciones pueden provocar dolor, infección, pérdida de función y cosas peores si no se tratan, dando como resultado la afectación de forma negativa en el aprendizaje, comunicación, nutrición y otras actividades importantes para el crecimiento y desarrollo normal. (Fisher Owens, Lukefahr, & Rao Tate, 2017)

Pero se debe tener en cuenta ciertos factores como la falta de finanzas, la ignorancia de los padres o la falta de valor percibido de la salud bucal (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016)

### **2.2.5 Manifestaciones asociadas a personas sometidas a maltrato psicológico**

Encontramos hábitos parafuncionales como bruxismo o apretamiento dental (Doria Martinez & Navarro Chong, 2016)

El apretamiento dental se diferencia del bruxismo porque en el primero se ejerce de manera consciente y la dirección de los movimientos mandibulares también es diferentes. En un estudio realizado entre el 2005 y 2006 en niños de 6 a 16 años se mostró que los niños con diagnóstico de M.I tienen 16 veces mayor riesgo de presentar apretamiento dental que los niños no maltratados. (Doria Martinez & Navarro Chong, 2016)

### **2.2.6. Síndrome de niño maltratado**

“Henry Kempe definió este síndrome como una condición clínica que debe ser considerada en cualquier niño con evidencia de fracturas óseas, hematomas subdural, fracaso en el desarrollo , hinchazón de los tejidos blandos o contusiones y hematomas a nivel cutáneo, así como cualquier niño cuya muerte haya sido repentina o en casos en los que el grado y tipo de lesión no concuerden con la historia dada” (P, Porro Perez, Labajo Gonzalez, Martinez Perez , & Planells del Pozo, 2019).

### **2.2.7. VPH**

La infección por el virus del papiloma humano puede provocar verrugas orales o periorales, el modo de transmisión es cierto pudiéndose transmitir por vía sexual a través del contacto oral-genital de forma vertical y horizontal a través del contacto no sexual de la mano de un niño o de un cuidador a los genitales o la boca (Fisher Owens, Lukefahr, & Rao Tate, 2017)

El condiloma acuminado, se puede encontrar frecuentemente como una lesión única o varias, pediculadas, con apariencia de repollo. Su presencia puede sugerir una prueba de abuso infantil (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016).

### **2.2.8. Sífilis**

Puede mostrar pápulas en el área de los labios. Debido a que es poco común que pueda detectarse en la infancia, una prueba positiva de treponema pallidum es altamente sugestiva a un caso de abuso sexual (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016)

La infección oral es rara. Se manifiesta como una úlcera necrótica indolora e indurada, con bordes sobreelevados, que dura entre 3-6 semanas. Habitualmente en la zona amigdalina con adenopatías ipsilaterales asociadas y menos frecuente en la faringe y otras zonas de la cavidad oral y perioral (Oliván Gonzalvo & Parte Serna, 2022).

### **2.2.9. Gonorrea**

La gonorrea es una de las enfermedades de transmisión sexual más comunes entre las víctimas de abuso infantil y puede manifestarse con eritema, úlcera y lesiones papulares-vesicobolosas y pseudomembranosas en algunas zonas como labios, lengua, paladar y nariz-faringe. (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016).

También puede presentarse como una faringitis y otras veces puede aparecer como una amigdalitis, gingivitis, estomatitis, o glositis. Generalmente es asintomática, pero en ocasiones puede causar sensación de picazón y ardor o ser dolorosa (Oliván Gonzalvo & Parte Serna, 2022)

La gonorrea oral y perioral en niños prepúberes, diagnosticada con técnicas de cultivo apropiadas y pruebas de confirmación, es patognomónica de abuso sexual (Fisher Owens, Lukefahr, & Rao Tate, 2017).

### **2.2.10. Herpes**

Se manifiesta como enantema gingival, hemorragia de la mucosa oral y agrupaciones de pequeñas vesículas generalizadas en todas las partes de la mucosa oral, incluyendo lengua, paladar y piel perilabial, que progresan a pústulas. Estas úlceras son dolorosas, de 1 .5 mm de diámetro con tendencia a la coalescencia, con bordes ondulados y eritema circundante. (Oliván Gonzalvo & Parte Serna, 2022)

### **2.2.11. Candidiasis**

“En ocasiones la candidiasis bucal puede ser causada por traumatismos, creados por maltratos que se evidencian a través de goles u otras circunstancias que alteren la integridad de la mucosa bucal según Aguirre 1996 y Appleton 2000” (Gamboa & Guerra, 2021).

### **2.2.12. Eritema y petequias**

Si las encontramos entre el paladar duro y blando o en el piso de la boca y no hay una etiología conocida, pueden ser pruebas evidentes de sexo oral forzado (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016).

### **2.2.13. Abordaje del odontólogo en casos de sospecha de maltrato infantil**

En un estudio realizado en Costa Rica se destaca que la mayoría de los menores que han sufrido maltrato suelen tener un buen comportamiento durante la atención dental incluso cuando durante el trascurso de la consulta aparezcan episodios de nerviosismo (Ramírez & Madrigal, 2017).

Willumsen en el 2004 afirmó que existe un alto grado de incomodidad en personas que han sido sexualmente abusadas ante la cercanía física por parte del odontólogo durante aquellos procedimientos en los que el dentista les mueve la cabeza, tocan sus labios y la parte posterior de la boca.

Ramírez y Madrigal recomiendan:

- La primera cita debe ser puntual y concisa, se prefiere que las primeras citan sean solo dar una revisión con las manos evitando usar cualquier instrumental
- En caso de que el comportamiento del menor no sea la mejor se debe de realizar técnicas de manejo de conducta evitando aquellas donde se realicen la inmovilización física debido a que pueden hacer revivir situaciones desagradables al menor
- Si el tratamiento es largo se deberán brindar momentos de descanso si el menor lo considera necesario para evitar situaciones de ansiedad, pérdida de control y miedo
- El contacto físico puede provocar inseguridad en el menor por lo que se debe evitar cercanía física, especialmente en zonas cercanas a la boca y se debe evitar sostener la cabeza durante los tratamientos dentales. (Ramírez & Madrigal, 2017)

Los odontólogos pueden desempeñar un papel importante en la identificación documentación y denuncia del maltrato infantil a las autoridades competentes, debido a que los niños que han sido expuestos a diversos maltratos pueden presentar lesiones en la región de la cabeza y el cuello (Shruti, Anju, Mala, Anita, & Anjali, 2023). A pesar de ello hay un bajo nivel de denuncia.

En una encuesta realizada a 422 odontólogos se trató de identificar cuáles eran las barreras que impedían a los odontólogos denunciar el maltrato infantil obteniéndose los siguientes resultados:

- El 71% dijo que la falta de conocimiento y conciencia adecuados sobre el papel de los odontólogos es una barrera importante para denunciar el maltrato infantil.
- El 54% indicó que hay una falta de conocimiento para identificar los casos de maltrato infantil.
- 52% indican que hay una falta de conocimiento para denunciar procedimientos.
- El 27% indicó que hay un miedo al impacto negativo en la práctica odontológica.
- 25% de ellos indicó que tiene miedo a los litigios.
- Y el 0,47% presenta otro temor. (Shruti, Anju, Mala, Anita, & Anjali, 2023)

Siempre que se sospeche de maltrato infantil se debe seguir un protocolo de rutina

1. Realizar una historia clínica minuciosa y detallada, documentando con precisión todas las posibles explicaciones relevantes de los adreos o cuidadores de manera cuidadosa y prudente, para poder contrarrestar esta información con los hallazgos clínicos. (Garrocho Rangel, Marquez Preciado, Olguin Vivar, Ruiz Rodriguez, & Pozos Guillén, 2015)
2. Evaluar el comportamiento del niño y el tutor.
3. Realizar el examen oral.
4. En caso se sospechar abuso sexual se sugiere interrogar al niño y a los padres por separado respecto a la causa de cualquier lesión observada.

## CAPÍTULO III- MARCO METODOLÓGICO

### 3.1. Tipo y diseño de investigación.

La presente investigación se realiza según los parámetros de revisiones sistemáticas con la aplicación de métodos descriptivos ya sea por revistas y artículos científicos, para poder así redactar e identificar las manifestaciones bucales provocadas por maltrato infantil

### 3.2. Metodología de búsqueda bibliográfica.

Para la búsqueda de los artículos que se incluirán en los resultados de la presente revisión sistemática se emplearán bases de datos electrónicas especializadas en ciencias de la salud como: SciELO, PubMed y LILACS.

Las búsquedas se realizaron en español, inglés y portugués.

Base de datos	Palabras claves	Conectores lógicos
<ul style="list-style-type: none"><li>• SciELO</li><li>• PubMed</li><li>• LILACS</li></ul>	<p>En español: Maltrato infantil, caries, negligencia infantil, Abuso infantil manifestaciones bucales, aspectos dentales del abuso infantil, síndrome del niño maltratado</p> <p>En inglés: Child abuse, cavities, child neglect, Child abuse oral manifestations, dental aspects of child abuse, battered child syndrome.</p> <p>En português: Abuso infantil, cáries, negligência infantil, manifestações orais de abuso infantil, aspectos dentários do abuso infantil, síndrome da criança espancada</p>	“AND” y “OR”

**Tabla 1.** *Criterio de búsqueda en el proyecto de investigación.*

Elaborado por: Rodríguez,2024.

### 3.3. Criterios para la inclusión de artículos.

- Según el diseño del estudio: ensayos clínicos randomizados, reporte de caso, estudios transversales, revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis.
- Según el año de publicación del estudio: artículos publicados a partir del año 1992.
- Según la población del estudio: estudios realizados en pacientes pediátricos.

### 3.4. Plan de análisis.

Tal como se espera de una revisión sistemática, se realizará una síntesis cualitativa de los artículos que cumplan con los criterios de inclusión y dicha información será presentada en tablas narrativas con los resultados y hallazgos más relevantes, así como sus conclusiones.

**Tabla 2.** Descripción de los artículos incluidos en la revisión sistemática

ARTÍCULOS SELECCIONADOS		
Autor, Año	Título	Tipo de Artículo.
Federica Di Spirito, Giuseppe Pantaleo, María Pía Di Palo, Alessandra Amato, Annunziata Raimondo, Massimo Amato 2023	Oral Human Papillomavirus Benign Lesions and HPV-Related Cancer in Healthy Children: A systematic Review	De Revisión
Caputo Zungri G, Simon C, Alonso G, Puche MaS 2021	Manifestaciones orales y epidemiología de enfermedades de transmisión sexual prevalentes	Revisión narrativa
R. Pacheco Santiesteban, D. F Fuentes Pérez, J. Villegas Ham, Monreal Romero, G Martínez Mata 2013	Indicadores orofaciales de maltrato infantil	Revisión de literatura
Molly V. Dorfman, James B, Metz, Kenneth W. Feldman, Reid Farris, Daniel Lindberg 2018	Oral Injuries and occult harm in children evaluated for abuse	Estudio de casos
Kellogg, Nancy D Melville, John D Lukefahr, James L Nienow, Shalon M	Genital and Extragenital Gonorrhea and chlamydia in children and adolescents evaluated for sexual abuse	Estudio de casos

Russell, Edward L 2018		
M Costacurta, D Benavoli, G Arcudi y R, Docimo 2016	Oral and dental signs of child abuse and neglect	Revisión bibliográfica
Susan A Fisher-Owens James L Lukefahr Anupama Rao Tate 2017	Oral and dental aspects of child abuse and neglect	Revisión bibliográfica
Mata Tovar Carlos de Jesús, Ochoa Martínez Rosa Elena, Rodríguez Viazcán Rocío, Rodríguez López Diana M 2018	Manifestaciones orales y extraorales asociadas al síndrome del niño maltratado	Estudio de casos
Doria Martinez Ana Milena Navarro Chong Melissa Ivette 2016	La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil	Revisión bibliográfica
Shyrley Diaz Cárdenas Adrián Rohano Rodríguez Andrés David Rey Arrieta 2022	Lesiones sospechosas de maltrato infantil en clínicas de odontopediatría	Estudio de casos
Porro Pérez R Labajo González E Martínez Perez EM Planells del Pozo P 2019	Maltrato infantil y odontología: de la identificación al reporte del caso	Revisión sistémica
Patricia Inés Castro Villamizar Natalia Fortich Mesa Leslie Alzamora de la Rosa 2015	Estudio de morbilidad oral y representaciones de salud oral en niños maltratados en una fundación de Cartagena	Estudio descriptivo.
Ruth Salomé Ferreyra De Prato Ramiro Alejandro Tomasi Monica Cisneros Mauricio Navarro Guitar Maria Luisa Sollazzo Ximena Kiguen Cecilia Cuffini 2019	Estudio morfológico de citologías exfoliativas bucales de niños en situación de abuso sexual de la provincia de Córdoba	Estudio de casos

Gonzalo Olivan Gonzalvo Alejandro Carlos de la Parte Serna 2021	Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil	Revisión bibliográfica
Mariana C Morales Chávez 2009	Rol del odontopediatra en el diagnóstico de maltrato infantil	Revisión bibliográfica
Mariana- Gamboa María Elena Guerra 2013	Manifestaciones bucales del maltrato físico. Reporte de caso	Estudio de caso
Wahisha Barbi, Ravindra S Sonawane, Pinky Singh, Saurav Kumar, Boddpaully Ravi Kumar, Aafreen Arora 2021	Evaluation of the Orofacial Features in the Victims of abuse and Neglect of 5–16-Year-Old Age Childrem	Estudio de casos
Doria Martinez Ana Milena Navarro Chong Melissa Ivette Garzon Panesso Sandra Lorena Herrera Vivas Martha Cecilia Moreno Abello Gloria Cristina Furman Kahn Edgar Manuel Ayala Muñoz Leonardo 2022	Apretamiento dental sugestivo de maltrato infantil en niños institucionalizados de 6 a 16 años	Estudio descriptivo
Olivan Gonzalvo Gonzaki Parte Serna Alejandro Carlos 2021	Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil	Revisión bibliográfica
Tomas Caudillo Joya Maria del Pilar Adriano Anaya Sergio Antonio Chavaria Lopez 2020	Maltrato Infantil: Riesgo de caries dental	Estudio transversal, descriptivo y observacional

Elaborado por Rodríguez 2024

Tabla3. *Criterios de autores*

Año	Autor	Población y Muestra	Resultados	Conclusiones
2023	Federica Di Spirito, Giuseppe Pantaleo, María Pía Di Palo, Alessandra Amato, Annunziata Raimondo, Massimo Amato		La exposición al VPH se asoció con lo siguiente: Sospecha de abuso (3 casos), Abuso sexual (3 casos), vacunación (2 casos), transmisión vertical (8 casos), autoinoculación (2 casos)	La mayoría de las verrugas cutáneas en los niños se deben a la transmisión horizontal La autoinoculación es típica de las VV en niños que se chupan el dedo o se llevan los dedos a la boca. Si hay lesiones en el área genital y la cavidad bucal puede indicar transmisión sexual Los papilomas escamosos son las lesiones epiteliales orales más comunes en la población pediátrica, seguido de las VV en la región cutánea con un 12,42% de los casos
2021	Caputo Zungri G, Simon C, Alonso G, Puche MaS	Niños de 12 a 16 años	El 10% de los niños y adultos jóvenes se ven afectados, con una incidencia de 12 a 16 años. apareciendo de forma escasa en la mucosa bucal	Se presenta principalmente en adultos jóvenes y las lesiones orales por ETS se asocia con el grado de desarrollo de cada país. La mayoría de las lesiones orales por ETS han aumentado en las últimas décadas, pero ya no son mortales.
2013	R. Pacheco Santiesteban, D. F Fuentes Pérez, J. Villegas Ham, Monreal Romero, G Martínez Mata		El traumatismo orofacial se encuentra entre un 50 a 75% de los casos de A.F 50% de los pacientes estudiados presentaron abrasiones en cabeza, cara y cuello.	El odontólogo debe ser capaz de identificar el MI para poder prevenir daños a la población de riesgo y evitar secuelas más graves, además de que es obligación del odontólogo y sobre todo del estomatólogo pediatra reportar cualquier indicador o

				sospecha de MI y participar en su prevención
2018	Molly V. Dorfman, James B, Metz, Kenneth W. Feldman, Reid Farris, Daniel Lindberg	2890 consultas por abuso infantil en niños <120 meses	El 3,3% de los niños sufrieron lesiones bucales. La lesión bucal fue el motivo de evaluación en el 33% de los casos, el 43% tenía lesiones en el frenillo. El 25% tenía fracturas ocultas. El 23% presentaban hemorragias retinianas, El 42% de los niños, tenía entre 0 y 12 meses y el 39% entre 1 y 3 años y el 18% >3 años.	Niños que tengan lesiones orales tienen un mayor índice de presentar otras lesiones que están “ocultas”. Los bebés y niños en edad preescolar móviles están en riesgo de sufrir maltrato
2018	Kellogg, Nancy D Melville, John D Lukefahr, James L Nienow, Shalom M Russell, Edward L	1319 pacientes de entre 0 a 17 años víctimas de abuso sexual	104 pacientes tenían chlamydia Trachomatis, 33 Neisseria Gonorrhoeae. De los cuales el 77% presentaba la infección en la cavidad oral	Las pruebas positivas para NG y CT en pacientes evaluados por agresión sexual pueden representar infección por contacto sexual, propagación contigua de la infección o la presencia de secreciones infectadas del agresor.
2016	M Costacurta, D Benavoli, G Arcudi y R, Docimo	1155 dentistas pediátricos	50% de los niños que sufren abuso físico han demostrado tener trauma oral o facial. En una encuesta realizada a 1155 dentistas pediátricos, se encontró que las principales lesiones orales en casos de sospecha de A.I en orden de frecuencia fueron: fracturas dentales 32%, hematomas orales 24%, laceraciones orales 14%, fracturas de mandíbula o maxilar 11% y quemaduras bucales 5% Además de que en los casos con lesiones intraorales el 43%	El diagnóstico precoz en una consulta odontológica podría contribuir considerablemente en la identificación de casos de violencia y en una intervención temprana

			fueron contusiones y equimosis, el 28,5% fueron abrasiones y laceraciones y el 28,5% fueron traumatismos dentales	
2017	Susan A Fisher – Owens James L Lukefahr Anupama Rao Tate		La gonorrea oral y perioral en prepúberes es patognomónica de abuso sexual, pero es poco común. Las tasas son más altas en adolescentes abusados sexualmente (12% con gonorrea; 14% con clamidia)	Es importante que los proveedores de atención médica sean conscientes de que el abuso físico o sexual puede provocar lesiones o afecciones orales o dentales. Además, deben estar capacitados para que sepan como documentar la evidencia.
2018	Mata Tovar Carlos de Jesús, Ochoa Martínez Rosa Elena, Rodríguez Viazcán Rocío, Rodríguez Lopez Diana M	47 niños: género masculino (23), género femenino (24) de entre 3 e 12 años	Los niños presentaron: 53% OD sanos, 26% caries, 7% restauraciones, 1% fractura, 4% O.D ausentes, 1% lesión periodontal y el 2% alguna alteración de color. En el traumagrama de la cabeza y cuello se encontró: 3 dermoabrasiones, 1 laceración, 1 equimosis, 1 hematoma	La lesión oral más frecuente fue la caries, en la cabeza y cuello fue la dermoabrasión mientras. La edad promedio que presentó un mayor número de casos fue de 6 años y fue el género masculino que presentó un mayor número de lesiones asociadas al SNM.
2016	Doria Martinez Ana Milena Navarro Chong Melissa Ivette		Las quemaduras representan el 6-30% de todos los hallazgos de maltrato y se estima que hasta un 25% de todas las quemaduras en la infancia son infligidas.	Lesiones sin explicación creíble o en diferentes estadios de curación en tejidos blandos deben aumentar la sospecha de que se trate de posibles casos de M.I El odontólogo es importante para la detección temprana de M.I ya que alrededor del 50% de las lesiones ocurren en el área de la cara y la boca.
2022	Shyrley Diaz Cárdenas	100 binomios padres-niños de 6	Prevalencia de sospecha general de MI del 12% y	En clínicas de odontopediatría del ámbito

	Adrián Rojano Rodríguez Andrés David Rey Arrieta	a 9 años y estudiantes de odontología	sospecha de MI según lesiones orofaciales del 24%; la lesión extraoral e intraoral más prevalente fue la laceración con el 10%	universitario se pueden presentar lesiones sospechosas de MI desde la valoración general y orofacial
2019	Porro Pérez R Labajo González E Martínez Pérez EM Planells del Pozo P		Las lesiones orales son mucho menos observadas en casos de maltrato y negligencia dental observándose en apenas del 2 - 7% de todas las lesiones identificadas en niños que sufren maltrato físico.	Es importante la manera de recoger la información para que sea evaluada por las autoridades
2015	Patricia Inés Castro Villamizar Natalia Fortich Mesa Leslie Alzamora de la Rosa	99 niños que presentaron maltrato infantil y abuso sexual	Onicofagia 33% Caries dental 87,9% (81.8% de las lesiones estaban activas y 21,4% comprometían la pulpa dental) 66,7% presentaron gingivitis 39,4% presentaron fluorosis dental	La caries dental es altamente prevalente en niños maltratados, siendo más propensos a tener caries dental y otro tipo de patologías orales, así como pocos conocimientos y creencias erradas acerca de la salud oral
2019	Ruth Salomé Ferreyra De Prato Ramiro Alejandro Tomasi Mónica Cisneros Mauricio Navarro Guitar María Luisa Sollazzo Ximena Kiguen Cecilia Cuffini	58 pacientes de 2 a 13 años (Grupo a: Controles y Grupo B: Casos)	En el grupo A en niños de 0-8 años se observó células intermedias con menor plegamiento y agrupamiento mientras que en el mismo grupo, pero en niños de 9 a 13 años las células se cargaban de queratina y aumentaba el porcentaje de células superficiales. En el grupo B se observaron: gránulos intracitoplasmáticos, bucicleaciones, queratocitos que son considerados marcadores indirectos de la infección por VPH, que luego fue confirmado por PCR	Mediante la citología exfoliativa, se observaron signos directos de VPH que luego fueron confirmados por PCR, se destaca la diferencia del grupo B sobre el A. La citología exfoliativa permitirá destacar precozmente signos compatibles con VPG, la presencia de esta ITS alertará al equipo necesario para combatir el abuso infantil
2021	Gonzalo Olivan Gonzalvo		Las lesiones orales se observan del 12 al 31% de los niños que	Las lesiones y enfermedades por abusos y negligencia

	Alejandro Carlos de la Parte Serna		<p>sufren maltrato mientras que las lesiones intraorales se observan con menor frecuencia del 2 al 11%. Las lesiones orales e intraorales más frecuentemente observadas (46-95%) son los hematomas y laceraciones en los labios, frenillo labial superior, encías, lengua, mucosa sublingual, paladar blando y duro y mucosa oral</p> <p>La infección oral por Neisseria gonorrhoeae en menores abusados sexualmente es poco frecuente en la edad prepuberal, mientras que en la adolescencia la tasa llega hasta el 12%.</p> <p>El valor predictivo por el VPH para un posible abuso sexual es del 36% para niños de 4-8 años y del 70% para niños mayores a 8 años manifestándose como condilomas acuminados, verrugas vulgares o papilomas escamosos, generalmente no dolorosos, a nivel perioral y en cualquier superficie de la mucosa oral o faríngea, La infección oral por los serotipos L1, L2 Y L3 de Chlamydia Trachomatis en adolescentes abusados sexualmente es de 14%</p>	infantil se manifiestan con frecuencia en la región oral e intraoral por lo que los profesionales deben tener conciencia del problema y deben ser capaces de detectar y conozcan cuando y como documentar y notificar.
2009	Mariana C Morales Chávez		Las quemaduras representan el 10% de las lesiones físicas por maltrato siendo	Los índices e MI aumentaron desmesuradamente sobre todo en países en vías de desarrollo debido a las condiciones socioeconómicas,

				El odontólogo debe capacitarse para poder diagnosticar un paciente maltrato y conocer las vías para denunciar.
2013	Mariana-Gamboa María Elena Guerra		Los signos cutáneos son la manifestación más común del MI presentándose en más de un 90% Los niños infectados con VIH tienen alta prevalencia de lesiones bucales particularmente candidiasis bucal representando el 75% de los casos de infección pediátrica.	El abordaje del MI debe ser interdisciplinario. Se le debería dar más importancia al maltrato infantil para los odontopediatras de todo el mundo
2021	Wahisha Barbi, Ravindra S Sonawane, Pinky Singh, Saurav Kumar, Boddpaully Ravi Kumar, Aafreen Arora	250 niños de entre 5 y 16 años que se sospechaba habían sido víctimas de Abuso/negligencia infantil	Se encontró: 30% presentó laceración de varios sitios (18 labio, 11% frenillo, 36% en la mucosa bucal, 22% paladar y el 12% en el piso de la boca. 11,6% características de avulsión, 18 niños presentaron fracturas dentoalveolares, 41,6% caries, 7,6% ausencia de O.D el 100% de los niños presentaron depósitos	La cavidad bucal es un foco central de abuso físico por lo que es necesario realizar un examen intraoral y perioral cuidadoso
2022	Doria Martinez Ana Milena Navarro Chong Melissa Ivette Garzon Panesso Sandra Lorena Herrera Vivas Martha Cecilia Moreno Abello Gloria Cristina Furman Kahn Edgar Manuel	104 niños con diagnóstico previo de maltrato infantil y 53 niños sin maltrato infantil aparente. Ambos grupos de 6 a 16 años	La presencia de Bruxismo no tuvo relación significativa entre los dos grupos, mientras que el apretamiento dental se reflejó en un 57,7% en los niños maltratados y 32.7% de estos presentaron niveles de ansiedad leve o moderada.	Existe un riesgo 16.4 veces mayor en los niños maltratados para presentar Apretamiento Dental nocivo y en el futuro desarrollar desórdenes temporomandibulares.

	Ayala Muñoz Leonardo			
2021	Olivan Gonzalvo Gonzaki Parte Serna Alejandro Carlos		Todas las lesiones orales y dentales por abuso físico son sospechosas, pero ninguna patognomónica. Todas las enfermedades orales y dentales por negligencia son sugerentes, pero ninguna patognomónica, Las infecciones orales por Neisseria gonorrhoeae y Treponema pallidum son patognomónicas de abuso sexual. Todas las demás lesiones son sospechosas o sugerentes	Las lesiones y enfermedades por abusos y negligencia infantil se manifiestan con frecuencia en la región oral e intraoral por lo que pediatras y odontólogos deben tener conciencia del problema y estar formados en su detección y conozcan cuando y como documentar y notificar
2020	Tomas Caudillo Joya María del Pilar Adriano Anaya Sergio Antonio Chavarria López	117 niños de 8 a 18 años en el internado infantil de G	El promedio general de caries dental en DP fue de 5,6 y en la DT de 2.0 dientes con historia de esta enfermedad. La prevalencia de caries en esta población fue de 89%	El 86% de esta población tiene necesidades de tratamiento en su boca

Elaborado por Rodríguez, 2024

## CAPITULO IV- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 4.1.Análisis De Los Resultados.

El maltrato infantil se lo puede clasificar en abuso físico, sexual psicológico y negligencia. Las manifestaciones del abuso psicológico son: apretamiento dental y bruxismo debido al estrés que están sometidos los niños. El apretamiento dental en niños que han sufrido maltrato es de un 57.7% en contraste con el 42,3% de niños que no han sufrido maltrato (Doria Martinez & Navarro Chong, 2016). En la negligencia encontraremos mala higiene bucal, halitosis, caries infantil temprana, infecciones odontógenas, enfermedad periodontal, lesiones de aftas como consecuencia de un estado de deficiencia nutricional. (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016) Siendo la caries dental la enfermedad más frecuente encontrada en niños que han sido maltratados tanto en el estudio realizado por Villamizar et al., en el 2015 con un porcentaje del 87,9% como en el estudio realizado por Wahisha et al., en el 2021 que obtuvo un porcentaje del 41,6%.

A pesar de que existen enfermedades de transmisión sexual como la infección oral por *Neisseria Gonorrhoeae* y *Treponema pallidum* que son patognomónicas de abuso sexual (Olivan Gonzalvo & Parte Serna, 2022) es muy raro que se observen lesiones o infecciones visibles en la cavidad bucal de niños que han sido víctimas de abuso sexual (Fisher Owens, Lukefahr, & Rao Tate, 2017) como lo demuestra el estudio realizado por Kellogg et al en el 2018 donde apenas el 1,8% de 1319 niños que habían sido víctimas de abuso sexual dieron positivo para tener alguna ITS en la cavidad oral Fisher et al en el 2017 menciona que la gonorrea oral y perioral en prepúberes abusados sexualmente es poco común comparada con los adolescentes que fueron abusados sexualmente donde se encontró una tasa de aparición del 12%- .Además, si las encontramos eritemas o petequias entre el paladar duro y blando o en el piso de la boca y no hay una etiología conocida, pueden ser pruebas evidentes de sexo oral forzado (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016) .

Estudio realizado por Santiesteban et al en el 2013 encontró que entre el 50 y 75% de los niños que sufrieron de abuso físico tenía algún tipo de traumatismo en la región orofacial concordando con la evaluación realizada por Costacurta a 1155 dentistas donde se encontró que el 50% de los niños que sufrieron A.F tenía algún trauma oral o facial donde la fractura dental estuvo presente

en el 32% de los niños. El lugar más común de lesiones infligidas son los labios en un 54%, seguido de la mucosa oral, dientes, encía y lengua (Doria Martinez & Navarro Chong, 2016).

#### **4.2.Discusión**

Los odontólogos juegan un papel importante en la identificación del maltrato infantil debido a estudios como el de Fonseca que en 1992 se observó que el 37,5% de las lesiones se localizaron en la cabeza, cara, boca o cuello, el porcentaje subió al 75,5% cuando los casos se estudiaron por separado, por otro lado Naidoo en el 2000 obtuvo un porcentaje del 21% donde las lesiones se encontraban en la cabeza y cuello: 59% eran faciales y apenas el 11% intraorales. Los labios fueron el área más frecuente lesionada con un 22%. Aunque Dorfamn et al., en el 2018 realizó un estudio donde solo apenas el 3,3% de 2890 consultas por abuso infantil en niños sufrieron alguna lesión bucal donde el 43% de las lesiones estaban en el frenillo.

Costacurta en el 2016 menciona que las principales lesiones intraorales en casos donde se sospechó A, I fueron: fracturas dentales 32%, hematomas orales 24%, laceraciones orales 14%, fracturas de mandíbula o maxilar 11% y quemaduras bucales 5%.

Con respecto a las manifestaciones orales de enfermedades causadas por un abuso sexual Fisher y col sostienen que es poco frecuente observar lesiones o infecciones visibles en el área bucal y esta misma idea la sostiene Gonzalo Olivan diciendo que “aunque la cavidad oral es un sitio frecuente de abuso sexual en niños, las enfermedades y lesiones orales visibles son poco frecuentes y difíciles de detectar”. Y esto vuelve a ser reafirmado en el estudio de Arturo Loredó y Col donde se observó que del de 52 pacientes que habían sido maltratados el 15,3% de ellos habían sufrido abuso sexual y ninguno presentaba lesión en la región orofacial. Caputo et al señala que la infección por alguna ETS se asociará con el grado de desarrollo de cada país y que por lo general es raro que afecte la mucosa bucal

La enfermedad dental más frecuente en niños que han sufrido de negligencia es la caries esto lo comprueba estudios como el Patricia et al. (2015) donde de 99 que sufrieron maltrato y abuso sexual el 87,9 % presentaron caries y en un estudio realizado por Tomas et al. (2020) donde la muestra fue mayor el porcentaje de prevalencia de caries en niños que habían sido maltratados fue del 89%

## CONCLUSIONES

Las lesiones orales más comunes son aquellas causadas por abuso físico que se observan en el 12-31% de los niños que sufren de este tipo de maltrato. Las lesiones de los tejidos blandos son hallazgos característicos en infantes y niños pequeños gravemente lesionados siendo la laceración del frenillo labial uno de los hallazgos más frecuentes además Costacurta y col en 2016 señalan que las fracturas dentales representan el 32% de casos en los que se sospecha abuso infantil, seguido de hematomas, laceraciones, fracturas sea mandibulares o maxilares y las quemaduras bucales.

Aunque el niño haya sido abusado sexualmente es poco probable que se observen lesiones o infecciones visibles en la cavidad oral (Fisher Owens, Lukefahr, & Rao Tate, 2017) sin embargo en caso de aparecer alguna lesión de ITS las únicas que son patognomónicas de abuso sexual son infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema Pallidum* (Olivan Gonzalvo & Parte Serna, 2022). La primera puede manifestarse como eritema, ulcera y lesiones papulo-vesicobolosas y pseudomembranosas que aparecerán en zonas como labios, lengua, paladar, lengua y faringe. (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016). Otras veces puede presentarse como una faringitis, amigdalitis, gingivitis, estomatitis o glositis (Olivan Gonzalvo & Parte Serna, 2022). La sífilis puede observarse como pápulas en el área labial o como una ulcera necrótica, indolora e indurada con bordes sobreelevados (Olivan Gonzalvo & Parte Serna, 2022)

Encontrar un eritema o petequias entre ambos paladares o piso de la boca sin etiología desconocida puede ser prueba evidente de sexo oral forzado (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016)

Aunque pueden encontrarse lesiones en la cavidad oral en niños gravemente maltratados no hay estudios suficientes para determinar si existe una relación de lesiones orales y el maltrato infantil ya que deben considerarse otros aspectos aunque múltiples lesiones en diferentes etapas de curación podrían ser sugestivas de M.I por lo que se recomienda siempre evaluar si la historia es consistente con las características que se observan en la lesión y las capacidades de desarrollo del niño (Fisher Owens, Lukefahr, & Rao Tate, 2017) y en ITS se debe de considerar una transmisión vertical (Costacurta , Benavoli , Benavoli , & Docimo, 2016)

## **RECOMENDACIONES**

- Priorizar el examen intra y extraoral en cada paciente, teniendo claro ciertos indicadores que nos sugieran que el paciente podría estar siendo maltratado o desatendido.
- Proporcionar un ambiente seguro y agradable para cada paciente, teniendo la paciencia necesaria en la atención pediátrica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse, American Academy of Pediatric Dentistry. (1999). *Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. Reference Manual*. Obtenido de [http://www.aapd.org/media/Policias\\_Guidelines/G\\_Childabuse.pdf](http://www.aapd.org/media/Policias_Guidelines/G_Childabuse.pdf).
- Arrieta Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & Ramos Martínez, K. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 129-138.
- Cairns, A. M., Q Mok, J. Y., & Welbury, R. R. (2005). Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 310-318. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2005.00661.x>
- Cifuentes Harris, C., Contreras Reyes, C., & Torres, M. A. (2020). Maltrato infantil: Conocimiento y actitud del cirujano dentista. Marco legal y Revisión de la literatura. *International Journal of Odontostomatology*, 160-166.
- Congreso Nacional. Código de la Niñez y Adolescencia. Publicado en el Registro Oficial No. 737 del 03 de enero del 2003
- Costacurta, M., Benavoli, D., Benavoli, G., & Docimo, R. (2016). Signos orales y dentales de abuso y negligencia infantil. *Oral & implantology (Roma)*, 68-73. doi:10.11138/orl/2015.8.2.068
- Doria Martínez, A. M., & Navarro Chong, M. (2016). La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. *Dossier Odontología Legal y Forense*.
- Dunne, E. F., Nielson, C. M., Stone, K. M., Markowitz, L. E., & Giuliano, A. R. (2006). Relevance of HPV infection among men: A systematic review of the literature. *Review of Infectious Diseases*, 1044-1057. doi: <https://doi.org/10.1086/507432>
- Fisher Owens, S., Lukefahr, J., & Rao Tate, A. (2017). Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *PEDIATRICS*.
- Gamboa, M., & Guerra, M. E. (2021). Manifestaciones bucales del maltrato físico, Reporte de caso. *Revista de odontopediatría latinoamericana*.
- Garrocho Rangel, A., Marquez Preciado, R., Olguin Vivar, A. I., Ruiz Rodríguez, S., & Pozos Guillén, A. (2015). Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 428.434.
- Jiménez Quirós, D. (2014). Estimación del tiempo de evolución de las excoriaciones basado en el análisis histológico. *Med. leg. Costa Rica, Heredia*, 34-41.
- Olivan Gonzalvo, G., & Parte Serna, A. C. (2022). Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil. *Pediatría Atención Primaria*, 15-23.
- Organización Mundial de la Salud. (2022, Septiembre 19). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

- P, P., Porro Perez, R., Labajo Gonzalez, E., Martinez Perez , E., & Planells del Pozo, P. (2019). Maltrato infantil y odontopediatria: de la indentificacion al reporte del caso. *RCOE*, 79-87.
- Pacheco Santiesteban, R., Fuentes Pérez, D. C., Villegas Ham, J., Monreal Romero, H., & Martínez Mata, G. (2014). Indicadores orofaciales de maltrato infantil: Breve revisión de la literatura. *ELSEVIER*, 51-55.
- Ramirez, V., & Madrigal, D. (2017). Manejo odontologico en menores que han sido victimas de abuso sexual. *Odontologia Vital*.
- Sanmartin Esplugues, J. (2008). *El enemigo en casa*. Barcelona: NABLA EDICIONES.
- Shruti, G., Anju, D., Mala, K., Anita, H., & Anjali, N. (2023). Knowledge, awareness and attitude of dental professionals regarding child maltreatment. *Journal of Forensic Odonto-Stomatology*, 10-23.
- Smith, S. (1976). The Battered Child Syndrome -Some Research Aspects . *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*.
- Thompson , L. A., Tavares, M., Ferguson-Young, D., Orrett , O., & Halpern, L. R. (2013). Violence and abuse: core competencies for identification and access to care. *Dental Clinics Of North America*, 281-299. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cden.2013.01.003>
- Zungri G, C., C, S., G, A., & Puche, M. (2005). Manifestaciones orales y epidemiologia de enfermedades de transmisión sexual prevalentes. Revisión Narrativa. *International Journal of Dermatology*.