

007077  
F.O.

**SIGNOS Y SINTOMAS EN CABEZA Y CUELLO  
DE MALTRATO INFANTIL**

**BELTRAN MARCELA  
BONILLA GINNA PAOLA  
CARMONA LILIANA  
GUZMAN GILCA  
LOPEZ MONICA**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
AREA DE EDUCACION AVANZADA  
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

**1998**

**SIGNOS Y SINTOMAS EN CABEZA Y CUELLO  
DE MALTRATO INFANTIL**

**BELTRAN MARCELA  
BONILLA GINNA PAOLA  
CARMONA LILIANA  
GUZMAN GILCA  
LOPEZ MONICA**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial  
Para optar el título de odontólogo.**

**Director**

**CARMEN ESTHER ORJUELA**

**Odontóloga especialista en odontología forense**

**Asesor Metodológico**

**INES AMPARO REVELO**

**Odontóloga maestría en administración en salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
AREA DE EDUCACION AVANZADA  
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

**1998**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCION	
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	1
1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACION	1
1.3. PROPOSITO	2
1.4. MARCO TEORICO	3
1.5. OBJETIVOS	33
1.5.1. General	33
1.5.2. Específicos	33
2. METODO	35
2.1. TIPO DE ESTUDIO	35
2.2. DEFINICION DE VARIABLES	35
2.2.1. Tipo de lesiones cutáneo mucosa	35
2.2.2. Tipo de lesiones esqueléticas	35
2.2.3. Tipo de lesiones viscerales	36
2.2.4. Tipo de lesiones oculares	36
2.2.5. Tipo de lesiones peribucales	36
2.2.6. Tipo de lesiones intraorales	37
2.2.7. Huellas de mordedura	38
2.2.8. Autoridades competentes	38
3. RESULTADOS	39
4. CONCLUSIONES	79
5. RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## **INTRODUCCION**

En Colombia la violencia es un factor que causa maltrato infantil, como una enfermedad social. Este t3pico es cada vez de mayor actualidad pero de escasa divulgaci3n, por razones de tipo legal y social.

Los ni1os maltratados presentan expresi3n tristes y resignada y, a3n en la edad m1s tierna, se acercan a la madre y la acarician cuando grita; tratando de tranquilizarla. Reconocerlos constituye tan s3lo una parte del programa de prevenci3n, ya que es m1s importante identificar a los maltratadores potenciales.

En el presente trabajo se revisara una enfermedad recidivante que frecuentemente no se detecta en el consultorio odontol3gico.

La investigaci3n sintetiza los signos y s3ntomas cl3nicos que se presentan en cabeza y cuello de una v3ctima para identificarlos y encaminar el tratamiento adecuado en esta enfermedad.

## **1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION**

### **1.1. Definición del Problema**

Aunque el abuso y los malos tratos a los niños, no son ciertamente hechos nuevos, la introducción del término " maltrato infantil " a tenido lugar hace relativamente poco tiempo.

Un problema básico en el estudio del maltrato infantil es que existen numerosas definiciones, por eso, no hay consenso en algunas que sean ampliamente aceptadas, que tengan el potencial suficiente para permitir la comunicación, comparación y generalización de observaciones que son arma importante para que un odontólogo este en la capacidad de diagnosticar clínicamente un caso de maltrato infantil que sean base para dar resultados entre los distintos ámbitos y perspectivas desde los que se presta atención a esta problemática.

Es decir, el odontólogo general no tiene la capacidad de detectar en su consultorio pacientes que sufren maltrato o abuso.

### **1.2. Justificación**

El problema del maltrato al menor, tiene profundas incidencias en el desarrollo de los recursos humanos del país, por cuanto limita las capacidades

intelectuales, afectivas y sociales del mismo; convirtiéndolo en carga para la sociedad y las instituciones.

De otra parte se violan los derechos del niño transformándolo con el correr del tiempo en invalido, gamín, prostituta o delincuente.

Es necesario conocer este fenómeno y analizarlo a fondo para introducir al nivel de las instituciones de salud, educación de protección social las modificaciones tendientes a disminuir su incidencia orientando los diferentes profesionales principalmente el odontólogo a tener en cuenta diferentes características que involucran a los menores maltratados y por medio de estas tener la capacidad y la suficiente autoridad de poder manejar un caso en determinado momento ya sea para ayudar el niño afectado y a su familia o en casos extremos a denunciarlo con base en el código del menor.

### **1.3. Propósito**

Lograr que por medio de este trabajo investigativo el profesional este en capacidad de detectar las diferentes formas de maltrato o abuso infantil que pueden llegar a consulta odontológica, ya que estas son ayudas para poder iniciar las investigaciones más a fondo y poder prevenir las futuras consecuencias que traen los diferentes tipos de maltrato infantil generados o debidos a la violencia intrafamiliar, evitando un futuro reprimido de los infantes debido a que este trae consecuencias físicas, psicológicas, mentales, y posiblemente estos niños sean los maltratadores del futuro.

#### **1.4.Marco Teórico**

Se puede afirmar que violencia es; en esencia, el negarle a los demás la posibilidad del ejercicio de sus derechos; forzarlos a expresar determinadas respuestas sin permitirles originalidad y creatividad en pensamientos y acciones, en fin, es aprovecharse de su impotencia o de su debilidad con pretendida omnipotencia para así hacerle sentir como propia su existencia.

Es relativamente fácil hablar de violencia en aquellos casos en los cuales se piensa que solo hubo daño físico (golpes, quemaduras, heridas, abuso sexual), pero difícil aceptar otras formas que aunque puedan parecer sutiles, no son menos importantes: el abandono, el desdén, la denigración, la negligencia, la imposición del contacto al despecho del rechazo, la burla.

Igualmente es común la negación de la violencia que personalmente producimos. Esta negación que encubre muchas de las formas que hemos mencionado, es la que ha logrado que " disfracemos " de tal modo el problema, que hemos llegado a pensar: o que no existe, o que esta muy lejos de nosotros "... Se trata de personas plenamente conscientes y responsables con capacidad discriminadora, con cultura suficiente, altruistas y generosas muchas veces, capaces de amar y ser amadas, de conmoverse y de entusiasmarse, y sensibles a la belleza, al dolor y a la muerte, hombres, en fin, con todas sus consecuencias..." (Lera, Angel María, 1982).

La actitud de negación hace que cuando alguien nos lo recuerde, en primer instancia lo rechacemos y, en segundo lugar aceptemos que existe pero en " otros " de manera que al intentar alguna solución, la proponemos para que esos " otros " la apliquen.

La violencia existe, la producimos todos, USTED, YO... no podemos desconocerla, la vemos reproducida en la estructura de la sociedad, en donde la simetría de poderes nos permite dominar a los que consideramos más débiles.

Los orígenes de la asimetría de poderes en nuestra cultura, los encontramos al interior del núcleo familiar, en donde la fuerza, el poder en general, están representados en el varón en edad de producir económicamente (adulto joven), y la parte débil la constituyen los ancianos, las mujeres y los niños. Es decir, que la estructura actual de nuestra sociedad es la replica de la estructura familiar y que el hombre solo intenta reproducir en su comportamiento social lo aprendido en su círculo familiar. " Entre todos los grupos humanos, la familia desempeña un papel primordial en la transmisión de la cultura... predominan la educación inicial... gobiernan los procesos fundamentales del desarrollo psíquico, la organización de las emociones desacuerdo con tipos condicionados por el ambiente, que constituyen la base de los sentimientos y, en un campo más amplio, transmite estructuras de conducta y de representación cuya dinámica desborda los límites de la conciencia". ( Lacán, Jacques 1979)

La familia constituye un microclima, en donde se dan y se aprenden prácticas, conductas, valores, sentimientos de solidaridad, desprecio, de afecto, y es de allí, al interior del núcleo familiar, en donde se posibilitan las más intensas relaciones interpersonales y en donde se dan en su forma más pura, del amor y del odio " la familia es un sistema de intercambio emocional, de amor y agresión, que fluye en todas las direcciones y en distintos grados en constante interacción. En este proceso y a través de actitudes emocionales y actos concretos, cada miembro expresa sus necesidades afectivas, como intenta

satisfacerlas, que esta dispuesto a dar, que hace si no obtiene lo que quiere y como responde a la necesidad de otros". ( Chagoya, Leopoldo 1974).

El problema tiene sus orígenes en la estructura familiar y teniendo en cuenta que las primeras experiencias con actos violentos se viven antes de nacer.

La violencia intrafamiliar se define como una situación en la que uno o más de los miembros del grupo familiar del mismo núcleo es considerado como un hecho universal, no siempre reconocido, puesto que como integrantes de una familia en algún momento hemos sido maltratados o maltratadores.

La violencia intrafamiliar, se origina en el momento en que la colonización efectúa un cambio de valores en la cultura primitiva.

El nuevo sistema de valores de la unidad familiar se monto sobre la base de las creencias religiosas y con un concepto esclavista se le enseñó a la mujer que tanto ella, como los hijos, debían obedecer al marido y al padre puesto que le pertenecía y como se constituía en falta a la moral, la desobediencia; con lo cual se mantenía la unidad familiar fundamentada en el temor.

Así vemos como a partir de una estructura familiar " cerrada " en la que las diferencias del grupo son hereditarias, intocables, e imperturbables, se reproduce toda la estructura social con las mismas características en la que al igual que se castiga la desobediencia, se castiga cualquier intento de respuesta diferente a lo que se ha establecido y normalizado, por tanto aceptada socialmente; al interior de núcleo familiar los " Castigos " forman una cadena en la que el varón joven maltrata a su mujer y, a su vez esta maltrata a los hijos.

En los estudios sobre civilizaciones ancestrales se han encontrado patrones culturales de infanticidio y de maltrato, sacrificio de mujeres y de niños en ritos crueles, casi siempre con este criterio de castigo prácticamente se ha instituido cualquier forma de violencia como válido cumplimiento de creencias religiosas.

Parece ser una práctica muy antigua, con tradición secular en occidente.

Para efectos de esta investigación es importante hablar de la violencia sobre los hijos, al respecto: " Los relatos bíblicos y la mitología griega primitiva relatan circunstancias en las que la matanza de los niños se cometió con pretextos religiosos y culturales".

" En la avanzada cultura griega se eliminaban los niños poco robustos o con algún defecto físico. " " En la milenaria cultura egipcia, los niños eran arrojados al Nilo, con la convicción de que así sus dioses con cabeza de chacal les daría más fecundada". (Alvarez, Diego e Infante)

Solo en épocas recientes se ha tomado conciencia de la presencia, de este fenómeno universal, observado tanto en culturas primitivas como contemporáneas. Rascovsky (1970) señala como inclusive él término se ha excluido, utilizando en su lugar el de infanticidio, que niega la posibilidad de que un hijo pueda ser destruido por sus propios padres.

El filicidio es la forma final de tal destrucción, pero existen formas atenuadas de él, como el abandono temprano, o reiterado, la crueldad, el castigo, el abuso, los ataques físicos o verbales, las negaciones despóticas, la insensibilidad ante el sufrimiento, el juicio denigratorio y todas las formas de actitud parental ocasional y persistente que se imprimen en el yo del niño como heridas, consecuencias inmediatas o remotas (Rascovsky 1970).

El síndrome del niño apaleado, realizado por Kempe, en 1962, trajo como consecuencia el reconocimiento oficial del abuso cometido en niños por parte de estos cuadros. "en general, los daños resultan de golpear al niño repetidamente, pegarle o azotarle con el objeto que más cerca tenga en la mano, lanzarlo como si fuera una almohada, a menudo hasta el otro lado del cuarto, alandole o retorciéndole un brazo o pierna, o lanzándolo contra el suelo o contra la pared".( Fontana 1979)

Las condiciones habituales y urbanas, esencialmente en aquellos grupos marginados de la sociedad, desencadenan la agresión al acumularse está progresivamente. Ante la impotencia para modificar la situación carencial, el individuo aprende a desplazar su agresión a otros más débiles, realizando contra ellos lo que no puede hacer contra las circunstancias o contra quienes lo oprimen (Bruckner, 1974)

Las experiencias vividas como hijo se convierten posteriormente en tendencias activas que llevan a repetir con los hijos los esquemas de nuestros propios padres.

El maltrato infantil es un tópico con una fuerte carga emocional e incluso o hará profesionales y científicos sociales quienes confrontar este problema diariamente. Las respuestas emocionales al maltrato infantil recorren una amplia gama que comprende desde la rabia y el ultraje moral hasta la histeria y repulsión.

El maltrato infantil es toda aquella falta de cuidado, alteración de amor que afecta la salud física y mental, el maltrato físico el abuso y la explotación sexual y las injusticias de todo orden que ejercen sobre los niños las personas

responsables de su cuidado. El adulto hace mal uso de su autoridad o su poder para poder llevar a cabo estos actos violentos y maltratantes. Se utilizan cuatro categorías para clasificar su comportamiento:

- violencia física
- Abandono no físico y emocional
- Maltrato emocional
- Explotación sexual

La violencia física implica actos físicamente nocivos contra el niño; queda definida habitualmente, por cualquier lesión infligida. Hematomas, quemaduras, lesiones en la cabeza, fracturas, daños abdominales o envenenamiento. El abandono y la negligencia pueden constituir una forma muy insidiosa de causar daños graves.

Es un fenómeno complejo que involucra diferentes disciplinas y ámbitos profesionales, puede ser considerado con distintos propósitos, como un problema médico, que necesita ser diagnosticado y tratado (enfoque médico y/o psiquiátrico), como un comportamiento criminal que necesita ser definido en términos legales y perseguido (enfoque jurídico), como un problema social que necesita ser analizado como fenómeno social (enfoque social), como un problema de protección al menor mediante la dotación e intervención de los servicios de protección (enfoque legal), como un problema familiar que necesita entenderse con el contexto de la dinámica familiar (enfoque psico-social), como un problema de comportamiento, que necesita ser tratado terapéuticamente (enfoque psicológico), como problema de falta de educación que necesita ser atendido a través de capacitación a padres y a la comunidad en general (enfoque educativo); como un problema de la violación de los derechos

(enfoque ético). O como todos estos problemas, lo cual lleva a la necesidad de entenderlo y tratarlo como un problema multifactorial que debe ser tratado de una manera coherente e integral, a través de un enfoque transdisciplinario y que abarque a todos los actores.

El problema tiene sus orígenes en la estructura familiar y teniendo en cuenta que las primeras experiencias con actos de violencia se viven antes de nacer. ( Kempe 1962 y Fontana Vicent 1963)

Garbarino (1986) considera que el maltrato es, intrínsecamente, una etiqueta social. De esta manera no es suficiente que un patrón de conducta sea nocivo o perjudicial, sino que debe además, violar alguna norma de lo que se considera apropiado desacuerdo con los valores de una comunidad; pero si analizamos estas posiciones diríamos que necesariamente las definiciones surgen de lo que generalmente es acordado en una sociedad como practicas aceptables o inaceptables de crianza y educación de los hijos.

A nuestros niños se les lesiona el cuerpo y también el alma, al dañarlos, al violentarlos, al no amarlos lo suficiente; estamos destruyendo la capacidad más importante del psiquismo humano: la empatía por otro ser humano; a pesar del " boom " publicitario sobre el maltrato de la infancia se ha ido adquiriendo conciencia y sensibilidad de la situación, pero tristemente parece que cuanto más cercana se hace la aproximación a la realidad de la niñez, peor se ve. (Garbino, 1986)

Los Factores de riesgo que pueden desencadenar conductas de maltrato infantil, se han descrito en tres grandes áreas que desencadenan el que un menor sea maltratado a nivel familiar social y del mismo niño.

En toda situación de maltrato convergen factores comunes además de otros aportes.

#### ❖ **A nivel familiar**

- Los padres o cuidadores de los niños tienen antecedentes de privación emocional y/o maltrato infantil. Las personas que han sido maltratadas en la infancia, tarde o temprano repiten su historia de agresión, tienden a ser como los padres y muestran dificultades en la relación con los otros.
- El menor es percibido como indigno de ser amado. Los hijos/as, nietos/as, hijastros/as o alumnos/as se perciben como insoportables, feos, estorbosos, malos, diferentes, diabólicos, retardados mentales, con defectos físicos, etc., en algún momento van a ser víctimas de malos tratos físicos o emocionales.

Siempre que el pequeño no cumpla las expectativas, tanto físicas como emocionales del adulto, está en riesgo de ser maltratado.

- Existe una crisis familiar. Toda familia o pareja en crisis de relaciones y/o económicas, establece una relación difícil con los niños, quienes terminan recibiendo las consecuencias de esa relación.

- La familia es nuclear, aislada de los recursos de apoyo tanto de la comunidad como de las instituciones encargadas de su atención. Las situaciones de crisis y conflicto generan incomunicación, no solo con su familia cercana sino también pierden la capacidad de buscar ayuda para salir de los problemas, tanto personales como de pareja o de las relaciones con los hijos.
- Tolerancia social frente al castigo físico, utilizando el castigo con dolor como método educativo.
- Ignorancia de los padres y adultos frente al desarrollo de los niños generando distorsionadas expectativas frente a ellos.
- Los padres adolescentes. La paternidad o maternidad prematura pueden tener como consecuencia el rechazo de bebe. La falta de madurez y su poca información puede llegar a abandonarlo o descuidarlo. En ocasiones, las madres solteras muestran incapacidad para establecer adecuados vínculos con su hijo.
- Cuando los adultos tienen incapacidad de detectar las necesidades de los niños, y no son capaces de comprender las limitaciones de sus capacidades, de acuerdo con las etapas de desarrollo.
- Enfermedades o deterioro, tanto de la salud física como mental, de alguno de los padres o cuidadores.

- El abuso de alcohol y la drogadicción generan situaciones de violencia que se descargan contra los más débiles, puesto que el enfermo pierde sus inhibiciones y su autocontrol.

#### ❖ Factores de riesgo en niños o niñas

Aunque no hay una relación directa se consideran los siguientes factores predisponentes

- Niños no deseados.
- Bebes prematuros y/o con hospitalización prolongada.
- Retraso mental - parálisis cerebral.
- Deformidad física.
- Bebes o niños (as) con llanto chillón.
- Niños hiperkinetico.
- Alteración en el sistema de vinculación afectiva entre padres e hijos
- Alteraciones de desarrollo.

#### ❖ Factores de riesgo a nivel social

- Desprecio
- Migración de campo-ciudad (más de 600.000 personas desplazadas para 1896)
- Niños víctimas de fuego cruzado (paramilitares, ejercito, guerrilla).
- Situación de limpieza social.
- Inestabilidad política y económica.

- Corrupción.
- Pérdida de valores

Clásicamente se han descrito cuatro tipos de maltrato, que se describen a continuación:

#### ◆ **Maltrato físico**

Patología que incluye todo un diagnóstico semiológico por la variedad de las lesiones estas van desde compromiso en la piel (contusiones, laceraciones, equimosis), pasando por el sistema músculo esquelético, trauma craneal y del sistema nervioso central (causa principal de defunción) hasta lesiones oculares, auditivas, gastrointestinales entre otras.

**Los lactantes pueden sufrir desgarramiento de frenillo, resultante de la introducción forzada del biberón; en el niño mayor, el traumatismo dental puede ser signo de abuso.**

Pueden sufrir también maltrato en forma de quemadura intencional o por descuido con líquidos u objetos calientes. En estos casos de quemadura por líquido pueden derramarlo sobre sí o pueden echárselos encima otras personas.

Los padres que accidental o intencionalmente queman a sus hijos, pueden no darse cuenta del tiempo que necesita para provocar una quemadura grave.

◆ **Maltrato psicológico**

Incluye actitudes contra el niño, como: rechazarlos, atemorizarlos, sobre Protegerlos, subvalorarlos, ridiculizarlos.

◆ **Abandono o negligencia**

Física o psicológica puede ser tan funesta, aun sin golpearlos, pues evidencia descuido, falta de interés, estimulación y apoyo a los niños y niñas.

◆ **Abuso sexual**

Otra variedad es " una mezcla " de dicha clasificación las cuales son importantes de enumerar: (Alcaldía de Manizales, secretaria de salud y seguridad social " Violencia y vida cotidiana " 1990)

a. Abuso sexual con contacto:

Todo comportamiento que involucre contacto físico con la boca, pecho, genitales, ano o cualquier otra parte del cuerpo de un niño o niña cuyo objeto sea la satisfacción sexual del agresor.

b. Abuso sexual sin contacto:

Son comportamientos que no implican contacto físico con el cuerpo del niño, pero que si repercuten en su salud mental:

- Exhibirse con fines sexualmente insinuante.
- Masturbarse en presencia de niños/ as

- Realizar material pornográfico con niños
- Mostrarles material pornográfico.
- Hacerles repetidos comentarios seductores o sexualmente explícitos

c. Exhibicionismo:

Consiste en la exhibición de los genitales, generalmente un hombre y normalmente con el pene en erección. No hay contacto físico con el niño o niña y podríamos considerarlo como el abuso del menor impacto psicológico en la víctima

d. Paidofilia:

Se considera como una alteración seria del desarrollo psicosexual en un adulto, quien no puede obtener gratificación sexual a no ser que sea con un niño a quien puede percibir como fácil de seducir y controlar.

e. Relación sexual:

Incluye cualquier tipo de penetración dentro del cuerpo del niño/a, en la vagina, la boca o el ano.

f. Violación:

Incluye cualquier tipo de relación en la que se utiliza la violencia física y/o emocional para lograr la relación sexual con la víctima.

g. Sadismo sexual:

Lo ejerce aquel adulto que depende del dolor de su víctima para obtener satisfacción sexual, es decir, que no obtiene gratificación sin el dolor de su compañero sexual. En el caso de los niños se constituye una doble perversión.

h. Prostitución infantil:

Consiste en el uso de los niños/as en la prostitución para adultos, es decir, su uso sexual mediante un pago a otra persona. ( Asociación Colombiana para la defensa del menor maltratado " El Drama de la niñez maltratada en Colombia 1990).

Para hacer más fácil un buen diagnostico se han enumerado los indicadores habituales de abuso sexual:

- Dificultad para caminar o sentarse.
- Dolor, hinchazón o comezón en el área genital.
- Manchas de sangre o flujo en la ropa interior.
- Contusiones o sangrados en las áreas genitales externa vaginal o anal.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Dolor al orinar.
  
- Cuerpos extraños en la vagina o en el recto.
- Embarazo prematuro.

También se deben tener en cuenta los indicadores emocionales y de comportamiento para obtener un buen diagnostico diferencial.

En menores de 8 años

- Desordenes de la alimentación.
- Miedo al dormir solo.
- Terrores nocturnos (pesadillas).
- Ansiedad ante la separación.

- Enuresis (diurna y nocturna).
- Encopresis.
- Regresión del lenguaje.
- Conversaciones clandestinas sobre sexo.
- Excesiva masturbación.
- Posturas sexuales agresivas.
- Habla llorando.
- Hiperactividad.
- Cambio de conducta en el colegio.
- Pataletas frecuentes.
- Excesivo temor.
- Depresión y ansiedad.
- Intentos de suicidio.
- Extremo nerviosismo.
- Hipocondría.

En mayores de 8 años hasta la adolescencia

- Miedo a estar solo.
- Incapacidad para sostener la mirada.
- Frecuentes peleas con los miembros de la familia cercana.
- Pobre autoestima.
- Excesivo nerviosismo.
- Problemas de memoria.
- Cambios frecuentes y drásticos de humor.
- Preocupación por temas sexuales.
- Conductas de aislamiento.

- Conductas complacientes.
- Gestos e intentos de suicidio.
- Autoestimulación.
- Desconfianza.
- Actividades sexuales.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Conductas fobias, incluidos los temas de sexualidad.
- Fantasías violentas.
- Miedo a futuros abusos.
- Rechazo a relaciones cercanas con otros.

(Save the children " manual para la detección de casos de maltrato a la niñez " 1994).

#### ◆ Otros

a. Maltrato escolar:

No solamente por fallas en el sistema educativo, sino también por docentes.

b. Maltrato social:

Niños de la calle, gaminismo, menores infractores sin posibilidad de satisfacer sus necesidades primarias.

c. Maltrato Institucional:

Por instituciones que " protegen al menor " como centros de rehabilitación, hospitales, etc.

d. Bebe zarandeado o sacudido:

Tiene una connotación especial, ya que esto puede ser causa de lesiones o muertes por sacudidas violentas cuando los adultos liberan sus iras o limitaciones con los bebés sacudiéndolos, produciéndoles lesiones, que incluyen: Daño cerebral. Ceguera, Parálisis, Retardo mental, Convulsiones o a un la muerte.

e. Niños en conflicto armado:

Menores encontrados en la guerrilla, al igual que en algunas regiones donde existen paramilitares.

f. Maltrato arquitectónico:

Las construcciones en su mayoría para adultos y solo se piensa en " dos culumpios y un rodadero " con puntas peligrosas para "recrear a los niños ".

g. Accidentes por omisión y negligencia:

Accidentes, homicidios, maltratos.

h. Televisivo:

La carencia de horarios adecuados para los niños que suelen pasar horas hipnotizados " deglutiendo " series, comerciales con imágenes subliminales defectos funestos para ellos.

i. Maltrato cariñoso:

Muchas " caricias " a nuestros infantes son más bien pellizcos en las mejillas, abrazos ahogadores, raspones por barbas y bigotes, asustarlos " como una forma sana de jugar con los niños ".

j. Maltrato textilero:

Tanto los padres como las personas que fabrican la ropa de niños desconocen radicalmente las macrocefalias fisiológicas, la proporción del

cuerpo-cabeza de los niños, sus cabecitas se ven jalonadas fuerte y tenazmente por un adulto impaciente a la hora de colocar o retirar camisetas, buzos, entre otros.

k. Maltrato del transporte escolar:

Sobra decir los riesgos cotidianos en nuestras ciudades; un carro de cinco puestos normales, se convierte en un transportador con diez o doce niños abordo, apretujados y peor aun sin ningún tipo de cinturón de seguridad , muchas veces a gran velocidad.

l. Maltrato fisico y ritos satánicos:

Es conocido como muchas " religiones " atropellan la individualidad del niño desconociendo los derechos, amen de otras sectas que incluyen el " sacrificio" de niños dentro de los rituales que desarrolla.

m. Síndrome de Munchausen por proximidad:

En el cual el padre, la madre o la persona a cargo del niño hacen creer al medico que estos están enfermos; por lo cual inventan o aun inducen a los niños estados patológicos asiéndolos someter a múltiples exámenes y tratamientos.

n. Los niños pueden sufrir maltrato de manera activa por parte de los progenitores o de las personas que los cuidan, al darles sustancias tóxicas o medicamentos, en ocasiones para " tranquilizarlos " .

El maltrato infantil constituye, por su enorme magnitud, un problema de salud publico, aunque esta subdiagnosticado, por lo cual se trata de esconder la realidad a la que cotidianamente se ven enfrentados los niños. El maltrato infantil incluye una serie de ofensas que van desde la violación y el asesinato,

hasta la más sutil e insidiosa negación de amor. Autores como Helfer y Kempe por Luwig subrayan que para que se desemboque en una situación de maltrato es preciso que se den:

A. Un cierto tipo de padre o madre

Con relación con los padres, varios autores coinciden en afirmar que muchos de los padres maltratantes, han sido maltratados en su infancia, y que además tienen poca tolerancia al estrés y a la frustración; son padres con pobre civilización, baja autoestima, muy jóvenes e inmaduros, con falta de información e inexperiencia específica sobre la crianza de los niños, puede decirse que son personas con algunos trastornos de la personalidad.

Muchos de ellos tienen falsas y distorsionadas expectativas sobre sus hijos, y cuando ellos no las cumplan generan una actitud agresiva y violenta.

Otros factores predisponentes y asociados son: Ser padrastro o madrastra, uso de alcohol o drogas, enfermedad mental, trastornos emocionales. Davis agrega que " otro tipo de padres predisponentes son los que trabajan con la milicia."

La alteración de la vinculación afectiva por privación de la figura materna, genera rechazo, tardanza en los cuidados, malos tratos y baja expresión de afecto en los niños.

El padre sobreprotector quien refleja ambivalencias que pueden manifestar rechazos inconscientes.

El castigo doloroso como método de castigo educativo y disciplinario es otro aspecto importante, ya que los padres utilizan cualquier instrumento para su aplicación sin tener en cuenta los daños físicos y emocionales que pueden causar a los niños.

## B. Un cierto tipo de niños

Se considera que los niños no deseados, prematuros, con retraso mental, deformación física, síndrome de Down, con enfermedades crónicas, hiperkinéticos, y todos los menores de tres años, son especialmente predispuestos a ser maltratados. Aunque en sí mismo lo anterior no induce al maltrato puede ser desencadenante, e incluso reducir el umbral de tolerancia del adulto frente a las manifestaciones características de los niños.

## C. Un cierto tipo de circunstancias y situaciones

Los factores sociales y familiares del abuso infantil; las relaciones familiares conflictivas manifestadas con agresión física y verbal, producto de las tensiones emocionales más canalizadas son descargadas sobre el niño. Esto se añade condiciones como el desempleo, la baja escolaridad, el hacinamiento, el desequilibrio económico y social. En clases altas la certidumbre de que el niño es un estorbo para los planes tanto de esparcimiento como de crecimiento personal y económico.

Se añade a lo anterior un proceso social en descomposición que, específicamente en nuestro medio, ha producido cambios culturales hacia la agresividad y la violencia en todas sus manifestaciones, basado en esta problemática se describirán los factores de riesgo asociados con la parte sociofamiliar:

- Factores de riesgo asociados con la gestación del menor.

Marcovich, Kempe, Misrachi hablan sobre el embarazo no deseado y el embarazo en mujeres adolescentes, como eventos que están asociados a una actitud de rechazo o indiferencia al hijo en su primera infancia, lo cual se

manifiesta principalmente a través de comportamientos de agresión física y emocional al menor.

- Situaciones familiares especiales

La familia como el primer grupo de socialización del menor y participación de los padres en el proceso evolutivo de los hijos, juegan un papel significativo en su desarrollo físico, emocional y social. Para el desarrollo del menor es indispensable la existencia de figuras paternas estables, se encontró la presencia esporádica de estas figuras paternas es un factor de riesgo altamente asociado con el maltrato al menor.

Este factor se encontró expresado principalmente en el cambio frecuente de compañero sexual de la madre, la cual permanece en la familia como figura estable y principal proveedor económico, quien recurre a esta forma de organización familiar como medio de llenar sus carencias afectivas y económicas.

- Satisfacción de expectativas de los padres

El hijo mayor posee un significado emocional y cultural diferente a los demás hijos, ocupando una posición más susceptible por ser quien proyecta con mayor intensidad la problemática de sus padres, sus aspiraciones y metas, que en el menor de quince años se expresan generalmente en el rendimiento escolar, de ahí que se ha encontrado que un factor predisponente a el maltrato es el ser hijo mayor y el bajo rendimiento escolar.

- Impacto del maltrato en el menor

Otros grupos de factores de riesgo están relacionados con la forma como los padres ejercen su autoridad sobre los hijos y el impacto causado en el menor por estas formas agresivas de autoridad.

Los factores de riesgo podrán ser algunas formas frecuentes de comportamiento del menor (travesuras, desobediencia, mentir) que no pueden señalarse como comportamientos exclusivos del menor maltratado, pero teniendo en cuenta la asociación encontrada pueden indicar una forma más específica de relación entre el menor maltratado y sus padres, a quienes percibe como figuras agresivas.

El diagnóstico del maltrato físico está basado en una combinación de factores, que incluyen observación física y comportamental del niño. Existen serias y variadas dificultades frente al diagnóstico de abuso o maltrato, no solo para el médico, personal de salud, sino para las personas que rodean al niño las cuales consisten en:

- a. La posibilidad de determinar cuando se trata de un accidente o de un maltrato voluntario, o cuando coexistan las dos situaciones, se requiere un análisis objetivo de los hechos, del adulto responsable y del niño.
- b. El elemento subjetivo de la apreciación de cada caso, el cual depende de las normas de educación y de la formación de las personas encargadas de detectar y tratar el maltrato infantil.
- c. La motivación personal sobre el problema del maltrato infantil. Osorio describe que existen médicos y personal de salud que están convencidos que castigar es un derecho de los padres y no tienen una clara visión de los límites entre el castigo " aceptables " y los malos tratos pueden resultarles difíciles entre ambas situaciones.

- d. El conocimiento por parte del observador no solo el estado físico del niño, sino también el comportamiento normal del niño lo que requiere cierta capacitación sobre los patrones típicos de maltrato y el entrenamiento para su detección.
- e. Dificultad para el diagnóstico preciso.
- f. Resistencia a creer que existen los maltratos.
- g. Tolerancia de la sociedad hacia la violencia.
- h. Falta de formación e información del personal que trabaja con los niños, incluyendo desde luego al personal de salud.

El diagnóstico requiere una adecuada entrevista fundamentalmente con los padres o con las personas encargadas del niño la cual debe ser realizada de manera objetiva y clara y en cuanto sea posible debe efectuarse con el niño. Juega un papel decisivo la capacidad del examinador para que a través del lenguaje no verbal capte y observe la situación del menor con sospecha de ser abusado físicamente.

En la entrevista es necesario tener en cuenta

- a. El punto básico es sospechar y pensar que existe maltrato infantil; y si las lesiones corresponden exactamente a los datos proporcionados.
- b. El hablar separadamente con los padres o las personas responsables para obtener la historia de lesiones sospechosas, puede evidenciar diferentes historias al respecto.

- c. Si la historia es vaga y cambiante, o no corresponde a la lesión, sugiere una lesión no accidental.
- d. Al investigar cualquier lesión, hay que preguntarse si responde a las capacidades sicomotoras desarrolladas por el niño según la edad.
- e. Si hay falta de relación entre lo relatado y las lesiones.
- f. Si hay un intervalo largo entre el suceso y la consulta.
- g. Historia de traumatismo accidentales frecuentes y de consultas en diferentes centros asistenciales.
- h. Actitud sumisa o negativa para proporcionar información ante el personal de salud que atiende al niño y que solicita dicha información.
- i. Es necesario aproximarse al conocimiento de la familia y el ambiente en el que se desenvuelve el niño motivo de la consulta.
- j. Explicaciones poco creíbles con historia clínica poco convincente.
- k. Los padres enmascaran su culpabilidad al exagerar su preocupación por el supuesto accidente, mostrándose excesivamente cariñosos con el niño durante la entrevista.
- l. El comportamiento del niño maltratado se describe así: Parece triste, indiferente, decaído, rechaza la comunicación con los adultos, tiene tendencia a llorar, puede ser incitable o mostrar rechazo hacia el padre o

la madre; cuando va a ser examinado se cubre con las manos como esperando ser agredido.

Es importante además distinguir entre las lesiones no accidentales, el maltrato infantil y el desarrollo psicomotor normal del niño, para dar parámetros más precisos en la búsqueda del abuso físico.

Ray Helfer y Henry Kempe señalan las siguientes características del niño maltratado:

#### **0 a 6 meses**

- Retardo psicomotor.
- Retardo de la respuesta social (sonrisa, vocalización).

#### **6 a 12 meses**

- Falta de discriminación afectiva.
- Apatía; falta de actividad ante los objetos y personas.
- Observación fría.
- Retardo en el lenguaje.
- Ausencia de contacto visual.
- Hipotonía, coordinación motora pobre.

#### **Preescolar**

- Disminución de la capacidad de juego.
- Apatía.
- Incapacidad para estructurar el juego.
- Retardo en el lenguaje.
- Incapacidad para expresar afecto.
- Agresividad y negativismo.

## **Escolar**

- Dificultad en las relaciones interpersonales.
- Falta de confianza básica.
- Incapacidad para el juego.
- Incapacidad para el placer.
- Autoimagen pobre.
- Múltiples miedos.
- Falta de actividad exploratoria.

La valoración se realiza observando al niño desde el punto de vista del desarrollo y en las percepciones de déficit en las diferentes áreas, el resultado se puede categorizar en diagnósticos tales como:

## Desviación de los hábitos

- Tartamudeo.
- Anorexia nerviosa.
- Tics.
- Movimientos estereotipados repetitivos.
- Trastornos característicos del sueño.
- Trastornos de la alimentación.
- Enuresia.
- Encopresis.
- Psicalgia.

## Desviaciones selectivas del desarrollo

- Retardo selectivo del desarrollo.
- Trastornos del lenguaje y de la comunicación.

- Retardo selectivo en matemáticas.
- Retardo motor selectivo.
- Otras dificultades del aprendizaje.

#### Perturbaciones peculiares de la niñez y de la adolescencia

- Ansiedad o miedo.
- Sentimientos de infelicidad o tristeza.
- Hipersensibilidad, timidez y retraimiento social.
- Problemas de relación.
- Trastornos mixtos u otros. Las desviaciones selectivas del desarrollo son las que se presentan con mayor frecuencia.

Es importante tener a la familia como marco de referencia, para lograr un abordaje integral del problema.

En el trabajo con las personas maltratadoras es importante anotar como el proceso de contratransferencia es sentido con mucha molestia, lo cual impide una buena empatía y produce un sentimiento de culpa. En el maltratante el sentimiento de culpa es el punto de partida para iniciar un proceso de reparación. Se encuentra también con frecuencia depresiones, impulsos poco controlados, sentimientos de desprecio y baja autoestima, entre otros.

Los daños físicos y psicológicos que están infringiendo a los menores de 18 años, que a todas luces es el futuro y el presente de nuestra patria. Todos saben y sienten que los derechos de los niños no son respetados y que a las acciones que se emprenden son insuficientes para lograrlo. No se puede mejorar esta situación mientras que todos, en la medida de las capacidades no se aporta un

esfuerzo al trabajo de prevención y de educación en la familia y en la comunidad.

El aceptar la posibilidad de aprender, de intentar comprender a la infancia en toda su dimensión de seres en proceso de crecimiento y desarrollo, es fundamental.

No bastan las buenas intenciones y los deseos fallidos de criar a los hombres sin violencia, lo cual, en esta situación de crisis social, es difícil, si no que es necesario educar para la paz, para la convivencia, la felicidad, para la vida.

No se trata de que los menores no vean la violencia; lo que no se puede es que se siga ejerciendo sobre ellos. ( Sonia Mejia Camargo, 1990)

La prevención constituye obviamente el aspecto más importante del tratamiento y una de las claves es la sospecha del maltrato.

Aunque cada caso es diferente, tiene el sustrato común del riesgo de no ser detectado y el peligro de que el niño sea nuevamente golpeado o peor que sus lesiones sean de tal naturaleza que le causen la muerte.

Los niños menores de tres años y los lactantes con desnutrición grave, fracturados o quemados, son por lo tanto de alto riesgo.

Es importante actuar clara y objetivamente frente al niño maltratado y su familia. Hasta que la situación y seguridad no sea clara, el menor debe permanecer hospitalizado para protegerlo de un nuevo ataque por parte de sus cuidadores.

Esto idealmente debe estar acompañado de un programa de ayuda a la familia en crisis. Puede ser un error por parte del personal de salud intentar muy pronto la identificación del maltratador, o si es maltrato, que es intencional.

En la consulta inicial es inútil precisar quien a lesionado y descuidado al niño y porqué. La experiencia clínica demuestra que es más importante conseguir la confianza en el personal que atiende al niño y su maltratante y evitar confrontaciones innecesarias.

#### Plan general de tratamiento al menor maltratado

1. Entrevistas e historias clínicas. Idealmente debe hacerse frente a sospecha de maltrato, con personas entrenadas en dicha área. Se debe:
  - a. Compartir la información.
  - b. Tomar decisiones conjuntas.
  - c. Planear acciones.
  - d. Brindar apoyo mutuo.
  
2. Hospitalización del niño. Protección. En caso de no ser posible, encargar del niño a:
  - a. Un pariente o vecino preocupado y disponible para brindar apoyo.
  - b. Un ambiente alternativo y seguro para el menor.
  - c. Cita de control y seguimiento.
  
3. Tratamiento de lesiones en fase aguda.
  
4. De ser posible, tomar fotografías del niño y sus lesiones.
  
5. Exámenes de laboratorio y radiografía.

6. Abordaje de los padres (Desde la primera consulta o entrevista), teniendo en cuenta:
  - a. Evitar la confrontación y acusación.
  - b. Procurar tener una actitud positiva.
  - c. Cooperar con los padres.

Todo lo anterior requiere entrenamiento y capacitación de las personas a cargo de los padres y el niño.

7. Notificación a las autoridades correspondientes: Comisaria de familia, defensoría de familia, autoridades de policía (sí fuera necesario). Es obligación, y bajo sanción, hacer la notificación del caso.
8. Grupo interdisciplinario o interinstitucional:
  - a. Con el niño.
  - b. Con los padres.
  - c. En el hábitat de ambos.
9. El niño será dado de alta cuando haya sido tratado adecuadamente:
  - a. Sus lesiones.
  - b. Su destino temporal o definitivo.
  - c. Cuando se haya realizado una valoración interdisciplinaria.
10. Seguimiento del paciente y su familia, idealmente en los aspectos sociales emocionales y físicos.
11. Psicoterapia, según cada caso, para el niño y los componentes del núcleo familiar en el que se desarrolle.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. General**

Brindar herramientas teóricas sobre los posibles signos y síntomas que se pueden presentar en cabeza y cuello para que el odontólogo clínico con base a estas, pueda establecer un diagnóstico diferencial y determinar si es o no un menor maltratado.

### **1.5.2. Específicos**

- Clasificar las diferentes lesiones que se encuentran en cabeza y cuello en menores maltratados para de esta manera dar al paciente el tratamiento específico y el más adecuado de acuerdo a los signos y síntomas con los que llega a consulta.
- Establecer los tipos de lesiones cutáneo-mucosas que encontramos en menores maltratados y dar a la lesión el tratamiento; que este a nuestro alcance en el consultorio odontológico.
- Determinar los tipos de lesiones esqueléticas en menores maltratados.
- Establecer los tipos de lesiones viscerales en menores maltratados.
- Identificar los tipos de lesiones oculares en menores maltratados.
- Establecer los tipos de lesiones peribucales en menores maltratados y manejarlas a nivel de consulta odontológica
- Dar a conocer los tipos de lesiones intraorales en menores maltratados y dependiendo de su complejidad manejarlas directamente en consulta general o remitirlas a especialistas.

- Identificar huellas de mordedura como uno de los signos clínicos de maltrato infantil.
- Identificar la autoridad competente que pueda ayudar a manejar casos de Maltrato infantil.

## **2. METODO**

### **2.1. Tipo de estudio**

Revisión Bibliográfica

### **2.2. Definición de variables**

#### **2.2.1. Tipo de lesión**

##### **Cutaneo-mucosas**

- Hematoma cuero cabelludo- alopecia traumática
- Equimosis y hematoma
- Heridas contusas o por arma blanca
- Desgarro del frenillo labio superior e inferior
- Quemaduras o cicatrices
- Lesiones de oreja y cuello.

#### **2.2.2. Tipo de lesiones**

##### **Esqueléticas**

- Fracturas en la cabeza:
  - Macizo facial (nariz)

- Cráneo
- Bóveda craneana: \* Fisuras  
\* Fractura de terraza

➤ Base

### 2.2.3. Tipo de lesión

#### viscerales

- Lesiones cerebro meninges:
  - Hematoma subdural
  - Hemorragia meníngea
  - Meningitis serosa traumática

### 2.2.4. Tipo de lesión

#### Oculares

- Hematoma y equimosis periorbitario
- Ojos de mapache
- Hipema
- Hemorragia retiniana
- Heridas palpebrales
- Leococoria
- Quemaduras conjuntivales
- Desgarro de retina
- Heridas corneales

### 2.2.5. Tipo de lesión

#### peribucales

- Lesiones de labios
- Cicatrices Externas
- Hematoma peribucal.



## 2.2.6. Tipo de lesiones

### Intraorales

- Tejidos blandos:
  - Labios
  - Paladar
  - Encía
  - Lengua: \* Ablación total y parcial
  - Mucosa de carrillo
  
- Tejidos duros:
  - Diente traumatizado \* La pulpa puede estar desvitalizada
    - \* Resorción interna
    - \* Resorción externa
  - Fractura coronaria sin exposición pulpar
  - Fractura coronaria con exposición pulpar
  - Fractura coronaria subgingival
  - Fractura radicular con pérdida de estructura coronaria o sin ella.
    - \* Fractura horizontal
    - \* Fractura vertical y en cincel.
  - Desplazamiento de dientes con fractura o sin ella.
    - Desplazamiento parcial - Intrusión o extrusión con desplazamiento vestibular o lingual

- Luxación total (avulsión)

- Lesiones de los dientes temporales
- Fractura del alvéolo dentaria
- Traumatismo Maxilofacial
- Lesiones de ATM: \* Alteración de la función masticatoria
  - \* Alteración y luxación condilar
  - \* Alteración de cápsula y ligamento
  - \* Fractura de cóndilo.

**2.2.7. Tipo de lesión**

**Huellas de mordedura**

- Extra e Intrabucales y otras

**2.2.8. Autoridades que participan en el manejo de casos de maltrato.**

- Medicina legal
- Fiscalías
- Defensoria de familia
- Comisarias de familia
- ICBF
- Policía de menores

### 3.RESULTADOS

#### A. Tipo de lesión

##### Cutáneo mucosas

Son las más llamativas; es más frecuente su observación múltiple que aislada y en tales casos suele presentar distinta coloración o evolución, indicando su producción en distintos y sucesivos episodios. Los golpes pueden ser ocasionados con objetos varios, desde una zapatilla o un cinturón a materiales más burdos y pesados.

##### ➤ Hematoma cuero cabelludo- alopecia traumática:

Se presenta en forma de placa pseudopeladica o de zonas de rarefacción del cabello, como resultado de tirones de pelo brutales y repetidos.

Es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la alopecia areata muy rara antes del año, que es la edad más frecuente de los malos tratos, y también con la tricotilomania, en la que el niño se tira el pelo y se lo come sobre todo en la zona occipital, así como de producción de hematomas debajo del

cuero cabelludo que si son signos característicos de lesión no accidental.  
(Anexo N° 1).

➤ Equimosis y hematoma:

- Equimosis:

Extravasación de la sangre en el interior de los tejidos; mancha hemorrágica pequeña, mayor que una petequia (mancha rojo-púrpura, del tamaño de una punta de alfiler, redondeada producida por una hemorragia intradermica o subcutánea) en la piel o en las mucosas, que forma una placa no elevada redondeada o irregular azul o púrpura.

### ESTIMULACION DE LA EDAD DE LA EQUIMOSIS

<i>COLOR</i>	<i>EDAD</i>
Rojo púrpura	Reciente (24 a 48 horas)
Pardo púrpura	Reciente (24 a 48 horas)
Pardo púrpura	2 a 3 días
Verde pardusco	4 a 7 días
Amarillo	Más de 10 días

- Hematoma:

Acumulación localizada de sangre, generalmente coagulada, en un órgano, espacio o tejido, dependiente de solución de continuidad en la pared de un vaso sanguíneo.

Los hematomas no siempre corresponden con la forma del objeto empleado. Pueden aparecer como imágenes en semicírculo. (Anexo N° 2).

➤ Heridas contusas o por arma blanca:

• Herida Contusa:

Es la herida que se produce en alguna parte de cuerpo por golpe que no causa herida exterior; la contusión cerebral se presenta con pérdida de la conciencia, como resultado de traumatismo directo de la cabeza, generalmente con fractura del cráneo. En el cuerpo se pueden ocasionar heridas contusas con distintos objetos como por ejemplo; bastones, látigos, cinturones, también se puede presentar por medio de empujones contra el suelo o paredes caídas por escaleras y pateamientos especialmente en las nalgas.

El instrumento de lesión provocada tanto si es animado (manos, pies o dientes humanos) como inanimados (correa, cuerda, cordón eléctrico, cuchillo, látigo, etc.) frecuentemente deja una señal delatora. Para la mente no preparada la señal puede parecer al azar, pero si no se excluye la posibilidad de lesión no accidental, el tipo de lesión cutánea puede sugerir la identidad del instrumento que la provoco. Así la lesión típica que deja un cable eléctrico es elíptica; un cinturón o una hebilla deja una marca que corresponde a su forma. Si se pegó con la mano quedan señales lineales paralelas características, que representan los espacios entre los dedos; una lesión festoneada sugiere la unión metacarpofalángica de la superficie palmar de la mano. (Anexo N° 3).

- Heridas por arma blanca:

Pueden clasificarse de dos maneras; las producidas por armas cortantes como navajas o tijeras y las producidas por armas punzantes como alfileres y tenedores.

- Desgarro del frenillo labio superior e inferior:

Ocasionalmente se puede producir un desgarro del frenillo ya sea superior e inferior al introducir forzosamente el biberón en lactantes.

- Quemaduras o cicatrices:

- Quemaduras:

Las quemaduras son el castigo elegido en un diez por ciento de los casos. En general son causadas con cigarrillos, siendo más excepcionales y manifiestamente sádicas las producidas con planchas, pinchos de fogón, etc. Las ocasionadas por líquidos hirvientes suelen ser accidentales si bien puede ser prueba de negligencia inexcusable o de una intensión agresiva.

Las accidentales revelan imágen en salpicadura, como sucede cuando un niño pequeño levanta una cacerola de un fogón o se queda solo en el baño y abre la llave del agua caliente. (Anexo N° 4)

	PROVOCADAS	ACCIDENTALES
HISTORIA	Quemaduras atribuidas a un hermano.	Compatible con la lesión observada.
	Un adulto no familiar busca atención médica.	

	Explicaciones contradictorias de la lesión	
	Retraso en el tratamiento mayor de 24 horas.	
	* accidentes " previos o ausencia de preocupación parental.	
	Lesión incompatible con la historia.	
<b>LOCALIZACION</b>	Nalgas, perineo, genitales	Generalmente parte frontal del cuerpo.
	Palmas de las manos y plantas de los pies	
<b>TIPO</b>	Bordes netamente limitados	Quemaduras irregulares y dispersas.
	Distribución en calcetín o guantes	Espesor parcial.
	Espesor completo	Asimétricas
	Simétricas	Un acontecimiento traumático
	Quemaduras más viejas de lo que indica la historia	
	Quemadura descuidada/infectada	
	Varias lesiones con edades diversas.	

	El tipo de la quemadura correspondiendo a el implemento utilizado.	
	Superficie amplia con quemadura seca uniforme ( contacto forzado ).	

- Cicatrices:

Marca que queda después de la curación de una herida u otro proceso mórbido.

- Lesiones de oreja y cuello

- Lesiones de cuello:

Las lesiones ocasionadas en cuello pueden ser provocadas por objetos inanimados como cuerdas dejando señales evidentes en caso de intento de estrangulación, otras lesiones pueden ser ocasionadas por objetos animados como manos y dientes, dejando cada uno de estos señales delatorias para el observador.

- Lesiones de oreja:

Estas lesiones se pueden presentar por traumatismo directo con objetos animados como las manos ocasionando desgarramiento del lóbulo de la oreja y en otros casos cuando se utilizan objetos inanimados para golpear al niño pueden ocasionarse traumas en los órganos internos del oído.

Las fracturas del peñasco pueden producir hemorragias externas a través del oído, aunque esta complicación es frecuente debido a laceraciones locales

del conducto auditivo externo. La lesión de los oscículos del oído y la otorrea del LCR son otras complicaciones.

## **B. Tipo de lesión**

### Esqueléticas

#### ➤ Fracturas en la cabeza

- **Macizo Facial (Nariz):**

Pueden existir también fracturas múltiples localizadas en cráneo, columna vertebral y deformaciones diversas. Las fracturas craneales, a falta de un traumatismo reconocido, harán pensar en la posibilidad de una brutalidad voluntaria o en un descuido inconfesado. La fractura de huesos propios de la nariz o del cartilago del tabique nasal, junto a su frecuente infección secundaria, dan lugar a la característica deformación "nariz de boxeador".

- **Cráneo y bóveda craneal:**

Las fracturas del cráneo son debidas a golpes directos con la mano o que el niño es lanzado contra la pared. En otras ocasiones puede ser consecuencia de lesiones "por latigazo", en las que el progenitor zarandea al hijo violentamente, ocasionando el desgarro de las venas meningoencefálicas, con hemorragia bilateral en el espacio subdural.

Los golpes en cráneo producen fracturas cuando se supera la tolerancia elástica del hueso. Las dos terceras partes de la fractura del cráneo causan lesiones intracraneales significativas, y la presencia de una fractura del cráneo aumentan de forma muy importante la posibilidad de que se produzca un hematoma subdural o epidural. En consecuencia, las fracturas

tienen una gran importancia, sobre todo como indicadores de la localización e intensidad de la lesión. También pueden producir lesiones de pares craneales y originar vías de entrada a través del líquido cefalorraquídeo para bacterias (meningitis) y el aire (neumocéfalo) o bien para la pérdida de LCR.

Las fracturas se clasifican en lineales, basilares compuestas y deprimidas; las fracturas lineales constituyen el 80% de todas las fracturas de cráneo y son las que con mayor frecuencia se asocian a hematomas subdural o epidural. Las fracturas lineales se suelen extender desde el punto del impacto hasta la base del cráneo.

- Base:

Las fracturas de los huesos de los cráneos se suelen acompañar de signos hemotimpano (presencia de sangre por detrás de las membranas timpánicas), equimosis tardía sobre la apofisis mastoide o equimosis periorbitaria (signo del mapache). Debido a que la radiografía convencional puede pasar por alto las radiografías basilares, se debe sospechar este tipo de fracturas en presencia de estos signos clínicos. El líquido cefalorraquídeo también puede filtrarse a través de la placa cribiforme o del seno paranasal adyacente, apareciendo como una exudación de carácter acuoso a través de la nariz (rinorrea de LCR) La presencia de la rinorrea o meningitis recurrente constituye una indicación para la preparación quirúrgica de la duramadre desgarrada debajo de la fractura.

La fractura de la silla turca también puede pasar inadvertida radiográficamente, aunque en ocasiones produce una disfunción neuroendocrina importante. De forma ocasional la fractura del dorso de la

silla turca causa parálisis del sexto o séptimo par o una lesión del nervio óptico. La presencia de un nivel aéreo en el seno esfenoidal sugiere una fractura del suelo de la silla turca.

### **C. Tipo de Lesión**

#### Viscerales

#### ➤ Lesiones Cerebromeningeas

- Hematoma Subdural

En los traumatismos craneoencefálicos graves, las hemorragias debajo de la duramadre < subdurales > (Anexo N° 5) o entre la duramadre o cráneo < epidurales > (Anexo N° 6) pueden combinarse con contusiones u otras lesiones, haciendo difícil de terminar su contribución relativa al cuadro clínico. No obstante los hematomas subdurales y epidurales suelen ser la lesión primaria, y cada una de ellos presentan unas características clínicas y un aspecto radiológico típico. Debido a que el efecto de masa de la hemorragia y el aumento de la presión intracraneal puede ser potencialmente mortal. Es importante realizar un diagnóstico inmediato mediante un TAC efectuando posteriormente una evacuación quirúrgica.

Los signos y síntomas pueden ser inespecíficos: irritabilidad, letargía, o poco interés por la comida; o puede haber signos más clásicos aumento de la presión intracraneal (vómitos, convulsiones, estupor o coma).

- Hemorragia meníngea

Es la hemorragia que se presenta por el rompimiento de vasos presentes en la meninges, como la duramadre la piamadre y la aracnoides.

- **Meningitis serosa traumática**

También llamada empiema subdural. Es la acumulación de pus entre el espacio de la duramadre y la membrana aracnoidea. El empidema subdural es responsable de aproximadamente del 20% de todas las infecciones intracraneales localizadas. Antes de la llegada del tratamiento antimicrobiano, la enfermedad era casi siempre mortal, pero con los actuales métodos de diagnóstico y tratamiento, las tasas de mortalidad van del 10 al 30%. El empidema puede presentarse como una enfermedad rápida y progresiva con riesgo para la vida. Los síntomas y signos se relacionan con la presencia de la presión intracraneal elevada, irritación meníngea o irritación cortical focal, además, la mayoría de los pacientes presentan signos de infección previa, sinusitis u otitis. Los signos y síntomas más frecuentes son la cefalea, fiebre la rigidez de nuca y los deficit neurológicos. Las manifestaciones clínicas del empiema subdural en el lactante son similares a las del adulto excepto en que es común abombamiento de la fontanela anterior.

#### **D. Tipo de Lesión**

##### Oculares

Por la disposición de los ojos en la porción anterior de la cara, se encuentran frecuentemente sujetos a agresiones de tipo físico, químico o mecánico.

Es de importancia mencionar que los traumatismos oculares son causas importantes de ceguera a nivel mundial. (Anexo N° 7).

➤ Hematoma y equimosis periorbitario

Acumulación localizada de sangre que se presenta rodeando la órbita de ambos ojos. Carecen de importancia generalmente aunque en ocasiones son muy importantes por lo que conviene tomar radiografías que descarten alguna fractura a nivel orbital. La equimosis no complicada suele absorberse por completo en pocos días.

➤ Ojos de Mapache

Signo clínico característico de las fracturas de los huesos de las bases del cráneo suele acompañarse de signos de hemotimpano (presencia de sangre por detrás de la membrana timpánica), equimosis tardía sobre la apofisis mastoides (signo de Battle) o equimosis periorbitaria que es la conocida como el signo clínico de ojo de mapache.

➤ Hipema

Hemorragia en la cámara anterior del ojo. (Anexo N° 7 A)

➤ Hemorragia retiniana.

Llamada equimosis subconjuntival por lo general carece de importancia aunque conviene examinar adecuadamente el ojo para descartar una lesión penetrante. Generalmente se resuelve en pocos días y no deja zonas de cicatrización

➤ Heridas Palpebrales.

Son importantes las que principalmente afectan el borde palpebral libre del párpado inferior, ya que de no ser reparadas oportunamente y eficazmente pueden dejar escotaduras que provocan epiforas. Aquellas heridas que involucran los puntos lacrimales deberán ser siempre suturadas por un especialista oftalmólogo, ya que este se encargara de verificar el estado de las vías lagrimales.

➤ Leucocoria:

Alteración caracterizada por aparición de un reflejo o una masa blanquecina en la región pupilar, por detrás del cristalino.

➤ Quemaduras conjuntivales

Generalmente el fondo de saco y conjuntiva inferior es la lesionada pero será necesario efectuar lavado profuso con agua o solución fisiológica para eliminar el agente agresor que puede ser cáustico como por ejemplo cal.

En estos casos debe tenerse en cuenta que todo el ojo puede afectarse puesto que los cáusticos son absorbidos y concentrados intraocularmente pudiendo producir uveitis (Inflamación de la uvea - Túnica vascular del ojo, constituida por coroides, cuerpo ciliar e iris).

➤ Desgarro de retina:

Los golpes en la cabeza pueden ocasionar también lesiones oculares que, en la mitad de los casos informados, dan lugar a daño permanente por hipema agudo, luxación del cristalino y desprendimiento retinal.

➤ Heridas corneales:

Pueden ser puntiformes o alcanzar toda la extensión de la cornea o aun más y ser perforantes. En este caso, habrá que revisar el tamaño pupilar, la tensión ocular, puede estar lesionado el cristalino, el cual se encontrará edematoso y posiblemente cataratoso.

En estos casos, debe efectuarse tratamiento médico anti-infeccioso, la sutura de la herida, extracción del cristalino cataratoso y remoción del tejido iridiano que está herniado.

## **E. Tipo de lesión**

### Extraorales

#### ➤ Lesiones de labios:

Los golpes directos con objetos ya sean animados o inanimados pueden ocasionar lesiones en los labios como contusiones (edema, equimosis), marcas y señales de golpes en diferentes estados de cicatrización, se producirán úlceras y aftas en la mucosa labial ocasionadas por traumas externos.

#### ➤ Cicatrices externas:

Es la secuela que queda como resultado de un trauma que ha lesionado tejidos blandos.

#### ➤ Hematoma peribucal:

Acumulación de sangre alrededor de la zona bucal causada por golpes directos ya sea con objetos animados e inanimados.

## **F. Tipo de lesión**

### Intraorales

#### ➤ Tejidos blandos

Los traumatismos de tejidos blandos deben ser tratados adecuadamente para evitar las infecciones de las heridas, lo cual se puede constituir en una afección más grave.

En la cavidad oral se pueden presentar: contusiones, abrasiones, laceraciones, heridas incisivas, heridas penetrantes y quemaduras.

Las contusiones que se presentan en cavidad oral son generalmente secundarias debido a la protección de los labios y carrillos, los cuales reciben el impacto en forma primaria, la mucosa oral se inflama y se produce hemorragia submucosa, la cual da una coloración purpúrea. La posibilidad de infección es remota y no requiere tratamiento debido a que se resuelve por sí sola a medida que se produce el proceso de cicatrización normal.

Las abrasiones se originan por fricción sobre la mucosa. La herida es superficial, sangra fácilmente y el tratamiento consiste en eliminar la causa principal.

Las laceraciones de la mucosa bucal son causadas principalmente por traumatismos directamente en cara, el tratamiento es control de la hemorragia, la cual principalmente se detiene por presión o ligadura del vaso si lo requiere por sutura interrumpida.

Las heridas punzantes se ocasionan con objetos puntiagudos como lápices. Rara vez hay hemorragia y requieren de sutura.

Las quemaduras en la cavidad oral se ocasionan con sustancias químicas o drogas, la mucosa lesionada se desprende fácilmente, dejando una superficie cruenta y dolorosa. El tratamiento consiste en el alivio del dolor

con sustancias anestésicas y control de la infección con antisépticos.  
(Anexo N° 8)

- Paladar
- Encía (Anexo 8 A)
- Ablación total o parcial de la lengua:  
Separación o desprendimiento total o parcial de la lengua ocasionada por un trauma directo ya sea con objeto animado o inanimado.
- Mucosa de carrillo

➤ Tejidos duros:

- Diente traumatizado:

La lesión pulpar más grave suele presentarse en dientes que han sufrido el traumatismo menos manifiesto. Es común observar que dientes con fracturas coronarias o radiculares conservan su vitalidad pulpar mientras que las pulpas de dientes adyacentes no fracturados pero traumatizados están desvitalizadas.

En el momento de producirse la fractura, la fuerza del golpe se disipa notablemente y con ello se reduce el choque que recibe la pulpa. La pulpa y los vasos apicales del diente que no se fractura reciben toda la fuerza del golpe y tienden a ser lesionados con mayor intensidad.

\* Desvitalización de la pulpa:

En un caso donde existe desvitalización de la pulpa de un diente joven y al mismo tiempo el traumatismo estímulo al diente vecino a producir dentina

reparadora en cantidad excesiva. La pulpa aparece en la radiografía como una línea apenas perceptible o puede estar totalmente obliterada. Luego del accidente traumático el diagnóstico de la vitalidad pulpar se basa en las pruebas térmicas y eléctricas. Si la reacción pulpar es negativa el desarrollo del diente traumatizado es completo, no se justifica pensar que habrá un retorno de la vitalidad. Los tratamientos serían pulpectomía inmediata o tratamiento convencional de conductos.

En el caso de un diente erupcionado recientemente cuyo desarrollo radicular es incompleto, estamos frente a un problema diagnóstico más complejo. Muchas veces, esos dientes dan reacciones variables a las pruebas pulpares y un diente recién erupcionado que nunca fue traumatizado puede tener reacciones negativas a todas las pruebas pulpares.

La gran abertura apical y el aporte sanguíneo más abundante hacen más posible que el diente joven se recupere del choque de la lesión traumática. Este choque inicial, puede haber dañado la capacidad del diente para reaccionar ante estímulos de sensibilidad puede no haber sido suficiente para destruir la circulación pulpar. También hay indicios claros de que las bacterias intervienen en la aparición de necrosis. Después de un cierto tiempo es posible que las reacciones de sensibilidad reaparezcan.

En los dientes permanentes se puede justificar la demora en el tratamiento para una revaloración de la vitalidad pulpar. Muchos dientes jóvenes que aparentemente están desvitalizados por el traumatismo gradualmente vuelven a la normalidad de un periodo de seis a diez semanas. El cambio de color de la corona debido a la hemorragia pulpar inicial puede ir desapareciendo lentamente a medida que el sistema vascular se repara y los elementos de la hemorragia son eliminados de la dentina.

No obstante el hecho de una sintomatología negativa no siempre indica que debemos proceder a hacer el tratamiento elegido si no podemos esperar a que se presenten los signos que determinaran este hecho. Los signos de necrosis incluyen aparición o aumento progresivo del cambio de color de la corona, síntomas de pulpitis, formación de una zona radiolúcida periapical o cese del desarrollo radicular. Si pese a que la pulpa reacciona como desvitalizada, el ápice radicular prosigue su desarrollo supondremos que hay vitalidad pulpar y que no se debe hacer el tratamiento de conductos.

Si la evidencia de la falta de vitalidad es clara hay que hacer el tratamiento endodóntico completo lo antes posible a fin de evitar secuelas agudas o crónicas como abscesos y quistes. El tratamiento temprano prevendrá el posible cambio intenso de color de la corona y aumentará la posibilidad de lograr que se blanquee si el cambio de color ya existe.

Si la pulpa muere, el crecimiento radicular cesa y la formación del diente queda incompleta. El tejido pulpar necrótico sirve de irritante del tejido periapical y el ápice queda abierto en forma tubular o de trabuco. Si hemos de salvar el diente, hay que volver a estimular el crecimiento radicular para cerrar el ápice o habrá que obturar el conducto desde el ápice, esto es, hacer la obturación apical. El tratamiento indicado será inducir a la formación del ápice por medio de hidróxido de calcio como obturación intraradicular, sin haber pasado por alto el hecho de la toma de radiografías como forma de control; al cabo de cuatro a seis meses se realiza una nueva valoración y control detallado durante aproximadamente dos años esperando lógicamente que se produzca una nueva formación apical, en la cual podemos encontrar cuatro imágenes radiográficas:

- a. El ápice puede seguir creciendo en forma de trabuco, pero estar cerrado por un pequeño puente calcificado.
- b. La forma de trabuco es la misma pero se ha formado un puente exactamente debajo del ápice.
- c. El extremo radicular se forma y se sella pero la forma del conducto no cambia.
- d. El ápice se forma adecuadamente y el conducto se ve relleno.

\* Reabsorción interna y externa:

Generalmente las reabsorciones internas y externas son causadas por lesiones traumáticas de los dientes, aunque es posible detener la destrucción de dentina dentaria ocasionada por estos procesos de descalcificación y lograr que el cemento se repare por medio de la obturación adecuada con productos químicos biológicamente activos como el hidróxido de calcio, posterior a una limpieza completa de la parte radicular.

Prácticamente la reabsorción apical se relaciona con pulpa necrótica o con pulpitis crónica avanzada. En estas circunstancias el cierre del ápice es sinónimo del procedimiento del cierre apical de conductos de trabuco. Rara vez la reabsorción apical es de origen pulpar, si no que es ocasionada por la reacción de tipo osteoclástico proveniente del tejido del ligamento periodontal.

Las perforaciones laterales, por el contrario, suelen ser resultado de la reabsorción interna y es la pulpa propiamente dicha la que destruye una zona del diente abriendo una brecha de comunicación con el ligamento periodontal. Esto último, es decir la reabsorción interna, solo puede detenerse mediante pulpectomía; remoción total de la pulpa que causa daño, una vez eliminada se llevara a cabo el proceso de obturación mediante el

hidróxido de calcio, el cual inducirá a la cementogénesis de defectos radiculares.

- Fractura coronaria sin exposición pulpar:

Si la fractura abarca solamente esmalte o esmalte y una pequeña cantidad de dentina, un simple aislamiento o el remodelado ligero con piedras y discos será suficiente para lograr un resultado estético. Sobre la estructura dentaria se colocará una capa de barniz para aislarla de los estímulos térmicos. Si la estética lo exige, también se puede rebajar con discos y piedras los dientes adyacentes. Periódicamente hay que controlar la vitalidad de estos dientes en estas zonas.

Si la fractura abarca una cantidad considerable de dentina, ésta se cubre con un material calmante, y posteriormente se restaurara con resina compuesta par devolver la estética de esta zona; cuando son casos extremos habrá la necesidad de hacer tallas y devolver la estética con coronas metal cerámicas teniendo en cuenta el tamaño de la pulpa y la edad del paciente.

- Fractura coronaria con exposición pulpar:

El tratamiento de las exposiciones pulpares traumáticas ha de basarse en el conocimiento de los tipos de tratamiento pulpar que puedan aplicarse en tales casos y los objetivos finales del tratamiento, que es la conservación del

diente. Si la pulpa fue desvitalizada el tratamiento solo podrá alcanzarse mediante la remoción total de la pulpa y el tratamiento de conductos, si la pulpa queda viva después de la exposición traumática, hay que tratar la conveniencia de conservar dicha vitalidad, esto significa recurrir a uno de dos procedimientos: protección pulpar o pulpotomía.

- Protección pulpar es el recubrimiento de una exposición pulpar pequeña con un material calmante o un material capaz de estimular la reparación de la exposición por medio de la formación de dentina reparadora.
- Pulpotomía es la remoción de la dentina coronaria de una pulpa con vitalidad, dejando intacta la porción radicular. El resultado buscado con la pulpotomía es la formación de una capa o puente protector de dentina reparadora sobre la superficie reparadora de la pulpa.

La decisión de recurrir a la pulpotomía se basa fundamentalmente en el grado de desarrollo del ápice radicular.

- Fracturas coronarias que se extienden subgingivalmente

La mayor parte de las fracturas subgingivales no llegan a la superficie radicular se extienden únicamente hasta la unión de cemento y dentina. En pacientes de corta edad, la unión de cemento y dentina puede estar bien debajo del margen gingival de los dientes en erupción. Si hay una fractura subgingival del esmalte lingual generalmente basta con una gingivectomía simple para exponer el margen fracturado. Si esta afecta la superficie radicular lingual también puede ser necesario una ostectomía para dejar al descubierto el extremo de la fractura. Las diferencia resultantes a la altura de la encía son poco importantes, ya que las consideraciones estéticas no cuentan en la restauración del sector lingual, si por otra parte, la fractura afecta la superficie vestibular del esmalte hay que considerar la estética. En este caso es necesario extender la gingivectomía u ostectomía al diente de cada lado del diente lesionado con la finalidad de lograr una altura gingival en armonía con la del diente fracturado, posteriormente se realizará el tratamiento de conductos adecuado y finalmente la restauración.

Fractura subgingival de dientes posteriores; rara vez la fractura de dientes posteriores es causada por lesiones traumáticas clásicas que afectan los dientes anteriores. Si la fractura es subgingival pero no llega a la zona de furcación del diente el tratamiento es el mismo que para los dientes anteriores, si la fractura se extiende a la furcación, puede ser posible retirar uno de los segmentos fracturados y su raíz y restaurar el otro luego del tratamiento de conducto. El cemento que se conserva es el que tiene mayores posibilidades de ser restaurado desde el punto de vista estético y funcional.

- Fractura radicular con pérdida de estructura coronaria o sin ella.
- Fractura horizontal: la frecuencia de fracturas radiculares es deleznable entre los siete y los diez años. Esto se debe a que en esa edad, las raíces de los dientes anteriores permanentes no están totalmente desarrollados, tienden a ser avulsionadas o luxadas por el traumatismo, pero no fracturadas.
- Fracturas verticales y en cincel: fracturas radiculares verticales son aquellas en las cuales la línea de fractura esta en el mismo sentido que el eje mayor del diente. Las fracturas en cincel son aquellas en las cuales hay una gran diferencia entre la altura vestibular y la lingual.

Los extremos radiculares fracturados están uniformemente vicelados y presentan aspectos de cincel. Su pronóstico es malo y casi siempre estas fracturas abarcan la superficie vestibular y lingual de la raíz y la reparación del sector vestibular no proporcionará un resultado favorable. Por lo tanto casi siempre esta indicada la exodoncia.

- Desplazamiento de dientes con fractura o sin ella

Varia desde la modificación ligera de la posición por un lado hasta el extremo de la pérdida total del diente por otro. El desplazamiento puede estar complicado por una fractura corono-radicular, aunque tienden a fracturarse menos los dientes desplazados que los que permanecen en su sitio.

- Desplazamiento parcial: Pueden ser de los siguientes tipos:

- a. Intrusión o extrusión con desplazamiento lingual o vestibular: Los dientes extruídos hacia vestibular o lingual suelen tener bastante movilidad, mientras que los intruídos tienden a estar muy firmes.

Es fácil reconocer la intrusión o la extrusión debido a la diferencia de la altura incisal del diente traumatizado con respecto a los dientes adyacentes, además la radiografía de los dientes extruídos permite ver el contorno del alvéolo dentario por apical al extremo radicular. Frecuentemente, el desplazamiento de un diente ocasiona la separación de las tablas vestibular y lingual y la sección del ligamento periodontal. Las "bolsas traumáticas" que así se crean pueden llegar a extenderse a veces casi hasta el ápice a lo largo de una superficie dentaria o más. Una vez reubicados y estabilizados los dientes desplazados, hay que comprimir las tablas alveolares contra los dientes con presión digital firme, para evitar la formación de un defecto periodontal permanente.

En este momento hay que registrar la profundidad de la bolsa.

La lesión periodontal creada por el desplazamiento suele resolverse por cicatrización del aparato de inserción. Si embargo, si se origina inflamación gingival la reinscripción del ligamento periodontal no se

produce y queda un defecto permanente por lo tanto el paciente debe conservar la zona limpia.

Hay que controlar la vitalidad de los dientes desplazados y registrar los resultados para establecer comparaciones con lecturas futuras, con frecuencia pese al gran desplazamiento, la pulpa puede conservar su vitalidad. Por ello no hay que hacer el tratamiento de conducto en el momento del traumatismo, salvo que la pulpa haya sido expuesta.

Los dientes extruidos o desplazados hacia vestibular o lingual deben ser llevados a su posición normal. Si los dientes tienen movilidad la maniobra se lleva a cabo con presión digital suave, bajo anestesia local. Si un diente fue desplazado pero esta firme en su nueva posición hay que considerar la posibilidad de llevarlo a su posición normal con un aparato de ortodoncia.

Los dientes intruidos pueden volver a su posición luego de cierto lapso sin necesidad de maniobras. Generalmente, el único tratamiento inmediato es el de tipo paliativo en tejidos blandos. Si la erupción es lenta, se puede facilitar ortodónticamente por medio de un resalte lineal fijado a la superficie vestibular del diente. También se puede llevar a posición el diente con pinzas para extracciones, sin embargo la recolocación forzada puede avulsionar el diente.

- Avulsión o arrancamiento total: El único tratamiento para el diente totalmente avulsionado es la reimplantación. Se suele intentar después de la

avulsión accidental de un diente sin embargo, a veces están indicadas extracción intencional y reimplantación.

Aunque suele dar buenos resultados, el pronóstico final es malo por que casi siempre se produce la reabsorción radicular progresiva. El promedio de vida de un diente reimplantado puede ser de cinco a diez años; no obstante, el periodo de retención varia de unas pocas semanas a toda la vida.

- Lesiones de los dientes temporales.

La conveniencia de conservar un diente temporal desvitalizado o avulsionado depende en gran medida del tiempo que el diente quedará en boca antes de sufrir la exfoliación normal.

- Fractura Radicular: El tratamiento de las fracturas radiculares de los dientes temporales, es similar al de los dientes permanentes. Con frecuencia se produce desplazamiento de la corona y fractura de la raíz; por ello, puede no ser posible lograr la estabilización adecuada. A veces, sin embargo se consiguen buenos resultados con aplicación de férula.
- Desplazamiento Parcial: Generalmente el tratamiento del desplazamiento parcial es el mismo que el aconsejado para dientes permanentes. La intrusión es la forma más común de desplazamiento en la dentición temporal. Los dientes temporales intruidos suelen erupcionar rápidamente hasta su posición normal. Frecuentemente ocurre daño pulpar y es preciso hacer el tratamiento de conductos para conservar el diente.

- Desplazamiento Total: El desplazamiento total puede ser tratado mediante la reimplantación como en la dentición permanente. La técnica de reimplantación es idéntica excepto que los conductos deben obturarse con pasta o cemento reabsorbible.

- Fracturas del Alvéolo

Las fracturas alveolares, se diagnostican por movimientos de numerosos dientes en continuidad. Estos pueden ser estabilizados, con la colocación de un segmento de barra arco, amarrada o asegurada por lo menos a dos o tres dientes estables, en cada uno de los dos lados de la fractura.

- Traumatismo Maxilofacial

- Fractura Nasal:

Los huesos nasales ocupan el primer lugar en fracturas faciales, son un par de huesos continuos con el frontal, y el proceso o rama ascendente del maxilar.

Los signos y síntomas de la fractura nasal son deformidad, edema y equimosis periorbitaria, epistaxis (Salida de sangre por las fosas nasales, hemorragia nasal), dolor e hipersensibilidad y obstrucción nasal.

El diagnóstico de las fracturas nasales que requieren tratamiento necesitan reconfirmar su diagnóstico por medio de radiografías las cuales tienen proyecciones estándar. Todos los pacientes requieren de una examinación completa de cabeza y cuello, con atención especial buscando alguna evidencia de hematoma septal.

Este problema es muy común especialmente en niños, debido a que la nariz es flexible, debido a la falta de maduración a la osificación, el hematoma es drenado, colocando el paciente bajo terapia antibiótica anti-estafilococcica, y se coloca un taponamiento nasal por dos o tres días, para prevenir la reacumulación de liquido en el espacio potencial.

La reducción es necesaria cuando hay deformidad cosmética, la cual no puede ser realizada, hasta que el edema haya desaparecido o disminuido, de tres a siete días después de la lesión. Muchas fracturas pueden ser reducidas por medio de técnica cerrada, usando cocaína tópica intranasal y xilocaina infiltrada extranasalmente.

A todos los pacientes es conveniente colocarles un taponamiento nasal anterior por tres a cinco días, además de una férula nasal de administración de antibióticos, para prevenir shock séptico, sinusitis etc.

- Fracturas de la Mandíbula: La presencia o ausencia de dentición es importante en la evaluación de pacientes con fractura mandibular así como el tipo de dientes ya sean residuales o permanentes y el estado de reparación. Los dientes residuales no proveen estabilidad para la fijación inter-maxilar o el amarraje interdental como lo hacen los dientes permanentes.

Las fracturas mandibulares son clásicamente descritas como favorables o no favorables, basado en la tracción que los músculos de la masticación ocasionan para poder mantener o colocar los fragmentos en su sitio, aunque estos factores ayudan a la evacuación terapéutica por reducción abierta o cerrada, hay situaciones clínicas que son excepción de la regla.

Los signos y síntomas de este son la maloclusión muy aparente o referida por el paciente, puede estar afectada por espasmos musculares sin una fractura verdadera, trismus secundario a dolor o movimiento de los fragmentos fracturados, pérdida o daño a dientes, laceraciones intraorales, edema regional, equimosis, movimiento palpable en el sitio de fractura, anestesia de hemibarbilla y labio inferior, secundaria a lesión del nervio mental.

Tratamiento: Un vendaje de Barton o una fijación interdental pueden temporalmente que el paciente este confortable, al disminuir los movimientos en el sitio de la fractura. Cada fractura tiene un tratamiento diferente dependiendo de las siguientes condiciones:

- a. Sinfisis: La fijación inter-maxilar, es satisfactoria, los hilos (Wires) deberán ser colocados más anteriormente que el canino, debido a que los dientes adyacentes a él no están bien anclados, el paciente será informado sobre la posibilidad de pérdida de estos dientes anteriores, si están severamente desplazados, una reducción abierta, amarraje y colocación de un spilt lingual preformado podrá ser utilizado para prevenir la rotación lingual.
- b. Cuerpo: Muy frecuentemente es suficiente corregir con fijación inter-maxilar sola.
- c. Rama: Fijación inter-maxilar.
- d. Coronoide: Esta no requiere de tratamiento, puede estar asociada con fractura del arco.
- e. Cóndilo Unilateral: Se realiza fijación inter-maxilar con alambre, en el caso de que exista desplazamiento, se coloca una pequeña almohadilla, para dejar en oclusión normal, se dará dieta blanda.

- f. **Cóndilo Bilateral:** Si existe poco o moderado desplazamiento se realiza fijación inter-maxilar, si ambos cóndilos están desplazados hacia fuera de la articulación, con pérdida de la altura vertical, esto será un problema, siendo necesaria la reducción abierta para prevenir complicaciones posteriores.
- g. **Angulo:** La fijación inter-maxilar es usada sola. Si está desplazada será necesaria la reducción abierta y fijación inter-maxilar. Si los molares sanos se encuentran a cada lado del sitio de fractura, es importante reconocer la significancia de estos dientes en la estabilización de la fractura, para prevenir su desplazamiento. Pueden ser la diferencia entre reducción abierta y cerrada. Debido a todas las fracturas que comunican con las raíces de los dientes, son consideradas fracturas abiertas o expuesta, se utilizara antibiótico de manera profiláctica.

El período estándar de fijación inter-maxilar es de seis semanas, si después de seis semanas persiste el dolor o la movilidad en el sitio de la fractura, el paciente es colocado nuevamente en fijación inter-maxilar por otras dos o tres semanas. Las fracturas subcondilares tratadas con fijación inter-maxilar, son inmovilizadas en los adultos por tres semanas más y en niños por catorce días, con el fin de prevenir una futura disfunción en la ATM.

Cuando realizamos una reducción abierta de fractura, es importante tener la barra arco asegurada, y la fijación inter-maxilar colocada en oclusión adecuada, antes de insertar el hilo (Wire) de osteo-síntesis. Si

el hilo es insertado primero para asegurar el sitio de fractura, es posible no alcanzar la oclusión pre-lasional.

Los dientes en la línea de fractura deberán de ser extraídos de manera conservadora, especialmente los dientes anteriores incluso los dientes avulsionados totalmente, pueden ser reimplantados y ser asegurados con fijación inter-maxilar, con una buena oportunidad de viabilidad, todos los dientes con raíces fracturadas en las radiografías dentales, o con una pobre higiene y que estén en la línea de fractura, deberán ser extraídos para prevenir futura infección en el sitio de fractura.

Los pacientes pediátricos son tratados normalmente, con reducción cerrada y amarre de split, para estabilización, con una dieta blanda únicamente dependiendo de la severidad de la fractura.

- Fractura del Arco Zigomatico: Los signos y síntomas son equimosis periorbitaria por hematoma subconjuntival, aplanamiento del pómulo, anestesia del nervio infraorbitario, diplopia ( visión doble ), limitación a los movimientos del globo ocular por atrapamiento del músculo oblicuo inferior o de l recto inferior, se puede palpar un escalón en el rim orbital lateralmente trismus si hay fractura del arco zigomatico, debido a la impactación de las coronoides.

Tratamiento: El mejor momento para el tratamiento es de tres a cinco días después de la lesión. Todos los pacientes deben tener una revisión oftalmológica antes de la reducción, para descartar cualquier lesión al globo ocular asociada o desprendimiento de retina.

Abordaje de Guilles: Se realiza una pequeña incisión detrás de la línea del pelo a través de la fascia temporalis, evitando a la arteria temporal superficial. Este abordaje es para fracturas del arco zigomático o para fracturas simples del complejo zigomático.

Abordaje de Keen's: Se realiza intraoralmente mediante una incisión sobre el primer diente molar, en el surco buco-alveolar. La fuerza se aplica hacia arriba y afuera.

Reducción Abierta: Una incisión profunda en la porción lateral del límite del párpado, angulada en dirección de los folículos pilosos es llevada hacia abajo a través del periostio, para permitir el acceso de un elevador por detrás del complejo malar. Una incisión subciliar, con un colgajo de piel-músculo nos dará acceso para el amarre de la fractura del rim infra-orbital, y nos dará vista al piso de la órbita. Una incisión de piel dirigida sobre el rim fracturado, nos dará un buen acceso, pero menos aceptación estética.

Técnica de Steinman-Pinning: El zigoma es manipulado con agujeros óseos y se colocan alambres clip de Steinman a través del zigoma fijando este último al paladar.

Técnica Trans-antral: Esta puede ser realizada vía una ventana naso-antral, elevando tanto con empaquetamiento o con sonda Foley. Frecuentemente es realizada en conjunción con la técnica de reducción abierta.

- Fractura de Órbita: Los signos y síntomas son diplopía con mirada hacia arriba, relacionada con edema o atrapamiento del músculo recto inferior, un movimiento que es limitado hacia arriba refleja atrapamiento, exoftalmos

(protrusión anormal del globo ocular), que generalmente son un hallazgo tardío.

Tratamiento: Todos estos pacientes en ser valorados por oftalmólogo para descartar otras lesiones asociadas como hipema y membrana retiniana.

- Fractura del Maxilar: Clasificación :

- Le Fort I: Es una fractura transversa, a través de los ápices de los dientes maxilares, y a través de la pirámide nasal, dando movimiento en bloque de los dientes maxilares.
- Le Fort II: También conocida como piramidal, es una fractura a través, de la raíz nasal, y a través del rim infraorbitario; el zigoma permanece amarrado al cráneo. La tracción anterior de la maxila, provoca movimientos del puente nasal, y del rim infraorbitario.
- Le Fort III: También conocida como separación craneo-facial. En este tipo el tercio medio facial es separado del cráneo, incluyendo a los zigomas. La tracción anterior, provoca movimiento del puente nasal, y la línea de sutura fronto-zigomatica. Una impactación severa puede " prevenir " los movimientos descritos arriba.

Los signos y síntomas en estas fracturas son obstrucción de la vía aérea, lo que es más común en la Le Fort II y III. Edema y equimosis severa medio facial, después de que el edema a desaparecido, queda elongación y deformación del tercio medio facial, epistacias moderada a severa. Rinorrea

del líquido cefalorraquídeo, movilidad en el sitio de fractura y ceguera.  
(Anexo N° 9)

Tratamiento: Le Fort I: Fijación inter-maxilar con suspensión circunzigomática.

Le Fort II: fijación inter-maxilar con suspensión circunzigomática y amarre dirigido a fracturas nasales o del rim si es necesario.

Le Fort III: Fijación inter-maxilar con suspensión desde los huesos frontales. Los botones de tracción hacia fuera si son necesarios.

- Lesiones de ATM:
- Luxación y subluxación:

La dislocación de la ATM ocurre cuando la cabeza del cóndilo se mueve en sentido anterior sobre la eminencia articular en una posición tal que no puede regresar voluntariamente a su posición normal.

La luxación de la articulación se refiere a la dislocación completa, mientras que la subluxación es la dislocación parcial o incompleta, en realidad una forma de hipermovilidad. La luxación puede ser aguda, debido a una luxación traumática repentina, que provoca fracturas del cóndilo o con más frecuencia solo un estiramiento de la cápsula, por lo regular en el punto de inserción del músculo pterigoideo externo dentro de la cápsula, con frecuencia existe desgarramiento del tendón en este punto de inserción.

La forma común de luxación se caracteriza por cierre y movilización repentina de los maxilares cuando la boca está abierta, acompañada por una contracción espasmódica prolongada de los músculos temporales, pterigoideo, masetero, con protrusión del maxilar, generalmente la boca no

se puede cerrar, mientras que en la dislocación se puede reducir por sí mismo. El tratamiento consiste en reducir el cóndilo dislocado por medio de la relajación de los músculos y después se guía la cabeza del cóndilo pérdida de la excursión condilar normal. Bajo la eminencia articular en su posición normal mediante una presión inferior y posterior de los dedos pulpares en el área molar mandibular.

- Lesiones del disco articular:

Esta forma de alteración se caracteriza por dolor, estallamiento o chasquido y crepitación en la región articular. El dolor se puede presentar solo cuando casi se completa el movimiento de apertura. El ruido puede ser débil audible solo con un estetoscopio o puede ser tan alto que lo escuche el observador que esta cerca del paciente, también se puede presentar dolor sordo dentro o alrededor del oído a un lado del maxilar, el tratamiento se dará dependiendo de la sintomatología de cada paciente.

- Fracturas del cóndilo:

La fractura condilar resulta de una lesión traumática aguda, aplicada al maxilar y se acompaña por una limitación del movimiento, dolor e hinchazón del cóndilo afectado, deformidad que se nota a la palpación.

## **G. Tipo de lesión**

### Huellas de Mordedura

Es bastante frecuente en el examen de lesiones personales encontrar asociadas a lesiones extra e intrabucales y de otras partes del cuerpo la presencia de huellas de mordida o mordeduras humanas en cuya identificación, clasificación y descripción juega importante rol el

odontólogo legista. No está muy desarrollado, infortunadamente en nuestro medio, pero la macro y microfotografía, descripción macroscópica, toma de huellas dentales con láminas y rodetes de cera para mordida son fundamentales en estos casos, sobre todo en los delitos sexuales donde son casi patognómicas.

## **H. Autoridades que participan en el manejo de casos de maltrato infantil.**

### ➤ Medicina legal

- **Psiquiatría forense:** Realiza la prueba parcial para determinar el comportamiento y las evaluaciones sobre salud mental de las personas involucradas en los procesos judiciales.
  
- **Clínica forense:** Realiza la prueba parcial requerida para la investigación de los hechos en relación con delitos de lesiones personales, delitos sexuales, embriaguez, evaluación de la edad, estado grave de enfermedades u otras situaciones. Práctica la prueba parcial en los casos relacionados con oftalmología, neurología, ginecología, fisiatría, anestesiología, cirugía plástica, medicina interna, odontología forense, y en general con las demás especialidades de la clínica forense.
  
- **Biología forense:** Estudia las evidencias de origen biológico, tales como manchas de sangre, manchas de semen, otras secreciones biológicas y análisis de cabellos.
  
- **Patología forense:** Estudio científico del cadáver para determinar causa o manera de muerte. Estudio histo-patológico para investigar sobre muertes

naturales y hallazgos incidentales en muertes traumáticas. Desarrollo de los procedimientos para la identificación de cadáveres. Cotejo antropométrico para el diagnóstico de filiación. Verificación de la condición de indígena, para dictámenes de ininputabilidad.

- **Fiscalía forense:** Análisis de balística, fotografía y topografía.
- **Química forense:** Análisis de laboratorio en relación con estupefacientes, toxicología química aplicada, codumentología y dactiloscopia.

➤ **Fiscalías**

Unidad primera de investigación previa y permanente: realizar la investigación de cadáveres y diligencias de investigación previa que surge en el momento de esta labor, y además que a criterio del fiscal delgado sean conducentes y pertinentes para el éxito de la investigación como es el caso de ordenar la práctica de la necropsia y exámenes que considere necesarios. Investiga quién o quienes han sido los autores o partícipes del relato, identificarlos y una vez lo anterior disponer la apertura de instrucción y enviarlos a la unidad de vida de los contemplados en el código penal en el título XIII.

Instruye y lleva hasta su calificación, bien la resolución de acusación o preclusión de la instrucción. Finalmente su intervención ante el juez penal de circuito en la audiencia pública.

➤ **Defensoría de familia**

Intervenir en el interés de la institución familiar y del menor en los asuntos judiciales y extrajudiciales, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 de decreto 2272 de 1989 y en el código del menor.

Asistir al menor infractor en las diligencias ante el juez competente y elevar las peticiones que considere conducentes a su rehabilitación.

Citar al presunto padre, para procurar el conocimiento voluntario de un hijo extramatrimonial.

Aprobar, con efecto vinculante, cuando no haya proceso judicial en curso, las conciliaciones entre cónyuges, padres y demás familiares.

➤ **Comisaria de familia**

Recibir y prevenir denuncias sobre hechos que pueden configurarse como delitos o contravención, en los que aparezca involucrado un menor, como ofendido o sindicado, tomar las medidas de emergencia correspondientes y darles el trámite respectivo de acuerdo con las disposiciones del Código del Menor y de los de procedimiento penal, nacional, departamental, municipal o distrital, de policía, y de las demás normas pertinentes, el primer día hábil siguiente al recibo de la denuncia.

Aplicar las sanciones policivas de acuerdo con las facultades previstas en el Código del Menor y las que le otorguen al respectivo consejo municipal o distrital.

Efectuar las comisiones, peticiones, práctica de pruebas, y demás actuaciones que le soliciten el I.C.B.F. y los funcionarios encargados de la

jurisdicción de familia, en todos los aspectos relacionados con la protección del menor que sean compatibles con las funciones asignadas.

Practicar allanamientos para conjurar las situaciones de peligro en que pueda encontrarse un menor, cuando la urgencia del caso lo demande, de oficio o a solicitud del juez o defensor de familia de acuerdo con el procedimiento señalado para el efecto en el código del menor.

Recibir a prevención las quejas o informes sobre todos aquellos aspectos relacionados con conflictos familiares, atender las demandas relativas a la protección del menor, especialmente en los casos de maltrato y explotación, y atender los casos de violencia familiar, tomando las medidas de urgencia que sean necesarias, mientras se remite a la autoridad competente.

Ordenar la comparecencia a la comisaria de familia de todo menor de 7 años que este practicando la mendicidad o este siendo utilizado por adultos para los mismos fines y remitirlos posteriormente a la defensoría de familia a fin de que se dicten las medidas de protección con forme a la ley.

Ordenar la remisión de menores que se encuentren en las calles a altas horas de la noche, a las comisarias de menores, para que a su vez, se disponga el envío al establecimiento de bienestar social o bienestar familiar, si fuera el caso.

Carnetizar a los menores con el fin de que con este documento puedan ser atendidos en los distintos puestos de salud, clínicas y hospitales del orden distrital.

Las demás que le asigne el consejo municipal o distrital y que sean compatibles con la naturaleza policiva de sus responsabilidades.

➤ ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar)

Es un establecimiento público perteneciente al sector de la salud con capacidad para ofrecer sus servicios en todo el territorio nacional.

Busca la integración, la protección y el desarrollo armónico de la familia, garantizando el cumplimiento de los derechos de todos sus miembros, y en especial de los niños.

Los programas y servicios que ofrece el ICBF son los siguientes

- ◆ Hogares infantiles
- ◆ Jardines comunitarios para los niños entre dos y siete años.
- ◆ Hogares comunitarios de bienestar
  
- ◆ Asistencia nutricional al escolar y adolescente.
- ◆ Asistencia integral al anciano.
- ◆ Asistencia al joven
- ◆ Asistencia integral a la familia, respetando las costumbres, las razas y las diferentes cultura de nuestro país.
- ◆ Asistencia al menor abandonado o en peligro.
- ◆ Asistencia al menor autor o participe de una infracción penal.
  - En instituciones de reeducación
  - Atención especial en medio abierto.
- ◆ Asistencia y asesoría a la familia.
- ◆ Educación social, familiar y comunitaria.
- ◆ Asistencia al menor en recuperación nutricional
- ◆ Asistencia técnica para pruebas de confirmación de paternidad (Laboratorio de genética)

◆ Orientación socio legal y civil al menor y a la familia.

➤ Policía de menores

Cumplir y hacer cumplir las normas sobre la protección de menores impartidas por los organismos del estado.

Desarrollar en coordinación con otras entidades, actividades educativas y recreativas tendientes a lograr la formación integral del menor.

Controlar e impedir el ingreso y permanencia de menores en expendios de licores u otros lugares públicos o privados que atenten contra su integridad física o moral.

Impedir la posesión o comercialización de escritos, audiovisuales, e imágenes, material pornográfico y otras publicaciones que puedan afectar la formación moral del menor.

Proteger a los menores que se encuentren abandonados, extraviados, dedicados a la vagancia, ejerciendo o siendo utilizados en la mendicidad o que sean víctimas del maltrato o se encuentren en cualquier situación irregulares previstas en el Código del menor, preferiblemente conduciéndolos a las comisarias de Familia, Centros de recepción o las instituciones de protección para que queden bajo la tutela de los defensores de familia.

Informar a los organismos y establecimientos destinados a la educación, prevención y protección, sobre circunstancias que fomenten la depravación,

deshonestidad, insalubridad, y demás factores que coloquen al menor en situación irregular.

Colaborar con el ministerio de trabajo y seguridad social en la vigilancia de las actividades laborales de los menores de edad y sus condiciones de trabajo, con objeto de proteger su salud física y moral.

Inspeccionar los locales de diversión y en general todos los lugares donde se desarrollan espectáculos públicos que constituyen oportunidades que atenten contra la integridad moral o salud física o mental de los menores, ya sea de oficio por solicitud del juez, el defensor de familia o del respectivo comandante de la unidad de policía.

Vigilar el desplazamiento de menores dentro del país y hacia el exterior, especialmente en los aeropuertos y terminales de transporte.

Apoyar con programas de educación y recreación las instituciones encargadas de vigilancia de menores infractores.



#### 4. CONCLUSIONES

Al lograr detectar las diferentes formas de maltrato o abuso que llegan al consultorio odontológico, se puede prevenir un futuro reprimido de los infantes, evitando lesiones físicas, psicológicas.

El tipo de lesión más llamativa encontrada en la revisión bibliográfica en cuanto al maltrato infantil son las lesiones cutáneo mucosas; los cuales se observan frecuentemente en formas múltiples y con distintas coloraciones.

Las quemaduras son el castigo elegido en un 10% de los casos, los ocasionados por líquidos hirvientes pueden ser accidentales como prueba de negligencia revelando imágenes en salpicadura, mientras que las quemaduras con intención agresiva, suelen revelar imágenes evidentes.

Se concluye que cualquier lesión presente en cuello es señal delatora de una agresión provocada.

Las fracturas nasales son un problema muy común en niños maltratados, debido a que la nariz es un órgano flexible a la falta de maduración y osificación.

Las fracturas lineales constituyen el 80% de todas las fracturas del cráneo y son las que con mayor frecuencia se asocian a hematomas subdurales y epidurales los cuales son mortales.

Las lesiones viscerales son en la mayoría de los casos mortales, debido a la masa de la hemorragia y el aumento de la presión intracraneal; su diagnóstico es realizado a nivel de especialista.

Una consecuencia importante del maltrato infantil es el traumatismo ocular que produce ceguera y esta catalogado como secuela a nivel mundial.

Por medio del diagnóstico odontológico y con las pautas dadas en los resultados de lesiones de tejidos duros, sumado con otras características clásicas de maltrato podemos dar un diagnóstico diferencial exacto.

Las huellas de mordedura nos pueden ayudar en la clasificación, identificación y descripción de los diferentes tipos de lesiones presentadas en niños maltratados.

Se debe tener en cuenta que el maltrato infantil es un problema muy frecuente y poco controlado en nuestro país, que incluye todas las clases sociales y el cual obliga al profesional de la salud, en este caso al odontólogo a contar con ayuda de autoridades competentes ya que estos hechos tienen responsabilidad civil y penal.



## **5. RECOMENDACIONES**

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, se podrá plantear la expectativa de valorar los casos de maltrato infantil enfocándolos a un aspecto jurídico y penal para los agresores; debido a que en nuestro país este problema queda sin solución y pasa a ser un caso de la lista de espera o tal vez uno de los tantos casos sin resolver.

Otra posible valoración será la realizada directamente a nivel clínico con casos específicamente colombianos, teniendo en cuenta la variación de los diferentes signos y síntomas con que llegue el paciente y de esta manera dar a conocer las características más comunes y que sean más útiles en la consulta odontológica.

A nivel psicológico debería hacerse un estudio completo para analizar los cambios presentes en el menor maltratado, las consecuencias que pueda tener en su futuro; determinar si este maltrato influirá en su actitud social y buscar el mejor tratamiento para ayudar a curar las secuelas del maltrato provocado.

No limitar la capacidad del odontólogo a la atención oral sino al manejo integral y multidisciplinario del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- ACADEMIA, Americana de Pediatría. Pediatrics in Review, Vol. 1 No.1  
Año.1
- ALCALDIA, de Manizales, Secretaria de Salud y Seguridad Social.  
“Violencia y vida cotidiana” 1.994.
- AMAYO, Torres Luciano. “Marco legal del derecho de familia”, UNICEF  
1.985.
- ASOCIACION, Colombiana para la defensa de Menor Maltratado. “ El  
drama de la niñez maltratada”. 1.990.
- ARANGO, Llano, Torres, Urgencias Odontológicas, Segunda Edición,  
Editorial Médica Panamericana, Julio de 1.988.
- BEVERIDGE, Eduard, Endodoncia, Primera Edición, Editorial  
Interamericana 1.979.
- CONSULTA, La Revista del Médico Práctico, Volumen 6. No.2, Febrero  
de 1.979.
- CONSULTA, Volumen 8. No.10, Octubre de 1.981.
- COVO Adelina, Modelo de Intervención frente a el abuso y el Maltrato  
Infantil. 1.996.
- DORLAND, Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, Editorial  
McGraw- Hill. 1.987.
- FRANCO Saúl, “Tierra fértil para el maltrato” 1.993.

- GLICKMAN, Periodontopatología Clínica, Quinta Edición, Editorial Interamericana 1.984.
- GRODIN, Michael A. Reconocimiento de lesiones no accidentales, Editorial Fedio, 1.985.
- INVESTIGACION, sobre Maltrato Infantil en Colombia, ICBF 1.996.
- KEMPE, Ruth, Kempe Henry, Tratamiento de los Padres, Editorial Morata S.A. 1.979.
- MALTRATO Infantil, ICBF Gobierno de la Gente, 1.996.
- MORRADA, Adriana; Nasar; Cassaball, El niño maltratado en Tlaxcala Salud pública de México, Vol.34, 1.992.
- ORTEGA Mónica, Oakloy Peter, Save the children, 1.994.
- TRIBUNA Médica, Revista Latinoamericana de Educación Médica Continuada, Tomo XLIII – No.6, Noviembre de 1.971.
- TRIBUNA Médica, Tomo XLIV – No.5, Febrero de 1.972.
- TRIBUNA Médica, Tomo XLV – No.8, Junio de 1.972.
- TRIBUNA Médica, Tomo LII – No.11, Diciembre de 1975.
- TRIBUNA Médica, Tomo LIII – No.4, Febrero de 1.976.
- TRIBUNA Médica, Tomo LX – No. 5, Septiembre de 1.979.
- TRIBUNA Médica, Tomo LXV – No. 4, Febrero de 1.982.
- TRIBUNA Médica, Tomo LXVIII – No.9, Noviembre de 1.983.
- TRIBUNA Médica, Tomo LXIX – No. 8, Junio de 1. 986.
- TRIBUNA Médica, Tomo LXXVII – No. 11, Junio de 1.988.
- TRIBUNA Médica, Tomo LXXIX – No.2, Febrero de 1.989.
- TRIBUNA Médica, Tomo LXXIX – No. 5, Marzo de 1.989.
- TRIBUNA Médica, Volumen 80 – No.3, Septiembre de 1.989.
- TRIBUNA Médica, Volumen 78 – No.1, Enero de 1.993.
- VALDES, López Yesid, Odontología Legal y Forense. 1.994.

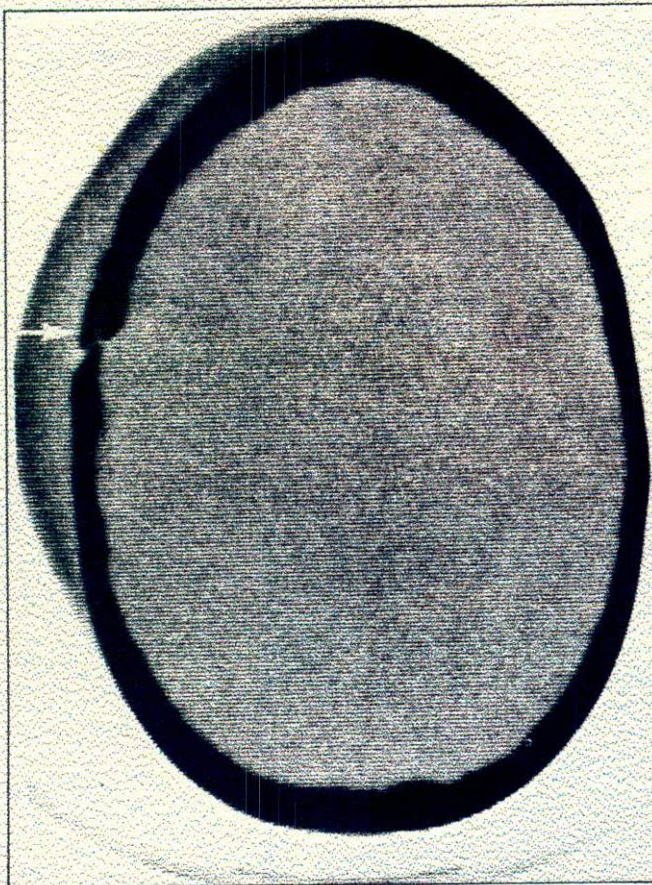


**Апехо 1**



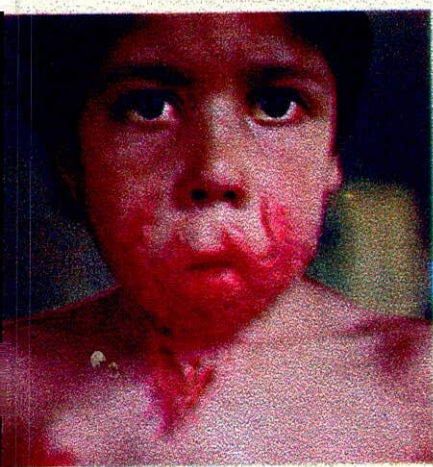
**No 2**

FRACTURA CRANEAL

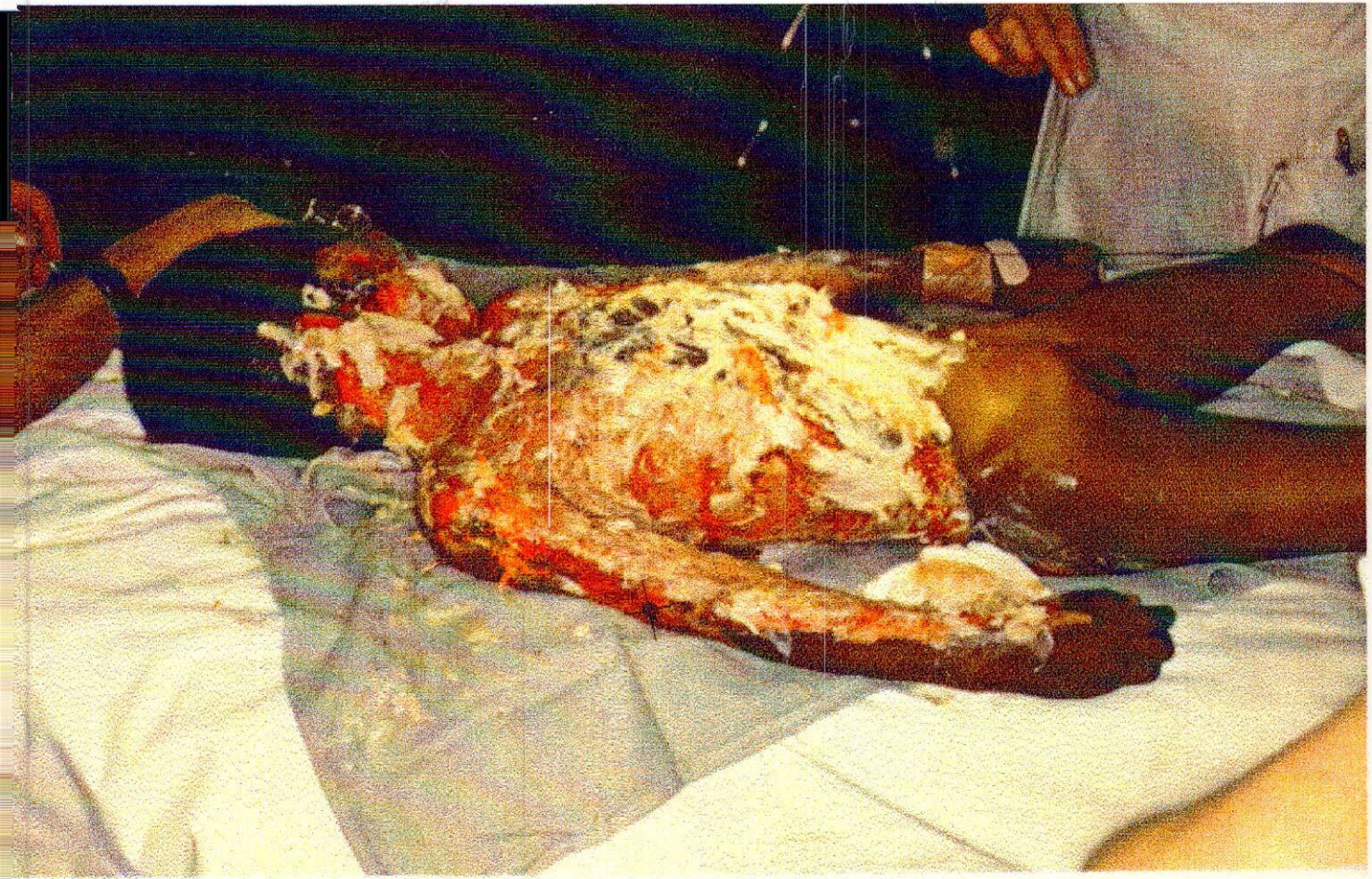


Esta fotografía invertida revela una fractura craneal con inflamación adyacente del cuero cabelludo.

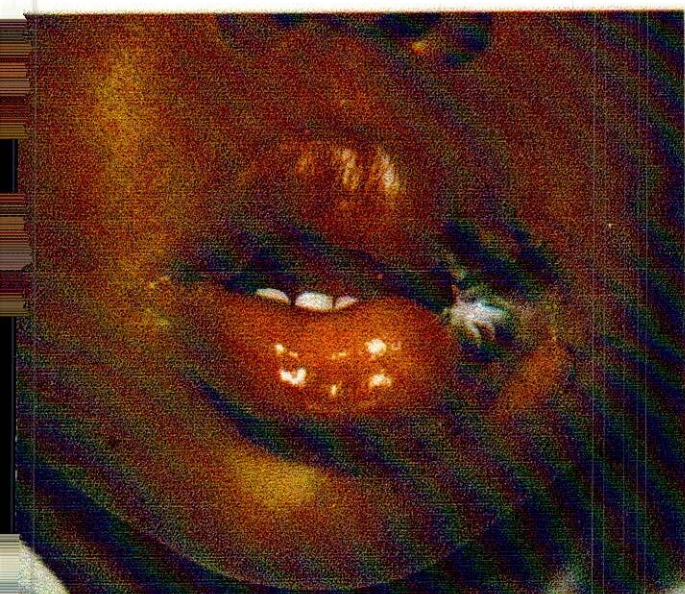
**No 3**



**No 4**



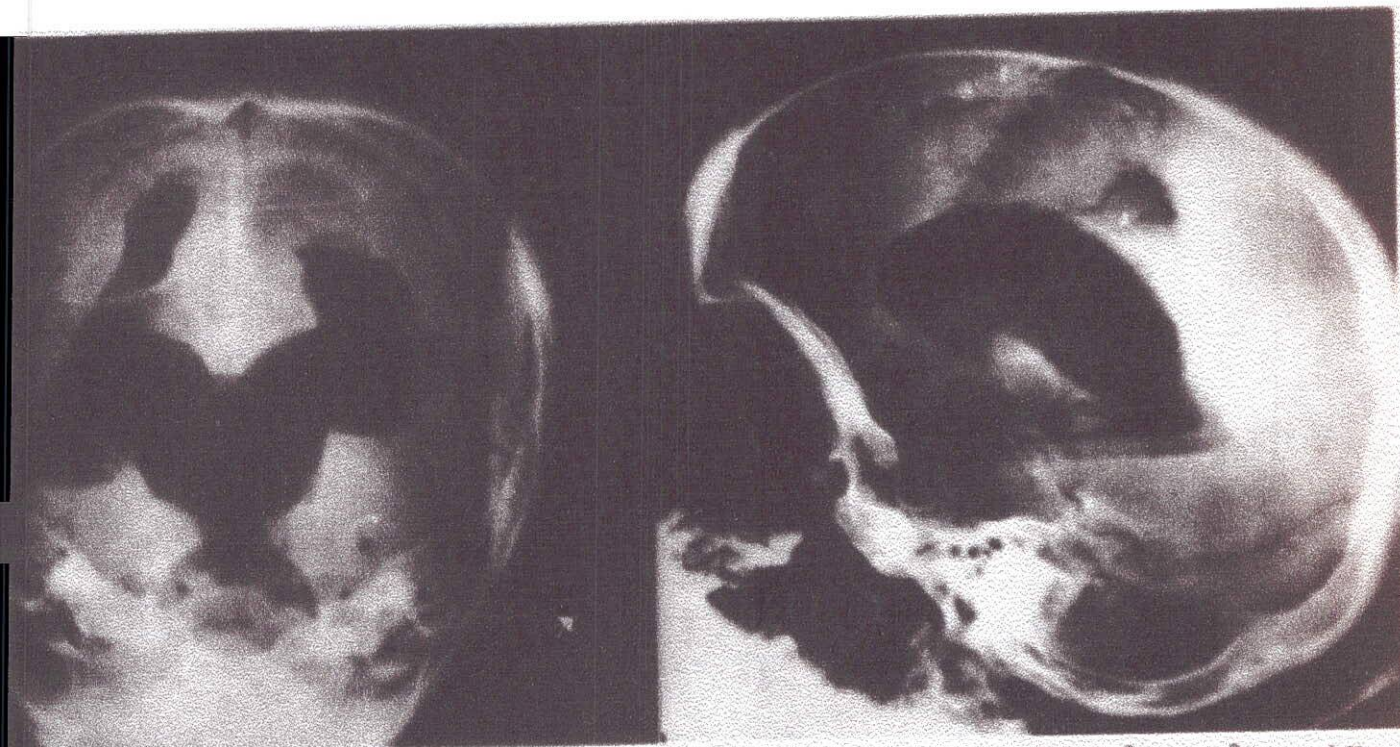
**No 4**



**No 4**



**No 4**

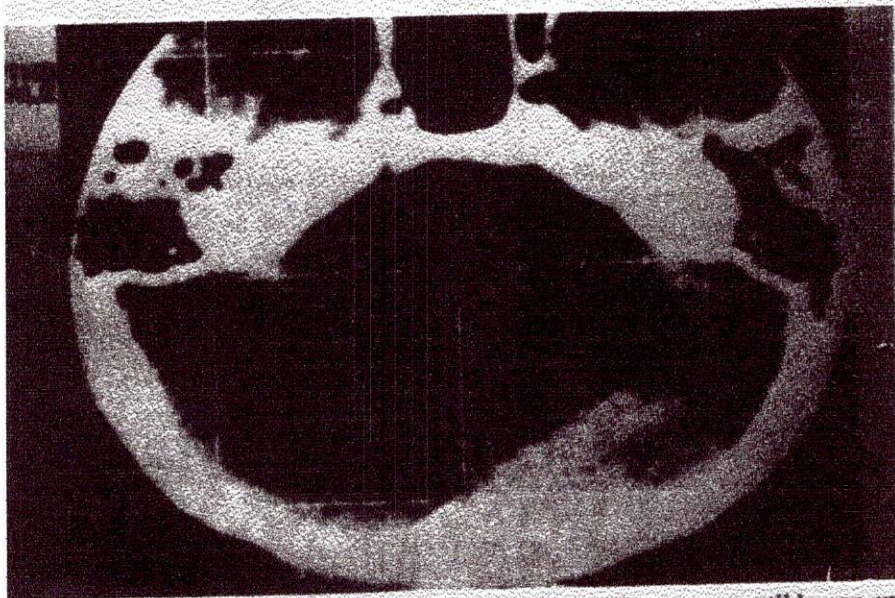


## RADIOGRAFIAS DEL CRANEO

Las heridas infligidas a los niños ocasionan este aspecto de "retardado por maltrato". Las radiografías de cráneo revelan hematoma subdural y dilatación ventricular. Este caso se denunció ante la justicia pero no se aceptaron los cargos por falta de evidencia.

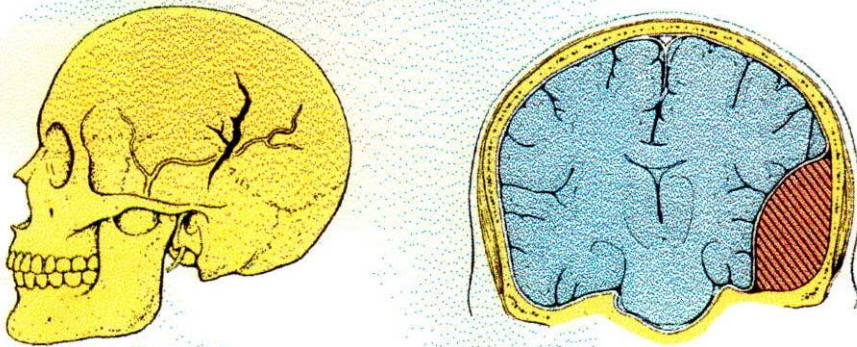


*Figura 1.* TAC cerebral. En la proyección izquierda se observa una imagen hiperdensa en la fosa posterior que corresponde al hematoma epidural. En la proyección derecha se repite la imagen en la fosa posterior; además se aprecia un área de contusión hemorrágica en el lóbulo frontal derecho.



*Figura 2.* TAC cerebral. Se observa una imagen hiperdensa, compatible con un hematoma, comprimiendo el hemisferio cerebeloso izquierdo.

FI SIOPATOGENIA DEL HEMATOMA EPIDURAL



El doblamiento hacia adentro del hueso fracturado desprende la duramadre y la ruptura subsecuente de la arteria meningea media o una de sus ramas en este espacio creado entre el hueso y la dura origina un hematoma rápidamente compresivo y fatal si no recibe atención oportuna.

Figura 6

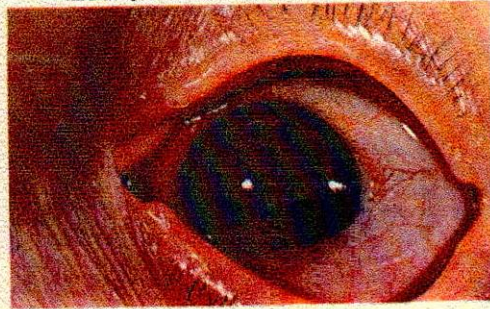
**N.º 6**

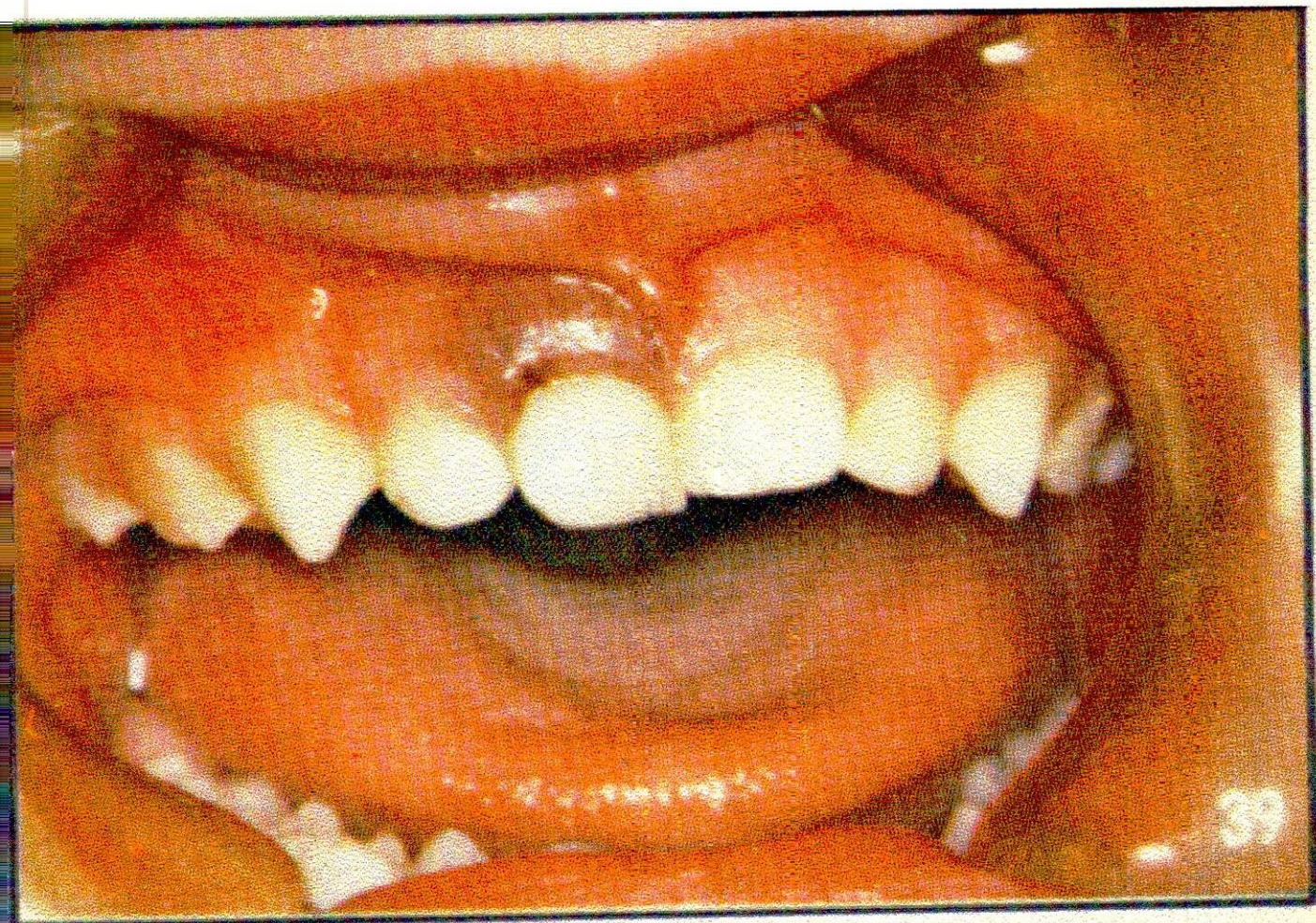


HIFEMA LUEGO DE UN GOLPE ACCIDENTAL EN EL OJO  
(al paciente se le había extraído una catarata recientemente)

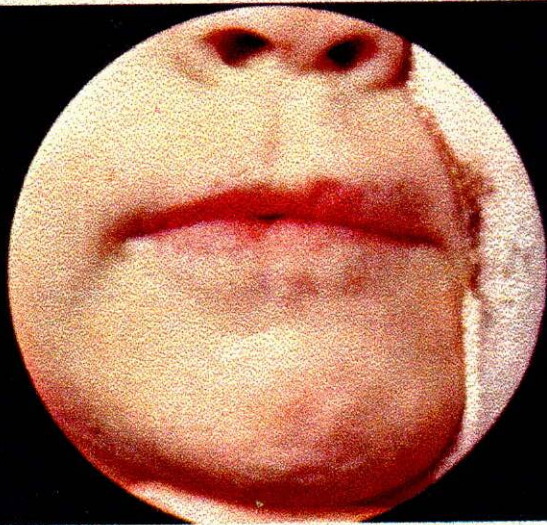


HIFEMA QUE HA TESIDO LA CORNEA CON SANGRE





№ 8



BOCA CERRADA



BOCA ABIERTA

№ 8

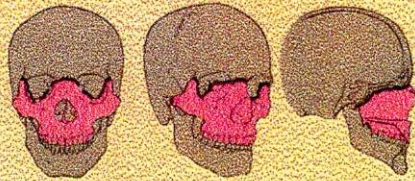
FRACTURAS DE LOS MAXILARES



LeFort I



LeFort II



LeFort III

Figure 1

## BIBLIOGRAFIA

- ACADEMIA, Americana de Pediatría. Pediatrics in Review, Vol. 1 No.1  
Año.1
- ALCALDIA, de Manizales, Secretaria de Salud y Seguridad Social.  
“Violencia y vida cotidiana” 1.994.
- AMAYO, Torres Luciano. “Marco legal del derecho de familia”, UNICEF  
1.985.
- ASOCIACION, Colombiana para la defensa de Menor Maltratado. “ El  
drama de la niñez maltratada”. 1.990.
- ARANGO, Llano, Torres, Urgencias Odontológicas, Segunda Edición,  
Editorial Médica Panamericana, Julio de 1.988.
- BEVERIDGE, Eduard, Endodoncia, Primera Edición, Editorial  
Interamericana 1.979.
- CONSULTA, La Revista del Médico Práctico, Volumen 6. No.2, Febrero  
de 1.979.
- CONSULTA, Volumen 8. No.10, Octubre de 1.981.
- COVO Adelina, Modelo de Intervención frente a el abuso y el Maltrato  
Infantil. 1.996.
- DORLAND, Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, Editorial  
McGraw- Hill. 1.987.

FONTANA, V. The diagnosis of the maltreatment syndrome in children. Pediatrics 1973; 51.

FRANCO Saúl, "Tierra fértil para el maltrato" 1.993.

GLICKMAN, Periodontopatología Clínica, Quinta Edición, Editorial Interamericana 1.984.

GRODIN, Michael A. Reconocimiento de lesiones no accidentales, Editorial Fedio, 1.985.

INVESTIGACION, sobre Maltrato Infantil en Colombia, ICBF 1.996.

KEMPE, Ruth, Kempe Henry, Tratamiento de los Padres, Editorial Morata S.A. 1.979.

KEMPE CH. The battered child syndrome. JAMA 1962; 181.

MALTRATO Infantil, ICBF Gobierno de la Gente, 1.996.

MARCOVICH J. El niño maltratado. 3ª. Edición. México.D.F.: editores mexicanos unidos, 1983

MORRADA, Adriana; Nasar; Cassaball, El niño maltratado en Tlaxcala Salud pública de México, Vol.34, 1.992.

ORTEGA Mónica, Oakloy Peter , Save the children, 1.994.

TRIBUNA Médica, Revista Latinoamericana de Educación Médica Continuada, Tomo XLIII – No.6, Noviembre de 1.971.

TRIBUNA Médica, Tomo XLIV – No.5, Febrero de 1.972.

TRIBUNA Médica, Tomo XLV – No.8, Junio de 1.972.

TRIBUNA Médica, Tomo LII – No.11, Diciembre de 1975.

TRIBUNA Médica, Tomo LIII – No.4, Febrero de 1.976.

TRIBUNA Médica, Tomo LX – No. 5, Septiembre de 1.979.

TRIBUNA Médica, Tomo LXV – No. 4, Febrero de 1.982.

TRIBUNA Médica, Tomo LXVIII – No.9, Noviembre de 1.983.

TRIBUNA Médica, Tomo LXIX – No. 8, Junio de 1. 986.

TRIBUNA Médica, Tomo LXXVII – No. 11, Junio de 1.988.