



Facultad de Odontología  
Universidad de Sevilla

**DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO DE  
MALTRATO INFANTIL  
(DENTAL DIAGNOSIS OF CHILD ABUSE)**

**Autor:** Pedro Romero Salvador

**Tutor:** Dr. Ignacio Barbero Navarro

**Cotutor:** Dr. Antonio Castaño Séiquer



Facultad de Odontología



Antonio Castaño Séiquer, Profesor Titular de Universidad adscrito al Departamento de Estomatología e Ignacio Barbero Navarro, Profesor Asociado adscrito al Departamento de Estomatología.

**CERTIFICAN:**

Que el presente trabajo con el título “DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO DE MALTRATO INFANTIL”, ha sido realizado por Pedro Romero Salvador, bajo nuestra dirección y reúne los requisitos y méritos suficientes para ser presentado y defendido como Trabajo de Fin de Máster.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en:

Sevilla a 31 de Mayo de 2021

**CASTAÑO**  
**SEIQUER**  
**ANTONIO** - 28538735J  
**28538735J**

Digitally signed  
by CASTAÑO  
SEIQUER  
ANTONIO -  
28538735J  
Date: 2021.05.31  
10:43:47 +02'00'

Dr. Ignacio Barbero Navarro

**TUTOR**

Dr. Antonio Castaño Séiquer

**COTUTOR**



Facultad de Odontología



Pedro Romero Salvador con DNI: 49087617M, alumno del Máster oficial de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología (Universidad de Sevilla) y autor del Trabajo de Fin de Máster titulado “DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO DE MALTRATO INFANTIL”.

#### **DECLARO:**

Que el contenido de mi trabajo, presentado para su evaluación en el Curso 2020-2021, es original, de elaboración propia, y en su caso, la inclusión de fragmentos de obras ajenas de naturaleza escrita, sonora o audiovisual, así como de carácter plástico o fotográfico figurativo, de obras ya divulgadas, se han realizado a título de cita o para su análisis, comentario o juicio crítico, incorporándolos e indicando la fuente y el nombre del tutor de la obra utilizada (Art. 32 de la Ley 2/2019 por la que se modifica el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, BOE núm. 53 de 2 de Marzo de 2019).

#### **APERCIBIMIENTO:**

Quedo advertido de que la inexactitud o falsedad de los datos aportados determinará la calificación de **NO APTO** y que **asumo las consecuencias legales** que pudieran derivarse de dicha actuación.

En Sevilla a 8 de Mayo de 2020

(FIRMA DEL INTERESADO)

## ÍNDICE

1. Resumen .....	1
2. Introducción.....	2-7
3. Objetivos de la investigación.....	7
4. Material y método.....	7-8
5. Resultados de la búsqueda.....	8
6. Discusión .....	8-26
7. Conclusiones.....	27
8. Bibliografía.....	28

## **1. Resumen**

Este estudio nos ayuda a saber diagnosticar si un niño ha sido o está siendo víctima de maltrato, a través de pautas de comportamiento y signos físicos y psicológicos. Además, se muestra como es el procedimiento de actuación cuando nos encontramos con este tipo de situación.

### **Abstract**

This study helps us to diagnose whether a child has been or is being abused, through behavioural patterns and physical and psychological signs. In addition, it shows how to act when we find ourselves in this type of situation.

## 2. Introducción

Según la OMS, el maltrato infantil se define como *“los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil”*.<sup>1</sup>

La OMS <sup>2</sup> considera que el maltrato infantil es “un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida”.

También la Organización Mundial de la Salud expone que *“una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención”*.

Se estima que cada año mueren aproximadamente 41.000 menores de 15 años a causa del maltrato infantil. Esta cifra puede ser aún mayor, ya que, muchas muertes de niños se atribuyen a otros motivos como pueden ser caídas o ahogamientos.

La OMS <sup>2</sup> ha establecido varios factores de riesgo de maltrato infantil, entre los que se encuentran los siguientes:

- Factores del niño: edad inferior a 4 años y adolescencia, niño no deseado, no cumplir con las expectativas del padre o madre, tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales
- Factores de los padres o cuidadores: dificultades para establecer vínculos afectivos con el niño, no cuidar al niño, antecedentes personales de maltrato, falta de conocimientos, consumo de alcohol y/o drogas durante la gestación, participación en actividades delictivas, dificultades económicas.
- Factores relacionales: problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia, ruptura de la familia o violencia entre otros miembros de

la familia, aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos, pérdida del apoyo de la familia para criar al niño.

- Factores sociales y comunitarios: desigualdades sociales y de género, falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones, niveles elevados de desempleo o pobreza, la disponibilidad fácil de alcohol y drogas, las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles, las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo, las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas.

Existen diferentes tipos de maltrato infantil, entre los que encontramos: <sup>3</sup>

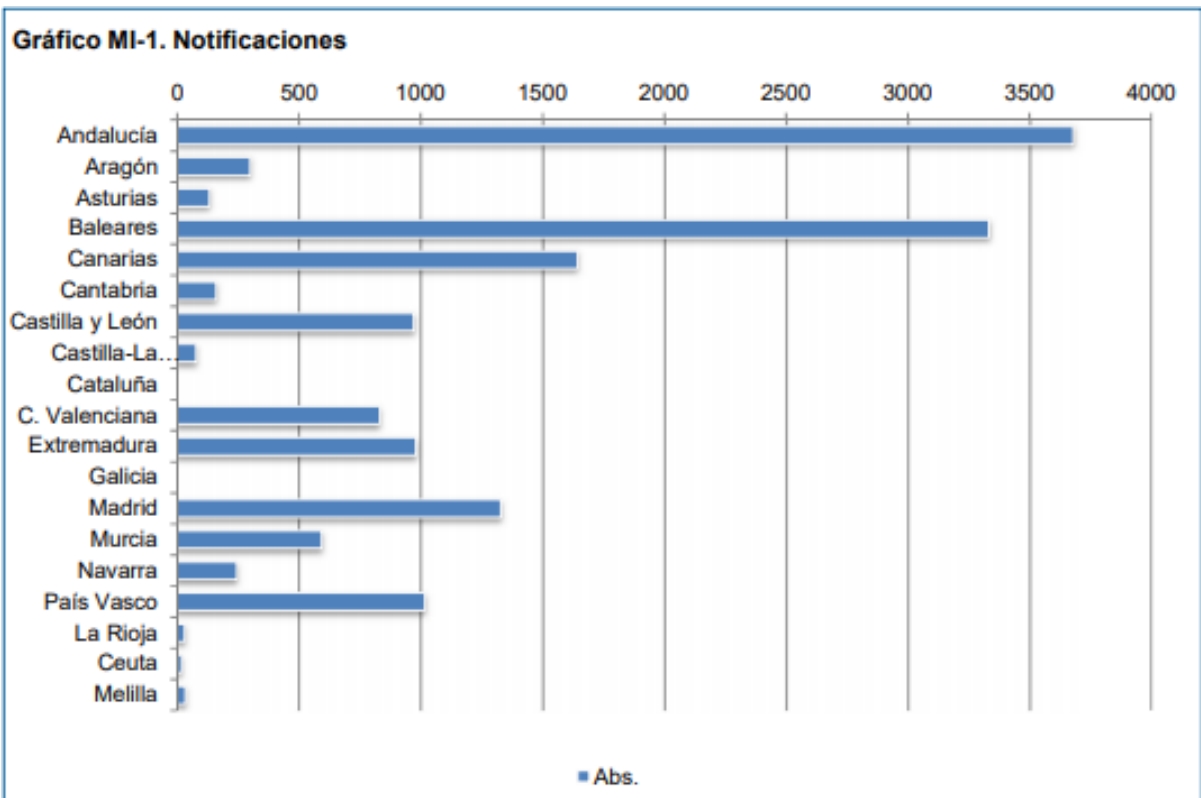
- Maltrato físico: “agresión física que pone en riesgo la integridad física del niño o niña”
- Abuso sexual: “cualquier actividad sexual con un niño o niña”
- Maltrato psicológico: “Se produce cuando se dan ataques verbales contra el niño o la niña, por ejemplo, reprendiéndoles continuamente, ignorándolos o aislándolos”
- Maltrato médico: “Es el caso de que una persona aporta información falsa sobre la enfermedad de un niño que requiere atención médica, de forma que se le pone en peligro de sufrir lesiones”
- Abandono: “Un niño o niña sufre abandono cuando no se le aporta comida, refugio, afecto, educación, o atención médica”

El observatorio de la infancia recoge los datos recibidos de las distintas comunidades autónomas en 2019 <sup>4</sup>

**Tabla MI-1. Comparativa CCAA - Total de notificaciones**

	TOTAL	
	Abs.	Tasa
Andalucía	3.679	229,8
Aragón	299	133,3
Asturias	131	97,8
Baleares	3.333	1.565,1
Canarias	1.642	461,5
Cantabria	160	173,3
Castilla y León	972	280,9
Castilla-La Mancha	77	20,8
Cataluña	SD	---
C. Valenciana	830	93,0
Extremadura	980	560,3
Galicia	SD	---
Madrid	1.329	107,9
Murcia	593	193,3
Navarra	244	200,5
País Vasco	1.016	277,3
La Rioja	30	54,7
Ceuta	17	84,7
Melilla	33	141,3
<b>Total</b>	<b>15.365</b>	<b>235,4</b>

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años



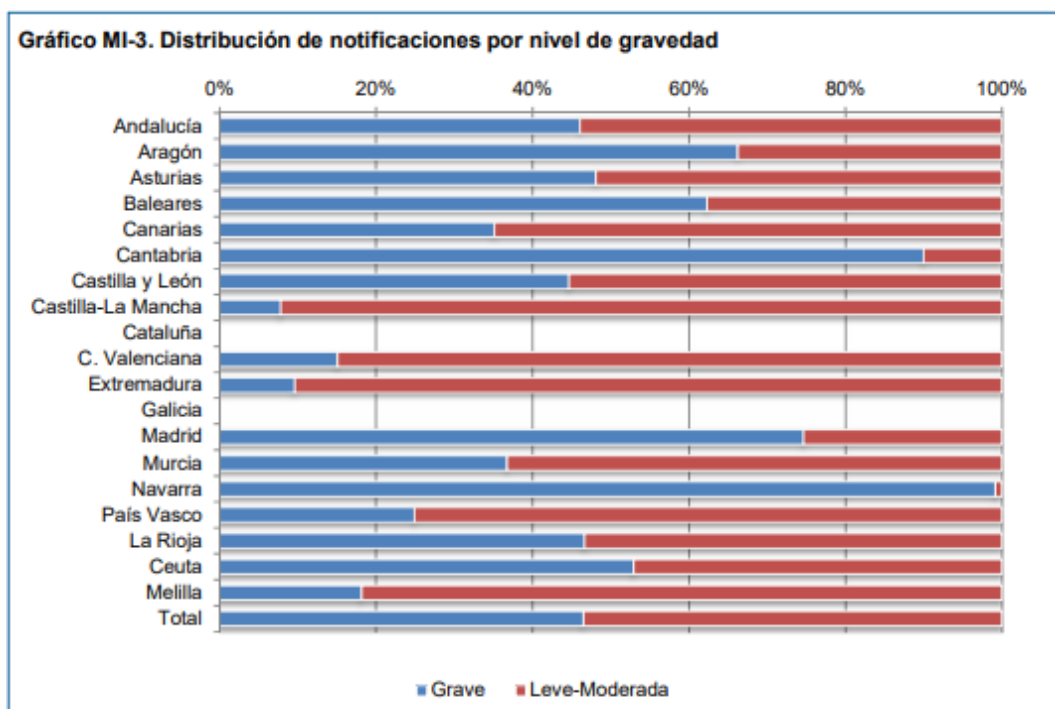


En la siguiente tabla se clasifican por nivel de gravedad:

**Tabla MI-2. Comparativa CCAA - Notificaciones por nivel de gravedad**

	TOTAL		Nivel de gravedad			
	Abs.	Tasa	Grave		Leve-Moderada	
			Abs.	Tasa	Abs.	Tasa
Andalucía	3.679	229,8	1.695	105,9	1.984	123,9
Aragón	299	133,3	198	88,3	101	45,0
Asturias	131	97,8	63	47,0	68	50,8
Baleares	3.333	1.565,1	2.077	975,3	1.256	589,8
Canarias	1.642	461,5	577	162,2	1.065	299,3
Cantabria	160	173,3	144	155,9	16	17,3
Castilla y León	972	280,9	434	125,4	538	155,5
Castilla-La Mancha	77	20,8	6	1,6	71	19,2
Cataluña	SD	---	SD	---	SD	---
C. Valenciana	830	93,0	125	14,0	705	79,0
Extremadura	980	560,3	94	53,7	886	506,5
Galicia	SD	---	SD	---	SD	---
Madrid	1.329	107,9	992	80,6	337	27,4
Murcia	593	193,3	218	71,1	375	122,2
Navarra	244	200,5	242	198,8	2	1,6
País Vasco	1.016	277,3	253	69,1	763	208,3
La Rioja	30	54,7	14	25,5	16	29,2
Ceuta	17	84,7	9	44,9	8	39,9
Melilla	33	141,3	6	25,7	27	115,6
<b>Total</b>	<b>15.365</b>	<b>235,4</b>	<b>7.147</b>	<b>109,5</b>	<b>8.218</b>	<b>125,9</b>

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años

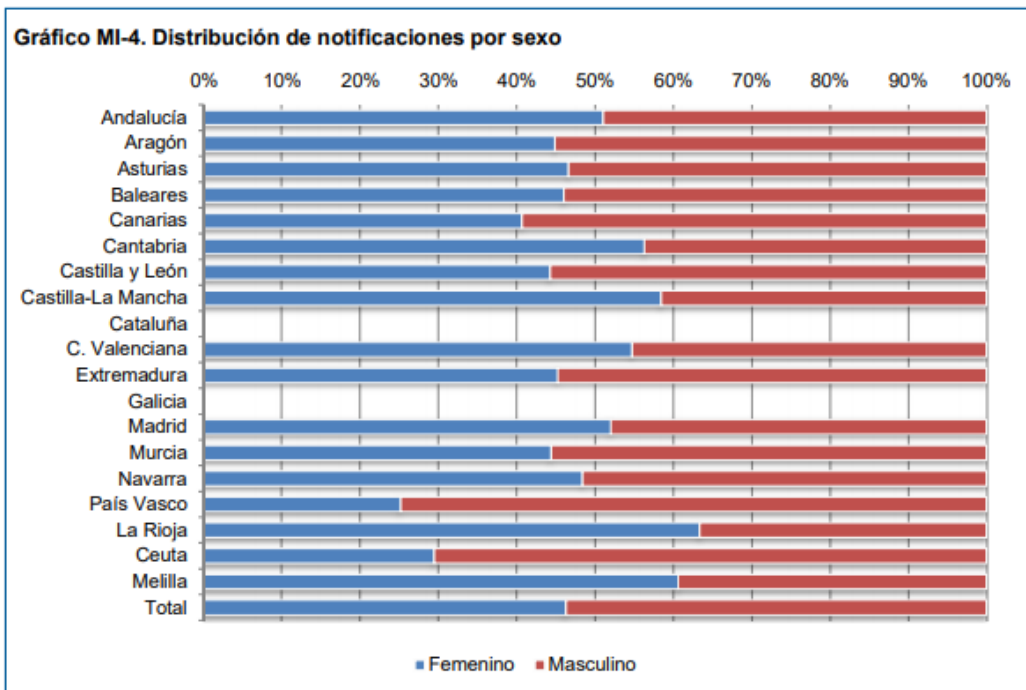


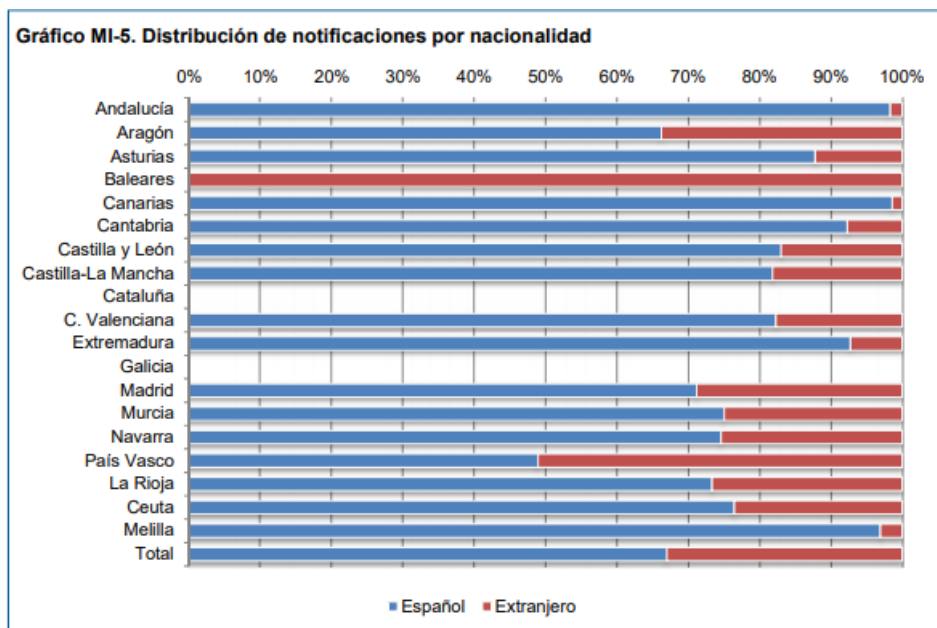
Datos por sexo y nacionalidad:

**Tabla MI-3. Comparativa CCAA - Notificaciones por sexo y nacionalidad**

	TOTAL		Sexo				Nacionalidad			
	Abs.	Tasa	Femenino		Masculino		Español		Extranjero	
			Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa	Abs.	Tasa
Andalucía	3.679	229,8	1.877	117,3	1.802	112,6	3.616	225,9	61	3,8
Aragón	299	133,3	134	59,7	165	73,6	196	87,4	100	44,6
Asturias	131	97,8	61	45,5	70	52,3	115	85,9	16	11,9
Baleares	3.333	1.565,1	1.533	719,9	1.800	845,3	0	0,0	3.333	1.565,1
Canarias	1.642	461,5	667	187,5	975	274,0	1.619	455,0	23	6,5
Cantabria	160	173,3	90	97,5	70	75,8	144	155,9	12	13,0
Castilla y León	972	280,9	430	124,3	542	156,6	807	233,2	165	47,7
Castilla-La Mancha	77	20,8	45	12,2	32	8,6	63	17,0	14	3,8
Cataluña	SD	---	SD	---	SD	---	SD	---	SD	---
C. Valenciana	830	93,0	454	50,9	376	42,1	683	76,5	147	16,5
Extremadura	980	560,3	443	253,3	537	307,0	909	519,7	71	40,6
Galicia	SD	---	SD	---	SD	---	SD	---	SD	---
Madrid	1.329	107,9	691	56,1	638	51,8	946	76,8	383	31,1
Murcia	593	193,3	263	85,7	330	107,6	445	145,0	148	48,2
Navarra	244	200,5	118	96,9	126	103,5	182	149,5	62	50,9
País Vasco	1.016	277,3	255	69,6	761	207,7	497	135,7	519	141,7
La Rioja	30	54,7	19	34,6	11	20,0	22	40,1	8	14,6
Ceuta	17	84,7	5	24,9	12	59,8	13	64,8	4	19,9
Melilla	33	141,3	20	85,6	13	55,7	32	137,0	1	4,3
<b>Total</b>	<b>15.365</b>	<b>235,4</b>	<b>7.105</b>	<b>108,8</b>	<b>8.260</b>	<b>126,5</b>	<b>10.289</b>	<b>157,6</b>	<b>5.067</b>	<b>77,6</b>

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años





### 3. Objetivos de la investigación

Diagnosticar por el odontólogo si un niño ha sido o está siendo víctima de maltrato.

### 4. Material y método

Las búsquedas bibliográficas se han realizado en la base de datos electrónica Pubmed.

Las palabras claves utilizadas han sido “Child abuse” y “oral”. Con dichas palabras he realizado la estrategia de búsqueda:

- “Child abuse” AND “oral”

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos publicados en los últimos 10 años	Artículos publicados hace más de 10 años
Artículos en inglés y español	Artículos en idiomas diferentes a español e inglés

Artículos sobre niños menores de 18 años	Artículos sobre niños mayores de 18 años
Books and documents, review, systematic review	

## 5. Resultados de la búsqueda

Estrategia de búsqueda	“Child abuse” AND “oral”
<b>Resultados</b>	
<b>Totales</b>	391
<b>Últimos 10 años</b>	193
<b>Inglés y español</b>	188
<b>Tipo de artículo</b>	Books and documents, review, Systematic Review
<b>Número de artículos encontrados con los filtros seleccionados</b>	36

- En Pubmed se seleccionan un total de 6 artículos.

## 6. Discusión

Costacurta and cols <sup>5</sup> en su artículo “Oral and dental signs of child abuse and neglect” para la revista “oral & implantology” dice que el trauma oral o facial ocurre aproximadamente en el 50% de los niños abusados físicamente. En su revisión, encontraron que en un estudio de 260 casos el 61% de las lesiones se encontraban en la cara, el 33% en la cabeza y el 6% en la cavidad oral. En una encuesta que se realizó a 1155 odontopediatras, las lesiones orales eran: 32% fracturas de dientes, 24% moratones bucales, 14% laceraciones orales, 11% fracturas de mandíbula o maxilar, 5% quemaduras orales.

Las lesiones de la piel más predominantes son la equimosis y excoriaciones. Las equimosis suelen producirse por bofetadas, golpes, mordiscos, y también con objetos como puede ser una varilla o un cinturón.

Este artículo dice que las lesiones orofaciales más comunes son:

- Labios: pueden presentar laceraciones, hematomas, quemaduras (comida caliente, cigarrillos), equimosis, excoriaciones.
- Comisuras bucales: pueden mostrar moratones por el uso de mordazas.
- Frenillos: laceraciones por agresiones o comidas forzadas. Estas lesiones reflejan un abuso físico severo.
- Dientes: fracturas, luxaciones, avulsiones o movilidad no fisiológica, dientes descoloridos como resultado de una necrosis pulpar.
- Mandíbula o maxilar: signos de fracturas en cóndilo, sínfisis mandibular o rama ascendente de la mandíbula.
- Lesiones múltiples
- También es importante prestar atención a otras posibles lesiones como pueden ser hemorragia retiniana y subconjuntival, desprendimiento de retina, hematoma periorbital, contusiones y fractura nasal, etc.

Las lesiones o infecciones orales causadas por **abuso sexual** son raramente visibles. Algunos signos significativos pueden ser: eritema, úlcera, vesícula de drenaje purulento o pseudomembranosa y lesiones condilomatosas de los labios, lengua, paladar, nariz-faringe. Cuando se sospeche de un posible abuso sexual hay que remitirlo a un médico especialista para la realización de pruebas como puede ser gonorrea, VIH, VPH...

La gonorrea es una de las enfermedades sexuales más comúnmente encontradas en víctimas de abuso sexual, que clínicamente se observan eritemas, úlceras y lesiones papulosas y pseudomembranosas en labios, lengua, paladar y nariz-faringe.

En todos los casos se debe hacer diagnóstico diferencial con otras posibles causas.

Se puede sospechar abuso sexual en el niño por la manera de comportarse, como puede ser por una conducta sexualmente explícita e inadecuada o el comportamiento defensivo excesivo ante un contacto físico.

También puede haber casos de **negligencia dental** por parte de los padres. La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la negligencia dental como “fracaso deliberado de padres o tutores para buscar o seguir con el tratamiento necesario para asegurar un nivel de salud esencial libre de dolor e infecciones”.

Las manifestaciones orales de abandono se pueden identificar de manera fácil, como puede ser: mala higiene oral, halitosis, caries de la primera infancia, o caries dentales no tratadas, caries con una progresión rápida, infecciones recurrentes, abscesos, enfermedad periodontal.

En este artículo, por último, se habla de las **marcas de mordeduras**. Las marcas de mordeduras de un adulto en un niño son fácilmente identificables. Hay que prestar atención a la explicación dada por los padres y el niño.

Cuando hay una marca de mordedura hay que identificar la forma del arco dental, número de dientes, forma/dimensión de los dientes, posición de los dientes y hacer una posible comparación con las características dentales del posible agresor.

La mordedura humana suele ser ovalado o circular, con equimosis. También se pueden encontrar algunas áreas hemorrágicas, que representan algunas zonas donde se ha hecho succión (presión negativa) o excesiva presión con la lengua (presión positiva).

La identificación del arco dental es útil para averiguar si el agresor es un niño o un adulto. Si la distancia intercanina es de más de 3 cm, se puede sospechar que la mordedura es de una persona adulta.

Hay que diferenciar entre mordeduras de humanos y de animales. Normalmente las mordeduras de humanos dejan signos superficiales asociados a hematomas y abrasiones. Por el contrario, las mordeduras de animales son profundas, con laceraciones e incluso retirando tejidos dermatológicos.

Las marcas de mordedura siempre deben ser fotografiadas para poder analizarla posteriormente y compararla con las características anatómicas dentales de la persona sospechosa. Si hay dudas, es aconsejable acudir a un dentista forense para que nos ayude en el caso.

La American Academy of Pediatric Dentistry en el artículo *“Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect”* en el año 2017 <sup>6</sup> coincide con Costacurta y Cols en los muchos de los aspectos que describieron en su artículo pero añade a lo anteriormente dicho que las lesiones más comunes que se suelen ver en caso de maltrato se dan en los labios (54%), seguido de la mucosa oral, dientes, encía y lengua.

En relación al abuso sexual, añade que para diagnosticar enfermedades de transmisión sexual de manera precisa es necesario realizar pruebas dentro de las primeras 24 horas en niños prepuberales y dentro de 72 horas en adolescentes. La gonorrea oral y perioral en la etapa prepuberal se diagnostica con técnicas de cultivo y pruebas de confirmación. La gonorrea es patognomónica del abuso sexual. Las tasas más altas de abuso sexual se producen en adolescentes, el 12% se muestra signos de gonorrea y el 14% por clamidia. El cultivo siempre es la prueba más utilizada en casos de abuso sexual, aunque las pruebas de amplificación del ácido nucleico son las que se utilizan más comúnmente ahora porque son más sensibles, menos invasivas y menos costosas.

El Virus del Papiloma humano puede ser transmitido por contacto oral-genital, de la madre al niño de manera vertical durante el parto, u horizontalmente a través de contacto no sexual de la mano de un niño o un cuidador con los genitales o la boca.

Cuando se encuentra una lesión que no tiene explicación o petequias en el paladar, normalmente en la unión de paladar duro y blando, puede ser a causa de sexo oral forzado.

Los casos de abuso sexual reciente pueden requerir de otras pruebas por profesionales más especializados, para detectar semen u otros materiales extraños de la agresión.

Con respecto a las marcas de mordedura añade que las fotografías que se toman de la mordedura debe tomarse con una angulación donde el objetivo de la cámara este sobre la mordida y en el mismo plano para evitar la distorsión. La American Board of Forensic Odontology (ABFO), desarrolló una escala fotográfica especial para este propósito, así como para otros tipos de lesiones.

Además de las pruebas fotográficas, hay que hacer una impresión de polivinilsiloxano, hecha justo después de limpiar la mordedura buscando restos de ADN. El ADN está presente en las células epiteliales orales y se puede encontrar en la mordida. Se utiliza la prueba del doble frotis, donde primeramente con un algodón humedecido con agua

destilada se limpia la zona, posteriormente se seca y se coloca en un tubo de muestra. La segunda muestra se recoge del hisopo de la víctima para diferenciar su ADN con el del maltratador.

En este artículo también se habla del Bullying, donde el 30% de los niños afirman haber sido acosados y/o haber acosado a otros niños. El acoso es un tipo de maltrato que puede tener graves consecuencias como puede ser depresión o intentos de suicidio. Los niños que sufrieron acoso escolar, también mostraban mala salud oral.

Los niños pueden ser víctimas de trata de personas, normalmente de tráfico sexual, donde “se induce un acto sexual comercial por la fuerza, el fraude o la coacción”. Se estima que en EEUU cada año, más de 100.000 niños son víctimas de prostitución. Normalmente los niños que son explotados sexualmente tienen una media de edad de 12 años, aunque hay niños que son explotados con incluso 6 años. Los niños que están o han estado en lugares de acogida, se han fugado o están o han estado en centros de detección de menores son los más propensos a este tipo de explotación. Normalmente estos niños cuando son rescatados muestran graves problemas de salud, donde puede haber enfermedades infecciosas, problemas de reproducción, problemas de salud mental y problemas dentales. En EEUU el 54.3% de las mujeres y adolescentes tuvieron problemas dentales, donde el 42.9% eran pérdidas de dientes. También las víctimas sufren de desnutrición que da lugar a retraso de crecimiento, dientes mal formados, caries, infecciones y pérdidas dentales.

Shivani Mathur y Rahul Chopra en su artículo titulado “*Combating Child Abuse: The Role of a Dentist*”<sup>7</sup> publicado en 2013, coinciden con los 2 artículos anteriormente nombrado pero incorporan una lista sobre las zonas que hay que explorar, tanto extraoral como intraoralmente.

- Examen extraoral:
  - Lo primero que hay que observar es la cabeza y el cuello. Hay que buscar signos de hinchazón, moratones, asimetría. También hay que observar el cuero cabelludo para observar si hay signos de tirones de pelo. Hay que revisar las orejas, en busca de cicatrices, desgarros y anomalías.



- Buscar moratones o abrasiones de diferente color, lo que indicaría heridas en diferentes etapas de curación. Buscar marcas de objetos como cinturones, cuernas, perchas o cigarrillos.
- Examinar el tercio medio de la cara. Se puede observar moratones bilaterales alrededor de los ojos, petequias en la esclerótica del ojo, ptosis en los párpados, nariz amoratada, tabique desviado o coágulo de sangre en la nariz.
- Buscar marcas de mordedura provocada por un adulto u otro niño. Las mordeduras que están en lugares donde el niño no puede llegar, nunca son accidentales.
- Examen intraoral:
  - Moratones o quemaduras en las comisuras o lugar cercano pueden indicar heridas realizadas con un paño o una cuerda. Las cicatrices en labios, lengua, paladar o frenillo lingual pueden indicar una alimentación forzada. Las manifestaciones orales de enfermedad sexual pueden ser resultado de abuso sexual.
  - El frenillo lingual desgarrado puede ser signo de maltrato. Es importante recordar, que un desgarramiento del frenillo en un niño que está aprendiendo a andar no es inusual.
  - Debe investigarse la causa de las lesiones de los tejidos duros, como puede ser un traumatismo, fracturas o pérdida de dientes.

Shivani Mathur y Rahul Chopra, también hacen una lista de indicadores para comprobar que las lesiones que presenta el niño no son accidentales:

- Indicadores de comportamiento: el niño no hace contacto visual, miedo al contacto, cambios drásticos de humor, retraimiento o agresividad, historial de intentos de suicidios y fugas.
- Indicadores de abuso: lesiones inexplicables o no coherentes con la explicación, retrasos en la búsqueda de atención médica, persona sospechosa que estaba presente en el momento de la lesión pero no está presente en el momento del examen. Si un niño acusa a alguien, puede que sea la verdad.
- Indicadores específicos de los cuidadores: explicación de la lesión no creíble, explicaciones inconscientes, el cuidado subestima la gravedad de la lesión, proyecta la culpa a un tercero, retrasa la búsqueda de atención.

- Indicadores no específicos de abuso por parte de los cuidadores: actitud hostil y agresiva, compulsiva, inflexible, irracional y fría, pasiva y dependiente.

Si se sospecha de un posible abuso al niño se deben tomar notas clínicas y fotografías (si estuvieran permitidas).

Nahid Ramazani, en su artículo titulado “Child Dental Neglect: A Short Review”<sup>8</sup>, publicado en 2014, habla sobre las negligencias dentales que se dan en niños maltratados.

Ramazani dice que hay 3 signos de negligencia dental infantil, estos son:

- Manifestaciones orales e historia: caries no tratadas que son fácilmente diagnosticables, úlceras que afectan a las regiones intraorales y extraorales, enfermedades dentales que afectan al niño. Los antecedentes de malos hábitos higiénicos y una alimentación inadecuada pueden ser signo de maltrato.
- Determinantes sociales: pobreza, desempleo, falta de vivienda, aislamiento familiar, enfermedad, vivienda deficiente, situación económica, falta de acceso a los servicios de salud. El abuso de sustancias también puede ser motivo de este tipo de maltrato.
- Características de los padres o cuidadores: retrasos en la asistencia o repetidas citas perdidas, falta de interés por la salud oral del niño, falta de acceso a los tratamientos dentales y servicios de rehabilitación, fracaso para completar los planes de tratamiento, higiene oral inadecuada.

El niño a consecuencia de todo esto puede mostrar: dolor, bajo peso, pérdida de la función oral, sueño interrumpido, bajo rendimiento en la escuela, baja autoestima.

Adigun y Cols<sup>9</sup> en su artículo titulado “Abuse and Neglect” publicado en el año 2020, hace un listado sobre las lesiones que hay que hacer un diagnóstico diferencial, ya que, se podrían confundir con lesiones de maltrato.

- Moratones
  - Trastornos hemorrágicos: hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand, deficiencia de vitamina K, trombocitopenia inmune.
  - Ingestión de medicamentos: como puede ser la ingestión de salicilatos.
  - Vasculitis: púrpura de Henoch-Schonlein.
  - Marcas de nacimiento congénitas: melanosis dérmica/manchas de Mongolia.
  - Tumores benignos: hemangiomas
  - Masa de líquido subaponeurótico retardado.
  - Síndromes de hipersensibilidad: eritema multiforme.
  - Prácticas culturales para mejorar la circulación y aliviar los síntomas comunes: acuñación de monedas, cucharas, ventosas.
- Fracturas
  - Osteogénesis imperfecta.
  - Osteopenia
  - Enfermedades metabólicas óseas: raquitismo, deficiencia de vitamina C y cobre, enfermedades oncológicas.
  - Síndrome de Ehlers-Danlos
  - Lesiones durante la reanimación: fracturas de costillas, contusiones de órganos internos, lesiones de retina...
- Quemaduras
  - Químicos e irritantes: lejía, terapias complementarias y alternativas.
  - Infección: impétigo, dactilitis distal con ampollas.
  - Síndrome de Stephen-Johnson
  - Necrólisis epidérmica tóxica.
  - Condiciones dermatológicas: dermatitis del pañal.
- Hemorragia intracraneal
  - Traumatismos no secundarios al abuso: extracción al vacío durante el parto.
  - Errores innatos del metabolismo: aciduria glutárica tipo I
  - Enfermedades neoplásicas: tumor cerebral.
  - Condiciones vasculares congénitas: malformación arteriovenosa, aneurismas.

- Trastornos de sangrado
- Enfermedad vascular del colágeno

Rober A.C Bilo and Cols <sup>10</sup> en su libro " Cutaneous Manifestations of Child Abuse and Their Differential Diagnosis", coincide con Adigun y Cols en que hay que hacer diagnóstico diferencial con otros tipos de lesiones, y en este artículo muestran fotos sobre manifestaciones clínicas de abuso y su diagnóstico diferencial.

## Quemaduras



Impétigo

## Moratonos



Moratonos causados por púrpura trombocitopénica



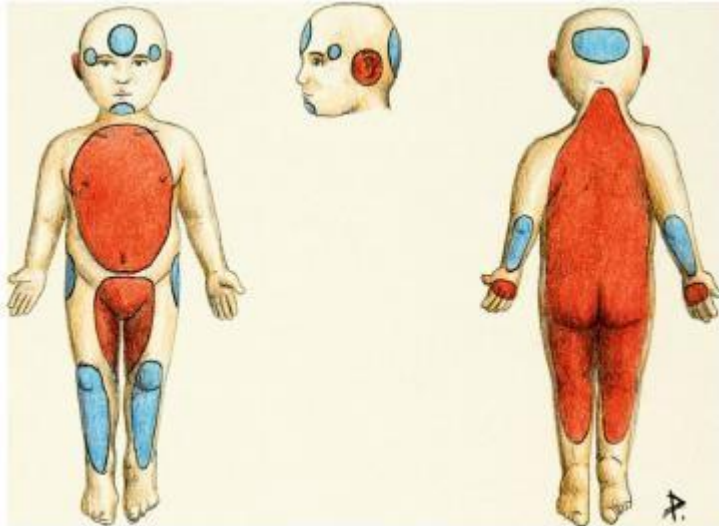
Síndrome de Ehler-Danlos (tipo I y II): hematomas extensos y cicatrices en papel de fumar.



Nevus



Mancha Mongólica



Las zonas azules son las zonas más comunes para hematomas accidentales.

Las zonas rojas son lugares menos comunes para hematomas accidentales o lugares sospechosos de hematomas de contacto

### Desórdenes de la coagulación



Moratos causados por púrpura trombocitopénica



Moratonos en un niño con enfermedad de Von Willebrand

### Trastornos dermatológicos



Mancha mongólica en una zona menos frecuente



Mancha café con leche en un niño con neurofibromatosis I



Dermatitis atópica



Eritema nodoso



Edema hemorrágico agudo que se asemeja a marcas de agarre



Hemangioma superficial de la infancia



Hemangioma superficial de la infancia



Malformación vascular



## Marcas de mordedura



Mordedura de perro



Lupus eritematoso agudo  
subcutáneo



Infección fúngica: Tinea faciei

La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, mediante su artículo titulado “Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA). Procedimiento de Actuación” <sup>11</sup> muestra los pasos que hay que seguir para la notificación de un caso de maltrato.

En primer lugar, hay que rellenar la Hoja de Detección y Notificación. Dicha hoja contiene: datos de identificación del/la menor, la fuente de detección y datos del servicio o centro; tipología, indicadores y valoración del maltrato, instancias a las que se comunica el caso, origen del maltrato y observaciones. Para que resulte más fácil rellenar el formulario, el sistema cuenta con un manual de instrucciones, donde se pueden encontrar tanto contenidos como los diferentes tipos de maltrato hasta su nivel de gravedad, entre otros. Este formulario también puede ser utilizado para otros tipos de maltrato, como puede ser el acoso escolar.

La hoja de detección y notificación puede estar en tres tipos de formato diferente:

- Versión impresa: se distribuye en los centros y servicios públicos de Andalucía. (ANEXO 1)
- Versión informática: mediante la Web del Sistema de Información sobre Maltrato Infantil en Andalucía (Web SIMIA), siendo imprescindible tener el certificado digital.
- Versión disponible en la aplicación SISS (Sistema Integrado de Servicios Sociales): puede ser rellenada tanto por los técnicos de los Servicios de Protección de Menores, como por los técnicos de los Servicios de Prevención y Apoyo a la Familia, de las Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Cada hoja contiene 3 ejemplares. Los datos rellenados en la primera hoja, también aparecerán en la segunda, mientras que la tercera la cumplimentarán los Servicios Sociales de Protección de Menores, cuando, tras la investigación y la confirmación del caso, realicen la propuesta de inscripción a la Dirección General de Infancia y Familia.

Teniendo en cuenta la gravedad del maltrato, el proceso de notificación son los siguientes:

- Maltrato leve o moderado: el centro notificador conserva el primer ejemplar de la hoja, remitiendo el segundo y el tercero, a través de correo postal o cualquier

otro medio de remisión complementario, a los Servicios Sociales de la Corporación Local que corresponda al domicilio del o la menor, y si es desconocido, al que pertenezca el centro o servicio notificador. Se deberá acompañar de todos los datos recogidos durante la exploración y que sea útil para un mejor conocimiento de la situación sociofamiliar del o la menor.

- Maltrato grave: el centro notificador conserva el primer ejemplar de la hoja, remite el segundo y el tercero al Servicio de Protección de Menores de la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que corresponda, junto con los documentos existentes. Si se dispone de certificado digital, los profesionales pueden remitir la Hoja vía telemática a través de la página web SIMIA, conservando, el ejemplar correspondiente al Servicio o Centro notificador. En caso de que la notificación se realice desde los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales, el segundo y tercer ejemplar (el tercero sin cumplimentar), se enviarán junto con un informe que contenga la situación social, psicológica, educativa, sanitaria, legal, etc, del/la menor; así como el conjunto de intervenciones realizadas. Si se considera la situación como urgente, se solicitará una medida de protección provisional e inmediata, para proteger al menor, admitiéndose la posibilidad de envío del informe sin hoja adjunta.

Las referencias normativas que se utilizan para la notificación son las siguientes:

- Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía, de 20 de noviembre de 2002, (Orden de 11 de febrero de 2004)
- Decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.
- Decreto 81/2010, de 30 de marzo, de modificación del Decreto 3/2004, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.
- Orden de 23 de junio de 2006 por la que se aprueban los modelos de la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil.

	Lesiones orofaciales	Abuso sexual	Negligencia dental	Marcas de mordedura	Bullying	Indicadores de maltrato	Diagnóstico diferencial
Costacurta and Cols	X	X	X	X			
American Academy of Pediatric Dentistry	X	X		X	X		
Shivani Mathur y Rahul Chopra	X	X	X	X		X	
Nahid Ramazani			X				
Adigun y Cols							X
Rober A.C Bilo and Cols							X

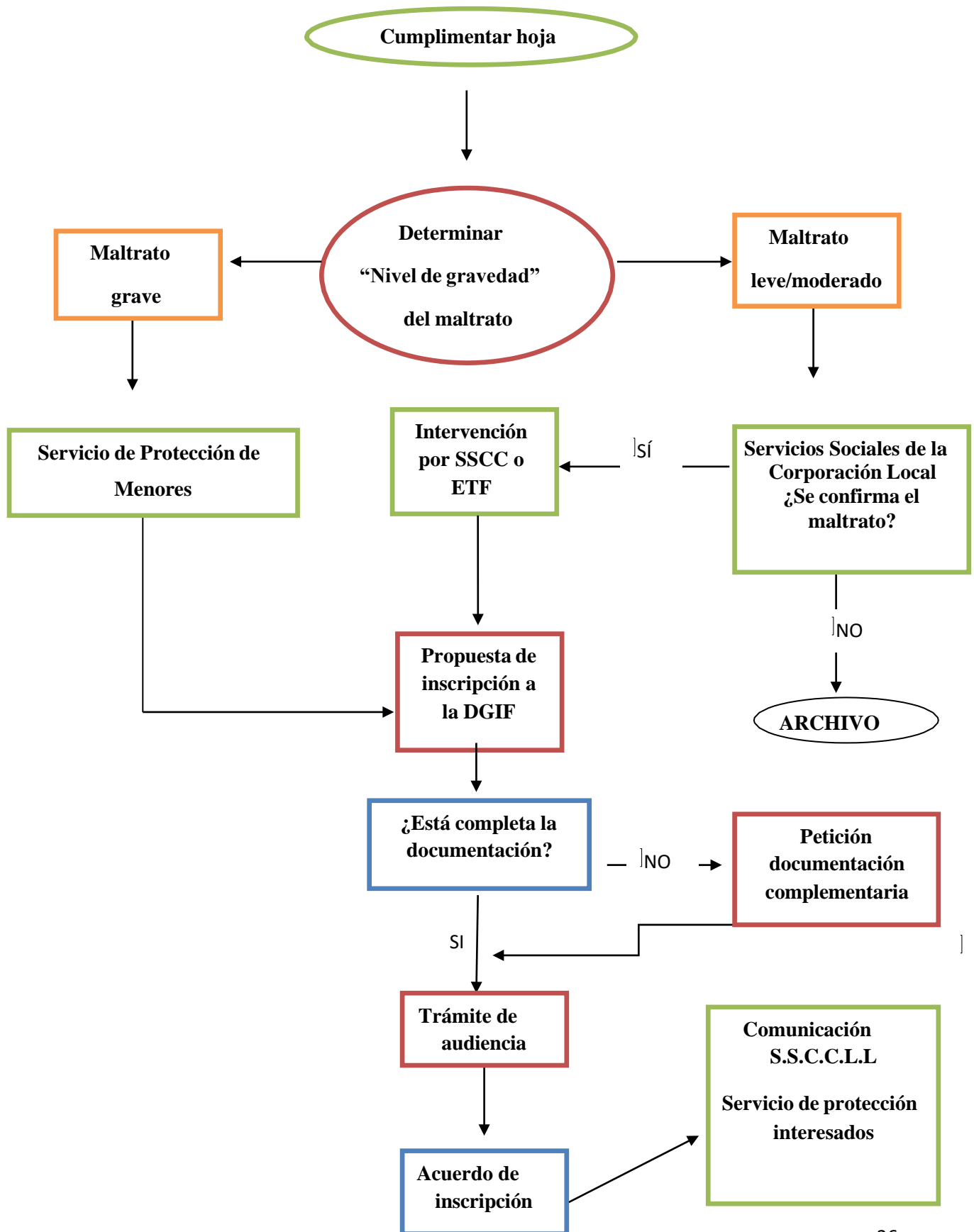
Cuadro - resumen de los artículos seleccionados

# DOCUMENTOS ANEXADOS

<b>JUNTA DE ANDALUCÍA</b>	ANEXO <b>CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL</b>
<b>HOJA DE DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL</b>	
<small>(Antes de su cumplimentación lea atentamente las instrucciones)</small>	
CLAVE IDENTIFICATIVA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>1 IDENTIFICACIÓN DEL MENOR</b>	
1- APELLIDO ..... 2º APELLIDO ..... NOMBRE .....	
FECHA DE NACIMIENTO ..... SEXO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	
DOMICILIO ..... LOCALIDAD .....	
PROVINCIA ..... CP ..... TELÉFONOS .....	
<b>2 FUENTE DE DETECCIÓN</b> <input type="checkbox"/>	
CENTRO O SERVICIO .....	SELLO DEL CENTRO O SERVICIO
DIRECCIÓN .....	
PROFESIÓN DEL IDENTIFICADOR <input type="checkbox"/> TELÉFONO .....	
<b>3 INSTANCIA A LA QUE SE HA COMUNICADO EL CASO</b>	
<input type="checkbox"/> Servicios Sociales de la Corporación Local	
<input type="checkbox"/> Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social	
FECHA: .....	
<b>4 VALORACIÓN GLOBAL DEL MALTRATO</b>	
<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	
<b>5 TIPOLOGÍA E INDICADORES DE MALTRATO</b>	
<p><b>A. Maltrato Físico:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Magulladuras o moratones diversos y en distintas fases de cicatrización.	<p><b>F. Corrupción:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Transgresión constante de las normas sociales
<p><b>B. Maltrato Psicológico/Emocional:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Reacciones de temor y de miedo ante estímulos sociales.	<p><b>G. Explotación Laboral:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Absentismo escolar reiterado y no justificado.
<p><b>C. Negligencia/Abandono Físico /Cognitivo:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Aparece constantemente sucio, hambriento o inadecuadamente vestido.	<p><b>H. Maltrato Prenatal:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Falta de control o seguimiento médico del embarazo.
<p><b>D. Abandono Psicológico/Emocional:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Comportamiento apático, inhibición en el juego.	<p><b>I. Retraso No orgánico en el Crecimiento:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Ausencia de enfermedad orgánica que justifique el retraso.
<p><b>E. Abuso Sexual:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Lesiones físicas localizadas en la zona genital.	<p><b>J. Síndrome de Münchausen por poderes:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Aparición recurrente de enfermedades o síntomas sin causa justificada.
<p><b>ORÍGEN DEL MALTRATO:</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>COMENTARIOS / OBSERVACIONES:</b></p> <div style="background-color: #f9a825; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p><b>Modelo de ejemplo sin clave identificativa. No puede ser usado para notificar.</b></p> </div>	<p><b>K. Maltrato Institucional:</b> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <input type="checkbox"/> Vulneración de los derechos de los menores por las instituciones o los profesionales.

(A Rellenar por la Administración)  
Órgano que prepara la inscripción: ..... Ayuntamiento de: ..... Provincia: .....

Diagrama de flujo: procedimiento del Sistema de Información del Maltrato Infantil de Andalucía



## **7. Conclusiones**

- El maltrato infantil constituye un problema grave “per se” y por las consecuencias que conlleva
- El odontólogo debe estar capacitado para identificar cualquier signo de maltrato infantil.
- Las exploraciones intraorales y extraorales deben ajustarse a los protocolos establecidos.
- La negligencia dental se considera un tipo de maltrato dental, en el mismo rango que las lesiones físicas y psicológicas.
- El diagnóstico diferencial se debe realizar con moratones, mordeduras, desórdenes de la coagulación y trastornos dermatológicos.
- La Junta de Andalucía ha establecido un protocolo de actuación para notificar los posibles casos de maltrato.

## 8. Bibliografía

1. [https://www.who.int/topics/child\\_abuse/es/](https://www.who.int/topics/child_abuse/es/) Consultado el 4 de Enero de 2021
2. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> Consultado el 4 de Enero de 2021
3. <https://www.educo.org/Blog/Tipos-de-maltrato-infantil-y-consecuencias>. Consultado el 4 de Enero de 2021
4. <https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/estadisticas/estadisticas/home.htm>. Consultado el 5 de Enero de 2021
5. Costacurta, M., Benavoli, D., Arcudi, G., & Docimo, R. (2016). Oral and dental signs of child abuse and neglect. *ORAL & implantology*, 8(2-3), 68–73. <https://doi.org/10.11138/orl/2015.8.2.068>. Consultado el 16 de Enero de 2021
6. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *PediatrDent*. 2018 Oct 15;40(6):243-249. PMID: 32074895. Consultado el 16 de Enero de 2021
7. Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral HealthPrevDent*. 2013;11(3):243-50. doi: 10.3290/j.ohpd.a29357. PMID: 23534033. Consultado el 20 de Enero de 2021
8. Ramazani N. Child dental neglect: a short review. *Int J High Risk Behav Addict*. 2014 Sep 21;3(4):e21861. doi: 10.5812/ijhrba.21861. PMID: 25741483; PMCID: PMC4331660. Consultado el 3 de Febrero de 2021
9. Adigun, Oluwaseun & Ashraf, & Mikhail, G & Krawiec, Conrad & Hatcher, Jason. (2020). Abuse and Neglect. Consultado el 15 de Febrero de 2021
10. Robert A.C Bilo and cols (2013). *Cutaneous Manifestations of Child Abuse and Their Differential Diagnosis*. Consultado el 20 de Febrero de 2021
11. Consejería para la Igualdad y Bienestar. Dirección General de Infancia y Familias – Observatorio de la Infancia en Andalucía (2011). Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar. Dirección General de Infancia y Familias. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Consultado el 1 de Marzo de 2021