

# La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil

*Dentistry and Child Abuse Diagnosis*

49

Univ Odontol. 2016 Ene-Jun; 35(74): 49-63. ISSN 0120-4319

DOSSIER ODONTOLÓGICA LEGAL Y FORENSE

## Ana Milena Doria Martínez

Odontóloga, especialista en Odontología Legal y Forense, especialista en Gerencia de la Calidad de los Servicios de Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Profesional universitaria forense, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Regional Noroccidente, Medellín, Colombia.

## Melissa Ivette Navarro Chong

Cirujana dental. Especialista en Odontología Legal y Forense, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Licenciada en Criminalística y Ciencias Forenses, Universidad Metropolitana de Educación, Ciencia y Tecnología (Umecit), Panamá. Especialista en Docencia Superior, Universidad de Panamá. Especialista en Gerencia Superior, Columbus University, Panamá. Docente universitaria, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Panamá.

## RESUMEN

**Antecedentes:** El maltrato infantil fue descrito por primera vez en 1868 por el patólogo Ambrosio Tardieu; pero solo hasta el siglo pasado el papel del odontólogo se tornó relevante para diagnosticarlo. Numerosos estudios han demostrado que los traumatismos en la cabeza y la cara ocurren aproximadamente en un 50 % de los casos por maltrato físico, entre los cuales los labios constituyen el sitio más común de las lesiones infligidas (54 %), seguido por mucosa oral, dientes, encías y lengua. Las complicaciones de ciertas patologías orales pueden relacionarse con maltrato por negligencia. Las huellas de mordedura se han relacionado con abuso sexual sumadas a las manifestaciones orales que aparecen como consecuencia de enfermedades de transmisión sexual. Hábitos parafuncionales como el bruxismo, o apretamiento dental, se han asociado a maltrato psicológico. **Objetivo:** Se realizó una revisión bibliográfica extensa y detallada de los aspectos clínicos y el adecuado manejo que se le debe dar al menor durante la consulta odontológica, cuando se presume que está siendo maltratado. Se busca que el odontólogo detecte a tiempo, documente, realice una interconsulta e informe a las autoridades competentes de casos de maltrato infantil.

## PALABRAS CLAVE

diagnóstico; historia clínica; huella de mordedura; lesiones orales; maltrato infantil; responsabilidad ética y legal

## ÁREAS TEMÁTICAS

odontología legal y forense; odontopediatría

## ABSTRACT

**Background:** Child abuse was first described in 1868 by pathologist Ambrosio Tardieu, but it was until the last century when the role of the dentist became relevant to early diagnose this syndrome. Several studies have shown that close to 50% of head and face trauma is caused by physical abuse of which lips are the most commonly injured site (54%), followed by oral mucosa, teeth, gums, and tongue. Complications of certain oral pathologies may be related to negligence. Bite marks have been associated to sexual abuse combined with oral lesions that appear as a result of sexually transmitted diseases. Parafunctional habits such as dental clenching (bruxism) have been linked to psychological abuse. **Purpose:** An extensive and detailed literature review of the clinical characteristics and proper handling when providing dental treatment to a child, who is presumably being abused, was carried out. The aim is for a dentist to early detect, document, consult with other professionals, and report cases of child abuse to authorities.

## KEYWORDS

bite marks; clinical record; child abuse; diagnosis; ethical and legal responsibility; oral lesions

## THEMATIC FIELDS

forensic dentistry; pediatric dentistry

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Doria AM, Navarro MI. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil. Univ Odontol. 2016 Ene-Jun; 35(74): 49-63. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-74.odmi>

Recibido para publicación: 22/06/2015  
Aceptado para publicación: 28/05/2016

Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

## INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil se define como toda agresión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona menor de edad, en cualquier etapa de la vida, que afecta su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente, dentro o fuera del hogar, por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica (1). Es el mayor problema social que afecta a todos los grupos culturales, étnicos y socioeconómicos. La violencia física es el tipo de maltrato más común y en el 90 % de los casos suelen aparecer lesiones cutáneas como equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras y alopecias (2). Más del 50 % de las lesiones ocurre en el área facial, la cabeza y la cavidad oral (como fracturas dentales, laceraciones orales, fracturas maxilares y mandibulares y quemaduras) y más del 70 % de las fatalidades se atribuye al abuso causado por daños en el área orofacial, cabeza y cuello, razón por la cual el odontólogo debe estar entrenado para determinar, diagnosticar y reportar, ya que puede ser el primer profesional interviniente que valore lesiones en un niño o niña que puede estar siendo maltratado(a) (3-5).

En 1868, el patólogo Ambrosio Tardieu, profesor de Medicina Legal, en París, realizó sus primeras observaciones de niños maltratados, al encontrar lesiones no comunes en 32 niños, 19 de los cuales fueron quemados o asfixiados. En 1946, John Caffey, radiólogo pediatra, asoció hallazgos como fracturas múltiples y alteraciones anormales de huesos largos con la presencia de hematomas subdurales crónicos, inflamación de tejidos blandos, equimosis o excoriaciones en niños. Estableció, así, los primeros hallazgos clínicos que se podían asociar a casos de maltrato infantil. Luego, en 1962, Henry Kempe introdujo el término *síndrome del niño apaleado o golpeado (battered child syndrome)* y lo definió como el uso de fuerza física, no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño. Con ello apoyó la teoría de Caffey para quien los hallazgos clínicos en la piel, sumados a las radiografías como medio auxiliar, debían asociarse con maltrato infantil (6,7). Un aspecto del maltrato infantil es la negligencia, o descuido dental, que la Academia de Odontología Pediátrica de Estados Unidos ha definido como: la falla de los padres o tutores de buscar y obtener el tratamiento apropiado y disponible para la caries dental, infecciones orales y cualquier otra condición de los dientes y estructuras adyacentes que dificulten o imposibiliten la

alimentación, que cause dolor crónico, que retrase el crecimiento y desarrollo del niño o que imposibilite al niño realizar actividades diarias como jugar, caminar o ir a la escuela (8).

Ahora bien, el odontólogo tiene probabilidades de identificar lesiones compatibles con maltrato infantil antes que otros profesionales de la salud (médico, enfermero, psicólogo o trabajador social). Por esto, es de suma importancia que conozca los signos clínicos, para detectar a tiempo posibles casos de maltrato infantil, manejarlos y registrarlos de modo adecuado durante la consulta odontológica, realizar interconsultas y conocer su responsabilidad tanto legal como ética de informar a las autoridades competentes los casos sospechosos (9,10).

Por medio de varios estudios se ha demostrado que las guías de manejo en casos de sospecha de maltrato infantil constituyen una herramienta importante para los profesionales en odontología en el momento de realizar este tipo de reportes (11). En países como Croacia, Reino Unido, Italia, Canadá, Panamá y Colombia, los profesionales de la salud que trabajan con niños no están obligados a diagnosticar maltrato infantil; pero sí a reportar una sospecha de este síndrome y a aportar la evidencia encontrada (12). Es difícil establecer la verdadera incidencia y prevalencia del maltrato infantil. En diversos países, muchos casos no son reportados e investigados o simplemente no son reconocidos. Las inconsistencias en la clasificación de las muertes infantiles y variables de definición de abuso infantil hacen que los sistemas de información sean incompletos o limitados (13).

Para la elaboración de este artículo se llevó a cabo una revisión bibliográfica extensa y detallada de los aspectos clínicos y el adecuado manejo que se le debe dar al menor durante la consulta odontológica, cuando se presume que está siendo maltratado. Se busca que el odontólogo detecte a tiempo, documente, realice interconsultas e informe a las autoridades competentes de casos de maltrato infantil. El artículo está estructurado en cuatro secciones. Inicia con un análisis de los indicios del maltrato infantil en la zona orofacial. Continúa con una revisión de la importancia del diagnóstico durante la atención odontológica. La tercera sección se enfoca en qué debe hacer el profesional odontológico al sospechar un caso de maltrato. Antes de concluir, hace hincapié en la importancia legal de reconocer el maltrato por parte del odontólogo.

## MALTRATO FÍSICO Y SUS REPERCUSIONES EN LA ZONA OROFACIAL

El maltrato físico es el tipo de maltrato más común e importante, ya que ocasiona desde lesiones leves hasta heridas fatales. Las lesiones de los tejidos blandos, como excoriaciones, laceraciones, hematomas en la cabeza y cara o y lesiones en el labio superior y el frenillo labial superior se consideran hallazgos característicos en infantes y niños pequeños gravemente maltratados. Dependiendo de los diversos estadios de cicatrización, indican la cronicidad de los episodios de maltrato. Las investigaciones indican que el trauma orofacial ocurre al menos en 50 % de los niños diagnosticados por abuso físico. Por lo tanto, los odontólogos deben estar alerta a identificar lesiones sugestivas de este tipo de maltrato y diferenciarlas de lesiones típicas por accidentes, que se caracterizan por involucrar prominencias óseas, y verificar si son compatibles con lo relatado y se relacionan con la etapa de desarrollo psicomotor del niño (14).

Es difícil distinguir el maltrato físico del castigo físico razonable que realizan algunos padres con la concepción de que esta es la manera de enseñar a sus hijos. Todo castigo que: 1) provoque equimosis o excoriaciones; 2) requiera atención médica y odontológica; 3) se produzca por puntapiés o golpes con el puño cerrado; 4) emplee instrumentos romos; 5) se aplique en zonas del cuerpo que no sean las nalgas, manos o piernas; 6) que dé como resultado numerosos golpes; 7) se aplique a un niño antes de que haya aprendido a caminar; 8) se aplique más de tres veces al día; y 9) implique vigorosas sacudidas a niños pequeños, con el potencial de causar hematomas subdurales, debe ser investigado por tratarse de maltrato físico, más que castigo físico razonable (7). En niños preescolares es común ver excoriaciones en la frente, codos, rodillas y piernas. No obstante, cuando se encuentran en lugares atípicos, como en el área genital o la parte interna de los muslos, pueden haberse producido por accidentes en el baño, por higiene o ser indicadoras de abuso sexual (7). En la tabla 1 se describen los lugares donde se evidencian lesiones como excoriaciones, equimosis y el mecanismo sugestivo con la razón por la cual fue infligido.

TABLA 1  
UBICACIÓN ANATÓMICA DE LAS LESIONES Y POSIBLES CAUSAS

Ubicación	Posible Causa
Mejilla	Abofeteado (marcas de dedos evidentes)
Periórbitas bilaterales	Golpe a la altura de los ojos con la mano abierta o cerrada
Lóbulos de la oreja	Pellizcos o tironeado de esta zona
Labio superior, frenillo labial o piso de boca	Alimentación al niño en forma forzada o impaciente
Comisura labial	Amordazamiento o quemadura por cuchara caliente
Cuello	Estrangulación con la mano o con algún objeto
Brazos y hombros	Compresión al agarrar y sacudir a los niños con fuerza o violencia
Muñecas y tobillos	Aplicación de ataduras

### Diagnóstico clínico

*Historia clínica.* Una completa historia clínica donde se detallan todos los antecedentes y hallazgos, aquellos que no parezcan accidentales, no tengan una explicación creíble o indiquen una demora en la búsqueda de atención médica deben llevar al odontólogo a sospechar que pueda tratarse de un caso por maltrato infantil (10,15). La mayor parte de los padres que no maltrata a sus hijos saben con precisión cómo o cuándo se produjo la lesión. Cuando uno de los padres o tutor no es capaz de explicarlo, o refiere no haber visto una herida evidente al ser cuestionado, puede tornarse ansioso o sugerir causas poco creíbles. Ejemplos se dan cuando ocurren lesiones importantes, consecuencia de un accidente menor denunciado o que, por el grado de desarrollo del niño, no sea posible que haya provocado el accidente, cuando la lesión en el área afectada se atribuya a heridas autoinfligidas por un niño que todavía no camina o cuando hay fracturas óseas en infantes. Todos estos hallazgos llevan a que el profesional se cuestione sobre lo que se le está informando e indague más sobre el porqué de las lesiones.

*Examen clínico.* Desde que el niño entra a la sala de espera o al consultorio, se debe obtener una impresión general, en aspectos como higiene, desarrollo y estatura, relación con los padres, adecuación de la vestimenta y el andar. En la mayoría de los niños siempre se hallan contusiones en su cuerpo. Con frecuencia, los niños preescolares tienen contusiones en sus codos, rodillas y piernas e, incluso, en su frente. En el consultorio, sin realizar un examen físico completo, se pueden evaluar las superficies expuestas de la piel, en busca de marcas inusuales o laceraciones, limitaciones de los movimientos en el niño o molestias al tratar de sentarse, por lo que es importante que el odontólogo realice un examen completo del área craneofacial y de la cavidad bucal, y si hay sospechas, remitir al médico para un examen físico completo (16,17).

### Lesiones faciales

Una exploración cuidadosa de la cabeza y el cuero cabelludo puede llevar a encontrar múltiples lesiones en el cráneo, por ejemplo, sitios de calvicie que pueden asociarse a alopecia traumática ocasionada al halar el pelo en repetidas ocasiones. También se pueden observar zonas de crecimiento, y cuando se trata de una data reciente, se ven Petequias en el cuero cabelludo. En la cara, en casos de maltrato infantil, es posible detectar anomalías de las

orejas, equimosis periorbitarias, hemorragias de la esclerótica, ptosis palpebral, desviación de los ojos o pupilas desiguales y coágulos sanguíneos en la nariz o el tabique nasal. Las lesiones en mejillas o zonas laterales de la cabeza sugieren que las produjeron objetos contundentes, golpes o cachetadas con el puño o la mano abierta. Estas lesiones pueden reflejar la forma del objeto con los que se causaron. Con frecuencia, se hallan marcas de dedos en esa zona (figura 1). Cuanto mayor sea la cantidad de estas lesiones en diversos estadios de curación, mayor será la probabilidad de que hayan ocurrido varios episodios de maltrato en un tiempo determinado. En el cuello, las lesiones son casi siempre producto del estrangulamiento del niño con las manos o algún implemento (18,19).

FIGURA 1

LESIONES FACIALES PRODUCTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN UNA ADOLESCENTE DE 15 AÑOS



### Lesiones en labios, paladar, mucosa y piso de boca

Al realizar un examen de la cavidad oral, se observan en los labios contusiones, laceraciones o cicatrices que indican un traumatismo repetitivo. Del mismo modo, se identifican quemaduras causadas por comidas calientes o por cigarrillos, así como contusiones, abrasiones o cicatrices en los ángulos de los labios producidos por ligaduras. Las lesiones encontradas en el labio superior, el frenillo labial o el piso de la boca son causadas, generalmente, por alimentar al

niño de manera forzada o impaciente (20) (figura 2). Se ha hallado que los labios son el sitio más común de lesiones infligidas en un 54 % de los casos, seguido por la mucosa oral, los dientes, las encías y la lengua (5,6,8,16-18).

FIGURA 2  
EQUIMOSIS EN AMBOS LABIOS PRODUCTO  
DE ABUSO SEXUAL



Las lesiones que se pueden encontrar en los tejidos blandos son contusiones, equimosis o inflamaciones de color rojizo de la mucosa oral o púrpura en el paladar, el vestíbulo y el piso de la boca. Indican un trauma contuso con instrumentos o los dedos (figura 3) (5,6,8,15-18).

FIGURA 3  
PETEQUIAS EN EL PALADAR EN CASO DE ABUSO SEXUAL



### Lesiones en la lengua

En este caso, es posible observar desde equimosis o contusiones hasta la ablación total o parcial de la lengua, que pudo haberla ocasionado un trauma directo con la mano u otro instrumento (5,6,8,15-18).

### Lesiones en el frenillo

El desgarramiento de los frenillos labial y lingual puede ser el resultado de un golpe hacia arriba sobre el labio superior en un intento de silenciar a un niño que grita, por el acto de meter con fuerza una cuchara o por sexo oral forzado causado por el padre o un tutor. La edad del niño es significativa en este tipo de lesiones. No es común en niños pequeños que están aprendiendo a caminar (6 a 18 meses). Debe despertar sospechas, puesto que esta lesión no es accidental (5,6,8,15-18).

Cuando se trata de heridas penetrantes, pueden haber sido ocasionadas con objetos puntiagudos como lápices, que generalmente no ocasionan hemorragias. Laceraciones en la mucosa y en la parte interna del labio superior cerca del frenillo o la separación del labio del reborde alveolar de la encía ocurren en el 45 % de los casos informados. Cameron y colaboradores (15) y Aparicio y colaboradores (16) asocian con maltrato infantil las lesiones en el frenillo.

### Trauma dentoalveolar

Este trauma se relaciona con fracturas, luxaciones, subluxaciones y avulsiones dentales y necrosis pulpar. En los tejidos duros se presentan fracturas dentales de la corona, que afectan o no la pulpa. Igualmente, se identifican fracturas radiculares, luxaciones, subluxaciones, intrusiones, extrusiones y avulsiones, que producen, a su vez, fractura de la tabla ósea. Además, se puede observar cambio de color de los dientes que no llevan una historia creíble cuando se indaga por la causa. Con ayudas diagnósticas, como radiografías panorámicas y periapicales, se puede comprobar la presencia de lesiones dentarias antiguas y fracturas consolidadas no documentadas. Las fracturas en los dientes anteriores, por algún tipo de accidente, son frecuentes en los niños. Cuando se observan en dientes posteriores, se sospecha de lesiones no accidentales (17,18).

### Caries dental

El maltrato por negligencia o abandono físico se define como la falta de cuidados al niño de acuerdo con estándares aceptados. Este puede ser el resultado de condiciones socioeconómicas de los padres como

pobreza, ignorancia o tensiones inusuales que afectan a la familia. Evidencia de este tipo de maltrato se identifica en la higiene personal, la ropa, la dieta y la falta de atención médica y odontológica. Su característica principal es la caries dental, y en infantes, caries de la infancia temprana (18,19) (figura 4).

FIGURA 4  
CARIES DENTAL POR NEGLIGENCIA



La caries de la infancia temprana se presenta entre los 2 años y medio y los 7 años de edad. La caries asociada a la lactancia se presenta en el rango de 4 a 5 años y la caries múltiple prevalece entre las edades de 8 y 11 años. A medida que la caries dental avanza, se presentan enfermedades periodontales y otras condiciones orales no tratadas que producen dolor espontáneo, inflamación, movilidad anormal, fístulas, patología pulpar, reabsorción patológica externa de la raíz, fracturas de las coronas y abscesos (20-22).

### **Bruxismo y apretamiento dental**

El bruxismo se define como un movimiento mandibular no funcional, de carácter voluntario o involuntario, que puede ocurrir durante el día, en la noche o en ambos. Se manifiesta por medio del apretamiento dental y el frotamiento de los dientes. Se produce de manera inconsciente y fuera de los movimientos funcionales de la masticación y la deglución. Es un síndrome o un conjunto de signos y síntomas que comparte con otros procesos patológicos que afectan al sistema estomatognático, como la articulación temporomandibular. Se relaciona con el concepto de parafunción, en el cual hay hiperactividad muscular y se observan facetas de desgaste atípicas o esmalte y dentina anormales. Emociones que han sido reprimidas, como la angustia y la agresividad, afectan el funcionamiento de los órganos, y al llegar a este estado son menos susceptibles de ser aliviadas mediante formas explícitas de conducta del sujeto

que las experimenta, pues se presentan como manifestaciones psicossomáticas de procesos mentales inconscientes (23).

Una de las posibles consecuencias del bruxismo es la disfunción temporomandibular (DTM), que se encuentra asociada con muchas enfermedades relacionadas con el estrés. Hay tres clases de factores causales:

- Estrés biomecánico patológico en la oclusión (maloclusión).
- Hábitos, como los movimientos y posiciones repetitivas de la mandíbula en rangos anormales de funcionamiento (comerse las uñas, masticar papel, apretar esferos o bolígrafos con los dientes, etc.).
- Estrés emocional, que puede ser de dos formas: el relacionado con la vida diaria, que incluye problemas sociales, financieros o de relaciones interpersonales, o el estrés crónico, con mucho tiempo de repetición y persistencia (23).

El bruxismo nocturno ocurre durante el sueño y se caracteriza por fuertes contracciones rítmicas musculares que ocluyen los dientes y producen sonidos (clics) o rechinar audible. Suele ocurrir durante el sueño ligero y se acompaña de respiración irregular y aumento de la frecuencia cardíaca (24).

El apretamiento dental se define como el hábito de apretar los dientes sin realizar deslizamientos o desplazamientos mandibulares. Se diferencia del bruxismo, principalmente, en que se ejerce, además, de manera consciente. Otro punto de comparación es la dirección de los movimientos mandibulares, ya que mientras el bruxismo involucra excursiones laterales forzadas, el apretamiento se realiza en una dirección vertical, lo cual produce más cansancio muscular que desgaste dental (23,24).

Doria y colaboradores (25), entre 2005 y 2006, llevaron a cabo un estudio de corte transversal en niños de 6 a 16 años de edad diagnosticados con maltrato infantil, quienes estaban institucionalizados en la Fundación Club Michín de Bogotá, Colombia, y niños sin ese diagnóstico de una institución educativa en la misma ciudad. El objetivo fue evaluar la relación entre el maltrato infantil y la presencia de bruxismo o apretamiento dental, teniendo en cuenta la variable ansiedad. El bruxismo no mostró relación con el maltrato infantil; pero sí se asoció con el apretamiento dental. Ello permitió comprobar que los niños con diagnóstico de maltrato infantil tienen 16 veces mayor riesgo de presentar apretamiento dental que los

niños no maltratados. Adicionalmente, el riesgo a padecer apretamiento dental y DTM puede verse aumentado si no están institucionalizados. La presencia de facetas de desgaste asociada a bruxismo fue similar en ambos grupos. Esto se explicó debido a la situación de presión capaz de desencadenar un estado emocional por actividades típicas, como tareas escolares, desacuerdos entre compañeros y diferentes responsabilidades que los niños tienen. En el hogar, hay factores como el divorcio de los padres, conflictos constantes entre ellos o relaciones sentimentales a temprana edad, ello sin desconocer la influencia que pueden tener los medios de comunicación en la tranquilidad del menor (25).

### **Articulación temporomandibular**

Según la intensidad del trauma, se pueden producir luxaciones y subluxaciones en la articulación temporomandibular. Ellas pueden llevar a maloclusión y DTM (5).

### **Fracturas óseas**

En el maxilar superior y la mandíbula es posible observar signos de fracturas recientes o antiguas en zonas como el cuerpo, los cóndilos, las ramas y la sínfisis, capaces de llevar a maloclusiones, como resultado del trauma. Un diagnóstico radiográfico que muestre múltiples fracturas en diferentes estadios de consolidación se asocia con traumatismos repetitivos sugestivos de maltrato infantil (1,16-18).

### **Lesiones por quemaduras**

Las lesiones producidas por quemaduras causan enrojecimientos y ulceraciones de la mucosa que dependen de la gravedad de la quemadura. Se pueden observar en la lengua, el paladar o el piso de la boca, causadas por las comidas calientes o el uso de utensilios que dejan marcas en estas estructuras. Las quemaduras representan del 6 % al 20 % de todos los hallazgos de maltrato físico y se estima que hasta un 25 % de todas las quemaduras en la infancia son infligidas. Al considerar las causas de una quemadura, el odontólogo debe tomar en cuenta la edad del niño, la situación física de la quemadura y su grado en relación con la historia que relaten los padres o el tutor. El cigarrillo es un objeto utilizado comúnmente para quemar a los niños. También se han identificado otros elementos sólidos como planchas eléctricas. Por lo general, se encuentra involucrada una sola parte del cuerpo y la quemadura muestra la forma del objeto empleado (26).

### **Lesiones con patrones**

Muchas veces, algunas marcas inusuales en el cuerpo reflejan la forma distintiva de los objetos con las que fueron producidas. Objetos poco frecuentes incluyen bastones, correas o cinturones, palos, cepillos, alambres y cuerdas, entre otros (16,18).

### **Huellas de mordedura**

La Asociación de Odontología Forense de Estados Unidos define una huella de mordedura como una lesión en la piel causada por el contacto de los dientes (con el contacto de los labios y lengua o sin este), que muestra un patrón representativo de las estructuras orales (23) (figura 5). Pueden observarse en forma de equimosis, abrasiones o laceraciones, con un patrón

elíptico, ovoide o circular en la piel. Pueden tener un área central de equimosis causada por dos posibles fenómenos: ruptura de los vasos pequeños, debido a la presión positiva ocasionada al momento del cierre de los dientes, o por la presión negativa causada por la succión y la presión de la lengua (figura 6). Muchas de ellas tienen las marcas características de los incisivos superiores e inferiores que, dependiendo de su tamaño, se puede determinar si fueron realizadas por dentición temporal o permanente (8,9,27-29). Es posible encontrar, de manera solitaria o asociadas a otras lesiones, localizadas en cualquier parte del cuerpo, especialmente en áreas accesibles como las mejillas, los brazos y las piernas.

FIGURA 5  
HUELLA DE MORDEDURA

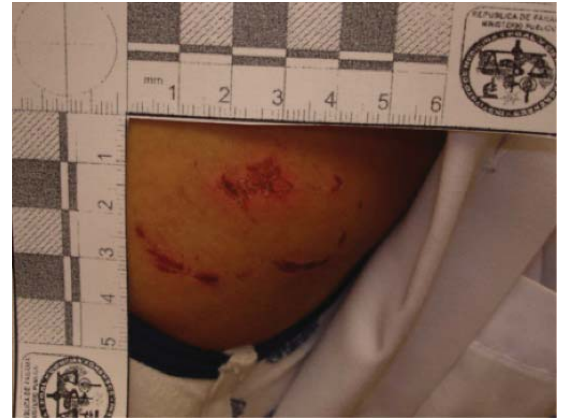


FIGURA 6  
EQUIMOSIS PRODUCIDA POR POSIBLE MORDIDA EN EL ÁREA DE LOS GLÚTEOS EN INFANTE DE 5 MESES



En el caso de una huella de mordedura humana, la distancia intercanina normal va de 2,5 a 4,0 cm. Las marcas de los caninos son la parte más notable o profunda en la mordida. Las distancias intercaninas menores de 2,5 cm sugieren que fueron hechas por niños y las distancias de 2,5 a 3,0 cm sugieren que fueron producidas por niños o jóvenes (27) (figura 7).

FIGURA 7  
LESIÓN DE MORDEDURA EN UNA NIÑA PRODUCIDA POR OTRA COMPAÑERA DE LA ESCUELA



El odontólogo, al encontrar una lesión que pueda ser compatible con huella de mordedura o que indique succión, debe tratar de reconocerla y documentarla por medio de diagramas o dibujos anatómicos y fotografías tomadas perpendicularmente a la lesión con su respectivo testigo métrico. Se debe tomar una muestra con un escobillón humedecido con 2 o 3 gotas de agua destilada estéril, marcado antes, pasando varias veces por el sitio de la toma, trazando círculos concéntricos. Luego se debe frotar suavemente la zona con otro escobillón seco, marcado, y dejar secar los escobillones a temperatura ambiente. Una vez secos, los escobillones se empaquetan en una bolsa de papel específica para escobillones (o, en su defecto, en una envoltura similar de papel limpio y sin usar), se rotulan y se cierra el sobre con cinta de seguridad e introducir el sobre en una bolsa pequeña de plástico. Se sella la bolsa plástica con cinta de seguridad. Se recomienda tomar otra muestra de un área control (donde no se ubique ninguna lesión) utilizando el mismo procedimiento. Cada muestra se debe remitir con su respectiva cadena de custodia a la autoridad competente, la cual después, al iniciar el proceso por posible maltrato infantil o abuso sexual, referirá al menor a una valoración médico-legal (médico y odontólogo forense), quienes, de ser necesario, emitirán su opinión pericial con registro y cotejo de la lesión (29).



## Enfermedades de transmisión sexual

Aunque la boca es un sitio frecuente de abuso sexual, las lesiones orales visibles o infecciones son consideradas infrecuentes. De acuerdo con la Academia de Odontología Pediátrica de Estados Unidos, la gonorrea oral en niños prepúberes es patognomónica de abuso sexual (8,30). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como las lesiones traumáticas producto de actos de sexo oral generan equimosis, contusiones, petequias o eritema en el paladar (especialmente en la unión del paladar duro con el blando), desgarramiento del frenillo labial o lingual y laceraciones. Muchas veces, hay presencia de semen o pelo púbico en la boca. Las ETS en la boca son un hallazgo variable en abuso sexual infantil; sin embargo, cualquier manifestación de ETS en la cavidad oral en un menor debe considerarse abuso (31).

Robinson y colaboradores (32) realizaron un estudio durante 3 años con 319 niños (77 niños y 242 niñas) con edades entre 9 meses y 16 años, atendidos en un Departamento de Pediatría en Londres, Inglaterra, para establecer la prevalencia de organismos transmitidos sexualmente y de otros organismos genitales en casos de abuso sexual infantil. No se encontró evidencia de ETS en 28 niños; 6 de ellos eran menores de 3 años de edad; 3 fueron positivos para *Candida albicans*; 2 niños se identificaron como abusadores y habían sido también abusados. Una niña de 11 años y un niño de 9 años tenían verrugas genitales. De los seis niños evaluados para sífilis y VIH, ninguno resultó positivo (32). A partir de este estudio se realiza la tabla 2, sobre las diferentes manifestaciones de las ETS en el área orofacial.

TABLA 2  
SINTOMATOLOGÍA Y UBICACIÓN OROFACIAL  
DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ETS	Sintomatología	Ubicación
Gonorrea	Úlceras Pústulas vesiculares Lesiones pseudomembranosas	Labios Lengua Paladar Cara Faringe (asintomático)
Condiloma acuminado	Elevación única o múltiple pedunculada con forma de coliflor	Cavidad oral Región anal Región genital
Sífilis	Pápula Úlcera (chancro sífilítico clásico)	Labio Dermis
Clamidia	Úlceras en la boca	Cavidad oral y lengua
Tricomoniasis	Rara vez se manifiesta en la boca	

Ante la sospecha de un delito sexual que involucre la boca de la víctima, con lesiones o sin estas, es mandatorio obtener un consentimiento informado diligenciado y firmado por los padres o representante del menor para tomar un frotis con escobillón o hisopo de las zonas retromolares y el surco mucogingival superior e inferior. También se deben tomar muestras de los espacios interdentes utilizando seda dental preferiblemente sin cera, para buscar semen, espermatozoides, ácido prostático u otros indicios. El cepillado dental previo al examen no elimina la evidencia de un hecho reciente. Si las muestras se recolectan en un servicio de salud público o privado, se deben entregar bajo su respectiva cadena de custodia a la autoridad competente (29,33).

### **DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO INFANTIL EN LA CITA ODONTOLÓGICA**

El fin principal de detectar el maltrato infantil es evitar lesiones posteriores al menor y suministrar los servicios médicos y sociales necesarios a la familia. Como ya se ha descrito, el odontólogo cumple un papel fundamental como primer interviniente durante la atención en su consultorio. Por ello, debe ser capaz de detectar todos los hallazgos físicos en cuanto a número, tipo, tamaño, ubicación y estado. Debe, así mismo, documentarlos detalladamente y de forma reproducible por escrito y usando esquemas o dibujos (cuando sea posible), fotografías, radiografías y modelos de estudio en la historia clínica (escrita o digital). Remitirá al menor con un equipo multidisciplinario de salud que, al realizar su peritaje, estará en capacidad de presentar la evidencia ante la autoridad competente y, en últimas instancias, en audiencia ante un juez. Se reitera que tanto el odontólogo como el personal de salud están en la obligación de reportar este tipo de casos ante las autoridades competentes (8,31-36).

Se ha observado que existe una brecha significativa entre el reconocimiento de los signos de un presunto maltrato infantil y su reporte. Un estudio realizado con odontólogos de Jordania expuso que la mitad de los profesionales entrevistados (127 de una muestra de 256) sospechó de un caso de abuso infantil en un periodo de cinco años, entre quienes solo el 12 % reportó dicha sospecha. Para tratar esa problemática se sugirió crear cursos de educación continua y protocolos de procedimiento en casos de sospecha (37).

Los niños pueden llegar a presentar ciertos comportamientos sugestivos de maltratados, como la sumisión, la aceptación de cuanto suceda a su alrededor, la pasividad y obediencia extrema, incluso al ser sometidos a procedimientos dolorosos. En niños menores de un año se puede observar retraso en el desarrollo motor, social, cognoscitivo y del lenguaje. Sin embargo, no todos los niños que han sido maltratados son dóciles y están ansiosos de agrandar. Al menos una cuarta parte de los menores de edad son negativos, impulsivos, agresivos, destructivos e hiperactivos sin razón aparente (2,38,39).

Si el examen inicial revela algún signo de daño neurológico u otras lesiones que excedan el campo de acción de la odontología, se deberá remitir el caso al especialista. Cuando hay un traumatismo grave de la mandíbula, los alvéolos o los tejidos blandos intraorales, es mejor que un cirujano bucal o maxilofacial brinde el tratamiento. Por otra parte, es recomendable que las laceraciones faciales que requieren suturas extensas sean tratadas por un cirujano plástico (34). Los traumatismos del cuerpo que posiblemente comprendan órganos internos o las extremidades siempre las deberá evaluar un médico, a quien se le advertirá de la sospecha de maltrato (40).

Muchas veces, las actitudes de los padres o tutores con respecto a la atención odontológica son un factor en las decisiones de tratamiento. Deberán elegirse las propuestas de tratamiento con mejor pronóstico, porque los procedimientos riesgosos o complicados aumentan las posibilidades de fracaso y dependen generalmente de un estricto seguimiento y meticulosa observación por los padres. En los casos en los que se sospecha el maltrato infantil, la colaboración de los padres será muy difícil (35).

### **CONDUCTA DEL ODONTÓLOGO AL SOSPECHAR MALTRATO INFANTIL**

El odontólogo debe primero efectuar una breve inspección desde el momento en que el menor entra a consulta. Se fijará en aspectos como limitación de movimientos, la indumentaria (por ejemplo, ropa que no corresponde a la temporada, como camiseta manga larga en pleno verano) y signos de malnutrición. Realizará un examen minucioso, para observar las áreas craneal, facial y bucal, pasando por una breve mirada a las extremidades. Durante la entrevista se registrarán todos los antecedentes, hallazgos, apoyos diagnósticos (radiografías, fotografías y dibujos

anatómicos) en la historia clínica y las respuestas que reciban al indagar sobre la causa de las lesiones. Es importante recalcar que el odontólogo debe hacer una consulta lo menos traumática posible, para no agravar el problema del posible maltrato al que han sido víctimas los niños (1,38).

El segundo paso es remitir el caso a otros profesionales de la salud (médico, psicólogos, trabajadores sociales, etc.), advirtiéndoles de la sospecha de maltrato, quienes a su vez tienen la obligación como profesionales de salud de denunciar o llenar formularios donde manifiesten la sospecha de maltrato. Después se remitirá a la autoridad correspondiente, que será la responsable de iniciar la investigación, asignándola al médico u odontólogo forense para evaluar y certificar las lesiones encontradas. En Colombia, la denuncia ante un caso sospechoso de maltrato infantil se realiza a través de comisarías de familia, inspecciones de policía, personerías municipales y Fiscalía. La denuncia puede ser anónima. Lo importante es informar la ubicación del niño o adolescente (41).

Es preciso hacer hincapié en que no es responsabilidad del odontólogo u odontopediatra hacer el diagnóstico de un niño maltratado, ya que dicho profesional no posee los conocimientos médicos ni psiquiátricos suficientes para establecer diferencias entre los signos de maltrato y algunas condiciones o lesiones que surgen por enfermedades. No obstante, sí debe, durante la exploración, alertar y sospechar la posibilidad de estar frente a un niño maltratado físicamente, como resultado de las heridas y lesiones que afectan a las estructuras orales (40).

## **RESPONSABILIDAD LEGAL DEL ODONTÓLOGO ANTE UN POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL**

Desde su práctica profesional, los odontólogos pueden ayudar a proteger a los niños de los malos tratos, mediante un debido conocimiento del síndrome de maltrato infantil y de las medidas de que se deben implementar para proteger a los menores. Todos los odontólogos y profesionales de la salud están obligados éticamente, por sus códigos y leyes, a denunciar si se sospecha de abuso o abandono infantil (8,30,31,34-36,42-47). Muchos odontólogos no son conscientes de la responsabilidad penal y legal que tienen de reportar los casos de abuso o maltrato infantil. Hay varias razones para ello, como (48,49):

- Falta de conocimiento del tema.
- Poco énfasis en este tema en las universidades.
- Miedo a acusar erróneamente a alguien.
- Falta de una adecuada historia para confirmar las sospechas.
- Poco conocimiento sobre los documentos que deben llenarse para hacer los reportes.
- Preocupación por el efecto que pueda tener sobre la práctica.
- Falta de apoyo de otros odontólogos.
- Miedo a represalias por parte de la familia del niño.

Las políticas para hacer los reportes pueden variar entre un país y otro. Hacer efectiva una denuncia, usualmente, solo requiere una “sospecha razonable” de que se ha producido el maltrato o abuso para iniciar una investigación. El denunciante no es parte del juicio penal; por lo tanto, no implica ningún compromiso que lo ligue a un posible proceso (8,50,51).

En cuanto a la parte ética del odontólogo, mundialmente se cuenta con las diversas asociaciones y colegios de odontólogos que contienen códigos de ética en los que se rigen las normas de conducta profesional, ética y las sanciones por incumplimiento de estos. La Asociación Dental de Estados Unidos, en su código de ética, indica que todo odontólogo tiene la obligación de identificar y reportar los signos de abuso y negligencia de acuerdo con las leyes estatales donde realice su práctica clínica (52).

En Colombia, el Código de la Infancia y Adolescencia (Ley 1098 del 8 de noviembre del 2006) establece las normas sustantivas y procesales para la protección integral de niños, niñas y adolescentes. En su artículo 18 señala que ellos tienen derecho a ser protegidos contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, sus representantes legales, personas responsables de su cuidado y miembros de su familia, escuela y comunidad (53). El Código Penal del mismo país (Ley 599 del 2000) tipifica en su artículo 229 la violencia intrafamiliar. Señala que la pena aumentará de la mitad a las tres cuartas partes cuando el maltrato recae sobre un menor. Asimismo, los artículos 208 y 209 tipifican el acceso carnal abusivo y actos sexuales contra menores de 14 años de edad, respectivamente.

En Panamá se cuenta con el Código de la Familia (Ley 3 del 17 de mayo de 1994), en el cual se mencionan las normas para los derechos de la familia y del menor protegido contra toda forma de abandono, violencia,



## CONCLUSIÓN

El maltrato infantil es considerado un fenómeno de amplio impacto social que repercute en gran medida en la salud física y emocional del niño. El odontólogo, como profesional de la salud, desempeña un papel importante en la detección temprana de este síndrome, ya que alrededor del 50 % de las lesiones ocurren en el área de la cara y la boca.

Lesiones sin explicación creíble o en diferentes estadios de curación en tejidos blandos, como hematomas, excoriaciones, laceraciones en cabeza y cara, lesiones en labios y frenillo labial superior o fracturas óseas consolidadas no documentadas, fracturas dentales y cambios de color en los dientes deben aumentar la sospecha de que se trate de posibles casos de maltrato infantil con episodios repetitivos en el tiempo.

La caries de la infancia temprana con complicaciones pulpares y periodontales se considera un hallazgo presuntivo de maltrato por negligencia. Las manifestaciones de ETS en la boca de un menor se consideran signos evidentes de abuso sexual. Ante esta sospecha se deben tomar muestras de la zona retromolar, el surco mucogingival y los espacios interdentes.

El diagnóstico de maltrato infantil debe realizarlo un equipo multidisciplinario donde el odontólogo tiene la responsabilidad legal y ética, luego de haber llenado y documentado su historia clínica, de reportar los casos que tengan una “sospecha razonable” de que se esté maltratando a un menor. Para eso existen las guías de manejo y los formularios correspondientes, que son una herramienta importante que le permite a este profesional tener al alcance la información para actuar de forma efectiva e informar a las autoridades competentes sobre los casos de presunto maltrato infantil.

## REFERENCIAS

1. Requena A, Robles N, Lara E. Afectación de la salud oral en niños que padecen maltrato infantil: reporte de caso. *Int J Odontostomat* [internet]. 2014; 8(1): 167-73. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2014000100023](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100023).
2. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico legales. *Cuad Med Forense* [internet]. 2010; 16(1-2): 53-63. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv/v16n1-2/revision6.pdf>.
3. Barrera A, Gutiérrez J, Furman E. Comportamiento de pacientes con maltrato infantil durante la consulta odontológica. *Univ Odontol*. 2000; 20(42): 33-8.
4. Sfikas PM. ¿Does the dentist have an ethical duty to report child abuse? *J Am Dent Assoc*. 1996 Apr; 127: 521-3.
5. Jessee SA, Deinard AS. Child abuse and neglect: implications for the dental professional [internet]. *Dentalcare.com* [actualizado marzo 2016] [citado 1 de julio del 2016]. Disponible en: <http://www.dentalcare.com/en-US/dental-education/continuing-education/ce49/ce49.aspx?ModuleName=coursecontent&PartID=0&SectionID=-1>.
6. Pinkham J. Importancia práctica de la odontología pediátrica. En: Pinkham J, Casamassimo P, Fields H, McTigue D, editores. *Odontología pediátrica*. 2da ed. México, DF: McGraw-Hill; 1994.
7. Hibbard R, Sanders B. Abuso y negligencia infantil. En: McDonald R, Avery D, Dean J, editores. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 9ª ed. Buenos Aires, Argentina: Zagier & Urruty; 2014.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse, American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect: Reference manual [internet]. 1999 [Reaffirmed 2010]; 37(6): 15-6. Disponible en: [http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/G\\_Childabuse.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Childabuse.pdf).
9. Jesse S. Risk factors as determinants of dental neglect in children. *J Dent Child*. 1998; 6(1): 17-24.
10. Gallego L, Miegimolle M, Planells P. Manejo de la conducta del paciente maltratado. *Acta Odontol Venez* [internet]. 2002; 40(3): 1-7. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/manejo\\_conducta\\_paciente\\_maltratado.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/manejo_conducta_paciente_maltratado.asp).
11. Kvist T, Wickstrom A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci*. 2014; 122: 332-8.
12. Cukovic-Bagic I, Welberry RR, Flander GB, Hatibovic-Kofman S, Nuzzolese E. Child protection: legal and ethical obligation regarding the report of child abuse in four different countries. *J Forensic Odontostomatol*. 2013 Dec; 31(1): 15-21.
13. Hinchliffe J. Forensic odontology, part 5. Child abuse issues. *Br Dent J*. 2011; 210: 423-8.
14. Harris J, Sidebotham P, Welbury R. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. London, England: British Dental Association; 2009. p. 1-70.
15. Cameron JM, Johnson HR, Camps FE. The battered child syndrome. *Med Sci Law*. 1966 Jan; 6(1): 2-21.
16. Aparicio AC, Cañizales L, Monge M, Yanes TS. Identificación de lesiones bucales como elemento diagnóstico

- en la detección de maltrato infantil en pacientes con trauma bucal (Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, 2003) [internet]. [Trabajo de grado para optar al título de Doctor en Odontología]. San Salvador, El Salvador: Universidad de El Salvador; 2004. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/8024/>.
17. Massoni AC, Ferreira AM, Aragão AK, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e negligencia odontológica. *Cienc Saude Coletiva* [internet]. 2010; 15(2): 403-10. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
  18. Rivera MP, Furman E. Hallazgos clínico dentales en niños sugestivos de maltrato infantil. *Univ Odontol*. 1998 Sep; 17(36): 59-64.
  19. Brice DM, Blum JR, Steinberg BJ. The etiology treatment and prevention of nursing caries. *Compend Contin Educ Dent*. 1996 Jan; 17(1): 92-102.
  20. Poornima O, Meghna B, Nagaveni NB, Roopa KB, Neena IE, Bharath KP. Evaluation of the knowledge, attitude, and awareness in prevention of dental caries amongst paediatricians. *Int J Community Med Public Health* [internet]. 2015 Feb; 2(1): 64-70. Disponible en: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=175902>.
  21. Morante C, Kanashiro C. El odontólogo frente al maltrato infantil. *Rev Estomatol Herediana* [internet]. 2009; 19(1): 50-4. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1817/1827>.
  22. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered child syndrome. *Child Abuse & Neglect* [internet]. 1985; 9: 143-54. Disponible en: [http://www.kempe.org/wp-content/uploads/2015/01/The\\_Battered\\_Child\\_Syndrome.pdf](http://www.kempe.org/wp-content/uploads/2015/01/The_Battered_Child_Syndrome.pdf).
  23. Gómez C, Hernández G, Álzate M. El bruxismo: confluencia de la psiquiatría y de la odontología. *Univ Med*. 1996; 37(1): 45-54.
  24. Narvarte A, García A, Ripollés JM. A propósito de una revisión: bruxismo y mecanismos etiopatogénicos. *Gaceta Dental* [internet]. 2009 May 4. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/05/a-proposito-de-una-revisin-bruxismo-y-mecanismos-etipatognicos-30959/#>.
  25. Doria AM, Garzón SL, Navarro MI, Herrera M, Moreno GC, Furman E, Ayala L. Apretamiento dental sugestivo de maltrato infantil en niños institucionalizados de 6 a 18 años. *Univ Odontol*. 35(74). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-74.adsm>.
  26. Peck MD, Priolo-Kapel D. Child abuse by burning: A review of the literature and an algorithm for medical investigations. *J Trauma*. 2002; 53: 1013-22.
  27. American Board of Forensic Odontology. Diplomates reference manual. Section III: Policies, procedures, guidelines & standards. ABFO bitemark methodology standards and guidelines [internet]. March 2015. [Citado 4 julio 2016]. Disponible en: <http://www.abfo.org/wp-content/uploads/2012/08/ABFO-Reference-Manual-March-2015.pdf>.
  28. Estupiñán DM, Fontanilla GA. Papel del odontólogo en la detección y prevención del maltrato infantil. *Univ Odontol*. 2002 Dic; 22(50): 90-7.
  29. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (INMLCF). Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, versión 3. Bogotá, Colombia: INMLCF; 2009.
  30. Garrocho A, Márquez R, Olgún A, Ruiz S, Pozos A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent*. 2015 Jul; 7(3): 428-34.
  31. Casamassimo PS. Child sexual abuse and the pediatric dentist. *Pediatr Dent*. 1986 May; 8: 102-6.
  32. Robinson AJ, Watkeys JEM, Ridgway GL. Sexually transmitted organisms in sexually abused children. *Arch Dis Child* [internet]. 1998 Oct; 79(4): 356-8. Disponible en: <http://adc.bmj.com/content/79/4/356.full.pdf+html>.
  33. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Panamá (IMLCFP). Guía de atención en odontología forense. Resolución DG-224-011. Ciudad de Panamá, Panamá: IMLCFP; 31 agosto 2011.
  34. Ramos F, Rothman D, Blain S. Knowledge and attitudes among California dental care providers regarding child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc*. 1998 Mar; 129(3): 340-8.
  35. Jessee SA. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician*. 1995; 52(6): 1829-34.
  36. Katner D, Brown C. Mandatory reporting of oral injuries indicating possible child abuse. *J Am Dent Assoc*. 2012 Oct; 143(10): 1087-91
  37. Sonbol H, Ghazaleh A, Rajab L, Baqain Z, Saman R, Al-Bitar B. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ*. 2012; 16: 158-65.
  38. Kaur H, Chaudhary S, Choudhary N, Manuja N, Chaitra TR, Amit SA. Child abuse: cross-sectional survey of general dentists. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2016 May-Aug; 6(2): 118-23.
  39. Arrieta KM, Díaz S, González F. Maltrato infantil: conocimientos y prácticas de estudiante de odontología de Cartagena, Colombia. *Rev Clin Med Fam* [internet]. 2014; 7(2): 103-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n2/original3.pdf>.
  40. Welburry RR, Murphy JM. The dental practitioner's role in protection children from abuse. Reporting and subsequent management of abuse. *Br Dent J*. 1998; 184 (3): 115-9.

41. República de Colombia, Departamento para la Prosperidad Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Queremos una Colombia sin maltrato infantil [internet]. Bogotá: ICBF; 2016. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/ICBFNinos/MitosYVerdades/Violencia/MaltratoInfantil>.
42. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents - a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dent Traumatol*. 2010; 26(2): 149-53.
43. Al-Dabaan R, Newton J, Asimakopouloub K. Knowledge, attitudes, and experience of dentists living in Saudi Arabia toward child abuse and neglect. *Saudi Dent J*. 2014 Jul; 26(3): 79-87.
44. Kempe R, Kempe H. Niños maltratados. 5ª ed. Madrid: Morata; 1998.
45. Medrano G, Perona G. Maltrato infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos? *Odontol Pediatr* [internet]. 2010; 9(1): 78-94. Disponible en: [http://www.spo.com.pe/Publicaciones/odontologia\\_pediatica/rev\\_2010\\_1.pdf#page=30](http://www.spo.com.pe/Publicaciones/odontologia_pediatica/rev_2010_1.pdf#page=30).
46. Mouden L, Bross D. Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc*. 1995 Aug; 126(8): 1173-80.
47. Sfikas P. Reporting abuse and neglect: dentists face an expanded ethical duty to inform authorities of possible abuse or neglect of all patients, regardless of age. *J Am Dent Assoc*. 1999; 130(12): 1797-9.
48. da Fonseca MA, Feigal RJ, ten Bonsel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent*. 1992 May-Jun; 14(3): 152-7.
49. Molina AM. Maltrato infantil. La importancia de su diagnóstico en odontología. *Gaceta Dental* [internet]. 2009 May 3. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2009/05/maltrato-infantil-la-importancia-de-su-diagnostico-en-odontologia-30982/#>.
50. Child Welfare Information Gateway. Mandatory reporters of child abuse and neglect [internet]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau; 2016. Disponible en: <https://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/laws-policies/statutes/manda/>.
51. Stark MM, Rogers DJ, Howitt J. Domestic violence: do forensic physicians have a role? *J Clin Forensic Med*. 1997 Jun; 4(2): 59-63.
52. American Dental Association (ADA), Council on Ethics, Bylaws, and Judicial Affairs. Principles of ethics and code of professional conduct [internet]. Chicago, IL: ADA; 2016. Disponible en: [http://www.ada.org/~media/ADA/Publications/Files/ADA\\_Code\\_of\\_Ethics\\_2016.pdf?la=en](http://www.ada.org/~media/ADA/Publications/Files/ADA_Code_of_Ethics_2016.pdf?la=en)
53. República de Colombia. Código de la infancia y adolescencia, Ley 1098 del 8 de noviembre del 2006.
54. República de Panamá. Código de la familia, Ley 3 del 17 de mayo de 1994.
55. República de Panamá, Ministerio de Salud. Decreto Ejecutivo 664 del 23 de diciembre del 2008, donde se aprueba el nuevo diseño y contenido del formulario denominado, Informe de Investigación por Sospecha de Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor y Adulto Mayor. *Gaceta Oficial*; (26239).
56. República de Panamá. Código penal de la República de Panamá, Ley 14 del 2007. *Gaceta Oficial*; (26519).
57. República de Panamá. Código civil de la República de Panamá, Ley 2 del 22 de agosto de 1916. *Gaceta Oficial*; (2404).

## CORRESPONDENCIA

Ana Milena Doria Martínez  
forenseamdm@yahoo.com

Melissa Ivette Navarro Chong  
menavarro.chong@gmail.com