

## ASPECTOS LEGALES EN CASOS DE MALOS TRATOS EN ODONTOPEDIATRIA: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

**J. R. Boj Quesada \***  
**C. García Ballesta \*\***  
**F. de la Iglesia Perelló \*\*\***  
**A. Rubert Adelantado \*\*\*\***

Boj Quesada, J. R.; García Ballesta, C.; de la Iglesia Perelló, F.; Rubert Adelantado, A.: Aspectos legales en casos de malos tratos en odontopediatría: Presentación de un caso clínico. Avances en Odontología 1995; 11: 17-22.

### RESUMEN

Teniendo en cuenta el hecho de que ha sido comprobado un incremento en el número de informes sobre malos tratos infantiles que presentan los odontostomatólogos una vez han recibido información sobre el tema, este artículo pretende informar y animar a dichos profesionales para que entren a formar parte de los equipos interdisciplinarios que trabajan en la identificación de casos para su posterior resolución.

**Palabras Clave:** Malos tratos infantiles. Manifestaciones orales. Aspectos legales.

### SUMMARY

It has been proved a increase in the number of child abuse cases that the dentists diagnose and report after being informed about the subject. Therefore, this article intends to inform and stimulate the professionals to take part of the multidisciplinary groups which work to identify and treat child abuse cases.

**Key Words:** Child abuse. Oral manifestations. Legal aspects.

**Aceptado para publicación:** Diciembre 1993.

\* Profesor Titular. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

\*\* Profesor Titular. Facultad de Odontología. Universidad de Murcia.

\*\*\* Profesor Asociado. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

\*\*\*\* Colaboradora del Master de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

que corresponde a la profesión odontoestomatológica existe un incremento de concienciación sobre nuestro papel en la detección, informe y tratamiento de los malos tratos infantiles. Este hecho se constata en las numerosas publicaciones dentales que alertan de nuestra responsabilidad moral y legal como profesionales de la salud (1).

La importancia del odontoestomatólogo en la detección de casos de malos tratos radica en el hecho de que aproximadamente entre el 50-65% de los casos presentan lesiones en la región orofacial (1,4,5). Por tanto, estos pacientes pueden acudir a las consultas dentales en busca de tratamiento, bien sea debido a dichas lesiones, o bien por otras razones. Un estudio reciente realizado por la Generalidad de Cataluña en 1991 (6) señala que en Cataluña 4 de cada mil niños entre 0 - 16 años son maltratados.

Existen una serie de factores que suelen aparecer asociados en los casos donde se desarrollan malos tratos infantiles, los cuales, generalmente, interactúan, entre sí configurando un modelo multicausal (7). Las condiciones que habitualmente se encuentran en contextos donde se dan malos tratos infantiles se pueden agrupar del siguiente modo (2,3,7-9):

**1.- FACTORES SOCIO-FAMILIARES:** Nivel socio-económico bajo, situación social marginal, condición laboral inestable, situación familiar anormal y vivienda insuficiente.

### INTRODUCCION

Se entiende por maltrato infantil a aquella entidad clínica debida bien a un acto deliberado, bien a omisión o negligencia, que es desarrollada por persona (padres, familiares, cuidadores), instituciones o sociedades, que priva al niño de

sus derechos y libertades e interfiere en su óptimo desarrollo (1,2).

Este problema debe ser considerado como una cuestión de salud pública y como enfermedad social que atañe a todos los miembros de dicha sociedad (3). Concretamente, dentro del sector social

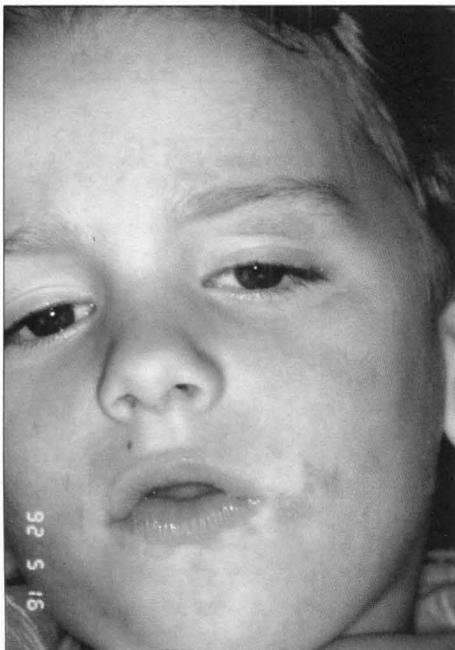


Figura 1. Lesiones en tejidos blandos faciales.

## 2.- CARACTERISTICAS DE LOS PADRES O CUIDADORES:

Trastornos psicológicos, deficiencia mental, hábitos tóxicos, delincuencia, padres jóvenes e inmaduros, y personas que han sido maltratadas durante su infancia.

## 3.- CARACTERISTICAS DEL NIÑO:

Aquellas condiciones del niño que provoquen un rechazo por parte de los padres, como malformaciones congénitas, trastornos de conducta, y hospitalización prolongada del recién nacido debido a su estado de salud que provoque una separación de los padres.

El proceso que orienta hacia el diagnóstico de malos tratos comprende el análisis de diversos aspectos del paciente odontopediátrico, que se pueden dividir en tres grandes apartados como se muestra a continuación:

### 1. DIAGNOSTICO FISICO GENERAL (3,9-16):

- Lesiones cutáneo-mucosas: Contusiones, hematomas y

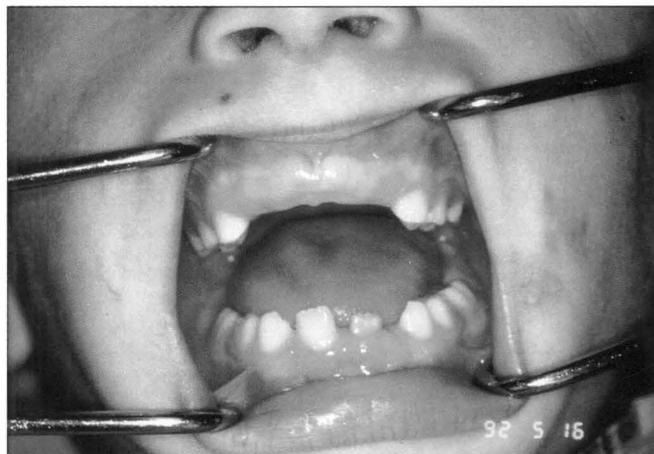


Figura 2. Hipoplasia del esmalte del 31.

equimosis en distintos estadios de curación o en zonas no prominentes; alopecia traumática; quemaduras cuyo origen difícilmente pueda haber sido accidental; laceraciones, abrasiones, coágulos sanguíneos, heridas; marcas de manos u objetos; y marcas de mordedura humana.

- Lesiones óseo-articulares: Fracturas múltiples en distintos estadios de evolución; hemorragia subperióstica; y secuelas que se manifiestan a modo de deformidades o desviaciones.
- Lesiones víscero-abdominales: Roturas, desgarros y contusiones viscerales; hemoperitoneo; y neumotórax.
- Retraso del crecimiento no orgánico de origen psicosocial por falta de atención a las necesidades nutricionales, psicológicas y emocionales para el correcto desarrollo del niño: Talla y peso por debajo del tercer percentil habiéndose descartado causas orgánicas; y vestimenta e higiene descuidadas.
- Intoxicación química intencionada, y síndrome de Munchausen por poderes. Este último síndrome está causado por un trastorno psíquico de los padres, los cuales inventan o

provocan en sus hijos la aparición repetida de los signos y síntomas característicos de alguna enfermedad. La alteración que inventan les es conocida bien porque la han sufrido ellos mismos o algún familiar, o bien porque trabajan en el ámbito sanitario. Estas manifestaciones ficticias que presenta el niño, llevan a someterlo a pruebas diagnósticas innecesarias, a determinar diagnósticos falsos, y a establecer tratamientos no indicados.

- Abuso sexual: Síntomas genitourinarios, infecciones de transmisión sexual, y lesiones traumáticas en los órganos genitales.
- Negligencia en el cuidado de la salud y la seguridad del niño.

### 2.- DIAGNOSTICO PSICOLOGICO (2,8,9,11,17):

- Alteraciones del comportamiento: Indiferente, triste, apático, sumiso, temeroso, y parece mayor para su edad.
- Retraso del desarrollo psicomotor.

### 3.- DIAGNOSTICO OROFACIAL (1,2,10,11,18,19):

- Lesiones de tejidos blandos: Contusiones y equimosis ora-

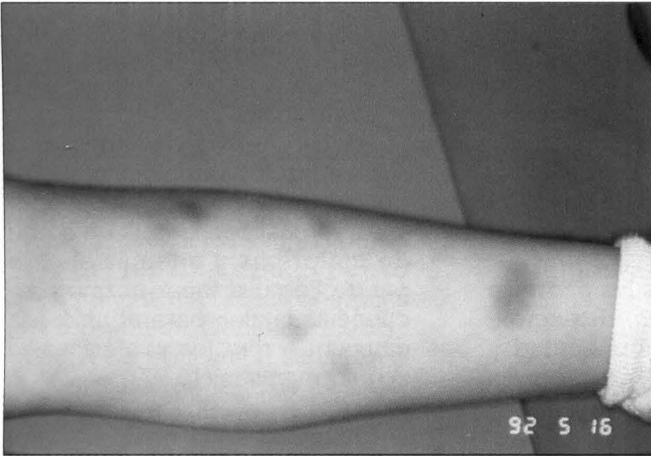


Figura 3. Hematomas en extremidad inferior izquierda.



Figura 4. Hematomas en extremidad superior izquierda.

les y peribucales; quemaduras; laceraciones y abrasiones; marcas de mordedura humana; rotura del frenillo labial superior; y anomalía en apariencia y movilidad lingual.

- Lesiones dentales: Pérdida de dientes por avulsión traumática; fractura y luxación dentaria; lesión pulpar y/o periodontal; y actitud negligente en el cuidado dental (consiste en la presencia de numerosas caries profundas, infecciones repetidas, granulomas y abscesos, dolor dental crónico, o falta de continuidad en el cuidado dental cuando ha sido identificada una de estas patologías).

En el tratamiento de pacientes pediátricos que hayan sido víctimas de malos tratos deben colaborar profesionales de distintos campos (médicos, pediatras, odontostomatólogos, psicólogos, pedagogos, asistentes sociales) formando un equipo interdisciplinario con el objetivo de tratar conjuntamente cualquier lesión física o trastorno psicológico que pueda presentar el paciente.

En el caso de que sea necesario remitir un paciente infantil desde una clínica odontostomatológica a otro profesional de la salud, con el objeto de obtener la colabora-

ción necesaria para una correcta asistencia, siempre que se tenga la sospecha de que dicho niño ha sido víctima de malos tratos, se debe hacer llegar un informe confidencial explicando cuáles son las lesiones y las sospechas (6).

Así mismo, es imprescindible para el correcto tratamiento del núcleo familiar donde se desarrollan malos tratos, que el conjunto familiar reciba las atenciones necesarias para solventar aquellas condiciones negativas que han conducido a la aparición de malos tratos (3,6).

Las consecuencias y secuelas que pueden aparecer en un niño que haya sido maltratado, y que imposibilitan el que con el mero transcurso del tiempo pueda transformarse en un adulto física, mental, emocional, moral y socialmente sano, son (20-23):

#### 1.- CONSECUENCIAS FÍSICAS

**GENERALES:** Alteración del crecimiento, discapacidades del desarrollo, epilepsia o encefalopatía por hematoma subdural, invalidez motora o sensorial, retraso mental, y muerte.

#### 2.- CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS:

Traumas que afectan a la personalidad, retraso escolar, y conducta antisocial.

#### 3.- CONSECUENCIAS OROFACIALES:

Incompetencia labial, disfunción lingual, anomalías en el crecimiento de los maxilares y estructuras óseas faciales, y pérdida dentaria por avulsión traumática.

#### ASPECTOS LEGALES

La Declaración Universal de los Derechos del Niño descrita en 1959 por las Naciones Unidas reconoce que "todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona" (24). Este principio es defendido también en la Constitución Española de 1978 y en el Estatuto de Cataluña de 1979.

La penalización de los malos tratos y negligencia infligido a niños, se contempla en el Código Penal actualizado mediante ley orgánica 3/1989 (BOE número 148, del jueves 22 de junio de 1989) en sus artículos 425, 429, 430, 446, 487, 489 bis, 582 y 584.

De esta modificación del Código Penal, cabe destacar el artículo 576 que se refiere a la obligación legal de los odontostomatólogos a la hora de informar sobre pacientes pediátricos que han sido supuestamente víctimas de malos tratos. Dicho artículo señala literalmente lo siguiente: "Los

*facultativos que, apareciendo señales de envenenamiento o de otro delito en una persona a la que asistieren o en un cadáver, no dieran parte inmediatamente a la autoridad, serán castigados con las penas de 5 a 15 días de arresto menor y multa de 5.000 a 50.000 pesetas, siempre que por las circunstancias no incurriesen en responsabilidad mayor".*

Por tanto, siempre que se observe un indicio de maltrato en un paciente infantil, se debe presentar un informe al personal especializado que se dedica específicamente a resolver estas situaciones. En Cataluña (6), por ejemplo, los malos tratos infantiles corresponden al Departamento de Bienestar Social del gobierno local; por ellos los informes se deben presentar normalmente en los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAO) municipales, o bien en un caso más complicado en la Dirección General de Atención a la Infancia (DGAJ) de la administración autonómica.

Cuando estos centros reciben un informe, el caso es analizado en profundidad, y las situaciones finales en que se puede encontrar el niño son las siguientes: permanecer en su familia con el control y ayuda necesarios; permanecer separado temporalmente de su familia hasta que se resuelva la situación desfavorable y pueda volver a ella; ser internado en una entidad pública temporal o permanentemente; o entrar en una familia de acogida de forma provisional para ser adoptado posteriormente.

El informe presentado por el odontostomatólogo debe señalar los siguientes datos (6,25):

- Fecha del informe.
- Datos referentes al profesional: Nombre, dirección y ámbito en el que asiste (público o privado).

- Motivo de consulta del paciente.
- Datos referentes al paciente: Nombre, dirección, teléfono, sexo, fecha de nacimiento, actitud y explicación dada como origen de las lesiones.
- Datos referentes a los padres o tutores: Nombres, dirección, teléfono, ocupación, actitud y explicación dada como origen de las lesiones.
- Datos referentes al maltrato: Posible/s persona/s que maltrata/n, posibles causas, tipo de malos tratos sospechados o verificados, y grado de sospecha o certeza.
- Descripción detallada de las lesiones observadas.
- Documentación: Fotografías y radiografías.
- Información y observaciones adicionales.

En el reconocimiento de casos de malos tratos en pacientes pediátricos el odontostomatólogo juega un papel importante, siendo, básicamente, las cuestiones que debe analizar las siguientes (1-3, 25-27):

- ¿Existe concordancia entre la lesión y la historia relatada por los padres, y/o es inusual para el grupo específico de edad?
- ¿Existe historia o signos de traumatismos previos o repetidos?
- ¿Existen manifestaciones cutáneas fuertemente sugestivas de malos tratos, como contusiones en distintos estadios de curación?
- ¿Existe un comportamiento en padres o hijos que pueda indicar malos tratos?

- ¿Se ha buscado asistencia sanitaria con retraso teniendo en cuenta el tipo y la magnitud de las lesiones?.

A menudo los odontostomatólogos no informan de sus sospechas, lo cual representa un hecho de malpraxis y además el caso puede llegar a tener unas consecuencias fatales para el niño. Las causas de que los profesionales no informen son (13,27):

- Dificultad en la realización del examen físico general por parte del odontostomatólogo, ya que no representa una competencia clara de su especialidad ni se encuentran referencias en la literatura respecto a dicho examen.
- Falta de evidencia física clara, y por tanto miedo al error diagnóstico.
- Reticencia a aceptar que existe este tipo de acto violento.
- Desconocimiento y falta de práctica.
- Temor a una posible confrontación con los padres y a implicaciones jurídicas.
- El examen físico de abusos sexuales se considera que queda fuera de la extensión de la práctica odontostomatológica.

## **PREVENCION**

Es evidente que la sociedad tiene la responsabilidad y la obligación de asegurar al niño el desarrollo de sus derechos y libertades para que éste pueda evolucionar hasta ser un miembro adulto de dicha sociedad. Para llevar a término esta premisa es necesario combatir ciertos fenómenos perjudiciales para el niño como son los malos tratos, tanto antes de que aparezcan como una vez ya se han producido. De este modo, se pueden

diferenciar dentro de la prevención de los malos tratos tres estudios (7,17):

**1.- PREVENCIÓN PRIMARIA:** Es el intento que se realiza para evitar que la familia entre en una situación de fragilidad. Es la prevención óptima, pero también la más difícil de poner en práctica. Consiste en una correcta educación sanitaria y social de los futuros padres, informándoles sobre los sistemas de planificación familiar, y pretende también evitar aquellos factores que han sido analizados previamente y que se encuentran en la base de la mayoría de casos de malos tratos.

**2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA:** Es la ayuda que se proporciona a las familias frágiles para evitar la aparición de malos tratos. Requiere por tanto la sensibilización de la sociedad para la correcta identificación de núcleos familiares de alto riesgo.

**3.- PREVENCIÓN TERCIARIA:** Es la protección que se da a los niños que ya han sido maltratados para evitar la recidiva o incluso la posible muerte del niño.

En 1981 se celebró en el estado de Colorado, en Estados Unidos, una conferencia sobre el papel del odontoestomatólogo en la prevención de los malos tratos infantiles, organizada por la American Dental Association (22) y que definió los siguientes objetivos:

- Introducir el tema de los malos tratos y la negligencia en la educación y práctica dentales.
- Identificar y discutir aspectos específicos de la Odontoestomatología en lo referente a malos tratos.
- Formular guías concernientes a dichos aspectos, dirigidas a

educadores y profesionales odonto-estomatológicos.

- Formular recomendaciones para conseguir que el odontoestomatólogo sea incluido en los equipos interdisciplinarios que atiendan al paciente maltratado e investigan dichos casos.

### PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Paciente varón de 5 años que acude, según relatan sus padres, por un supuesto retraso de la erupción de la dentición definitiva, a pesar de que los incisivos centrales inferiores ya han erupcionado. No representa antecedente médicos ni dentales destacables, excepto el hecho de que se trata de un niño hiperactivo.

En el examen clínico orofacial se destacan los siguientes datos:

- Examen de tejidos blandos (figura 1):
  - \* Cicatriz en ángulo inferior externo en la zona parpebral izquierda.
  - \* Lesiones herpéticas vesiculares y ulceradas en la zona del párpado superior izquierdo y en región comisural izquierda.
- Examen dental:
  - \* Recambio dentario:

55	54	53	-	-	-	-	63	64	65
85	84	83	-	41	31	-	73	74	75

- \* Caries en todos los segundos molares temporales.
- \* Hipoplasia del esmalte en el 31 de posible causa traumática (figura 2).

- Examen radiográfico: Realización de aletas de mordida y ortopantomografía.

Debido a los signos clínicos obtenidos en el examen orofacial, se establece una sospecha de posible causa de las lesiones en un fenómeno de maltrato del paciente. Consecuentemente se realiza un examen clínico general hallándose un total de 31 hematomas en distintos estadios de curación, lo cual confirma las sospechas previamente establecidas. Los hematomas se distribuyen a lo largo de la anatomía del paciente del modo siguiente (figuras 3 y 4):

- Extremidad superior derecha: 8 hematomas.
- Extremidad superior izquierda: 9 hematomas.
- Extremidad inferior derecha: 4 hematomas.
- Extremidad inferior izquierda: 7 hematomas.
- Tronco 3 hematomas.

El caso fue puesto en manos del asistente social del centro hospitalario correspondiente para que el proceso pertinente fuese llevado a cabo.

### DISCUSION

El maltrato de niños es un problema social y de salud pública que debe ser reconocido como tal por

la totalidad de los miembros de la sociedad, ya que nos afecta a todos y es nuestra responsabilidad su prevención, detección y resolución. Esta problemática es tratada actualmente en nuestra

sociedad por equipos interdisciplinarios formados por profesionales como médicos generales, pediatras, psicólogos, pedagogos, educadores o asistentes sociales, que colaboran en la difícil tarea de combatir este fenómeno.

Los profesionales de la salud representan un sector social que debe estar especialmente comprometido en cuanto a dicho tema

se refiere. Los odontoestomatólogos por tanto, como facultativos dedicados a la salud, deben cooperar en la detección y resolución de problemas derivados de situaciones familiares donde se desarrollan malos tratos infantiles.

Por tanto, es necesaria una adecuada educación y formación de los odontoestomatólogos para que puedan examinar, diagnosticar y

tratar correctamente aquellos casos de maltrato infantil que puedan llegar a ellos, y para que realicen un informe adecuado de la situación detectada.

#### CORRESPONDENCIA

Dr. J. R. Boj Quesada.  
C/ Prats de Mollo, 10.  
08021 Barcelona

#### BIBLIOGRAFIA

1. GARCIA BALLESTA, C.; CEGARRA BELTRI, M.; CABRERIZO MERINO, M<sup>a</sup>. C.: Manifestaciones estomatológicas en el niño maltratado. *Av Odontoestomatol* 1989; 5: 517-521.
2. QUEROL, X.: Tema monográfico/El niño maltratado. *Med Int* 1988; 12: 1-39.
3. NEEDLEMAN, H. L.: Orofacial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and the dental profession's involvement. *Pediatr Dent* 1986; 8: 71-80.
4. KASSEBAUM, D. K.; DOVE, S. B.; COTTONE, J. A.: Recognition and reporting of child abuse: a survey of dentists. *Gen Dent* 1991; 39: 159-62.
5. BECKER, D. B.; NEEDLEMAN, H. L.; KOTELCHUCH, M.: Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. *J Am Dent Assoc* 1978; 97: 24-8.
6. Generalitat de Catalunya. Departamento de Bienestar Social. Dirección General de Atención a la Infancia. Los malos tratos infantiles en Cataluña. Estudio global y balance de situación actual. 1991.
7. Gobierno vasco. Ministerio de Justicia. Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo. 1988.
8. DELGADO, A.; GARATE, J.; SANTOLAYA, J. M.; SOBRADILLO, B.; RODRIGUEZ, J. M.: Síndrome del niño maltratado. *Medicine* 1987; 3577-3584.
9. GISBERT CALABUIG, J. A.: Muerte violenta del recién nacido. En *Medicina legal y toxicología*. Publicaciones Médicas y Científicas. 1985.
10. SCHMITT, B. D.: Types of child abuse and neglect: an overview for dentists. *Pediatr Dent* 1986; 8: 67-71.
11. KITTLE, P. E.; RICHARSON, D. S.; PARKER, J. W.: Examining for child abuse and child neglect. *Pediatr Dent* 1986; 8: 80-82.
12. WAGNER, G. N.: Bitemark identification in child abuse cases. *Pediatr Dent* 1986; 8: 96-100.
13. CASAMASSIMO, P. S.: Child sexual abuse and the pediatric dentist. *Pediatr Dent* 1986; 8: 102-106.
14. LEVINE, L. J.: Bite mark evidence. *Dent Clin North Am* 1977; 21: 145-158.
15. DINE, M. S.; MCGOVERN, M. E.: Intoxicación intencionada a los niños. Una forma poco conocida de malos tratos: comunicación de 7 casos y revisión de la literatura: *Pediatrics* (ed. esp.). 1982; 14: 33-47.
16. MEADOW, R.: Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57: 92-98.
17. LLAMAS URRUTIA, C.: Niños maltratados. Un problema de todos. *Revista Rol de Enfermería*. 1988; 115: 41-48.
18. CARROTTE, P. V.: An unusual case of child abuse. *Br Dent J* 1990; 168: 444-445.
19. SCHWARTZ, S.; WOOLRIDGE, E.; STEGE, D.: Oral manifestations and legal aspects of child abuse. *J Am Dent Assoc* 1977; 95: 586-591.
20. MENDIZABAL OSES, L.: Protección y guarda de menores. En *Derechos de menores*. Teoría general. Ediciones Pirámide. 1977.
21. ROMERO LOPEZ, V.: El niño maltratado. *Escuela de enfermería*. 1986; 2: 291-294.
22. SANGER, R. G.; BROSS, D. C.: Implications of child abuse and neglect for the dental practitioner. *J Am Dent Assoc* 1982; 104: 55-56.
23. PRECIOUS, D. S.; DELAIRE, J.; HOFFMAN, C. D.: The effects of nasomaxillary injury on future facial growth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1988; 66: 525-530.
24. MASFERRER I MASCORT, M.: Marcos de referencia sobre infancia y juventud. Generalitat de Catalunya. 1985.
25. SAXE, M. D.; McCOURT, J. W.: Child abuse: a survey of ASDC members and a diagnostic-data-assessment for dentists. *ASDS J Dent Child* 1991; 58: 361-366.
26. SOPHER, I. M.: The dentist and the battered child syndrome. *Dent Clin North Am* 1977; 21: 113-122.
27. GERBER, P. C.: Child abuse -is dentistry doing its part to stop it?. *Dent Manage* 1988; 28: 28-34.