Detección y prevención del maltrato infantil desde la consulta odontológica

Shyrley Díaz Cárdenas

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Shyrley Díaz Cárdenas

¿Qué estudié?

- Odontóloga, Universidad de Cartagena.
- Magister Salud Pública, Universidad Nacional.
- Especialista Salud Familiar, Universidad del Norte.
- Especialista Gerencia en Salud, U. Tecnológica de Bolivar.
- Especialista en Odontopediatría con enfasis en bebés, APCD, FAOA; Sao Paulo Brasil.
- Diplomada en la Detección de Maltrato Infantil.

¿Qué hago?

- Docente titular tiempo Completo Pregrado Facultad Odontología, Universidad de Cartagena, Colombia 2005-Act.
- Coordinadora del Área de Salud Familiar y comunitaria.
- Docente Posgrado de Odontopediatría, Fac.Odontología, UdC.
- Investigadora GISPOUC, UdC.

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

¿Qué más hago?

- **Facilitadora estrategia atención integral a enfermedades prevalentes en la infancia, AIEPI.**
- **Facilitadora estrategia IAMI que fomenta lactancia materna.**
- **Miembro junta directiva asociación afecto contra el maltrato y conferencista sobre maltrato infantil en la odontología.**
- **Miembro activo red investigadores internacionales de lactancia materna, Redinlama.**
- **Directora grupo interdisciplinario de detección del maltrato infantil en odontología, GIMIO.**
- **Coordinadora y docente cursos de AIEPI para odontólogos.**
- **Cursos de maltrato infantil y violencia contra la mujer desde la odontología.**
- **Consulta clínica privada de odontología para bebés.**

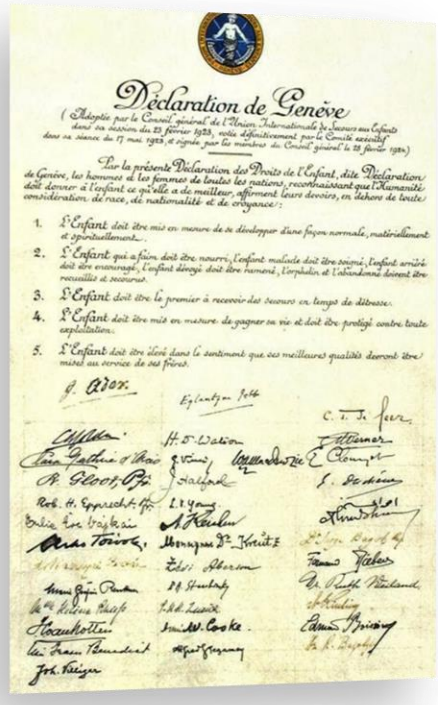
¡¡Luchadora contra el maltrato infantil!!

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Introducción

- **América del Sur, vive una situación muy difícil por la insatisfacción de sus necesidades y la falta visibilidad de sus problemas.**
- **No existen estudios de prevalencia e incidencia.**
- **La mayoría de las intervenciones son de origen terciario, el caso ya se ha presentado y se interviene para prevenir recurrencia del maltrato o intentar paliar las consecuencias.**
- **Los programas de prevención primaria y promoción del buen trato a los niños son pocos.**



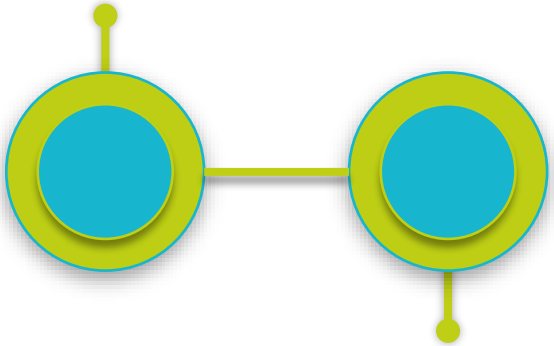
Déclaration de Genève

(Adoptée par le Conseil général de l'Union Internationale de Secours aux Enfants dans sa session du 23 février 1923, votée définitivement par le Comité exécutif dans sa séance du 17 mai 1923 et signée par les membres du Conseil général le 28 février 1924)

Par la présente Déclaration des Droits de l'Enfant, dite Déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations, reconnaissant que l'humanité doit donner à l'enfant ce qu'elle a de meilleur, affirment leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité et de croyance :

1. L'Enfant doit être mis en mesure de se développer d'une façon normale, matériellement et spirituellement.
2. L'Enfant qui a faim doit être nourri, l'enfant malade doit être soigné, l'enfant arriéré doit être encouragé, l'enfant dévoyé doit être ramené, l'orphelin et l'abandonné doivent être recueillis et secourus.
3. L'Enfant doit être le premier à recevoir des secours en temps de détresse.
4. L'Enfant doit être mis en mesure de gagner sa vie et doit être protégé contre toute exploitation.
5. L'Enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités devront être mises au service de ses frères.

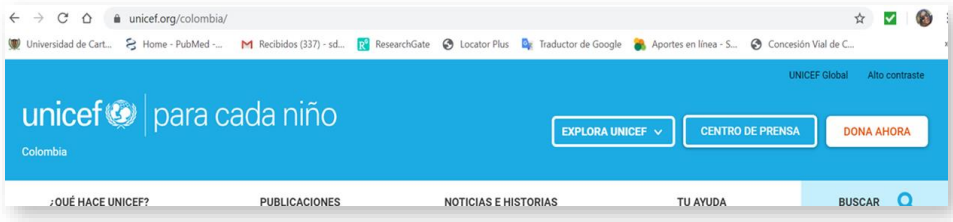
1924
Declaración de los derechos del Niño Ginebra.



1989
Convención de los Derechos del Niño Tratado Internacional- Naciones Unidas.

Colombia firmó y ratificó la Convención de los Derechos del niño.

Artículo 19: Prevención y atención de niños contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, basados en el:



Art. 44 Constitución Política de Colombia: donde además se establece que la familia, la sociedad y el Estado tiene la obligación de asistir y proteger al niño, para garantizar su desarrollo armónico e integral, prevaleciendo el Derecho del niño sobre el del adulto.

Ley 1146 del 2007:
Normas para Prevención de la Violencia sexual y la atención integral de los niños víctimas.

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Primero el niño

- No la familia.
- No el relato.
- No la evidencia.
- No el juicio.
- No la policía.
- No los abogados.
- No ICBF.

¿Por qué mirar más allá de la boca?

Por compromiso ético e integral.

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

El niño es más que un tratamiento

¿Qué hay detrás de un niño?

- **Su familia:** hermanos, padres, abuelos, tíos, primos.
- **Su casa:** su habitación, sus lugares de juego, su baño.
- **Su barrio:** vecinos, amigos.
- **Su colegio:** profesores, amigos, personal administrativo.
- **Sus servicios de Salud:** médico, odontólogo.

Su mirada, sonrisa, lenguaje, llanto, miedo, temores y necesidades.

Corresponsabilidad

- Familia: obligación.
- Estado: deber.
- Sociedad: responsabilidad.

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Historia

Marco histórico del maltrato infantil

- Mary Ellen, primera niña rescatada de maltrato severo de su madre (New York) (rey de los animales).

- Ambrosio Tardieu (Paris) y Johnson (Londres) 1860, casos de niños víctimas de quemaduras y asfixia, fracturas abandonadas y hasta abuso sexual tratado como carencia nutricional.

- John Caffey 1946, apoyado en trabajos de Silverman, fracturas de huesos largos y Silverman insinuó que era a causa de los padres: «Traumatismo esqueléticos no reconocidos».

- Henry Kempe, 1era vez: «Síndrome del Niño Apaleado»; clásico publicado en la Revista Pediatrics, describe por primera vez : «Una nueva condición clínica», abuso físico. Apoyo a Caffey: Rx y Lesiones en Piel: MI.

Marco histórico del maltrato infantil

- Vincent Fontana, amplía la visión hasta negligencia.
- David Finkelhor, abuso Sexual Infantil. Junto con Diana Russell, Gail Wyat, Kindsey, abuso sexual como fenómeno extenso, desde incesto hasta abuso sexual extrafamiliar.
- La tarea luego de todo lo anterior era: «La actividad sexual con los niños no les causa daño».
- Pomeroy, Alfred Kindsey, Loretta Bender y Freud: se confundía la liberación sexual entre adultos con actividad sexual con los niños. Posteriormente Freud se retracta, deseos reprimidos de los niños para estar con sus padres.

Odontología y MI

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

¿Por qué el odontólogo?

- El odontólogo tiene una posición de ventaja frente a los demás profesionales de la salud.
- Es obligatorio el reporte de la sospecha del Maltrato-Corresponsabilidad.

J Am Dent Assoc. 1978 Jul;97(1):24-8. doi: 10.14219/jada.archive.1978.0447.

Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists

D B Becker, H L Needleman, M Kotelchuck

PMID: 28343 DOI: 10.14219/jada.archive.1978.0447

- **1968- Holter, Friedman, 1969 Skinner, O´Neill1973, reportan del 30 al 50% de lesiones de MI en cabeza y cara.**

Abstract

Orofacial trauma was found in 49% of 260 documented cases of **child abuse** seen during of five-year period at the Children's Hospital Medical Center, Boston. An additional 16% of the cases involved head **trauma**; the total percentage of head and facial **trauma** was 65%. Head or facial **trauma** was the principal reason for admission to the hospital in 45% of the cases. A survey of 537 **dentists** in Massachusetts showed that the majority were unaware of their legal and social responsibilities to report suspected cases of **child abuse**. Eleven percent of all **dentists** surveyed saw **orofacial trauma** cases that were of a suspicious nature, by only 22 confirmed cases of **child abuse** were noted by the **dentists**. Of these, only four were reported to social agencies. In general, oral surgeons and pedodontists saw a higher percentage of these cases and were more aware of their responsibilities than were general practitioners.

- **Boston. Prevalencias del 49 % (128) de lesiones trauma orofacial en niños víctimas de maltrato.**
- **69 % de los niños con lesiones en cabeza, cara y lesiones intraorales.**

Citaban a Kempe y a Caffey J. Pediatras.

J Am Dent Assoc. 1978 Jul;97(1):24-8. doi: 10.14219/jada.archive.1978.0447.

Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists

D B Becker, H L Needleman, M Kotelchuck

PMID: 28343 DOI: 10.14219/jada.archive.1978.0447

Abstract

Orofacial trauma was found in 49% of 260 documented cases of **child abuse** seen during of five-year period at the Children's Hospital Medical Center, Boston. An additional 16% of the cases involved head **trauma**; the total percentage of head and facial **trauma** was 65%. Head or facial **trauma** was the principal reason for admission to the hospital in 45% of the cases. A survey of 537 **dentists** in Massachusetts showed that the majority were unaware of their legal and social responsibilities to report suspected cases of **child abuse**. Eleven percent of all **dentists** surveyed saw **orofacial trauma** cases that were of a suspicious nature, by only 22 c **dentists**. Of these, only four were reported to socia pedodontists saw a higher percentage of these cas than were general practitioners.

Categorías:

- **Lesiones del cuerpo.**
- **Trauma de cabeza.**
- **Lesiones faciales.**
- **Lesiones intraorales.**
- **Trauma orofacial.**

Contusión la más común.
Trauma dental puede ser pasado por alto en los médicos por no ser su especialidad en las urgencias.
Ojo son más revisados por odontopediatras que médicos.

"La profesión dental parece menos consciente que otros profesionales médicos en la detección y tratamiento de casos sospechosos de abuso infantil y podrían estar en contacto con un gran número de niños víctimas de MI".

Acta Med Port. 2011 Dec;24 Suppl 4:939-48. Epub 2011 Dec 31.

[The dentist's role in the child abuse: diagnosis and report].

[Article in Portuguese]

Crespo M[1], Andrade D, Alves AL, Magalhães T.

Author information

Erratum in
Acta Med Port. 2013 Jul-Aug;26(4):481.

Abstract

Child **Abuse** is a frequent problem worldwide that surpasses ethnicity, religion, culture, economic and social classes. In the United States of America child protective services account, per year, over one million cases of child **abuse** or neglect. In Portugal, the incidence of the problem is unknown but each year thousands of abused **children** are accompanied by the Commissions for the Protection of **Children** and Youth at Risk. This **abuse** threatens **children**'s **physical**, emotional and intellectual development, as well as their dignity, security, well-being and even their own lives. The body regions most frequently affected in **physical abuse**, are the cranium, neck and orofacial region, in fact, about 50% of the injuries arising from child **abuse** occur in the orofacial region. These data place the dentist in a privileged position to make the detection, diagnosis and report of child **abuse**. Therefore, these professionals must be prepared to recognize, diagnose and report their suspicions to the appropriate authorities, which play a key role in victims protection and criminal investigation. This review intends to stress the important role of the dentist in the detection, diagnosis and report of child **abuse**, systematizing child **abuse** risk factors and indicators essential to the intervention of these professionals. This problem's approach is multidisciplinary, involving particularly dentists, who must obtain continuing education and training in this area.

Oral Health Prev Dent. 2013;11(3):243-50. doi: 10.3290/j.ohpd.a29357.

Combating child abuse: the role of a dentist.

Mathur S, Chopra R.

OD siempre debe sospechar de MI y acatar la ley

Abstract

BACKGROUND AND PURPOSE: Child abuse has serious physical and psychosocial consequences which adversely affect the health and overall well-being of a child. However, in a developing country like India there has been no knowledge of the extent, magnitude and trends of the problem. This study reviews the overall scenario of **child abuse** in India as well as the role of the dentist in recognising and thereby combating this problem.

RESULTS: Among health professionals, dentists are probably in the most favourable position to recognise **child abuse**, with opportunities to observe and assess not only the physical and the psychological condition of the children, but also the family environment. The high frequency of facial injuries associated with physical abuse places the dentist at the forefront of professionals to detect and treat an abused child. Screening for maltreatment should be an integral part of any clinical examination performed on a child. Although many injuries are not caused by abuse, dentists should always be suspicious of traumatic injuries. The dental professional's role in **child abuse** and neglect is to know the current state law regarding reporting **child abuse** and to follow the law. Awareness, identification, documentation and notification should be carried out by the dentist.

CONCLUSION: Paediatric dentists can provide valuable information and assistance to physicians about oral and dental aspects of **child abuse** and neglect. Such efforts will strengthen the ability to prevent and detect **child abuse** and neglect and enhance care and protection for the children.

El odontólogo no solo observa las condiciones físicas y fisiológicas del niño, sino también su ambiente familiar.

El odontólogo continúa en una relación con su paciente y la familia por las repetidas visitas para cumplir su tratamiento.

Ortodoncista dificultades en reconocer signos de MI, principalmente por un vacío de experiencia en esta área.

BMC Oral Health. 2015 Dec 15;15:159. doi: 10.1186/s12903-015-0141-4.

Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists.

van Dam BA[1], van der Sanden WJ[2], Bruers JJ[3,4].

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Systematic Review of the Patterns of Orofacial Injuries in Physically Abused Children and Adolescents

Reena Sarkar, Joan Ozanne-Smith, Richard Bassed
Victorian Institute of Forensic Medicine, Melbourne, Victoria, Australia.
Trauma Violence Abuse. 2021 Jan;22(1):136-146.
DOI: 10.1177/1524838019827617.

Odontólogo
=
Testigo experto

[fragment]
As an exposed and anatomically complex structure, the craniofacial region is more vulnerable to traumatic injury than are other body regions (Cairns, Moks, & Welbury, 2005b; Leathers, Le, Black, & McQuirter, 2003). The orofacial region is routinely amenable to examination in dental practice and abused children and may exhibit evidence of recent or healing injuries to these areas (Aved, Meyers, & Burmas, 2007; Leathers et al., 2003). In this context, social and legal systems recognize the medical or dental clinician as an "expert witness" (Sugar & Feldman, 2005).

MI en región orofacial

Lesiones de MI en Boca

Maltrato Físico
- Labios sitio más común 54%.
- Trauma dentoalveolar.
- Laceraciones.
- Hematomas.

Abuso Sexual
- Mordeduras.
- Manifestaciones de ITS.

Maltrato por Negligencia
- Complicaciones de Patologías orales.

Maltrato Psicológico
- Hábitos parafuncionales (bruxismo).

Child Abuse Negl. 2000 Apr;24(4):521-34.

A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital.

Naidoo S[1].

Author information

Abstract

OBJECTIVE: The aim of the present study was to determine the head, face and neck injuries associated with child abuse cases in the Cape Peninsula, Cape Town. South Africa.

METHOD: A retrospective, record-based analysis (n = 300) of non-accidental injuries at a Children's Hospital over a 5-year period (1992-1996) was carried out.

RESULTS: The mean age of the sample was 4.75 years--54.3% were boys and 45.7% were girls. Most of the crimes were committed in the child's own home (88.7%). Crimes were reported by mothers (48.7%), grandmothers (11.7%) and day hospitals (13%). Ninety percent of the perpetrators were known to the victim. The majority of the perpetrators were male (79%)--20% the perpetrators were the mother's boyfriend; 36% the father or step father, and in 12% the mother was responsible. Thirty-five percent of perpetrators were under the influence of alcohol or drugs when they committed the offence: 64.7% of cases suffered serious injuries, 48.7% had to be hospitalized, four children were critically injured and died. The head, face, neck, and mouth were the sites of physical injury in 67% of the 300 cases reviewed. The face was the most frequently injured (41%) part of the body, with the cheek being the most common site for the injury. The range and diversity of the oro-facial injuries included skull fractures, subdural hematomas, retinal hemorrhages, bruises, burns, and lacerations. Injuries to the mouth included fractured teeth, avulsed teeth, lacerations to the lips, frenum, tongue, and jaw fractures.

CONCLUSIONS: The main conclusions of this study were (i) under 2-year-old children were most at risk from abuse (36%); (ii) the number of the reported injuries to the oral cavity was extremely low (11%); and (iii) no dentists participated in the examination of any of the patients. Intra-oral injuries may be overlooked because of the medical examiner's unfamiliarity with the oral cavity. Oral health professionals should be consulted for diagnosis, advice and treatment.

- La mayoría de los abusadores conocían al niño.
- Eran hombres.
- Era el novio de la madre o el padrastro.
- Estaban bajo efectos del consumo de alcohol.

De 300 casos 67 % presentaban lesiones en cabeza, cara y cuello.

La cara fue en el 41 % la parte del cuerpo más afectada.

Se observaron fracturas de cráneo, hematomas subdurales, hemorragias retinianas, mordidas, quemaduras, laceraciones.
En boca: fracturas dentales, dientes avulsionados, laceraciones en los labios, frenillo, lengua y fracturas mandibulares.

Más en niños menores de 2 años.
En boca se hallaron pocas lesiones.
Los od no participaron en el diagnóstico.

El odontólogo puede ser la única o última oportunidad que el niño tiene para que alguien detenga el abuso o cambie una situación de maltrato.

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Muchas veces se evita llevar al niño al médico o pediatra y se dirigen más fácilmente al odontólogo ya que él no sabe identificar MI.

Maltrato infantil Vs. Odontólogo

Es labor de todos los adultos, padres de familia, profesores, cuidadores, profesionales de la salud física y mental, proveer ambientes seguros, donde se minimice el riesgo de que los niños sean víctimas de cualquier forma de maltrato y de abuso sexual.

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Definición
tipos de MI
Factores de riesgo

- Problemas relacionales padre-hijo.
- Problemas relacionales con hermanos.
- Crianza distanciada de los padres.
- Niño afectado por estrés en las relaciones parentales.
- Abuso y negligencia.
- Abuso físico infantil confirmado.
- Abuso físico infantil sospechado.
- Otras circunstancias relacionadas con el abuso físico infantil.
- Abuso sexual infantil confirmado.
- Abuso sexual infantil sospechado.
- Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil.
- Negligencia infantil confirmada.
- Negligencia infantil sospechada.
- Otras circunstancias relacionadas con la negligencia infantil.
- Abuso psicológico infantil confirmado.
- Abuso psicológico infantil sospechado.
- Otras circunstancias relacionadas con el abuso psicológico infantil.

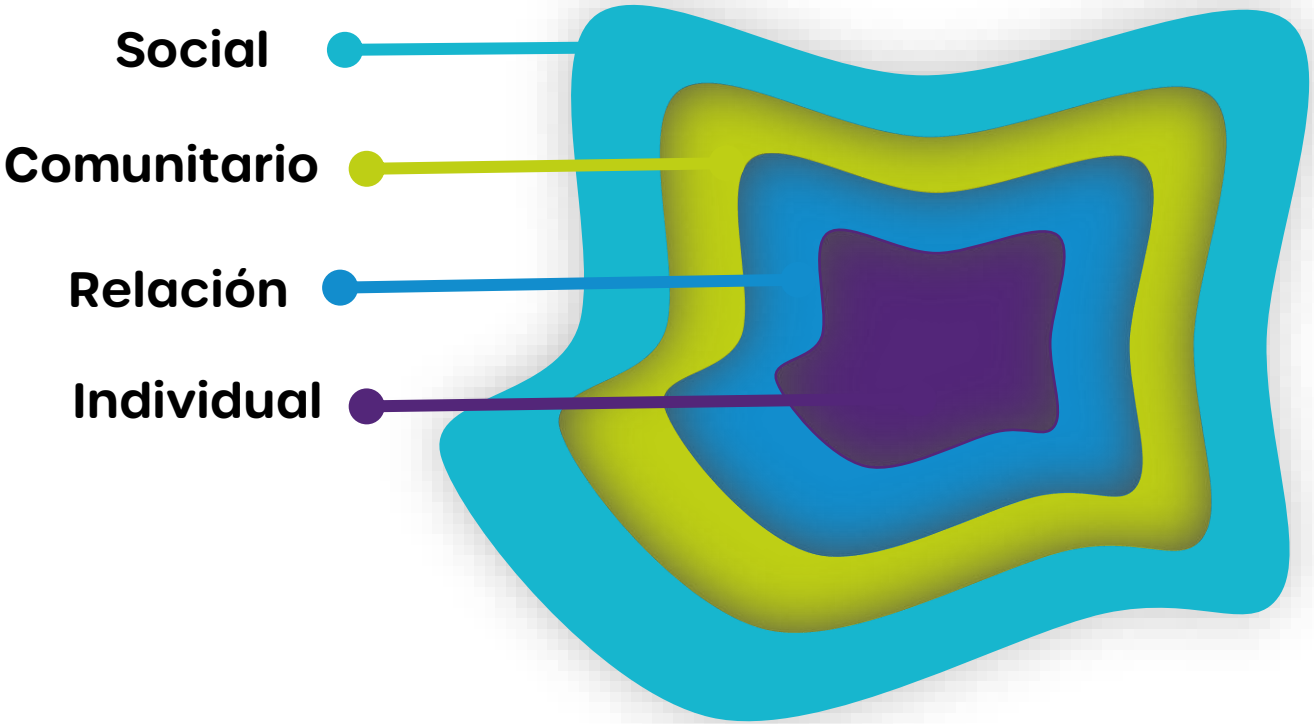
Maltrato infantil
Códicos de diagnósticos
Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Maltrato infantil

Cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psicológico.

OMS

Modelo ecológico descriptivo de factores de riesgo del maltrato infantil



sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Factores de riesgo individuales en el niño

- Niños no deseados, sexo no deseado.
- Niños prematuros, bajos de peso.
- Maltratado o abandonado previamente.
- Menor de 5 años en el momento del maltrato o abandono.
- Bajo peso al momento de la detección del maltrato.
- Defecto de nacimiento, enfermedad crónica, retraso psicomotor.
- Separación prolongada de la madre.
- Llanto frecuente, dificultad en ser consolado.
- Dificultades en la alimentación o en el control de esfínteres.
- Adoptado, hogar sustituto o hijastro.
- Discapacidad, alteración del desarrollo psicomotor, hiperactivos.
- Desagradable físicamente.
- Llanto chillón o agudo.
- Ausencia de Vinculación afectiva en el 1er año de vida.
- Niños de comunidades étnicas o raciales, en situación de calle, institucionalizados.

Factores individuales en los padres

- Previamente maltratados o abandonados de niños.
- Menor de veinte años en el momento de nacer su primer hijo.
- Padre o madre que vive sin su pareja. El compañero no es el padre biológico del menor.
- Historia previa de maltratar o abandonar a sus hijos.
- Aislamiento social, migración frecuente, malas condiciones de vivienda.
- Pobreza y/o desempleo, trabajador sin calificación, pobre educación.
- Abuso de alcohol y/o drogas.
- Historia de conducta criminal y/o intento de suicidio.
- Mujer embarazada en el posparto o con enfermedad crónica. Parto con dificultad.
- No presenta condiciones para tener al niño.
- No comprende el desarrollo del niño.
- Castigos inapropiados: castigos físicos.
- Problemas de salud mental o física.
- No sabe controlarse cuando se irrita o enfada.

¡¡¡Los niños no mienten!!!

Luis Prada.

Factores relacionales

- Padres jóvenes.
- Familia monoparental.
- Embarazo no deseado.
- Exposición precoz a la violencia o haber sufrido maltrato infantil.
- Abuso de substancias psicoactivas y alcohol.
- Atención prenatal inapropiada, enfermedad física o mental.
- Malas relaciones interpersonales, pobre control de impulsos.
- Tamaño y densidad de la familia, aislamiento social.
- Situación de estrés.
- Tasas altas de divorcios y cambios frecuentes de compañeros.
- Pobreza, desempleo, expectativas no realistas desarrollo o capacidades hijo.
- Bajo nivel educativo.
- Ausencia de red de apoyos.
- Discriminación de las familias por su cultura, raza, religión.

Factores sociales

- Leyes de protección al niño inexistentes o incumplidas.
- Ausencia de redes sociales de apoyo a las familias.
- Disminución del valor de los hijos (discapacidad, sexo).
- Violencia organizada.
- Desplazamiento.
- Políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que conllevan un nivel de vida deficiente, desigualdades, o inestabilidad socioeconómica.
- Normas sociales y culturales que promueven violencia hacia los otros, y en particular los castigos físicos, tal como se transluce en los medios de comunicación, la música popular o los videojuegos.
- Normas sociales y culturales que imponen unos roles de género rígidos para varones y hembras.
- Normas sociales y culturales que rebajan la importancia del niño en las relaciones entre padres e hijos.
- Existencia de pornografía infantil, prostitución o trabajo infantil.

Tipos de violencia

Social

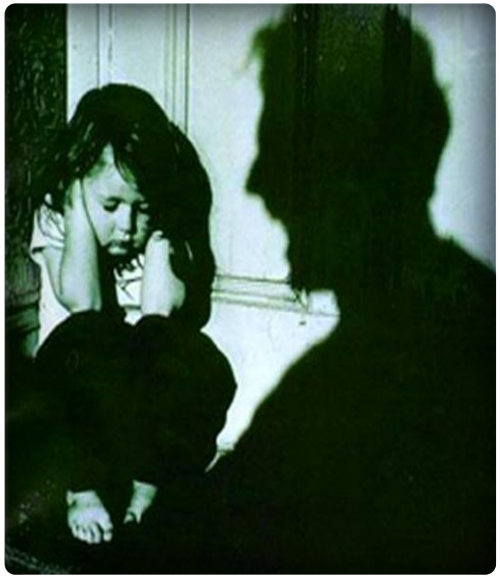
Institucional

Intrafamiliar

- Niño zarandeado.
- Maltrato prenatal.
- Maltrato por proximidad o síndrome de Munchasen by proxys.

- Maltrato físico.
- Maltrato emocional.
- Abuso sexual.
- Negligencia.

Maltrato emocional



Maltrato emocional

Cuando los padres descalifican, humillan, discriminan, ignoran los sentimientos del niño, denigran en su dignidad, autoestima.

Maltrato emocional

Hostilidad verbal crónica en forma de:

- **Insulto.**
- **Burla.**
- **Desprecio.**
- **Crítica o amenaza de abandono.**
- **Constante bloqueo de iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier adulto.**

Indicadores psicosociales abuso emocional

- Incapacidad para disfrutar la vida.
- Comportamiento pseudomaduro, precocidad sexual, actos extravagantes.
- Mentiras constantes.
- Robar.
- Negarse a aceptar la responsabilidad de sus actos.
- Pataletas frecuentes.
- Baja autoestima, actos compulsivos, comportamiento agresivo o desafiante.
- Búsqueda de amor y aceptación siempre fuera de su familia y comunidad.

Indicadores cognitivos abuso emocional

- Problemas de aprendizaje.
- Déficit de atención.
- Hipervigilancia.
- Hiperactividad.
- Retardo del lenguaje, retardo en el desarrollo motor y falta de actividad exploratoria.

Indicadores físicos abuso emocional

- Retardo en crecimiento sin causa orgánica.
- Enanismo por deprivación.
- Propensión a los accidentes.
- Auto-destructividad.
- Heridas que cicatrizan demasiado lento.
- Problemas de la alimentación como anorexia, bulimia, obesidad.
- Problemas gastrointestinales frecuentes.
- Bajo nivel de energía, letargo y desórdenes del sueño.

Maltrato emocional desde la consulta odontológica

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

J Forensic Leg Med. 2016 Oct;43:34-41. doi: 10.1016/j.jflm.2016.07.006. Epub 2016 Jul 13.

Domestic violence against children detected and managed in the routine of dentistry - A systematic review.

Rodrigues JLSA[1], Lima APB[2], Nagata JY[1], Rigo L[3], Cericato GO[3], Franco A[4], Paranhos LR[5].

Author information

Abstract

The domestic violence against **children** (DVAC) interferes in the psychological development leading to sequels that manifest and persist up to the adulthood. The **physical** evidences of domestic violence are more easily observed in the orofacial complex, becoming eventually detected by dentists. The present systematic literature review aimed to investigate the perception, knowledge and attitude of dentists towards the detection and management of DVAC cases. A systematic search was performed in 6 databases: PubMed, ScienceDirect, LILACS, SciELO, GoogleScholar, and OpenGrey. Cross-sectional articles assessing the perception, knowledge, and attitude of dentists facing potential cases of DVAC were selected. No restriction of language, time, and publication status was considered. The search resulted in 1.024 articles, of which 18 fit the eligibility criteria. The knowledge for detecting cases of DVAC obtained during the undergraduation course was classified by the dentists (in 39% of the articles) as "insufficient". When suspecting of cases involving domestic violence, most of the dentists (in 77.75% of the articles) considered reporting to the competent authorities. However, the dentists are not sure about who these authorities are (in 31.25% of the articles). More attention must be given to the Forensic education in **Dentistry**. Specifically, proper training is necessary to support the dentists on the detection and management of pediatric patients under domestic violence. Systematic Review Registration Number: PROSPERO CRD42015026747 (http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO).

Copyright © 2016 Elsevier Ltd and Faculty of Forensic and Legal Medicine. All rights reserved.

KEYWORDS: Child **abuse**; **Dentistry**; Domestic violence; Forensic **dentistry**

Acta Odontol Latinoam. 2018 Aug;31(2):82-90.

Parental perceptions of impact of oral disorders on Colombian schoolchildren's oral healthrelated quality of life.

Díaz S[1], Vélez MP[2], Martínez LM[2], Ramos K[2], Boneckër M[3], Martins Paiva S[4], Abanto J[3,5].

Author information

Abstract in **English**, Spanish

There is no study assessing the impact of dental caries (DC), dental fluorosis (DF) and traumatic dental injuries (TDI) on oral healthrelated quality of life (OHRQoL) in school children from Colombia. The purpose of this study was to assess the impact of DC, DF and TDI on Colombian schoolchildren´s OHRQoL using their parents as proxies. The parents of 338 children aged 6 to 14 years from public and private schools of Cartagena, Colombia answered the ParentalCaregiver Perception Questionnaire (PCPQ) on child's OHRQoL adapted to Colombian Spanish language and a socioeconomic questionnaire. Three calibrated examiners performed the clinical assessment for DC, DF and TDI. Poisson regression associated clinical and socioeconomic conditions to the outcome. Overall, 90.24% of parents reported children's oral impact (total PCPQ score ≥ 1). The mean (standard deviation) PCPQ scores were 12.49 (14.04). The multivariate adjusted model showed that children from public schools and who have dental caries experience (RR= 1.28; p=0.04 and RR= 1.37; p= 0.018, respectively) were more likely to experience negative impact on total PCPQ scores. DC was found to be associated to parentalcaregiver perception of impact on their children's oral healthrelated quality of life, but DF and TDI were not.

Sociedad Argentina de Investigación Odontológica.

Acta Odontol Latinoam. 2018 Jun;31(1):23-31.

Parental perceptions of impact of oral disorders on Colombian preschoolers' oral health-related quality of life.

Díaz S[1], Mondol M[2], Peñate A[2], Puerta G[2], Boneckér M[3], Martins Paiva S[4], Abanto J[3,5].

Author information

Abstract in **English**, Spanish

There is no study assessing the impact of dental caries (DC), traumatic dental injuries (TDI) and dental malocclusions (DM) on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of preschool children from Spanish-speaking countries in population-based samples. The purpose of this study was to assess the impact of DC, TDI and DM, on Colombian preschool children's OHRQoL through a cross-sectional study. The clinical setting included private and public preschools in Cartagena,Colombia. The sample included 643 preschool children aged 1-5 years and their parents, who answered the Colombian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (C-ECOHIS) and socioeconomic questionnaire. Three calibrated examiners performed clinical assessment of severity of DC according to decayed, missing and filled primary teeth index, TDI and DM. Poisson regression associated clinical and socio economic conditions to the outcome. Overall, 48. 2% of parents reported children's oral impacts (total C-ECOHIS score >1). The mean (standard deviation) C-ECOHIS scores were 2. 20 (0. 15). The multivariate adjusted model showed that children from non-nuclear families (RR=1. 51; p=0. 003),with low and high DC severity (RR=1. 51, p=0. 003; RR=1. 53, p=0. 009) and TDI (RR=1. 56, p=0. 003), were more likely to experience negative impact on total C-ECOHIS scores. DC and TDI have negative impact on Colombian preschool children's OHRQoL. Children from non-nuclear families have worse OHRQoL at this age, independently of the presence of oral conditions.

Sociedad Argentina de Investigación Odontológica.

Impacta en dominios sociales y autoimagen y dominio emocional de la calidad de vida.

Maltrato físico

Maltrato físico

- Es todo golpe contra un niño producido de forma no accidental (hay padres y madres que no quieren hacer daño, pero no se pueden controlar y terminan maltratando) por parte de una persona adulta o cuidador sea con la intención de disciplinar o de producir daño.

- "Toda agresión corporal que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido con magnitudes y características variables".

- Uso deliberado de la fuerza física, abuso del poder.

Indicadores conductuales

- Receloso con respecto al contacto físico con adultos.
- Muestra conductas extremas y contradictorias: agresividad o retraimiento.
- Parece tener miedo de volver a casa.
- Se siente rechazado y con baja autoestima.
- No quiere desnudarse ante otros y va excesivamente vestido

Indicadores de los adultos responsables, padres o cuidadores

- Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida o condición del niño.
- Abuso de alcohol o drogas.
- No da explicaciones a la lesión o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias, e intenta ocultar la lesión o proteger la identidad del responsable.
- Percibe al niño de manera significativamente negativa (malo, perverso, etcétera).

Lesión centinela

Es una lesión reseñada en la historia clínica del menor, sospechosa de MTI, explicada por un mecanismo imposible, bien por el desarrollo del menor o por las explicaciones inverosímiles de los cuidadores.

Lesión centinela

- < 24 meses de vida: alta probabilidad de ser maltratado, por encima del 20%.
- 0-6 meses: rasguños, quemaduras, lesiones orofaríngeas (rotura del frenillo, tanto labial como lingual).
- 6-12 meses: fracturas de huesos largos o craneales, hemorragias intracraneales.
- Menores de 24 meses: fractura de costillas, traumatismos abdominales, hemorragias subconjuntivales y lesiones genitales.

J Bone Joint Surg Am. 1995 Aug;77(8):1179-83. doi: 10.2106/00004623-199508000-00006.

Soft-tissue injury as an indication of child abuse

P McMahon [1], W Grossman, M Gaffney, C Stanitski

Affiliations + expand

PMID: 7642662 DOI: 10.2106/00004623-199508000-00006

Abstract

We reviewed the hospital records of 371 children who were suspected of having been physically abused. Our purpose was to determine specific features that might be used to distinguish **injuries** resulting from **abuse** from accidental **injuries**. **Soft-tissue injuries** were found in 341 (92 per cent) of these children. Ecchymoses were most common, accounting for 555 (62 per cent) of 892 **soft-tissue injuries**, and very few had a suspicious pattern. Only thirty-four (9 per cent) of the children had a radiographically documented fracture, but radiography was performed for only thirty-seven (10 per cent) of the patients and it rarely was done unless a fracture was clinically obvious. The patterns of **injury** were age-specific. The forty-four children who were nine months old or less had an average of only one **soft-tissue injury**; thirty **soft-tissue injuries** involved the head or face, and seven (16 per cent) of the children had a burn. These children were the most severely injured: two (5 per cent) died and twenty (45 per cent) had a fracture. The sixty-one children who were ten months to two years and eleven months old had an average of two **soft-tissue injuries**; fifty-four **soft-tissue injuries** involved the head or face, and nine (15 per cent) of the children had a burn. A fracture was found in eight (13 per cent) of these children.(ABSTRACT TRUNCATED AT 250 WORDS)

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Lesiones de maltrato físico

Indicadores físico maltrato infantil

- **Magulladuras, moretones, cicatrices quemaduras, mordeduras, golpes, palizas, patadas, mordiscos, estrangulamientos, envenenamientos, asfixia.**
- **Equimosis con o sin excoriaciones: cable de plancha, correa, ganchos de ropa.**
- **Lesiones circulares alrededor de las extremidades (niño amarrado).**

Es frecuente encontrar que junto al maltrato físico se superpongan otros tipos de maltrato, como en esta niña que junto a la negligencia en la vestimenta e higiene, se muestra huellas de maltrato físico (cicatrices de quemadura en las manos) y también se encontró que fue víctima de abuso sexual.

Hematomas

La antigüedad de una lesión determinada por su coloración:

- De rojo a azul-violeta: < 3 días.
- De verdoso a amarillo-verdoso: 3 a 7 días.
- De color amarillo a marrón: > 7 días.
- Pueden desaparecer a partir de la tercera semana.

¡Detrás de una “simple quemadura” puede haber maltrato infantil!

Niños con quemaduras en la primera consulta, al año se detecta que en la primera consulta estaban sufriendo maltrato infantil y no se detectó.

J Surg Res. 2021 Jan;257:232-238. doi: 10.1016/j.jss.2020.07.077. Epub 2020 Aug 27.

Identifying Abuse and Neglect in Hospitalized Children With Burn Injuries

Hallie J Quiroz [1], Joshua P Parreco [1], Nima Khosravani [2], Chad Thorson [1], Eduardo A Perez [1], Juan E Sola [1], Rishi Rattan [1], Louis R Pizano [3]

Las escaldaduras se producen por el contacto de líquidos o agua caliente con la piel o las mucosas.
Son las quemaduras más frecuentes en la infancia, sobre todo en los niños menores de 2 años. Las partes afectadas con más frecuencia son las manos, los brazos y el cuello.

Temperatura mayor a 60 ° C puede generar quemaduras de tercer grado.

sculapp

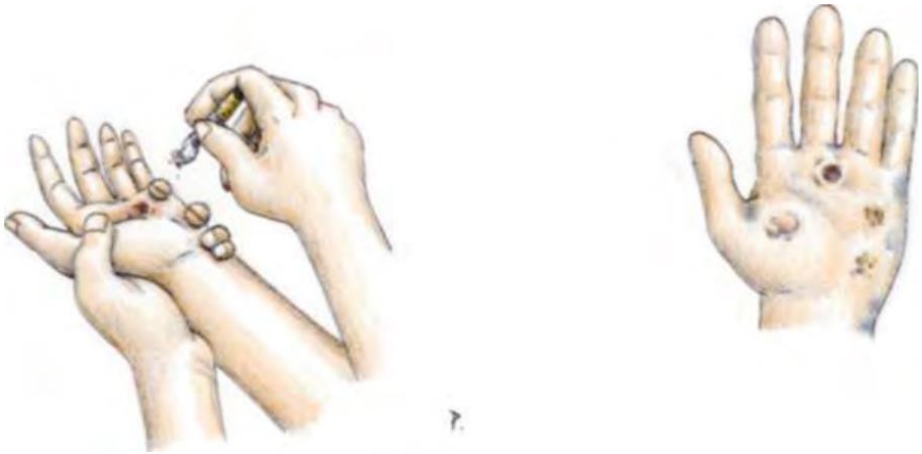
Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

J Surg Res. 2021 Jan;257:232-238. doi: 10.1016/j.jss.2020.07.077. Epub 2020 Aug 27.

Identifying Abuse and Neglect in Hospitalized Children With Burn Injuries

Hallie J Quiroz [1], Joshua P Parreco [1], Nima Khosravani [2], Chad Thorson [1], Eduardo A Perez [1], Juan E Sola [1], Rishi Rattan [1], Louis R Pizano [3]

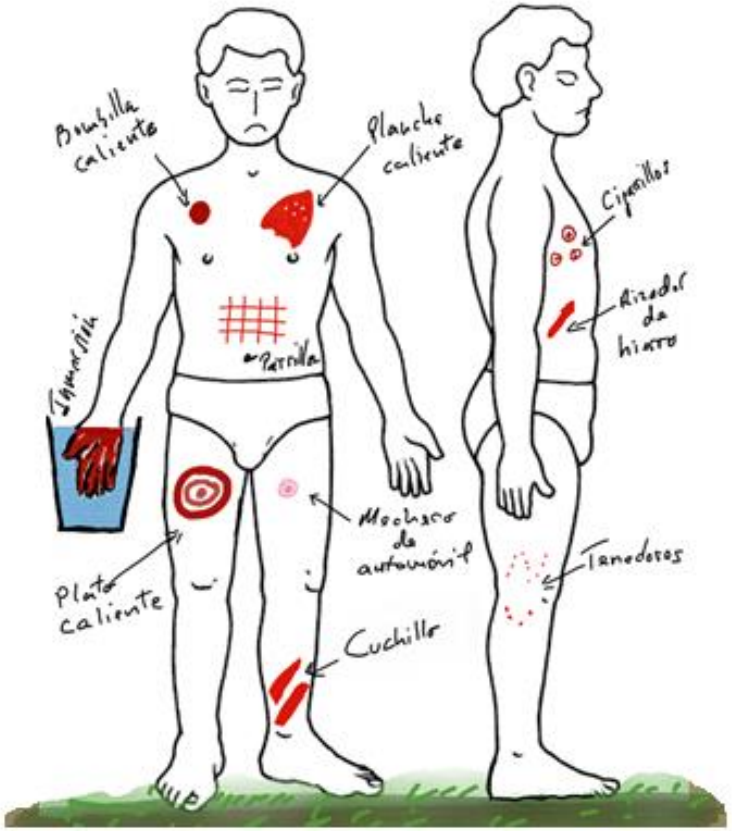
¡Detrás de una "simple quemadura" puede haber maltrato infantil!



Cutaneous Manifestations of Child Abuse and Their Differential Diagnosis, Blunt Force Trauma. Robert A.C. Bilo, Arnold P. Oranje,Tor Shwayder, Christopher J. Hobbs

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827



Piel y mucosas índice de sospecha

Lesiones accidentales, son más frecuentes en el plano frontal del cuerpo.

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

¡Detrás de una “simple quemadura” puede haber maltrato infantil!

Cutaneous Manifestations of Child Abuse and Their Differential Diagnosis, Blunt Force Trauma. Robert A.C. Bilo, Arnold P. Oranje,Tor Shwayder, Christopher J. Hobbs

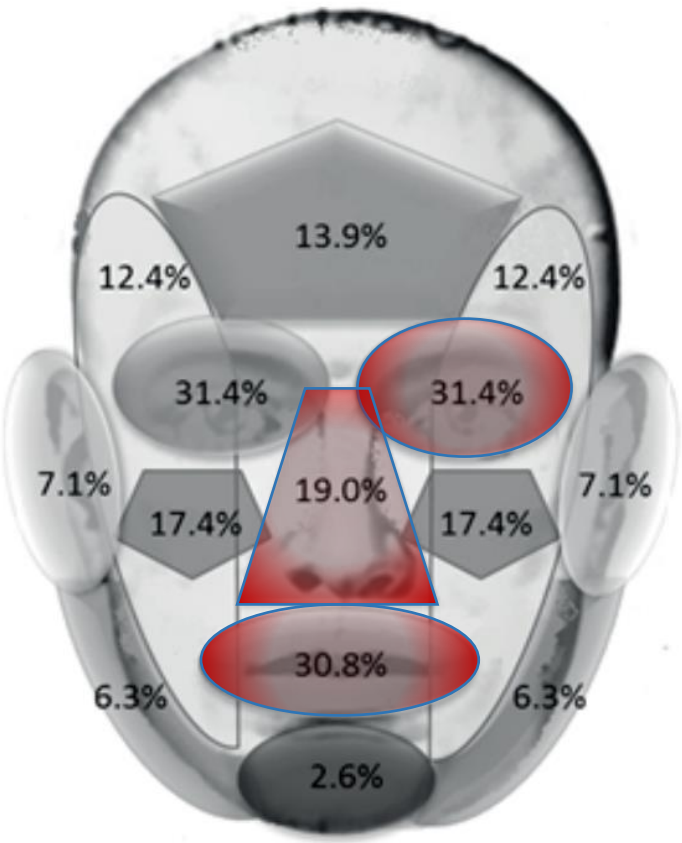
sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Quemaduras

Hematomas

Lesiones faciales maltrato físico



Distribución de lesiones de la cara

- De 3019 lesiones, 1383 (46,34 %) fueron lesiones orofaciales.
- La cara la parte más afectada al generar procesos de humillación.
- Promedio de 13 años y hasta 2,18 veces golpeado.
- Dientes: avulsión, fracturas o luxaciones. Ocurren más en cara vestibular por intentos directos (puño o mano) o indirectos (otros objetos).
- No hay odontólogos donde se realizan estos registros en el Instituto Forense y por eso no hay muchos detalles de las lesiones.
- 77 % agresores conocidos.

Orofacial Injuries in Children and Adolescents (2009-2013): A 5-Year Study In Porto, Portugal.
Vidal HG, Caldas IM, Coelho Júnior LGT de M, Souza EHA de, Carvalho MVD de, Soriano EP, et al.
Braz Dent J. May-Jun 2018;29(3):316-320
DOI: 10.1590/0103-6440201801830.

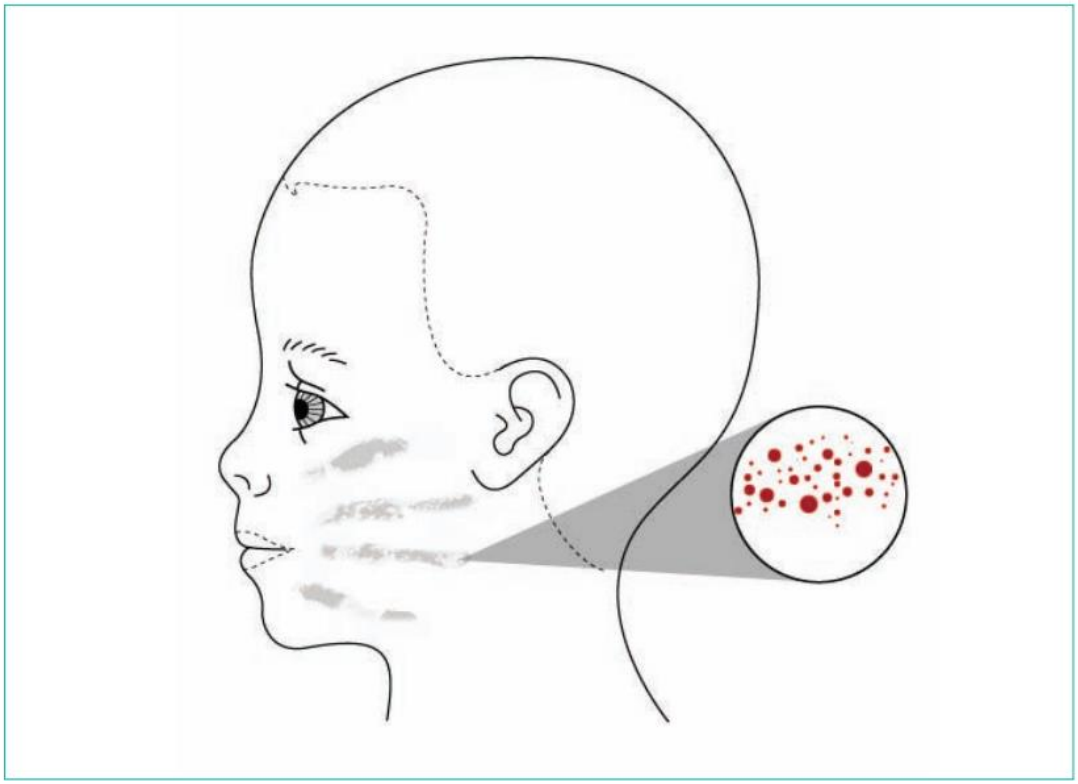
sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

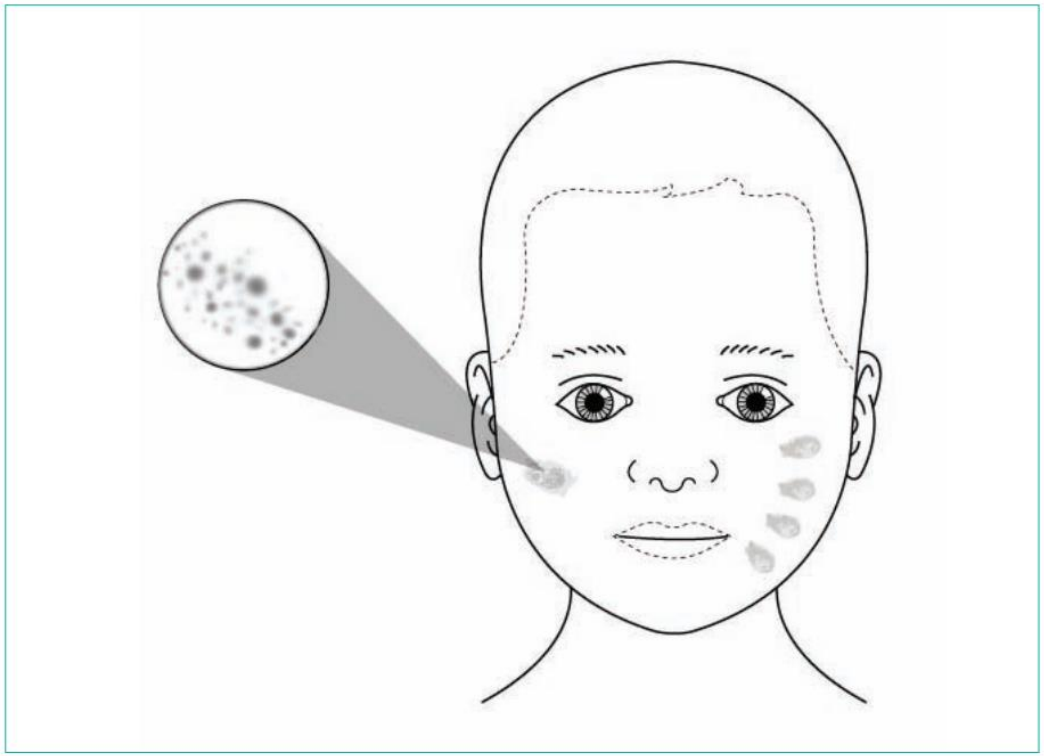
Congreso Mundial de Prevención MI San Diego 2019

- **Asfixia:** estrangulación, Sofocación, Sumersión.
- **Bofetadas:** marcas de bordes laterales dedos en cara, cuello.

Cutaneous Manifestations of Child Abuse and Their Differential Diagnosis, Blunt Force Trauma. Robert A.C. Bilo, Arnold P. Oranje,Tor Shwayder, Christopher J. Hobbs.



Child Protection and the Dental team, www.cpdt.org.uk.



Child Protection and the Dental team, www.cpdt.org.uk.

Case Reports > J Forensic Leg Med. 2022 Apr;87:102331. doi: 10.1016/j.jflm.2022.102331. Epub 2022 Feb 24.

Petechiae and subconjunctival hemorrhages in a child after a visit to the dentist

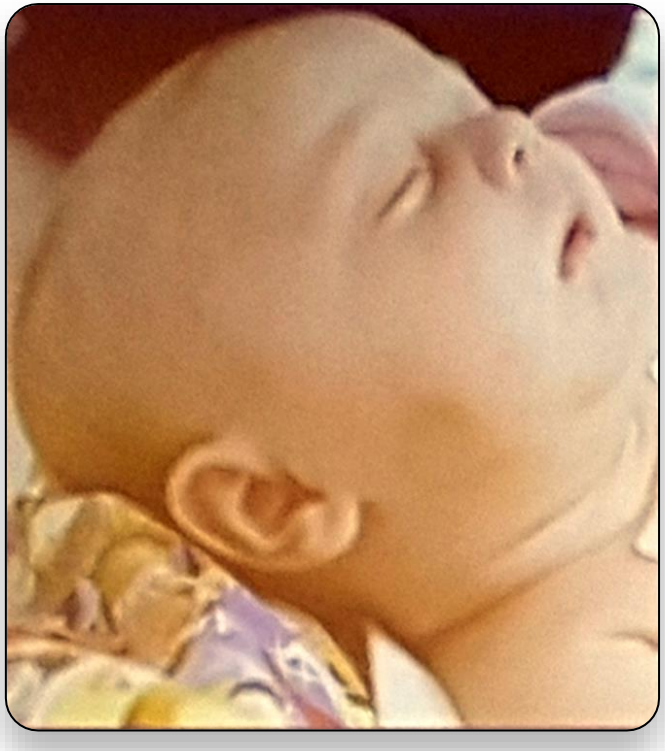
Katherine W Canty [1], Supriya Sharma [2], Kyle McLain [3], Kelly Young [3]

- **Niño de 5 años reveló que lo habian restringido físicamente y golpeado por el dentista.**
- **Inicialmente diagnosticado como reacción alérgica luego fue diagnosticado con asfixia por extensas petequias a nivel facial y hermorragia subconjunctival.**

Imperativo distinguir la presentación de la asfixia traumática correspondiente a un signo de maltrato físico en un niño sin antecedents.

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827



Congreso Mundial de Prevención MI San Diego 2019

Hallazgos fácilmente perdidos

Hematomas o moretones.

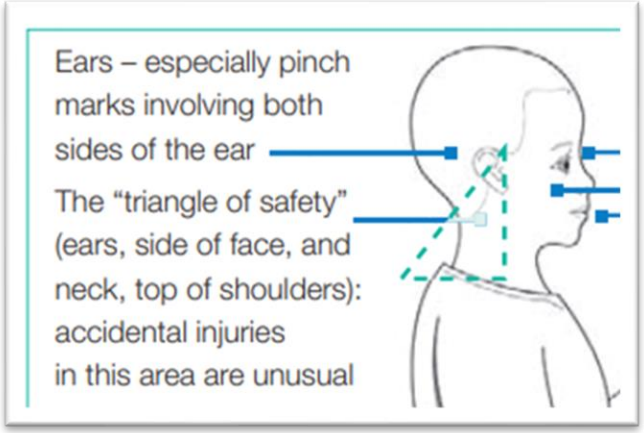
sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Figure 2.6

Burn on the side of the neck of a 6-year-old boy in the 'triangle of safety', an unusual site for an accidental injury. In this case there was a credible accidental explanation.

Triángulo de seguridad



Child Protection and the Dental team, www.cpdt.org.uk

Dra. Marcella M. Donaruma-Kwoh, FAAP.

StatPearls [Internet].
Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 Jan-.

Equimosis en las orejas

Battle Signs

- Moretones en el proceso mastoideo.
- Es la equimosis retroauricular o mastoidea que suele ser el resultado de un traumatismo craneal.

Equimosis en las orejas

Dra. Marcella M. Donaruma-Kwoh, FAAP

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Hacer buen diagnóstico diferencial
Oftalmólogo y pediatra forense para TAC

Pediatrics. 2018 Aug;142(2). pii: e20181411. doi: 10.1542/peds.2018-1411.

The Eye Examination in the Evaluation of Child Abuse.

Christian CW, Levin AV; COUNCIL ON CHILD **ABUSE** AND NEGLECT; SECTION ON OPHTHALMOLOGY; AMERICAN ASSOCIATION OF CERTIFIED ORTHOPTISTS; AMERICAN ASSOCIATION FOR PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY.

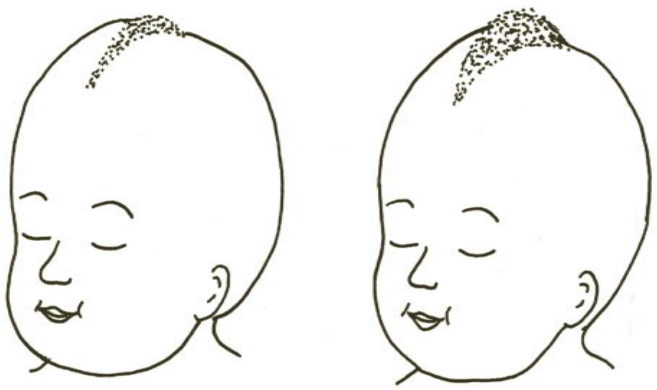
OMS, Volumen 87, mayo 2009, 325-404

Hemorragias retinianas

- Abuso físico en lactantes y niños pequeños con traumatismo craneal abusivo (HTA).
- Pueden aparecer en otras entidades como síndrome del niño zarandeado, maltratado, del bebé sacudido o shaken baby syndrom.

Fontanela abombada

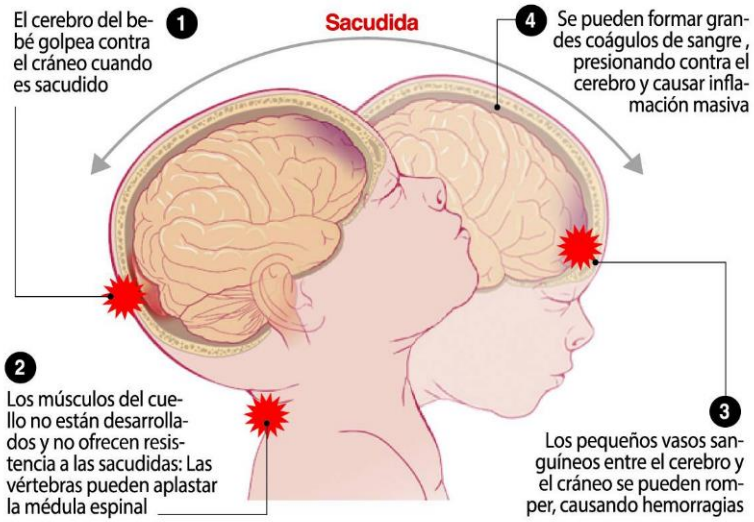
Hemorragia intracraneana y retiniana puede ser por síndrome de “niño zarandeado”.



National Center on Shaken Baby Syndrome

Síndrome del niño sacudido

Los bebés son especialmente susceptibles a las lesiones cuando se agitan debido a que sus tejidos de conexión entre el cerebro y el hueso (interior del cráneo) no han desarrollado lo suficiente para ofrecer una protección



Las lesiones pueden resultar en daño cerebral, retraso mental, parálisis, ceguera, sordera y la muerte.

Fuente: www.berkshireeagle.com/ DIARIO DE CUYO

- **96 niños, 3,3 % tenían lesiones orales y el 33 % de 2890 niños el primer motivo de consulta es trauma dental.**
- **De los 96 niños, 42 tenían lesiones en el frenillo labial.**
- **De los 96 niños con lesiones orales 24 % tenían hemorragias retinianas y solo a 41 % también le habían revisado los ojos y de estos niños con lesiones orales el 67 % confirmaron ser abusados.**
- **Niños con lesiones bucales presentan además un alto riesgo de lesiones de otros abusos ocultas.**

Oral injuries and occult harm in children evaluated for abuse
Molly V Dorfman, James B Metz, Kenneth W Feldman, Reid Farris, Daniel M Lindberg, ExSTRA Investigators
Arch Dis Child. 2018 Aug;103(8):747-752. doi: 10.1136/archdischild-2017-313400. Epub 2017 Nov 4.

- Estudio con 67 bebés de 33 cortes de Francia.
- Además de Fracturas MF todos habían tenido otro tipo de maltrato.
- Edad Media de los niños 3,4 meses.
- Prematuros: 12 %, 8 niños.

- Lesiones intraoral incluían lesión en paladar, hematoma en piso de boca, ulceración en encía y laceración frenillo lingua.
- Victimarios: padres, la mayoría mujeres.
- 🔍 Mujeres y hombres admitieron abuso mientras vestían o desnudaban al bebé (30%, n = 27).
- 🔍 Los perpetradores también citaron llanto (22%, n = 27) o alimentación (15%, n = 27) como desencadenante.

Classic Metaphyseal Lesions among Victims of Abuse
Catherine Adamsbaum, Paul De Boissieu, Jean Paul Teglas, Caroline Rey-Salmon
J Pediatr. 2019 Jun;209:154-159.e2.
DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.02.013.

Lesiones faciales

- ✓ Sitios de calvicie traumática (halar pelo), petequias en cuero cabelludo y reciente crecimiento del cabello.
- ✓ En cara equimosis periorbitaria, orejas, hemorragias escleróticas, ptosis parpebral, desviación de los ojos o pupilas desiguales, coágulos sanguíneos en nariz o tabique nasal.
- ✓ Mejillas lesiones con la forma del objeto.
- ✓ Mayor número de lesiones mayor en el tiempo.
- ✓ Cuello lesiones por estrangulamiento con manos o algún objeto.

Doria AM, Navarro MI, Garzón SL. La Odontología en el diagnostico del maltrato infantil. Univ. Odontol. 2016;35(74)49-63

Figura 1
Lesiones faciales producto de violencia intrafamiliar en una adolescente de 15 años

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Lesiones bucales por maltrato físico

sculapp
Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Maltrato físico

Lugares del cuerpo más communes:

- **Cabeza, cara, boca o cuello.**
- **Tipos de maltrato: físico, abuso sexual y negligencia.**
- **Más en niñas que en niños.**

Tipo de lesiones

- **Fracturas dentales.**
- **Laceración de lengua y frenillo lingual.**
- **Laceración frenillo labial.**
- **Injurias de las mucosas.**
- **Lesiones en el paladar.**
- **Fracturas de mandíbula o Maxilar.**
- **Fracaso y pérdida dental.**
- **Negligencia dental.**

Pediatr Dent. 1992 May-Jun;14(3):152-7.

Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital.

da Fonseca MA[1], Feigal RJ, ten Bensel RW.

Author information

Abstract

The frequency of head, face, mouth, and neck injuries due to child maltreatment was investigated in a review of 1248 cases on file in the pediatrics office at Hennepin County Medical Center in Minneapolis, Minnesota, from January, 1985, to December, 1989. There were 485 boys (38.8%) and 763 girls (61.2%) examined. Physical abuse cases (41.0%) outnumbered sexual abuse (35.4%) and neglect episodes (23.6%). The gender ratio was distributed equally except in sexual abuse, where there were 4.7 girls for each boy examined. More than half of the children (52.9%) were in the 0-to-4 year age group. Considering all cases together, 37.5% presented with injuries to the head, face, mouth, and neck. However, that percentage doubled (75.5%) when physical abuse episodes were reviewed alone. The intraoral injuries seen were five tooth fractures, three tongue and tongue frenulum lacerations, two lip frenulum lacerations, 11 injuries to the oral mucosa, eight palatal lesions, two fractures of the mandible or maxilla, loose and missing teeth, and dental neglect. Despite the high frequency of injuries, no dentists examined children at the time of the hospital intake or referred children for suspicion of maltreatment in the population studied. The findings suggest the importance of involving dental professionals in identifying, reporting, and preventing **child abuse** and neglect.

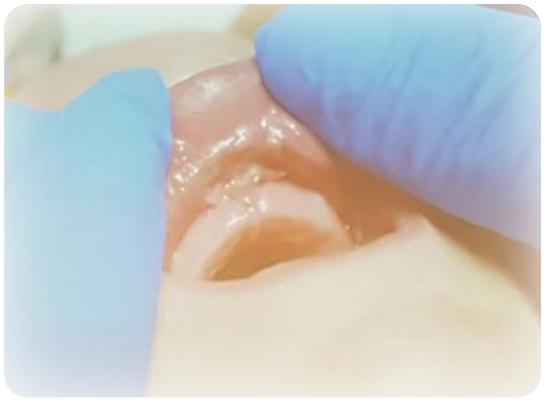
sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Lesiones en el frenillo

- Golpe hacia arriba sobre el labio superior en intento de silenciar al niño que grita, meter la cuchara a la fuerza o sexo oral forzado causado por padre o un tutor.
- Importante la edad del niño.
- No es común en niños pequeños que están aprendiendo a caminar (6 a 18 meses). ¡¡¡Sospecha!!! Por no ser lesión accidental.
- Heridas penetrantes: Objetos puntiagudos como lápices que no generan hemorragias.

Doria AM, Navarro MI, Garzón SL. La Odontología en el diagnostico del maltrato infantil. Univ. Odontol. 2016;35(74)49-63



Congreso Mundial de Prevención MI San Diego 2019

Desgarro frenillo labial

Evid Based Dent. 2007;8(3):71.

Torn labial frenum in isolation not pathognomonic of physical abuse.

Welbury R[1].

Author information

Abstract

DATA SOURCE: Searches were made for studies using Applied Social Sciences Index and Abstracts, Caredata (the social work and social care knowledge base), Child Data (the National Children's Bureau Database), the Cumulative Index to Nursing and Allied Health, Embase, Medline, the System for Information on Grey Literature in Europe, the TRIP database (www.tripdatabase.com), Sciences Citation Index, and ISI Proceedings (covers conference papers in all scientific and technical fields). Authors were contacted where necessary.

STUDY SELECTION: All studies of children 0-18 years with intra-oral injuries because of physical child abuse, and torn labial frena of any aetiology, in live and fatal cases were included. Review articles, expert opinion or guidelines that did not include primary evidence, studies with mixed adult and child data where the children's data could not be extracted, studies that addressed complications or management of abusive injuries, intra-oral injuries because of sexual abuse, thermal injuries or dental neglect were excluded.

DATA EXTRACTION AND SYNTHESIS: Studies were reviewed by the Welsh Child Protection Systematic Review Group. Standardised data extraction and appraisal forms were used and a qualitative synthesis undertaken.

RESULTS: Nineteen out of 154 studies reviewed were included, representing 591 children. There were no comparative studies of accidental and abusive torn labial frenum to enable a probability of abuse to be determined. Nine studies documented abusive torn labial frena in 27 children, of whom 22 were younger than 5 years old and 24 had been fatally abused. Only a direct blow to the face was substantiated as a mechanism of injury. Two studies noted accidentally torn labial frena, both from intubation. Abusive intra-oral injuries were widely distributed to the lips, gums, tongue and palate and included fractures, intrusion and extraction of the dentition, bites and contusions.

CONCLUSIONS: Current literature does not support the diagnosis of abuse based on a torn labial frenum in isolation. The intra-oral hard and soft tissue should be examined in all suspected abuse cases, and a dental opinion sought where abnormalities are found.ome of the traditional and normative predictors of successful outcomes.

Comment on

Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. [Arch Dis Child. 2007]

- **Desgarro del frenillo labial no es patognomónico de abuso físico.**
- **Debe hacerse examen intraoral cuidadoso y opiniones con otros odontólogos sobre anormalidades encontradas.**

Quemaduras

Figure 2.10

Cigarette burn on the forehead of a 7-year-old girl, showing the typical appearance 0.8-1.0 cm diameter with a smooth, well-defined edge *(reproduced with permission of Elsevier, see page ii).*

Laceración frenillo labial

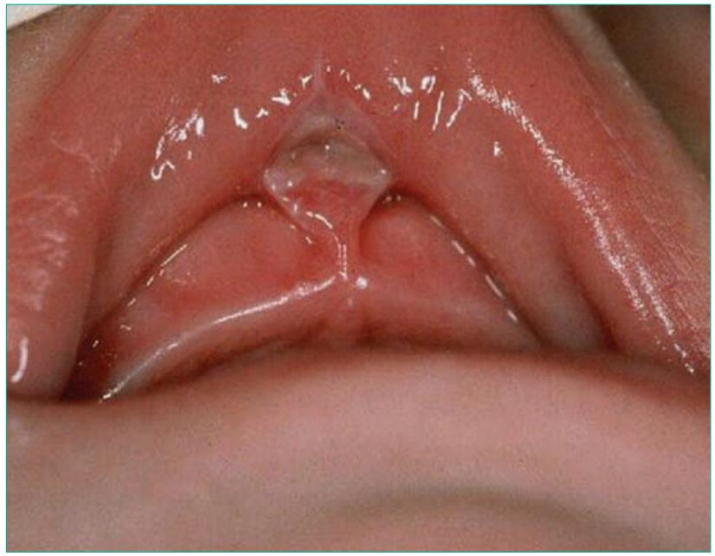


Figure 2.13

Torn frenum in a 3-month-old baby. Further investigation showed fractured ribs *(reproduced with permission of Elsevier, see page ii).*

Child protection and the dental team, www.Cpdt.Org.Uk

Úlcera Riga Fede

Pediatr Emerg Care. 2019 Nov 8. doi: 10.1097/PEC.0000000000001922. Online ahead of print.

Riga-Fede Disease: A Case of Sublingual Trauma Not Associated With Abuse

Jonathan J Lee [1], Maithri Sarangam [1], Kenneth W Feldman [2], Joel S Tieder [1]

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

FIGURE 1. Skeletal survey demonstrating a 3-cm metallic rod embedded in the floor of the mouth.

Case Reports > Pediatr Emerg Care. 2015 Aug;31(8):581-3. doi: 10.1097/PEC.0000000000000286.

A Perplexing Case of Child Abuse: Oral Injuries in Abuse and Physician Reporting Responsibilities

Michelle Starr [1], Eileen J Klein, Naomi Sugar

¿Urgencias orales en bebés vs maltrato infantil?

- Presencia de sangrado bucal.
- Laceración frenillo lingual y moretones en los muslos del bebé.
- Antecedentes de la niñera de otros niños cuidados con lesiones de maltrato físico.

Indicadores orofaciales de maltrato infantil: Breve revisión de la literatura
Pacheco Santiesteban R, Fuentes Pérez DC, Villegas Ham J, Monreal Romero H, Martínez Mata G
Ciencias Clínicas. 1 de julio de 2014;14(2):51-5.

Desgarros y quemaduras

Lesiones ulcerativas en encía y mucosa labial secundarias a uso de sustancias calientes; costras en tejidos periorales (borde bermellón) provocadas por enterramiento de uñas.

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Trauma dentoalveolar y maltrato físico

sculapp
Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Trauma dento alveolar y quemaduras

Por introducción forzada de alimentos calientes o utensilios que dejan marcas, origina lesiones en lengua, mucosa bucal, piso de boca, 25 % autoinflingidas.

Pediatrics. 2017 Aug;140(2). pii: e20171487. doi: 10.1542/peds.2017-1487.

Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect.

Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, SECTION ON ORAL HEALTH; COMMITTEE ON CHILD **ABUSE** AND NEGLECT; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC **DENTISTRY**, COUNCIL ON CLINICAL AFFAIRS, COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS; AD HOC WORK GROUP ON CHILD **ABUSE** AND NEGLECT.

Prevalencia de trauma dentoalveolar y sospecha de maltrato infantil en escolares, 2020

Juan Atencia, Maria José Pérez, Shyrley Díaz

Variables	Presencia de trauma dentoalveolar		
	Presencia Fcia(%)	Ausencia Fcia(%)	Valor p
Sospecha de maltrato			
Si	21(65,53)	11(34,38)	<0.001*
No	9 (16,98)	1 (8,02)	
Tipo de maltrato			
Maltrato físico			
Si	2(25)	6(75)	0.707
No	28 (36,36)	49 (63,64)	
Negligencia o abandono			
Si	14(73,68)	5(26,32)	<0.001*
No	16(24,24)	50(75,76)	
Negligencia dental			
Sí	5(83,33)	1(16,67)	0.019*
No	25(31,65)	54 (68,35)	

Relación entre trauma dentoalveolar y sospecha de MI en escolares de una institución de protección, Cartagena de indias, Colombia, 2020

Variables	Lesiones de tejidos duros y la pulpa			Lesiones que envuelven los dientes y tejidos periodontales de soporte		
	Presencia Fcia(%)	Ausencia Fcia(%)	Valor p	Presencia Fcia(%)	Ausencia Fcia(%)	Valor p
Sospecha de maltrato						
Si	18(56,25)	14 (43,75)	0.000*	25 (78,1[illegible])	7 (21,88)	0,037*
No	50(94,34)	3(5,66)		50(94,34)	3(5,66)	
Tipo de Sospecha maltrato						
Maltrato físico						
Si	8(100)	[illegible]0)	0.348	7(87,50)	1(12,50)	0.649
No	60(77,92,	[illegible](22,08)		68(88,31)	9(11,69)	
Negligencia o abandono						
Si	8(42,11)	11(57,89)	0.000*	16(84,21)	3(15,79)	0.686
No	60(90,9)	6(9,09)		59(89,39)	7(10,61)	
Negligencia dental						
Sí	3(50)	3(50)	0.091	3(50)	3(50)	0.020*
No	65(82,28)	14(17,72)		75(91,14)	10(8,86)	

Borrador

***Valores de p significantes. Prueba de Fisher. Resultados preliminares por analizar y publicar.**

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Child Abuse Negl. 2019 Mar;89:70-77. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.01.006.

Oral injuries in children less than 24 months of age in a pediatric emergency department.

Woolf SM[1], Leventhal JM[2], Gaither JR[3], Hardikar P[4], Langhan ML[5], Bechtel K[6], Auerbach MA[7], Tiyyagura G[8].

Author information

Abstract

BACKGROUND: Oral injuries in young **children** may indicate physical abuse. The prevalence of **oral injuries** in young **children** presenting to the **emergency department** is unknown. These data would assist providers in making decisions about the need for further abuse evaluation.

OBJECTIVE: To determine the prevalence of **oral injuries**, associated chief complaints and characteristics, and frequency of abuse evaluations in **children** younger than **24 months** presenting to a **pediatric emergency department** (PED).

PARTICIPANTS AND SETTING: Twelve **pediatric emergency** medicine physicians consecutively enrolled **children** younger than **24 months** in a tertiary care PED.

METHODS: We performed a prospective observational study. Enrolled patients underwent a complete **oral** examination. Providers recorded patient demographics, type of chief complaint, **oral** injury details, developmental ability, and the presence of an abuse evaluation.

RESULTS: Oral injuries occurred in 36/1303 (2.8%, 95% CI 1.9-3.8%) and were more common in patients with traumatic (26/200, 13%) versus medical chief complaints (10/1,103, 0.9%) ($p < .001$). Of patients with **oral injuries** (36), 78% were mobile and 72% had traumatic chief complaints. Nine (25%) **children** with **oral injuries** were evaluated for abuse. **Oral injuries** in **children** 0-11 **months** old were more likely to be evaluated for abuse than **children** 12-**24 months** old (70.0% vs. 7.7%, $p < .001$).

CONCLUSIONS: The prevalence of **oral injuries** in **children <24 months** old presenting to a PED was low. Most occurred in mobile **children** and in **children** with traumatic chief complaints. Younger, non-mobile **children** with **oral injuries** had a higher likelihood of having an abuse evaluation.

Copyright © 2019 Elsevier Ltd. All rights reserved.

KEYWORDS: Child abuse; **Emergency** medicine; **Oral** injury; **Pediatric** trauma; Sentinel injury

- **De las urgencias que asistieron al dpto de pediatría 12 urgencias en niños <24 meses.**
- **De 1303/36 presentaron lesiones orales y fueron más en pacientes con trauma.**
- **De los pacientes con lesiones orales (36), 78% eran en niños que caminaban y 72% fueron por traumas.**
- **Nueve (25%) niños con lesiones orales fueron evaluados por abuso.**
- **Las lesiones orales en niños de 0-11 meses más probabilidades por abuso que niños de 12-24 meses (70.0% vs. 7.7%, p <.001).**

Ojo: lesiones bucales y sospecha de maltrato infantil en <24 meses.

Child Abuse Negl. 2019 Mar;89:70-77. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.01.006.

Oral injuries in children less than 24 months of age in a pediatric emergency department.

Woolf SM[1], Leventhal JM[2], Gaither JR[3], Hardikar P[4], Langhan ML[5], Bechtel K[6], Auerbach MA[7], Tiyyagura G[8].

Table 3

Prevalence of oral injuries by age.

Age Group, mo.	Number Enrolled, n (%)	Oral Injury, n (%)	95% CI	*P*
0-5	434 (33.3)	6 (1.4)	0.5 – 3.0	< .001
6-11	347 (26.6)	4 (1.2)	0.3 – 2.9	
12-23	522 (40.1)	26 (5.0)	3.3 – 7.2	

- **Ojo con lesiones centinella como frenillo lingual, hemorragia conjuntival y mordidas.**
- **Muchas son pérdidas porque no se identifican en la revision y si se detectan no las relacionamos con abuso.**
- **Más propensas en niños que no caminan, que gatean y mecanismos de injuria.**
- **Causa más común del trauma: caídas.**

Lesiones orales más comunes en niños de 12 a 23 meses.

Table 4
Presentation and 6-month follow-up for patients < 12 months of age with oral injuries (n = 10).

Age/ Gender	Presentation	Oral Injury	Other Findings	Abuse Evaluation	Follow-up
3-week female (non-mobile)	Unexplained bruising	Erythematous areas of left buccal mucosa	Bruising to chest, back, arms, legs; rib fracture; classic metaphyseal lesion of tibia and subtle contour irregularity and possible discontinuity of distal femur metaphyseal corner	Yes	Admitted Discharged in custody of grandmother Supervised parental visits
5-week male (non-mobile)	Fall out of swaddle	Lingual frenum abrasion	Subconjunctival hemorrhages; left cheek swelling, mandibular fracture; liver laceration and transaminitis; rib, femur and tibia fractures	Yes	Admitted (96-hour DCF hold) Discharged to foster family No further concerns
2-month female (non-mobile)	Fever, URI conjunctivitis	Red patch to lower midline gum	None	No	Discharged to caregiver PMD contacted (aware of lesion) No further notes
2-month female (non-mobile)	Fussiness and gasping	Healing maxillary frenum tear	Bilateral subconjunctival hemorrhage; chest and hand bruising and abrasions; nasal laceration; multiple rib fractures; clavicle and femur fracture	Yes	Admitted Discharged to foster family No further concerns
3-month female (non-mobile)	Facial injuries noted by PMD	Upper frenum tear; upper lip abrasion	Nasal abrasion CT head negative Skeletal survey negative	Yes	Admitted Discharged to caregiver DCF follow-up No further notes
4-month male (non-mobile)	Oral bleeding after frenulectomy	White eschar at lingual frenum	None	No	Discharged to caregiver No further bleeding or concerns
6-month male (non-mobile)	Fall down stairs with babysitter	Upper frenum tear	None	Yes	Discharged to caregiver No further notes
7-month male (non-mobile)	Fever and URI	Lingual frenum tear with granulation tissue	None Skeletal survey negative	Yes	Admitted DCF evaluated home Discharged to caregiver with DCF follow-up No further concerns
8-month male (mobile)	Fall down stairs	Upper frenum tear	Erythema to forehead; blood in nares CT scan of head negative	Yes	Discharged to caregiver DCF evaluated home No further concerns
9-month male (mobile)	Fussiness and pain; fall night prior with bleeding from mouth	None identified	Forehead hematoma	No	Discharged to caregiver

DCF (Department of Children and Families - Connecticut's child protective service).

Child Abuse Negl. 2019 Mar;89:70-77. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.01.006.

Oral injuries in children less than 24 months of age in a pediatric emergency department.

Woolf SM[1], Leventhal JM[2], Gaither JR[3], Hardikar P[4], Langhan ML[5], Bechtel K[6], Auerbach MA[7], Tiyyagura G[8].

sculapp
Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

- Ojo: las lesiones bucales no son tan comunes en niños que no gatean aun o no deambulan, así como las mordidas.
- Este hallazgo puede servir como lesión centinella especialmente en niños menores de 12 meses de edad (Dorfman et al., 2017; Maguire et al., 2007; Petska & Sheets, 2014; Sheets et al., 2013).
- Identificación temprana de estas lesiones bucales en estos niños puede ayudar a prevenir abusos infantiles más graves.

Recomendación

Realizar seguimientos de niños donde hallemos lesiones sospechosas de maltrato infantil desde la odontología.

INTERNATIONAL JOURNAL OF
PAEDIATRIC DENTISTRY

ORIGINAL ARTICLE

Is dental trauma more prevalent in maltreated children? A comparative Study in Southern Brazil

Ivam Freire da Silva-Júnior, Andréia Drawanz Hartwig, Marília Leão Goettems, Marina Sousa Azevedo

Características traumatismos en niños maltratados

- Prevalencia de trauma 23.53% (n = 16) entre niños maltratados y 14.22% (n = 29) en grupo control.
- Asociación con or 2,14(ic 95 % 1,03-4,44) entre td y niños maltratados.
- Del 23 %, 6 niños tenían un diente con trauma y más en bajos estrato socio-económico con pocos recursos, más caries, más en dientes superiores (por su posición, la mayoría más pronunciados), overyet aumentado e incompetencia labial.
- Fractura de esmalte, pero no se especifican que tipos de fracturas.
- Limitaciones de diagnósticos por pediatras; pueden estar no familiarizados con salud bucal y pueden no tomar en cuenta una fractura de esmalte, cambios de color y movilidad y no estar entrenados como dentistas en Canada (presentes en urgencias médicas).
- Ojo más relación con niños más agresivos que en ansiosos.
- Influye más el ambiente que el comportamiento del niño: pobre supervision de padres o cuidadores, estres familiar, ambiente hostil.
- Lesiones o cicatrices en cara y / o cabeza, retraso en la búsqueda de tratamiento, explicación de la causa del trauma no compatible con el examen clínico y resistencia para hablar sobre la causa de la lesión.

- Niños que tenían Overjet > 5 mm tenían 3.5 (IC 95% 1.5-8.1) veces más propensos a tener TDI (P = 0.005).
- Tipo de lesión más común Fractura del esmalte (sola).
- De 87 dientes traumatizados, solo el 27,6% fueron tratados.

https://www.google.com/url?sa=i&url=http%3A%2F%2Fwww.ortodonciamayorga.com%2Foverjet-aumentado-2-2%2F&psig=AOvVaw0JidifHh5OGsikDmIGht5g&ust=1587929456634000&source=images&cd=vfe&ved=0CA0QjhxqFwoTCOD72OephOkCFQAAAAAdAAAAABAD

Dent Traumatol. 2006 Aug;22(4):173-8.

Aetiology and rates of treatment of traumatic dental injuries among 12-year-old school children in a town in southern Brazil.

Traebert J[1], Bittencourt DD, Peres KG, Peres MA, de Lacerda JT, Marcenes W.

Violencia intrafamiliar

- **Avulsión: niño de 10 años: gingivitis, labio edematizado, laceración y eritema.**
- **Fractura dental diente anterosuperior, edema labial, laceración, sangrado producto de golpe a mano cerrada.**
- **Los adolescentes desafían autoridad parental y puede desencadenar respuestas violentas.**

Dental Traumatology

Pattern of oral–maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors

Dental Traumatology

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

PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL

Indicadores orofaciales de maltrato infantil: Breve revisión de la literatura

R. Pacheco Santiesteban*, D. C. Fuentes Pérez, J. Villegas Ham, H. Monreal Romero, G. Martínez Mata

Maestría en Estomatología Pediátrica, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, México.

Recepción: 6 de diciembre de 2013; Aceptación: 13 de diciembre de 2013

¡Ojo si encuentro marcas en la lengua!

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827

Articulación temporomandibular y fracturas óseas

- Dependiendo del trauma, luxaciones y subluxaciones de la ATM.
- Fracturas del cuerpo, cóndilos, ramas o sínfisis resultados del trauma
- ¿Fracture en niños por caídas de su propia altura (1)?

D´Andrea, Medina·Martínez·Da Silva, Tratamiento conservador de las fracturas del cóndilo mandibular en pacientes pediátricos: Serie de casos *ALOP, 2017;7(2)*

Diferencias entre maltrato físico y accidentes

- En el maltrato se afecta. más de un plano del cuerpo
- En los accidentes sólo un plano del cuerpo.

D´Andrea, Medina ·Martínez ·Da Silva, Tratamiento conservador de las fracturas del cóndilo mandibular en pacientes pediátricos: Serie de casos *ALOP, 2017;7(2)*

Asociación de Odontología Forense de los EEUU

Huellas de mordidas

Lesión en la piel causada por contacto de los dientes (con el contacto de los labios y lengua o sin este) que muestra un patrón representativo de las estructuras orales.

Lesión de mordedura en una niña producida por otra compañera de escuela.

Lesión de mordedura.

Las marcas de mordidas no siempre se presentan como lesiones con dibujos circulares u ovales y elípticos.
La forma de la lesión puede variar dependiendo el sitio de la lesión, la forma de la causa dentición, así como la posición y movimiento de la víctima durante el incidente.

Distancia intercanina menor a 2,5 cm: niños.
Distancia Intercanina de 2,5 a 3,0 cm: niños o jóvenes.
Distancia intercanina > 3,0 cm: adultos.

El Odontopediatra debe documentarla por medio de diagramas o dibujo anatómicos y fotografías tomadas perpendicularmente con su respectivo testigo métrico.
Se toman muestras con escobillones, cadena de custodia y análisis forense.

Figura 1. (A) laceraciones provocadas por enterramiento de uñas en pabellón auricular. (B) raspaduras en antebrazo secundarias a golpes y fricción contra superficies duras en paciente víctima de MI.

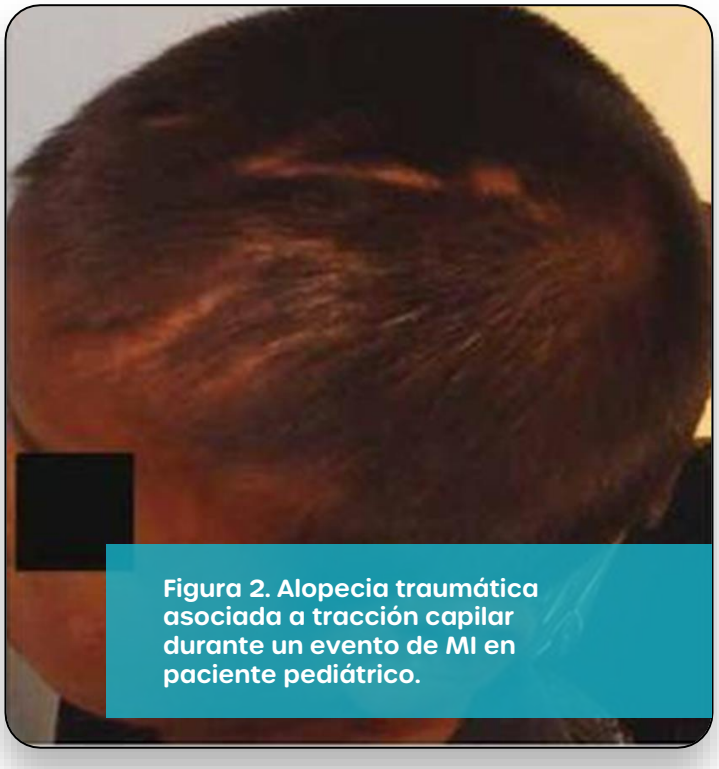


Figura 2. Alopecia traumática asociada a tracción capilar durante un evento de MI en paciente pediátrico.

Indicadores orofaciales de maltrato infantil: breve revisión de la literatura

Pacheco santiesteban R, fuentes pérez DC, villegas ham J, monreal romero H, martínez mata G

Ciencias clínicas. 1 de julio de 2014;14(2):51-5.

¿Cómo diferenciar mordidas por accidentes de trauma accidental?

- Estudio de casos y controles de niños entre los 0 a 48 meses de edad.
- 42 fueron víctimas de abuso físico, 53 controles.
- 33 de los 42 y 38 de los 53 presentaban mordidas.
- Lugar: torso, orejas, cuello en niños $\leq$ 4 años.
- Mordidas en cualquier lugar del cuerpo en bebés < 4 meses.
- Sensibilidad del 97% y especificidad del 84% corresponden a un abuso.

Pediatrics. 2010 Jan;125(1):67-74. doi: 10.1542/peds.2008-3632. Epub 2009 Dec 7.

Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma.

Pierce MC[1], Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J, Lorenz DJ.

Author information

Erratum in
Pediatrics. 2010 Apr;125(4):861.

Abstract

OBJECTIVE: Our objective was to conduct a pilot study to identify discriminating bruising characteristics and to model those findings into a decision tool for screening children at high risk for **abuse**.

METHODS: A case-control study of children 0 to 48 months of age who were admitted to a PICU because of trauma was performed. Case subjects (N = 42) were victims of physical **abuse**, and control subjects (N = 53) were children admitted because of accidental trauma during the same time period. Bruising characteristics (total number and body region) and patient age were compared for children with abusive versus accidental trauma. The development of a decision rule for predicting abusive trauma was accomplished with the fitting of a classification and regression tree through binary recursive partitioning.

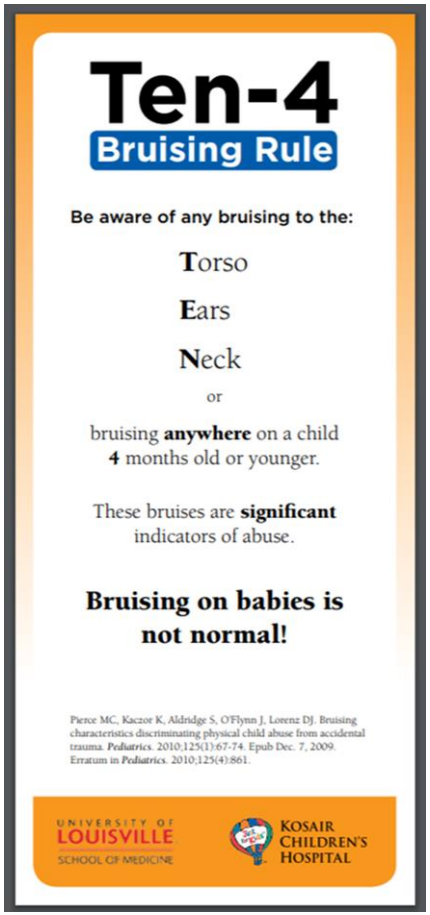
RESULTS: Ninety-five patients were studied. Seventy-one (33 of 42 patients in the **abuse** group and 38 of 53 in the accident group) were found to have bruising, and the characteristics were modeled. Characteristics predictive of **abuse** were bruising on the torso, ear, or neck for a **child** <or=4 years of age and bruising in any region for an infant <4 months of age. A bruising clinical decision rule was derived, with a sensitivity of 97% and a specificity of 84% for predicting **abuse**.

CONCLUSIONS: Discriminating differences exist in bruising characteristics for abusive versus accidental trauma. The body region- and age-based bruising clinical decision rule model functions as a clinically sensible screening tool to identify young children who require further evaluation for **abuse**.

TEN4-Bruising Clinical Decision Rule

Seattle Children's
HOSPITAL • RESEARCH • FOUNDATION

T: torso
E: ear
N: neck and
4: in children less than 4 years of age and ANY BRUISE in an infant under 4 months of age.



Redes sociales

sdiazc@unicartagena.edu.co

3106836111

Shyrley Díaz Odontología para Bebés

@shyrleydiaz_odontologiabebes

@grupogimio

¡Muchas gracias!

sculapp

Universidad de Cartagena
Fundada en 1827