
Abuso Sexual y Maltrato Infantil.

Seglie I; Miguel R.; Díaz G.

Asignatura Introducción a la Odontología Legal. Facultad de Odontología. UNLP. Calle 51 e/1 y 115 s/n. La Plata (1900) - Buenos Aires - Argentina.

La incidencia del maltrato infantil es muy difícil de determinar, ya que la mayoría de las veces sólo se detectan los casos más graves y se supone que el número de denuncias es bajo. Con respecto al ámbito sanitario se suelen diagnosticar solamente los casos de malos tratos físicos con signos muy evidentes. Los profesionales sanitarios jugamos un papel muy importante en la detección, intervención y prevención del maltrato infantil. El síndrome del maltrato infantil (SMI) recibe el nombre de sevicias en el ámbito jurídico. Desde el punto de vista de la pediatría medicolegal se describen bajo dos formas clínicas: 1) Síndrome de Caffey-Kempe y 2) Síndrome de Munchausen by Proxy. En el primero la observación es fundamentalmente radiológica, encontrando como producto de distintos traumatismos aplicados al niño, fracturas tanto óseas como dentarias de distinto grado de consideración como también fisuras, luxaciones o sub-luxaciones de distintos grados de evolución. En superficie se pueden encontrar hematomas, excoriaciones, úlceras, quemaduras. En el segundo, se inventan o se crean los síntomas o signos del niño; se trata de confundir al médico tratante. Los abusos físicos podrán ser: a) lesiones cutaneomucosas: equimosis, hematomas, laceraciones, ruptura del frenillo del labio superior, mordeduras, quemaduras b) lesiones osteoarticulares: fracturas, subluxaciones, contusiones c) lesiones toracoabdominales d) lesiones oculares e) lesiones del sistema nervioso central. No obstante, el abordaje del problema del niño maltratado requiere la participación de equipos especializados en los que colaboran profesionales de los distintos ámbitos relacionados con la infancia. La exploración física ha de ser completa y cuidadosa. Se deben buscar lesiones en la piel y mucosas. Entre las que encontramos más frecuentemente pueden incluirse: hematomas, mordeduras, fracturas dentarias y dentomaxilares; quemaduras y pérdidas de pelo. Con respecto a las mordeduras, obviamente humanas, dejan marcas simétricas con forma de semiluna con las improntas de cada uno de los dientes. Por ello es importante describir: el aspecto, número, tamaño, localización y color, e intentar deducir el tiempo de evolución. Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo y, en muchas ocasiones, secuelas psicológicas, lo que justifica la importancia de una detección precoz para una adecuada intervención. Debemos observar con cuidado el carácter de las lesiones que se presentan en las estructuras buco facial. Las más frecuentes se localizan en paladar, carrillos, lengua, labios, encías y entre los incisivos centrales. Pueden ser de tipo verrugoso: presunto condiloma acuminado. Aparecen entre 1 y 3 meses después de la implantación, como resultado, se presume, del contacto

orogenital con una persona infectada. Las formaciones de condiloma acuminado se caracterizan por un grupo importante de nódulos de color rosa, que crecen y finalmente hacen coalescencia. El resultado del proceso es una formación papilar exofítica, blanda, pedunculada o sésil, que puede ser queratinizada o no. Las lesiones pueden ser extensas o, lo que es mucho más frecuente, autolimitadas. Pese a que no representan un riesgo mayor para la salud de quien las padece, las lesiones del condiloma acuminado en un niño son fuertemente sugestivas de abuso sexual. Las lesiones de impétigo pueden ser similares a quemaduras de cigarrillos. Una vez identificado un posible caso de maltrato se debe notificar a las autoridades pertinentes. La notificación es una obligación legal y profesional y no solo en casos graves, sino también los leves o de sospecha y las situaciones de riesgo. Cuando se detectan en el ámbito sanitario, los informes médicos-odontológicos que se elaboren, deben ser lo más detallado posible teniendo en cuenta el desconocimiento por parte de los receptores (jueces, asistentes sociales, etc.) de la terminología médica y odontológica. El presente estudio pretende capacitar al profesional para detectar la presencia de lesiones provocadas por posible maltrato infantil, incrementar la búsqueda diagnóstica, saber estrechar su vínculo con la víctima y poder integrar un equipo que colabore con el diagnóstico de la situación (médico – psicólogo – asistente social).

El método usado para la realización de esta investigación fue el exploratorio. El estudio se llevó a cabo con la ayuda de Instituciones Hospitalarias y Centros de Salud en las cuales pedimos información del maltrato y también tuvimos entrevistas con especialistas en el caso. Los resultados que obtuvimos de las observaciones fue que el maltrato físico y emocional están relacionados y uno de los factores principales que observamos de las personas es su agresividad y estado de ánimo vulnerable. En conclusión, la complejidad de este problema requiere soluciones que no pueden ser abordadas desde un solo ámbito de actuación. Por ello es necesario el compromiso de todas las instituciones y de los profesionales que atienden desde una u otra área a la infancia, para coordinar esfuerzos tanto en su atención como en su prevención.

BIBLIOGRAFIA:

1. Sánchez, J. El niño maltratado. Tratado de Urgencias de Pediatría. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2005. p.760-71.
2. Redondo Figuero y Ortiz MR. El abuso sexual infantil. Boletín Pediátrico 2005;45: 3-16.
3. Basile, A. Fundamentos de medicina legal: deontología y bioética. 3ª. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1999. p 145-148.
4. Comité de maltrato infantil. Asociación Médica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires (1 tomo sin pie de imprenta).