

Artículo original

Manifestaciones orales asociadas al maltrato infantil en una población institucionalizada

Oral manifestations associated with child abuse in an institutionalized population

Paola Fernanda Sánchez Granja^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6198-5814>

Verónica Alejandra Salame Ortiz¹ <https://orcid.org/0000-0002-7103-5804>

Rómulo Guillermo López Torres¹ <https://orcid.org/0000-0001-9315-3388>

¹ Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: oa.paolafsg58@uniandes.edu.ec

RESUMEN

El maltrato infantil, en sus distintas formas, puede producir efectos adversos sobre la salud general y bucal de los niños, siendo el sistema estomatognático una de las estructuras más sensibles a estas condiciones. El objetivo de este estudio fue describir las manifestaciones orales asociadas al maltrato infantil en niños institucionalizados en el Hogar Santa Marianita de Ambato, Ecuador. Se realizó un estudio descriptivo de diseño transversal, entre noviembre de 2023 y febrero de 2024, en una muestra de 38 niños y niñas de entre 0 y 13 años, agrupados en cuatro rangos etarios. La recolección de datos se efectuó mediante la historia clínica

odontológica del MSP, registrando hallazgos extraorales e intraorales, así como indicadores diagnósticos como el índice de higiene bucal simplificado, la clasificación de maloclusiones de Angle y Baume, el índice de Dean modificado y los índices CPO-ceo. Los resultados evidenciaron una alta prevalencia de placa bacteriana y caries en todos los grupos etarios, así como lesiones pulpares, úlceras aftosas recurrentes, fluorosis dental, frenillo lingual corto y alteraciones oclusales. La frecuencia y diversidad de manifestaciones orales variaron según la edad y el tipo de maltrato identificado, siendo más severas en casos de violencia física y psicológica. Se concluye que existe una influencia significativa del maltrato infantil en la salud bucal, por lo que se recomienda fortalecer la capacitación del personal odontológico en la detección de signos clínicos de riesgo y fomentar la articulación con redes de protección infantil para una atención integral y oportuna.

Palabras clave: Salud bucal; manifestaciones clínicas orales; maltrato infantil; negligencia infantil; población institucionalizada.

ABSTRACT

Child abuse, in its various forms, can have adverse effects on both general and oral health in children, with the stomatognathic system being one of the most sensitive structures to these conditions. The objective of this study was to describe the oral manifestations associated with child abuse in institutionalized children at the Hogar Santa Marianita in Ambato, Ecuador. A descriptive cross-sectional study was conducted between November 2023 and February 2024, involving a sample of 38 children aged 0 to 13 years, grouped into four age ranges. Data collection was carried out using the MSP dental medical history, recording extraoral and intraoral findings, as well as diagnostic indicators such as the simplified oral hygiene index, Angle and Baume malocclusion classifications, modified Dean index, and CPO-ceo

indices. The results revealed a high prevalence of bacterial plaque and cavities in all age groups, as well as pulp lesions, recurrent aphthous ulcers, dental fluorosis, short lingual frenulum, and occlusal alterations. The frequency and diversity of oral manifestations varied depending on the age and type of identified abuse, being more severe in cases of physical and psychological violence. In conclusion, child abuse has a significant influence on oral health, highlighting the need to strengthen training for dental professionals in the detection of clinical risk signs and to promote collaboration with child protection networks for comprehensive and timely care.

Keywords: Oral health; clinical oral findings; child abuse; child neglect; institutionalized children.

Recibido: 23/04/2025

Aceptado: 14/06/2025

Introducción

El maltrato infantil es un problema de salud pública que afecta a millones de niños en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico a un menor de 18 años, incluyendo el abuso físico, sexual, emocional y la negligencia. En América Latina, se estima que entre el 50 % y el 60 % de los niños han sufrido algún tipo de abuso en el último año.⁽¹⁾

La salud bucal es un componente esencial del bienestar general y la calidad de vida. El sistema estomatognático, que incluye dientes, encías, músculos

masticatorios y estructuras asociadas, puede verse afectado por el maltrato infantil. Las manifestaciones orales del maltrato incluyen lesiones en los labios, mucosa oral, dientes y encías, así como signos de negligencia como caries no tratadas y mala higiene bucal.^(2,3)

En Ecuador, existe una escasez de estudios que aborden la relación entre el maltrato infantil y la salud bucal. Este estudio se centra en niños residentes en el Hogar Santa Marianita de Ambato, una institución que acoge a menores que han sufrido algún tipo de maltrato.

El objetivo del presente estudio es describir las manifestaciones orales asociadas al maltrato infantil en niños institucionalizados en el Hogar Santa Marianita de Ambato, Ecuador.

Métodos

Se realizó un estudio de nivel descriptivo, con diseño transversal, cuyo objetivo fue caracterizar el estado del sistema estomatognático de niños institucionalizados con antecedentes de maltrato infantil. La investigación se llevó a cabo en el Hogar Santa Marianita de Ambato, Ecuador, entre noviembre de 2023 y febrero de 2024.

La población estuvo conformada por 38 niños y niñas residentes, organizados en cuatro grupos etarios: Línea 1 (0–2 años), Línea 2 (2–4 años), Línea 3 (5–7 años) y Línea 4 (8–13 años). Se incluyeron aquellos menores cuya permanencia en el hogar coincidía con el periodo de estudio y cuya participación fue autorizada mediante consentimiento institucional otorgado por la dirección de la casa hogar. Se excluyeron niños con enfermedades sistémicas graves o restricciones legales documentadas.

La recolección de datos se efectuó utilizando el formulario 033 de la Historia Clínica Única Odontológica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el cual permitió registrar información clínica a través de tres componentes principales: la anamnesis, el examen clínico (extraoral e intraoral) y los registros diagnósticos complementarios.

En la anamnesis, los datos de identificación y el historial familiar fueron proporcionados por el departamento de psicología del hogar, incluyendo antecedentes relevantes sobre la gestación, condiciones hereditarias y situación social. También se documentaron antecedentes personales relacionados con la erupción dentaria (cuando correspondía), desarrollo y atención odontológica previa, hábitos de higiene oral y alimentación.

El examen del sistema estomatognático incluyó la exploración detallada de labios (en reposo y función, apariencia, lesiones e integridad), articulaciones temporomandibulares (trayectoria, desviación, ruidos articulares, dolor) y estructuras faciales (simetría, perfil, color de piel y conjuntivas, ventilación nasal y secreciones).

En el examen intraoral se valoraron los tejidos blandos (mucosa oral, orofaringe, paladar, lengua, suelo de boca, encías, carrillos, frenillos, glándulas salivales y amígdalas) y las estructuras dentarias (número, forma, tamaño, color, estructura, oclusión, espaciamientos, apiñamientos, caries, movilidad, fístulas y restauraciones).

Para el diagnóstico odontológico se aplicaron los siguientes indicadores de salud bucal:

- Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S) de Greene y Vermillion,⁽⁴⁾ evaluando presencia de placa bacteriana, cálculo dental y signos de gingivitis, con criterios de puntuación del 0 al 3 para cada indicador.

- Clasificación de maloclusión dental según el sistema de Angle (para dentición permanente) y planos terminales de Baume (para dentición decidua), según relaciones sagitales entre primeros molares.^(5,6,7)
- Índice de Dean modificado, basado en los protocolos odontológicos del MSP, para clasificar el grado de fluorosis dental (leve, moderado, severo).⁽⁸⁾
- Índices CPO-ceo, registrados mediante el odontograma oficial. Se utilizó simbología estandarizada con colores rojo (patología actual) y azul (tratamientos previos), permitiendo el cálculo de prevalencias específicas.

Los datos clínicos fueron registrados de manera individual, y luego sistematizados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 365, diseñada por la autora. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, empleando frecuencias absolutas y relativas, para identificar la distribución de las condiciones bucales según edad y características observadas.

Desde el punto de vista ético, el estudio se ajustó a los principios fundamentales de respeto, beneficencia y justicia, en concordancia con la Declaración de Helsinki y las normativas ecuatorianas vigentes. Se aseguró la confidencialidad de los datos, la protección del anonimato de los participantes, y la ausencia de cualquier intervención que comprometiera su integridad. La participación fue autorizada exclusivamente mediante consentimiento institucional firmado por el director del Hogar Santa Marianita, en su calidad de representante legal de los menores.

Resultados

La presentación de resultados se centró exclusivamente en la caracterización clínica de la salud bucal de los 38 niños y niñas residentes del Hogar Santa Marianita de

Ambato, Ecuador. La distribución por sexo evidenció una mayor proporción de niñas (55.2 %) frente a niños (44.7 %). La edad de los participantes abarcó desde los 3 meses hasta los 13 años, lo que permitió su agrupación en cuatro rangos etarios (Líneas 1 a 4), conforme al protocolo metodológico adoptado.

Manifestaciones orales según grupo etario

- En la Línea 1 (0–2 años), todos los participantes presentaron depósito de placa bacteriana. Se observó una prevalencia del 33.3 % de úlcera aftosa recurrente y 22.2 % de lesiones cariosas. El cambio de color exógeno se detectó en un solo caso (11.1 %).
- En la Línea 2 (2–4 años), la prevalencia de depósito de placa y lesiones cariosas fue del 83.3 %. Se identificaron, además, dientes ausentes en el 50 % de los casos y lesiones pulpares en el 33.3 %.
- En la Línea 3 (5–7 años), se mantuvo la alta prevalencia de placa bacteriana (100 %) y caries (83.3 %). También se registraron otras caries (41.7 %), fluorosis dental (25 %) y presencia de frenillo lingual corto (8.3 %).
- En la Línea 4 (8–13 años), todos los casos presentaron tanto placa como caries (100 %). La fluorosis y la úlcera aftosa recurrente alcanzaron un 45.5 % de prevalencia cada una. Se reportaron también anomalías morfológicas dentales tipo cónico, frenillo lingual corto y lesiones pulpares (cada una con 9.1 %).

Manifestaciones orales según tipo de maltrato

Al clasificar las manifestaciones según el tipo de maltrato reportado, se observaron patrones relevantes:

- En casos de negligencia en el cuidado y protección, las lesiones cariosas alcanzaron una prevalencia del 62 %, acompañadas de úlcera aftosa (18 %) y

lesiones pulpares (12 %). La fluorosis y anomalías morfológicas fueron menos frecuentes (6 %).

- En situaciones de riesgo y abandono, las caries afectaron al 76 % de los niños, seguidas por fluorosis (43 %) y úlcera aftosa (20 %). La raíz dental retenida se presentó en el 7 %.
- En casos de violencia física y psicológica, tanto las caries como el depósito de placa estuvieron presentes en el 100 % de los evaluados. Se identificaron otras caries en el 57 % de los casos, úlceras aftosas en el 28 % y fluorosis dental en el 14 %.

Evidencia clínica

Las figuras incluidas (1-3) documentan fotográficamente diversas manifestaciones bucales observadas:



Fig. 1 - Vista frontal e inferior de caries extensas en molares deciduos, con pérdida estructural y signos de placa.



Fig. 2- Evidencia de caries anteriores, alteración del color dental y desalineación incisal.



Fig. 3- Maloclusión de clase II, pigmentación dentaria, desgaste y ausencia de piezas posteriores con exposición pulpar.

Estas imágenes sirven como apoyo gráfico a los hallazgos clínicos descritos y fueron seleccionadas por su valor representativo y ético.

Los resultados obtenidos muestran una elevada prevalencia de alteraciones en la salud bucal asociadas a condiciones de vulnerabilidad infantil. Aunque el presente análisis se limita al nivel descriptivo, los hallazgos constituyen una base sólida para futuras investigaciones de tipo relacional o explicativo.

Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación reflejan una alta frecuencia de manifestaciones orales asociadas al maltrato infantil. La presencia universal de placa bacteriana y caries en todos los grupos etarios evaluados evidencia

deficiencias sostenidas en la atención odontológica y en las prácticas de higiene oral en esta población vulnerable.^(3,4) Estos hallazgos no solo representan un problema de salud bucal, sino también un posible indicador de negligencia sistemática, especialmente relevante en contextos de institucionalización.

Asimismo, la detección de maloclusiones y frenillo lingual corto en varios sujetos, en particular a partir de los cinco años, representa una alerta clínica significativa. Estas alteraciones pueden afectar funciones fundamentales como el habla, la masticación y la deglución, por lo que justifican una evaluación ortodóntica o quirúrgica precoz que permita evitar consecuencias funcionales a largo plazo.^(5,6,7)

Otro hallazgo relevante fue la identificación de fluorosis dental, particularmente en los niños mayores. Este tipo de lesión, atribuida a la hipermineralización por exposición excesiva al flúor, podría deberse al uso inadecuado de pastas dentales fluoradas o al consumo de agua con alto contenido de flúor sin supervisión adulta.⁽⁸⁾ Su aparición en un contexto de vulnerabilidad refuerza la necesidad de una orientación preventiva adecuada desde los primeros años de vida.

En cuanto a las lesiones de tipo mucoso, la úlcera aftosa recurrente fue notoriamente más frecuente en niños menores de 4 años. Esta manifestación podría estar asociada a prácticas de higiene compartida, como el uso común de cepillos dentales, lo cual favorece la transmisión de microorganismos entre los infantes.⁽⁹⁾ Este hallazgo, aunque clínicamente manejable, puede representar un signo indirecto de condiciones de vida institucional desprotegidas.

De manera concordante con la literatura reciente, los casos de caries severas —registradas en un 100 % de los niños en situación de violencia física y psicológica— pueden interpretarse como manifestaciones clínicas de negligencia, e incluso como indicios de abuso crónico no detectado.^(10,11) En este sentido, el papel del personal de salud bucal se vuelve crucial no solo en el abordaje clínico, sino

también en la identificación temprana de posibles casos de maltrato. Sin embargo, como han señalado diversos autores, la falta de formación específica en esta área sigue limitando la capacidad de muchos profesionales para actuar de forma oportuna ante estos signos.⁽¹²⁾

En conjunto, los resultados obtenidos reafirman que la salud bucal no puede ser entendida de forma aislada del contexto psicosocial del niño. Las alteraciones identificadas en este estudio no solo constituyen indicadores clínicos, sino también expresiones materiales de un entorno de riesgo, cuya identificación debe ser parte del enfoque integral en la atención infantil.

En función de los hallazgos obtenidos, se recomienda implementar programas de capacitación dirigidos a profesionales de la salud bucal, orientados específicamente al reconocimiento de signos clínicos que podrían estar asociados a diferentes formas de maltrato infantil. Es fundamental que estas capacitaciones incluyan criterios diagnósticos, protocolos de actuación interinstitucional y elementos de abordaje ético y legal. Asimismo, se sugiere fortalecer los mecanismos de articulación entre los servicios odontológicos y las instancias de protección de derechos de la infancia, de manera que la detección de manifestaciones orales sospechosas pueda activar rutas de intervención temprana. Finalmente, se propone incorporar evaluaciones odontológicas sistemáticas dentro de los controles de salud de niños institucionalizados, para garantizar un enfoque preventivo y oportuno que contribuya al bienestar integral de esta población vulnerable.

Conclusiones

Los resultados de este estudio confirman que el maltrato infantil —ya sea por negligencia, abandono o violencia física y psicológica— tiene un impacto negativo directo sobre la salud del sistema estomatognático. Las manifestaciones clínicas

más frecuentes, como el depósito generalizado de placa bacteriana, las lesiones cariosas extensas, la fluorosis dental y las úlceras aftosas recurrentes, evidencian no solo la falta de atención odontológica, sino también condiciones de vida que vulneran el desarrollo saludable de los niños.

Estas alteraciones no deben interpretarse únicamente como signos clínicos aislados, sino como posibles indicadores de un entorno de riesgo, particularmente cuando se presentan de manera simultánea y reiterada. La alta prevalencia de caries en todos los grupos etarios, así como la coexistencia de maloclusiones, lesiones pulpares y anomalías dentarias, refuerzan la necesidad de considerar la salud bucal infantil como un componente sensible al maltrato y la negligencia.

En este contexto, se vuelve imprescindible fortalecer la formación de los profesionales de la salud bucal en el reconocimiento temprano de estas manifestaciones. Su rol es clave para activar protocolos de protección, derivar adecuadamente a instancias interinstitucionales y brindar una atención integral, empática y oportuna. La intervención odontológica no solo debe orientarse a restaurar estructuras afectadas, sino también a identificar señales de alerta que permitan prevenir daños mayores en la salud física, emocional y social de los niños.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra las niñas y los niños. OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos>
2. Spiller LR. Orofacial manifestations of child maltreatment: A review. Dent Traumatol. 2024 Mar;40 Suppl 2:10-17. <https://doi:10.1111/edt.12852>.

3. Tate AR, Fisher-Owens SA, Spiller L, et al. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect: Clinical Report. *Pediatrics*. 2024;154(3):e2024068024. <https://doi:10.1542/peds.2024-068024>.
4. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc*. 1964 Jan;68:7-13. <https://doi:10.14219/jada.archive.1964.0034>.
5. Angle EH. Classification of malocclusion. *Dent Cosmos*. 1899;41:248–64.
6. Baume LJ. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion. I. The biogenetic course of the deciduous dentition. *J Dent Res*. 1950 Apr;29(2):123-32. <https://doi:10.1177/00220345500290020301>
7. Dean, HT (1934) Clasificación del diagnóstico del esmalte moteado. *Revista de la Asociación Dental Americana*. 1922; 21: 1421-1426. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1934.0220>.
8. Estrada Valenzuela Cristian Mayela, Llodra Calvo Juan Carlos. Fluorosis dental en una muestra de adolescentes del estado de Coahuila, México. *Acta univ* [revista en la Internet]. 2019 [citado 2025 Mayo 14]; 29: e1992. <https://doi.org/10.15174/au.2019.1992>.
9. Medina-Patruno C, Bolaños-Rivero M, Martín-Sánchez AM, Saavedra-Santana P, Vicente-Barrero M. ¿Cuál es el nivel de contaminación del cepillo de dientes almacenado en diferentes entornos sanitarios? *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2019 Ago; 35(2): 69-72. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852019000200003>.
10. Sillevis Smitt H, de Leeuw J, de Vries T. Association Between Severe Dental Caries and Child Abuse and Neglect. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017 Nov;75(11):2304-2306. <https://doi:10.1016/j.joms.2017.05.004>.

11. Smitt HS, Mintjes N, Hovens R, de Leeuw J, de Vries T. Severe caries are a clue for child neglect: a case report. *J Med Case Rep*. 2018 Apr 26;12(1):109. <https://doi:10.1186/s13256-018-1639-6>.
12. Gupta S, Devi A, Kamboj M, Hooda A, Narwal AJ. Knowledge, awareness and attitude of dental professionals regarding child maltreatment. *J Forensic Odontostomatol*. 2023 Aug 27;41(2):10-20. PMID: 37634172; PMCID: PMC10473458.