

# Revisión: Manifestaciones orales en maltrato infantil -Rol del odontólogo en la detección

**Autores:** Sáez, Constanza <sup>1</sup>; Inostroza Sila, Carolina <sup>2</sup>; González Providell, Sergio<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Estudiante de Pregrado, Facultad de Odontología, Universidad de los Andes, Chile

<sup>2</sup> Bioquímico, Magister en Ciencias, Doctor en Ciencias, Centro de Investigación en Biología y Regeneración Oral (CIBRO), Facultad de Odontología, Universidad de los Andes, Chile.

<sup>3</sup> Académico de Pregrado Patología y Medicina Bucal, Facultad de Odontología, Universidad de los Andes, Chile

## Resumen

**Introducción:** El maltrato infantil es una transgresión grave de los derechos, y ha ido en aumento en los últimos años. Se ha descrito que puede tener repercusiones en el territorio maxilofacial, y los odontólogos se pueden enfrentar a lesiones asociadas a maltrato. En ese contexto surge la pregunta: ¿Cuáles son las manifestaciones orales asociadas con mayor frecuencia a maltrato infantil? Para responder esta pregunta planteamos identificar y describir las principales lesiones de la cavidad oral encontradas en niños abusados. **Métodos.** Se realizó una revisión de la literatura entre julio y octubre del 2021 en las bases de datos Scielo, Medline, EBSCO, Cochrane y Epistemonikos, con palabras clave y con criterios de inclusión y exclusión. **Resultados.** Se seleccionaron 11 artículos y se identificó que los sitios más afectados son: labios, mucosa oral, dientes, encías, lengua, frenillos. Las lesiones más frecuentes fueron: equimosis, excoriaciones, heridas, cicatrices, quemaduras, hematomas, abrasiones, laceraciones; fracturas, dislocaciones y avulsiones dentales, fracturas de maxilar y/o mandíbula. También se evidenció una similitud entre tipo de lesiones, su ubicación y frecuencia. Sin embargo, hubo discrepancias en el rango etario más afectado: en algunos, eran los infantes prepuberales, y en otros los adolescentes. **Conclusiones:** El maltrato infantil puede manifestarse a nivel de la cabeza y cuello. Aproximadamente el 50% de las lesiones observadas son debido a algún tipo de maltrato. Por lo tanto, el odontólogo tiene un rol fundamental en la inspección y detección de lesiones para sospechar, registrar, informar y realizar derivaciones oportunas cuando sea necesario.

**Palabras claves:** Abuso Infantil; Lesiones Dentales; Odontología; Enfermedades de la boca.

## Abstract

**Introduction:** Child abuse is a serious violation of rights and has been increasing in recent years. It has been described that it may have repercussions on the maxillofacial territory, and dentists may face injuries associated with abuse. In this context, the question arises: What are the oral manifestations most frequently associated with child abuse? To answer this question, we propose to identify and describe the main injuries of the oral cavity found in abused children. **Methods:** A review was carried out of the literature between July and October 2021 in the Scielo, Medline, EBSCO, Cochrane, and Epistemonikos databases; with keywords and inclusion and exclusion criteria. **Results:** 11 articles were selected, and it was identified that the most affected sites are: lips, oral mucosa, teeth, gums, tongue, and braces. The most frequent injuries were ecchymosis, excoriations, wounds, scars, burns, hematomas, abrasions, lacerations; fractures, dislocations and dental avulsions, and fractures of the maxilla and/or mandible. A similarity was also evident between types, locations and frequency of lesions. However, there were discrepancies in the most affected age range: in some, they were prepubertal infants, and in others, adolescents. **Conclusions:** Child abuse, whether physical or sexual, can manifest at the level of the head and neck. Approximately 50% of the injuries observed are due to some type of abuse. Therefore, the dentist has a fundamental role in the inspection and detection of injuries to suspect, record, report, and make timely referrals when necessary.

**Keywords:** Child Abuse; Dental Injuries; Dentistry; Oral Diseases.

## Introducción

El maltrato infantil es un problema serio que ha estado presente a lo largo de los años tanto en Chile como en el mundo (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como cualquier forma de maltrato o desatención que afecte a un menor de 18 años, incluyendo todo tipo de maltrato físico o afectivo, sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que atente en perjuicio de la salud, desarrollo o dignidad del menor o ponga en riesgo su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (1).

Esta problemática no es simple y se deben considerar distintos aspectos para poder hablar de maltrato: Qué se entiende por maltrato, su tipo, el contexto en el que se da, las características del agresor y del agredido, entre otras (1,2).

Además, al discutir el tema del maltrato, como odontólogos debemos tener en cuenta las repercusiones a nivel físico y psicológico y el manejo terapéutico de las lesiones, así como el abordaje y conducta a seguir con estos pacientes. Para esta revisión, se entenderá por maltrato infantil aquella acción que provoque la presencia de una o más lesiones no accidentales producto de una agresión, ya sea física o sexual, y que exija asistencia médica o legal en personas menores de 18 años (1,3).

Hace menos de un siglo que el odontólogo comenzó a tomar protagonismo en el diagnóstico de maltrato infantil. Diversos estudios muestran que la cabeza y cara son un gran lugar de asentamiento de traumatismos, donde aproximadamente el 50% de los casos es debido a maltrato. Debido a esto, el rol del odontólogo es estar capacitado para la identificación de lesiones, realizar una exploración meticulosa, estar alerta y a través de sus conocimientos y hallazgos ser capaz de sospechar, registrar, informar y realizar derivaciones pertinentes. Un odontólogo no puede dejar pasar desapercibida alguna lesión en el territorio maxilofacial que no tenga explicación coherente y que dé indicios de maltrato (4,6). A través de distintos estudios, ha quedado en evidencia que cuando se sospecha maltrato infantil, las guías de manejo han sido de gran utilidad para el odontólogo al momento del reporte (7,9).

Es frecuente que el maltrato infantil pase desapercibido y que solo una parte de las víctimas de maltrato reciba atención por parte de un profesional de la salud. Esto debido a que existe un vacío a nivel nacional y mundial sobre el tema, existen falencias en cuanto al reconocimiento, diagnóstico, y denuncias de lesiones indicativas de maltrato; por ende, es sumamente importante adquirir el conocimiento, herramientas y competencias para poder identificar estas lesiones y tener un rol activo frente a éstas (10).

Basado en los antecedentes anteriores, el objetivo de esta revisión es identificar y describir qué lesiones se pueden manifestar en la cavidad oral por maltrato físico y/o sexual en pacientes pediátricos.

El maltrato infantil requiere un compromiso firme de todos los sectores de la sociedad para ser erradicado. Así mismo, la evidencia disponible en Chile es clara y contundente: es necesario actuar con urgencia para proteger a los niños, niñas y adolescentes de nuestro país.

## **Métodos**

Para la recolección de artículos científicos de esta revisión con metodología narrativa se utilizaron las siguientes bases de datos: Scielo, Medline, EBSCO, Cochrane, Epistemonikos. Se utilizaron los motores de búsqueda Pubmed y Google Scholar.

Las palabras claves utilizadas fueron: “child abuse” [MeSH Terms]; “mouth diseases” [MeSH Terms]; “tooth injuries” [MeSH Terms]; “oral lesions”; “dentistry” [MeSH Terms]; y los operadores booleanos AND/OR.

Además, se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión, dentro de los que destacan:

- Criterios de inclusión:
  - Textos completos en inglés y/o español
  - Publicaciones desde 2010 a 2020
  - Tipos de estudio: reporte de casos, reportes clínicos, guía de práctica clínica y serie de casos
  - Menores de 18 años de edad
  - Artículos primarios
- Criterios de exclusión:
  - Textos relacionados a un tipo de abuso distinto al físico y/o sexual
  - Revisiones sistemáticas

Al aplicar todos estos criterios en la base de datos y obtener las opciones que ésta entregó, se procedió a leer los títulos y resúmenes de cada artículo. Los artículos que cumplieron con los objetivos de esta investigación fueron agregados a la biblioteca de Zotero para su acceso y uso, y los que no, fueron inmediatamente descartados. Se procedió a leer cada texto completo seleccionado con una visión crítica

sobre el tipo de lesiones, tipo de maltrato causal y cómo eran estas lesiones. Esto, con el fin de contestar la pregunta de investigación, cumplir con los objetivos planteados, y cumplir con los criterios de inclusión y exclusión.

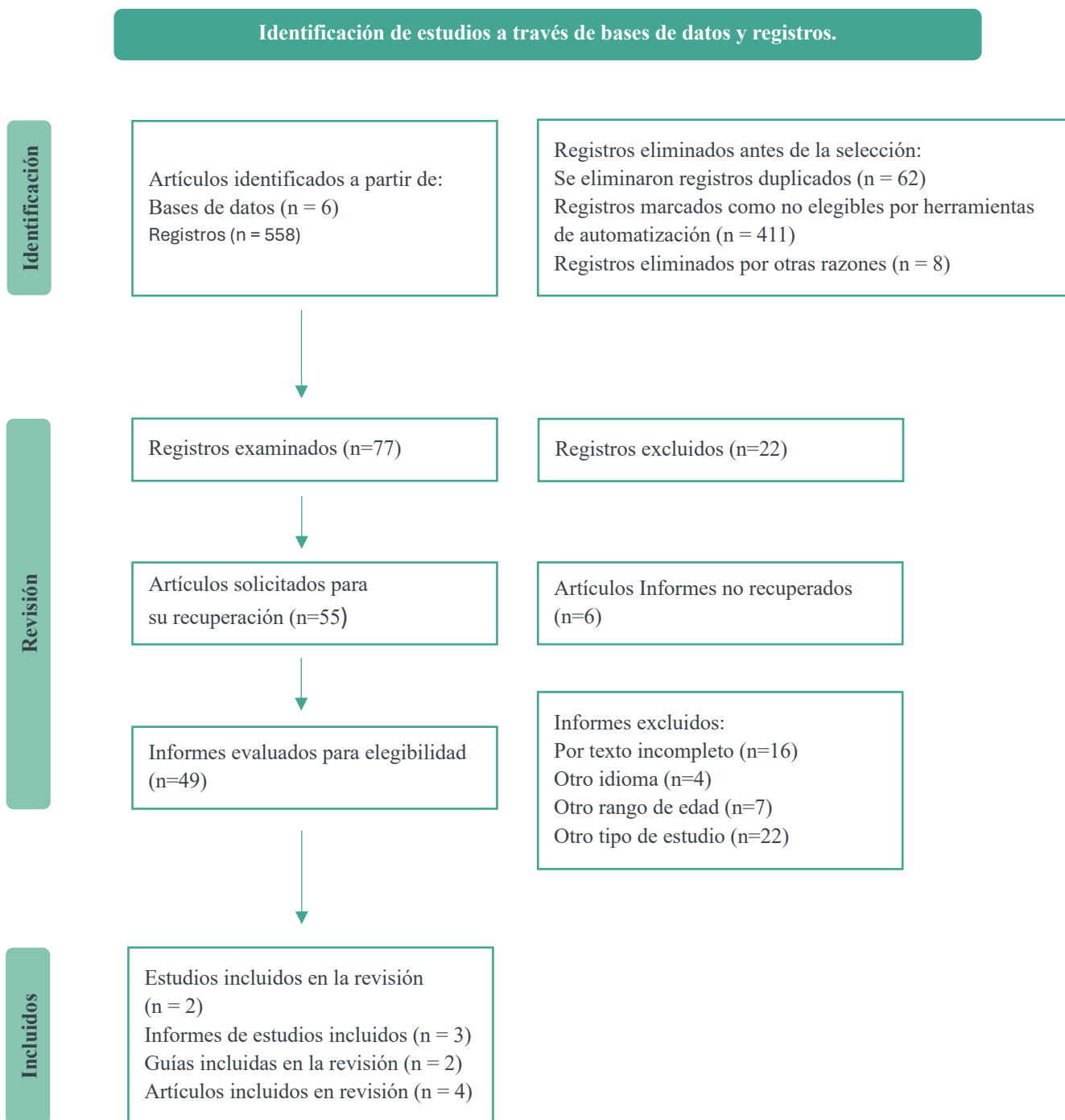
Luego de haber seleccionado los textos que cumplían con la pregunta de investigación, los objetivos, y los criterios de inclusión/exclusión, se procedió a elaborar una planilla de extracción, de manera unilateral y supervisada por dos docentes, donde por cada publicación seleccionada se abarcó: autor principal, año, referencia, tipo de estudio, número de participantes, población, intervención, resultados, conclusiones, palabras claves, conectores booleanos y buscador.

### **Resultados**

Se obtuvo a partir de las bases de datos y motores de búsqueda 558 artículos en total, sin aplicar ningún criterio de inclusión ni exclusión. Posteriormente, se eliminaron 62 artículos que estaban duplicados, quedando un total de 496, además se eliminaron otros artículos quedando un total de 77 . Luego de esto, se procedió a leer cada título, en caso de que se acercara a los objetivos de la revisión; luego, se leyó su respectivo resumen para ver si también cumplía con los objetivos planteados para esta revisión. Algunos de los títulos no cumplieron con las expectativas y otros artículos no tenían disponible el resumen por lo que fueron excluidos de la revisión, quedando un total de 55 artículos. Posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión especificados anteriormente quedando seleccionados un total de 11 artículos que serían incluidos en el trabajo (Ver figura 1).

Cada uno de estos 11 artículos fueron leídos completamente de manera crítica para la recopilación de información y elaboración del escrito.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de las estrategias de búsqueda bibliográfica para el proceso de inclusión y/o exclusión.



En esta revisión, se incluyeron sólo artículos primarios, de los cuales tres fueron reportes de casos, dos estudios retrospectivos, dos guías y cuatro artículos de revisión bibliográfica. Los artículos seleccionados que contaban con la participación de pacientes hicieron un total de 3.219 participantes, siendo todos menores de 18 años, de ambos sexos y con presencia de lesiones por maltrato infantil. Cabe destacar que ninguno de los artículos seleccionados tenía conflicto de interés.

**Tabla 1.** Principales características de los artículos seleccionados en esta revisión.

Autor (a) principal/ Año	Tipo de estudio	Nº y edad participantes	Tipo de maltrato	Resultados	Conclusiones
Susan A. Fisher-owens 2017	Reporte	-- <18 años	Físico Sexual	Marcas de mordeduras, contusiones, quemaduras, laceraciones, fracturas o desplazamiento dental, petequias del paladar, ETS.	El maltrato físico o sexual puede resultar en lesiones o afecciones dentales. Las lesiones infligidas por la boca o los dientes del perpetrador pueden dar pistas sobre el momento y la naturaleza de la lesión, así como su identidad.
Alessandro Leite Cavalcanti 2010	Estudio retrospectivo	1.070 0-17 años	Físico	Abrasiones, Equimosis, Edema, Laceraciones, Quemaduras, Mordeduras, Fracturas, Trauma a los dientes y a los tejidos blandos.	El 42,8% de los participantes presentaron más de un tipo de lesión. Lesiones en la cabeza y la cara en el 56,3% de las víctimas. Las abrasiones y las equimosis son los tipos más comunes de lesiones por maltrato físico en niños.
S.Karthika Nagarajan 2018	Guía	-- <18 años	Físico	Contusiones y equimosis, Abrasiones y laceraciones, traumatismos	Los odontólogos tienen cuatro responsabilidades: reconocer, registrar, informar y derivar.
Humberto Gomes Vidal 2009-2013	Estudio prospectivo	2.148 0-18 años	Físico	Moretones, Mordeduras, Quemaduras, Laceraciones y fracturas óseas, dislocaciones, Subluxación, Ausencia de dientes inexplicable.	Adolescentes varones son los más afectados, al igual que la cara. Los dentistas son los más adecuados para identificar casos de agresión temprana en la cara. Los adolescentes son más susceptibles a la violencia que los niños menores de 12 años.
M Costacurta 2015	Reporte	-- 0-18 años	Físico Sexual	Hematomas, Abrasiones, Laceraciones, Fracturas, Dislocaciones, Avulsiones, Eritema, Úlcera, Vesícula con drenaje purulento o pseudomembranosa y lesiones condilomatosas.	Un diagnóstico precoz de maltrato infantil, en una consulta odontológica, podría contribuir considerablemente en la identificación de casos de violencia y en una intervención temprana.
Luis Raziel Martagón Cabrera 2016	Reporte de un caso	1 0-18 años	Físico	Edema periorbitario, múltiples fracturas y otros indicadores orofaciales	Existe un compromiso médico, ético y legal para que todos los dentistas intervengan en la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de este problema médico social.
Doria Martínez, Ana Milena 2016	Artículo	-- 0-18 años	Físico Sexual	Fracturas, Laceraciones, quemaduras, excoriaciones, hematomas, y lesiones en el labio y frenillos, limitaciones de los movimientos en el niño.	Lesiones sin explicación creíble o en diferentes estadios de curación en tejidos blandos en cabeza y cara, deben aumentar la sospecha de que se trate de casos de maltrato infantil. Las manifestaciones de ETS (Enfermedad de transmisión sexual) en la boca de un menor se consideran signos evidentes de abuso sexual.
Power, Rosie. 2013	Artículo	--- 2-10 años	Físico	Lesiones en los tejidos dentales, periodontales y en el hueso de soporte	Un examen completo en trauma incluye un examen extra e intraoral, una evaluación de los dientes utilizando la tabla de trauma y un examen radiográfico.
Nagelberg, Richard H. 2015	Artículo	-- 2-18 años	Físico Sexual	Marcas de mordidas, Hematomas, Abrasiones, Laceración, Astillamiento de dientes, Avulsión, Aflojamiento, Fractura, Hemorragia, Evidencia ano genital.	Los profesionales dentales tienen la obligación ética de denunciar las sospechas de abuso y negligencia infantil. Sin embargo, no está claro cómo ven los dentistas actualmente las denuncias de abuso infantil y cuántos realmente hacen denuncias cuando se sospecha de abuso.
Beena, V. T. 2012	Artículo	-- --	Físico	Marcas de mordida	Con la mejora de técnicas a lo largo de líneas científicas como el análisis de ADN, la evidencia de marcas de mordida puede reforzar y expandir su base lógica y sólida.
María Grazia Cagetti 2019	Guía	-- 0-18 años	Físico Sexual	Hematomas, Abrasiones, Gonorrea oral y perioral o petequias del paladar, Fracturas dentales (con o sin afectación pulpar), Dislocaciones dentales, Movilidad o avulsión.	Mayor riesgo de abuso en recién nacidos y preescolares. La certificación del trauma dental debe incluir una descripción clara y precisa de las circunstancias del trauma, la evidencia clínica, actividad diagnóstica / terapéutica realizada y posible pronóstico a largo plazo. Los dentistas, están obligados a denunciar las sospechas de abuso cuando, en el ejercicio de su función, sospechan o están seguros de un delito que puede ser procesable oficialmente.

Los resultados fueron variados y se evidenciaron lesiones orofaciales como: marcas de mordedura, contusiones, abrasiones, laceraciones, quemaduras, fracturas y desplazamientos dentales. A modo de manifestaciones clínicas se encontraron: edema, eritema y petequias del paladar, indicativa de abuso o infecciones de transmisión sexual.

A nivel de la mucosa oral, pueden haber quemaduras que provocan enrojecimiento y úlceras en la zona (7,11–13). En el paladar, podemos encontrar equimosis, contusiones, petequias o eritema tanto por maltrato físico como por maltrato sexual (7,8,11,14,15).

En la lengua es posible encontrar lesiones como equimosis, contusiones y úlceras. Los frenillos labiales y linguales, en casos de maltrato tanto físico como sexual, pueden desgarrarse (7).

A nivel dentario, se pueden observar: fracturas, luxaciones, subluxaciones, avulsiones, entre otros (2,12).

En particular, en niños, estas lesiones pueden causar limitaciones de movimiento y daño permanente en tejidos dentales y periodontales. Además, las complicaciones asociadas, como hematomas y avulsiones dentales, resaltan la importancia de una evaluación precisa para garantizar un tratamiento adecuado y prevenir consecuencias graves.

## **Discusión**

En el territorio maxilofacial se asientan aproximadamente el 50% de las manifestaciones por maltrato infantil. El sitio más común son los labios, seguidos por la mucosa oral, dientes, encías y lengua (7). La severidad, extensión y tipo de la lesión van a estar influenciadas por el tipo de maltrato, zona afectada, susceptibilidad de la víctima y el accionar del agresor. Para una correcta inspección es importante hacer una anamnesis lo más completa y ordenada posible, además de un examen físico extrae intraoral cuidadosos.

En el examen físico a nivel de cara y cuello algunos indicios de que el paciente puede estar sufriendo maltrato son: anormalidades de las orejas, alopecia, equimosis peri orbitarias, hemorragias de la esclerótica, ptosis palpebral, desviación de los ojos o pupilas desiguales y coágulos sanguíneos en la nariz o septum nasal, marcas de dedos u objeto a nivel del cuello. En las articulaciones temporomandibulares se debe constatar si hay limitación de apertura o dinámica mandibular alterada, desviaciones, asimetrías y/o dolor asociado (4,7,14).



Las mordeduras en piel pueden provocar equimosis o abrasiones en un patrón ovoide, elíptico o en forma de herradura. La marca dejada por los dientes en la piel revela mucha información y hay que tener en consideración el patrón, tamaño, contorno y color de la marca. El color que deja puede dar indicios de cuántos días lleva la lesión: por ejemplo, un color rojo-azul-violeta se asocia a 0-1 día, color azul-negro a 1-3, verde-azul a 3-6 días, café-amarrillo-verde a 6-10 días y un color amarillo tostado a 14 días. Además, a partir de las mordeduras se pueden buscar secreciones que contengan ADN, y el análisis de ADN corresponde al método más preciso y defendible de las marcas de mordida que tienen los forenses (5,7,11,16). Cabe destacar que un frenillo desgarrado en un paciente pediátrico no es una lesión de tipo accidental, por tanto ante este hallazgo se deben levantar sospechas de maltrato infantil (7,14,16).

En el contexto de la atención odontológica a niños, es importante reconocer ciertos signos orales que, aunque poco comunes, pueden indicar maltrato sexual. Enfermedades de transmisión sexual en la cavidad oral, como gonorrea, condiloma acuminado, sífilis y clamidiasis, pueden manifestarse en forma de úlceras y lesiones en la boca (7,8,11,17).

El odontólogo juega un papel crucial en la detección y diagnóstico de lesiones orofaciales, siendo el profesional capacitado para realizar exámenes exhaustivos. Debe identificar lesiones a tiempo, hacer interconsultas y denunciar sospechas de maltrato infantil. Aunque establecer el origen de una lesión puede ser complicado, es fundamental realizar una anamnesis completa y registrar todos los datos. Los exámenes radiográficos son esenciales para evaluar fracturas. Ante lesiones irregulares, es importante investigar su origen; si no hay coincidencia con el relato del paciente o si hay antecedentes de lesiones, debe levantarse sospecha de maltrato.

Pese a la información recopilada, hubo limitaciones en la revisión, como la dificultad existente en la estandarización en la evaluación de lesiones. Además, la anamnesis y el examen físico podrían llevar a una subestimación o a la falta de detección de casos de maltrato. La variabilidad en la formación y experiencia de los odontólogos en el reconocimiento de estas lesiones puede resultar en diferencias significativas en la detección. Finalmente, la relación entre las lesiones y el maltrato no siempre es clara, lo que dificulta establecer un diagnóstico certero.

### **Conclusión**

Según la revisión realizada y los artículos analizados, se indica que los sitios más prevalentes son: labios, mucosa oral, dientes, encías, lengua, frenillos. En cuanto al tipo de lesiones que podemos encontrar en el territorio maxilofacial tenemos: equimosis, excoriaciones, heridas, cicatrices, quemaduras, hematomas, abrasiones o laceraciones, fracturas dentales, dislocaciones dentales, avulsiones dentales, y fracturas de maxilar y/o mandíbula, por ende el odontólogo debe adoptar un rol protagónico frente a lesiones de esta índole.

El deber del odontólogo en cuanto a denuncia por sospecha de maltrato infantil se puede fundamentar en tres postulados: hay una obligación legal implícita donde en caso de incumplimiento pueden existir sanciones criminales; existe un deber ético profesional; y por último, los profesionales de la salud pueden ser demandados civilmente por mala praxis por inobservancia de sus deberes. Además, cabe destacar la importancia en cuanto a la protección de los derechos de los niños, la mantención de su integridad, dignidad y resguardo.

### **Aspectos éticos**

El presente estudio revisó los aspectos éticos de los artículos seleccionados y no presenta inconvenientes ni conflictos de interés.

### **Agradecimientos**

Agradecimientos a todos los que han aportado y contribuido con la recopilación de antecedentes, hallazgos, evidencia y elaboración de guías clínicas con respecto a este importante tema.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. [citado 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Cifuentes-Harris C, Contreras-Reyes C, Torres MA, Gonzales-Alegría S. Maltrato Infantil: Conocimiento y Actitud del Cirujano Dentista. Marco Legal y Revisión de la Literatura. *International Journal of Odontostomatology*. 2020 Jun;14(2):160–6.
3. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México* [Internet]. 1998 Jan 1;40:58–65. Available from: <https://www.scielosp.org/article/spm/1998.v40n1/58-65/es/>
4. Martagón Cabrera LR, Belmont Laguna F, de la Teja Ángeles E, Téllez Rodríguez J. Síndrome de niño maltratado con repercusión estomatológica. Reporte de un caso. *Revista Odontológica Mexicana*. 2016 Apr 1;20(2):98–106.
5. Beena VT, Gopinath D, Heera R, Rajeev R, Sivakumar R. Bite Marks from the Crime Scene- an Overview. *Oral Maxillofac Pathol J*. 2012 Jan 1; 3(1):192-7.
6. Nagarajan Sk. Craniofacial and oral manifestation of child abuse: A dental surgeon's guide. *Journal of Forensic Dental Sciences*. 2018;10(1):5.
7. Doria Martínez AM, Navarro Chong MI. La odontología en el diagnóstico del maltrato infantil / Dentistry and Child Abuse Diagnosis. *Universitas Odontologica*. 2016 Jun 28;35(74).
8. Costacurta M, Benavoli D, Arcudi G, Docimo R. Oral and dental signs of child abuse and neglect. *Oral Implantol*. 25 de julio de 2016;8(2-3):68-73.
9. Fonseca GM, Letelier-Acevedo N, Lozano-Gómez R. Odontólogos y Obligación de Denuncia del Abuso Sexual Infantil en Chile: Oportunidades Perdidas. *International Journal of Odontostomatology*. 2018 Dec;12(4):431–6.
10. Pérez F. Maltrato infantil: experiencias y competencias autopercibidas de odontólogos/as generales y profesionales expertos/as en Chile [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Odontología; 2022 [citado: 2024, junio]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/188352>
11. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR, American Academy of Pediatrics S on OH, Neglect C on CAA, American Academy of Pediatric Dentistry C on CA, et al. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2017 Aug 1;140(2).
12. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents - a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental Traumatology*. 2010 Apr;26(2):149–53.
13. Vidal HG, Caldas IM, Coelho Júnior LGT de M, Souza EHA de, Carvalho MVD de, Soriano EP, et al. Orofacial Injuries in Children and Adolescents (2009-2013): A 5-Year Study In Porto, Portugal. *Brazilian Dental Journal*. 2018 May;29(3):316–20.
14. Cagetti MG, Marcoli PA, Berengo M, Cascone P, Cordone L, Defabianis P, et al. Italian guidelines for the prevention and management of dental trauma in children. *Italian Journal of Pediatrics* [Internet]. 2019 Dec 4;45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6894327/>
15. Nagelberg RH. Child abuse awareness in the dental profession. *Dental economics*. 2015 Jan 1;105(11):91-101.
16. Power R. Dental trauma in children. Part 1: causes and assessment. *Dental Nursing*. 2013 Apr;9(4):208–11.
17. Fierro Monti C, Salazar Salazar E, Ruiz Salazar L, Luengo Machuca L, Pérez Flores A. Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. *International journal of odontostomatology*. 2012 Apr;6(1):105–10.