



Órgano Oficial de la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría
Órgão Oficial da Associação Latino-Americana de Odontopediatria

ALOP

Revista de
Odontopediatría
Latinoamericana

Manifestaciones bucales del maltrato físico. Reporte de caso

Mariana-Gamboa¹

María Elena-Guerra²

Resumen

El Odontopediatra como profesional de la salud puede detectar inicialmente signos y síntomas de maltrato físico por las lesiones buco-faciales que presente un niño. En ocasiones estas señales no pueden ser percibidas a causa de la falta de conocimiento sobre maltrato y abandono infantil. Dentro del maltrato infantil se describen manifestaciones bucales entre las cuales no se menciona la candidiasis bucal

El caso clínico motivo de estudio se refiere a un lactante que presentó inicialmente una candi-

diasis bucal generalizada, que por su complicación derivó en hospitalización, a pesar del tratamiento intrahospitalario progresó a un absceso y posteriormente a una celulitis facial de origen desconocido. Se sospechó que la candidiasis bucal era un signo temprano de una manifestación bucal del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), cuyo diagnóstico fue descartado mediante pruebas de biología molecular Reacción en Cadena a la Polimerasa (PCR) para VIH.

Palabras Clave: Candidiasis bucal, Lactante, Maltrato a los Niños.

Relato de caso

Manifestações orais de maus-tratos físico. Relato de caso

Resumo

O Odontopediatra, como profissional da saúde, pode detectar inicialmente sinais e sintomas de maus-tratos físico pelas lesões buco-faciais que apresente uma criança. Em algumas ocasiões estes sinais podem não ser percebidos devido à falta de conhecimento sobre maus-tratos e abandono infantil. Associadas aos maus-tratos infantil são descritas manifestações bucais, entre as quais não se menciona a candidíase bucal.

O caso clínico apresentado neste estudo se refere a um lactente que apresentou inicialmente

uma candidíase bucal generalizada, que por sua complicação levou a hospitalização e, apesar do tratamento à nível hospitalar, progrediu para um abscesso e posteriormente para celulite facial de origem desconhecida. Suspeitou-se que a candidíase bucal era um sinal precoce de uma manifestação bucal do Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), cujo diagnóstico foi descartado mediante provas de biologia molecular Reação em cadeia da polimerase (*PCR) para HIV.

Palavras Chave: Candidíase Bucal, Lactante, Maus-Tratos Infantil.

¹ Estudiante del Postgrado Odontología Infantil Universidad Central de Venezuela.

² Profesora Titular Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela Coordinadora del Programa Ele Binomio Madre e Hijo VIH/SIDA. maria.guerra@ucv.ve.

Case report

Oral manifestations of physical abuse. Case report

Abstract

The dentist as a health care professional can initially detect signs and symptoms of physical abuse by the Bucco-facial injuries that present a child. Sometimes these signals may not be perceived because of the lack of awareness of child abuse and child neglect. Within the maltreatment described oral manifestations including thrush is not mentioned the case clinical reason for study refers to a nursing child who initially presented a widespread oral thrush, which by its complication drifted in hospitalization, despite intrahospitalario treatment progressed to an abscess and subsequently to a facial cellulitis of unknown origin. They suspected that the thrush was a sign early of an oral manifestation of the Virus of human immunodeficiency (HIV), whose diagnosis was ruled out by molecular biology tests PCR to the polymerase (PCR) for HIV.

Key words: Infant, Oral Candidiasis, physical abuse.

Introducción

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS, de fecha 3 de octubre de 2002, es el primer informe general que aborda la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo. En este documento se señala a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo y destaca la importancia que adquieren los distintos tipos de violencia familiar, habitualmente relegada a segundo plano.¹

El maltrato infantil incluye: lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión) y lo que se realiza de forma inadecuada (negligencia), es así que el concepto más completo encontrado en la literatura lo define el médico Díaz Huertas en su libro "Niños Maltratados" como: "La Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad"².

«El maltrato infantil no es una enfermedad de la pobreza, es una enfermedad de la humanidad»³

Es de destacar que para el odontopediatra el maltrato físico apenas aparece en el listado de diagnósticos diferenciales, a pesar de que los signos cutáneos son la manifestación más común (se presentan en más de un 90%) y fácilmente reconocible. Una explicación lógica podría ser la poca o nula formación que se tiene dirigida a reconocer este problema. Diferenciar entre las lesiones propias de un maltrato, de las producidas accidentalmente, las condiciones benignas de la piel del niño o dermatopatías específicas incluyendo la candidiasis bucal, como se observó en este caso puede resultar, en ocasiones, todo un reto.^{4,5}

Por lo antes expuesto nos motivamos a estudiar y presentar este caso con el objetivo de compartir esta experiencia en nuestra comunidad.

Algunos conceptos

Infante

Corresponde al periodo del mes hasta los 2 años de vida^{6,7}.

El periodo del infante se subdivide en:

- Lactante menor es aquel infante que se nutre de leche materna. Se denomina Lactante Menor el que se encuentra entre los 29 días de nacido hasta un año de edad.
- Lactante Mayor al que se ubica entre el año de edad y los 2 años de edad.

Maltrato Infantil

En 1959 Kempe y Silverman introdujeron por primera vez en la Sociedad Americana de Pediatría el término con el que se conoce este síndrome: «the battered child syndrome» (síndrome del niño maltratado).³ Desde entonces, el maltrato infantil ha ido adquiriendo mayor importancia entre los profesionales sanitarios, especialmente entre los pediatras, que son el colectivo más sensibilizado y con un papel fundamental en su diagnóstico, tratamiento y prevención. A pesar de ello, en nuestro medio el maltrato infantil todavía tiene una atención limitada y las manifestaciones cutáneas, que son la expresión del maltrato físico, constituyen la parte visible de este gran problema. Por ello, el odontopediatra tiene una función vital en el reconocimiento de los signos mucocutáneos sospechosos de maltrato.⁵

Según Nota descriptiva N°150 sobre Maltrato infantil, de la Organización Mundial de la Salud. Agosto de 2010: "El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil".⁷

Síndrome de Munchausen por poderes

Es una forma grave de abuso infantil en la que la persona a cargo del niño, generalmente la madre finge situaciones médicas (síntomas orgánicos o psicológicos) inexistentes o más grave maltrata a su representado, lo que conlleva a repetidas visitas a centros de salud para exámenes diagnósticos y tratamientos. En ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño. Este tipo de maltrato tiene una alta tasa de mortalidad y recidiva, causada por los padres que crean estas situaciones.^{8,9}

El propósito de tales conductas es, entre otros, el de asumir el papel de paciente a través de otra persona. Se ha sugerido que uno de los incentivos de los padres al realizar este tipo de comportamientos es provocar atención y apoyo por parte del personal sanitario. El progenitor implicado busca establecer una relación estrecha con una figura respetable, con autoridad y de apoyo como la que puede representar el médico. Llega a utilizar al niño como un instrumento para establecer y mantener esta relación.^{10,12,13,14,15,16}

Los odontopediatras se podría decir que en el mayor número de los casos tienen la primicia de ser tal vez los profesionales de la salud que más frecuentemente pueden observar lesiones por maltrato, pues entre el 50 y el 70% de los casos dichas lesiones se presentan en la cara y la boca y en lugar de aprovechar esta ventaja, muchas veces es desperdiciada en tanto que no se toman las medidas necesarias porque por desconocimiento no les es posible comprender que están ante dicha entidad¹⁷.

Manifestaciones bucales de maltrato físico

La mayoría de las lesiones se van a centrar en la cara, fundamentalmente contusiones, la ca-

vidad bucal también puede ser lesionada, bien en forma de abrasiones o laceraciones mucosas, luxaciones o fracturas dentarias. La prevalencia varía entre el 3 y el 6%. Con mucha frecuencia, el mecanismo patogénico de la lesión intrabucal consiste en la introducción forzada por parte de los cuidadores, y de forma violenta, de objetos como chupetes, tenedores o cucharas; siendo típica la lesión consistente en laceraciones en la mucosa labial, y luxaciones dentales laterales. La rotura del frenillo superior causada por estos motivos, o por taponar la boca bruscamente al niño cuando está llorando (iría acompañada de un hematoma peribucal) es un signo casi patognomónico.^{14, 17, 18}

Cuando se presentan traumatismos dentarios suelen ocurrir luxaciones, avulsiones o fracturas de los incisivos superiores con una marca en la parte interna de los labios normalmente producidas por un golpe directo producto de un puño del maltratador.^{19, 20}

La cavidad bucal puede presentar lesiones por abuso sexual. La rotura del frenillo lingual o el hallazgo de un eritema o petequias sin causa, en la línea de unión entre el paladar blando y duro puede indicar una felación. El examen radiográfico también nos puede ser de mucha utilidad, pues casi el 50% de los pacientes suelen ser maltratados repetidamente. Así, en la exploración como fracturas de raíz mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo.¹⁴

Candidiasis bucal

La candidiasis oral es una afección que afecta con frecuencia a los lactantes menores de un año. Es una condición por lo general benigna, pero que puede causar incomodidad y dolor entre quienes la padecen.^{21,22,23}

La candidiasis bucal es una infección oportunista de la cavidad bucal e infección micótica más común en los humanos.²⁴ En el recién nacido la cavidad bucal es estéril y empieza a colonizarse horas después del nacimiento junto con otros microorganismos como el *Streptococcus salivarius*, *veillonella alcalescens* y *lactobacillus*.²⁵

Entre los factores que provocan estas patologías en los niños figuran VIH y la inmunodeficiencia asociada a desnutrición, ligada estrechamente a condiciones sociales de alta marginación y limitado acceso a programas e instituciones de salud.^{26,27} En un estudio realizado por Gaitan-Cepeda L et al.²⁸, en 87 pacientes VIH positivos infectados por vía perinatal, el 21.8% presenta infección por candida.²⁹

Según "Exposición": Una guía informativa sobre las fuentes de infecciones,³⁰ la colonización de la orofaringe por *C. albicans* se produce en el primer mes de vida. Los riesgos intrahospitalarios de colonización y propagación se presentan principalmente en individuos inmunosuprimidos también se puede producir por transferencias interhospitalarias y por prótesis. Los huéspedes colonizados por candida e inmunosuprimidos tienen riesgo de desarrollar la enfermedad invasiva.³⁰

La candidiasis podría ser una característica temprana de la infección por VIH/SIDA, por asociarse con una disminución rápida del número de células CD4, así como un aumento en las infecciones oportunistas³¹, siendo la candidiasis eritematosa, pseudomembranosa y queilitis angular las manifestaciones clínicas más frecuentes²⁹. Los niños infectados con VIH tienen alta prevalencia de lesiones bucales particularmente candidiasis bucal y el grado de infección va de acuerdo con el grado de immuno-

supresión³², representando el 75% de los casos de infección pediátrica por VIH, por tanto la candidiasis juega un papel importante para poder predecir el desarrollo de infección por VIH en niños.^{29,32}

Relato de caso

Enfermedad actual

Paciente masculino de 3 meses de edad, natural de y procedente de Caracas, es traído a consulta acompañado del médico residente de infectología del Hospital Universitario de Caracas, por presentar pápula o masa fluctuante, circunscrita, suave, lisa, depresible, del mismo color de la mucosa con un tono ligeramente más amarillento, de unos 3 cms de diámetro, dolorosa a la palpación, con aumento de tamaño extraoral y progresivo desde hace 2 semanas aproximadamente, ubicada en zona media superior y vestibular del reborde alveolar del lado derecho que involucra fondo de vestíbulo y mucosa labial. Presenta lesión blanquecina en comisura labial y cara dorsal de lengua, compatible con candidiasis bucal pseudomembranosa.

Antecedentes familiares médico-odontológicos

- Madre: 24 años, soltera, aparentemente sana, caries dental y múltiples exodoncias, sin prótesis.
- Padre: se desconoce su paradero
- Abuela Materna: 44 años, exodoncias, sin prótesis.

Antecedentes prenatales y obstétricos

Producto de madre de 24 años, primera gesta, embarazo controlado, infección urinaria al 4to

mes; ingesta de antibiótico no especificado, vitamina, hierro, ácido fólico. Embarazo a término. Parto eutósico.

Antecedentes neonatales

PAN: 2,700 Kg, TAN: 50 cm, Lloró y respiró al nacer. No refiere complicaciones. Lactancia Materna hasta el presente.

Antecedentes personales

Se presume infección por VIH por presentar absceso buco-facial que no responde a los antibióticos, y se complicó con candidiasis, fiebre, escalofríos.

Examen clínico extrabucal

Frente: forma de la cara ovalada. Al analizar los tercios faciales, se observa que están en igual proporción. Labios superior e inferior normales, nariz mediana; línea de la sonrisa normal, inserción de las orejas normal.

Perfil: Presenta perfil blando convexo.

Examen clínico intrabucal

Se presenta la mucosa que recubre el reborde alveolar, de consistencia firme, textura lisa, y de color rosado, que se torna a rojo intenso alrededor de la lesión; observándose la mucosa que recubre la lesión ligeramente de un color más amarillento. Presencia de absceso en zona media superior y vestibular del reborde alveolar del lado derecho que involucra fondo de vestíbulo y mucosa labial y su contraparte externa. Exudado purulento al drenar la lesión.

Presenta lesión blanquecina en comisura labial y cara dorsal de lengua, compatible con candidiasis bucal pseudomembranosa.



Fig. 1. Posición rodilla a rodilla Odontopediatras. (La madre presente se negó a participar).

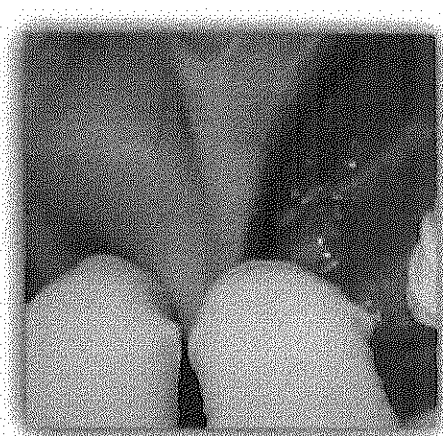


Fig. 2. Obsérvese la masa circunscrita amarillenta rodeada de mucosa de color rojo oscuro por inflamación en dicha zona, por la presencia de absceso en el reborde alveolar del lado derecho.

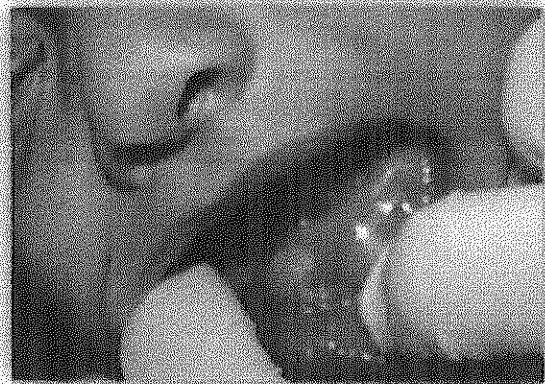


Fig. 3. Obsérvese la masa circunscrita amarillenta rodeada de mucosa de color rojo oscuro por inflamación en dicha zona, por la presencia de absceso en el reborde alveolar del lado derecho.

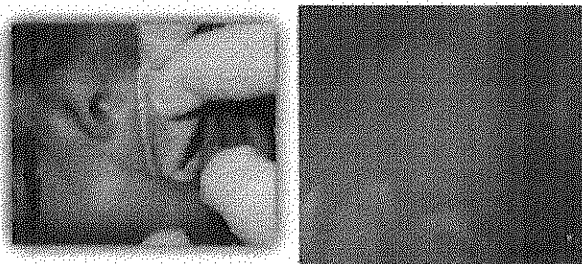


Fig. 4. Preparación para tomar la radio con la placa correspondiente, se observa abultamiento en la zona mandibular correspondiente a colección líquida o posible masa tumoral.



Fig. 5. Gran cantidad de exudado purulento producto del drenaje del proceso infeccioso (absceso) del reborde interior mandibular.

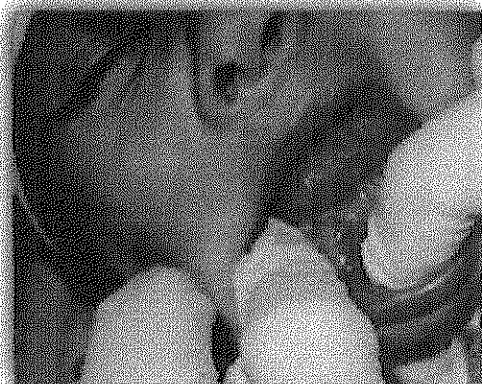


Fig. 6. Culminación del drenando el absceso en lactante de 3 meses de edad.

Exámenes complementarios

Exámenes de Laboratorio

En términos generales los valores se encontraban entre los rangos normales, a excepción de los linfocitos y leucocitos que presentaron valores elevados.

La prueba de VIH resultó negativa contrario a lo que se presumía sobre el caso.

Estudio Histopatológico

Realizado el 22 de julio de 2012 reveló secciones de epitelio plano estratificado escamoso de superficie. Dicho epitelio está recubierto por una capa de paraqueratina, por debajo de la cual, la capa de células espinosas es de variable espesor. La capa de células basales permanece intacta y presenta hiperpigmentación de la misma, así como presencia de células névicas. Inmediatamente subyacente, se observa una banda de tejido fibroso que separa el epitelio de superficie, de un componente de células con citoplasma abundante y núcleo bien definido, con contenido melánico en su interior. Dichas células presentan una disposición pseudoalveolar o alveolar.

La biopsia normal descarta la hipótesis de un tumor, mostrando sólo respuesta inflamatoria.

Diagnóstico histopatológico de la lesión

Observación en fresco de la lesión, por medio de manera directa Candidiasis, el cultivo confirmó la micosis de tipología *Candida albicans*.

Se observó reacción inflamatoria del ligamento, vasos dilatados, leucocitos y exudado seroso con irritación continua y activación de los osteoclastos, áreas de necrosis por licuefacción con leucocitos polimorfonucleares desintegrados

y debris celular (pus) de origen infeccioso con presencia de *Streptococos*, *Stafilococos*.

Tratamiento

- Inmediato: Drenaje de emergencia de la lesión en el Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosa de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (CAPEI/UCV).
- Mediato: cambio de antibioticoterapia con amoxicilina por Amoxicilina + Ac. Clavulánico.

Postoperatorio

No se le pudo hacer el seguimiento a este caso debido a que el paciente no fue llevado de vuelta a consulta y se escapó del Hospital.

Discusión

En ocasiones la candidiasis bucal puede ser causada por traumatismos, creados por maltratos, que se evidencian a través de golpes u otras circunstancias que alteren la integridad de la mucosa bucal según Aguirre 1996³³ y Appleton 2000³⁴, los cuales en casos extremos y aunados a negligencia pueden degenerar en celulitis buco-facial en lactantes menores, como en efecto sucedió en este caso clínico. Es por ello que el odontopediatra debe estar vigilante ante las heridas o lesiones que atenten contra los tejidos bucales, que permitan sospechar de estos casos de maltrato infantil con el fin de tomar las medidas necesarias para proteger la salud e integridad de nuestros pacientes. Jesse 1999 citado por De Abreu Karla, 2009³⁵.

La literatura reporta celulitis bucal en la mayoría de los casos es ontogénica lo que no coincide

con este caso, ya que era un infante de 3 meses de edad edéntulo.^{36,37,38,39,40}

En lo que si se concuerda con este caso es que al ser diagnosticada, independientemente del estadio en que se encuentre y las características evolutivas de la misma, tiene criterio urgente de remisión hacia la atención hospitalaria donde debe ser atendida, por contar con los recursos necesarios para su tratamiento.⁴¹

La real magnitud del maltrato infantil es difícil de determinar, lo cual demuestra la escasa importancia que se otorga a dicha problemática. Además, desde el punto de vista operativo, existen discrepancias en cuanto a validar o no los casos sospechados de maltrato. Una importante referencia es el informe del Child Abuse and Neglect Data System de los Estados Unidos de Norteamérica, que constató sobre un total de 3.000.000 de niños investigados, 1.000.502 de casos confirmados en dicho país durante el año 1995. Esta cifra constituye el 34% de las investigaciones acerca de maltrato infantil en ese período. Dicha casuística se desglosa en 24,5% de maltrato físico; 12,6% de abuso sexual; 52,3% de negligencia; 4,5% de abuso emocional y 14,4% de otras formas de maltrato.⁴²

Los odontopediatras al poseer los conocimientos sobre las manifestaciones físicas y de comportamiento del maltrato infantil están en una

inmejorable condición para asistir interdisciplinariamente a las víctimas de este trauma. Es importante destacar que no es responsabilidad exclusiva del odontopediatra hacer el diagnóstico de un niño maltratado, sino que debe formar parte de un equipo multidisciplinario que complementa los conocimientos médicos y psiquiátricos para hacer el diagnóstico diferencial entre las lesiones ocasionadas por maltrato de aquellas de otra índole.^{43,44}

Conclusiones

Este caso demuestra la problemática del maltrato infantil en nuestro medio, sus distintas variantes y asociaciones observadas en la víctima.

El caso presentó limitaciones, sin embargo, permite inferir una realidad de nuestra sociedad.

La respuesta de la Justicia en este caso ha sido frustrante. Es indudable que el abordaje de esta problemática debe ser interdisciplinario ya que es casi imposible abordarlo adecuadamente desde una sola disciplina.

Muchos de los pacientes víctimas de maltratos son vistos por profesionales de la salud y sus problemáticas no son tenidas en cuenta.

Consideramos que se le debería dar más importancia al maltrato infantil para los odontopediatras de todo el mundo.

Referencias

1. Organización Mundial de la salud. who.int. se publica el primer informe mundial sobre la violencia y la salud. [online]; 2002. Consultado el 26 de Diciembre 2012 Disponible en : <http://www.who.int>
2. Casado J D. Niños maltratados. 1st ed. Madrid: Santos de Diaz; 1997.
3. Kempe HC; Bea SFS. The Battered Child Syndrome.. JAMA. 1962; 181:17-24
4. Odontopediatría SEd. www.odontologiapediatria.com. 2008 consultado 12 noviembre 2012; disponible en: <http://www.odontologiapediatria.com>

5. NS. E. The cutaneous manifestations of child abuse and neglect. *Am J Dis Child*. 1979; 133:906-9
6. López BA. Algo sobre neonatología. *Revista Médica del HOSPITAL GENERAL de México*. S.S. 2001 Ene-Mar.; 64(1)
7. Organización Mundial de la SMiN N°1. who.int.; Agosto de 2010 [cited 2012 noviembre 12. Disponible en : <http://www.who.int>
8. Calzada A. Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2004; 20(5-6)
9. Merino M. El síndrome de Munchausen por poderes en el cine. De *El sexto sentido/ The Sixth Sense* (1999) a *A Child's Cry for Help* (1994). *Rev Med Cine*. 2006; 2:10-20.
10. Soriano F. aepap.org. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. Consultado 12 de noviembre 20012 disponible <http://www.aepap.org>
11. Committe on Child Abuse Neglect, American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Subject Review.. *Pediatrics*. 1990; 130(186-91.)Consultado el 12 de noviembre de 2012: <http://www.aepap.org>
12. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia.. *Maltrato Infantil en la familia*. Comunidad Valenciana (1997/1998). Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; 2000
13. Santamaria S MLMEQA. www.monografias.com. Violencia familiar y maltrato infantil. Consulado 12 de noviembre 2012. Disponoible en <http://www.monografias.com>
14. American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad hoc work group on child abuse an. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*. 1999; 2:348-50.
15. Naciones Unidas. El maltrato infantil es práctica tolerada en América Latina y el Caribe. CEPAL-UNICEF, Centro de Prensa. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2009.
16. Naciones Unidas en V. [onu.org.ve](http://www.onu.org.ve). El maltrato infantil es práctica tolerada en América Latina y el Caribe. Consultado el 12 de noviembre de 2012. Disponible en <http://www.onu.org.ve>
17. Ramos-Gómez F RDBS. Knowledge and attitudes among California dental care providers. Regarding child abuse and neglect.. *J Am Dent Assoc*. 1998; 129:340-8.
18. Mariño J SM. Indicadores craneofaciales en el maltrato infantil. *Cadernos de Atención Primaria*.. 2009; 16.
19. Martínez M. Síndrome del niño maltratado. *Ciencia Forense*. 2000; 2;19-57.
20. Martínez A HRMBDJAE. Delitos violentos en el entorno familiar.. *Rev Esp Psiquiatr Forense. Psicología Forense y Criminología*. 1997; 1; 49-54.
21. Odds F. *Candida and candidiasis*. 2nd ed. London : Bailliere Tindall; 1988.
22. Lazarde J PA. Identificación de especies de candida en un grupo de pacientes con candidiasis atrófica crónica.. *Acta Odont Merz W. Candidu strain delineation. Clin Microbial Rev*. 1990; 3; 321-34. *Acta Odonológica Venezolana*. 2001; 39; 1.
23. López J JECERX. Actualización de la candidiasis oral. *Arch Odont*. 1997; 13; 5:259-71.
24. Reichl REc. Candidiasis oral: una vieja enfermedad de preocupación reciente. In ; 1990. p. 27-36
25. Aguirre J BJCA. Infecciones micóticas orales.. In Liebana J BJ. *Terapéutica antimicrobiana en odontoestomatología*. Madrid: Beecham; 1996. p. 311-331
26. Samaranayake L MT. *Oral Candidiasis*. London: Butterworth & Co; 1990.
27. Gaitán-Cepeda. Candida bucal en niños mexicanos con VIH/sida, desnutrición o marginación social. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31; 1; 48-53.
28. Gaitán-Cepeda. Oral lesions in HIV+/AIDS adolescents perinatally infected undergoing HAART.. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15; 4:e545-50.
29. Ramos-Gomez F. Dental considerations for the paedriatic AIDS/HIV patient. *Oral Diseases*. 2002; 8; 49-54.
30. Stürchler M. *Exposure: A Guide to Sources of Infections*. 894th ed. Washington DC 2006: Consultado 12 de noviembre de 2012 disponible en <http://books.google.com>.

31. Centers for Disease Control and P. 1994 revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age.. MMWR.. 1994; 43: 1-19.
32. Flanagan MA Prevalence of oral soft tissue lesions in HIV-infected minority children treated with highly active anti-retroviral therapies.. *Pediatr Dent*. 2000; 22: 287-291.
33. Aguirre J. Candidiasis Oral. *Gac Med Bilbao*. 1992; 89.
34. Appleton S. Candidiasis: pathogenesis, clinical characteristics and treatment.. *J Calif Dent Assoc*. 2000; 28.
35. De Abreu K. Maltrato Infantil y su Relación con la Odontopediatría. Valencia Edo Carabobo: Facultad de Odontología. Tesis para Obtener el Título de Especialista en Odontología Infantil . Universidad de Carabobo; 2009.
36. Archer W. Cirugía bucal. 2 ed. La Habana Inst. del Libro, 1971;Vol 1.
37. Berini Aytés L, Garatea Crelgo J, Gay Escoda C. La infección odontogénica: concepto, etiopatogenia, bacteriología y clínica. En: Gay Escoda C, Berini Aytés L. Cirugía bucal. Madrid: Ergon; 1999. p. 597-622.
38. Dinatale E. Diseminación de la infección odontogénica. *Acta Odontol Venezolana* 2000;38;1:37
39. Waite D. Infections of dental aetiology. *J Oral Surg* 1960; 18:412.
40. Ries Centeno G. Cirugía Bucal1962. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica,1
41. Flynn T, Wiltz M, Adamo A, Levy M, McKitnick J, Freeman K, et al. Predicting length of hospital stay and penicillin failure in severe odontogenic infections. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1999;28(Suppl 1):47-9.
42. Bagamaspad AR. Management of mandibular fascial space infection of odontogenic origin. *J Philipp Dent Assoc* 1998;50; 1:28-33.
43. Pinkham J. Odontología pediátrica Mexico: Interamericana Mc Graw Hill; 1998.
44. Díaz Huertas JA CFJGERDMEJ. Niños maltratados. Papel del Pediatra. *Anales Españoles de Pediatría*. 2000; 52:548-53.

Recibido: 08-12-2013

Aceptado: 12-12-2'13

Correspondencia: maria.guerra@ucv.ve