

LESIONES TRAUMATICAS EN EL NIÑO MALTRATADO

J. FLETA ZARAGOZANO, C. BASELGA ASENSIO, J. ANDRES SANZ, M. MAGAÑA HERNANDEZ,
R. NUEL QUILEZ, G. OLIVAN GOLZALVO

Grupo de Trabajo sobre la infancia Maltratada.

RESUMEN

Los autores revisan los diferentes tipos de lesiones traumáticas que se pueden observar en los niños maltratados: en piel, mucosas, huesos y articulaciones, intracraneales, viscerales y oculares. Enumeran diferentes entidades con las que se debe hacer el diagnóstico diferencial, en especial con lesiones y enfermedades óseas en el caso de fracturas óseas y con enfermedades que cursan con cataratas en el caso de lesiones oculares.

PALABRAS CLAVE

Niño maltratado, fracturas óseas, hematomas, heridas.

TRAUMATIC LESIONS IN VICTIMS OF CHILD ABUSE

SUMMARY

The authors have reviewed the different types of traumatic lesions that can be observed in victims of child abuse: skin, mucosa, bones and joints, intracranial, visceral and ocular. They have listed various processes to be taken into account when making the differential diagnosis, especially lesions and bone diseases in cases of bone fractures and diseases in which cataracts develop in cases of ocular lesions.

KEY WORDS

Victim of child abuse, bone fractures, hematomas, wounds.

Introducción

Recientemente el interés hacia el problema que representa el niño maltratado se ha acentuado ya que se ha constatado un aumento de patología relacionada con este problema en niños de cualquier edad y también un aumento de la mortalidad debida a las lesiones producidas (1, 2, 3).

El número de publicaciones que hacen referencia al niño maltratado ha aumentado considerablemente, si bien, son escasas las que abordan el estudio sistemático de las lesiones en su conjunto.

En la presente revisión se describen las múltiples lesiones que puede presentar un niño maltratado físicamente, excluyendo las producidas por abuso sexual y en el síndrome de Münchhausen «por poderes», estudiados en otros trabajos previos (4, 5). Los aspectos epidemiológicos, diagnósticos, de tratamiento y prevención también han sido tratados monográficamente (6, 7, 8, 9).

Lesiones en piel y mucosas

Las lesiones en piel y mucosas se caracterizan por ser, generalmente, de distinta intensidad y aspecto, que va a depender del momento evolutivo y la localización en el cuerpo. Constituyen las manifestaciones más frecuentes y de mayor valor diagnóstico en el niño que es víctima de malos tratos físicos (2, 3, 7, 10, 11, 12, 13).

Las lesiones más frecuentemente encontradas son contusiones, equimosis, hematomas, escoriaciones, heridas, cicatrices, quemaduras y alopecia. A veces existen enfermedades de la piel secundarias a la falta de higiene corporal durante largo tiempo.

Las equimosis se observan en los lugares en los que el niño ha sido golpeado. La situación es sospechosa ante su presencia en un niño pequeño que no camina o en un niño mayor, si estas se localizan en diferentes lugares del cuerpo y en zonas no prominentes del mismo. Por otra parte, al igual que en otro tipo de lesiones, los padres no dan una explicación razonada del mecanismo de producción de las mismas.

Los hematomas constituyen otra manifestación frecuente en el niño maltratado. Se observan sobre todo en cuero cabelludo, cara tórax y glúteos. Sus características son: diferente coloración, múltiples y diferente localización. Ello significa que han sido producidas en diferentes momentos, lo cual no se da en los hematomas producidos accidentalmente. El tiempo transcurrido desde la producción de los mismos hasta su diagnóstico puede ser cuantificado por el color de estos: si es de color rojo (hemoglobina) indica lesión de tres días, si el color es pardo o amarillo verdoso indica transformación en metahemoglobina y hemosiderina, por ausencia de oxigenación y corresponde a un golpe producido hace 3-7 días y si el color es amarillo o amarillo marrón (hamatoidina), corresponde a lesión producida entre 7-30 días.

La existencia de múltiples lesiones, en diferentes estadios evolutivos y en lugares corporales poco prominentes pueden indicar por lo tanto malos tratos.

Una lesión característica de maltrato es lo que constituye el denominado «síndrome de la oreja en coliflor», que asocia hematomas subpericóndricos de la oreja, edema cerebral ipsolateral y retinopatía hemorrágica. Los casos descritos en la literatura han mostrado la gravedad de la misma (14).

A la hora del diagnóstico diferencial de las lesiones hemorrágicas se tendrán en cuenta las lesiones observadas en la hemofilia, las de la enfermedad de Werlhof y las del síndrome de Ehlers-Danlos.

También es interesante destacar que en ocasiones el objeto utilizado por el agresor queda reproducido en la piel del niño; de esta manera, existen lesiones que semejan una porra, un cinturón, un cable eléctrico, un látigo, una hebilla, una mordedura humana o un intento de ahogo. En caso de mordeduras se puede observar la disposición típica de los dientes en forma de arco.

Las quemaduras constituyen otro tipo de lesión que puede ser especialmente grave. Pueden estar producidas por líquidos hirviendo o bien por inmersión del niño en recipientes de agua hirviendo. Si son escaldaduras provocadas las quemaduras son simétricas y bilaterales y se localizan sobre todo en nalgas, región perineal, escroto y plantas de los pies. Si son accidentales, producidas al derramar un reci-

piente, suelen ser quemaduras de la parte anterior y superior del cuerpo. Se estima que el agua a una temperatura de 52°C necesita 70 segundos para poder producir unas quemaduras de primero o segundo grado y el agua a 64°C produce los mismos efectos en la piel al cabo de un segundo de exposición (3).

También son frecuentes las quemaduras producidas por cigarrillos o cigarrillos puros. Las lesiones producidas son circulares, con flictenas o escaras y se localizan preferentemente en zonas de la cara, tórax, genitales, manos y pies. También pueden ser producidas por planchas, infiernillos y otros objetos candentes. Reece (14) describe el caso de un lactante que sufrió quemaduras de tercer grado al ser introducido en un horno microondas por su cuidadora. Las quemaduras producen cicatrices y daños funcionales y estéticos.

Las heridas inciso contusas son producidas por objetos punzantes y cortantes como cuchillos, tijeras o tenedores.

Las heridas de mucosas más frecuentes son producidas en la boca. Se pueden observar desgarros y quemaduras producidas por líquidos hirviendo o en ocasiones, a consecuencia de la administración de alimentos excesivamente calientes. A veces se produce incluso rotura de piezas dentarias, producidas por introducción violenta de objetos punzantes o cortantes o administración forzada de alimentos. Por otra parte, como señala Marina (15) también es signo de maltrato la mala higiene bucodental de los niños, la caries e infecciones de la boca: es el denominado maltrato odontológico.

A veces se pueden observar otras servicias físicas como son las laceraciones o escoriaciones de piel, secundarias a la aplicación de lazos o cuerdas en diferentes partes del cuerpo, como cuello, tobillos, muñecas, etc. También se pueden observar señales de estrangulación, así como alopecias producidas por arrancamiento del cabello o zonas de rarefacción del cabello como resultado de tirones de pelo brutales y repetidos. En estos casos se hará el diagnóstico diferencial con la alopecia areata, muy rara antes del año, y con la tricotilomanía, sobre todo de la zona occipital.

En la Tabla I se relacionan los múltiples objetos que han servido para lesionar al niño, por orden de frecuencia, en una serie de 616 niños denunciados por maltrato en el Children's Hospital de Columbus (Ohio), entre 1980 y 1982 (16).

Lesiones osteoarticulares

Silverman fue el primero que describió radiológicamente estos cuadros al encontrar fracturas asociadas a hematomas subdurales, por ello al síndrome del niño maltratado también se le denomina de Silverman. Las lesiones osteoarticulares son las más frecuentes tras las observadas en piel y mucosas. Pueden aparecer a cualquier nivel del esqueleto (cráneo, costillas, columna vertebral) con predominio de extremidades (3, 10, 12, 17, 18, 19).

Las fracturas de huesos largos están presentes en el 30% de los casos, según Delgado y cols. (10). Las lesiones observadas son muy variables despegamientos periósticos, fracturas metafisarias, fracturas diafisarias o desprendimientos epifisarios producidos por tracción. Las fracturas pueden ser únicas o múltiples, lo cual indica que se debe de practicar estudio radiológico completo ante la mínima sospe-

TABLA I

Causas de lesión física en niños maltratados

-
- Cinturón de seguridad o correa
 - Mano
 - Puño
 - Impulsión (empujón, arrastre)
 - Bastón o vara
 - Remo o tabla
 - Cordón
 - Líquido caliente
 - Pie
 - Parrilla, calentador o estufa
 - Cigarrillo
 - Zapato
 - Cuchillo
 - Boca
 - Sacudimiento
 - Hierro
 - Otros*
-

* Juguete, teléfono, tenedor, botella, arma de fuego, inmersión en agua helada, etc.
Tomado de Johnson CF y Shovers J (16).

cha, y excepcionalmente gammagrafía ósea. A veces se observan radiológicamente callos de fracturas ya consolidadas o calcificaciones debidas a hemorragias subperiósticas. Las afecciones osteoarticulares, sobre todo las epifisarias, pueden producir secuelas en forma de desviaciones, acortamiento de extremidades y cojera.

En cráneo suelen aparecer fracturas muy variadas: lineales con bordes bien delimitados, lo cual indica lesión reciente; en forma de estrellas, hundidas en sus bordes, conminutas y, a veces, diastasadas, lo cual hace sospechar un hematoma subdural.

En tórax pueden observarse lesiones costales o vertebrales. Las fracturas epifisometafisarias de costilla se deben de considerar como específicas de maltrato infantil. Las lesiones vertebrales son de difícil detección y son debidas a un traumatismo directo o a un mecanismo de hiperflexión o hiperextensión forzada de la columna, dando lugar a deformaciones en cuña de las vértebras. Las luxaciones graves de la columna vertebral pueden ir acompañadas de lesión de la médula espinal.

Generalmente las lesiones osteoarticulares no se visualizan en el primer momento, por lo que ante un diagnóstico de sospecha, la exploración radiológica se volverá a realizar a los diez días.

Thomas y cols. (17) han establecido un criterio que permite diferenciar si una fractura es claramente sospechosa de malos tratos o accidentales. Estos autores valoran la localización de la fractura, como por ejemplo las no supracondíleas de

húmero que han mostrado una intensa asociación con los malos tratos, teniendo en cuenta además otras características, datos clínicos y antecedentes familiares.

En la Tabla II se muestra la exploración radiográfica aconsejada cuando se investiga un caso de maltrato infantil (19) y en la Tabla III se muestra el diagnóstico diferencial de las lesiones traumáticas del esqueleto (20).

TABLA II

Estudio radiográfico de esqueleto a realizar para identificar lesiones de maltrato

CRANEO	Imagen frontal e imagen lateral que incluya raquis cervical.
RAQUIS	Imagen lateral toracolumbar, incluyendo imágenes frontales.
TORAX	Imagen frontal que permita ver costillas y raquis lumbar alto.
EXTREMIDADES	Superiores: imagen frontal que incluya cintura escapular y manos. Inferiores: Imagen frontal que incluya raquis lumbar bajo, pelvis y pie.

Tomado de Merten y Carpenter (19).

TABLA III

Diagnóstico diferencial de los traumatismos esqueléticos

Traumatismo obstétrico	Enfermedades neuromusculares
Inmadurez	Insensibilidad congénita para el dolor
Defectos nutricionales metabólicos	Parálisis cerebral-mielodisplasia
Escorbuto	Displasia esquelética
Raquitismo	Osteogénesis imperfecta
Hiperparatiroidismo secundario	Hiperostosis cortical infantil (Caffey)
Síndrome de Menkes	Neoplasias y enfermedades asociadas
Mucopolisidosis II (enf. célula I)	Leucemia
Toxicidad	Neuroblastoma metastásico
Osteodistrofia por metotraxate	Histiocitosis X
Terapéutica con prostaglandinas	Traumatismo no intencional
Hipervitaminosis A	Fractura del lactante que inicia la marcha
Infección	Variante normal
Sífilis congénita	Hueso nuevo perióstico fisiológico
Osteomielitis	

Modificado de Brill y Winchester (20).

Lesiones intracraneales

Una lesión extremadamente grave es el hematoma subdural. Tiene su origen en la descripción de Caffey en 1946, que lo describió asociado a fracturas múltiples y a hemorragias retinianas (19, 21).

Esta lesión viene producida por el zarandeo violento o sacudida del niño o bien cuando este es lanzado contra la pared. Estas acciones son capaces de producir movimientos bruscos de cabeza y ocasiona roturas vasculares con el consiguiente acúmulo de sangre entre la aracnoides y la duramadre. La clínica puede manifestarse con vómitos, trastornos de la respiración, alteraciones de la conciencia, convulsiones, alteraciones del ritmo respiratorio y del tono muscular. La exploración puede identificar una hipertensión de fontanela, hemorragias en el fondo de ojo y alteraciones en el trazado electroencefalográfico. La práctica de ecografía cerebral, TAC y resonancia magnética nuclear ayudan al diagnóstico, además de identificar otras posibles lesiones como edema y contusión cerebral (3, 10, 12).

Lesiones viscerales

Son difíciles de diagnosticar. El niño maltratado puede presentar vómitos, dolor y distensión abdominal que sugiere un cuadro de obstrucción intestinal casi siempre debido a hematoma duodenal postraumático o a pseudoquiste de páncreas, frecuentemente producido por puñetazos o patadas (3, 10, 12, 19).

Menos frecuentes son los hematomas yeyuno ileales y retroperitoneales, rotura de estómago, de intestino delgado y colon, así como contusiones hepáticas, hemo-peritoneo, ascitis quilosa, lesión de vías biliares y rotura de bazo y riñón.

Lesiones oculares

El traumatismo del globo ocular y de región periorbitaria son los traumatismos oculares más frecuentes producidos por malos tratos. Se manifiesta de una forma característica «en antifaz», de localización frecuentemente bilateral, lo cual sirve de sospecha de maltrato. Las caídas de tobogán pueden producir este tipo de lesión pero suele ser, en este caso, de carácter unilateral (3, 10, 12).

Los traumatismos craneales pueden producir, además, fracturas del hueso nasal, pómulos y órbitas, dando lugar a la característica deformación de «nariz de boxeador». Las lesiones internas más frecuentes suelen ser hemorragias retinianas y desprendimiento de retina. Más raro es encontrar queratitis, cataratas postraumáticas, atrofia de iris, subluxación de cristalino, sinequias y ceguera. El estudio radiográfico y de fondo de ojo serán indispensables para llegar a un diagnóstico correcto.

En la Tabla IV se relacionan las diferentes entidades que pueden cursar con cataratas (22).

Consideraciones finales

Si al niño se le maltrata de forma prolongada, a sus lesiones pueden añadirse otras manifestaciones cuales son un retraso pondoestatural y fallo en el medro,

TABLA IV

Diagnóstico diferencial de las cataratas

Fetopatías infecciosas (TORCH, varicela congénita)
Cataratas hereditarias, idiopáticas, asociadas a prematuridad
Cataratas secundarias o asociadas a síndromes (Pierre Robin, Goldenhar, Marfan, etc.)
Cataratas inducidas por drogas (corticoides, clorpromacina)
Cromosomopatías (Down, trisomía 18, trisomía 13, Turner)
Alteraciones metabólicas (diabetes, galactosemia, Love)
Anemias hemolíticas (esferocitosis hereditarias)
Síndrome asociado a cataratas (Alport, polidactilia, Prader Willi, Noonan, etc.)
Dermatosis asociado a cataratas (Cockayne, ictiosis congénita, Siemens, etc.)

Modificado de Kohn, BA (22).

si coexiste afectación emocional y psíquica. El trastorno del comportamiento puede ser también otro fenómeno secundario, tanto de sus problemas emocionales como de los físicos, tal es el caso de los niños a los que les producen lesiones cerebrales. Se cree que la mayoría de los niños maltratados quedan con alguna secuela intelectual, casi siempre debida a lesiones cerebrovasculares. El raquitismo puede ser otra de las consecuencias con repercusión en el estado general (12).

Como conclusión podemos decir que el médico deberá sospechar que un niño es víctima de maltrato cuando presenta cualquier fractura, hemorragia, herida, hematomas múltiples, fallo de medro e incluso muerte súbita. Todo ello deberá ser apoyado por unos antecedentes familiares sugerentes y determinados factores desencadenantes. El dejar constancia gráfica de estas lesiones mediante fotografías, va a ayudar al diagnóstico del síndrome del niño maltratado (23).

BIBLIOGRAFIA

1. QUEROL X: El niño maltratado. «Ediciones Pediátricas». Barcelona 1990.
2. QUEROL X: El niño maltratado. En M. Cruz «Tratado de Pediatría». Sexto ed. Vol. II. Espaxs, Barcelona. p. 1887-1893.
3. JOHNSON CF: Lesión intencional y lesión accidental. «Clin Pediatr N Amer», (ed. esp.), 1990;4:841-864.
4. ANDRES J, BASELGA C, FLETA J, MAGAÑA M, NUEL R, OLIVAN G: Maltrato sexual en la infancia. «Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor» (en prensa).
5. OLIVAN G, FLETA J, BASELGA C, MAGAÑA M, NUEL R, ANDRES J: Síndrome de Münchhausen en la infancia. «Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor», 1992;22:184-190.
6. BASELGA C, FLETA J, MAGAÑA M, ANDRES J, NUEL R, OLIVAN G: La infancia maltratada. «Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor», 1992;22:101-105.
7. BASELGA C, LOPEZ MJ: El síndrome del niño apaleado: a propósito de una observación personal. «Bol Soc Arag Pediatr», 1976;8:187-193.
8. BASELGA C, FLETA J, MAGAÑA M, ANDRES J, VICO P, SANCHEZ R, TABOADA V, NUEL R, OLIVAN G: Problemática actual del maltrato infantil. «Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor», 1992;22:99-100.
9. FLETA J, BASELGA C, ANDRES J, MAGAÑA M, NUEL R, OLIVAN G: Actuación del médico ante un caso de maltrato en la infancia. «Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor», 1992;22:180-183.

10. DELGADO A, ARISTEGUI J, GARATE J, PEREZ LEGORBURU A, GONZALEZ C, ARANCETA J: Síndrome del niño maltratado. «Pediatria Clínica», 1992;3:89-107.
11. LOZANO MJ: Malos tratos en la infancia. Manifestaciones clínicas traumáticas. VI Curso Nacional de Enfermería Pediátrica y I Curso Nacional de Medicina Pediátrica. Santander 22-26 octubre, 1990. Libro de ponencias p 229-231.
12. ARROYO G: Servicios en la infancia. Parte II. Aspectos médicos-legales del diagnóstico y el tratamiento. «Tiempos Médicos», 1985;289:61-72.
13. FELDMAN KW: Hematomas de las nalgas y de las orejas debidos a malos tratos. «Pediatrics»,(ed. esp), 1992;34:223-226.
14. REECE RM: Manifestaciones raras del maltrato infantil. «Clin Pediatr N Amer» (ed. esp), 1990;4:957-973.
15. MARINA C: Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el maltrato infantil. «An esp Pediatr», 1991;35:113-119.
16. JOHSON CF, SHOWERS J: Injury variables in child abuse. «Child Abuse Negl», 1985;9:207-215.
17. THOMAS SA, ROSENFELD NS, LEVENTHAL JM, MARKOWITZ RI: Fracturas de huesos largos en niños de corta edad: diferenciación entre las lesiones accidentales y las debidas a malos tratos. «Pediatrics» (ed. esp.), 1991;32:145-150.
18. GAHAGAN S, RIMSZA ME: ¿Malos tratos u osteogénesis imperfecta? ¿Cómo diferenciarlos? «Pediatrics» (ed. esp.), 1991;32:287-291.
19. MERTEN DF, CARPENTER BLM: Imagen radiográfica de lesión intencional en el síndrome del niño maltratado. «Clin Pediatr N Amer» (ed. esp.), 1990;4:865-888.
20. BRILL PW, WINCHESTER P: Differential diagnosis of child abuse. En PK KLEINMAN. «Diagnostic Imaging of Child Abuse», Willians y Wilkins, 1987. p. 221.
21. CAFFEY J: Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. «Am J Roentg», 1946;56:163-173.
22. KOHN BA: The differential diagnosis of cataracts in infancy and childhood. «AJDC», 1976;130:184-192.
23. DUBOWITZ H, BROSS DC: The Pediatrician's documentation of Child maltreatment. «AJDC», 1992;146:596-549.