Maltrato infantil. Presentación de un caso

SS/E. UNODC

Jorge Iván Pareja Pineda. Médico y Cirujano

Universidad de Antioquia. Profesional universitario forense. Sección patología forense Regional Nor - occidente. Medellin. INMLCF.
delotromundo2006@yahoo.com

RESUMEN

El Síndrome de Maltrato Infantil no se debe considerar un tópico exclusivo para las ciencias forenses y los pediatras, sino por el contrario, compete a todas las especialidades médicas, siendo importante el diagnóstico interdisciplinario y la intervención oportuna. A continuación se muestra un caso de maltrato infantil en una niña de 17 meses de edad, quien presenta fracturas de fémur en diferentes estadios de cicatrización.

ABSTRACT

Child maltreatment is not to be noted as an exclusive subject to forensic sciences and pediatricians, rather it is inherent to all of the medical specialties as long as interdisciplinary diagnostic and opportune intervention are important.

A 17-month-old female maltreatment case who suffered femoral fractures at different healing stages was reported.

Palabras clave: *maltrato infantil agudo y crónico, lesiones personales, trauma de huesos largos, fracturas en niños.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

Niña de 17 meses de edad, natural y residente en el municipio de Puerto Berrío, Antioquia. El caso es comentado al médico forense, por un médico ortopedista del Hospital La Cruz de esa localidad. Cuatro semanas antes, la niña había sido valorada y tratada por presentar una fractura del tercio distal del fémur izquierdo. Durante la revisión posterior al retiro del yeso, al evaluar la radiografía de control post tratamiento, el ortopedista encontró otra fractura en el cuello del mismo fémur, la cual presentaba un callo óseo en diferente estadio de consolidación (Fotografías 1 y 2). Adicionalmente observó la presencia de edema y equimosis en el labio superior y en el párpado superior izquierdo. Sospechando un posible maltrato infantil; se dio aviso a las autoridades.

Al ser valorada la menor en Medicina Legal, en el examen físico presentaba lesiones traumáticas en la cara (escoriaciones en labio superior e inferior, escoriación en mentón que comprometía la mucosa yugal. Edema y equimosis de color verdoso en párpado superior izquierdo, con hemorragia en esclerótica, porción temporal, sin compromiso de los huesos de la órbita ni del globo ocular) y tumefacción en el muslo izquierdo, que se ubica entre el tercio medio y proximal, con arcos de movimiento adecuados.

Fotografía 1. Primera imagen radiográfica. Vista AP y Lateral de rodilla izquierda

Fotografía 2. Radiografía de control. Vista lateral y AP de fémur izquierdo

La historia clínica de la menor aportó muy poca información: tenía antecedentes de un trauma craneoencefálico leve en la región occipital al caer desde una altura de 80 cm., dos meses antes. Esquema de vacunación completo. Sin historia de hospitalizaciones anteriores. La información obtenida en la entrevista a la madre fue pobre y poco confiable, pues según manifestó, ella debía dejar a la menor con una señora, mientras laboraba como trabajadora sexual. No fue posible contactar a la niñera.

Posteriormente se conoció por parte de la autoridad que la menor convivía con otra trabajadora sexual, compañera de la madre, quien se echó a la fuga y la menor fue entregada a un hogar de protección.

DIAGNÓSTICO Síndrome de maltrato infantil agudo y crónico.

REVISIÓN DEL TEMA

La detección y diagnóstico de maltrato físico en niños, depende de la habilidad del médico para reconocer lesiones sospechosas y requiere de una completa historia clínica y un cuidadoso examen físico. El médico debe considerar si lo expuesto durante el interrogatorio por los encargados del niño, explica los hallazgos del examen.

La información debe ser recolectada de manera detallada, pero sin caer en preguntas inquisitorias. (3)

En la literatura médica aparecen criterios que tratan de unificar y orientar el diagnóstico (11), pero sin duda alguna sigue predominando como hecho cardinal, *la discrepancia entre la historia relatada por los progenitores o personas a cargo del menor y los hallazgos físicos.*

Las explicaciones sobre cómo ocurrió el trauma (tales como caídas desde sillas altas, caídas desde una mesa o de la cama), son vagas, inconsistentes o contradictorias con las lesiones encontradas (2). El niño es llevado al médico o a un servicio de urgencias por trauma con lesiones recientes o antiguas, fracturas u otros traumatismos. Existe retraso para llevar el niño al hospital y la explicación por parte de los padres o niñera es de no haberse dado cuenta del estado de salud del menor. (2-1)

Para el estudio de los casos en los cuales se sospecha maltrato infantil, es útil indagar sobre:

- Historia médica anterior (trauma, hospitalizaciones, anomalías congénitas, enfermedades crónicas).
- Historia familiar (especialmente sangrado, trastornos óseos y desórdenes metabólicos o genéticos).
- Historia prenatal (niño deseado o no deseado, embarazo deseado o no deseado, control prenatal adecuado, complicaciones postnatales, depresión posparto en la madre, parto no hospitalario).
- Patrones familiares de disciplina.
- Temperamento del niño (niño tranquilo o muy activo).
- Historia previa de maltrato infantil en cualquiera de los progenitores (o en la madre o padre sustitutos, si los hubiere), así como en los hermanos.
- Historia de desarrollo sicomotor en el niño (lenguaje, motricidad gruesa, motricidad fina, etc.).
- Abuso de sustancias por parte de los padres o personas que viven alrededor del menor.
- Dificultades económicas y financieras; y violencia intrafamiliar. (3)

En situaciones confusas, también se deben tener en cuenta algunos diagnósticos diferenciales; sin embargo, la consideración sobre causas no relacionadas con maltrato amerita evaluación y estudios adicionales (3). Aunque una de las enfermedades que se menciona con mayor frecuencia en la literatura científica al respecto, es la osteogénesis imperfecta, el maltrato infantil es mucho más común en la población. (4)

Los niños son los únicos que están bajo la supervisión constante de un adulto y la mayoría de las lesiones en ellos se pueden prevenir. Muchas de estas lesiones ocurren en el hogar y se atribuyen a descuidos, presencia de elementos peligrosos, etc. Las caídas dan cuenta de la mayoría (61.1%) de las lesiones; los mecanismos más comúnmente identificados son las

caídas desde muebles, que ocurren en edades entre los 3 y 11 meses (24.6%), y a su vez resultan con mayor frecuencia en lesiones del cráneo (36.2%) y trauma superficial (26.3%), aunque las fracturas y las luxaciones son también comunes (12.2%).

A partir de los 3 a 5 meses de edad, la tasa de lesiones se incrementa hasta alcanzar el pico más alto entre los 15 y los 17 meses de edad (94% de los casos), luego desciende a niveles bajos entre los 42 y 44 meses de edad. Esto coincide con el desarrollo de destrezas tales como la deambulación independiente, un comportamiento explorador y el llevarse objetos a la boca. El niño es capaz de tener acceso a muchos lugares, pero no reconoce los peligros a su alrededor. (6)

Las fracturas de la diáfisis femoral y fémur distal se relacionan con trauma de alta energía; los accidentes de tránsito, las caídas de gran altura y el maltrato infantil constituyen su principal etiología. (12)

Aunque se han tratado de establecer diferencias de acuerdo con el sitio de las fracturas de huesos largos para distinguir entre causas traumáticas y el maltrato infantil, tales consideraciones no son concluyentes, pues son comunes en ambos casos. (3-7)

Las fracturas de fémur en niños que no caminan son atribuidas generalmente a maltrato en ausencia de trauma o enfermedad subyacente. Las fracturas del fémur se presentan en un 12% a 29% de los niños maltratados, particularmente fracturas en espiral y una alta incidencia de fracturas de la diáfisis proximal y la metáfisis distal. Las fracturas en patrón de espiral u oblicuas implican la aplicación de fuerzas de torsión estrechamente relacionadas con maltrato infantil, dependiendo de la edad. (7-10)

La neoformación ósea perióstica en las fracturas de huesos largos en diversas fases de cicatrización, indica la existencia de ataques repetidos y en ausencia de enfermedad, es patognomónica de Síndrome de Maltrato Infantil. (1-8-9)

CONCLUSIONES

- La integración del sistema de salud y el sistema médico legal debe ser una realidad y no un trabajo aislado en lo que respecta al maltrato infantil.
- Es importante realizar una búsqueda exhaustiva para descartar el maltrato infantil por parte del personal sanitario. En todo menor con traumatismo de dudosa etiología, nunca se debe dejar a un lado la consideración de este diagnóstico.
- La historia clínica completa un adecuado y minucioso examen físico por parte del personal de salud y la interconsulta a los servicios médico forenses serán el pilar fundamental para la identificación del maltrato físico infantil.
- La exploración radiológica debe efectuarse en búsqueda de otras lesiones óseas.
- La relación entre la magnitud de la lesión, su localización y la presencia de diversas fases de cicatrización, confrontada con la edad de la víctima y la explicación incoherente del encargado del menor frente a lo sucedido, es relevante para el diagnóstico de maltrato físico infantil.

Por ser de interés interdisciplinario se reporta el presente caso, en el cual la historia clínica, los hallazgos radiológicos y el estudio clínico forense, permitieron realizar un diagnóstico adecuado y generar el traslado de una menor maltratada a Bienestar Familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giraldo, C.A. *Medicina Forense*. Undécima edición. Violencia Intrafamiliar. El síndrome por maltrato en niños. Cap. 22. Pags. 215-217. Señal Editora 2003.
2. DiMaio V.J, DiMaio D. *Forensic Pathology*, second edition. *Battered Baby Syndrome*. Chapter 12. Pages 339-346. CRC Press 2001
3. Nancy D. Kellogg, MD and the Committee on Child Abuse and Neglect. *Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. PEDIATRICS* Vol. 119 No. 6 June 2007, pp. 1232-1241 (doi:10.1542/peds.2007-0883)
4. Carole Jenny, MD, MBA, FAAP for the Committee on Child Abuse and Neglect. *Evaluating Infants and Young Children with Multiple Fractures. PEDIATRICS* Vol. 118 No. 3 September 2006, pp. 1299-1303 (doi:10.1542/peds.2006-1795).
5. William Pickett, PhD, Susan Streight, BA, Kelly Simpson, BSc and Robert J. Brison, MD, MPH, FRCPC. *Injuries Experienced by Infant Children: A population-Based Epidemiological Analysis. PEDIATRICS* Vol. 111 No. 4 April 2003, pp. e365-e370
6. Phyllis F. Agran, MD, MPH, Craig Anderson, DHSc, PhD, Diane Winn, RN, MPH*, Roger Trent, PhD, Lynn Walton-Haynes, DDS, MPH and Sharon Thayer, MPH. *Rates of Paediatric Injuries by 3-Month Intervals for Children 0 to 3 Years of Age. PEDIATRICS.* Vol. 111 No. 6 June 2003, pp. e683-e692).
7. Penny Grant, MD, Department of Pediatrics, University of Oklahoma: *Tulsa. Femur Fracture in Infants: A Possible Accidental Etiology. PEDIATRICS.* Vol. 108 No. 4 October 2001, pp. 1009-1011.
8. Hoyos, M.A. *Quemaduras*. En: Urgente Saber de Urgencias. Hospital Universitario San Vicente de Paul. 2006-2007. Pág. 254-255.
9. Salter, R.B. *Trastornos y Lesiones del Sistema Músculo Esquelético*. 3a edición. Ed. Masson. 2002. Páginas 612-613.
10. Vélez C. L.M. *Fracturas en niños*. En: *Memorias 7ª Curso de Actualización en Conocimientos Médicos Generales*. ANIR. 2007. Paginas 412-413.
11. Lawrence S. Wissow, .D., M.P.H. *Child Abuse and Neglect. The New England Journal of Medicine.* Volume 332:1425-1431. May 25, 1995. Number 21.
12. Jaramillo F. J.C-Mejía M. L.S-Pérez N. C. *Ortopedia y Traumatología.* En: *Fundamentos de Cirugía.* Primera edición. Ed. CIB. 2002. Páginas 303-307.

SS/E. UNODC