



## MANIFESTACIONES CLINICAS DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

**F. A. MORAGA LLOP**

*Hospital Infantil "Vall D'Hebró".  
Universidad Autónoma. Barcelona.*

El diagnóstico del síndrome del niño maltratado se basa en una historia clínica exhaustiva y sospechosa, y en una exploración clínica minuciosa. En la primera son características la presencia de un intervalo libre lesional, la historia no coincidente con las lesiones encontradas y la contradicción y actitud pasiva de los padres.

La clínica se caracteriza por el polimorfismo lesional, es decir, la presencia de lesiones diferentes, producidas en diversos momentos y con una localización característica. Esta sintomatología clínica polimorfa evoluciona favorablemente y no se presentan nuevas lesiones cuando el niño se hospitaliza o se le separa de su medio habitual (Hospitalismo de signo inverso u hospitalismo invertido de Straus), mientras que es frecuente su reaparición cuando el niño vuelve al medio familiar.

La exploración clínica ha de acompañarse de la práctica de algunos exámenes complementarios: serie esquelética, a veces ayudada por la gammagrafía ósea, estudio del fondo de ojo, ecografía, especialmente la cerebral en el lactante, y tomografía axial computadorizada.

Los hechos más importantes en la historia de las manifestaciones clínicas del síndro-

me del niño maltratado se inician en 1726 con Zacchias, médico forense francés, que dio a conocer la existencia de tratos inadecuados a los niños. En 1860 Tardieu, también médico forense, realizó una descripción de las lesiones que encuentra en niños sospechosos de haber recibido malos tratos. Caffey describió en 1946 un síndrome caracterizado por hematoma subdural y fracturas múltiples de huesos largos en diferentes fases de consolidación, en seis niños sin antecedente traumático declarado; es el tercer síndrome de Caffey que denominaron diversos autores al conocerse su etiología.

En 1953 Silverman describió las lesiones óseas (Síndrome de Silverman) y estableció la etiología traumática del síndrome; en 1955 Wolley y en 1957 Caffey, señalaron como posible causa del traumatismo, los malos tratos a nivel familiar. En 1961 Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, describieron las lesiones extraesqueléticas y propusieron la denominación de "The battered child syndrome" (Síndrome del niño apaleado o golpeado), que desarrollaron en JAMA un año más tarde.

Este término de síndrome del niño apaleado se ha sustituido por el de síndrome del niño maltratado ya que se han ido inclu-

yendo progresivamente en este concepto otras patologías distintas a las de los malos tratos físicos de acción; un niño maltratado puede no presentar ningún signo evidente de haber sido golpeado.

## DIAGNOSTICO CLINICO

Se debe sospechar que un niño está sometido a malos tratos si presenta una o más de las siguientes manifestaciones clínicas:

### A - Malos tratos físicos (síndrome del niño apaleado o golpeado)

Lesiones cutáneo-mucosas: hematomas, equimosis, heridas, contusiones, erosiones, mordeduras, laceraciones, escoriaciones, quemaduras (escaldaduras, por cigarrillos), congelaciones, alopecia traumática, cicatrices y tumefacción de las partes blandas.

Lesiones óseas: fracturas múltiples en distintos estadios de consolidación (recientes y/o antiguas) que un simple traumatismo no suele producir (de huesos largos, desprendimientos epifisarios, calcificaciones por hemorragias subperiósticas). Se asocian a veces a manifestaciones clínicas y/o radiológicas de carencias vitamínicas, como el raquitismo y el escorbuto, que son expresión de la negligencia a nivel de las necesidades nutricionales.

Lesiones neurológicas: hematoma subdural con o sin fractura craneal, contusión y edema cerebral, hemorragia subaracnoidea, convulsiones, parálisis facial y lesiones medulares.

Lesiones oculares: lesiones conjuntivales, lesiones corneales por abrasivos, heridas, contusiones, hemorragias retinianas, catarata traumática y desprendimiento de retina.

Lesiones viscerales: contusiones, hematomas, perforaciones y roturas.

Retraso pondoestatural y/o psicomotor.

Carencia de atenciones higiénicas.

### B - Malos tratos por sustancias químicas.

Intoxicaciones intencionadas por medicamentos o sustancias tóxicas (síndrome de Munchhausen por poderes).

Intoxicaciones no intencionadas por falta de cultura o creencias populares.

### C - Síndrome de Munchhausen por poderes.

Descrito por primera vez en 1977 por Meadow como aquella situación en la que el niño es víctima de que los padres (casi siempre la madre) simulan, inventan o provocan una sintomatología en los hijos que llevan al pediatra a realizarles innumerables estudios diagnósticos y terapéuticos con el riesgo que éstos conllevan.

En algunos trabajos se habla del síndrome de Polle que sería un Munchhausen por poderes en que la madre tiene también un síndrome de Munchhausen y en otros del "Doctor Shopping" con el niño como paciente por poderes, que consiste en la simple invención de una falsa enfermedad sin elaborar signos de la misma (variante menor del síndrome).

### D - Malos tratos psíquicos (se exponen en otra parte de esta ponencia).

Por acción, carencia u omisión o abandono.

Origen:

- Intrafamiliar

– Extrafamiliar: malos tratos institucionales (centros sanitarios, guarderías, escuelas).

**E - Malos tratos por omisión (negligencia, abandono o ignorancia).**

El niño víctima de privaciones nutricionales y afectivas, puede presentar una o varias de las siguientes manifestaciones:

Retraso de crecimiento no orgánico de origen psicosocial, enanismo psicosocial, carencia psicoafectiva, hipotrofia o enanismo por privación o carencia afectiva o por abandono, deprivación materna. Hay una forma de carencia afectiva institucional, el hospitalismo.

Retraso psicomotor.

Trastornos del comportamiento.

Carencia de atenciones higiénicas.

Desatención médica.

**F - Malos tratos de tipo sexual (agresiones sexuales).**

Violación

Abusos sexuales: con violencia o sin violencia.

Naturaleza del contacto: manual, oral o genital. Heterosexual y homosexual.

Formas esporádicas y crónicas.

Origen:

- Extrafamiliar: amigos, conocidos, cuidadores.
- Intrafamiliar: incesto.
- Prostitución infantil.

Manifestaciones clínicas acompañantes: Contusiones y hemorragias, vulvovaginitis, dermatitis genital, leucorrea, molestias perineales, síntomas genito-urinarios e infecciones urinarias de repetición.

Manifestaciones psicosomáticas: dolor abdominal, vómitos, enuresis, encopresis, astenia, anorexia, cambio de carácter, insomnio, terrores nocturnos, hiperactividad, problemas escolares, fobias, trastornos del lenguaje y de la lectura.

Enfermedades venéreas.

Embarazo.

Conducta a seguir. Valoración.

Datos recogidos en la historia incluyendo los psicológicos.

Exploración pediátrica completa, incluyendo:

- 1.- Examen cuidadoso de los genitales externos.
- 2.- Exploración vaginal en algunos casos.
- 3.- Recogida de pruebas y exámenes de laboratorio (cultivo de las secreciones vaginales, rectales y faríngeas, prueba de embarazo, serología luética...).

**G - Explotación laboral**

Trabajo "profesional".

Mendicidad.

**H - Malos tratos de origen prenatal**

A pesar de este gran número de variedad de manifestaciones clínicas, todavía continúan sin diagnosticarse niños con este síndrome y otros, afectos de otras enfermedades, se diagnostican erróneamente de síndrome del niño maltratado.