



TALLER 1

COMO RECONOCER AL NIÑO MALTRATADO: DETECCION Y CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DEL MALTRATO FISICO Y SEXUAL

J. CASADO FLORES, M. J. MONTANE MERINERO

*Hospital del Niño Jesús
Madrid*

Aunque se conoce desde siempre la existencia de abuso y maltrato a los niños, el término "Síndrome del Niño Maltratado" fue acuñado por un pediatra norteamericano tan solo hace unas décadas (1) para describir a los niños que habían sido víctimas de maltratos físicos. Actualmente se utiliza más ampliamente y el término abarca también a los niños que sufren privaciones alimenticias y emocionales provocadas, abuso sexual, agresiones químicas, administración innecesaria de medicamentos o sustancias que alteran el normal funcionamiento orgánico provocando o simulando enfermedades (síndrome de Munchhausen) así como aquellas situaciones de negligencia de las que el abandono infantil es la forma más extrema. Cuando hoy hablamos de niños maltratados nos referimos a los abusos físicos, psicológicos, sexuales, químicos, así como a las situaciones de negligencias.

La detección del maltrato, excepto en las formas del niño apaleado y abandonado, es difícil y por ello se requiere una formación específica (2), que permita a los profesionales de la salud (pediatras, médicos de familia, traumatólogos, ginecólogos, radiólogos y enfermeras), profesionales de la educación (maestros y cuidadores de niños) y trabajadores sociales, el conoci-

miento de los factores personales, familiares y sociales, de riesgo, así como las formas de presentación que permitan la detección de casos y el correcto enfoque para la solución del problema. El motivo principal de este trabajo es contribuir a la mejor formación de estos profesionales.

El diagnóstico del niño maltratado se realiza casi exclusivamente por la anamnesis y exploración física (1, 3), ayudando en ocasiones la exploración radiológica (radiografías de esqueleto y TAC)(4), siendo de muy escasa utilidad el resto de las exploraciones complementarias. Por ello realizar una buena anamnesis, conocer las situaciones de riesgo concreto, estar familiarizados con los hábitos de los adultos maltratantes y niños maltratados, y conocer las lesiones físicas, sexuales y radiológicas más frecuentes, posibilitará el diagnóstico.

Debe sospecharse la existencia de maltrato ante toda lesión física no explicada, sobre todo cuando el paciente es menor de tres años (3) y concurren una o más de las siguientes características: múltiples visitas realizadas por traumatismos o intoxicación, al mismo o diferente centro asistencial; discordancias entre la historia relatada por los padres y los hallazgos encontrados en la exploración física; disputa fa-

miliar o acusaciones mutuas de negligencia previa durante la admisión del paciente; consulta no justificada y actitud temerosa de los padres; intervalo excesivo entre la producción de la lesión y la realización de la consulta; signos de abandono y suciedad en los padres y/o en los niños, existencia de datos que hagan pensar en alcoholismo u otra drogodependencia de los padres (5).

El maestro y los cuidadores de guardería, deben sospechar la existencia de maltrato cuando exista repetidamente absentismo escolar no justificado, signos de cansancio y agotamiento crónico en los niños, irregularidad en la llegada y recogida del colegio, signos de abandono en el cuidado, aseo, alimentación, así como ante la repetida aparición de hematomas, heridas, arrancamiento de pelos u otras lesiones poco probables de estar producidas fortuitamente.

Los médicos practicarán una exploración física minuciosa buscando pequeños signos de maltrato. El aspecto del niño puede ser de abandono, suciedad, y signos de malcuidado (3). Algunos, sin embargo, aparecen limpios y recién aseados, pero presentan lesiones difícil de explicar y una historia contradictoria. Algunos niños padecen deshidratación sin causa aparente, otros, signos de malnutrición sin enfermedad digestiva ni general, que lo justifique y algunos presentan enfermedades crónicas descompensadas, abandonados o no tratados.

En la Tabla I, se resumen los hallazgos más frecuentes encontrados en los niños maltratados físicamente: equimosis, escoriaciones, hematomas, quemaduras, cicatrices (6), pudiéndose conocer el tiempo transcurrido desde que se produjo la lesión, por el color de las contusiones y hematomas (7). Tabla II.

Las fracturas de los huesos de la cara, del cráneo o de los huesos largos de las extremidades, son frecuentes (8, 9) y aparecen en uno de cada tres niños menores de 3 años. Son características las fracturas múltiples y en especial de los huesos largos. En ocasiones las fracturas de los huesos del cráneo se asocian a hematoma subdural, aunque éste también puede aparecer sin fractura, cuando el niño es bruscamente zarandeado, lo que produce contusión del encéfalo al chocar contra los huesos del cráneo (10).

Los niños con fractura de cráneo y/o hematoma subdural presentan un cuadro clínico conocido como hipertensión intracraneal, con síntomas tales como vómitos en escopeta, disminución del estado de conciencia o coma, convulsiones, alteración de la marcha o del tono muscular, diplopia, pudiendo producir la muerte. La Rx del cráneo, ecografía cerebral transfontanelar en los lactantes pequeños y el TAC, permitirán realizar el diagnóstico.

A los lactantes y preescolares golpeados se les examinará radiográficamente todo el esqueleto. En ocasiones aparecen callos de fracturas óseas antiguas, a veces no detectadas, en diferentes estadios de resolución. Son característicos del maltrato físico los desprendimientos epifisarios; las hemorragias subperiósticas que más tarde se calcificarán, producidas por la fuerza de torsión que la mano del adulto genera al agarrar y girar bruscamente sobre las extremidades del pequeño paciente (8, 9). Estas últimas lesiones radiográficas son similares a las encontradas en los déficits de vitamina C y D, por lo que es necesario hacer el diagnóstico diferencial del síndrome del niño maltratado con el escorbuto y raquitismo.

Una buena parte de los maltratados físicos no son detectados (1), unas veces por-

que se ocultan a servicios sanitarios, educativos, servicios sociales o policía; otras porque no son detectados como tales, ya que la formación específica para la detección del maltrato, especialmente en nuestro medio es insuficiente. Los niños físicamente maltratados son etiquetados con frecuencia con otra patología. Al menos un 6% de los traumatismos múltiples (11), el 15% de las quemaduras (12), y una parte considerable de las intoxicaciones (13), que suceden durante los primeros años de la vida no son accidentales sino provocados.

Los padres o tutores de los niños de cualquier edad, especialmente los de edad escolar pueden referir que éstos padecen síntomas o signos que simulan graves y raras enfermedades, lo que obliga a realizar exploraciones médicas innecesarias, peligrosas y costosas. Esta nueva forma de maltrato denominada Síndrome de Munchausen por poderes (14), debe ser sospechada cuando la enfermedad del niño recibida inexplicadamente, con la hospitalización desaparece los síntomas, el cuadro clínico no corresponde a ninguna enfermedad conocida, así como cuando el responsable de la simulación está tranquilo y no demanda un diagnóstico concreto.

En los últimos años están apareciendo otras formas raras y sofisticadas de malos tratos poco frecuentes en nuestro medio tales como la intoxicación por ipecacuana, pimienta o accidentes que simulan enfermedades fortuitas.

El abuso sexual es una forma de maltrato, con alta frecuencia en aquellos países donde ha sido investigado. En Estados Unidos,

algunos estudios (15), señalan que el 20% de las mujeres y el 10% de los hombres sufrieron abusos sexuales antes de llegar a la edad adulta. Otros indican que el 7% de todos los casos de los niños maltratados fueron por abuso sexual y que el 5,6% de los niños son víctimas de abuso sexual. En Holanda desde el año 1988, constituyen el 7,2% de todos los maltratos (16). En algunas investigaciones recientes los abusos sexuales constituyen la principal forma de maltrato en la infancia (17).

Los abusos sexuales a los niños, pueden estar producidos por cualquier adulto, incluso por sus padres o madres biológicos (18, 19). El diagnóstico es difícil ya que el abuso sexual generalmente es ocultado. Cuando es denunciado o se sospecha, el médico con frecuencia carece de experiencia para la realización del diagnóstico. Los niños y niñas pueden tener dificultad para caminar o para sentarse, requieren haber sido abusados por adultos generalmente familiares o cercanos, y en la exploración física se encuentran lesiones del esfínter anal o del himen (hemorragia vaginal o anal), signos de inflamación o flujo vaginal. En ocasiones se encuentran cuerpos extraños, signos de enfermedad sexual crónica y positividad de algunos tests tales como fosfatasa ácida, gonorrea, o esperma en vagina y recto. Pueden encontrarse espermatozoides móviles durante las primeras seis horas tras el abuso y espermatozoides inmóviles durante los siguientes tres días. Los médicos pediatras y forenses deben aprender a explorar la anatomía normal de los genitales femeninos y del ano de niño y niña (20) para poder así conocer los genitales y anos violados.

BIBLIOGRAFIA

1. Kempe, CH; Silverman, FN; Steele, BF; y cols. The Battered Child Syndrome. *Jama* 181:17-24, 1962
2. Morroj, J. Residency Training in Management of Child Abuse. *Pediatrics* 82:513-14, 1988
3. Ellerstein, NS. The Cutaneous Manifestations of Child Abuse and Neglect. *AJDC* 133:906-909, 1979
4. Merten, DF; Radkowski, MA; Leonida, JC. The Abuse Child: A Radiological Re-appraisal *Radiology* 146: 377-381, 1983
5. Fontana, VJ. The Diagnosis of the Maltreatment Syndrome in Children. *Pediatrics* 51:780-782, 1973
6. Ama. Diagnosis and Treatment Guidelines on Child Abuse and Neglect. *Ama Council on Scientific Affairs. Report I*, 1984
7. Wilson, EF. Estimation of the Age of Cutaneous Contusion in Child Abuse. *Pediatrics* 60:750-753, 1977
8. Radkowski, MA.; Merten, DF; Leonidas, JC. The Abused Child: Critere for Radiological Diagnosis. *radiographics* 3:262, 1983
9. Hobbs, CS. Skull Fracture and the Diagnosis of Abuse. *ADJC* 59:246, 1984
10. Zimmerman, RA; Bilanivk, LT; Burce, D. y cols. Computed Tomography in Cranecerebral Ingury in the Abused Child. *Radiology* 130:687, 1984
11. Mayer, T; Walker, ML.; Johson, DG. y cols. Causes of Morbidity and Mortality in Severe Pediatric Trauma. *Jama* 245:719-21, 1981
12. Hight, DW.; Bakalar, HR.; Lloyd, JR. Inflicted Bourns in Children. *Jama*. 242:517-20, 1979
13. Rogers, D.; Tripp J.; Bentovim A. et col. No Accidental Poisoning: an Extended Spectrum of Child Abuse. *Br Med. J.* 1:793-96. 1976.
14. Headow R. Munchhausen Syndrome by Proxy. *Arch. Dis. Child.* 57:92-98, 1982
15. Finklehor. D. A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Beverly Hills, Calif. Sage Publications Inc., 1986
16. Pieterse JJ.; Van Urk H. Maltreatment of Children in the Wetherlands: an update after ten years. *Child Abuse and Neglect* 13:263-269, 1989.
17. Marshall, WN.; Puls, T; Davidson, C. News Child Abuse Spectrum in an area of Increased Awareness, *ADJC*. 142:664667, 1988
18. Gordon, M. The Family Envioerement of Sexual Abuse: a comparison of natal and stepfather abuse. *Child Abuse ang Neglect*. 13:121-130, 1989
19. Krug, RS. Adult Male Report of Childhood Sexual Abuse by Mothers: case descriptions, motivations and long-term consequences. *Child Abuse and Neglect*. 13:179-193, 1989
20. McCann, J.; Voris, J.; Simon, M. and Wells, R. Perianal Findings in Prepubertal Children Selected for Nonabuse: a descripture study. *Child Abuse and Neglect*. 13:179-193, 1989
21. Hobbs, CJ.; Wynne, JM. Sexual Abuse of English Boys and Girls: the importance of anal examinations. *Child Abuse and Neglect* 13:195-210, 1989

TABLA I
CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES
FISICAS MAS FRECUENTES

Tipo de lesión	Localización y forma
Contusiones, hematomas y equimosis	Cualquier área. Zonas no explicadas (genitoanal, flancos). Huella objeto agresor (mano, cinturón). Hematoma subdural.
Quemaduras	Zonas cubiertas (tórax, abdomen). Marca de cigarrillos. Ingestión de caústicos en menores de un año.
Piel	Tatuajes. Marcas. Ulceras zona pañal. Impétigo. Exema.
Heridas	Peribucales. Heridas incisas, punzantes. Limpias por arma blanca. Sucias, infectadas o viejas. Cicatrices antiguas. Mordiscos. Desgarros.
Rotura de vísceras	Hígado. Bazo. Estómago. Intestino.
Necrosis	Tabique nasal. Alas de nariz. Pabellón auricular. Uñas.
Arrancamiento	Cabellos. Alopecia traumática. Pabellón auricular. Uñas.
Huesos y articulaciones	Fracturas (cráneo, huesos largos). Artritis traumática. Deformidad de dedos. Encorvamiento de los huesos largos.
Otros	Muerte no explicada. Obnubilación y muerte sin causa.

TABLA II
RELACION ENTRE EL COLOR DE LA PIEL
Y EL TIEMPO DE EVOLUCION
DE LAS CONTUSIONES

Color	Tiempo de evolución
Negrusco, azul oscuro, rojo violáceo	Inmediatamente, menos de un día.
Marrón-azulado	Alrededor de tres días.
Verdoso	Entre 5 y 7 días.
Amarillo	Entre 7 y 10 días.
Desaparición del color	Tarda entre 1 y 4 semanas.