

Síndrome de maltrato físico

FOE: conferencia orientadora:

Profesora: Dra. Silvia María Pozo Abreu

Sumario:

- Definición. Términos afines. Datos para el diagnóstico. Versiones que ofrecen los padres y/o cuidadores.
- Diagnóstico clínico y diferencial del síndrome de maltrato físico
- Lesiones dermatológicas y cutáneo-mucosas como signos presuntivos de maltrato infantil
- Indicadores emocionales en el niño y de comportamiento y actitudes en los padres
- Lesiones óseas. Traumatismo de cráneo. Fracturas óseas
- Síndrome del niño sacudido. Definición. Patogenia. Principales características. -Lesiones más frecuentes. Diagnóstico
- Lesiones oftalmológicas como signos de maltrato en el niño
- Diagnóstico clínico y diferencial del síndrome de maltrato físico

Objetivo:

- Identificar las características de este síndrome para realizar acciones que favorezcan su prevención.

Hoy estudiaremos una de las formas particulares de este síndrome que son las que se presentan en nuestro país; nos referiremos al síndrome de abuso físico.

Es muy probable que esta sea la forma particular de maltrato que más conocen los especialistas que se dedican a la práctica de la pediatría, el patólogo, el radiólogo, forenses y otros, porque están siempre acompañadas de lesiones muy visibles que hacen de inmediato el diagnóstico; sin embargo, no siempre es tan fácil llegar a una conclusión definida, si no tenemos claro una serie de acontecimientos que se suceden en el transcurso de un niño maltratado o un paciente cualquiera lesionado.

Son tan frecuentes los “accidentes” y las “lesiones traumáticas” en el niño, seguidos de una morbilidad y mortalidad tan alta, que han sido objeto de muchos estudios epidemiológicos buscando fórmulas más efectivas que conduzcan a su prevención, ya que en ellos se conjugan factores sociales, económicos y culturales presentes en estas familia donde en muchas ocasiones predomina la negligencia o la violencia.

El término *abuso infantil* se refiere a cualquier acto o insuficiencia para actuar, que viola los derechos del niño, que daña su salud, desarrollo o la supervivencia de este. Un reciente estimado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra que 40 millones de niños entre 0 y 14 años de edad en el mundo sufren alguna forma de abuso o negligencia y requieren cuidados de salud social, siendo en la actualidad un foco de atención pública. Solo en Estados Unidos, se estima que entre 1 y 2 millones de niños son abusados físicamente; asimismo, se estima que el riesgo de niños abusados que retornan al hogar puede ser tan alto como hasta un 30 %.

Por otra parte, resulta también difícil separar una lesión aparentemente “accidental” del abuso físico y por otro lado, en la mayoría de los casos, los padres ocultan la verdadera historia. Según Green y otros, señalan que el 7 % de los traumatismos atendidos en el servicio de urgencias en niños menores de 3 años son causados por agresión y 30 % de las fracturas en niños menores de 2 años no son accidentales.

En la forma particular de maltrato físico, el contexto familiar resulta importante, en el cual la falta de empatía por el niño o la niña hace que reciban castigos corporales enajenantes, no solo en el hogar sino también en la escuela y la calle, y en algunos países viven bajo el temor de ser víctimas de la violencia. En realidad, es un capítulo al que debemos prestarle atención por las secuelas que deja desde el punto de vista personal, social y económico.

DEFINICIÓN

El maltrato físico puede definirse como la agresión corporal que recibe un menor de un adulto de manera intencional, producida por una parte del cuerpo, un objeto o sustancias, que provocan lesiones que van desde menos grave hasta la muerte.

TÉRMINOS AFINES

Síndrome del niño golpeado, síndrome de abuso físico, lesión no accidental o intencional, traumatismo X, síndrome del niño sacudido.

El estado de gravedad y las secuelas del paciente dependen de la intensidad de la agresión, del objeto empleado, el volumen y características de la sustancia, la duración de la agresión y la edad del paciente; por supuesto, los niños menores soportan menos el castigo que los mayores, porque tienen menos mecanismos de defensa. La agresión puede ser ejecutada por un individuo ajeno al seno de la familia, pero en el maltrato reiterado, generalmente la acción se ejecuta en el núcleo de la familia, por uno o ambos progenitores, el cónyuge, o la escuela, donde pasa la mayor parte del tiempo hábil.

El Profesor Néstor Acosta en sus estudios sobre el tema planteó cinco elementos que sólo el médico de urgencias o de la atención primaria puede describir y que son signos inequívocos de maltrato:

- El pelo o el cuerpo mojados
- La mordida humana en la región pectoral o en los gemelos
- Las palmadas en las nalgas o la cara (huellas del agresor)
- Olores (alcohol, esencias, kerosén)
- Las manchas en las ropitas

Estas lesiones con el transcurso del tiempo se pierden o no se les da importancia, si no se analizan de inmediato, además son maniobras empleadas para resucitar al paciente, o nos permiten tener un indicio de que algo ocurrió.

Él consideraba de mucha importancia los niños que son conducidos muertos o en estado de coma a la sala de urgencias; generalmente detrás de ellos hay alguna forma de maltrato.

Este es el momento para saber qué sucedió, porque la confusión deriva la investigación hacia la curación del niño y si esto es lo más importante, también lo es la responsabilidad de todos dejar en la impunidad estos hechos.

Existen 3 elementos fundamentales para que se produzca el hecho:

- El familiar o el agresor
- El niño
- Una situación propicia

En el primer caso hemos decidido llamarlo “el agresor” pues pudiese ocurrir que no fuese el familiar, aunque es por lo regular este quien lo inflige. El “agresor” es habitualmente, un niño que fue maltratado, y/o con trastornos de la conducta, con antecedentes de alcoholismos, y/o drogas, de bajo nivel social e inadaptados.

El niño eje de la agresión vemos dentro de los más vulnerables a los discapacitados, los que padecen de una anomalía congénita, los hijos no deseados, los que padecen de enfermedades crónicas, con trastornos de conducta, etc.

En tercer lugar siempre se produce a través de una situación propicia que provoque el desencadenamiento de la agresión, siendo las más comunes la separación matrimonial, la pérdida del trabajo, el fallecimiento de un familiar, los problemas monetarios, las frustraciones, situaciones de stress, las dificultades hogareñas que surgen en hogares turbulentos entre otras.

En estos casos la edad puede ser variable, pero realmente se ven más afectados los de corta edad, nos referimos a los menores de 3 años por ser más vulnerables al castigo al tener menos posibilidad de defensa ante la agresión. Los varones en un por ciento mayor que las hembras, siendo estas más afectadas por el abuso sexual, aunque en la actualidad se ha visto un incremento en los varones este tipo de maltrato.

Las formas de agresión más comunes son el azote con diferentes tipos de objeto como pueden ser cintos, chancletas, directamente con las manos; son halados por el pelo, por las orejas, pueden ser pellizcados, empujados llegando a las más cruentas como son las quemaduras con planchas, cigarros, mordeduras y en otras ocasiones hasta ser lanzados o sacudidos, siendo este último episodio motivo de otro tema de estudio (Síndrome del niño sacudido o lanzado).

DATOS PARA EL DIAGNÓSTICO

En el maltrato físico, es vital el examen físico de todas las partes del cuerpo, donde se pueden encontrar múltiples datos, la historia de las lesiones y la versión de los padres o de quien conduce al paciente a la sala de urgencias o consultas de atención primaria o pediatría. En ese sentido, son importantes:

- La edad. Aunque el maltrato físico se puede ver en cualquier edad, lo más probable es que ocurra en niños menores de 5 años. Más a menudo por debajo de los 2 años de edad, sobre todo el trauma craneal.
- Las discrepancias entre los hallazgos físicos de la lesión o lesiones y la historia que ofrecen los padres cuando se entrevistan por separado.

- La tendencia psicótica del agresor, por lo general explosiva para evadir la responsabilidad.
- El tiempo transcurrido entre el accidente y la primera asistencia médica que recibe el niño; generalmente, cuando se trata de un maltrato, los padres o agresores acuden a la sala de urgencias horas o días después de ocurrido el hecho, por temor a ser descubiertos. Otras veces no van al médico, esperando que cure la lesión. En este caso es importante descubrir las lesiones tardías, tales como rasguños, huellas de instrumentos, quemaduras en evolución y otras. No se puede dejar de revisar la región anogenital. Estos son datos de mucho valor en el diagnóstico.
- El modo de vida de los padres: pobre alojamiento, hijo de un solo miembro de la pareja, nivel social bajo, dificultades económicas, parejas jóvenes, la unión consensual, conflictos maritales, alcoholismo u otras drogas, indisciplina social de los padres y el niño, aunque no deben excluirse aquellos padres que tienen un nivel cultural donde es más difícil el diagnóstico por temor al escándalo.
- Debe tenerse en cuenta la versión de los vecinos.
- Las falsas prácticas religiosas, ritos o la ignorancia como “sobrar al niño”, aplicación de parches calientes u otras maniobras que dañen la integridad física del niño.
- Una historia de muertes infantiles dentro de la familia o muerte súbita puede ser un alto índice de sospecha, aunque este dato generalmente no se busca.
- En los niños mayores hay que tomar en cuenta la versión que ofrecen de las formas de maltrato, que las aceptan como formas de castigo.

Versiones que ofrecen los padres y/o cuidadores:

La reacción del agresor siempre es defensiva, tratando de evitar la responsabilidad ante los acontecimientos, tanto en la forma agresiva de expresión, como en la versión ofrecida en relación al accidente. Entre las últimas citamos a continuación algunas de ellas:

- Se cayó de las manos cuando lo estaba bañando
- Se cayó de la cama
- Se trabó una pierna con la baranda de la cuna
- Lo mordí para que respirara
- No sé lo que pasó; yo no estaba presente
- Pensé que no era nada

El rasgado de las uñas, la alopecia, los olores, la palidez cutáneo-mucosa, el desgarramiento de los genitales externos, la torsión del testículo y la inflamación de la hidátide acompañadas de edema, deben investigarse; mientras no se demuestre lo contrario, suelen ser signos de abuso sexual en el niño. Las secreciones deben ser estudiadas: vaginal, otorraquia y nasorraquia, así también como los contenidos del intestino.

Se deben analizar también, tres elementos vitales:

- Las lesiones oculares, que rara vez descubrimos porque no se realiza el fondo de ojo en estos casos sistemáticamente. Podrán ampliar sobre estas lesiones en la [Bibliografía básica 1 \(estudio independiente; documento en formato pdf que pesa 576 KB\)](#).
- El síndrome del niño sacudido, porque muchas veces no conocemos el mecanismo de la lesión y sus secuelas. Este síndrome lo estudiarán en la [Bibliografía básica 2 \(estudio](#)

[independiente; es un documento en formato pdf y pesa 666 KB\).](#)

- Muerte súbita en el niño, pocas veces el clínico o el pediatra tienen interés por saber qué pasó, sobre todo cuando el niño no tiene lesiones externas, como sucede en la asfixia. [Dejamos como estudio independiente además la Bibliografía básica 3 que aborda este tema \(es un documento en formato power point que pesa 893 KB\).](#)

Las lesiones oculares resultan importantes para el diagnóstico en todos los casos, especialmente en aquellos casos donde no se encuentran lesiones externas, entre ellas:

- Hematoma y edema de los párpados. Huellas del objeto utilizado.
- Quemaduras de la córnea por cigarro, agua hervida o sustancias químicas.
- Heridas no penetrantes (uñas) y penetrantes (hebillas, tijeras, cuchillos).
- Congestión y hemorragia subconjuntival.
- Desviación del cristalino.

CONSIDERACIONES GENERALES. LESIONES TRAUMÁTICAS EN EL MALTRATO FÍSICO

Las lesiones traumáticas son los elementos fundamentales que el clínico y todos debemos reconocer para considerar en el diagnóstico la posibilidad de maltrato físico y establecer todos los mecanismos necesarios para el tratamiento, las investigaciones sociales y el seguimiento de estos pacientes. Se consideran lesiones importantes las siguientes:

- Los sangramientos. Hematomas, equimosis, petequias, laceraciones, sangramiento ótico. Epistaxis. Cianosis. También las lesiones de vísceras sólidas, entre ellas: el hígado, el bazo y el Sistema Nervioso Central (SNC). Estas últimas son siempre de carácter grave porque conducen al coma tempranamente.
- Lesiones óseas. La fractura del cráneo, fracturas simples o múltiples en cualquiera de los huesos del cuerpo, son las que más denuncian el abuso físico.
- Lesiones cutáneomucosas. Heridas, huellas de cualquier tipo (chapas, cintos, ataduras, zapatos, quemaduras, mordida humana y otras). [Dejamos como estudio independiente las características de estas lesiones en la Bibliografía básica 4 \(es un documento en pdf y pesa 270 KB\).](#)
- Lesiones oculares. Hematomas de los párpados, hifema, desprendimiento de la retina; hemorragias en parches, edema de la papila, arrugas y ceguera que aparecen como lesiones tardías, secreción ocular para buscar enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Las lesiones del maltrato físico son múltiples y variadas; pueden aparecer aisladas o en combinación, esta última es la forma más frecuente. Los hematomas y las equimosis en distintos períodos de evolución por descomposición de la hemoglobina, es un dato fidedigno de maltrato infantil, cuando lleva días sin ser visto por el médico. Otras lesiones sospechosas de maltrato son las hemorragias retinianas, cuya intensidad puede ser variable, desde focos pequeños hasta moteado hemorrágico en placa bipolar y en las fibras nerviosas; igualmente, el edema de la papila. Ambas lesiones

pueden ser la expresión de una complicación importante del Sistema Nervioso Central.

Las lesiones cutáneas no hemorrágicas son de mucho valor en estos pacientes, las cuales pueden confundirse con otras patologías, como sucede en las quemaduras por cigarro que a menudo se confunden con la varicela o el ectima gangrenoso de la *Pseudomona aeruginosa*. Sin embargo, la localización y forma de las quemaduras de cigarro son distintas; por lo general, se localizan en la espalda, los hombros y las plantas de los pies y dan la impresión de úlcera profunda.

Las heridas, mordidas humanas, rasgaduras con las uñas de las manos y quemaduras, dejan huellas que pueden estar combinadas entre sí, o con otras lesiones.

Las fracturas óseas a cualquier nivel, son casi un dato constante en este síndrome, a menudo se descubren de manera casual en niños menores de 2 años. Generalmente son graves, múltiples y en distintos períodos de evolución, siendo las más importantes las de los huesos del cráneo que pueden cursar con edema, hemorragia en distintos niveles, otorraquia o nasorraquia. De singular importancia resultan los que afectan la cavidad abdominal y la cavidad craneana, que producen cuadros clínicos de gran envergadura. Se acompañan de grandes pérdidas de sangre en estas cavidades, palidez cutáneo-mucosa intensa, anemia aguda y shock hipovolémico que causan la muerte del niño.

En sentido general, para llegar a un diagnóstico de certeza de maltrato físico es necesario tener en cuenta todos los datos que hemos señalado a partir de un buen interrogatorio, el cual debe realizarse a los padres por separado y en el niño mayor tener presente su opinión. Otros que pueden aportar datos son los vecinos y los maestros que conocen a la familia y sus características. El examen físico debe ser completo desde la cabeza hasta los pies, incluido los genitales.

Los exámenes complementarios aportan datos de mucho interés, sobre todo el survey óseo, estudio de la coagulación, la tomografía axial computarizada (TAC), el ultrasonido (US), la resonancia magnética (RM); estos últimos en las lesiones del cráneo; el fondo de ojo es una investigación que no se debe dejar de hacer.

Las secuelas que deja el maltrato físico son, por lo general, definitivas e incapacitantes; nunca es olvidado por los niños y causa en ellos trastornos psicológicos profundos, como alteraciones de la personalidad y retraso escolar. Son también importantes las lesiones oculares que dejan ceguera, glaucoma, cataratas o pérdida total del ojo. Más adelante se estudiaremos las secuelas cerebrales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Caffey constató que muchos niños con trastornos neurológicos de mediana intensidad y dificultades en el aprendizaje pudieron haber sido víctimas de traumas de la cabeza por abuso. Otros han encontrado en estudios retrospectivos una alta incidencia de diagnósticos equivocados con otras condiciones. En otras casuísticas de accidentes en el niño, no aparece el maltrato infantil como una de las principales causas. Por ello debe hacerse el diagnóstico diferencial, entre otras patologías, con:

- Osteogénesis imperfecta. También llamada *fragilitis ósea*, es una enfermedad hereditaria, caracterizada por esclerótica delgada y translúcida (ojos azules), fragilidad ósea con fracturas múltiples recientes y antiguas. La piel es delgada. Generalmente se acompaña de otras anomalías como cardiovasculares y renales. Se menciona la forma tardía de la enfermedad, pero en realidad, cuando esto ocurre debe descartarse el maltrato infantil, sobre todo en niños mayores.
 - Discrasias sanguíneas. Se acompañan de plaquetopenia, como sucede en la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), la cual se asocia a hematomas. Los estudios de laboratorio establecen el diagnóstico.
 - Sífilis congénita. Se acompaña de lesiones óseas y lesiones cutáneas en las plantas de los pies, además rinitis y otras alteraciones. Las lesiones óseas son de tipo inflamatorio. La serología establece el diagnóstico.
 - Impétigo. Infección cutánea causada, generalmente, por el estafilococo y el estreptococo beta hemolítico del grupo A. SE disemina con rapidez a través de la piel del niño infectado. Está formado por una pápula diminuta que pasa a fase de vesícula que forma una pústula y finalmente desarrolla una costra dorada. Es frecuente en ambientes cálidos y húmedos.
 - Síndrome estafilocócico de piel escaldada, síndrome de *shock* tóxico y enfermedad de Kawasaki. Las tres tienen parecido; el primero se observa en niños menores de 5 años con fiebre, irritabilidad y un eritema macular generalizado que progresa rápidamente a una fase escarlatiforme. Se asocia a un signo de Nikolsky positivo, así como un desprendimiento de la piel en forma laminar espontáneo. El síndrome de *shock* tóxico, aunque se ve en mujeres jóvenes, se ha descrito en niños; está formado por un exantema escarlatiforme y descamación temprana de la piel de las extremidades. Lengua de fresa y lesiones erosivas. Los primeros días hay fiebre, hipotensión, síntomas gastrointestinales, mialgias y eritrodermia difusa que puede ceder al cuarto o quinto día. El Kawasaki, es un síndrome mococutáneo de ganglios linfáticos; está limitado a niños menores de 10 años y entre ellos a niños menores de 5 años. Es una variedad de eritrodermia generalizada escarlatiforme de tipo macular con lesiones en iris o diana.
 - Osteomielitis. Generalmente son lesiones óseas únicas, de tipo inflamatorio que se acompañan de fiebre de días de evolución.
 - Hipofosfatemia. Enfermedad autonómica dominante, ligada al cromosoma X y se caracteriza por la disminución del fósforo. Hay osteomalacia por la mineralización retrasada, con la formación de un exceso de osteoide; por tanto son frecuentes la osteítis fibrosa y las fracturas. Los estudios de laboratorio establecen el diagnóstico.
 - Manchas en vino de Oporto o *nevus flammeus*. Están presentes desde el nacimiento y no suelen desaparecer o evolucionar como los hematomas. Son unilaterales y segmentarias, respetando la línea media y aumentan con la edad, y aparecen en cualquier sitio del cuerpo, preferentemente en la cara. La mancha en vino de Oporto, está formada por capilares.
 - Alopecia areata. Es un problema frecuente que se caracteriza por la aparición de placas de calvicie sintomáticas, no inflamatorias, redondas, localizadas en cualquier parte del cuerpo provista de pelos, pero más frecuentes en el cuero cabelludo. Hay historia familiar en 10 a 20 % de los niños afectados. El carácter genético parece responder a un carácter autosómico recesivo. En las márgenes de las placas pueden detectarse pelos en signo de exclamación, esenciales para el diagnóstico.
 - Alopecia por tracción y cicatrizal. Frecuente en las niñas y mujeres negras, por peinados que ejercen presión sobre el pelo durante un largo período, en la mayoría de los casos son reversibles, aunque en las niñas con multitud de trencitas, los rulos, bigudíes nocturnos y rizados pueden hacerse permanente. La cicatrizal puede ser por procesos inflamatorios.
- El reconocimiento de cualquier forma de maltrato físico depende de la vigilancia del médico, el reconocimiento de las lesiones y de la existencia de este. Por otro lado, dados los cambios que está teniendo la sociedad y la alarmante elevación de casos reportados de niños maltratados, la familia y los niños de cualquier clase socioeconómica, deben ser examinados ante la posibilidad de abuso físico. Deben buscarse factores socioeconómicos que producen estrés en la familia y que favorecen el maltrato infantil, tales como: discordia familiar, violencia intrafamiliar, indisciplinas, ignorancia, divorcios, abuso de sustancias tóxicas, desempleo y el hogar sostenido por un solo miembro. Entre el médico, la familia y la comunidad debe haber una empatía, cuando es posible, que propicie un clima de entendimiento que conduzca a salvaguardar la vida del niño y evitar nuevos abusos o la muerte de este. La comunidad debe desempeñar un papel importante en la detección de estos casos, sobre todo cuando se trata de familias con las características mencionadas; no podemos permitir que un niño pierda la vida o sea hospitalizado, si en nuestras manos está salvarlo de tales circunstancias.
- Como hemos visto hasta aquí las características fundamentales del síndrome del maltrato físico.

Bibliografía:

1. Acosta Tiele N. Maltrato infantil. Prevención. 3ra. Ed., Editorial Científico- Técnica, La Habana, 2007.
2. Acosta Tiele N. Introducción a la prevención del maltrato infantil. Conferencia impartida en el diplomado del mismo nombre, 2005.
3. Cabrera Álvarez C. Síndrome de abuso físico. Conferencia impartida en el I Taller Prevención del maltrato infantil. Policlínico Docente Pedro Borrás Astorga, 2008.
4. Cabrera Álvarez C. Síndrome de abuso físico. Conferencia impartida en el diplomado del mismo nombre, 2012.

5. Cabrera Álvarez C, Alonso Sánchez G. Lesiones oftalmológicas en el maltrato infantil. Conferencia impartida en el I Taller Prevención del maltrato infantil. Policlínico Docente Pedro Borrás Astorga, 2008.
6. Walwyn Salas V. Muerte súbita en el niño. Conferencia impartida en el diplomado Prevención del maltrato infantil. Policlínico Docente Pedro Borrás Astorga, 2007.
7. Seijas Sende MA. Lesiones cutáneomucosas y dermatológicas como signos presuntivos de maltrato infantil. Conferencia impartida en el I Taller Prevención del maltrato infantil. Policlínico Docente Pedro Borrás Astorga, 2008.