

*Dra. Verónica Bertone \**

*Dr. Jorge Montes \**

*Dr. Eduardo M. Fernández \*\**

*Dr. Mario A. Juanto \*\*\**

*Dr. Miled Mafhud \*\*\**

*Dra. Nidia N. Campora \*\*\**

*Dra. Cristina Van Kemenade \*\*\*\**

## Resumen

1) El objetivo del trabajo es detectar las características clínicas radiológicas del paciente que sufre Síndrome de Niño Maltratado (SNM).

2) La respuesta se obtuvo mediante el estudio de 47 pacientes, en el período que se extiende entre junio de 1996 y junio de 1999, que fueron asistidos en el Servicio de Guardia del Hospital de Niños Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario con Síndrome de Niño Maltratado. Este estudio se valió del análisis clínico y radiológico de los pacientes así como de la investigación de su entorno familiar y social.

3) De la evaluación de los pacientes obtuvimos los siguientes datos:

- el motivo de consulta más frecuente fueron las lesiones de partes blandas (74,5%),

- el 25,5% ingresó por presentar uno o más sitios de fractura,

- en el 12,8% se presumió deshonesto,

- en 18 Pacientes la consulta se produjo días o incluso semanas posteriores el trauma,

- el Sitio de fractura más frecuente fue la diáfisis femoral, en contraste con algunos autores que describen al desprendimiento diafisario como característica del síndrome,

- en menores de 3 años predominaron las lesiones óseas, y en los mayores a 3 años las lesiones de partes blandas,

\* *Miembro Certificado de la Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología, Post residente Hospital de Niños Víctor J. Vilela (H.N.V.J.V.).*

\*\* *Miembro Certificado AAOT, Jefe de Servicio Hospital de Niños Víctor J. Vilela .*

\*\*\* *Miembro Certificado AAOT, Médico de Planta Hospital de Niños Víctor J. Vilela .*

\*\*\*\* *Médico de Planta Hospital de Niños Víctor J. Vilela*

(1) Trabajo presentado en las primeras jornadas de la SLAOTI (Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatología Infantil - Buenos Aires 3-6 Octubre 2000 .

- en todos los pacientes se descartó la presencia de matabolopatías u osteopatías, sin embargo su diagnóstico no descarta en sí mismo el SNM.

4) Sabemos fehacientemente que la confirmación del maltrato infantil por parte del responsable será negado en forma sistemática. Pero ante la sospecha fundamentada de su existencia es nuestra responsabilidad profundizar en la búsqueda de un diagnóstico cierto para implementar un tratamiento integral físico psíquico que involucre al entorno de la víctima con la intención de evitar así futuras agresiones e incluso la muerte.

## Palabras clave

*Niño maltratado.*

## Abstract

*Follows experience in 47 cases of Battered Children in the Víctor J.Vilela Children Hospital of Rosario, Argentina. Some clues are given as to recognized this syndrome.*

## Key words

*Battered child.*

## Introducción

En 1860 Tardieu realizó la primera descripción de éste síndrome destacando las características que identificaban a un niño maltratado. Luego fue Caffey<sup>(2)</sup> en 1946 quien resaltó la asociación de fracturas en huesos largos con hematoma subdural crónico en estos pacientes.

Varios autores sucesivamente continuaron con investigaciones al respecto (Silverman 1953, Walkey y Evans 1955, Fisher 1959, Altman 1960), pero fue Kempe (9) en 1963 quien definió a la entidad como "una condición clínica en niños pequeños quienes han recibido abuso físico serio, el cual con frecuencia determina injurias permanentes o incluso la muerte".

La importancia de su investigación y diagnóstico es tal que Green y Haggerty<sup>(7)</sup> estimaron que si un niño abusado regresa a su ambiente sin que se haya realizado el diagnóstico apropiado, tiene un 50% de probabilidades de sufrir agresiones más intensas y 10% de posibilidad de muerte.

Si bien su presentación en la sociedad no puede ser mensurada en forma exacta debido a su variable incidencia en diferentes comunidades y estratos sociales, así como la constante negativa por parte del agresor, ha sido estimada en E.E.U.U. en 10 a 20 mil casos nuevos por año. (Esta alarmante cifra excede proporcionalmente patologías que encontramos cotidianamente en la misma franja etaria como pie bot o displasia congénita de cadera).

Nuestro objetivo es destacar las características clínico radiológicas del paciente que sufre maltrato para que a través de su reconocimiento pueda facilitarse su diagnóstico y así contribuir a prevenir nuevas situaciones de abuso e incluso la muerte.

# centro médico

Autores: Dra. Verónica Bertone • Víctor J. Vilela • Coautores: Dr. Jorge Montes • Dr. Eduardo M. Fernández  
Dr. Mario A. Juanto • Dr. Miled Mafhud ° Dra. Nidia N. Campora • Dra. Cristina Van Kemenade

## Material y métodos

Entre los meses de junio de 1996 y 1999 fueron evaluados en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela de la ciudad de Rosario 47 pacientes con diagnóstico de Síndrome de niño maltratado (SNM). Veintisiete pacientes correspondieron al sexo femenino (57%) y 20 al masculino (43%).

Las edades de presentación oscilaron entre los 2 meses y los 12 años, con un promedio de 4,7 años.

Todos los pacientes fueron estudiados clínica y radiológicamente. Los menores de 3 años fueron evaluados con radiografías de cuerpo entero, mientras que en los mayores de esta edad el estudio radiológico fue selectivo.

En todos los casos, ante la sospecha de SNM, se realizó evaluación conjunta con el Servicio de Clínica Pediátrica, formulándose la denuncia al Comité de Maltrato de la Institución con el cual se trabajó en forma conjunta.

## Resultados

El motivo de consulta más frecuente fue la presencia de lesiones de partes blandas que se constataron en 35 pacientes (74,5%). Los hallazgos más significativos fueron: hematomas, heridas cortantes y punzantes, quemaduras y lesiones abrasivas (por arrastre).

En 12 pacientes (25,5%) el ingreso al hospital fue debido a la presencia de fracturas, siendo en 3 pacientes (6,4%) de localización múltiple.

En 6 casos (12,8%) al realizar un examen físico exhaustivo se constataron lesiones en la región perineal, lo que llevó al probable diagnóstico de abuso deshonesto.

Con respecto a la distribución de las lesiones fracturarias la localización más frecuente fue la diáfisis tibial (27%), seguida por el húmero (26%), luego la diáfisis femoral (20%), encontramos un 13% de fracturas en la región del codo, mientras que el hallazgo de fracturas de la clavícula y huesos del antebrazo representaron un 7% del total.

De acuerdo a su ubicación ósea predominaron las fracturas de tipo diafisario (65%, 11 fracturas) respecto de las metafisarias (35%, 6 fracturas) coincidiendo con otros autores (3-10-13).

Este dato contrasta con publicaciones anteriores (4-6-11-12) en las que se indica que las fracturas metafisarias son características de esta patología.

Debe llamar la atención la presencia de fracturas en miembros inferiores en niños no deambuladores.

En 3 de los pacientes que consultaron por fracturas (25%), se hallaron al complementar el estudio radiológico fracturas en diferentes grados de consolidación. Este patrón de lesión destacado por algunos autores como indicador de SNM no fue característico en nuestro trabajo por lo que consideramos que la ausencia del mismo no debe desviar la atención acerca de su diagnóstico.

De nuestra investigación y coincidentalmente con la

bibliografía consultada (1-10-13) hemos obtenido que en niños:

- menores de 3 años predominan las lesiones óseas
- mayores de 3 años el patrón habitual de consulta está dado por las lesiones de partes blandas.

## Diagnóstico diferencial

Debido a la ausencia de hallazgos clínico radiológicos que caractericen específicamente a este síndrome, deben destacarse otras patologías previo a arribar a su diagnóstico.

Es así que entre las enfermedades que más comúnmente requieren establecer diagnóstico diferencial encontramos:

Es frecuente hallar en forma concomitante desnutrición en diferentes grados, retardos de crecimiento, retrasos en la dentición y piezas dentarias en mal estado. Entre nuestros pacientes 13 (28%) presentó alguna de éstas características.

Sífilis congénita	Enf. De Caffey
Leucemia	Trauma obstétrico
P. C. fracturas múltiples	
Osteomielitis	Hipervitaminosis A
Escorbuto	Osteoporosis Juvenil
Raquitismo	Deficiencia congénita al dolor
Osteogénesis Imperfecta	

Con respecto a éstas patologías en general y a la Osteogénesis Imperfecta es preciso destacar que su presencia no descarta maltrato <sup>(5-11)</sup>. Es paciente debe ser estudiado para pesquisar probables injurias no accidentales que precipiten lesiones dentro de un cuadro óseo de por sí lábil. El diagnóstico de fractura de cráneo debe orientar hacia maltrato.

## Discusión

El SNM afecta principalmente a niños menores de 4 años (60%) y especialmente a los lactantes (50%).

Es de suma importancia fijar la atención en el ambiente familiar que rodea al niño. La historia relatada por él o los padres generalmente es vaga y no coincide con la traducción clínica del traumatismo. Las lesiones resultantes requieren de un impacto mayor al descrito para causar la injuria. Además es frecuente detectar que el traumatismo se ha producido varios días o incluso semanas anteriores a la consulta <sup>(6)</sup>.

Al investigar respecto a la composición del grupo familiar en nuestro medio, encontramos un alto índice de hogares en los que se ha disuelto el vínculo marital, así como la presencia de múltiples hermanos a cargo de uno de los padres (generalmente la madre) o incluso abuelos o vecinos.

Otro dato que no escapa a la problemática social actual

es la escasa formación educativa así como el bajo nivel socio-económico que acompaña a estas familias y si bien, la presencia de SNM no es privativa de grupos sociales económicamente en conflictos es un hallazgo de nuestro medio)

El sitio de fractura más afectado fue la diáfisis tibial (27%) dato que contrasta con otras publicaciones que señalan a las fracturas humerales y femorales como las más frecuentes<sup>(1-10)</sup>. La ubicación diafisaria predominó sobre la metafisaria, en contraste por lo señalado por varios autores<sup>(4-6-11-12)</sup> como un hecho patognomónico.

La presencia de una o varias fracturas es un hecho que debe ser sospechoso en niños no deambuladores, así como la presencia de más de un sitio de fractura en diferente estadio de consolidación<sup>(6)</sup>. Sin embargo, la ausencia de los mismos no debe descartar el diagnóstico.

Las lesiones de partes blandas que no pueden ser explicadas en forma lógica y la reiteración de las mismas deben atraer nuestra atención para profundizar su estudio y así evitar su reiteración.

En el siguiente cuadro destacamos algunos datos que pueden ser indicios de maltrato y que deben obligarnos a su pesquisa ante el primer hecho de abuso.<sup>(6)</sup>

- Historia:
- Vaga, que no justifica la fuerza para causar la injuria
  - Retraso en la consulta
  - Pobre relación padre-hijo
  - Malnutrición-retraso del crecimiento

#### Hallazgos clínicos

##### Partes Blandas

- quemaduras
- hematomas
- Tatuajes producidos por golpes  
(generalmente en fascie-tronco-nalgas)

##### Fracturas: en MMII en no deambuladores

- Costilla columna cráneo
- bilateralidad
- varios estadios consolidación metafisarias

Creemos que la profundización del estudio clínico con el aporte de la radiología nos llevará a recabar los datos necesarios para que ante la sospecha de maltrato sea puesto en marcha el mecanismo para su detención.

## Conclusiones

Del análisis de los datos obtenidos del estudio de nuestros pacientes concluimos que no existe un patrón característico que defina al Síndrome de Niño Maltratado como tal. Su presentación de forma variada y la constante

negativa por parte del responsable del maltrato nos lleva a reflexionar sobre nuestra responsabilidad en la profundización del diagnóstico. Ante la sospecha fundamentada de maltrato debemos tomar participación activa para que mediante un tratamiento integral físico psíquico que involucre al entorno de la víctima se eviten futuras agresiones e incluso la muerte.<sup>(12)</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Blackmore L., Randall M.D., Loder, M.D: y col. Role of intentional abuse in children 1 to 5 years old. J. Ped.Orthop:16:585-588 1996.
2. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic. J Ped.Orthop: 16 589-593 1996.
3. Carly H. M. Fractures caused by child abuse. J.B.J.S. 75 (B) 6, 849-85. 1983.
4. Craviotto R., Der R. Síndrome de niño maltratado. Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología. Séptima sesión ordinaria 1981.
5. Dent J. Colin R. Fractures in early childhood: osteogenesis imperfecta or child abuse?. J. Ped Orthop 11: 184-186 1991.
6. Galeano H., Oppenheim W. The battered child Syndrome Revisited. Clin. Orthop. 162: 11-20. 1982.
7. Green M., Haggerty R. Ambulatory Pediatrics 1968.
8. Groiso J., Bassini O., Roncoroni J.M. Síndrome de Niño Maltratado. Memorias XVII CAOT 88-89 1980.
9. Kempe C. Silverman F. The battered child syndrome JAMA. 181:17-24. 1962.
10. King J., Deifendorf D. y col. Analysis of 429 fractures en 189 Battered Children. J. Ped Orthop. 8: 585-589 1988.
11. Knight F., Bennet F. Nonaccidental injury en Osteogenesis Imperfecta: a case report. J. Ped Orthop 10: 542-544 1990.
12. McHamon P., Grossm W. y col. Soft tissue injury as an indication of child abuse. J. B.J.S. 77 A (8) 1995.
13. Osier L., Marks S. y col. Metaphyseal extensions of hypertrophied chondrocytes in abused infants. J. Ped Orthop 13: 249-254 1.993.
14. Shaw B., Murphy K. y col. Humerous shaft fractures in young children: accident or abuse? J. Ped Orthop 17: 293-297 1997.

