

REVISIONES

Diagnóstico diferencial del maltrato infantil

B. MORALES FRANCO Y M. L. DE LA MORENA FERNÁNDEZ

RESUMEN: El objetivo de este artículo es sensibilizar a los médicos y pediatras de lo importante que es el diagnóstico diferencial del maltrato físico infantil, ya que sólo si se tiene en cuenta que los accidentes y determinadas enfermedades pueden producir lesiones semejantes a las producidas en los malos tratos podremos, por una parte, no diagnosticar como niño maltratado a un niño accidentado o con otra enfermedad y, por otra parte, detectar precoz y efectivamente casos de malos tratos que podrían pasar inadvertidos. Con esta intención se citan en cada fase del diagnóstico del maltrato las características especiales que lo diferencian de otros cuadros clínicos. **PALABRAS CLAVE:** ABUSO, MALTRATO INFANTIL, SÍNDROME DEL NIÑO GOLPEADO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN CHILD ABUSE. (SUMMARY): The aim of this paper is sensitize to physicians and paediatricians about importance of differential diagnostic in child abuse, since when we'll take into account that accidents and some diseases are posible to cause injuries similar abuse ones, we'll be able to achieve. on the one hand, do not diagnose an accidented child or with diseases when he is an abused child and, on the other, to detect cases of maltreatment precociosly and effectively what could be omitted. With this purpose, the special characteristics that differ maltreatment from other syndromes and accidents are showed in each stage of maltreatment diagnosis. **KEY WORDS:** CHILD ABUSE, MALTREATMENT SYNDROME, BATTERED CHILD SYNDROME, DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC.

En el desarrollo cotidiano de su profesión, el médico sobre todo el médico general y el pediatra, pueden encontrar casos de niños en que se observen lesiones que razonablemente hagan pensar en el empleo de malos tratos (1). Estos casos le pueden llegar al hospital o a la consulta a través de los propios padres de los niños, o bien remitidos por otros profesionales que se encuentran en contacto directo con niños de alto riesgo, como psicólogos o, incluso, maestros, los cuales, ante una serie de lesiones sospechosas pueden solicitar la opinión de un

médico. Es dentro de este enfoque multidisciplinario como se entiende realmente el abordaje del maltrato infantil, que es más habitual de lo que parece (2) y constituye una causa frecuente de invalidez permanente y de muerte (3), por lo tanto debe tenerse en cuenta en el momento del diagnóstico de la patología que presente un niño, ya que, sólo la detección precoz permitirá prevenir nuevas agresiones.

Para diagnosticar este problema la primera recomendación para el médico es, por tanto, *que piense en la posibilidad de*

Maltrato infantil cuando se encuentre ante un niño con lesiones físicas de cualquier tipo (2).

Una vez que el médico se plantea el diagnóstico de sospecha de que un niño haya sido maltratado debe cerciorarse de que no presenta otros muchos cuadros y de que no ha sufrido un accidente. Este diagnóstico diferencial es muy importante ya que si se diagnostica erróneamente maltrato, esto conllevará graves conse-

cuencias, tanto policíacas como judiciales para el niño y sus familiares. Por otra parte, si se olvida la posibilidad de malos tratos y se confunden sus manifestaciones, por ser generalmente inespecíficas, con las de otros síndromes, cometeremos un error muy grave. Por estos motivos, es tan importante realizar un exhaustivo *Diagnóstico Diferencial* entre las lesiones producidas por malos tratos y las que son debidas a enfermedades o accidentes (Tabla I).

TABLA I. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL MALTRATO FÍSICO INFANTIL

ENFERMEDADES CON MANIFESTACIONES ÓSEAS	<ul style="list-style-type: none"> — Osteogénesis imperfecta — Raquitismo — Hipofosfatasia — Enfermedad de Menkes — Escorbuto — Hiperostosis cortical infantil — Osteomielitis — Sífilis congénita — Leucemia — Neuroblastoma
ENFERMEDADES HEMORRÁGICAS	<ul style="list-style-type: none"> — Hemofilias — Enfermedad de Werhof — Síndrome de Ehlers-Danlos — Coagulación intravascular diseminada (CID) — Meningococemia
ENFERMEDADES INTESTINALES	<ul style="list-style-type: none"> — Obstrucción duodenal
ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> — Necrosis epidérmica tóxica — Vasculitis por hipersensibilidad — Eritema multiforme — Intenso dermatografismo
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> — Trastornos sensoriales <ul style="list-style-type: none"> * Mielomeningocele * Paraplejía — Indiferencia congénita al dolor
ENFERMEDADES METABÓLICAS Y PSICOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> — Automutilaciones por metabopatías o psicopatías
LESIONES ACCIDENTALES	<ul style="list-style-type: none"> — Hematomas — Heridas — Fracturas — Quemaduras — Etc.

De entre las muchas enfermedades con las que hay que hacer diagnóstico diferencial en toda sospecha de malos tratos hay que citar, en primer lugar, *enfermedades con manifestaciones a nivel óseo* como son la Osteogénesis imperfecta (4, 5), el Raquitismo (2, 4, 5, 6), la Hipofosfatasa, la Enfermedad de Menkes (2, 7), el Escorbuto (2, 4, 5, 6), la Hiperostosis cortical infantil (4), la Osteomielitis (2, 7), la Sífilis congénita (4), la Leucemia, el Neuroblastoma (2, 7).

En segundo lugar los casos de maltrato se pueden parecer, en algunas de sus manifestaciones, a *enfermedades hemorrágicas*, como las Hemofilias, la Enfermedad de Werhof, el Síndrome de Ehlers-Danlos (2, 7, 8), la Coagulación intravascular diseminada, la Meningococemia (8).

En algunos casos se diagnostica *Obstrucción duodenal* en algunos niños cuando, en realidad, lo que sufren son las consecuencias de golpes en el abdomen (2, 7). También son importantes a la hora del diagnóstico diferencial algunas *enfermedades dermatológicas* que producen lesiones en la piel parecidas a las traumáticas: la Necrólisis epidérmica tóxica (6), las Vasculitis por Hipersensibilidad (8), el Eritema multiforme (9) e incluso el poseer un intenso dermatografismo (10).

En algunos *trastornos neurológicos* también pueden cometerse errores al diagnosticar malos tratos. Éste es el caso de las alteraciones sensoriales que ocurren, por ejemplo, en el mielomeningocele y la paraplejía (5); y de la indiferencia congénita al dolor (2, 7). En estos niños la pérdida de la sensación de dolor provoca mayor susceptibilidad a los traumatismos que, al mismo tiempo, pasan inadvertidos. Son también dignos de tener en cuenta los casos de *Automutilaciones* que ocurren en los niños que padecen determinadas *metabolopatías o psicopatías* (2, 7). Por último, entre los diagnósticos diferenciales más importan-

tes, se encuentran los *Accidentes*, que pueden causar cualquier lesión (hematomas, heridas, fracturas, quemaduras, etc.) (2, 4, 5, 6, 7), pero con características diferentes a los traumatismos provocados por los malos tratos.

Para diferenciar el maltrato físico de todos estos otros síndromes hay que apoyarse en una *historia clínica detallada*, una *minuciosa exploración física* y, si están indicadas, en determinadas *exploraciones complementarias* (2). Un niño maltratado no siempre presenta signos obvios de haber sido golpeado, sino que, a menudo, hay que investigar esta posibilidad partiendo de pequeños hallazgos, tanto emocionales como físicos (4).

HISTORIA CLÍNICA

Lo primero que hay que hacer es realizar una *Historia Clínica* del niño, comenzando por recoger la edad del niño, que en el maltrato físico es sobre todo de menos de 3 años, según algunos autores (4, 11), aunque hay evidencias de que los malos tratos se infieren sobre niños de todas las edades.

Hay que *entrevistar a los padres o cuidadores del niño*, con el fin de investigar las circunstancias que rodean a la lesión, historia de accidentes, hora a que se produjo la lesión y hora de llegada al centro sanitario (12). Los padres o el cuidador del niño cuentan una historia que no suele coincidir con el cuadro clínico y los hallazgos físicos (4, 10), dan explicaciones poco convincentes en cuanto al origen de los síntomas del niño (10), se niegan a dar información (4) o, a veces, reconocen que la violencia ha partido de ellos, pero le restan importancia y recurren a su derecho a corregir y educar a sus hijos (11). Estas personas se retrasan en buscar asistencia médica cuando el niño la necesita (4, 10). A diferencia de estos padres o cuidadores, los que no maltratan a los niños saben perfectamen-

te dónde y cuándo se han hecho daño y los llevan al médico inmediatamente (5).

También observamos que estos niños acuden a la consulta por terceras personas, mejoran cuando son ingresados, con reaparición de los síntomas cuando son dados de alta y vuelven a su casa (2, 6, 10), realizan múltiples ingresos en hospitales distintos, hay antecedentes de muertes súbitas en algún miembro de la familia, y la familia puede ser atípica, desunida, en la que se da alcoholismo, drogadicción, prostitución, miseria u otras tensiones (4, 10, 13).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Tras la historia clínica, es muy importante llevar a cabo una minuciosa *Exploración física* del niño, que comienza por observar el *estado general del niño*. Éste manifiesta, generalmente, signos de abandono, retraso del crecimiento, mala higiene de la piel, desnutrición, está mal vestido, sucio, pálido, triste, temeroso, apático (2, 4, 6), si bien en otros casos está limpio, bien alimentado y bien vestido (3).

A continuación hay que prestar mucha atención a cualquier tipo de *lesión física*, ya que suelen presentar características especiales que las diferencian de las que aparecen en otras enfermedades o como consecuencia de accidentes. De esta forma, las lesiones que con más frecuencia se encuentran en la exploración física del niño sometido a malos tratos y las de mayor valor diagnóstico son las *cutáneo-mucosas* (hematomas, contusiones, quemaduras, heridas, alopecia traumática y cicatrices). Son sospechosas de maltrato cuando son múltiples, en diferentes fases evolutivas y localizadas en zonas del cuerpo protegidas y no prominentes, a diferencia de las accidentales (2, 6, 7, 10, 15) (Figura 1). En algunos niños aparecen brusca e inexplicablemente hematomas en una enferme-

dad que nada tiene que ver con el maltrato: el Eritema multiforme (9).

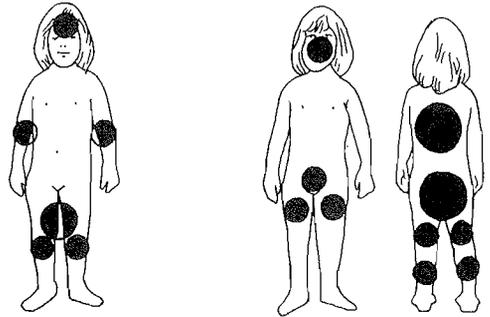


FIGURA 1. Diferencia entre las zonas lesionadas en los traumatismos accidentales y en los provocados por malos tratos. Las figuras de la derecha señalan las zonas que, generalmente, no se dañan como consecuencia de accidentes y, por tanto, pueden ser sospechosas de maltrato y la de la izquierda muestra las zonas lesionadas en accidentes (14)

En ocasiones se reproducen en la piel las huellas de dedos cuando se ha agarrado al niño con fuerza, las marcas de mordeduras humanas, la forma del objeto utilizado (porra, cinturón, etc.) (15). Otras veces hallamos quemaduras, que también pueden darnos pistas sobre cómo se produjeron (11). Pueden ser circulares, causadas por cigarrillos, o más extensas, localizadas en la parte posterior del cuerpo, simétricas y bilaterales, sugestivas de inmersión en recipientes de agua hirviendo. Estas quemaduras provocadas con ayuda del agua se diferencian de las accidentales, por derramar un recipiente, en que se afecta la parte anterior y superior del cuerpo (2, 6, 7). Sin embargo, se confunden con la necrosis epidérmica tóxica (5).

Podemos encontrar *fracturas*, que en el niño maltratado son, típicamente, múltiples, en distintas fases evolutivas y a cualquier nivel: cráneo, costillas, columna vertebral, o extremidades (2, 7). En cambio, en los traumatismos accidentales

les, las fracturas se encuentran en igual estadio de curación (5). Por zarandeo violento del menor, con movimientos bruscos de la cabeza de delante hacia atrás, se puede producir un *hematoma subdural*, que Caffey describió como «Síndrome del niño sacudido o agitado». Es característico el hematoma subdural agudo interhemisférico en la región parieto-occipital (2, 6, 7). Casi siempre se puede observar la presencia de hemorragias retinianas, y a veces las marcas de los dedos que agarraban al niño por los brazos, los hombros o el pecho (5).

Los *traumatismo del globo ocular y región periorbitaria* dan lugar al «hematoma en antifaz» de localización bilateral y conocido en otras afecciones médicas. Los padres del niño maltratado suelen referir que la lesión se ha producido por caída de un tobogán; pero en este caso sería unilateral (2, 7).

El niño maltratado puede aparecer con *vómitos, dolor y distensión abdominal*, que pueden sugerir al médico un cuadro obstructivo a nivel duodenal. Hay que tener presente que los golpes a nivel medio del abdomen comprimen el duodeno y el páncreas sobre la columna, provocando un hematoma de la pared del duodeno y un pseudoquistes en el páncreas (2, 7, 13).

Es de especial interés el diagnóstico diferencial de un tipo de maltrato denominado *Síndrome de Münschhausen por poderes* o producido por personas próximas, que consiste en que los padres o equivalentes inventan o provocan síntomas en los niños, que hacen pensar al médico en multitud de cuadros clínicos, causando grandes dificultades diagnósticas (15). Es curioso observar que estas madres confunden a los médicos por su amabilidad, total cooperación, apariencia de equilibrio y afecto por el hijo, al que visitan en el hospital con una frecuencia no habitual. Sin embargo, al ser entrevistadas, acaban por mostrar personalidades

histéricas, depresiones o graves trastornos en la normal relación madre-hijo. Además los síntomas o signos del niño son incongruentes y sólo aparecen en presencia de los padres. El médico ha de estar alerta ante tales casos y a la mínima sospecha procurará comunicarse con los colegas que atendieron antes al niño (2, 7).

Cuando, en la exploración física, se tengan dudas sobre si las lesiones son accidentales se puede recurrir al *asesoramiento de un forense* que tiene experiencia en interpretar lesiones de este tipo (16).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Entre las *Exploraciones complementarias* que ayudan al médico a diagnosticar el maltrato y diferenciarlo de otros síndromes, contamos con la *radiología*. Realizar una serie radiológica del esqueleto es importante para hallar alteraciones esqueléticas antiguas, que junto con fracturas recientes son muy típicas en el niño maltratado. El signo clásico de las fracturas provocadas es la existencia de una fractura astillada que afecta a una esquina de la metáfisis de un hueso largo y también a la epífisis y al periostio (5, 6, 10).

Las fracturas provocadas de la diáfisis suelen ser espirales: las que se producen en el fémur antes de empezar a andar suelen ser provocadas y las de costillas, escápula o esternón son siempre sospechosas de traumatismo no accidental (5). En las enfermedades con manifestaciones óseas, como el escorbuto y la sífilis, los cambios suelen ser simétricos. Los niños con osteogénesis imperfecta, raquitismo o trastornos sensoriales sufren un mayor número de fracturas patológicas, pero, a diferencia de las provocadas, no en las metáfisis (5). Otro hallazgo clásico, en el niño maltratado, es la asociación del hematoma subdural, encontrado median-

te TAC o RMN (16), con fracturas múltiples (7).

Para diagnosticar las lesiones toraco-abdominales producidas por malos tratos y diferenciarlas de las producidas por otras etiologías las pruebas más utilizadas son la *Ecografía* y el *Tránsito gastroduodenal* (17).

Se deben realizar *Análisis de Laboratorio* en caso de diátesis hemorrágicas si existe alguna indicación médica o si los padres niegan la posibilidad de que las lesiones sean provocadas y relatan una historia de fragilidad a los golpes (5). También pueden ser necesarios *Exámenes toxicológicos* en la sospecha de *Síndrome de Münschbhausen* infantil (18), debido a la posibilidad de intoxicación del niño por parte de los padres.

Para descartar Vasculitis por Hiper-sensibilidad, que presentan una púrpura palpable es necesario realizar una *Biopsia cutánea* (8).

Es importante también la *Exploración psiquiátrica o psicológica* de estos niños porque a veces, sólo a través de ella, se pueden conseguir datos de interés, y es

posible que, con habilidad y sensibilidad, un niño de más de 3 años, cuente que un determinado adulto le maltrata (5). En raras ocasiones hay que realizar el diagnóstico diferencial de malos tratos con el de simulación de los mismos por parte del niño, que puede acusar a los padres de hechos que no son ciertos (10).

Toda esta sistemática está orientada al diagnóstico correcto de lo que le ocurre a un niño determinado y, por tanto, siguiendo estas líneas generales, el médico tendrá que orientar las entrevistas y las exploraciones según las circunstancias del caso, para diferenciarlo claramente del resto de posibilidades que hemos citado, de tal manera que el diagnóstico final sea lo más exacto posible, ya que si realmente nos encontramos ante un niño que ha sido maltratado no sólo necesitará el tratamiento de sus lesiones físicas, como en los casos de enfermedades o accidentes, sino que precisará también, y de manera urgente, que tomemos medidas para evitar que sufra nuevas agresiones, y de que estas medidas se tomen a tiempo (19) puede depender incluso la vida de ese niño.

BIBLIOGRAFÍA

- OSORIO Y NIETO, C. A.: *El niño maltratado*. México. Trillas 1981.
- LÓPEZ, M.: *Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el «maltrato infantil»*. An. Esp. Pediatr. 1991; 35: 113-119.
- AJURIAGUERRA, J.: *Manual de Psiquiatría infantil*. Barcelona. Masson 1983.
- FONTANA, V. J.: *Malos tratos a niños y síndrome del niño golpeado*. En Kaplan, H. I., Sadock, B. J. edit. Tratado de Psiquiatría. 2.ª ed. Barcelona. Salvat Editores 1989; pp. 858-863.
- SCHMITT, B. D.; KRUGMAN, R. D.: *Abusos y negligencia con los niños*. En Nelson, W. E., edit. Tratado de Pediatría. Vol. I. 13.ª ed. Madrid. Interamericana 1985; pp. 82-87.
- KÖTTGEN, U.: *Niños maltratados y abandonados*. En Schmid, F., Asperger, H., dir. Enciclopedia pediátrica. Madrid. Morata 1971; pp. 1069-1079.
- QUEROL, S.: *El niño maltratado*. En Cruz Hernández, M., dir. Tratado de Pediatría. Vol. II. Barcelona. Espaxs 1989; pp. 1887-1893.
- WASKERWITZ, S.; CHRISTOFFEL, K. K.; HAUGER, S.: *Hypersensitivity Vasculitis Presenting as Suspected Child Abuse: Case Report and Literature Review*. Pediatrics 1981; 67: 283-284.
- ADLER, R.; KANE-NUSSEN, B.: *Eritema multiforme: confusión con el síndrome del niño apaleado*. Pediatrics (ed. esp.) 1983; 16: 387-388.
- COBO MEDINA, C.: *Malos tratos en la infancia*. En Hernández Rodríguez, M., dir. Pediatría. Madrid. Ediciones Díaz de Santos 1987; pp. 1049-1052.
- CASTELLANO ARROYO, M.: *Patología forense de la infancia*. En Gisbert Calabuig, J. A., dir. Medicina legal y toxicología. Barcelona. Salvat 1991; pp. 408-415.

12. CHOW, M. P.; DURAND, B. A.; FELDMAN, M. N.; MILLS, M. A.: *Manual de la enfermera pediátrica*. Vol. 4. México. Ediciones Ciencia y Técnica 1987.
13. DENNIS, L. B.; HASSOL, J.: *Psicología Evolutiva*. México. Interamericana 1985.
14. BIGNER, J. J.: *Parent-child relations. An introduction to parenting*. New York. MacMillan Publishing Company 1989.
15. HALSEY, N. A.; TUCKER, T. W.; REDDING, J. y COLS.: *Recurrent Nosocomial polymicrobial sepsis secondary to child abuse*. Lancet 1983; 3: 558-560.
16. REID, D. H.: *Pitfalls in determining child abuse*. Lancet 1985; 8: 1316-1317.
17. HALIER, J. O.; KLEINMAN, P. K.; MERTEN, D. F. y COLS.: *Diagnostic Imaging of Child Abuse*. Pediatrics 1991; 87: 262-264.
18. ESCRIBANO, M. J.; HERNÁEZ, M. A.: *Síndrome de Munchausen infantil*. En López-Linares, M., dir. *Historias Clínicas en Pediatría*. Barcelona. Sandoz Pharma 1991; pp. 104-107.
19. FLAHERTY, E. G.; WEISS, H.: *Medical evaluation of abused and neglected children*. Am. J. Dis. Child. 1990; 144: 330-334.

Petición de separatas:

BELÉN MORALES FRANCO
C/ Salitre, 40, 5.º A
29002 MÁLAGA