

Original

Maltrato físico grave con ingreso en Cuidados Intensivos Pediátricos

M. GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M. MONTES GRANDA, A. VIVANCO ALLENDE, A. CONCHA TORRE, C. REY GALÁN

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

RESUMEN

Introducción. El maltrato infantil es un problema de salud pública. Varios estudios han señalado que este diagnóstico se incrementa de forma alarmante. El objetivo de este estudio es describir la forma de presentación de los casos de maltrato físico infantil que precisaron ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo (1995-2011). Se incluyeron los casos de maltrato físico grave que precisaron ingreso en la UCIP. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, resultados de las pruebas complementarias y tipos de tratamientos requeridos.

Resultados. Se analizaron ocho casos con una mediana de edad de 7 meses. El síntoma guía principal fue neurológico. Los hallazgos patológicos más frecuentes encontrados en las pruebas complementarias fueron hematomas subdurales (6 pacientes), hemorragias retinianas (4 pacientes), sufrimiento cerebral difuso (3 pacientes), fractura craneal (3 pacientes), fracturas óseas en otras localizaciones (2 pacientes). Finalmente, un paciente falleció y dos presentaron secuelas neurológicas graves.

Conclusión. La clínica de los malos tratos físicos puede interpretarse erróneamente como una enfermedad neurológica. Es importante considerar este diagnóstico para identificar precozmente casos de maltrato y realizar las pruebas complementarias necesarias. El riesgo de secuelas graves

o muerte es elevado, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental.

Palabras clave: Maltrato infantil; Síndrome del niño zarandeado; Hematomas subdurales.

ABSTRACT

Introduction. Child abuse is a problem of public health. Several reports have demonstrated an increasing tendency for this problem. The objective of this study is to describe cases of severe child abuse admitted to paediatric intensive care unit (PICU).

Methods. It is a retrospective study (1995-2011) in which patients diagnosed with physical child abuse admitted to PICU were included. Epidemiological and clinical findings, diagnostic procedures and therapy were analyzed.

Results. Eight patients were included with a median age of 7 months. The most frequent sign was neurological. The more frequent injuries associated were subdural haematoma (6 patients), retinal haemorrhages (4 patients), severe abnormality in electroencephalogram (3 patients), skull fracture (3 patients), other fractures (2 patients). Finally, there was one death and two cases of severe neurological damage.

Conclusion. Child abuse can be falsely diagnosed as a neurological disease. Pediatricians should be aware of this pathology in order to identify cases of abuse as soon as possi-

Correspondencia: María González Sánchez. Hospital Valle del Nalón. Servicio de Pediatría. Polígono de Riaño. 33920 Asturias. Correo electrónico: marutxi_5@hotmail.com

Presentado como comunicación oral: "Casuística de maltrato físico en una unidad de cuidados intensivos pediátricos", presentada en el XIV Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez-Villares, celebrado en Oviedo, los días 25 y 26 de noviembre de 2011.

© 2013 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

ble. The relevance of early diagnosis is based on the fact that an early intervention could prevent severe sequelae or death.

Key words: Child abuse; Shaken baby; Subdural haematomas.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema universal de salud pública del cual no existe una definición exacta⁽¹⁾. Consiste en una serie de agresiones no accidentales de causa múltiple y expresión clínica variada. Se reconocen diferentes tipos de maltrato: maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia por acción o por omisión, explotación comercial, entre otros. El "síndrome del niño sacudido o zarandeado", descrito por John Caffey en 1972⁽²⁾, es una forma grave de maltrato físico.

El maltrato infantil está aumentando de forma alarmante. Aun cuando no se tienen cifras precisas de su magnitud, se infiere que su presencia es cada vez más frecuente⁽¹⁾. Por tanto, es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico precozmente, evitando de esta forma las consecuencias que conlleva.

Algunos casos de maltrato son leves y pueden incluso pasar desapercibidos. Sin embargo, otros casos son graves y los niños llegan a requerir ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). El maltrato físico produce una elevada morbilidad y mortalidad, especialmente en los niños menores de tres años^(3,4).

El objetivo del estudio es describir la forma de presentación de los casos de maltrato físico infantil que precisaron ingreso en UCIP por la gravedad de las lesiones.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, en el que se recogieron los casos de maltrato físico ingresados en

la UCIP de nuestro Hospital desde el año 1995 hasta 2011. Se excluyeron los pacientes ingresados por otras formas de maltrato como intoxicaciones no accidentales o negligencias graves.

Se recogieron datos epidemiológicos, el motivo de ingreso y su evolución.

Se analizaron también datos de la exploración física, resultados de las pruebas complementarias y tratamiento que precisaron.

RESULTADOS

Se recogieron un total de ocho casos: cuatro varones y cuatro mujeres. La mediana de edad fue de 7 meses. Seis de los pacientes tenían menos de 9 meses. La mitad habían consultado previamente en el servicio de urgencias por episodios de irritabilidad.

En seis casos el síntoma guía fue neurológico: tres pacientes ingresaron por disminución brusca del nivel de conciencia, dos con traumatismos craneoencefálicos graves y un caso de status convulsivo. Los dos pacientes restantes consultaron por un hemoneumotórax tras apuñalamiento y por una fractura de la diáfisis humeral.

La mitad de los pacientes presentó lesiones cutáneas, compatibles con maltrato, tales como hematomas y contusiones en diferente grado de evolución y en diversas localizaciones.

Los hallazgos de los exámenes complementarios más significativos se muestran en la tabla I. La presencia de tóxicos en orina resultó negativa en todos los casos.

Respecto al manejo terapéutico, cuatro pacientes requirieron ventilación mecánica y tres de ellos, además, soporte inotrópico con dopamina. Cinco pacientes precisaron transfusión de hemoderivados. Uno de ellos precisó drenaje quirúrgico urgente de un hematoma subdural.

En cuanto al pronóstico final, un paciente falleció y dos quedaron con secuelas neurológicas graves.

TABLA I. HALLAZGOS PATOLÓGICOS ENCONTRADOS EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Hallazgos patológicos	Número de pacientes (N=8)
TC craneal: Hematoma subdural fronto-parietal	6 (en 4 casos bilateral)
Fondo de ojo: Hemorragia retiniana	4
Electroencefalograma: Sufrimiento cerebral difuso	3
Radiografía de cráneo: Fractura	3
Radiografía ósea: Fractura a otro nivel	2

DISCUSIÓN

Este estudio describe diferentes formas de presentación de maltrato infantil grave que precisa ingreso en UCIP. Se pone así de manifiesto la importancia de detectar precozmente los casos de maltrato infantil, evitando las consecuencias graves que puede conllevar.

La mayoría de los niños de la serie son lactantes. Coincide este dato con el resto de estudios, que establecen como factor de riesgo la edad menor de 2 años⁽⁵⁾. El síndrome del niño sacudido es más frecuente en niños de 2 a 3 meses de edad, pero se ha descrito en niños de hasta 5 años de edad⁽⁶⁾. No se han encontrado diferencias en cuanto al sexo.

Entre los factores de riesgo para el maltrato aparece la irritabilidad, el niño que llora persistentemente, sin que sea fácil acallarlo^(5,7). En nuestro estudio un 50% de los pacientes habían consultado previamente en el servicio de urgencias por este motivo.

La mayor parte de los pacientes ingresaron por clínica neurológica aguda, resultado que concuerda con estudios similares publicados hasta la fecha⁽⁸⁾. Puede interpretarse erróneamente como una enfermedad neurológica, ya sea como una infección del sistema nervioso central o un síndrome convulsivo^(4,9). Es importante considerar este diagnóstico para detectar los casos de maltrato y realizar las pruebas complementarias necesarias.

Entre los marcadores indicativos de maltrato físico se encuentran las lesiones cutáneo-mucosas consistentes en hematomas, contusiones, heridas inciso-contusas en diferentes localizaciones, especialmente sospechosas aquellas que se presentan en zonas no prominentes, y en distintos estadios de curación. En este estudio, la mitad de los pacientes presentaba algún tipo de lesión cutánea, probablemente relacionada con episodios de maltrato previos.

Siempre que se sospeche un caso de maltrato, especialmente en un niño menor de 2 años, además de la exploración física, es interesante realizar como mínimo una tomografía computarizada (TC) craneal, una serie esquelética y un fondo de ojo para intentar corroborar la sospecha clínica.

En nuestra serie se realizó una prueba de imagen cerebral a aquellos pacientes que ingresaron con clínica neurológica aguda y en todos los casos presentaron lesiones compatibles con el síndrome del niño zarandeado. Las lesiones son producidas por una sacudida violenta que consiste en movimientos de aceleración, desaceleración y rotación brusca de la cabeza, que produce una ruptura de las venas mediales en su sitio de unión con la hoz del cerebro⁽⁶⁾. Puede conllevar la aparición de hematomas subdurales y/o hemorragias subaracnoideas, con un daño neurológico

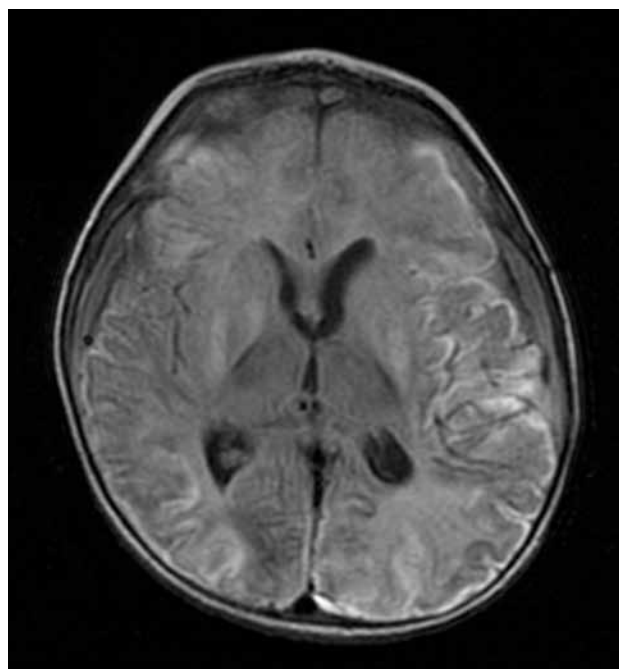


Figura 1. Hematomas subdurales bilaterales y alteración grave de la sustancia blanca subcortical identificados en la RM de un paciente.

grave. En nuestro caso, todos los pacientes presentaron al menos un hematoma subdural detectado en las pruebas de imagen (Fig. 1), cifras similares a las publicadas en estudios previos⁽¹⁰⁾.

Entre los indicadores de maltrato físico, también se citan lesiones osteo-articulares, como fracturas diafisarias de huesos largos, en especial en niños menores de 2 años, fracturas costales y fracturas craneales. La prevalencia de fracturas en algunas series se sitúa entre el 11-55%⁽¹¹⁾. Entre los hallazgos detectados en las series óseas realizadas en nuestros pacientes, se detectaron este tipo de lesiones en tres pacientes: una fractura de diáfisis humeral, una fractura craneal y un paciente con varias fracturas costales.

Las hemorragias retinianas son raras en los pacientes con un traumatismo craneal accidental. Por el contrario, son frecuentes, aunque no específicas, del síndrome del niño zarandeado⁽¹¹⁾. La posibilidad de maltrato aumenta si estas hemorragias se asocian a la presencia de un hematoma subdural⁽¹²⁾. Es recomendable realizar también un fondo de ojo en los pacientes a estudio por un episodio aparentemente letal con el fin de descartar casos de maltrato⁽¹³⁾. La mitad de los pacientes de nuestra serie presentó hemorragias retinianas, hallazgo que facilitó la confirmación de la sospecha diagnóstica inicial. En otras series, las hemorragias retinianas aparecen en el 50-80% de los casos^(14,15).

El riesgo de secuelas graves o muerte es elevado en estos pacientes⁽⁴⁾. En esta serie, dos pacientes presentaron secuelas neurológicas graves y un paciente falleció, cifras similares a estudios previos⁽⁸⁾. Sin embargo, otros estudios apuntan tasas de mortalidad más altas, cercanas al 28%^(10,16). En 2005, Barlow et al. publicaron una serie de 25 niños con traumatismo craneal no accidental. Un 68% de los pacientes presentaba un desarrollo normal, un 36% presentaron graves secuelas, siendo totalmente dependientes, un 16% moderadas dificultades y un 16% déficits leves⁽¹⁷⁾.

En resumen, es interesante conocer que la clínica inicial de los malos tratos físicos graves puede interpretarse erróneamente como una enfermedad neurológica. Es importante considerar este diagnóstico para detectar los casos de maltrato y realizar las pruebas complementarias necesarias que apoyen la sospecha clínica. Finalmente, la detección precoz del maltrato es fundamental para evitar secuelas graves o muerte en estos niños.

BIBLIOGRAFÍA

- Mok JY. Non-accidental injury in children--an update. *Injury*. 2008; 39: 978-85.
- Caffey J. On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. *Am J Dis Child*. 1972; 124: 161-9.
- Stewart TC, Polgar D, Gilliland J, Tanner DA, Girotti MJ, Parry N, et al. Shaken baby syndrome and a triple-dose strategy for its prevention. *J Trauma*. 2011; 71: 1801-7.
- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*. 2001; 108: 206-10.
- Jayakumar I, Ranjit S, Gandhi D. Shaken baby syndrome. *Indian Pediatr*. 2004; 41: 280-2.
- Reynolds A. Shaken baby syndrome: diagnosis and treatment. *Radiol Technol*. 2008; 80: 151-70.
- Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics*. 2010; 126: 546-55.
- Ríos A, Casado-Flores J, Porto R, Jiménez AB, Jiménez R, Serrano A. Maltrato infantil grave en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71: 64-7.
- Canella RC, Clemente D, González N, Indart J, De LL. Shaken baby syndrome. *Arch Argent Pediatr*. 2010; 108: e44-e46.
- Scavarda D, Gabaudan C, Ughetto F, Lamy F, Imada V, Lena G, et al. Initial predictive factors of outcome in severe non-accidental head trauma in children. *Childs Nerv Syst*. 2010; 26: 1555-61.
- Levin AV. Retinal hemorrhage in abusive head trauma. *Pediatrics*. 2010; 126: 961-70.
- Pierre-Kahn V, Roche O, Dureau P, Uteza Y, Renier D, Pierre-Kahn A, et al. Ophthalmologic findings in suspected child abuse victims with subdural hematomas. *Ophthalmology*. 2003; 110: 1718-23.
- Al KN, Cote A. Apparent life-threatening events: assessment, risks, reality. *Paediatr Respir Rev*. 2011; 12: 124-32.
- Chiesa A, Duhaime AC. Abusive head trauma. *Pediatr Clin North Am*. 2009; 56: 317-31.
- Elnor VM. Ocular manifestations of child abuse. *Arch Ophthalmol*. 2008; 126: 1141-2.
- Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wiser R. The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. *J Neurosurg*. 1987; 66: 409-15.
- Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics*. 2005; 116: e174-e185.