

Maltrato Infantil: Cuando la vida de un niño depende del reconocimiento de los signos cutáneos. Presentación de un caso.

Child Abuse: when the life of a child depends on the recognition of cutaneous signs. Report of a case.

Riveros R1*, Di Martino B**, Meilicke C***, Bracho P***, Rodríguez M****, Knopfelmacher O*****, Bolla L*****.
Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional.
Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente "Prof. Dr. Juan Max Boettner (INERAM)".
Asunción-Paraguay.

*Médico Jefe de Residentes de Dermatología. **Dermatopatólogo. ***Médico terapeuta. ****Profesor adjunto de dermatología.
*****Profesor titular de dermatología.

*Correspondencia: Beatriz Di Martino Ortiz. Paraguari 1033. C.P.: 1325. Tel. y Fax: 595 21 446 991. beatrizdimartino@gmail.com. Asunción-Paraguay.

Resumen

El maltrato infantil es mucho más frecuente de lo que generalmente se reconoce. 90% de las víctimas presentan hallazgos cutáneos. El dermatólogo es el profesional más calificado para identificar los signos cutáneos del maltrato y diferenciarlos de aquellas condiciones dermatológicas que puedan simularlo. Presentamos un caso conmovedor de una niña de 15 años, sometida a abusos sexuales de forma sistemática, internada por complicaciones en UCI del INERAM.

Palabras claves: Maltrato infantil, signos cutáneos de maltrato.

Summary

Child abuse is much more common than is generally recognized. 90% of victims have cutaneous findings. The dermatologist is the most qualified professional to identify the cutaneous signs of abuse and to differentiate those dermatological conditions that may simulate it. We present a touching case of a 15 year old girl, systematically sexually abused and hospitalized for complications at INERAM ICU.

Keywords: Child abuse, cutaneous signs of abuse.

Introducción

Los malos tratos son el peor atentado que se puede cometer contra la dignidad y el bienestar del niño, y la ley le protege ante cualquier tipo de agresión física o psíquica.

Aunque el maltrato infantil es una realidad desde tiempos inmemoriales, es en 1959, un siglo después de la época de completo desamparo infantil que retrataba Charles Dickens en *Oliver Twist*, que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, considerada el primer manifiesto legal de protección al menor.

En 1962 Kempe y Silver introducen por primera vez, en la Sociedad Americana de Pediatría, el término con el que se conoce este síndrome: the battered child syndrome ("síndrome del niño golpeado o apaleado") lo cual revolucionó la atención a las víctimas de los malos tratos infantiles, y estimuló la sensibilización de la opi-

nión pública y la promulgación de medidas legislativas que afectan directamente a la infancia.^{1,2,3} Desde entonces, el maltrato infantil ha ido adquiriendo mayor importancia entre los profesionales sanitarios, especialmente entre los pediatras, que son el colectivo más sensibilizado y con un papel fundamental en su diagnóstico, tratamiento y prevención.

A pesar de ello, en nuestro medio el maltrato infantil todavía tiene una atención limitada y las manifestaciones cutáneas, que son la expresión del maltrato físico, constituyen la parte visible de este gran problema.

Se estima que la probabilidad de que un niño maltratado sufra de nuevo malos tratos es del 50%, siendo la probabilidad de muerte del 10% si no se detecta inicialmente. Por ello, el dermatólogo tiene una función vital en el reconocimiento de los signos muco-cutáneos sospechosos de maltrato.

Historia Clínica

Adolescente, 15 años, estudiante, paraguaya, soltera, procedente de Ciudad del Este (CDE).

MC: Dolor cervical.

AEA: Hace 22 días dolor cervical de inicio brusco e intenso que irradia a dorso, e impotencia funcional de la zona. Se acompaña de fiebre de 38° con escalofríos, astenia, anorexia y alteración del estado general. Hace 10 días se agrega dolor de garganta, tos con expectoración amarillenta escasa y disnea. Consulta en el Hospital Regional de CDE, de donde la remiten a la UCI del INERAM.

APP: Rescatada de un prostíbulo de CDE, con antecedentes de abusos sexuales sistemáticos.

Examen físico: Dermatitis constituida por:

- Múltiples pápulas eritematosas excoriadas, algunas con costras hemáticas bien delimitadas, bordes regulares de 0,2-0,5 cm de diámetro en tórax, abdomen, glúteos, muslos (Figuras 1 y 2).
- Múltiples máculas pigmentadas redondeadas y algunas excoriadas, bien delimitadas de 0,4 cm. (quemaduras de cigarrillos) en senos, abdomen, pubis, manos. (Figura 3).
- Secreción vaginal blanquecina y erosiones en labios menores (Figura 4).
- Absceso en región cervical posterior ya drenado (Figura 5).

Auxiliares del Diagnóstico

- Hemograma: GB: 29.110, N: 85, L: 9, Eo: 4, Hb: 8.9, Hto: 28, Pla: 115.000
- Química sanguínea: Glicemia: 142, Ác. Úrico: 3.4, Urea: 35, Creat: 1.02
- Perfil hepático: GOT: 46 (31), GPT: 29 (32), FA: 550 (400), GGT: 24 (41), BT: 0.89, BD: 0.06, BI: 0.83
- VDRL: 1:64 HIV: negativo
- Coagulograma: TP: 52%, TTPA: 41 seg, Fibrinógeno: 400
- Tipif: O Rh +
- Electrolitos: Na: 139, K: 2.5, Cl: 101, Ca: 7.7
- AR: negativo, PCR: ++
- OS: Leuc: 12-15/c
- Cultivo de drenaje de colección cervical y traqueal: *Staphylococcus aureus* MR.
- Cultivo de secreción vaginal: *Cándida* sp.
- LCR, cultivo: estéril.
- Ecografía de partes blandas y TAC simple de región cervical: Colección de 37 x 32 x 22 mm (Absceso). Múltiples imágenes ganglionares.
- Ecocardiografía TT: FE: 59%, Derrame pericárdico leve. Dentro de parámetros normales.



Figuras 1 y 2. Múltiples pápulas eritematosas excoriadas, algunas con costras hemáticas bien delimitadas, bordes regulares de 0,2-0,5 cm de diámetro en tórax, abdomen, glúteos, muslos (escabiosis).



Múltiples máculas pigmentadas redondeadas y algunas excoriadas, bien delimitadas de 0,4 cm. (quemaduras de cigarrillos) en mano.



Secreción vaginal blanquecina y erosiones en labios menores.



Absceso en región cervical posterior luego del drenaje.

- TACAR de tórax: Infiltrado parenquimatoso bilateral y derrame pleural izquierdo.
- Ecografía pleural: Líquido pleural en seno costofrénico izquierdo (aprox. 150 cc).
- Ecografía abdominal: Normal, a excepción de escaso líquido en Douglas (aprox. 100 cc)

Diagnósticos:

- Sepsis a punto de partida de partes blandas.
- Absceso cervical (C2-C7).
- Neumonía adquirida en la comunidad bilateral.
- Sífilis.
- Maltrato infantil
- Anemia normocítica normocrómica.
- Infección de Vías Urinarias.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
- Desnutrición calórico proteica.
- Quemaduras de cigarrillo.
- Escabiosis.

Evolución:

Recibió cobertura antibiótica, antimicótica, drenaje de absceso y manejo del medio interno, con buena evolución. Fue trasladada a sala y queda a cargo del Ministerio Público.

Comentarios

La prevalencia del maltrato es muy variable según las estadísticas, que adolecen de un sub registro de información por el objeto de estudio, vergonzoso y brutal. Los registros de países como el Reino Unido o los Estados Unidos indican que el 1-2% de los niños son maltratados anualmente. Además, 1 de cada 1.000 niños es gravemente lesionado y 1 de cada 10.000 muere como consecuencia de ello. Los niños menores de 4 años son los que tienen mayor riesgo de sufrir lesiones graves, representando el 79% de las muertes por maltrato infantil (el 44% de las muertes ocurren en lactantes). A pesar del trabajo que desempeñan los servicios de protección infantil, hay una clara tendencia al aumento en la prevalencia del maltrato.²

Hay múltiples clasificaciones del maltrato, pero quizás la clasificación clínica es la de mayor interés desde un punto de vista práctico. Así, en orden decreciente de frecuencia, puede hablarse de cuatro tipos principales de maltrato: maltrato físico, negligencia, abuso sexual y maltrato psíquico o emocional.^{2,5}

Las manifestaciones cutáneas del maltrato físico son: moretones o hematomas; contusiones; erosiones; la-

ceraciones; quemaduras; mordeduras; alopecia traumática. Es de remarcar que para muchos dermatólogos el maltrato físico apenas aparece dentro del listado de diagnósticos diferenciales, a pesar de que los signos cutáneos son la manifestación más común (> 90% los presentan) y fácilmente reconocible. Una explicación lógica podría ser la poca o nula formación del dermatólogo dirigida al reconocimiento de este problema. Diferenciar las lesiones propias de un maltrato de aquellas producidas accidentalmente, de condiciones benignas de la piel del niño de patologías dermatológicas específicas puede resultar, en ocasiones, todo un reto. Por ello, una anamnesis cuidadosa (del niño y los padres por separado) y una exploración física completa (de piel y anexos, mucosas), radiológica y hematológica si así se considera oportuno, son indispensables. Una explicación vaga o imprecisa del mecanismo de producción de las lesiones por parte de los cuidadores, distintas versiones de los hechos entre los padres, una historia que cambia en el tiempo, un historial de frecuentes visitas a urgencias o de múltiples fracturas y un retraso injustificado en la obtención de asistencia médica deben ponernos en alerta.

Una historia inconsistente con los signos físicos o poco probable, teniendo en cuenta el desarrollo motor del niño (por ejemplo, si cuentan que el niño cayó por las escaleras, éste debería ser lo suficientemente mayor como para gatear), son altamente sugestivas de maltrato.^{2,6,7,8,9,10}

Hay que recordar que la negligencia física es más común que el propio maltrato físico y que puede también mostrar hallazgos cutáneos. Podríamos definir la negligencia física como el deterioro corporal progresivo del niño o adolescente por incapacidad o insuficiencia de los padres o tutores para proporcionarle el cuidado que éste necesita (alimentación, vestimenta, higiene, protección y vigilancia), teniendo los medios y las herramientas para hacerlo.

En general, un niño víctima de negligencia física presentará una combinación de características que deben hacernos sospechar el cuadro, como pueden ser una higiene personal y de su vestimenta pobres, una marcada disminución del tejido celular subcutáneo por malnutrición, la presencia de dermatitis graves (en especial dermatitis del pañal), xerosis cutánea o descamación de la piel por cuadros carenciales. Estos niños también pueden presentar parasitosis frecuentes, principalmente en forma de pediculosis capitis. En otras ocasiones podremos observar la presencia de heridas sin curar, o habrá un retraso inexplicable en la búsqueda de atención médica después de una lesión.^{1,2}

El abuso sexual es un hecho lamentablemente frecuente, que afecta a niños/as de todas las edades, razas y estratos socioeconómicos, y que puede implicar graves lesiones y secuelas tanto físicas como psicológicas para la víctima. La definición actual de abuso sexual no se limita a los actos con penetración, sino que también incluye hechos como el manoseo inapropiado, las caricias y besos sexuales. Las niñas tienen más riesgo de ser víctimas de abusos sexuales que los niños, y su riesgo aumenta en la pre adolescencia. Algunos estudios apuntan que hasta el 12-25% de las niñas y el 8-10% de los niños han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual cuando alcanzan la mayoría de edad. Estos actos son cometidos por hombres en el 90% de los casos, tratándose en la mayoría de las ocasiones (70-90%) de familiares o conocidos directos del menor. Por su frecuencia, implicaciones y posibles consecuencias, el abuso sexual debe considerarse en el diagnóstico diferencial inicial de las lesiones ano-genitales en menores. El dermatólogo debe ser capaz de identificar los signos cutáneos sugestivos de abuso sexual para realizar un diagnóstico precoz. En este sentido cabe remarcar que la mayoría de víctimas de abuso sexual no presentan rastros físicos de dichos abusos, y que muchas veces su relato verbal será la única prueba de los hechos.^{1, 2, 10, 11}

Diferentes estudios han constatado que, incluso en casos confirmados de abuso sexual, menos de un 5% de las víctimas presentan hallazgos sospechosos en la exploración física. Parece demostrado que la presencia de lesiones ano-genitales evidentes en casos de abuso sexual se correlaciona inversamente con el tiempo transcurrido hasta la visita médica, seguramente por rápida cicatrización, y son más probables si la víctima relata la presencia de sangre durante el episodio de abuso.^{2, 10, 11, 12}

En el caso de las niñas, el examen directo del himen permite, en ocasiones, sospechar abuso sexual, pues en contadas ocasiones se nos consultará por una hemorragia vaginal franca. El significado de las muescas y las hendidas que podamos observar a este nivel dependen de su localización y severidad. En este sentido, se consideran altamente específicos de abuso sexual el hallazgo de lesiones himenales agudas, parciales o completas, la presencia de equimosis, la ausencia de tejido himenal en un área concreta y la presencia de cicatrices recientes en la horquilla himenal posterior. La observación de un exudado vaginal purulento o maloliente debe llevarnos a recoger muestras microbiológicas para cultivo, orientado a descartar infecciones de transmisión sexual. La vulvovaginitis inespecífica, típica

de niñas prepuberales, no se considera una enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo, las infecciones genitales no adquiridas durante el parto por tricomonas, herpes simple tipo 2, gonococo, *Chlamydia trachomatis*, sífilis y VIH son altamente indicativas de abuso sexual.^{2, 4, 11, 12, 13}

Comentario aparte merece la infección por papilomavirus. Existen numerosos estudios que constatan que las verrugas genitales pueden adquirirse en el periodo perinatal (a partir de una madre infectada), a través del contacto no sexual con cuidadores afectos, y a través de la autoinoculación a partir de otras verrugas existentes en otras partes del cuerpo. Aunque la transmisión no sexual se considera, por lo tanto, la causa más frecuente de condilomas acuminados en niños menores de 3 años, su presencia en un niño mayor de 5 años indica con cierta probabilidad que pueda tratarse de un caso de abuso sexual. Los casos intermedios suelen ser los más dudosos. También existe cierta controversia sobre hasta qué punto la identificación de *Molluscum contagiosum* en la región ano-genital puede en algunos casos suponer un indicador de abuso sexual.^{2, 4, 13}

Cabe destacar que también se consideran altamente específicas de abuso sexual las laceraciones perianales que se extienden afectando el esfínter anal, y la observación de una dilatación anal significativa en posición genupectoral sin presencia de estreñimiento, heces en ampolla rectal o enfermedad neurológica que pueda explicarlo. Aunque otras lesiones a este nivel puedan ser menos específicas de maltrato, cabe dejar constancia de la presencia de fisuras traumáticas, especialmente si se encuentran alejadas de la línea media significan un abuso sexual reciente por vía anal. El desgarramiento muestra la violencia del acto. A menudo el abuso sexual se convierte en crónico. Dilataciones del esfínter anal deben inducir la sospecha del abuso.²

Interés del caso

Resaltar la importancia y el protagonismo que debe adquirir el dermatólogo y/o pediatra en la evaluación de los signos cutáneos sospechosos de maltrato. Estimularle y sensibilizarle para que el diagnóstico de abuso infantil esté siempre presente en su listado de diagnósticos diferenciales ante cuadros clínicamente sugestivos. Animarle a declarar a las autoridades competentes todos los casos sospechosos.

El hallazgo de lesiones cutáneas múltiples en diferentes fases evolutivas, localizadas en regiones infrecuentes,

donde no existe prominencia ósea, o en zonas protegidas por la ropa, con formas geométricas anormales, muy delimitadas en la piel sana y reproduciendo la forma del objeto utilizado, debe hacernos sospechar el maltrato.

La valoración del niño presuntamente maltratado debe ser multidisciplinar.

Cuando la sospecha de maltrato es fundada, debe comunicarse a la autoridad judicial correspondiente. No es necesario tener certeza absoluta para iniciar los trámites, porque la vida del niño puede correr peligro, y además los médicos no acusamos de maltrato, sino que solicitamos a la autoridad judicial que lo descarte. La detección precoz del maltrato es importante para evitar un daño mayor en el niño, tanto físico como psíquico. Hay estudios que demuestran la relación entre los abusos físicos y los trastornos psíquicos, con elevadas tasas de depresión, ansiedad y predisposición a la drogodependencia.

Bibliografía

- Hernández-Martin A, Torrelo A. Cuando la vida de un niño depende de que sepamos reconocer los signos cutáneos de maltrato. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103(2): 90-91.
- Pau-Charles I. et al. Signos cutáneos del maltrato infantil. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103(2): 94-99.
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962; 181: 17-24.
- Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 371-92.
- Ermertcan AT, Ertan P. Skin manifestations of child abuse. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010; 76: 317-26.
- Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics* 2003; 111: 602-7.
- Coulter K. Bruising and skin trauma. *Pediatr Rev* 2000; 21: 34-5.
- Raimer BC, Raimer SS, Hebel JR. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol* 1981; 5: 203-12.
- Sugar NF, Taylor JA, Fledman KW. Bruise in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 399-403.
- Vogele E, Pierce MC, Bertocci G. Experience with wood lamp illumination and digital photography in the documentation of bruises on human skin. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 265-8.
- Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child* 1994; 4:31-53.
- Sapp MV, Vandeven AM. Update on childhood sexual abuse. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17:258-64.
- Rojó JM, Gil J, Escudero J. Cutaneous manifestation of sexual child abuse. *Piel* 2003; 18:70-7.

CUAL ES SU DIAGNÓSTICO?

Romina Acosta*, Arnaldo Aldama **

*Médico Residente. **Jefe de Servicio. Servicio de Dermatología. Hospital Nacional de Itauguá.

Paciente masculino, de 55 años de edad, procedente de Alto Paraná, agricultor, internado en Sala de Clínica Médica por lesiones ulcerosas muy dolorosas en pies, de 1 año y 8 meses de evolución.

Inicialmente en pie izquierdo, con aumento progresivo de tamaño (Figura 1). 8 días antes de su ingreso hospitalario presenta lesiones en pie derecho (Figura 2). Al ingreso presentaba miasis en lesiones, utilizó ivermectina y amoxicilina-sulbactam. De antecedente de valor presentaba etilismo, tabaquismo crónico y tos atribuida al hábito. El resto del examen físico incluyendo pulsos y sensibilidad eran normales.



Pie izquierdo



Pie derecho

Su diagnóstico es?

- Úlcera de origen vascular (arterial, venosa, vasculítica)
- Úlcera de origen infeccioso (micosis profunda, leishmaniasis, tuberculosis, micobacteriosis, úlcera tropical)
- Úlcera de origen neoplásico (CEC, linfoma)

Respuesta en la página: 46