



ORIGINAL BREVE

Maltrato infantil grave en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

A. Ríos*, J. Casado-Flores, R. Porto, A.B. Jiménez, R. Jiménez y A. Serrano

Departamento de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España

Recibido el 10 de febrero de 2009; aceptado el 25 de marzo de 2009

Disponible en Internet el 29 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Maltrato infantil;
Hematoma subdural;
Traumatismo craneoencefálico
provocado

Resumen

Objetivo: Describir la forma de presentación de maltrato infantil en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo (2000–2008). Se incluyeron los casos diagnosticados de maltrato físico que precisaron atención en la UCIP. Se excluyeron otras formas de malos tratos (negligencia grave, abuso sexual y quemaduras).

Resultados: Se recogieron 8 casos (3 varones y 5 mujeres). La mediana de edad fue de 5,2 meses. Seis pacientes tenían menos de 7 meses. El síntoma guía más frecuente fue el neurológico: crisis convulsivas (4 casos), hematoma subdural (2 casos), traumatismo craneoencefálico grave (un caso). Otras formas de presentación fueron hemotórax (un caso) y parada cardiorrespiratoria de origen desconocido (un caso). La tomografía computarizada craneal evidenció hematoma subdural en 5 casos, 3 de ellos necesitaron drenaje quirúrgico. La sospecha de malos tratos pudo confirmarse por la historia social y la presencia de lesiones no fortuitas. Tres pacientes presentaban fracturas de huesos largos (tibia, cúbito y radio y fracturas costales bilaterales) y 4 hemorragias retinianas. Un paciente falleció y 3 quedaron con graves secuelas neurológicas.

Conclusión: Los niños gravemente maltratados pueden identificarse falsamente con enfermedad neurológica casual. En la presente serie, la forma más frecuente de aparición es el hematoma subdural, asociado o no a otros signos indicativos de malos tratos. Diagnosticar esta forma de maltrato es decisivo para evitar la repetición de las lesiones.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arantxarios@hotmail.com (A. Ríos).

KEYWORDS

Child abuse;
Subdural
haematomas;
Inflicted traumatic
brain injury

Severe child abuse admitted to paediatric ICU**Abstract**

Objective: To describe cases of severe child abuse admitted to PICU.

Methods and patients: It is a retrospective study (2000–2008) in which patients diagnosed with physical child abuse admitted to PICU were included. Other abuse patterns were excluded (severe negligence, sexual abuse or scalding).

Results: There were 8 patients included (3 boys and 5 girls). The median age was 5.2 months, with 6 patients were less than 7 months old. The most frequent sign was neurological symptoms: seizures (4 patients), subdural haematoma (2 patients), traumatic brain injury (1 patient). Other: haemothorax (1 patient) and cardiac arrest of no known aetiology (1 patient). The CT showed a subdural haematoma in 5 patients, 3 of which needed surgical drainage. Child abuse was confirmed using the social history and the presence of inflicted injuries. There were long bones fractures (tibia, ulna and radius, bilateral rib fractures) in 3 patients and 4 patients had retinal haemorrhages. There was one death and 3 had severe neurological after effects.

Conclusion: Severely abused children can be falsely diagnosed with a casual neurological disease. The most frequent injury is subdural haematoma with or without another injury associated to child abuse. It very important to diagnose child abuse in order to prevent recurrent injuries.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Muchos accidentes, traumatismos y lesiones de los niños no son fortuitos, sino provocados. Los malos tratos físicos producen una elevada morbimortalidad, especialmente en los primeros 3 años de vida^{1,2}. Muchos de estos maltratos no se diagnostican en un primer momento³, con el riesgo que esto conlleva para el paciente. Los médicos deben estar familiarizados con las lesiones no casuales, lo que facilitará su diagnóstico y tratamiento. Éste requerirá, además del enfoque médico, un abordaje multidisciplinario que prevenga la repetición del abuso y el tratamiento de sus causas⁴. El diagnóstico de maltrato se basará fundamentalmente en la historia clínica y la exploración física. Aunque la mayoría de los maltratos físicos son leves, no se detectan o no se diagnostican, algunos son tan graves que ponen en peligro la vida del paciente, por lo que necesitan ingresar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo de 8 años de duración, entre 2000 y 2008. Se han incluido los casos de maltrato físico (excepto quemaduras) que precisaron atenderse en la UCIP de un hospital terciario con una media de ingresos de 900 pacientes al año. Quedan excluidas otras formas de malos tratos, como la negligencia grave o el abuso sexual. De los pacientes incluidos en el estudio se han analizado los datos epidemiológicos, el motivo de ingreso en la UCIP y su evolución. Se han recogido también los resultados de las pruebas complementarias realizadas para completar el estudio ante la sospecha de maltrato: pruebas de imagen cerebral en los casos que lo precisaran, interconsulta al

servicio de oftalmología con valoración del fondo de ojo para valorar la existencia de hemorragias retinianas, y serie ósea para descartar la presencia de posibles fracturas o callos de fracturas antiguas.

Resultados

Se han recogido un total de 8 pacientes: 5 mujeres y 3 varones. La edad de los pacientes iba desde los 45 días de vida hasta los 8 años y medio. La mediana de edad fue de 5,2 meses. Seis pacientes (75%) tenían menos de 7 meses.

Sólo a un paciente, trasladado de otro hospital para drenaje de un hemotórax, se lo había diagnosticado previamente de maltrato. Los otros 7 se diagnosticaron de maltrato en la UCIP por la presencia de signos poco indicativos de enfermedad casual. La sospecha de maltrato pudo confirmarse por la historia social y la presencia de lesiones no fortuitas.

El síntoma guía más frecuente fue el neurológico: 4 pacientes ingresaron por crisis convulsivas; a 2 pacientes se les diagnosticó de hematoma subdural desde la urgencia por somnolencia e ingresaron en la UCIP para observación, y otro ingresó para observación tras traumatismo craneoencefálico grave. Los otros 2 pacientes ingresaron para drenaje de hemotórax y por parada cardiorrespiratoria de origen desconocido.

A todos los pacientes se les realizó una tomografía computarizada (TC) craneal, en la que se evidenciaron alteraciones en 7 pacientes (88%): 5 pacientes (63%) presentaban hematomas subdurales (3 de los cuales precisaron drenaje quirúrgico), uno presentaba lesiones isquémicas extensas bilaterales y otro presentaba fractura craneal y hemorragias subdurales bilaterales.

Tabla 1 Sexo, edad, motivo de ingreso, lesiones observadas y evolución

Sexo	Edad	Motivo de ingreso	TC	Fracturas de huesos largos	Hemorragias retinianas	Evolución
Varón	2,5 meses	Estatus convulsivo	Lesiones isquémicas extensas bilaterales	Tibia	No	Secuelas neurológicas graves
Mujer	4 meses	Estatus convulsivo	Hematoma subdural y hemorragia subaracnoidea	No	No	Secuelas neurológicas graves
Varón	7 meses	Hematoma subdural	Hematoma subdural	No	Sí	Sin secuelas
Varón	6,5 meses	Hematoma subdural	Hematoma subdural	No	Sí	Sin secuelas
Mujer	1,5 meses	Crisis convulsivas	Hematoma subdural	No	No	Sin secuelas
Mujer	12 meses	TCE	Hematoma subdural y contusión hemorrágica frontal	No	Sí	Secuelas neurológicas graves
Mujer	2,8 meses	PCR	Fractura temporoparietal izquierda y lesiones hemorrágicas en distintos estadios	Fracturas costales	Sí	Fallecimiento
Mujer	8,5 años	Hemotórax	No	Cúbito y radio	No	Sin secuelas

PCR: parada cardiorrespiratoria; TC: tomografía computarizada; TCE: traumatismo craneoencefálico.

En el fondo de ojo que se les realizó se encontró la presencia de hemorragias retinianas en la mitad de los casos.

A los 8 pacientes se les realizó una serie ósea, en la que se observaron fracturas de huesos largos en 3 de los casos (37%): tibia, cúbito y radio, y fracturas costales.

En lo que respecta a la evolución, 7 pacientes precisaron ventilación mecánica y 5 de ellos precisaron administración de drogas vasoactivas y transfusión de hemoderivados. Una paciente falleció y 3 pacientes presentaron graves secuelas neurológicas en el momento del alta y han precisado seguimiento por parte del servicio de neurología.

En la [tabla 1](#) se detallan las características, las lesiones y la evolución de los 8 pacientes.

Discusión

Este estudio describe las formas de presentación de maltrato físico en pacientes que, por la gravedad de las lesiones, precisan asistencia en una UCIP. La mayoría de los pacientes son lactantes, la edad más frecuente de maltrato infantil. La mayor parte de los pacientes ingresan por alteración neurológica y presentan lesiones en las pruebas de imagen cerebral, en su mayoría hematoma subdural. Estas lesiones se corresponden en casi todos los casos con el “síndrome del niño zarandeado”, que es la forma más frecuente de maltrato a esta edad. Compatible con esto también es el hallazgo de hemorragias retinianas visibles en el fondo de ojo en más de la mitad de los lactantes, signo muy característico del síndrome antes mencionado. Un estudio realizado en un hospital metropolitano de Boston

entre 1986 y 1991 recogía las principales diferencias entre los niños ingresados por lesión accidental y los niños ingresados por maltrato. Se observaron diferencias significativas en la presencia de lesiones cerebrales (sobre todo hematoma subdural), observado hasta en el 46% de los pacientes maltratados y de hemorragias retinianas, observadas hasta en el 33% de los pacientes diagnosticados de maltrato⁵. Otro estudio similar realizado en Carolina del Norte, en el que se comparaban niños con traumatismo craneoencefálico provocado y no provocado, también concluía que las principales diferencias se debían a la presencia de hemorragias retinianas en más del 76% de los casos y de fracturas de huesos largos en más del 20% de los niños maltratados, además de la presentación en urgencias (más asintomáticos entre los niños con lesión no provocada)⁶.

La principal causa de muerte de los niños maltratados es el traumatismo craneoencefálico, y precisamente el maltrato en forma de “niño zarandeado” es la primera causa de traumatismo craneoencefálico en los niños menores de un año. El “síndrome del niño zarandeado” es el resultado del movimiento de sacudida violenta que produce movimientos de aceleración, desaceleración y rotación brusca. Esto provoca una hemorragia subdural secundaria a la rotura de las pequeñas venas que conectan la duramadre y la aracnoides. Muchas veces las lesiones pasan desapercibidas porque los síntomas pueden variar desde síntomas inespecíficos hasta el coma. Se ha encontrado que al menos uno de cada 3 niños diagnosticados de “síndrome del niño zarandeado” tenía evidencias de lesiones intracraneales previas. Esta forma de maltrato produce una elevada morbilidad, con una mortalidad del 20 al 25% y una elevada

frecuencia de secuelas neurológicas graves, como ceguera, convulsiones, espasticidad, atrofia cerebral o colección subdural crónica. Al principio, los síntomas suelen ser inespecíficos y no se llevan a la consulta médica o no se diagnostican de lesión intracraneal hasta que los síntomas son intensos, tales como convulsiones, dificultad respiratoria, apnea, bradicardia o coma profundo. El diagnóstico se confirma por el estudio radiológico y el fondo de ojo. Hasta un 80 o un 90% presenta hemorragias retinianas unilaterales o bilaterales. Las pruebas de imagen se basan en la TC craneal, en la que lo característico es la imagen de un hematoma subdural bilateral e interhemisférico⁷. También se relacionan con lesiones no fortuitas la presencia de higromas y la falta de fracturas craneales⁸. Otras lesiones que se pueden encontrar son hemorragia subaracnoidea, edema cerebral o signos radiológicos de lesión axonal difusa. En un estudio realizado en el hospital Sant Joan de Déu se observó que hasta al 50% de los lactantes que ingresaron por hematoma subdural se los diagnosticó finalmente de maltrato en forma de “niño zarandeado”⁹.

En resumen, muchos maltratos físicos pasan desapercibidos, bien porque no consultan, bien porque los médicos no establecen la etiología del proceso y se confunden con procesos neurológicos, metabólicos o con traumatismos no provocados, o bien porque fallecen antes de que se pueda realizar el diagnóstico. Detectar estos casos de maltrato es decisivo para evitar la repetición de las lesiones.

Bibliografía

1. Duhaime AC, Christian CW, Rorke LR, Zimmerman RA. Nonaccidental head trauma in infants- the “shaken baby syndrome”. *N Engl J Med*. 1999;338:1822-9.
2. Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ, Scout L, Sutton LN, Seidl TS, et al. Head injury in very young children: Mechanisms, injury types, and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. *Pediatrics*. 1992;90:179-85.
3. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999;281:621-6.
4. Díaz-Huertas JA, Casado-Flores J, García E, Ruiz-Díaz MA, Esteban J. Niños maltratados. El papel en pediatría. *An Esp Pediatr*. 2000;52:548-53.
5. Reece RM, Sege R. Childhood head injuries: Accidental or inflicted?. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:11-5.
6. Keenan, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, et al. A population-based comparison of clinical and outcome characteristics of young children with serious inflicted and noninflicted traumatic brain injury. *Pediatrics*. 2004;114:633-9.
7. Tung GA, Kumar M, Richardson RC, Jenny C, Brown WD. Comparison of accidental and nonaccidental traumatic head injury in children on noncontrast computed tomography. *Pediatrics*. 2006;118:626-33.
8. Wells R, Vetter C, Laud P. Intracranial hemorrhage in children younger than years: Prediction of intent. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:252-7.
9. Trenchs V, Curcoy AI, Navarro R, Pou J. Subdural haematomas and physical abuse in the first two years of life. *Pediatr Neurosurg*. 2007;43:352-7.