

Síndrome de violencia extrema por maltrato. Cuando el problema toca fondo

Dr. Carlos Baeza Herrera,* Dr. Héctor Sanjuán Fabián,** Dr. Luis Manuel García Cabello,*** Dr. Alberto León Cruz,**** Dr. Luis Velasco Soria¹

RESUMEN

Antecedentes. El síndrome del niño golpeado tiene un amplio espectro. No existe ningún órgano, estructura o sistema que no haya sido afectado por este fenómeno social.

Material, método y resultados. El propósito de este informe es describir tres de 54 pacientes, víctimas de violencia extrema por abuso físico. Uno de ellos sufrió ruptura esofágica y contusión pulmonar; falleció. Otro, hemorragia cerebral, fractura supracondílea, femoral y craneal; ruptura del íleon y quemadura profunda en muslo y pierna derechas. También falleció. Uno más sufrió laceración del colon, hemorragia retroperitoneal, ruptura hepática, contusión pulmonar bilateral y pancreatitis. Logró sobrevivir.

Conclusiones. El maltrato físico extremo es infrecuente pero muy grave.

Palabras clave: Síndrome del niño golpeado, fracturas óseas, abdomen agudo, contusión pulmonar, pancreatitis.

ABSTRACT

Background. Battered child syndrome includes a wide spectrum. No organ or system of the body has been spared of physical damage caused by this social phenomenon.

Material, method and results. The purpose of this report is to describe three of 54 patients, who suffered extreme violence by physical abuse. One of them sustained esophageal rupture and pulmonary contusion and had a fatal outcome. Another patient had brain hemorrhage, elbow, femoral and cranial fractures, small bowel rupture and third degree thigh and leg burns. She died. The last one suffered laceration of the colon, retroperitoneal hemorrhage, hepatic rupture, bilateral lung contusion and pancreatitis. This male patient survived.

Conclusions. Extreme battered child syndrome is unusual, but a very severe and often fatal condition.

Key words. Battered child syndrome, acute abdomen, lung contusion, pancreatitis, bone fractures, brain hemorrhage.

El síndrome del niño físicamente maltratado tiene un amplio espectro. No existe una estructura, órgano o sistema que no hayan sido agredidos con menor o mayor severidad¹. Se han lesionado el tubo digestivo, el árbol respiratorio, el sistema cardiovascular, el sistema tegumentario, el genitourinario, los órganos de los

sentidos, el sistema nervioso central, el músculo-esquelético y estructuras anatómicas de manera individual. Han dado lugar a diversos síndromes como el del “niño alfilerero”² el de la “monta de la bestia”³, el del “niño sacudido”⁴ y el de Münchausen pediátrico⁵, entre otros.

El objetivo de este informe es describir una forma extrema de abuso físico con la gran severidad de las lesiones de la víctima.

MATERIAL CLÍNICO

De diez años a la fecha, hemos estudiado 54 niños agredidos que han sufrido alguna lesión que requiere atención quirúrgica. Las lesiones más frecuentes han sido la perforación del tubo digestivo, en sus segmentos proximales y en orden descendente, las del sistema genitourinario, las pulmonares; el

* Profesor Titular del Curso de Cirugía UNAM y Jefe del Departamento de Cirugía General. Hospital Pediátrico Moctezuma

** Residente de Cirugía

*** Cirujano Pediatra y Profesor Ayudante

**** Residente de Cirugía

¹ Cirujano Pediatra y Profesor Ayudante

Correspondencia: Dr. Carlos Baeza Herrera, Oriente 158 No. 189 Col. Moctezuma 2ª. Secc., Deleg. Venustiano Carranza. C.P. 15500, México, D.F. Tel: 55 71 40 57 - 55 71 17 37

Recibido: octubre, 2004. Aceptado: diciembre, 2004.

estallamiento de vísceras como hígado, bazo, páncreas y riñones, que se han tratado con sutura (del bazo o del hígado), nefrectomías, toracotomías y laparotomías exploradoras extensas⁶.

Tres enfermos en esta serie sufrieron maltrato físico violento; dos de ellos fallecieron.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Niña de tres años sometida a castigos físicos cotidianos por el padrastro. Se le había internado en varias ocasiones en diversas instituciones por presentar una contusión pulmonar y por fracturas diversas. Después de una de esas agresiones fue llevada a la sala de urgencias de nuestra unidad en condiciones muy graves. Se diagnosticó perforación esofágica (Figura 1) que requirió una toracotomía derecha y sutura de la lesión. Desarrolló sepsis generalizada. A los cuatro



Figura 1. Clásica imagen de ruptura del esófago intratorácico. Véase cómo el medio de contraste impregna parcialmente el esófago; además hay ensanchamiento del mediastino y aire en ambos perfiles mediastinales.

días se hizo una esofagostomía y una laparotomía para aislar el esófago y realizar una ligadura de la unión gastroesofágica y gastrostomía. La niña mejoró lentamente y logró recuperarse. Estuvo internada tres meses, periodo en el que se iniciaron trámites de adopción. La lesión esofágica curó, pero quedaron como secuelas varios problemas, una desnutrición grave y un esófago sin función. Se operó nuevamente para sustituir el esófago. La intervención se llevó a efecto sin contratiempos; sin embargo, se produjo sepsis de difícil control. Se supuso que había necrosis del colon y fue operada. Una vez más no se halló problema en el colon. La niña falleció a consecuencia de la infección sistémica.

Caso 2

Niña de dos años, procedente del estado de México y de medio socioeconómico pobre. En su familia, la figura paterna era el tío. La paciente ingresó al Servicio de Urgencias con el antecedente de que un año atrás había sido hospitalizada por fractura del fémur derecho. Esta vez su padecimiento se inició el 1º de mayo del 2004 con evacuaciones líquidas, amarillas, rechazo a la alimentación por vía oral y pérdida del estado de alerta 12 horas antes de la hospitalización. Al día siguiente recuperó la conciencia; tuvo vómito biliar en más de diez ocasiones, que en las siguientes horas se hizo fecaloide. Examen físico. Se le encontró alerta, reactiva, pálida, en posición antiálgica y ligeramente deshidratada. Mostraba una pequeña equimosis en párpado izquierdo. En las caras anterior y posterior del tronco tenía varias equimosis y una cicatriz no reciente de 30 cm de longitud. El abdomen era globoso, timpánico y con signos de irritación peritoneal. Existía desprendimiento parcial de la uña del primer dedo de la mano derecha y deformidad y equimosis en el codo izquierdo. El muslo y la pierna izquierda tenían quemaduras profundas no recientes en fase de cicatrización. Habían sido causadas por líquido en ebullición. Presentaba otras cicatrices en todo el cuerpo. Los estudios de laboratorio revelaron hemoglobina de 11.0 g%, y leucopenia de 2,300. En estas condiciones se le hizo una laparotomía; se encontró líquido intestinal en la cavidad peritoneal, membranas fibrinopurulentas, un hematoma mesentérico y despulimiento extenso de serosa del intestino

delgado. Se encontró además, ruptura del íleon que abarcaba el 70% de la circunferencia (Figura 2). Se resecaron 15 cm de intestino y se efectuó una ileostomía. Posteriormente se efectuaron estudios de gabinete. Se descubrieron una fractura no reciente del fémur derecho, una fractura supracondílea izquierda y una de cráneo (Figura 3). El curso fue desfavorable y falleció dos días después. El tío fue el agresor y está recluso.

Caso 3

Niño de tres años de edad, de la Ciudad de México; procedía de un medio socioeconómico pobre y familia

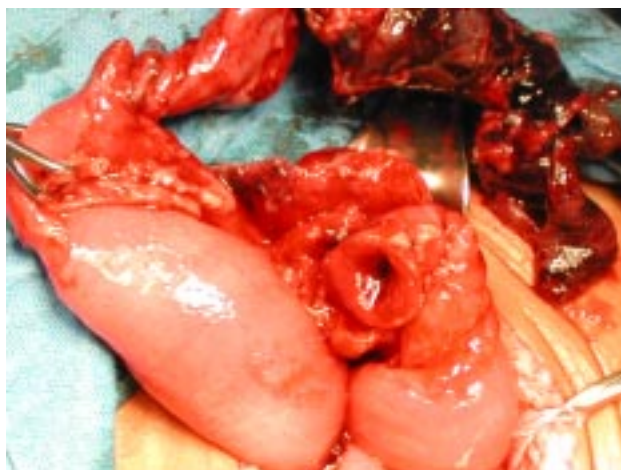


Figura 2. Se muestra la ruptura del intestino y la peritonitis que sufrió esta niña. El epiploon se necrosó.



Figura 3. Rx lateral simple de cráneo. La flecha señala el trazo de fractura de la bóveda en su porción temporoparietal izquierda.

desintegrada. Su padecimiento se inició ocho horas después de ser agredido por su padrastro, quien bajo el influjo de bebidas alcohólicas con puños y pies le golpeó en la cara, el tórax y el abdomen. En el momento de ingreso el paciente se encontraba alerta, quejumbroso y en mal estado general. La cara, el tórax y el abdomen presentaban excoriaciones y múltiples equimosis; había signos de irritación peritoneal. La citología hemática mostró 12.3 g% de hemoglobina, leucocitosis de 28,600. Inicialmente se trató de mejorar sus condiciones; luego fue sometido a una laparotomía exploradora. Se halló hemoperitoneo de 200 mL; un hematoma mesentérico, laceraciones del intestino delgado (Figura 4) y del colon ascendente; un hematoma retroperitoneal y ruptura hepática (Figura 5). Evolucionó satisfactoriamente. Los nuevos estudios de laboratorio de control mostraron amilasa de 2,249 U/L y lipasa urinaria de 1,000. Una TAC de abdomen reveló la presencia de líquido periglandular, apariencia heterogénea y aumento de las dimensiones del páncreas; contusión pulmonar bilateral. La CPK y la CPK-MB fueron de 22,200 y 476 U/L respectivamente.

Evolucionó con dificultad respiratoria. Una Rx de tórax mostraba opacidad basal bilateral compatible con derrame pleural. Se practicó toracocentesis derecha e izquierda y se obtuvieron 97 mL y 30 mL respectivamente de líquido serosanguinolento. Un ecocardiograma fue normal. Había hipertensión arterial sistémica.



Figura 4. Imagen transoperatoria que muestra pérdida de serosa, inflamación peritoneal y áreas de isquemia. Nótese los cambios de coloración del intestino (caso 3).



Figura 5. Corte tomográfico del hígado. Muestra imágenes compatibles con lesión hepática vista en la laparotomía.

El paciente mejoró y una semana después de operado la amilasa sérica era 215 U/L, y aumentó la lipasa a 1,086 U/L. Actualmente se encuentra en buenas condiciones generales y asintomático.

DISCUSIÓN

No existe una nomenclatura especial para la violencia con la que se infiere una herida en el síndrome del niño que sufre maltrato físico. Algunos autores han clasificado la gravedad con base al mecanismo de instalación. Dependiendo de la génesis mediante la cual se produjo la lesión, la violencia se ha definido como leve, moderada o severa ⁷. El grupo de la CAINM-INP (Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría) ⁸ propuso utilizar el término maltrato físico severo, para víctimas cuyas lesiones ponen en riesgo la vida o la integridad de un órgano. Se utiliza la misma denominación para las lesiones que afectan todo el organismo y la calificación con criterios de trauma pediátrico es de ocho puntos o menos y cuando la escala de Glasgow no es superior a ocho. Sin embargo, no existe clasificación del grado de maltrato físico partiendo del efecto de la agresión.

Por lo anterior, creímos conveniente exponer nuestra experiencia en el manejo de niños que han sufrido violencia física y han requerido una intervención quirúrgica. En primer término, consideramos que los que sufren maltrato físico de esa naturaleza,

deben ser considerados en dos grupos: el ordinario y el de quienes sufren violencia extrema. Este grupo pertenece a un síndrome en el que la víctima sufre dos o más lesiones corporales intencionales inferidas de manera simultánea que requieren una intervención quirúrgica mayor (laparotomía o toracotomía) ya que cada lesión por sí sola es potencialmente mortal.

El primer grupo, el denominado ordinario, es el de niños que requieren una operación, por una lesión aislada (perforación intestinal, contusión pulmonar o pancreática, etc.) o múltiple, pero sólo una es grave y con pronóstico reservado; no necesariamente exige que el paciente esté en una sala de terapia intensiva. El segundo, es el de niños que han sufrido violencia extrema. Además de ser evaluados con el criterio de Tepas ⁹, deben permanecer en una sala de terapia intensiva, ya que tienen puntuación no mayor de 8 en la escala PTS (Pediatric Trauma Score). Son pacientes susceptibles de sufrir complicaciones serias potencialmente fatales.

La violencia de la agresión de los niños que presentamos traduce una agresividad especial, pues las lesiones fueron causadas con enorme fuerza, de magnitud superlativa. En el primer caso, en el que hubo ruptura del esófago, el impacto que la produjo debió superar la resistencia que oponen las costillas, los pulmones, el corazón y los tejidos blandos. En los otros casos, todo parece indicar que los impactos ocurrieron en momentos distintos, pues las heridas estaban en fase distinta de evolución.

La violencia física en su expresión máxima generalmente es empleada por varones ⁸ como lo hemos confirmado ¹⁰; es ejercida por padres sustitutos, generalmente por el padrastro, por el tutor o por el novio de la madre, como ocurrió en esta descripción. El padrastro o el tío se sienten con derecho de agredir a la familia y en particular a los niños por el simple hecho de ser la figura paterna alterna y quien los sostiene económicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osorio CDA, Baeza CH. Mentiras que maltratan. Memorias del Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica Acapulco, Gro. México. 2002.
2. Baeza HC, Ortiz ZAI, García CLM, et al. Síndrome del niño alfilerero. Una forma poco usual de maltrato. Acta Pediatr Mex 2002;23:248-51.

3. Baeza HC, García CLM, Gaspar RG, et al. Abuso sexual y asfixia traumática. Una asociación predecible pero excepcional. *Acta Pediatr Mex* 2001;22:15-18.
4. Perea MA, Báez MV, Loredó AA, et al. Hemorragia cerebral y retiniana. ¿Síndrome del niño sacudido o accidente? *Rev Mex Ped* 2001;68:143-46.
5. Loredó AA, Carvajal RL, Sierra GQ, et al. Síndrome de Münchausen en niños: informe de dos casos. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1991;48:121-5.
6. Baeza CH, García CLM, Domínguez PST et al. Síndrome del niño maltratado. *Cir Ciruj* 2003;71:434-39.
7. McGee AH, Wolfe SA, Yuen SK, Carnochan J. Measurement of maltreatment. *Child Abuse Neglect* 1995;19:233-49.
8. Perea AM, Loredó AA. Maltrato al menor. Indicadores clínicos y sociales asociados al maltrato físico severo. *Acta Pediatr Mex* 2004;25:221-7.
9. Tepas JJ, Ramenofsky ML, Mollit DL, et al. The pediatric trauma score as a predictor of injury severity: an objective assessment. *J Trauma* 1988;28:425-9.
10. Baeza CH, Ortiz AZ, Osorio CDA, et al. Enfermedad quirúrgica por maltrato. En: Loredó AA. *Maltrato en niños y adolescentes*. Editores de Textos Mexicanos. México, 2004;pp120-42.