

Peritonitis generalizada por maltrato infantil

Dr. Carlos Baeza-Herrera,* Dr. Salomón Tonathiu Domínguez-Pérez,** Dra. Ma. Lourdes Martínez-Rivera,***
Dr. Ricardo Cortés-García,*** Dr. Tomas González-Mateos,*** Dr. Carlos Suárez-Estrada*** #

RESUMEN

Introducción. Se estima que en la Unión Americana existen entre dos y medio a cuatro millones de niños que sufren maltrato cada año y la sociedad actual reconoce que este es un problema médico y social muy grave. Las lesiones del tubo gastrointestinal en caso de abuso físico se sabe que existe desde 1964.

Material y método. Nuestro estudio delinea nuestra experiencia en el manejo de nueve niños maltratados que sufrieron perforación visceral intraabdominal. Tres tuvieron sección duodenal total y tres perforación ileal. Los demás tuvieron perforación del duodeno, yeyuno y colon, uno de cada una.

Conclusión. Las complicaciones viscerales por maltrato físico son un problema frecuente y serio.

Palabras clave. Síndrome del niño maltratado, peritonitis, rotura intestinal, abuso infantil.

ABSTRACT

Introduction. It is estimated that between 2,500,000 and 4,000,000 cases of active child abuse occur in the United States annually and contemporary society recognizes child abuse as a serious medical and social problem. Injuries of the gastrointestinal tract in cases of child abuse have been documented since 1964.

Material and method. This review refers to our experience with nine battered children suffering intrabdominal visceral injuries treated in our hospital. Three of them had duodenal transection and three ileal rupture, the rest had duodenal, jejunal and colonic perforation.

Conclusion. Visceral complications due to battered child syndrome are a frequent and serious problem.

Key words. Battered child syndrome, peritonitis, intestinal rupture, child abuse.

El síndrome del niño maltratado es una enfermedad social, resultado de una agresión corporal premeditada e intencional que causa daño demostrable inferido por alguien que le debe educación, alimento, vestido y sustento. Se estima que este problema en todas sus formas de expresión, ocurre entre dos y medio y cuatro millones de casos en la Unión Americana cada año y causa entre 2 mil y 50 mil ¹ defunciones.

* Jefe del Departamento de Cirugía. Hospital Pediátrico Moctezuma. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Profesor Titular de Cirugía Pediátrica. Universidad Nacional Autónoma de México.

** Cirujano Adscrito. Profesor ayudante de Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Moctezuma.

*** Residentes de Cirugía. Hospital Pediátrico Moctezuma.

Agradecemos al Dr. Suárez-Estrada su colaboración para obtener el material fotográfico.

Correspondencia: Dr. Carlos Baeza-Herrera. Hospital Pediátrico Moctezuma. Oriente 158-189. Col. Moctezuma 2^a Sección. México D.F. C.P. 15530 Tel: 55 71 17 37 dr.carlosbaeza@yahoo.com.mx Recibido: agosto, 2008. Aceptado: septiembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Baeza HC, Domínguez PST, Martínez RML, Cortés GR y col. Peritonitis generalizada por maltrato infantil. Acta Pediatr Mex 2008;29(5):262-6.

El fenómeno no es contagioso pero frecuentemente se transmite en línea directa de padres a hijos. No respeta credos, religiones, color de raza ni nivel socioeconómico y su espectro es tan extenso como la imaginación del perpetrador. Hasta donde hemos investigado, por ser un fenómeno repetitivo, no existe estructura, órgano o sistema del cuerpo humano en el que no haya habido estragos ².

Exponemos nuestra experiencia con los niños que sufren maltrato físico y como consecuencia, perforación de algún segmento del tubo digestivo. Deseamos alertar a la comunidad médica del país para que las víctimas sean beneficiadas con un diagnóstico oportuno y con ello, se evite la elevada morbilidad, en este problema.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de niños atendidos en el Departamento de Cirugía de nuestro hospital y cuyo diagnóstico fue peritonitis por maltrato físico. Se excluyeron los niños con peritonitis, de otra causa y aquellos en quienes no se confirmó de manera fehaciente el abuso. Se analizaron las variables: edad, género, agresor, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, radiológicas y hallazgos opera-

torios; tratamiento y curso. Empleamos el programa Excel para el estudio de medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Entre enero de 2004 y marzo de 2008, se estudiaron nueve casos identificados con perforación del tubo digestivo por abuso físico; cuatro eran varones. Su edad era entre uno y cuatro años. Tres fueron enviados de otras unidades, uno con diagnóstico de probable maltrato; en los otros dos el diagnóstico fue “probable apendicitis o abdomen agudo”. Seis ingresaron por el servicio de urgencias, cinco de ellos con sospecha de maltrato. Todos tuvieron vómito biliar, fiebre, distensión abdominal y signos de irritación peritoneal; los nueve tuvieron puntuación inferior a 7 con la escala de pronóstico de Tepas.³ El diagnóstico inicial no fue de perforación intestinal en tres de ellos (dos apendicitis y uno divertículo de Meckel variedad oclusiva) quienes presentaban lesiones asociadas de maltrato físico discreto. El tiempo promedio entre la atención primaria (el diagnóstico) y la intervención quirúrgica fue de 2.1 días (límites de uno a tres días). El estudio radiológico reveló niveles hidroaéreos, edema y dilatación intestinal; ninguno mostró aire libre intraperitoneal (Figuras 1 y 2). Los hallazgos operatorios fueron: tres con perforación de ileón; tres con sección de la tercera porción del duodeno (Figura 3); uno, perforación del colon; uno del yeyuno y otro del duodeno. En todos había inflamación peritoneal de magnitud variable, con edema, enrojecimiento, líquido intestinal libre, material purulento franco y placas fibrinopurulentas sobre la pared intestinal. No hubo relación de la edad y la localización de la lesión intestinal. Procedimiento quirúrgico: Reparación primaria en tres; resección y anastomosis término-terminal en dos; resección intestinal y derivación a 45 cm del ligamento de Treitz en uno; en dos casos de sección duodenal se realizó cierre de ambos segmentos de duodeno y gastroyeyunoanastomosis; en el tercer caso de sección duodenal total se realizó anastomosis primaria. Una de las niñas a quienes se les practicó derivación de yeyuno, desarrolló síndrome de intestino corto y se realizó anastomosis temprana con dehiscencia a los tres días y nueva anastomosis con éxito. Una de las pacientes con sección duodenal tuvo perforación del intestino grueso por lesión del mesocolon. El resto de los pacientes evolucionó favorablemente. El promedio de estancia hospitalaria fue de 21.8 días y no hubo de-

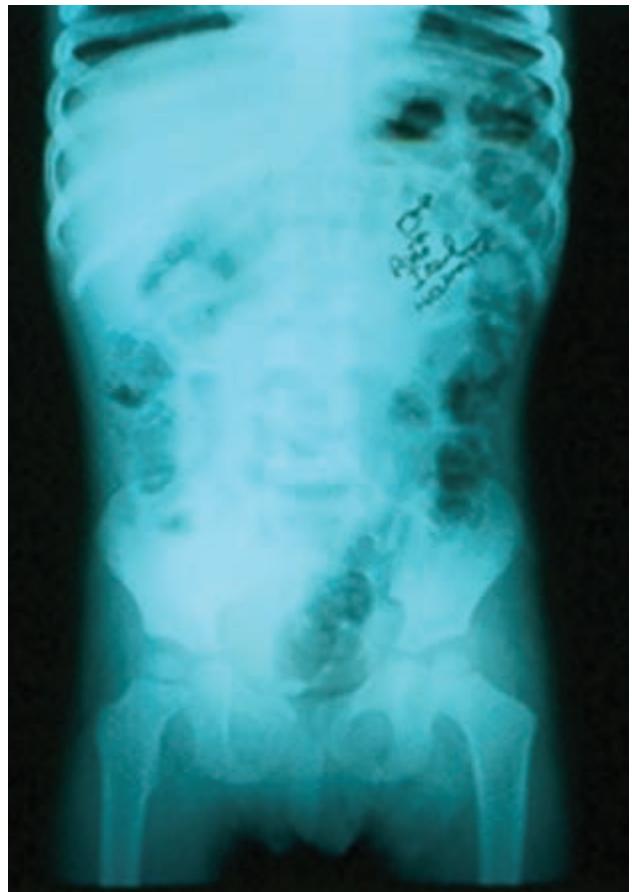


Figura 1. Este estudio radiológico simple de abdomen en posición horizontal revela signos sutiles de peritonitis como velamiento del contraste abdominal y borramiento de la grasa anteperitoneal, debido a la inflamación generalizada de la serosa. Había perforación ileal.

funciones. Entre fracturas de huesos largos como fémur y húmero, equimosis y hematomas (Figura 4) en diversas partes del cuerpo, excoriaciones y quemaduras, hubo trece lesiones asociadas en siete menores. Debido a que fueron pacientes trasladados de otras instituciones y en quienes ya se habían iniciado los trámites judiciales, no se pudo investigar quien perpetró la agresión.

DISCUSIÓN

La historia mexicana de complicaciones del maltrato físico como la que nos ocupa, fue como en otros países, iniciativa de radiólogos. En 1965, en el libro conmemorativo del antiguo Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, Riojas y Manzano, describieron la primera serie conocida



Figura 2. Estudio similar al anterior, pero en el cual existe dilatación de algunas estructuras del tubo digestivo, además hay desaparición de la grasa anteperitoneal. No existe aire libre subdiafragmático, pero había sección completa del duodeno.



Figura 4. Menor femenino que sufrió golpes muy violentos que le causaron peritonitis generalizada por perforación yeyunal. La imagen revela los estigmas del maltrato, destacando el hematoma de la fosa iliaca izquierda.



Figura 3. Aspecto transoperatorio de uno de los niños que sufrió sección total de la circunferencia del duodeno. Es evidente la peritonitis consecutiva a la fuga de líquido biliogastroduodenal.

en nuestro país en la que insisten en la gravedad del maltrato y la necesidad del diagnóstico oportuno.

Por otro lado se sabe desde hace mucho que el síndrome del niño maltratado es la segunda causa de muerte en los menores que sufren trauma abdominal contundente e indudablemente que la perforación del tubo digestivo es responsable de la mayoría de los decesos, no obstante la diversidad de vísceras que pueden ser lesionadas es grande⁴. Se han referido heridas intraperitoneales como rotura gástrica⁵, esplénica, hepática, pancreática⁶, mesentérica, isquemia y perforación de intestino medio⁷ y colon⁸; y extraperitoneales, como estallamiento renal, vesical⁹ y del conducto anorrectal¹⁰.

Otras consecuencias de agresión física deliberada, incluye lesiones difíciles de imaginar como sección selectiva

del colédoco por un golpe con el puño sobre el abdomen¹¹, ascitis quilosa y quilotórax con sección linfática^{12,13}; comunicación interventricular como secuela de golpes violentos en el tórax¹⁴; introducción de agujas metálicas en el tronco de la víctima, condición que hemos denominado “síndrome del niño alfiletero”¹⁵⁻¹⁸, y la dramática historia de un niño a quien se le transfundieron diez litros de sangre y sufrió más de diez procedimientos quirúrgicos en 93 días de hospitalización, debido a que su mamá inventó una burda historia de hemorragia inexistente del tubo digestivo, cuando en realidad ella le extraía sangre de la venoclisis y la depositaba en el pañal¹⁹.

Silver y Finkelstein, describieron un paciente con estatura muy corta, apetito voraz y falta de madurez sexual, atribuido a deprivación emocional y social y déficit metabólico mediado por el hipotalámico y lo denominaron “dwarfismo deprivacional”. Una de las consecuencias de la negligencia en el cuidado de los niños es la dilatación aguda del estómago, que eventualmente puede conducir a la ruptura²⁰.

Comúnmente, la ruptura intestinal ocurre en el duodeno y el yeyuno proximal, pero el resto del tubo digestivo no está exento de riesgo²¹. Se debe sospechar cuando la historia clínica no es congruente y existen signos típicos de maltrato así como equimosis dolorosas sobre la pared abdominal. Se debe tener cuidado, ya que otras lesiones asociadas comunes como la hemorragia cerebral frecuentemente opacan los signos abdominales y dificultan su interpretación. Además del dolor, suele haber anemia, distensión abdominal, vómito biliar o hemático, fiebre y signos que traducen inflamación peritoneal de origen infeccioso^{22,7,23}.

Identificar la perforación del tubo digestivo por maltrato físico suele ser difícil cuando la lesión es reciente, pero es fácil identificarla como síndrome abdominal agudo cuando como en esta serie, han transcurrido más de 48 horas de que el problema se inició. Si desde muy temprano se sospecha perforación del tubo digestivo, los recursos de diagnóstico aportan datos poco precisos, por lo que en nuestra experiencia²⁴, es más valiosa la revisión periódica del abdomen del niño, de preferencia por el mismo cirujano y buscando los pequeños cambios que ocurren en el peritoneo con el paso de los minutos u horas cuando sufre infección progresiva. Por otro lado, identificar el maltrato físico una vez efectuada la operación, suele ser sencillo, si se toman en cuenta algunos hallazgos operatorios como la sección

duodenal total o la presencia simultánea de varias heridas graves en diversos órganos o sistemas distantes^{25,26}.

Para explicar la etiopatogenia de la perforación del tubo digestivo, existen tres formas conocidas: 1) Cuando el intestino es machacado y perforado al encontrarse entre un golpe violento sobre la pared anterior del abdomen y la columna vertebral. 2) Por desaceleración: sucede cuando el tronco del niño está en reposo y es bruscamente movido de su posición, causa estiramiento súbito o desgarro del sitio de sujeción y daño a la circulación local del intestino. 3) Por compresión: cuando la víscera está pletórica y recibe un golpe, se revienta en su punto de menor resistencia^{2,5,27-29}.

El tratamiento de las lesiones depende de las características. Si existe isquemia y rotura probablemente una derivación intestinal soluciona el problema; si la perforación es única y sobre tejido limpio, la reparación primaria es una medida adecuada. La anastomosis en este caso sería una medida de alto riesgo.

El pronóstico en estos casos siempre es grave en virtud de que la actitud de los padres, a diferencia de lo que sucede cuando la perforación es de origen traumático, dejan pasar el tiempo tratando de disimular el maltrato con historias falsas y acudiendo con el médico de la localidad, el de confianza o al que consideran poco apto con el fin último de que mejore el niño sin que se sospeche el delito. Con todo esto se pierden horas y días antes de instituir el tratamiento y conduce a una evolución desfavorable. Cuando el victimario nota que su menor no mejora, acude a un hospital especializado, pero en ocasiones tardíamente². Al respecto, Touloukian⁴, relata la historia de cinco niños pequeños que ingresaron a una unidad hospitalaria con manifestaciones de abdomen agudo desde las primeras visitas; no se sospechó que fueran víctimas de abuso y los enviaron a su domicilio; horas o días después, reingresaron a urgencias en peor estado clínico por daño neurológico asociado y fallecieron al poco tiempo.

A diferencia de lo que sucede en otras instituciones dedicadas a la investigación de este síndrome, en nuestra unidad hospitalaria observamos sobre todo pacientes que sufren maltrato físico y requieren tratamiento quirúrgico. El espectro de la enfermedad es tan amplio que además de la perforación de alguna víscera hueca abdominal, nuestra experiencia ha sido con lesiones de víscera sólida y de otras estructuras como los huesos, sistema nervioso central, pulmones y genitales³⁰.

Una lesión visceral frecuentemente es fatal; un caso de cada 170 niños requiere tratamiento quirúrgico. El resto se resuelve médicaamente.

Lo anterior, nos lleva a reflexionar sobre el destino de esos niños que requieren atención quirúrgica especializada y que no la reciben. Nos lleva a cuestionarnos, cuántos niños mueren en nuestro país por maltrato, sin que se sepa la causa.

REFERENCIAS

1. Baeza CH, García LMC, Domínguez STP, Atzin JLF, Rico EM, Mora FH. Síndrome del niño maltratado. Implicaciones quirúrgicas. *Cir Ciruj* 2003;71:427-33.
2. Woolley MM, Mahour HG, Sloan T. Duodenal hematoma in infancy and childhood. *Am J Surg* 1978;136:8-14.
3. Tepas JJ, Rameofsky ML, Mollit DL. Pediatric trauma score as predictor of injury severity: an objective assessment. *J Trauma* 1988;28:425-9.
4. Touloukian JR. Abdominal visceral injuries in battered children. *Pediatrics* 1968;42:642-6.
5. Schechner AS, Ehrlich EC. Gastric perforation and child abuse. *J Trauma* 1974;14:723-4.
6. Bongiovio JJ, Logosso DR. Pancreatic pseudocyst occurring in the battered child syndrome. *J Pediatr Surg* 1969;4:220-4.
7. Dworkind M, McGowan G, Hyams J. Abdominal trauma. Child abuse. *Pediatrics* 1990;85:892.
8. Kirks RD. Radiological evaluation of visceral injuries in the battered child syndrome. *Pediatr Ann* 1983;12:888-93.
9. Halsted CC, Shapiro RS. Child abuse: Acute renal failure from ruptured bladder. *Am J Dis Child* 1979;133:861-2.
10. Black T, Pokorny JW, McGill WC, Harberg JF. Ano-rectal trauma in children. *J Pediatr Surg* 1982;17:501-04.
11. Gornall P, Ahmed S, Jolley A, Cohen SJ. Intraabdominal injuries in the battered baby syndrome. *Arch Dis Child* 1972;47:211-14.
12. Boysen BE. Chylous ascites. Manifestation of the battered child syndrome. *Am J Dis Child* 1975;129:1338-9.
13. Green GH. Child abuse presenting as chylothorax. *Pediatrics* 1980;66:620-1.
14. Rees A, Symons J, Joseph M, Lincoln C. Ventricular septal defect in a battered child. *Br Med J* 1975;5:20-1.
15. Swadia ND, Thakore AB, Patel BR, Vahavan S. Unusual form of child abuse presenting as an acute abdomen. *Br J Surg* 1981;668.
16. Stone KR, Harawitz A, San Filippo A, Gromisch SD. Needle perforation of the liver in an abused infant. *Clin Pediatr* 1976;15:958-9.
17. Bhaskaran CK. Insertion of sewing needle as a form of child abuse. *Arch Dis Child* 1978;53:968-9.
18. Baeza CH, Ortiz IZA, Velasco LV, Domínguez STP. Síndrome del niño alfilerero. Una forma poco usual de maltrato. *Acta Pediatr Mex* 2002;23:348-51.
19. Malatack JJ, Wiener SE, Gartner CJ, Zitelli JB, Brunetti E. Munchausen syndrome by Proxy: A new complication of central venous catheterization. *Pediatrics* 1985;75:523-5.
20. Franken EA, Fox M, Smith AJ, Smith LW. Acute gastric dilatation in neglected children. *Am J Roentgenol* 1978;130:297-9.
21. McCort J, Vaudagna J. Visceral injuries in battered children. *Radiology* 1964;82:424-8.
22. O'Neill AJ, Meacham FW, Griffin PP, Sawyers LJ. Patterns of injury in the battered child syndrome. *J Trauma* 1973;13:332-9.
23. Shaw A. The surgeon and the battered child. *Surg Gynecol Obstet* 1964;119:355.
24. Baeza CH, García LMC, Gardida HRC, Osorio CDA. Perforación traumática del intestino delgado en la infancia. *Gac Med Mex* 2000;136:547-53.
25. Baeza CH, Arcos AA, Villalobos AC, López JC, Cortés RG. Sección duodenal total. Indicador confiable de maltrato físico severo. *Gac Med Mex* 2008;144:161-5.
26. Baeza CH, Sanjuán HF, García LMC, León AC, Velasco LS. Síndrome de violencia extrema por maltrato. Cuando el problema toca fondo. *Acta Pediatr Mex* 2005;26:8-12.
27. Caniano AD, Beaver LB, Boles TE. Child abuse. An update on surgical management in 256 cases. *Ann Surg* 1986;203:219-24.
28. Kottmeier KP. The battered child. *Pediatr Ann* 1987;16:343-51.
29. Kleinman KP, Raptopoulos DV, Brill WP. Occult nonskeletal trauma in the battered child syndrome. *Radiology* 1981;141:393-6.
30. Slosberg JE, Ludwig S, Duckett J, Mauro EA. Penile trauma as a sign of child abuse. *Am J Dis Child* 1978;132:719-20.