

Cirugía y Cirujanos

Volumen 71
Volume 71

Número 6
Number 6

Noviembre-Diciembre 2003
November-December 2003

Artículo:

Síndrome del niño maltratado. Implicaciones quirúrgicas

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Síndrome del niño maltratado. Implicaciones quirúrgicas

Acad. Dr. Carlos Baeza-Herrera, *Dr. Luis Manuel García-Cabello, **
Dr. Salomón Tonathiu Domínguez-Pérez, ***Dr. José Luis Atzin-Fuentes, ****
Dr. Eduardo Rico-Mejía, *****Dr. Francisco Mora-Hernández*****

Resumen

Introducción: el traumatismo mayor, especialmente el abdominal debido a maltrato, es una condición seria que lleva mortalidad muy elevada.

Material y métodos: revisamos nuestra experiencia en el hospital, respecto al manejo del traumatismo debido al síndrome del niño maltratado con el fin de comprender circunstancias, magnitud, presentación y consecuencias de este tipo de percances. Nuestro hospital es el centro más importante del país en atención quirúrgica al niño accidentado.

Resultados: de acuerdo con nuestro estudio, el traumatismo moderado por abuso estuvo constituido por 35 pacientes y traumatismo mayor por 50. En el primero se manejaron 10 que sufrieron diversas fracturas y 21 fueron del sexo masculino. Los agresores fueron el padre y el padrastro en 21 y la madre en seis. Hubo tardanza en buscar ayuda médica en todos los casos. En el segundo grupo hubo perforación del intestino delgado proximal o distal en 27 casos, colon en cuatro, páncreas en tres y el esófago en dos. Pleura, pulmón, vejiga, bazo y otras estructuras anatómicas también estuvieron involucradas. Observamos cinco defunciones.

La similitud entre los grupos estudiados comprueba lo difundido del problema y la necesidad de hacer un diagnóstico oportuno cuando un niño es llevado a urgencias en estado de choque o con peritonitis inexplicables, especialmente si además hay anemia y vómito biliar. La tardanza en el diagnóstico influye en la mortalidad.

Palabras clave: abdomen agudo, síndrome del niño maltratado, niños, traumatismo.

Summary

Introduction: Major trauma, specially abdominal and thoracic trauma due to child abuse is a serious, but fortunately infrequent problem which carries unacceptably high mortality.

Material and methods: We reviewed our experience with childhood trauma due to battered child syndrome in our hospital to learn the extent, circumstances, presentations, and consequences of this kind of events. Our hospital is the most important center for traumatized child care in Mexico.

Results: After our study, mild trauma due to child abuse accounted for 35 and major trauma accounted for 50 cases. In the former group, 10 patients with fractures were observed; 21 were male patients. Children were abused by father or step-father in the 21 cases, and by the mother in six. There was delay in seeking immediate medical attention treatment in all patients. In the second group, there were ruptures of small bowel in 27, of the colon in four patients, pancreas in three, and esophagus in two. Lung, pleura, bladder, spleen and other anatomic structures also were affected. Five patients died. Similarity between the two patient groups studied indicates both the widespread nature of child abuse and the need to suspect this diagnosis whenever a child is present with unexplained shock or peritonitis, specially if there is anemia or bilious emesis. Delay in diagnosis contributed to mortality.

Key words: Acute abdomen, Battered child syndrome, Children, Trauma.

Introducción

El síndrome del niño maltratado se define como una enfermedad social cuyo único blanco es el niño, y está constituido por un grupo de condiciones que alteran el equilibrio físico, biológico y psicológico de un individuo en crecimiento y desarrollo como consecuencia de un acto voluntario, violento o no, infligido por alguien que se ha encargado o se debe encargar de su manutención y cuidado⁽¹⁾.

La violencia en la naturaleza es un evento tan cotidiano que filosófica y ontogénicamente debe ser considerada como inherente al crecimiento y desarrollo de las especies y al instinto del ser vivo. Esto significa que en algunos animales

* Académico Titular. Academia Mexicana de Cirugía. Profesor Titular del Curso de Cirugía UNAM y Jefe del Departamento de Cirugía. Hospital Pediátrico Moctezuma.

** Cirujano Pediatra y Profesor Ayudante.

*** Subdirector Médico.

**** Residente de Cirugía.

***** Coordinador de Residentes de Cirugía.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Carlos Baeza Herrera, Oriente 158 No. 189
Col. Moctezuma 2^a Sección Delegación Venustiano Carranza.
C.P. 15500, México, D.F.
Tel: 5571-4057 y 5571-1737

Recibido para publicación: 21-10-2003.

Aceptado para publicación: 05-11-2003.

especialmente carnívoros, la violencia está implícitamente presente en su conducta, de allí que casi todas las especies tienen una inclinación proclive a actitudes de defensa y ataque, sin miramiento en cuanto a la severidad de la violencia que generan con ese fin. Bajo ese complejo mecanismo, por ejemplo, los leones adultos, y más si son jerárquicamente superiores, masacran a las crías pequeñas, quedando inmediatamente la madre en celo y en posibilidades de que el macho dominante que eliminó su prole pronto la preñe, imponga y perpetúe su estirpe.

Sin duda alguna y bajo esa óptica, la violencia es una de las expresiones de la naturaleza que mayor influencia tiene sobre la conducta de los animales. Pero, también en las especies vegetales se llegan a observar facetas que se deben catalogar como violentas. Una planta carnívora, como las que existen en África, busca su alimento fingiendo ser una hoja caída; cuando llega la víctima, se cierra y del extremo de sus pétalos emergen agudas agujas con las que atraviesa y da muerte a la presa.

En el ser humano, todo parece indicar que la situación es distinta, pues carece de genes que bajo circunstancias normales generan violencia, con lo que se acepta tácitamente que esa conducta es aprendida y adoptada de un medio ambiente propicio. A diferencia de los animales, el humano está dotado de facultades como el aprendizaje, la memoria y el subconsciente, que al interactuar, si el ambiente se impuso, disponen de los ingredientes que a la postre culminarán con maltrato al menor. La fenomenología en la génesis del maltrato parece girar en torno a vivencias que el individuo sufre al observarlo o sentirlo.

El estudio de las lesiones que pueden culminar en muerte del niño como consecuencia de maltrato, tema de este estudio, es un campo aún no muy bien conocido a pesar de lo extendido y estudiado de la enfermedad. El abuso físico en cualquiera de sus expresiones es extraordinariamente común, llegándose a cuantificar hasta 4 millones de casos cada año en una ciudad como Los Ángeles⁽²⁾. En nuestro país, probablemente el número de casos existentes sea mayor a lo que se ha reportado, en mucho debido a que el fenómeno aparece con mayor frecuencia en los grupos humanos depauperados y económicamente débiles.

Con relación a la génesis del fenómeno, desde hace muchos años se definió la existencia de un trípode universal en el que se sustenta la explicación del maltrato al menor. El esquema propone que la violencia intencionada contra un niño está constituida por tres partes que son indisolubles⁽³⁾ y una no puede existir sin las otras.

El esquema establece que debe haber una víctima, la que por lo general es un niño distinto, un niño especial. Es por lo general un individuo varón o niña que sufre alguna malformación, que es muy travieso, que sufre alguna enfermedad como parálisis cerebral infantil, que es portador de una tri-

somía 21, incontinencia fecal y/o urinaria; puede ser el que se sospecha ilegítimo, el que es feo, tonto, distraído o hiperquinético. El segundo componente es el victimario. Con relación a éste, en ocasiones tiene una ligazón no consanguínea con la víctima pudiendo ser el novio de la madre del menor, el amigo o el padrastro, pero en la mayoría de los casos es el padre biológico el agresor. Éste por lo general tiene un antecedente de maltrato cuando era niño y ello le propició una alteración psicológica o un franco trastorno psiquiátrico. El último componente de este complejo es la circunstancia en que se instala el problema. Ya dijimos que hay una víctima, que hay un victimario, pero no sucedería nada si no existe un detonante que provoque la agresión. La circunstancia suele ser cualquier cosa desde infidelidad de la pareja, fricciones continuas multicausales hasta las crisis económicas.

El presente estudio tiene como objetivo mostrar la experiencia que hemos obtenido en el Departamento de Cirugía de nuestra unidad hospitalaria en el manejo de aquellos niños que sufrieron agresión física intencionalmente infligida y que requirieron atención especializada e intervención quirúrgica.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional que consistió en el análisis de todos los expedientes codificados como maltrato al menor, de los que fueron seleccionados los que tuvieron lesión física de grado tal que requirieron algún tipo de intervención quirúrgica.

La experiencia clínica de los autores acerca del maltrato infantil, probablemente la más grande del mundo en la que se describe la participación del cirujano pediatra, está integrada por dos grupos de pacientes: el primero constituido por 35 niños que ingresaron en un período de un año, a la unidad hospitalaria donde laboran los autores y a esos se les identificó de manera precisa el maltrato de que eran víctimas. Se incluyeron aquellos niños que sufrieron daño físico y que requirieron la atención de un pediatra, oftalmólogo u ortopedista, que son algunos de los especialistas con que cuenta el hospital donde laboran los autores. Se excluyeron aquellos niños que habiendo sido maltratados, no sufrieron daño físico.

En este grupo, se analizaron del niño la edad, el sexo, el tiempo de evolución, el tipo de agresor y las lesiones sufridas. Del perpetrador, la edad, el sexo, el estado civil, el nivel socioeconómico, la escolaridad, la ocupación y los hábitos nocivos.

El segundo grupo, conformado por 50 niños, se caracterizó porque requirieron de algún tipo de procedimiento quirúrgico para su tratamiento y sólo fue posible analizar la edad, el sexo, quién fue el perpetrador, los hallazgos operatorios y la evolución de la enfermedad.

Resultados

En el primer grupo, constituido por 35 pacientes, existió un evidente predominio del sexo masculino con 25, y la misma cifra tenían cinco años de edad o menos. El paciente de menor edad tenía 12 meses, el mayor siete años. En 12 casos, el agresor fue el padre, en 10, la madre; en cinco, el padrastro, en uno un familiar cercano; y en el resto, la madrastra, el padrino o el tutor. En 15 casos, el tiempo de evolución de las lesiones fue de uno a cinco días; en ocho, de 6 a 10 días; en tres, de 11 a 15 días; en dos, de 16 a 20; en tres, de menos de 24 horas; y en cuatro, desconocido; el promedio fue de seis días. En 13 casos, el mecanismo de la lesión fue golpes con objetos como cinturones, cables, palos, etc.; en 15, manos y pies; en dos, mordeduras; en dos, abuso sexual; en uno, quemaduras por cigarrillos; en uno, inmersión; en otro, por impulsión y arrastramiento. Ocho niños sufrieron más de un tipo distinto de lesión.

Según la ubicación de las heridas, 13 se ubicaron en la pared torácica; 12, en las extremidades; 11, en la cabeza; cuatro, en la pared abdominal; dos, en el cuello; dos, en los genitales. El tipo de lesión que predominó fue la equimosis. La mayoría tuvo más de una herida y más de una región afectada.

De los 35 niños, 10 tuvieron algún tipo de fractura; de estos, ocho sufrieron fractura de huesos largos predominando las de cúbito y húmero con tres casos cada una; y dos de fémur (Figura 1) y dos de cráneo. El de menor edad sufrió fractura expuesta de cúbito y radio. En ningún caso de este grupo de enfermos hubo lesión del sistema nervioso central.

En 32 pacientes, la evolución fue favorable. Se enviaron a un albergue a 11 niños, nueve a un hogar sustituto; dos quedaron a resguardo en el hospital; uno fue enviado a un hospital psiquiátrico infantil; y en el resto, se desconoce. Hubo tres defunciones.

En 20 casos, la edad de los agresores estuvo comprendida entre los 16 y 35 años; en 15, entre 36 y 48; con una media de 25. Respecto de la escolaridad del agresor, 21 tenía nivel primario no concluido; tres secundaria; tres eran analfabetas; y en el resto se desconoce. De las mujeres, 11 se dedicaban al hogar; nueve de los varones eran empleados; 12 estaban desempleados; y en el resto, se ignora. Trece del total vivían en unión libre; 10 eran casados; tres, separados; uno, viudo; y en el resto, se desconoce. Entre los perpetradores 12 eran alcohólicos (ocho varones y cuatro mujeres) y cuatro, farmacodependientes (tres varones y una mujer).

El segundo grupo, es decir aquel que requirió durante su evolución de algún procedimiento quirúrgico y al que se catalogó como de ataque grave, estuvo conformado por 50 niños. De acuerdo con los grupos de edad, el menor tenía 28 días de vida extrauterina y el de mayor edad nueve años,

predominando la edad entre dos y cinco. Del total 30 eran del sexo masculino. En 41 casos, los agresores fueron el padre o el padrastro; en nueve, la madre o un familiar cercano. El mecanismo más frecuentemente identificado fue el traumatismo directo aplicado contra el abdomen o tórax. En 36 casos se utilizaron los pies o las manos; en el resto, el traumatismo estuvo causado por empujones, caídas y otros. En 15 casos, hubo perforación yeyunal. El caso más recientemente observado tenía además ruptura y hematomas (Figuras 2 y 3) en casi la totalidad del tubo digestivo y afectación discreta del páncreas. En cinco, perforación duodenal; en tres rotura ileal; en cuatro, perforación colónica (un lactante varón y dos niñas, el otro fue un recién nacido a quien la madre le propinó golpes con el pie); en cuatro casos, rotura del mesenterio y hemoperitoneo; en dos, perforación esofágica; tres, afectación pancreática, uno de los cuales se complicó después con pseudoquistes y al final con una ascitis quilosa. Dos menores sufrieron amputación de glande. A uno le amarraron un cabello en el surco balanoprepucial y otro, de manera voluntaria y para no ser hostigado por su familia, se colocó una banda elástica a la altura del surco, hasta el cercenamiento del glande. Observamos dos niñas que sufrieron asfixia traumática como consecuencia de agresión sexual. A dos más les introdujeron agujas de coser con propósito criminal, síndrome denominado del "niño alfiletero". En un caso, la pleura; otro recibió herida por proyectil de arma de fuego que le lesionó gran parte de la encía de la arcada dentaria inferior. Otro sufrió una herida escrotal cuando el padrastro lo empujó contra un almacén de varilla metálica. Hubo uno con contusión pulmonar, uno con rotura vesical, uno con lesión del prepucio, uno del bazo (Figura 4) y otro con fractura costal y hemotorax derecho. Las lesiones asociadas más frecuentemente observadas fueron de tejidos blandos (Figura 5) y osteomusculares.

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron variados, pero en pocos niños estos procedimientos fueron de índole correctiva; en parte debido a que el tiempo de evolución (tiempo transcurrido entre el percance y las primeras medidas terapéuticas) en todos los casos fue prolongado. En la mayoría de los pacientes, el procedimiento quirúrgico fue llevado a efecto con fines paliativos y los autores mencionan que se realizaron derivaciones externas del tubo digestivo, como esofagotomía, cistostomía, pleurostomía, ileostomía, y colostomía, y una derivación interna, una gastroyeyunoanastomosis, en un pequeño que sufrió lesión duodenal compleja y en quien hubo dehiscencia de una anastomosis previamente ejecutada. En sólo cuatro ocasiones fue factible efectuar una anastomosis término-terminal. Se efectuó nefrectomía derecha en un caso como consecuencia de la insuficiencia orgánica consecutiva a la fibrosis que causó la presencia intraparenquimatosa de una aguja de coser. Las heridas superficiales fueron suturadas.

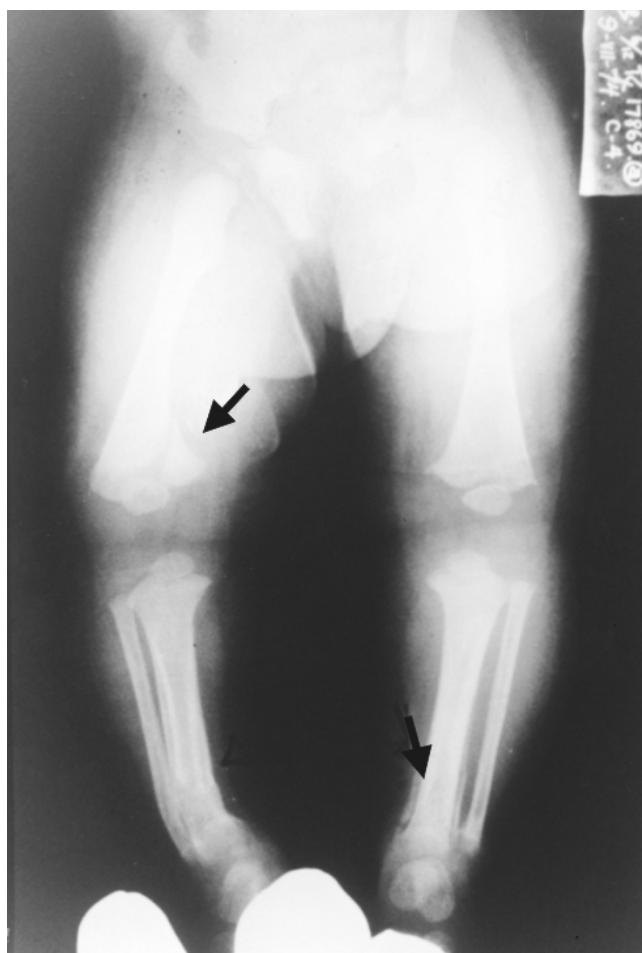


Figura 1. Este estudio radiológico de huesos largos de extremidades inferiores revela la presencia de tres lesiones óseas: una, por arrancamiento, localizada en la epífisis distal del fémur derecho; otra, en distinta etapa de cicatrización, de la tibia izquierda y la otra, a la misma altura, pero del lado opuesto. Nótese en esta última, la ausencia de reacción perióstica.

Del total de los pacientes, cinco murieron, todos por lesión primaria grave (tres por traumatismo visceral grave, uno por perforación del yeyuno y otro por lesión de la médula espinal).

Discusión

La enfermedad quirúrgica por maltrato, que es como los autores han propuesto se denomine, es un complejo síntoma-tíco que aparece después de que el maltrato de tal naturaleza hace que se pierda la continuidad y función de cualquier órgano o sistema del cuerpo humano y que para tratarla exige de una intervención quirúrgica.



Figura 2. Después de recibir un impacto intencional contundente sobre el abdomen, este lactante presentó síndrome abdominal agudo y en la operación se encontró hemoperitoneo y desgarro de la raíz del mesenterio.

Es tan variado el espectro a través del cual se puede manifestar esta enfermedad, que no existe estructura o sistema del organismo que no se haya visto involucrado. Se han descrito las lesiones siguientes:

- Arrancamiento de cabello
- Fracturas de bóveda y base de cráneo
- Desprendimiento de retina
- Ruptura lenticular
- Luxaciones y fracturas de casi la totalidad de los huesos
- Hemorragias subdurales, extradurales y encefálicas
- Magulladuras, quemaduras y contusiones de cualquier porción del cuerpo
- Contusión y laceración pulmonar
- Rotura hepática, esplénica, renal y pancreática
- Perforación, hematomas o ambos del tubo digestivo en cualquiera de sus tramos



Figura 3. Estudio radiológico simple de abdomen en posición horizontal que muestra distribución anormal del aire intraluminal e imagen en "vidrio esmerilado". Se le encontraron múltiples hematomas en la totalidad del intestino delgado.

Hemoneumotórax y fractura de costillas
Rotura del tabique interventricular
Heridas diafragmática, miocárdica, esofágica y genital
Inserción de agujas hipodérmicas o de coser en tejidos profundos como hígado
Amputación del glande
Desgarros superficiales y profundos de los genitales
Síndromes bien conocidos ya descritos⁽³⁾.

Respecto a las lesiones graves referidas en la literatura, la historia no es muy antigua, como no es antiguo el síndrome. El primer informe relacionado con alguna lesión visceral abdominal y torácica debida a maltrato que requirió de algún tipo de intervención quirúrgica, probablemente fue el que publicó McCort y Vaudagna⁽⁴⁾ en 1968. Estos autores estudiaron un número reducido de pacientes que habían operado por sufrir

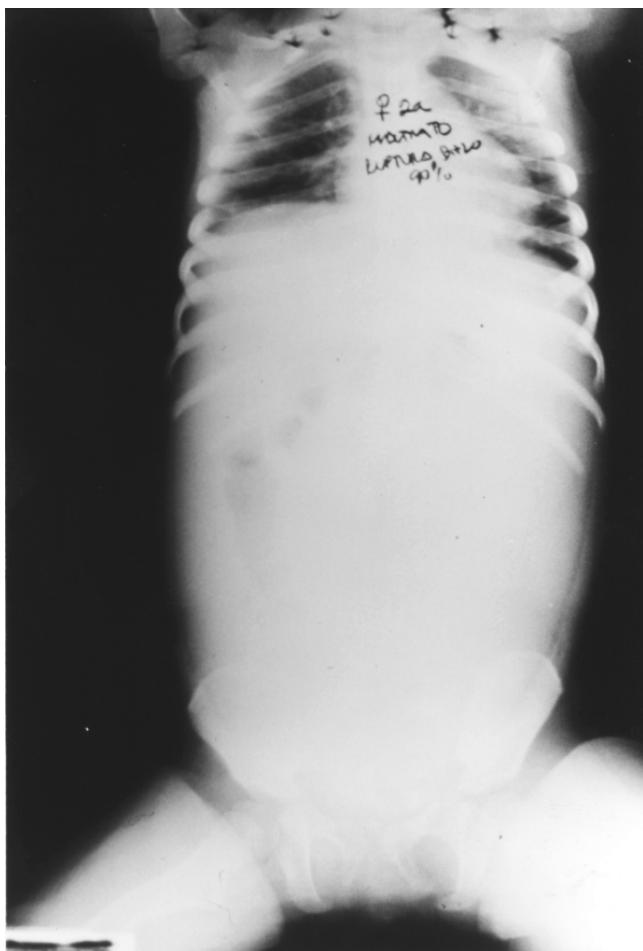


Figura 4. Como consecuencia de una contusión profunda de abdomen por maltrato, este lactante sufrió estallamiento del bazo. El impacto le desprendió el órgano en casi su totalidad.



Figura 5. Las lesiones de tejidos blandos en distinta fase de cicatrización traducen la presencia de lesiones repetidas. Este paciente presenta lesiones faciales de reciente aparición y en el cuerpo tardías.

alguna lesión grave intencional e incluyeron heridas intraperitoneales del hígado y bazo, pero también relataron casos de lesión pleuropulmonar. A estos autores les sucedieron otros cuyas series ayudaron a comprender bien la enfermedad. Uno de ellos, Touloukian et al⁽⁵⁾, publicaron el caso de un menor que conformaba su serie, el que habiendo sido revisado en varias ocasiones por los cirujanos porque sufría un abdomen agudo, nunca se identificó como maltrato hasta que falleció y se le practicó la necropsia. En ella se encontró hemoperitoneo por rotura multivisceral.

En México, la primera publicación que se ocupó del síndrome del niño maltratado en su faceta de abuso grave sin duda alguna fue la de Riojas y Manzano, radiólogos del antiguo Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ellos presentaron 10 casos, de los cuales cuatro requirieron intervención quirúrgica⁽⁶⁾.

Después de reportes de series pequeñas o vivencias clínicas anecdóticas, no han habido publicaciones descriptivas de grupos grandes de casos similares, lo que se supone se debe a una falta de acuciosidad en la identificación del problema; a que probablemente se operan muchos niños con diagnósticos inciertos y a que por darle un diagnóstico etiquetan como discrasias sanguíneas o golpes accidentales, cuando, en realidad, fueron golpes graves propinados de manera intencional por un agresor quien debía darle al niño cuidado y sustento; o que existen obstáculos diversos como la impericia.

Nuestra experiencia, la más extensa del mundo según la investigación a que tuvimos acceso, está constituida por un número grande de enfermos que se caracteriza, además, por ser variado porque se pueden encontrar indistintamente enfermos que sufrieron algún tipo de mutilación o perforación de alguna víscera hueca o maciza, hasta lesiones pulmonares que pusieron en riesgo la vida de los menores⁽⁷⁾.

Desde que se identificó al síndrome del niño maltratado como posible causa de muerte, una de las intenciones de todos los grupos de trabajo fue la implementación de medidas preventivas eficaces. Sin embargo, ello no ha sido tarea fácil toda vez que los recursos que se requieren para tan magna tarea deben necesariamente ser muy elevados. Con respecto a las bases legales, será impostergable que quienes legislan adecuen el código penal a fin de que los victimarios puedan ser castigados y rehabilitados sin que la familia quede en el abandono.

Hemos aprendido que el maltrato que requiere intervención quirúrgica para ser resuelto es muchísimo menos frecuente que el que es de índole médica. Hemos calculado que por cada niño golpeado quirúrgico existen aproximadamente ciento setenta que no son tributarios de operación.

Hemos visto que el común denominador en ese desafortunado grupo de niños es el diagnóstico tardío debido a que la conducta del perpetrador en principio es el ocultamiento de su delito, y para ello intenta resarcir él mismo el daño ocasionado. Una conducta constante en el victimario es llevar al menor con

médicos de su confianza, generalmente de la colonia, a los cuales logra convencer de que todo fue producto de un accidente. En casos extremos logran convencer al médico de primer contacto con amenazas o mediando sobornos sutiles. El paso siguiente, si falla la estrategia anterior, es llevar a la víctima con médicos que según su criterio no están preparados para identificar la magnitud del problema y mucho menos atribuirle una supuesta culpabilidad. En ese período de larga espera y derroche de tiempo, las condiciones del niño se agravan y las primeras complicaciones, siempre temidas en un niño que ha sufrido agresiones continuas, aparecen y el pronóstico a todas luces se ensombrece.

Hemos aprendido después de manejar un número importante de pacientes, que el diagnóstico temprano es lo más importante, pero que este rubro es el que más se dificulta en parte porque es difícil integrar el síndrome, pero también porque existe impericia e ignorancia en el médico de primer contacto. No es lejana ni mucho menos descabellada, la posibilidad de que participen intimidaciones, amenazas y contubernios en el trámite.

Con relación a las dificultades inherentes a la identificación oportuna de la enfermedad, debemos insistir en que no existen indicios clínicos determinantes mucho menos patognomónicos de que hay una lesión visceral que pone en peligro la vida del paciente. Por lo general, lo único que se obtiene del examen físico cuando el abdomen ha sido golpeado, es el dolor y vómito, y estas manifestaciones aisladas no parecen servir de mucho. Desgraciadamente cuando se agregan datos definitorios, el daño existente es tal, que para esas alturas la causa podría estar perdida.

Estamos convencidos que sólo la suspicacia clínica y una elevada inclinación para pensar en la enfermedad son los únicos elementos útiles para lograr una empresa exitosa. Se da por un hecho que cuando existen indicios de sospecha, ratificar el diagnóstico es sencillo. Pero, es sin duda alguna donde las dificultades empiezan pues deberán buscarse confesiones o lesiones que por su naturaleza hacen del diagnóstico un mero trámite, como las quemaduras por cigarrillo, mordeduras en forma de los arcos dentales, explicaciones absurdas acerca de la instalación de algunas heridas, lesiones paralelas y alargadas, en forma de calcetín o perineales, marcas en el cuello por intento de asfixia, fracturas de huesos largos en distinta fase de consolidación y hematomas subdurales crónicos. Creemos que el interrogatorio que se hace a la víctima, si es que puede articular palabras, tiene un valor superlativo en comparación a lo que se ha dicho en la literatura. Cuando tenemos hospitalizado un niño mayor de 3 años, el que está bajo sospecha de ser víctima de abuso físico, de inmediato se planifica un interrogatorio intencionado y dirigido. Para ello, mediante técnicas de acercamiento, confianza y aceptación del entorno y las circunstancias en que se encuentra, establecemos una entrevista conciliatoria y sin matices de indagatoria judicial. Una vez que se ha logrado el objetivo, hacemos la pregunta directa ¿quién te pega? y por lo

general, si hay maltrato, el mismo paciente narra cómo y cuántas ocasiones ha sufrido la agresión y esa confesión debe ser tomada en cuenta para fines de diagnóstico.

Referencias

1. Baeza HC, García CLM, Velasco SL, Baeza HMS. Trauma grave por maltrato. Panam J Trauma 1995;5:39.
2. Baeza HC, Ortiz AAI, García CLM, Velasco SL, Domínguez PS. Síndrome del niño alfiletero. Una forma poco usual de maltrato. Acta Pediatr Mex 2002;23:348-351.
3. Baeza HC, García CLM, García CJL, Gardida CHR. Aspectos quirúrgicos del maltrato al menor. Bol Med Hosp Infant Mex 1998;55:98.
4. McCort J, Vaudagna J. Visceral injuries in battered children. Radiology 1964;82:424.
5. Touloukian RJ. Abdominal visceral injuries in battered children. Pediatrics 1968;42:642.
6. Riojas DU, Manzano SC. Aspectos radiológicos en el síndrome del niño maltratado. Jornadas del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1968;69:70.
7. Baeza HC, García CLM, Gaspar RG, Nájera GH, et al. Abuso sexual y asfixia traumática. Asociación excepcional y predecible. Acta Pediatr Mex 2001;22:268.

