

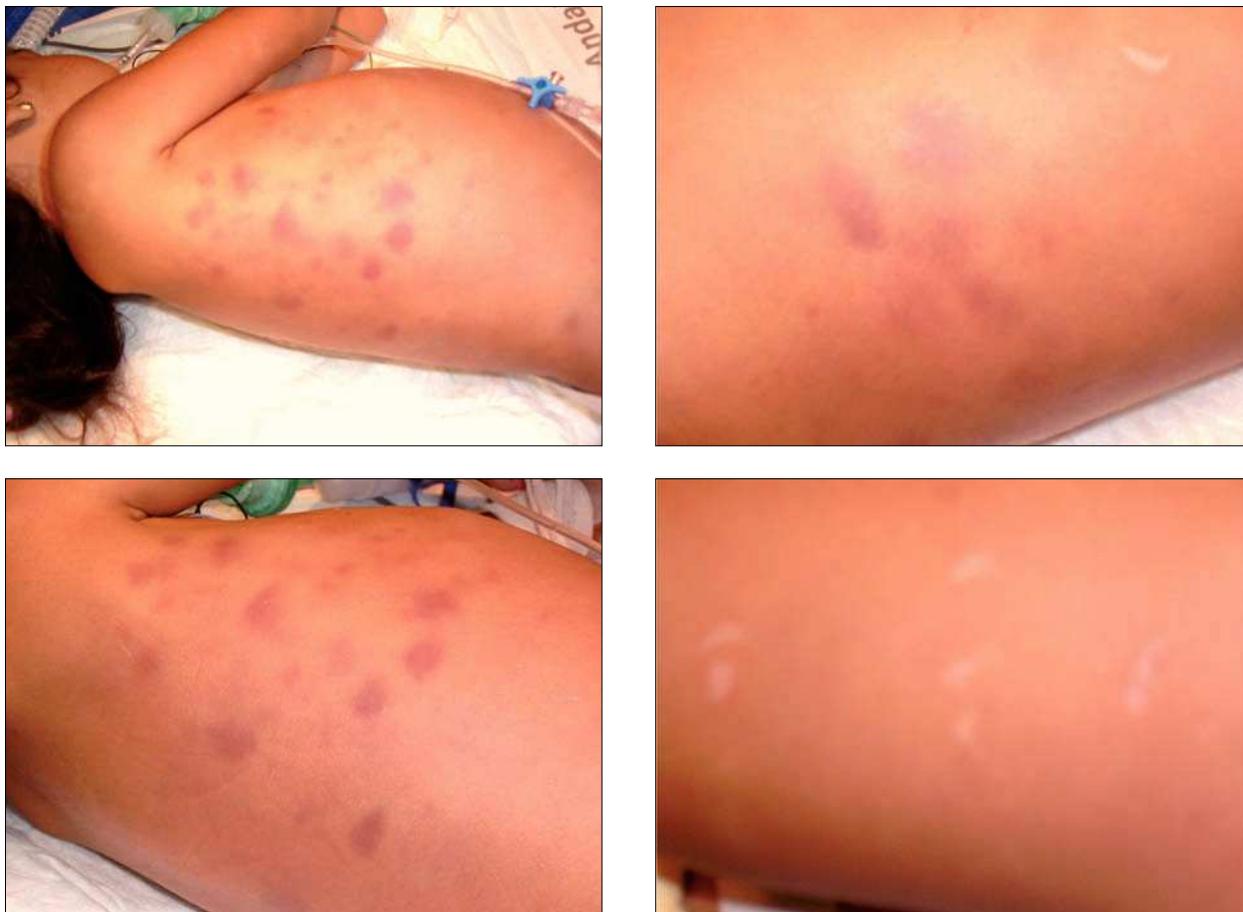
## Traumatismo abdominal grave como manifestación de maltrato infantil

*Sr. Editor:*

Actualmente el maltrato físico es un grave problema en los servicios de urgencias; incluye maltrato físico, sexual, psicológico y negligencia, cada una de éstos con sus características peculiares<sup>1-2</sup>. En Estados Unidos casi el 3% de la población menor de 18 años de edad sufre maltrato, presentando lesiones graves con riesgo vital unos 160.000 niños/año<sup>3</sup>, de los que aproximadamente 1.200 fallecen<sup>4</sup>. La prevalencia y las características del maltrato infantil varían de unos países a otros. Los países industrializados, con un importante desarrollo de los Servicios Sociales, tienen una incidencia similar a Estados Unidos. UNICEF estima que anualmente mueren en el mundo industrializado 3.500 niños menores de 15 años a causa de malos tratos físicos y abandono, siendo los menores de 3 años los que más riesgo corren<sup>5</sup>. En España, el Centro Reina Sofía para estudio de la violencia ha publicado una incidencia de maltrato físico infantil de 7,16 por cada 10.000 menores de 18 años<sup>6</sup>.

Describimos un caso inusualmente grave de maltrato físico infantil.

Niña de 2 años de edad que consultó en el servicio de urgencias por traumatismo aparentemente banal, atribuido por la familia a caída accidental de la cama. En la exploración física presentaba una escala de coma de Glasgow de 14/15, pupilas isocóricas y normorreactivas sin signos de focalidad; destacaba una intensa palidez de piel y mucosas con mala perfusión periférica y pulsos débiles; frecuencia cardíaca, 160 lat./min; presión arterial, 50/35 mmHg; hipoventilación en hemitórax izquierdo. El abdomen, inicialmente blando y doloroso, rápidamente se tornó tenso, distendido y duro a la palpación. Se apreciaban múltiples hematomas dispersos, en diferentes estadios evolutivos, algunos de aparición reciente en forma de impresiones dactilares localizadas en región lumbar, glútea y hemiabdomen derecho (fig. 1). Con el diagnóstico de anemia aguda por posible rotura de vísceras, fue trasladada inmediatamente a cuidados intensivos donde se procedió a expansión de volumen, infusión de hemoderivados, precisando además soporte inotrópico y ventilación asistida. Entre los datos complementarios destacaban: acidosis metabólica (pH 7,06,  $\text{CO}_3\text{H}^-$  14 mEq/l, EB-18) y anemia aguda (hemoglobina: 4,6 g/dl; hematócrito: 16%), elevación de transaminasas (AST: 6.223 U/l; ALT: 3.175 U/l) y coagulopatía (TTPa 87,2'' [control 36 s], fibrinógeno 1 g/dl, actividad de protrombina 31,3%). En la ecografía abdominal se observó líquido libre en peritoneo, distensión gástrica y de intestino delgado. En la TC tóraco-abdominal se apreció contusión pulmonar bilateral, hemoperitoneo significativo, fractura esplénica, estallido hepático fundamentalmente del lóbulo hepático derecho (fig. 2A), y colapso de aorta y vena cava inferior. Tras estabilización, se le practicó laparotomía urgente, que confirmó traumatismo hepático grado IV, con fractura de los segmentos 7 y 8, que se resecaron, desgarro de arteria suprahepática derecha, hematoma en peritoneo y retroperitoneo (fig. 2B-C). Durante la intervención la paciente sufrió 2 paradas cardíacas de las que se recuperó con reanimación cardiopulmonar. En el curso postoperatorio presentó inestabilidad hemodinámica, edema pulmonar y coagulopatía grave. Pudo ser extubada al quinto día del postoperatorio, mejorando progresivamente la función hepática, fue dada de alta de UCIP a los 10 días del ingreso sin complicaciones ni secuelas de interés. La ecografía abdominal de control mostró un hígado con ecogenicidad uniforme y pequeña colección subcapsular y pe-



**Figura 1.** Múltiples lesiones dérmicas, en diferentes estadios evolutivos, algunas con hematomas recientes con aspecto de impresiones digitales.

riesplénica. Ante la fuerte sospecha de maltrato, se le practicó fondo de ojo, sin hallazgos significativos, y mapa óseo, que no mostró signos de fracturas antiguas en cráneo, huesos largos y costillas. La investigación policial subsiguiente probó que la paciente había sido objeto de maltrato físico.

Este caso ilustra la necesidad de mantener un alto grado de sospecha ante una explicación no convincente de la familia, que no corresponda con la gravedad del traumatismo o la presencia de lesiones asociadas en diferentes estadios evolutivos. Es especialmente evidente ante hematomas con forma de mano o de objetos contundentes. Las fracturas de cráneo, huesos largos, costillas y las hemorragias retinianas en el examen del fondo de ojo, se asocian frecuentemente al maltrato infantil; no obstante, su ausencia no excluye el diagnóstico, tal y como sucedió en nuestro caso<sup>7</sup>.

Al igual que sucede con el politraumatismo de otras etiologías, la agresividad terapéutica y la intervención precoz, en su caso, contribuyen a reducir la morbilidad<sup>8</sup>. El manejo agresivo de nuestra paciente, con expansores de volumen, aminas vasoactivas, ventilación mecánica y laparotomía precoz, fue sin duda un factor determinante de su supervivencia.

La aproximación al síndrome del niño maltratado es compleja. El desarrollo de leyes protectoras de la infancia y de equipos multidisciplinarios con pediatras, psicólogos, enfermeras y tra-

bajadoras sociales entre otros, es necesario para luchar contra esta lacra social<sup>9</sup>.

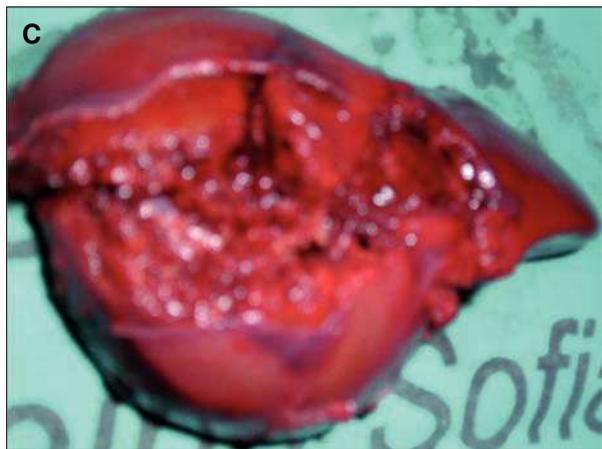
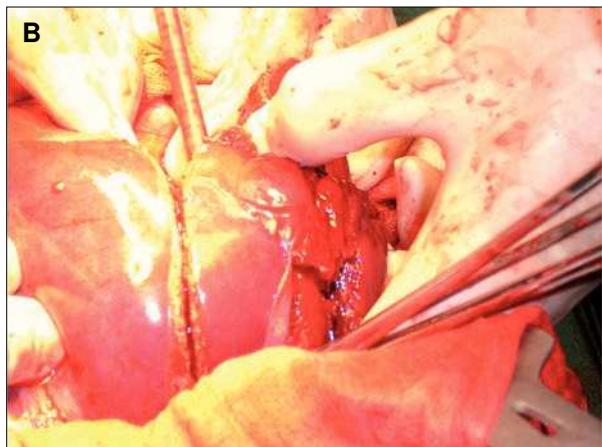
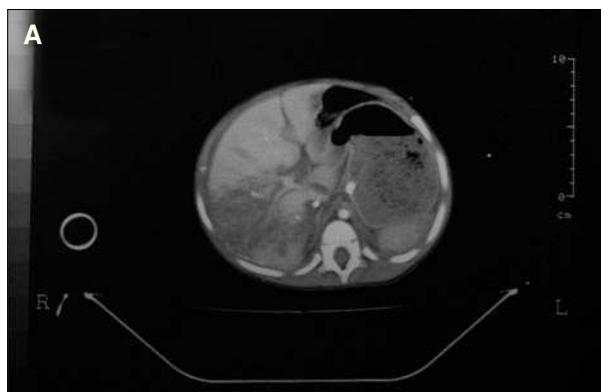
**J.L. Pérez-Navero<sup>a</sup>, P. López Cillero<sup>b</sup>,  
J. Rumbao Aguirre<sup>a</sup>, I. Ibarra de la Rosa<sup>a</sup>  
y M. Antón Gamero<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía Digestiva. Hospital Universitario Reina Sofía. Facultad de Medicina. Córdoba. España.

**Correspondencia:** Dr. J.L. Pérez-Navero. Servicio de Pediatría, Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Reina Sofía. Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España. Correo electrónico: ucip.hrs.sspa@juntadeandalucia.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Froegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA. 1962;181:17-24.
2. Christopher NC, Anderson D, Gaertner L. Childhood injuries and the importance of documentation in the emergency department. Pediatr Emerg Care. 1995;11:52-7.



**Figura 2.** A) TC de abdomen: hemoperitoneo y estallido hepático con fracturas que afectan fundamentalmente a lóbulo hepático derecho. B-C) Área hepática resecada, correspondiente a los segmentos 6-7-8.

3. Committee on Child Abuse and Neglect: Oral and dental aspects of child abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatric Dentistry. Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Pediatrics. 1999;104:348-50.
4. Gushurst CA: Child abuse: behavioural aspects and other associated problems. Pediatr Clin North Am 2003;50:919-38.

5. UNICEF. Primer análisis comparado de los malos tratos a la infancia en las naciones ricas. Disponible en: <http://www.unicef-icdc.org/presscentre/index Newsroom.html>
6. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Maltrato infantil en la familia. España 1997-1999. Serie documentos Vol. 4. Valencia 2002.
7. Moulton SL. Early management of the child with multiple injuries. Clin Orthop. 2000;376:6-14.
8. Berkowitz CD: Pediatric abuse. New patterns of injury. Emerg Med Clin North Am. 1995;13:321-41.
9. Johnson CF: Inflicted injury versus accidental injury. Pediatr Clin North Am. 1990;37:791-814.