

TABLA 1. Datos epidemiológicos y resultados

Distribución por sexos	24 mujeres, 22 varones
Edad media	50 meses (12-158 meses)
Localización de la herida	
Cara	33
Cuero cabelludo	9
Otros	4
Longitud media de la herida	2,53 cm (1,5-4 cm)
Suturas previas	18 casos
Número de dehiscencias	2 (4,3%)
Número de infecciones	0
Satisfacción familiar	44 casos (95,7%)

ridas utilizado, comparándolo con la sutura clásica, en aquellas familias con experiencia previa en la misma.

Aunque iniciaron el estudio 50 niños, recogemos los datos de los 46 que lo completaron (uno se perdió tras la consulta inicial, y 3, con evolución satisfactoria a la semana, no volvieron a los 3 meses). En la tabla 1 aparecen los principales datos. Se produjeron 2 dehiscencias (4,3%), similar a lo referido por otros grupos^{7, 8}, y ambas tras nuevo traumatismo local en las primeras 24 h. No hubo ninguna infección local. En 2 casos constatamos pequeñas reacciones a cuerpo extraño, que se fueron reabsorbiendo espontáneamente. En cuanto a los resultados estéticos resaltamos el alto grado de satisfacción familiar (95,7%), sobre todo en las 18 familias que pudieron comparar este método con suturas previas.

¿Merece la pena sustituir el método tradicional por este nuevo? Una vez demostrado⁴⁻⁹ que el resultado estético es comparable al conseguido con las suturas, está claro que para el niño resulta menos cruento, para la familia menos traumático y para el centro sanitario más cómodo. Algunas de las heridas que hoy son remitidas a un hospital terciario para ser suturadas por un cirujano plástico o infantil podrían ser atendidas en servicios de urgencia extrahospitalarios³. Además, los pacientes que son atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios recibirían con este método, en general, una atención más precoz, ya que la atención quirúrgica en dicho medio suele sufrir demoras. En cuanto a los costes económicos¹⁰, hay que considerar el ahorro en los traslados que se podrían evitar, la disminución en los tiempos de espera y de atención y el ahorro en el material de sedación-analgésia y en el material quirúrgico, tanto en el momento de la reparación como en el de retirada de los puntos. Con todo, el principal activo del uso de cianocrilatos para la reparación de heridas se aprecia en la práctica diaria, con una importante disminución del dolor y, sobre todo, el miedo que los niños experimentan en estas situaciones.

Por todo ello, creemos que los cianocrilatos constituirán en un futuro próximo la técnica de elección para reparar muchas de las heridas de los pacientes que acudan a los servicios de urgencias pediátricos, por lo que debieran ir incorporándose a las herramientas terapéuticas de dichas unidades.

J. Sánchez Echániz, J. Benito Fernández, S. Mintegui Raso y M.A. Vázquez Ronco
Sección de Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quinn JV, Dreewiecki A, Li MM, Stiell IG, Sutcliffe T, Maudig J et al. A randomized, controlled trial comparing tissue adhesive with suturing in the repair of pediatric facial lacerations. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 1130-1135.
2. Liebelt EL. Current concepts in laceration repair. *Curr Opin Pediatr* 1997; 9: 459-464.
3. Trott AT. Cyanoacrylate tissue adhesives. An advance in wound care [editorial]. *JAMA* 1997; 277: 1559-1560.
4. Singer AJ, Hollander JE, Valentine SM, Turque TW, McCuskey CF, Quinn JV. Prospective, randomized, controlled trial of tissue adhesive (2-octylcyanoacrylate) vs standard wound closure techniques for laceration repair. *Stony Brook Octylcyanoacrylate Study Group. Acad Emerg Med* 1998; 5: 94-99.
5. Hollander JE, Singer AJ. Application of tissue adhesives: rapid attainment of proficiency. *Stony Brook Octylcyanoacrylate Study Group. Acad Emerg Med* 1998; 5: 1012-1017.
6. Bruns TB, Robinson BS, Smith RJ, Kile DL, Davis TP, Sutcliffe T et al. A new tissue adhesive for laceration repair in children. *J Pediatr* 1998; 132: 1067-1070.
7. Quinn J, Wells G, Sutcliffe T, Jarnuske M, Mauon. Tissue adhesive versus suture wound repair at 1 year: randomized clinical trial correlating early, 3-month, and 1 year cosmetic outcome. *Ann Emerg Med* 1998; 32: 645-649.
8. Bruns TB, Simon HK, McLario DJ, Sullivan KM, Wood RJ, Anand KJS. Reparación de heridas utilizando un tejido adhesivo en un departamento de urgencias pediátricas. *Pediatrics* (ed. esp.) 1996; 42: 229-232.
9. Simon HK, McLario DJ, Bruns TB, Zempsky WT, Wood RJ, Sullivan KM. Long-term appearance of lacerations repaired using a tissue adhesive. *Pediatrics* 1997; 99: 193-195.
10. Osmond MH, Klassen TP, Quinn JV. Economic comparison of a tissue adhesive and suturing in the repair of pediatric facial lacerations. *J Pediatr* 1995; 126: 892-895.

Hematomas con morfología sugerente de intencionalidad

Sr. Director:

Las definiciones de maltrato infantil son tantas como autores o instituciones de protección de la infancia, sin que exista una universalmente aceptada¹. El número de casos detectados se ha incrementado progresivamente desde principios de siglo, fundamentalmente por la sensibilización y formación tanto de los diferentes profesionales implicados en los cuidados de la infancia, como de la sociedad². Una sensibilización excesiva sin una formación paralela puede originar detecciones irreales de un problema cuyo manejo exige una prudencia exquisita.

A modo de ejemplo de estas consideraciones presentamos el siguiente caso clínico con la finalidad de abogar por un concepto de maltrato en el que estén incluidos los siguientes aspectos: *a)* intencionalidad de maltrato, y *b)* significado del acto en el modelo cultural de procedencia³.

Caso clínico

Varón de 3 años de edad y raza oriental que presenta vómitos continuos de 6 h de evolución. Los vómitos aparecen en el contexto de un proceso catarral tratado con un antibiótico oral.



Figura 1.

Destaca en los antecedentes personales la raza oriental de ambos progenitores, trabajadores de un restaurante chino. Los antecedentes personales carecen de interés.

Exploración física. Buen estado general, aspecto cuidado. Datos somatométricos y constantes normales. Tres hematomas purpúricos, triangulares, de unos 3 × 2 cm en región anterior del cuello (fig. 1). Hematomas estrellados purpúricos en dorso, con distribución geométrica, en el canal vertebral y líneas paravertebrales (fig. 2). Resto de la exploración dentro de la normalidad excepto eritema faringoamigdalario.

Exámenes complementarios. Se realizan hemograma, estudio de coagulación, bioquímica básica y sistemático de orina, con resultados dentro de la normalidad.

Evolución. Se instaura rehidratación oral con buena tolerancia. A las 18 h de ingreso, el padre abandona la planta con el niño, siendo interceptado por el servicio de seguridad. A pesar de manifestar una actitud reticente y verbalmente agresiva, accede a que el niño permanezca en observación hasta el día siguiente en que cursa alta voluntaria.

La digitopuntura o Shiatsu es una variante de la acupuntura tradicional en la que el médico emplea la manipulación digital para aliviar el dolor y otros síntomas. Se realiza ejerciendo presión con la punta de los dedos (y en ocasiones con codos y ro-



Figura 2.

dillas), sobre una compleja red de puntos clave del cuerpo del paciente.

Según la explicación familiar las lesiones eran debidas a pellizcos infringidos por el padre para aliviar la sintomatología. Hablan a favor de maltrato tanto los factores de riesgo detectados: inmigración, padre agresivo, intento de huida, como la morfología de las lesiones, claramente indicativa de intencionalidad⁴. Sin embargo, se comprobó que la ubicación de las lesiones coincidía con puntos concretos de estimulación en la medicina tradicional china. Así, la localización de los hematomas del dorso podría corresponder a los puntos "Shenzu", "Jin-suo" y "Xuanshu" del canal central, y "Gaohuangshu", "Hun-men" y "Zhisí" del canal de vejiga. Las lesiones cervicales estarían ubicadas en los puntos "Lianquan" y "Renyíng" relacionados con patología gastrointestinal⁵. Por este motivo, las lesiones no pueden ser enjuiciadas como maltrato, porque tanto su significado en el modelo cultural de procedencia como su intencionalidad son curativas.

**M.T. González Martínez, M. Santamarina Albertos,
V.M. Méndez Gutiérrez, M. Fernández Sánchez³,
C. Mosquera Villaverde e I. Fidalgo Álvarez**
Servicio de Pediatría del Hospital del Bierzo y ³Médico
acupuntor. Ponferrada. León.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dorrego de Carlos A. Aspectos jurídicos de los malos tratos Infantiles. Libro de actas de la reunión de la SCALP. Ávila, 1999.
2. Vincent J, Fontana MD. Síndromes de maltrato a niños y de niños golpeados. En: Kaplan, Meier, editores. Tratado de psiquiatría (2.ª ed.). Madrid: Salvat, 1989; 1811-1818.
3. Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Bienestar Social, 1998.
4. Johnson C. Malos tratos y abandono. En: Nelson, editor. Tratado de Pediatría (15.ª ed.). Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 1997; 136-145.
5. Yang Jiasan. Localización manual de los puntos de acupuntura. Madrid: Miraguano, 1985.