

PRESENTACIÓN DE CASO

Síndrome del niño maltratado Battered Child Syndrome

Yannelis Arias-Falcón¹ , Alba Josefina Reyes-Castellano¹ , Martha María Pequeño-Rondón^{1,2} 

¹Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", Las Tunas. ²Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Yannelis Arias-Falcón, correo electrónico: yannelis.arias@nauta.cu

Recibido: 25 de noviembre de 2019

Aprobado: 27 de febrero de 2020

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud define el síndrome del niño maltratado como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Se presenta el caso de un transicional masculino, de dos años de edad, que llegó al cuerpo de guardia fallecido y con múltiples lesiones en el cuerpo, de diferentes datas. Se recoge el antecedente de abandono de ingreso hospitalario cuatro días atrás. Se realiza necropsia, encontrando múltiples signos de violencia en el examen exterior e interior del cadáver. Se concluye que se trata de una muerte violenta y de un caso de síndrome del niño maltratado, en el que los malos tratos han sido producidos por acción, en su variante de maltrato físico.

Palabras clave: MALTRATO; MALTRATO INFANTIL; LESIONES.

Descriptores: NIÑO; MALTRATO A LOS NIÑOS; NIÑO/lesiones; VIOLENCIA DOMÉSTICA.

SUMMARY

The World Health Organization defines the battered child syndrome as every form of physical and/or emotional mistreatment, sexual abuse, abandonment or negligent treatment, exploitation with a commercial aim or of any other type, resulting in a real or potential damage to health, survival, development and dignity of children in the context of a responsible, confident or proxy relationship. This study presents the case of a 2-year-old male transitional patient who was taken to the emergency room dead and with multiple lesions in the body from different dates. There was a history of leaving hospitalization four days ago. Necropsy was performed finding multiple signs of violence on inner and outer examination of the body. A conclusion of violent death is reached as a case of battered child syndrome, with child abuse produced by action, in its variant of physical mistreatment.

Keywords: MISTREATMENT; CHILD ABUSE; LESIONS.

Descriptors: CHILD; CHILD ABUSE; CHILD/injuries; DOMESTIC VIOLENCE.

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es tan viejo como la humanidad misma. La Biblia recoge muchos ejemplos y, tal vez, el más conocido sea la Matanza de los Inocentes, ordenada por Herodes, temiendo el nacimiento de Jesús. ⁽¹⁾ Fue descrito por primera vez en 1860 por Augusto Ambrosio Tardieu, catedrático de Medicina Legal en París, basándose en los hallazgos obtenidos en las autopsias de 32 niños golpeados o quemados, hasta producirles la muerte. ⁽²⁾

En 1959 Henry Kempe introdujo en la "Sociedad Americana de Pediatría" el término "Battered Child Syndrome", siendo publicada en 1962 la descripción completa del cuadro y presentó los aspectos

pediátricos, psiquiátricos, radiológicos y legales, así como las primeras cifras de incidencia, correspondientes a los Estados Unidos. ⁽²⁾

La OMS define el síndrome del niño maltratado como toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. ⁽²⁾

Junto a este concepto clásico, en la actualidad habría que incluir otras formas de malos tratos que se



Citar como: Arias-Falcón Y, Reyes-Castellano AJ, Pequeño-Rondón MM. Síndrome del niño maltratado. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2020; 45(2). Disponible en: <http://revzoiломarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2062>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

podrían encuadrar bajo el título de "crueldad a la infancia" y que incluirían la explotación del menor, el ensañamiento terapéutico, los niños víctimas de acciones terroristas, las agresiones a los niños por motivaciones políticas, los niños-soldado, etc.

Debe tenerse en cuenta que el maltrato infantil supone consecuencias graves, que van más allá del daño físico o psicológico inmediato. Las consecuencias son tan diversas, que van desde el daño cerebral permanente, con variedad de patologías físicas y mentales, que se expresan en la edad adulta con desarrollo de trastornos como síntomas psicóticos, una peor calidad de vida con respecto a la salud, tanto mental como física, hasta la implicación en conductas delictivas, mediante el proceso conocido como el ciclo de la violencia.⁽³⁾

En la actualidad, la violencia infantil ha dejado de ser una práctica cotidiana y se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, donde el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2009) menciona que en el mundo 275 millones de niñas y niños son víctimas anualmente por violencia dentro de sus hogares, un lugar donde debería de ser un espacio de protección, afecto y de resguardo de sus derechos.⁽⁴⁾

Resulta relevante el papel del médico forense, con el fin de poder reconocer y diferenciar las lesiones de orígenes accidentales en los niños y realizar un diagnóstico certero y oportuno de maltrato infantil.⁽⁵⁾ Este tipo de casos siempre llaman la atención en nuestra sociedad, caracterizada por la protección a los niños. Se presenta el caso de un menor de 2 años que muere y los hallazgos necrópsicos evidencian una muerte violenta.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de quien fuera un menor de 2 años de edad, del sexo masculino, que llega al Hospital Pediátrico Provincial de "Mártires de Las Tunas" en parada cardiorrespiratoria, con signos de estrangulación. La Instrucción Policial es notificada del caso.

Presenta una equimosis de color rojo lívido de 4 cm de longitud y 1,5 cm de ancho en región frontal, otra equimosis de 2 cm de longitud con igual característica, aumento de volumen marcado y equimosis periorbitaria derecha, con equimosis conjuntival bilateral de color rojo lívido.

Al indagar los antecedentes, la madre refiere antecedentes de una estenosis pulmonar, y que cuando lo estaba bañando se cayó de sus propios pies y sufrió múltiples golpes en la cabeza. En la historia clínica del hospital pediátrico consta un ingreso del niño por celulitis en la base del pene, donde se describen múltiples equimosis y excoriaciones de diferentes coloraciones, se le indica antibioticoterapia intravenosa. Tres días después abandona el hospital sin concluir tratamiento.

En el examen del exterior del cadáver presentaba:

Generales: cadáver de un transicional, de 2 años de edad, masculino, con rasgos de mestizaje, constitución normolínea, panículo adiposo conservado, con cabello corto, lacio, de color castaño, ojos con iris color pardo.

Signos tanatológicos: cadáver con temperatura ordinaria. No presencia de rigidez ni frialdad cadavérica. Boca abierta por caída del maxilar inferior. Dilatación pupilar.

Signos de violencia: equimosis de color amarillento claro, ubicada en la región periorbitaria derecha. Equimosis de color rojo violáceo, ubicada en la región periorbitaria izquierda. Equimosis subconjuntivales bilaterales, de color rojo negruzco. Excoriación en forma de semiluna, cóncava hacia abajo, que mide 0,6 cm y ubicada en el ala nasal derecha. Excoriaciones en número de dos, puntiformes, localizadas en punta de la nariz. Equimosis en número de seis, redondeadas, de color rojo azulado, que miden la mayor 1 cm de diámetro y la menor 0,5 cm de diámetro, ubicadas en la región de hemicara izquierda. Equimosis digitadas, en número de dos, de color rojo verdoso, que miden 3 cm y 2 cm de longitud, ubicadas en la región de hemicara izquierda. Equimosis de forma redondeada, de color rojo azulado, que mide 1 cm de diámetro, ubicada en la región submentoniana. Equimosis de forma redondeada, de color rojo verdoso, que mide 1,5 cm de diámetro, ubicada en la comisura labial derecha. Excoriaciones múltiples, puntiformes, ubicadas en la mucosa bucal superior y bilateral y en labios.

IMAGEN 1. Excoriación de forma alargada, erosiva, ubicada en la región lateral derecha del cuello



Equimosis de forma alargada, de color rojo azulado, que mide 1,5 cm de longitud, ubicada en la región lateral derecha del cuello. Equimosis de forma redondeada, de color rojo azulado, que mide 1 cm de diámetro, ubicada en la región lateral y anterior derecha del cuello, debajo de la descrita en el número. Excoriaciones en número de cinco, en forma de semiluna, cóncava hacia abajo, que miden la mayor 1 cm de longitud y la menor 0,5 cm de longitud, ubicadas en la región anterior del cuello. Excoriaciones en número de cuatro, en forma de semiluna, cóncava hacia arriba, que miden la mayor 1 cm de longitud y la menor 0,5 cm de longitud, ubicadas en la región anterior del cuello. Excoriación lineal, que mide 1,5 cm de longitud, ubicada en la región posterior del cuello. Equimosis en número de nueve, puntiformes, de color rojo azulado, ubicadas en la región lateral izquierda del

cuello. Excoriación de forma alargada, erosiva, que mide 3 cm por 0,7 cm, ubicada en la región lateral izquierda del cuello, en su parte superior. Excoriación de forma alargada, erosiva, que mide 2 cm por 0,7 cm, ubicada en la región lateral izquierda del cuello, en su parte inferior. Equimosis digitada, de color rojo negruzco, que mide 1,4 cm de diámetro ubicada en la región media clavicular. Equimosis digitada, de color rojo negruzco, que mide 2,2 por 1,4 cm de longitud, ubicada en la región de hombro izquierdo. Equimosis en número de nueve, de forma redondeada, de color rojo negruzco, que miden 0,8 cm de diámetro, ubicadas en la región anterior del tórax, entre ambas mamilas. Excoriación lineal, que mide 2 cm de longitud, ubicada en la región lateral izquierda del tórax (**imagen 1**).

IMAGEN 2. Pérdida de la solución de continuidad de la piel, ubicada en la región púbica, en la base del pene



Equimosis de forma irregular, de color rojo verdoso, que mide 5 cm por 6 cm de longitud, ubicada en la región púbica, más evidente en el lado izquierdo. Equimosis de forma alargada, de color rojo verdoso, que mide 7 cm de longitud, ubicada en la región crural anterior izquierda. Equimosis de forma ovalada, de color rojo verdoso, que mide 2 cm de longitud, ubicada en la región crural interna izquierda. Equimosis de forma cuadrangular, de color rojo lívido, que mide 3 cm por 3 cm por 2 cm de longitud, ubicada en la región abdominal lateral derecha. Equimosis de forma cuadrangular, en número de dos, de color rojo lívido, que mide 3 cm por 3 cm por 2 cm de longitud, que impresionan superpuestas formando un número tres, ubicadas en la región dorsal derecha. Equimosis múltiples, de forma redondeada unas y alargada las otras, de color rojo lívido, ubicadas en la región dorsal derecha. Excoriaciones en número de tres, de forma alargada, que miden 3 cm, 2 cm y 1,5 cm, ubicadas en la región dorsal derecha, dentro de las descritas en el número. Equimosis digitadas, en número de tres, de color rojo verdoso, ubicadas en la región dorsal izquierda. Equimosis en número de cuatro, de forma redondeada, de color rojo verdoso, ubicadas en la región escapular derecha (**imagen 2**).

Signos patológicos no traumáticos: no presenta.

Signos terapéuticos y/o quirúrgicos: punturas en sitios de elección. Equimosis en número de dos, de forma alargada, de color rojo negruzco, que miden 4 cm x 0,5 cm de longitud y 2,5 cm x 1 cm de longitud, respectivamente, ubicadas en la flexura del codo

derecho y en la región dorsal de la mano derecha (ambas por fragilidad capilar por venipuntura).

Orificios naturales muestran caries dentales en todas las piezas.

En el examen del interior del cadáver lo más significativo:

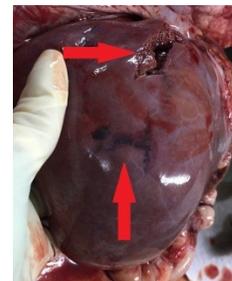
Cavidad craneana: infiltrado hemorrágico de color rojo lívido, que mide 12 cm por 6 cm de longitud, y tres infiltrados hemorrágicos de color amarillo ocre, además de un infiltrado hemorrágico de color amarillo claro, todos en colgajo anterior; en colgajo posterior, dos infiltrados hemorrágicos de color rojo lívido que miden 3 cm por 1,5 cm uno y 1,2 cm de longitud el otro. En el cerebro se observan los surcos estrechados y las circunvoluciones aplanadas.

Cuello: infiltrado hemorrágico de partes blandas y de los músculos esternocleidomastoideos, más evidente en la región lateral derecha del cuello.

Cavidad torácica: presencia de múltiples equimosis subpleurales de color rojo, de pequeño tamaño, localizadas en las cisuras interlobares (Manchas de Tardieu), foco de contusión de forma alargada, de color rojo lívido, en cara posterior de pulmón derecho. Corazón de forma y tamaño conservados, pericardio liso y brillante, con múltiples equimosis de pequeño tamaño. Endocardio valvular y mural sin alteraciones.

Se revisa el interior de la cavidad, donde se observa fractura simple posterior del sexto arco costal derecho con infiltrado hemorrágico perilesional.

IMAGEN 3. Desgarro hepático que mide 6 cm de longitud, localizado en la cara diafragmática, y dos desgarros de 3,5 cm y 2 cm, localizados en la cara inferior



Cavidad abdominopelviánica:

Múltiples focos de contusión, desgarro renal derecho que mide 2,5 cm localizado en polo superior y cara anterior del mismo, con extenso hematoma perirrenal (**imagen 3**).

Se observa hematoma retroperitoneal extenso y se extraen 750 mililitros de sangre libre en cavidad abdominal.

Musculo esquelético: infiltrado hemorrágico de color rojo lívido, que mide 8 cm de diámetro, que se

corresponde con las lesiones externas de la región dorsal, descritas en signos de violencia.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los elementos aportados por el instructor penal en el despacho, así como los hallazgos necrópsicos en el interior (signos de asfixia, fracturas costales, desgarros hepáticos y renal derecho, hematoma perirrenal y retroperitoneal), podemos plantear que se trata de una muerte violenta.

La muerte se produjo como consecuencia de un mecanismo combinado de traumatismo toraco abdominal y asfixia. El traumatismo toraco abdominal cerrado provocó desgarros hepáticos y renal, hematoma perirrenal y retroperitoneal extenso; que ocasionó un hemoperitoneo de 750 mililitros, lo que lo llevó a una anemia aguda, como causa directa de la muerte. Combinándose estas causas con estrangulación con dogal blando, que provocó constricción del cuello y asfixia, que parece haber ocurrido primero y ser frustrado.

Las lesiones descritas en los signos de violencia, de acuerdo a la coloración que presentan y a la presencia o no de costra, tienen diferentes datos, desde una data inferior a 24 horas, que son de coloración rojo lívido y no tienen costra y que se relacionan directamente con las causas de muerte, hasta una data superior a 17 días y que indican maltrato continuado en el tiempo, por la diferencia de coloraciones. Otros autores se han referido al tema. ^(5,6)

El traumatismo toraco abdominal fue mortal. Las excoriaciones y equimosis presentes en el cuello parecen corresponderse con las producidas por un dogal. Las excoriaciones de la mucosa bucal, por sus características, parecen haberse producido durante la oclusión de boca y nariz en la maniobra asfíctica. Otras lesiones parecen haber sido producidas por uñas y por los dedos de una mano. La pérdida de la solución de continuidad de la piel y equimosis, observadas en hipogastrio, pudieran corresponderse con trauma abdominal bajo y quemadura en fase de

cicatrización. ⁽⁷⁾ Las lesiones descritas en los ojos se corresponden con traumas oculares.

Estamos en presencia de un caso típico de síndrome del Niño Maltratado, cuadro clínico especial en el campo de la Medicina Legal Pediátrica, que se observa en niños menores de 3 años, generalmente del sexo masculino, y está caracterizado por traumatismos en diferentes fases de evolución, lo cual coincide con el examen físico realizado a la víctima y que hace sospechar agresiones procedentes de un ambiente familiar inadecuado; lo que se corresponde con la literatura nacional e internacional revisada. ^(2-5, 6-7)

Se describen dos formas de maltrato a los niños: una forma activa, donde el niño recibe castigo físico y se asocia al delito de lesiones, como en este caso, y una forma pasiva, en la cual se le priva de cuidados y que está asociada al estado de desnutrición, al abandono de los menores y en ocasiones, también, al delito de lesiones. La forma activa se sospecha ante casos de niños de corta edad, con traumatismos en diferentes períodos evolutivos, con historia de lesiones y cicatrices múltiples, que no guardan relación con la historia contada por los familiares. ^(5,6) En nuestro caso las lesiones afectan mayormente la cabeza, los ojos, el tórax y la espalda. La fractura costal puede ser consecuencia de un traumatismo directo. Las lesiones viscerales abdominales incluyen desgarros hepáticos y renal, que contribuyeron a la muerte.

Es fundamental aumentar la detección precoz y denuncia formal para prevenir hechos lamentables e, incluso, la muerte violenta de un niño. Resulta importante enfatizar que el médico de asistencia, cuando recibe un paciente en el que observa signos de violencia durante el examen físico, por ejemplo, heridas, contusiones, excoriaciones, está en la obligación de dar parte a la autoridad policial competente, lo que se realiza mediante el Certificado de Asistencia de Primera Intención a un lesionado. La no realización del mismo se recoge en el código penal cubano, como incumplimiento del deber de denunciar (Art 162 del Código Penal). ⁽⁸⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Araujo MC, da Silva C. Santa Biblia. 2^{da} ed. Brasília: Editora Santuario; 2006.
2. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuad. med. forense [revista en internet]. 2010 [citado 21 de diciembre 2019]; 16(1-2): 53-63. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablacontenidos03subsec/sindromeninomaltratado.pdf>.
3. Vila R, Greco AM, Loinaz I, Pereda N. El profesorado español ante el maltrato infantil. Estudio piloto sobre variables que influyen en la detección de menores en riesgo. Rev. Española Invest. Criminol. [revista en internet]. 2019 [citado 21 de diciembre 2019]; 17: 1-25 [citado 21 de diciembre 2019]. Disponible en: <https://reic.criminologia.net/index.php/journal/article/view/153/181>.
4. Ccorahua Hall, JD. Violencia infantil contra los niños de entre 8 a 12 años que estudian en la Institución Educativa de Primaria y Secundaria N°60073 de Sinchicuy, Iquitos, 2019 [Tesis]. Perú: Universidad Peruana Unión; 2019 [citado 21 de diciembre 2019]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/2824/Jeison_Trabajo_Bachiller_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

5. Calabuig, G. Medicina Legal y Toxicología. España: Editora publicaciones médicas y científicos - Valencia; 2005.
6. Bayona Santana DR, Villalonga Costa L, Estupiñán Rodríguez N, Velásquez Medina Y, Jiménez Ramírez IL. Maltrato infantil. Presentación de un caso. Rev. Méd. Electrón. [revista en internet]. 2018 [citado 21 de diciembre 2019]; 40(2): 495-503. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me182y.pdf>.
7. Olivares Louhau EM, Sánchez Figuero B, Bonne Falcón D, Costafreda Vásquez M, Dembelé B. Características clínico epidemiológicas de niños con quemaduras y evolución hacia el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. MEDISAN [revista en internet]. 2017 [citado 21 de diciembre 2019]; 21(12): 3324-32. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2017/mds1712f.pdf>.
8. Código Penal Cubano [en línea]. Ley No. 62/1987 29 de diciembre. Asamblea Nacional del Poder Popular. 2do período ordinario de sesiones, Tercera Legislatura, (29-12-1987) [citado 21 de diciembre 2019]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/1987_codigopenal_cuba.pdf.

Declaración de autoría

Yannelis Arias-Falcón

 <https://orcid.org/0000-0002-5324-9905>

Participó en la concepción del artículo, en la revisión de la historia clínica, examen físico y necropsia. Además, en las actuaciones solicitadas por la instrucción policial. Participó en la elaboración de las diferentes versiones del artículo.

Alba Josefina Reyes-Castellano

 <https://orcid.org/0000-0001-5500-2052>

Participó en la concepción del artículo, en la revisión de la historia clínica, examen físico y necropsia. Además, en las actuaciones solicitadas por la instrucción policial. Participó en la elaboración de las diferentes versiones del artículo.

Martha María Pequeño-Rondón

 <https://orcid.org/0000-0001-8193-075X>

Participó en la concepción y diseño del artículo; en la obtención, análisis e interpretación de los datos del caso, en la revisión crítica de la versión final del manuscrito.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.