



MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DEL MALTRATO INFANTIL

Instituto de Salud del Niño 1995 - 2002

Rosalía Ballona,* Oscar Chacón,** Edgardo Zaldivar,*** Iris Kikushima I.*

* Servicio de Dermatología

** Servicio de Salud Mental

*** Servicio de Cirugía
Instituto de Salud del Niño
Lima - Perú

Dermatol Pediatr Lat 2003; 1(1): 24-29

ABSTRACT

The battered child syndrome is a big problem that exceeds the scope of pediatrics; however pediatricians do have a major role in the diagnosis, treatment and prevention of this condition.

In our reality the battered child has still attracted limited attention. The cutaneous manifestations, an expression of the physical abuse, are just the visible part of this problem.

The infantile population, in whom a diagnosis of child abuse was made from 1995 to 2002 at the ISN, ascended to 2,530 cases, of which 23.95% (606 cases) had diagnosis of physical child abuse.

The skin manifestations of the syndrome are diverse and depend on the object used to injure the child.

Key Words: Battered child, physical child abuse

RESUMEN

El maltrato infantil es un problema que sobrepasa el ámbito de la pediatría; sin embargo el pediatra tiene un rol fundamental en el diagnóstico, tratamiento y prevención.

En nuestro medio el maltrato infantil, todavía tiene una atención limitada y las manifestaciones cutáneas, que son la expresión del maltrato físico, constituyen la parte visible de este gran problema.

La población atendida por maltrato infantil en el Instituto de Salud del Niño (ISN), durante los años 1995 - 2002 asciende a 2,530 casos, de los cuales el 23.95% (606 casos) tuvo el diagnóstico de maltrato

físico, constituyendo la segunda causa dentro de la clasificación de maltrato infantil.

Las manifestaciones encontradas a nivel de piel y mucosas son polimorfas y dependen del objeto utilizado para hacer daño

Palabras Clave: Maltrato infantil, maltrato físico.

INTRODUCCION

"El maltrato de los niños no es una enfermedad de la pobreza, es una enfermedad de la humanidad" ¹

El maltrato infantil es una expresión sintomática de la crisis de la sociedad contemporánea, observándose que el maltrato físico grave es mayor en los niveles socioeconómicos bajos y el maltrato psicológico o emo-

cional es más frecuente en niveles medios o altos.

Los niños son maltratados desde hace miles de años como sucedía en Egipto con los infanticidios ordenados por los faraones o en Esparta, Atenas, Roma con el derecho que tenía el padre a decidir si un recién nacido vivía o no.

Las primeras descripciones clínicas de este síndrome fueron realizadas por los médicos forenses, Zacchias y Tardieu, en 1726 y 1860 respectivamente.⁽²⁾

La historia moderna de este síndrome se inicia en 1946, con las evidencias radiológicas de hematoma subdural, fracturas de huesos largos, asociadas a maltrato y que fueron descritas por Caffey, Silverman y Smith.

En 1959, Kempe y Silver, introducen por primera vez, en la Sociedad Americana de Pediatría el término, con el que se conoce este síndrome: **“The battered Child Syndrome”** (síndrome del niño golpeado o apaleado).

Los primeros informes de maltrato infantil en Instituto de Salud del Niño (ISN) de Lima - Perú aparecen en 1990, con 16 casos y desde entonces su reporte ha sido creciente.

En 1995 en el Perú se crean los Módulos de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIS), y en la actualidad son 21, a nivel nacional, bajo la supervisión del Subprograma Nacional de Salud Mental³.

MAMIS del Instituto de Salud del Niño, ha atendido 2,530 casos, desde 1995 hasta el 2002, reflejando solo la punta del iceberg de la violencia familiar y social de

nuestra población.

El maltrato físico, se refleja en el compromiso mucocutáneo, que es polimorfo, y está relacionado con el objeto utilizado para tal fin, aunque es difícil diferenciar si la lesión observada se ha producido en forma accidental o intencional.⁽⁴⁾

El propósito de esta revisión es dar a conocer las manifestaciones cutáneo mucosas más frecuentes, identificar la relación agresor – víctima y qué objetos fueron los más utilizados, siendo además un primer intento en nuestro Instituto por realizar esta búsqueda.

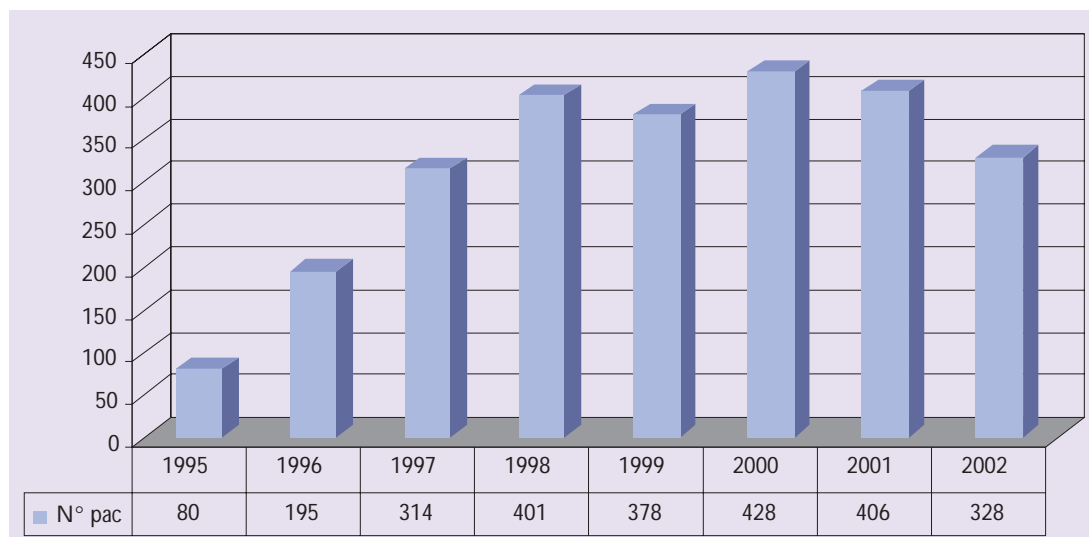
OBJETIVOS

1. Caracterizar las manifestaciones cutáneas mucosas más frecuentes en los pacientes diagnosticados de maltrato infantil.
2. Establecer la edad-sexo de la población más afectada
3. Definir el vínculo entre agresor y víctima.
4. Determinar el instrumento más utilizado por el agresor.

MATERIAL Y METODOS

- Es un estudio retrospectivo y descriptivo de revisión de historias clínicas en el que se consideran a todos los pacientes atendidos en MAMIS – ISN durante los años 1995 – 2002.
- La población considerada, cumplía los siguientes criterios de inclusión:
 - * Edad comprendida de 0 a 17 años.

GRAFICO 1: EVOLUCION DE PACIENTES DIAGNOSTICADO DE MALTRATO INFANTIL EN EL ISN 1995 – 2002 (TOTAL =2530 PAC.)



FUENTE: MAMIS – ISN

* Diagnóstico clínico de maltrato infantil.

- Se realizó la recolección de datos revisando cada una de las fichas de maltrato del MAMIS - ISN, utilizando hojas de cálculo.
- Se consideró la clasificación de maltrato infantil propuestas por la UNICEF: maltrato por negligencia, sexual, físico y emocional.

Las manifestaciones cutáneo-mucosas se encuentran

entre las ocasionadas en maltrato físico.

RESULTADOS

Se encontró un registro de 2,530 pacientes atendidos por maltrato infantil entre 1995 al 2002; con incrementos porcentuales variables en todos los años, excepto en 1997 y 1999. (Gráfico 1).

Según la clasificación por diagnósticos, considerando las propuestas de UNICEF, los resultados se muestran en (Tabla 1), donde el grupo de pacientes con manifestación cutánea por maltrato físico ocupa el 2do lugar y constituye el 23.95%.

Las edades entre 6-11 años fueron los más afectados con maltrato físico, 209 casos (42.65%) y no hubo diferencia significativa en cuanto al sexo siendo maltratados los niños y niñas por igual (Tablas 2 y Gráfico 2).

La relación entre agresor y víctima es informada en

TABLA 1 DISTRIBUCION DE CASOS, SEGÚN CLASIFICACION DE MALTRATO INFANTIL 1995 - 2002

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
SEXUAL	906	35.81
FISICO	606	23.95
NEGLIGENCIA	562	22.21
EMOCIONAL	456	18.03
TOTAL	2,530	100.00

FUENTE: MAMIS - ISN

TABLA 2: DISTRIBUCION DE CASOS POR GRUPOS DE EDAD, EN MALTRATO FISICO INFANTIL 1995 - 2002

Año Edad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
00-05	9	16	11	36	28	27	19	22	168
06-11	15	22	14	46	43	69	28	16	253
12-17	13	14	10	48	37	32	24	7	185
Total	37	52	35	130	108	128	71	45	606

FUENTE: MAMIS - ISN

GRAFICO 2: DISTRIBUCION DE CASOS POR SEXO, EN MALTRATO FISICO INFANTIL 1995 - 2002

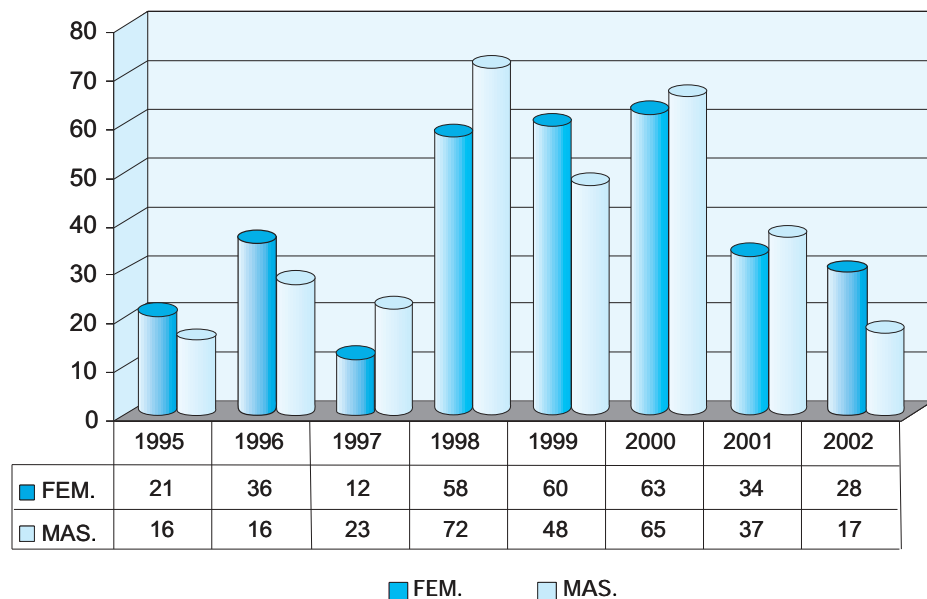


GRAFICO 3: DISTRIBUCION DE CASOS POR VÍNCULO FAMILIAR EN MALTRATO FISICO INFANTIL 1995 - 2002

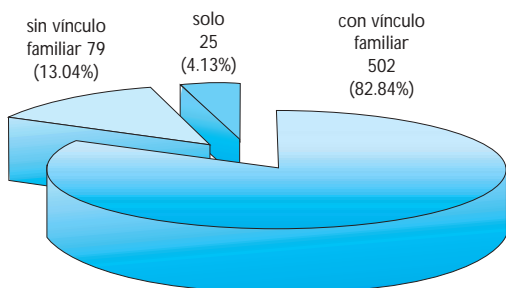


TABLA 3: DISTRIBUCION DE CASOS POR OBJETO UTILIZADO EN MALTRATO INFANTIL 1995 - 2002

TIPO DE MALTRATO	Nº CASOS	%
CUERPO	502	37.77
LATIGO	198	14.90
VERBAL	230	17.30
OTROS	239	18.00
OBJ. CONTUND.	34	2.56
COERC.	19	1.42
QUEMAD.	20	1.50
SUST. TOXIC.	82	6.18
ARM. BLANCA	3	0.22
ARM. FUEGO	2	0.15
TOTAL	1329	100.00

FUENTE: MAMIS - ISN

TABLA 4: HALLAZGOS CUTANEO-MUCOSOS EN MALTRATO FISICO INFANTIL EN 169 CASOS

Edema de Genitales	44
Enfermedades de Transmisión Sexual: ETS	22
Hematomas - Equimosis	39
Alopecia traumática	21
Contusiones	29
Fisuraciones	10
Quemaduras	17
Cicatrices	3
Heridas punzo cortantes	6

FUENTE: MAMIS - ISN

todos los casos, encontrándose que en 502 casos (82.8%) los agresores tienen un vínculo familiar (Gráfico 3).

Los objetos utilizados por el agresor, son diversos, como se muestra en la tabla 3, siendo alguna parte del cuerpo del agresor el más utilizado (manos, pies, etc.)

Existen pocas descripciones de las lesiones cutáneo-

mucosas en las fichas clínicas, solo son reportadas en 169 casos, pero los hallazgos encontrados son muy representativos. La mayoría de hematomas fueron ocasionados en cara y extremidades, contusiones en tronco y cuello, quemaduras en manos y el compromiso en área de genitales fue el más severo y relacionado a abuso sexual (Fig. 1-5) (Tabla 4).

DISCUSION

La piel incluyendo el tejido celular subcutáneo es el órgano más frecuentemente lesionado, en 80 - 90% de los casos, en el maltrato físico⁶.

Las lesiones cutáneas se caracterizan por su configuración en formas geométricas anormales, muy delimitadas en la piel sana, reproduciendo la forma del objeto utilizado, en distintos estadios de evolución, curación y/o cicatrización.

El hallazgo de lesiones cutáneas múltiples en diferentes fases evolutivas, localizadas en regiones infrecuentes, donde no existe prominencia ósea, o en zonas protegidas por la ropa debe hacer sospechar en maltrato. Como son ocasionadas en diversos momentos aparecen en diferentes estados evolutivos por lo que es fácil determinar por ejemplo el tiempo de evolución de cada hematoma o contusión según su coloración y el grado de tumefacción.

Las formas de las lesiones a menudo son patognómicas; son rectilíneas y geométricas, de bordes muy precisos lo que sugieren intencionalidad, pueden ayudar a identificar el objeto que las produjo, en nuestro medio los objetos más usados fueron las hebillas de cinturón, cordón eléctrico, látigos, matamoscas, ganchos para ropa, espátulas, mordeduras, cucharas, cuchillos, palos y las regiones más afectadas fueron espalda y extremidades.

Los hematomas y contusiones intencionales o de maltrato se encuentran en zonas con mayor tejido subcutáneo y sin prominencias óseas, es lo contrario de las lesiones accidentales que ocurren frecuentemente en codo, rodillas, barbilla, etc. y están en el mismo estado evolutivo, en nuestros casos los lactantes fueron los que presentaron hematomas en mejillas, purpúricos y parduscos, ninguno presentó área tumefacta o hipersensible, lo que traduce que fueron a llevados a consulta días después del maltrato.

Las quemaduras son más frecuentes en manos, pies, área perineal adoptan la forma según el mecanismo de producción, fundamentalmente son por inmersión o contacto. Nosotros encontramos quemaduras por cigarrillos en manos y pies, como lesiones circulares con flictenas centrales, bordes definidos. En el área de



Fig. 1 Quemaduras por cigarrillo en planta de pie.



Fig. 2 Escoriaciones en pabellón auricular por pellizcos.

pañal en nuestros casos las quemaduras fueron ocasionadas por objetos calientes: planchas y consultadas como escaldaduras accidentales^{2,6}.

Las lesiones en área de genitales incluyen al maltrato físico y agresiones sexuales, generalmente realizadas con violencia, encontrándose edema, hematomas en pubis, cara interna de muslos, erosiones, vulvitis, balanitis, contusiones, hematomas, equimosis. Puede encontrarse daño del esfínter anal provocando dilatación anal refleja de más de 15 mm, congestión venosa y presencia de verrugas. Las enfermedades de transmisión sexual están frecuentemente

asociadas¹⁰.

En nuestros casos, los pacientes con compromiso en área perineal, correspondieron a abuso sexual, edema y equimosis fueron los hallazgos más frecuentes y dentro de las ETS los condilomas planos los más diagnosticados.

Este es el primer trabajo realizado, considerando datos de una fuente referencial nacional, exclusiva de atención pediátrica y los resultados servirán de base para trabajos futuros.

Los resultados son alarmantes en la forma cómo han aumentado las consultas y hospitalizaciones por maltrato, con un incremento porcentual anual que va hasta en 100%, quizás en parte por efecto de las campañas de orientación del maltrato al menor que permite que los niños sean llevados con mayor frecuencia para atención que antes^{3,9}.

El maltrato físico ocupa el segundo lugar con un 23.95%, precedido por el abuso sexual que ocurre en el 35.81% de casos, donde también existe manifestaciones cutáneas.

Esta conclusión, concuerda con las primeras publicaciones de maltrato infantil en el Hospital del Niño de Miami⁴ y las actuales de Bolivia y Chile^{4,5}.

El grupo etéreo más afectado resultó el comprendido entre 6-11 años (42.65%) con predominio en el sexo masculino en este subgrupo, resultados que viene a ser una constante, comparados con otras publicaciones^{7,8}.

El agresor más frecuente resultó ser el que tenía vínculos familiares con la víctima, correspondiendo a un alarmante 82.80%, donde los padres son los causantes de maltrato físico en la mayoría de estos casos, comparado solo con el 13.0% de los que no tenía vínculo familiar (profesores, vecinos, tutores), esto relacionado



Fig. 3 Hematoma en cara involución por golpe con mano.



Fig. 4 Equimosis Facial por compresión con manos.



Fig. 5 Herida punzocortante en cuello intento de homicidio.

a nuestra formación cultural, de creer que los hijos son propiedad de los padres y la "excesiva confianza hacia los profesores o vecinos". El 4.2% no identificó al agresor, considerado como desconocido.

En esta revisión no se puede generalizar las características de lesiones cutáneas por la falta de descripción de las mismas; los escasos hallazgos nos permiten relacionar las manifestaciones cutáneas con el objeto más utilizado en nuestro medio: que es el cuerpo del agresor y sobre todos sus manos y el objeto utilizado de acuerdo a nuestros resultados es el látigo y golpe, resultando en hematomas, contusiones, fisuraciones y tracción del cabello, hechos que resultan diferentes a los reportados en publicaciones previas en las que predominan las quemaduras y solo las manos de agresor ocasionando frecuentemente hematomas^{4,10}.

Este trabajo, es el primer intento para determinar qué pasa en el maltrato infantil y manifestaciones cutáneas en nuestro medio, con hechos que no sólo relacionen con frecuencia.

Detectar que un menor ha sido o esta siendo maltratado no siempre resulta fácil, es una tarea multidisciplinaria, donde el pediatra juega el rol central, es el que recibe en primer momento al maltratado, se corre el riesgo que el diagnóstico no sea aceptado y se hace necesaria la presencia del dermatólogo.

En nuestra Institución, con el MAMIS se ha reglamentado la atención de estos pacientes de manera, que cuando son detectados, obligatoriamente pasa a ser evaluados por pediatras, psicólogos, psiquiatras u otro especialista si fuera necesario. El maltratado volverá a su ambiente, si el familiar acepta el compromiso legal de cuidar al menor adecuadamente, en caso de que las condiciones de su entorno no son favorables que-

dan bajo cuidado judicial en los diferentes albergues.

CONCLUSIONES

Es la primera revisión a nivel nacional e institucional sobre manifestaciones cutáneas en el maltrato físico.

La escasa información encontrada en las fichas e historias clínicas nos lleva a plantear la necesidad de supervisar la recopilación de datos que debe estar a cargo del personal médico; no solo para la obtención exacta de datos, que nos permita estar preparados para un rápido diagnóstico de acuerdo a nuestra realidad; sino por las implicancias médico legales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kempe HC, Silverman FN, et al: The Battered Child Síndrome JAMA 1962; 181: 17-24.
2. Maltrato al menor, el lado oculto de la escena familiar – Edic. U de Bs. As. 1993: 1-2.
3. Boletín informativo ISN -MAMIS 1996 – 1999
4. Johnson Ch El niño maltratado: Lesión intencional y lesión accidental *Pediatr Clin Nort Am* 1990; 4:841-864
5. Onostre RD Maltrato del niño(a) y Adolescente UNICEF 1999 1: 11-17
6. Moraga F.A. Manifestaciones cutáneas del maltrato infantil *Piel* 1995; 10:119-129
7. Hokter JC, Friedman SB Child abuse early case finding in the Emergency Department *Pediatrics* 1968 :42 :128-138
8. Johnson Ch Malos tratos y abandono Nelson Tratado de Pediatría ED McGraw Hill Interamericana 1997: 137-143
9. Boletín informativo ISN- MAMIS 1996 – 2002
10. Oliván G. G. Detección del maltrato infantil a través de indicadores físicos y compartam-mentales en el menor y en el maltratador. *Boletín del Instituto Aragonés de Pediatría y Adolescencia – España.* 2002 : 1-20. *