

Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales

Battered child syndrome: forensic aspects

Resumen

El maltrato infantil constituye un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, jurídicas y médicas. En el presente trabajo se realiza una revisión histórica, conceptual y médica del problema.

Palabras clave: Maltrato infantil. Historia. Lesiones.

Abstract

Child abuse is a problem with serious psychological, social, ethic, legal and medical repercussions. In this paper an historical, conceptual and medical review of the problem is performed.

Key words: Child abuse. History. Findings.

Recuerdo histórico

El fenómeno que nos ocupa no es un problema nuevo, si bien hace 100 años no era considerado como tal. Tuvieron que acontecer cambios en la sensibilidad y el panorama de nuestra cultura para llegar a la concienciación de la existencia y de la magnitud del tema de los malos tratos a los niños.

El niño ha sido y sigue siendo objeto de trato muy distinto por parte de la sociedad. Los malos tratos a los niños han existido en todas las culturas y épocas, como lo prueban multitud de datos recogidos en el arte, las letras, etc. a lo largo de la historia (Lachica, 1996). En los párrafos siguientes citaremos algunos ejemplos.

En Tiro y Sidón los niños eran sacrificados para calmar la ira de los dioses. En la cultura azteca se realizaban ofrendas de corazones de niños para satisfacer los deseos del dios Sol.

En Atenas, cada recién nacido era sometido al juicio de la Asamblea de Ancianos. Si le juzgaban útil,

respetaban su vida, si era débil o deforme, era arrojado desde el monte Taijeto a sus simas Baratro y Apotetes para alimento de las fieras.

La Ley de la Patria Potestad romana daba derecho al padre a vender como esclavo, matar o incluso devorar a su hijo. El infanticidio era una práctica legal en Roma que incluso recibió la aprobación de filósofos como Séneca.

En Egipto cada año se ahogaba en el Nilo una joven para que el río fertilizase las tierras. Ritos de fertilización semejantes eran también practicados en China, India, Méjico y Perú.

La superstición ha sido también origen de malos tratos, existiendo la creencia de que el sacrificio de niños pequeños beneficiaba a la mujer estéril, curaba enfermedades y confería salud, vigor y juventud. Las madres eran alimentadas con carne de niños para conseguir una descendencia fuerte y saludable.

Para asegurar la estabilidad y duración de edificios importantes, algunas veces se enterraban niños bajo sus cimientos.

E. Lachica

Médico Forense.
Instituto de Medicina Legal de Granada.

Correspondencia:
Dra. Emilia Lachica López
Instituto de Medicina Legal
Av. del Sur, nº 1
18005 Granada.
E-mail:
emilia.lachica.ius@junta-deandalucia.es

Fecha de recepción:
25-FEB-2010
Fecha de aceptación:
2-MAR-2010

Históricamente la sociedad siguió sin preocuparse por los abusos. Cuando los hijos no habían sido deseados, la mortalidad alcanzaba elevadas cuotas. En algunas tribus papúes de Nueva Guinea, el infanticidio sigue siendo un método aceptado de planificación familiar, donde una mujer que tenga tres hijos está obligada a matar todos los que alumbre a continuación inmediatamente después de su nacimiento.

El deshonor de dar a luz a un niño ilegítimo ha sido otra importante causa de infanticidio. Así en el Londres del siglo XIX, por ejemplo, perecían un 80% de los hijos ilegítimos que habían sido encomendados a nodrizas sin escrúpulos que eran las encargadas de desembarazarse de los lactantes. De la misma forma, cuando podían obtenerse ganancias, los adultos vendían a los niños como esclavos o los explotaban como mano de obra barata. Ello no quiere decir que no hubiese padres que atendieran debidamente a sus hijos, pero criterios muy difundidos aprobaban multitud de prácticas que calificaríamos actualmente como de trato abusivo hacia el niño.

Igualmente, la mutilación de niños como hábito se remonta a lejanas edades. En China se realizaba el vendaje de los pies de las niñas con fines cosméticos, siendo una práctica que ha perdurado casi hasta nuestros días. La deformación craneal es otro tipo de mutilación practicada en diversas partes del mundo con fines igualmente estéticos.

Otra curiosa operación, la uvulectomía, fue practicada durante muchas generaciones entre los bereberes del norte de Marruecos inmediatamente después del nacimiento con la finalidad de "facilitar la alimentación y asegurar una buena salud a lo largo de la vida".

La mutilación sexual femenina (infibulación o circuncisión faraónica) se realiza en la actualidad en 26 países africanos, afectando aproximadamente a 74 millones de mujeres. Operación que supone unas graves consecuencias psicológicas además de, por supuesto, físicas.

Con fines "artísticos", y como consecuencia de la prohibición de la presencia de mujeres en los coros de las iglesias, a finales del siglo XVI y comienzos del XVII surge en Italia otra forma de mutilación: *il taglio*, consistente en la ablación de los testículos antes de la pubertad al objeto de evitar el cambio de la voz en los niños, con lo que permanecían con una voz aguda y una potencia torácica de adulto que les proporcionaba un timbre muy particular. De esta forma los *castrati* fueron pronto requeridos no ya sólo para la música sacra, sino también para el *bel canto*.

Aunque, según lo hasta aquí expuesto, pueda parecer que el mal trato a los niños fue la norma a lo largo de la historia, lo cierto es que existen una serie de "esbozos legislativos" donde se contempla y se imponen unas penas.

Así el Código de Hammurabi (1700 a.C.) establecía que si un lactante moría en los brazos de su nodriza, ésta sería castigada con la amputación de sus pechos. Algunos emperadores romanos promulgaron leyes para la defensa y bienestar de la población infantil (César Augusto, Tiberio). La Biblia y el Corán prohibían el infanticidio.

Asimismo, la historia muestra la existencia de individuos influyentes que hablaron en contra de los abusos respecto de los niños: Platón (siglo V a.C.) advertía a los maestros que "no trataran a los niños por la fuerza, sino como si estuviesen jugando con ellos".

Pero tales respiros eran de breve duración para la población infantil, siendo a partir del Cristianismo cuando comienza la obra de redención: Constantino (315 d.C.) promulgó edictos contra el infanticidio y la venta de niños como esclavos, actitud que fue seguida por Gregorio XIV (siglo XVI) y Federico el Grande (siglo XVIII).

Desde luego, durante mucho tiempo la ignorancia de las necesidades físicas y emocionales de los niños constituyeron la norma, pero los malos tratos a éstos han sobrevivido hasta la época actual debido a la persistencia de dos opiniones:

- La primera consiste en que los niños son considerados como propiedad de sus padres y se admite que éstos tienen pleno derecho a tratarlos como estimen conveniente.
- Por otra parte, los hijos caían bajo la plena responsabilidad de sus padres y, durante muchos siglos, el trato riguroso se justificaba por la creencia de que los castigos físicos severos eran necesarios para mantener la disciplina e inculcar decisiones educativas. Es por ello que las máximas "*Dar del pan y del palo para hacer buen hijo al malo*" y "*La letra con sangre entra*", han estado vigentes hasta no hace mucho tiempo.

El momento en que empiezan a modificarse estos valores establecidos produciéndose una gradual toma de conciencia social de los malos tratos proporcionados al niño podemos fijarlo en EEUU a comienzos del siglo XIX con el llamado "*Child Welfare Movement*" (Movimiento para el Bienestar del Niño). En 1871 se funda en Nueva York la "*Sociedad para*

la *Prevención de la Crueldad con los Niños*" y, siguiendo su ejemplo, se constituyeron muchas otras asociaciones con objetivos similares en diversas partes de Estados Unidos y Gran Bretaña, despertando la conciencia pública en favor de los niños desamparados. Se sabía poco, sin embargo, de la auténtica índole del problema, y rara vez era diagnosticado.

Reflejo de este proceso evolutivo social previo a la consideración científica de estos malos tratos, es el hecho de que en 1881 la Sociedad Protectora de Animales de Gran Bretaña hiciese extensiva su llamada a la protección del niño y, en base a ello, en 1889 se funda en ese país la "Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad con los Niños".

El síndrome del niño golpeado 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. En el mismo año, Athol Johnson, del "Hospital for Sick Children" de Londres, llamó la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en los niños, atribuyéndolas al raquitismo que por aquella época estaba muy generalizado entre la población de Londres. Actualmente podríamos afirmar que muchos de los casos descritos por él eran, en realidad, niños maltratados. No obstante, la teoría del raquitismo prevaleció hasta bien entrado el siglo XX.

Tuvo que pasar bastante tiempo hasta que John Caffey (en 1946) y Frederic Silverman (en 1953) informaran sobre sus primeras observaciones relativas a la, hasta entonces no explicada, asociación de hematomas subdurales y alteraciones radiológicas anormales en los huesos largos.

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, presentando los aspectos pediátricos, psiquiátricos, radiológicos y legales, así como las primeras cifras de incidencia correspondientes a los Estados Unidos (Kempe y col., 1962).

A partir de estas fechas, millares de artículos y docenas de libros han contribuido en gran medida al conocimiento del abandono y los malos tratos del niño. La O.M.S. ha aconsejado continuar con su estudio al objeto de poder dar pautas diagnósticas claras y eficaces. No obstante y pese a que en los últimos años ha pasado a ser un síndrome de observación cada vez más frecuente, son confusos los límites para el diagnóstico diferencial, por lo que únicamente salen a la luz los casos más llamativos.

Concepto

El síndrome del niño maltratado (SNM) ha sufrido notables cambios conceptuales en los últimos tiempos (Carmi y Zimrin, 1984; AMA, 1985; Eckert, 1986; Jonson y Showers, 1985). Según la OMS puede definirse 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.*

En Francia se conoce este cuadro con los nombres de "Síndrome de Tardieu Silverman" o "Síndrome de l'enfant battu", y en la literatura anglosajona se utilizan los términos de "Battered child syndrome", "Síndrome de Caffey", "Síndrome de Kempe" y "Cinderella's syndrome" para denominarlo.

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

Magnitud del problema

La incidencia del SNM es muy difícil de precisar, sin embargo parece fuera de toda duda que se da en todos los países, independientemente de su grado de desarrollo.

Su frecuencia sólo puede establecerse de forma aproximada, y se deduce de la morbilidad y de la mortalidad que se deriva de los malos tratos. Ni siquiera son aproximadas las cifras que se refieren a los malos tratos físicos, que son los más fáciles de objetivar. Se considera que los casos denunciados de malos tratos son sólo el 10% de los reales.

De cualquier forma, los resultados de las estadísticas son pobres, al igual que son pocos los diagnósticos, lo que no tiene nada de extraño por cuanto que hemos de admitir que la mayoría de los casos permanecen en la clandestinidad (Fallon y col., 2010).

El estudio ACTIVA (Actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España) (Fournier y col., 1999) encontró que entre el 3.0% y el 27% de los niños habían recibido castigo físico con algún objeto por parte de uno de sus padres y hasta un 34% habían sido

golpeados con las manos, en los doce meses previos a la encuesta. Los padres o familiares jóvenes y con menor educación, son más propensos a considerar que el castigo físico es el método más válido para lograr un comportamiento disciplinario. Los menores agredidos tienen mayor dificultad para inhibir impulsos agresivos.

Factores etiopatogénicos

1. De las víctimas

- *Edad.* Según el estudio ACTIVA (Fournier y col., 1999), la mayor incidencia estaba entre los 2 y los 7 años de edad y el punto más alto de castigo corporal ocurría entre los 3 y los 5 años.
- *Sexo.* Aunque tradicionalmente se pensaba que la incidencia era mayor en varones, lo cierto es que, si bien desde el punto de vista relativo sí hay un ligero predominio del sexo masculino, estas diferencias no son estadísticamente significativas, siendo simplemente el reflejo de una mayor vulnerabilidad de los varones, al igual que ocurre para otros procesos patológicos o traumáticos (Knight, 1977).
- *Otras circunstancias.* La víctima de malos tratos es con mayor frecuencia el primer hijo, bien por ser un niño no deseado, bien por venir a romper el normalmente precario equilibrio económico de la pareja. En otras ocasiones se trata de niños adoptados que "no respondieron" a las esperanzas puestas por esa pareja en la adopción. Y, por último, también son víctimas de malos tratos los "niños difíciles", niños no deseados, prematuros, bajo peso, con enfermedades crónicas, hiperactivos, etc. El discapacitado tiene mucho riesgo para ser maltratado y por lo tanto, se debe ser extremadamente cuidadoso en buscar signos en ellos. Usualmente, estos niños son irritables o por su discapacidad, no realizan la función que el adulto espera y son causa de frustración o culpabilidad en muchos padres o cuidadores, lo que lleva a maltratarlos.

2. En los autores

- *Sujeto activo.* Los autores de malos tratos infantiles son, en el 80-90% de los casos, los padres de la víctima (Caffey, 1972), normalmente jóvenes, juventud que determina una incompetencia para asumir y desempeñar la paternidad.

Es bastante frecuente que el hombre no sea el padre biológico del niño, sino el que cohabita

con la madre y, aunque en principio es afectuoso con este, a la larga el niño se convierte en uno de los lados de un triángulo emocional, comenzando un resentimiento que suele culminar en la producción de malos tratos a ese niño convertido en su foco de hostilidad.

- *Status social.* Los malos tratos se dan con más frecuencia en ambientes socioeconómicos bajos, familias monoparentales, familias numerosas conviviendo en un espacio reducido, aislamiento social. El desempleo es igualmente un potente factor condicionante (Silverman, 1972). Estas serían características socioculturales relacionadas, sobre todo, con los malos tratos físicos. El maltrato psíquico y emocional se presenta en todos los grupos sociales.
- *Características psicológicas.* Se trata de personalidades inestables, inadaptados a las responsabilidades que lleva consigo la paternidad. Con bastante frecuencia se ven afectados por problemas derivados de su situación de abuso de sustancias psicoactivas o han sido educados en ambientes de promiscuidad sexual y/o fueron víctimas de tratos similares en su niñez, por lo que han asumido la violencia como una forma de relación y de educación.

Clínica

Estudiaremos el SNM desde los siguientes puntos de vista:

- Violencia química
- Falta de cuidados
- Abuso sexual
- Maltrato emocional
- Síndrome de Münhausen por poderes
- Violencia física

Violencia química

Aunque tradicionalmente se identificaba el SNM con la existencia de una serie de traumatismos físicos, en la actualidad se está ampliando desde el punto de vista conceptual, siendo necesario incluir las intoxicaciones intencionadas o malos tratos químicos, que son referidos cada vez con mayor frecuencia en la literatura (Case y col., 1983; Delgado y col., 1987; Dine y McGovern, 1982; Leetsma, 1988; Shnaps y col., 1981).

Los productos utilizados con mayor frecuencia en estos casos son: alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, exceso de sal, exceso de agua e insulina, aunque

el espectro posible es amplísimo. Con frecuencia estas intoxicaciones continúan durante la hospitalización del niño, ya que la madre no es vigilada y no se suele sospechar esta posibilidad.

Mientras que en el maltrato físico el niño es normalmente atacado durante un acceso de cólera provocado por su comportamiento, el químico supone una situación en la que los padres son incapaces de huir de sus frustraciones psíquicas o problemas maritales, sociales o económicos, siendo el niño usado como un medio de conseguir un cobijo o un consuelo entre un personal sanitario amigable en el hospital. En otras ocasiones sus fines son la explotación del menor, consiguiendo mediante su intoxicación (normalmente con hipnóticos y/o ansiolíticos) una actitud y comportamiento favorables para la práctica de la mendicidad.

Hay que distinguir este tipo sofisticado de malos tratos químicos infantiles del inadecuado trato infringido a los niños con fines terapéuticos, y de forma bien intencionada, pero errada por falta de cultura o de forma accidental.

Falta de cuidados

El límite entre las lesiones causadas deliberadamente y el abandono físico puede ser, en ocasiones muy difícil de determinar. El abandono, la negligencia, puede constituir una forma insidiosa de causar daños graves. Supone un fallo en cuanto a la debida actuación para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño.

La negligencia física comprende no sólo el abandono alimenticio y la falta de cuidados higiénicos y médicos, sino también la ausencia de una protección suficiente contra riesgos físicos.

La negligencia referida a la nutrición puede consistir en no proporcionar al niño las calorías suficientes, por alimentación escasa, o bien someterle a una dieta extravagante (Davis y col., 1984; Tilelli y Ophoven, 1986; Trube-Becker, 1977). Así se da lugar a una insuficiencia en el desarrollo, a un estado potencialmente amenazador para la vida, en el que el peso, la talla y, con frecuencia, el perímetro cefálico, quedan muy por debajo de lo normal.

A la inspección llama la atención la intensa delgadez, lesiones de rascado como consecuencia de la falta de higiene, presencia de parásitos, prominencia de relieves óseos, ausencia de panículo adiposo en nalgas y mejillas, cara de anciano con ojos hundidos, pelo deslustrado, y los lactantes suelen presentar eczemas en la zona del pañal que, en casos extremos, pueden evolucionar dando lugar a ulceraciones que afectan a nalgas, genitales y muslos.

La desatención de medidas profilácticas (calendario vacunal incompleto) y la falta de cuidados médicos, pueden dar lugar a que un niño con una enfermedad crónica tratable no sea llevado con la debida frecuencia a consulta, y sufra un drástico deterioro como consecuencia de la falta de medicación.

En muchas ocasiones es difícil distinguir si se trata de falta de cuidados voluntarios o inconscientes por condiciones familiares socioculturales precarias o por deficiencia mental de los padres, situaciones que, como ya hemos mencionado, son frecuentes en los casos de malos tratos infantiles.

Abuso sexual

Como constituye uno de los trabajos que se publican en este número, a él remitimos al lector.

Maltrato emocional

El daño psíquico está siempre presente en cualquier clase de maltrato al que se somete a un niño. Sin embargo, existen una serie de conductas que no se expresan físicamente, sino a través de castigos, advertencias o reprimendas verbales constantes, que "golpean" la mente del niño como si fuera una gota de agua que va horadando su psique. Por tanto, el maltrato emocional como forma de SNM es aún más difícil de precisar por sus sutiles matices.

Estas desatenciones o agresiones emocionales pueden darse en el seno de la propia familia, que somete al niño a situaciones de terror, rechazo, desaprobación continua, recriminaciones, reproches y, en definitiva, a la falta del ambiente de cariño y afecto que todo niño necesita para su equilibrio moral y psicológico. También esta forma de malos tratos puede darse en colegios, instituciones e incluso a nivel del propio hospital, donde los niños viven con frecuencia separados de sus madres y sometidos a una serie de exploraciones, intervenciones, etc. que, de no tener una clara indicación, podrían entrar dentro de los malos tratos emocionales.

En la actualidad los niños son víctimas de graves daños físicos y/o emocionales como consecuencia del terrorismo. También debemos referir las agresiones sufridas por los niños con el fin de obtener confesiones de sus padres o sobre sus padres, por motivaciones políticas en aquellos países en que los derechos humanos son sistemáticamente vulnerados.

Debemos considerar dentro del maltrato emocional el "maltrato verbal". En la sociedad actual es muy frecuente observar como los padres insultan repetidamente a los niños hasta humillarlos. Parecería una forma de comportamiento socialmente admitida,

pues a veces se observa también entre profesores y/o educadores (quienes inciden con mucha frecuencia en aspectos negativos como: "eres tonto", "idiota", "no sirves para nada", "nadie te quiere", etc.).

Con tanta insistencia de padres y/o profesores, el niño acepta el maltrato verbal como si fuera verdad, dando lugar a una importante patología emocional, alteraciones nerviosas o del comportamiento (hiperactividad), trastornos del sueño, tartamudez y, por supuesto, a un bajo rendimiento escolar.

Todo esto condiciona una actitud de tristeza, apatía y de temor en los niños, los cuales evitan el contacto con sus maltratadores y tienden a reaccionar con actitudes defensivas ante la aproximación o los gestos de contacto físico hacia ellos. En bastantes ocasiones presentan un retraso evidente de las funciones psicomotoras por estimulación insuficiente.

A lo largo de la hospitalización los niños mejoran rápidamente de sus lesiones, produciéndose asimismo un cambio de su actitud de recelo e incomunicación al encontrarse en un medio en el que no existe hostilidad hacia ellos, llamando la atención el hecho de que rehuyan el contacto con sus padres y no con el personal que les atiende.

Síndrome de Münhausen por poderes

Con este nombre se designan a los enfermos que inventan historias y síntomas que suscitan exámenes complementarios, exploraciones e incluso tratamientos médicos y/o quirúrgicos innecesarios, costosos y peligrosos (Clina y col., 2009; Delgado y col., 1987; Schnaps y col., 1981; Stirling y col., 2007).

Esta forma es rara en la infancia y, cuando se produce, suele ser en niños con edades superiores a siete años (Málaga y col., 1984). El "Síndrome de Münhausen por poderes" es aquella situación en la que los padres provocan o inventan síntomas en los hijos que llevan al médico a someter a estos "enfermos" a estudios e investigaciones inútiles, con el riesgo que esto conlleva.

Este síndrome suele afectar a niños menores de seis años. Su existencia debe ser considerada cuando se den alguna de las siguientes situaciones: a) enfermedad persistente y recidivante inexplicable; b) los signos clínicos y exámenes complementarios "no encajan" con el estado de salud del niño; c) síntomas que desconciertan al pediatra más experimentado; d) desaparición de los síntomas cuando el niño se separa de su ambiente familiar; y e) madre que rehúsa separarse del niño y que suele estar poco preocupada, a pesar de la "aparatosidad" de la sintomatología y de la falta de un diagnóstico concreto.

La presencia de cualquiera de estas situaciones es especialmente sospechosa, sobre todo si los padres tienen conocimientos sanitarios o algún familiar o conocido ha presentado una historia de enfermedad similar.

Violencia física

Las manifestaciones clínicas por violencia física en el SNM se caracterizan por su multiplicidad, por ser de diferente intensidad, de la más variada localización y por presentar un aspecto que dependerá de su momento evolutivo. Aunque el espectro de lesiones es muy amplio, ciertos hallazgos son de gran interés diagnóstico, y a ellos dirigiremos nuestra atención.

Lo más llamativo suelen ser las **lesiones cutáneas**, que aparecen en el 90% de los casos de malos tratos. La naturaleza de estas lesiones es muy variada: equimosis, excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias, etc.

Aunque una de las principales características de las agresiones en el SNM es que son "no instrumentales", es decir, realizadas directamente por el adulto sin ayuda de ningún instrumento lesivo, hay numerosas excepciones, pudiendo usar a tal efecto objetos como biberones, cinturones, bastones, tenedores, látigos,... y un largo etcétera. Ahora bien, nos permitimos volver a insistir en que lo más frecuente es la violencia manual directa (Gordon y col., 1988; Knight, 1977).

Equimosis, hematomas y excoriaciones constituyen, como ya hemos mencionado, una frecuente manifestación del SNM. Los lugares más comúnmente afectados son la cabeza, cara y cuello, aunque pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Deben ser motivo de sospecha cuando se observen en un niño pequeño que aún no camina o en un niño mayor pero localizados en diferentes partes del cuerpo y, particularmente, si presentan diferentes estadios evolutivos.

Una lesión de especial significado diagnóstico es la erosión de los labios, especialmente el superior, acompañada de laceración de la cara interior de los mismos y desgarramiento del frenillo superior, que aparece separado de la encía por un desgarramiento. Este hallazgo será sugestivo de abofeteamientos o pellizcamientos repetidos, al igual que las magulladuras y erosiones a nivel de mejillas y orejas.

En algunas ocasiones aparecen a nivel del cuello y tórax "lesiones figuradas" que reproducen las huellas dejadas por la mano adulta al ejercer presión sobre estas zonas. Es frecuente que el niño sea sujetado por el cuello con una mano mientras que con la otra se le golpea la cara, dando lugar a lesiones simétricas debajo del ángulo de la mandíbula por presión

de los dedos. Una forma común de maltrato, sobre todo en niños pequeños, es cogerlos por el tórax apretando fuertemente mientras se les zarandea con violencia. Esta maniobra produce equimosis y/o erosiones en la piel de las axilas y tórax, a menudo asociadas a fracturas múltiples de los arcos costales posteriores por la compresión del tórax entre las opresoras manos.

Asimismo, las lesiones cutáneas abdominales también son un hallazgo frecuente en forma de contusiones o erosiones (llamadas "sixpenny piece bruise" por los autores ingleses) que se extienden desde el apéndice xifoides hasta el pubis. Estas lesiones cutáneas abdominales generalmente se acompañan de graves lesiones a nivel interno (normalmente roturas viscerales) que, con gran frecuencia, son las responsables de la muerte del niño.

Las extremidades son también asiento de manifestaciones a nivel cutáneo del SNM, especialmente los brazos y antebrazos, ya que constituyen unos "asideros" naturales para que el iracundo adulto pueda agarrar al niño.

Otro signo bien conocido dentro de la clínica del cuadro que nos ocupa son las mordeduras, pudiendo ser consideradas como una prerrogativa exclusiva de la madre. Cualquier parte del cuerpo del niño puede ser asiento de las mismas, aunque es más frecuente encontrarlas en mejillas, brazos, piernas y nalgas, observándose la disposición típica de los dientes en forma ovalada y las manifestaciones hemorrágicas (Anderson y Hudson, 1976). Pueden ser únicas o múltiples y, en este último caso, afectar a un área en particular o estar diseminadas. El estudio de las marcas dejadas por la mordedura es de gran interés desde el punto de vista médico legal para la identificación del agresor, siendo entonces aconsejable su examen por un especialista en odontología forense (Sims, 1973).

Otras manifestaciones cutáneas son las *quemaduras* (Chester y col., 2006; Faller-Marquardt y col., 2008; Wagner, 1986), que constituyen el castigo elegido en un 10% de los casos. Las más frecuentes y características son las producidas por cigarrillos, que suelen localizarse en cara, mamilas, genitales, palmas de las manos y plantas de los pies.

Más excepcionales y manifiestamente sádicas son las producidas por planchas, infernillos, etc., así como las escaldaduras por líquidos calientes, que producen cicatrices y daños funcionales y/o estéticos de intensidad variable.

La localización y la bien demarcada forma de las quemaduras son las que sugieren la posibilidad de una etiología intencional.

Como manifestación cutánea enunciábamos también la *alopecia*, pues puede ser otra forma de sevicia que se presenta en forma de placa pseudopeládica o en zonas de rarefacción del cabello como resultado de tirones de pelo brutales y repetidos. Es preciso hacer el diagnóstico diferencial con la alopecia areata, muy rara antes del año, y también con la tricotilomanía, en la que el niño se tira del pelo y se lo come, sobre todo en la zona occipital.

Dentro de las violencias físicas merecen especial atención las **lesiones esqueléticas** (Delgado y col., 1987; Gordon y col., 1988; Hansen y Campbell, 2009; Kempe y col., 1962; Knight, 1977; Kottmeier, 1987; Silverman, 1972). Son muy típicas en el SNM, hasta tal punto que corresponde a los radiólogos, en buena parte, el mérito de haber individualizado y haber llamado la atención sobre esta entidad.

Ante todo caso de sospecha de malos tratos, y máxime si se ha producido la muerte del niño, debe hacerse un estudio radiológico de todo el cuerpo. Los riesgos de irradiación son mínimos frente a la ventaja que supone el poder diagnosticar el cuadro.

Los hallazgos radiológicos proporcionan dos tipos de información: primero, sobre el daño esquelético general y, especialmente, el distinto estadio evolutivo de las lesiones; y segundo, sobre las características de esas lesiones óseas.

Al igual que las lesiones cutáneas, las óseas se van a caracterizar por su multiplicidad, y por su variabilidad tanto de localización como de evolución en el tiempo.

La diferente antigüedad de las lesiones es demostrable por el estado del proceso de consolidación de las fracturas, pudiendo observarse la presencia de fracturas recientes junto a callos de fractura ya consolidados o en formación, lo que permite datar con bastante eficacia la antigüedad de esas lesiones.

Como las zonas de unión entre cartílago y hueso son una de las áreas más débiles en un organismo en crecimiento, van a ser las más vulnerables a las fuerzas de tensión y torsión que suponen las sacudidas o zarandeos al niño, y es por ellos que los *desprendimientos epifisarios* (especialmente alrededor de las articulaciones del codo y rodilla) y *fracturas metafisarias* se encuentran entre las lesiones óseas más comunes.

Las *hemorragias subperiósticas*, con frecuencia calcificadas, constituyen otro hallazgo radiológico típico en el SNM, produciéndose como consecuencia de que el periostio en los niños pequeños está laxamente pegado al hueso subyacente, por lo que se

levanta al ser empujado por una hemorragia que posteriormente se calcifica.

Las *fracturas de huesos largos* están presentes en un 30% de los casos (Delgado y col., 1987). Las fracturas espiroideas son siempre sugestivas de malos tratos (aunque no exclusivas de este cuadro), pudiendo también presentarse fracturas transversas como consecuencia de traumatismos directos (patadas, puñetazos, etc.).

Las fracturas del extremo distal de la clavícula también son sospechosas de malos tratos, ocurriendo lo mismo con las fracturas costales de localización posterior (próximas a la articulación costovertebral), siendo expresión de una compresión lateral de la caja torácica.

Las fracturas de columna y pelvis, aunque posibles, son muy poco frecuentes dentro del SNM.

Por último, el estudio radiológico pone de manifiesto con frecuencia imágenes compatibles con carencias vitamínicas, que suelen asociarse a signos de raquitismo y/o escorbuto, lo cual es lógico si se tiene en cuenta que el SNM se completa con una atención negligente en cuanto a las necesidades nutricionales, higiénicas, etc. respecta.

Mención especial merecen las **lesiones craneoencefálicas** por su incidencia y trascendencia, constituyendo la principal causa de muerte en el SNM (sobre todo en niños menores de 2 años). Consecuencia de este tipo de lesiones son las *fracturas* de bóveda y base craneal, además de las del macizo facial (Silverman, 1972), estimándose que el 20% de niños maltratados presentan lesiones del SNC (Kottmeier, 1987).

Fue precisamente el *hematoma subdural* el origen de los primeros trabajos sobre el problema de los niños maltratados, y constituye sin duda uno de los hallazgos más característicos de este cuadro, pudiendo estar o no asociado a fracturas craneales. La fuerza mecánica capaz de producir esta lesión puede ser de dos tipos: de traslocación (debida a un impacto directo), o de rotación (por aceleración o desaceleración repentinas).

Dentro de este último supuesto se encuentra lo que algunos autores han llamado el "Síndrome del niño zarandeado" ("Shaking baby syndrome") (Benstead, 1983; Kottmeier, 1987; Leetsma, 1988). Esta forma de maltrato afecta sobre todo a los menores de 15 meses como consecuencia de la desproporción existente entre el relativamente gran tamaño de la cabeza en estas fases de la vida, y la débil musculatura del cuello, que lo convierte en especialmente vulnerable

a las lesiones de latigazo que se producen a nivel del encéfalo al ser zarandeado, así como a los desgarros vasculares responsables de la producción del hematoma subdural y de hemorragias subaracnoideas.

Los síntomas clínicos son variables: irritabilidad, letargia, vómitos, trastornos respiratorios, déficits motores e incluso crisis convulsivas. El examen clínico puede mostrar una hipertensión de fontanela y alteraciones a nivel del fondo de ojo y trazado EEG.

La intensidad y localización del hematoma subdural se evidenciará mediante la realización de un TAC, que asimismo puede mostrar imágenes de edema y contusión cerebrales, que son otras frecuentes manifestaciones del SNM.

Como consecuencia de esos traumatismos del polo cefálico, pueden aparecer **lesiones oculares**, las cuales sólo recientemente han sido descritas dentro del cuadro del SNM.

Estas lesiones oftalmológicas pueden ser separadas en dos grupos:

1. *Lesiones directas*.- Son lesiones traumáticas que pueden aparecer en cualquier momento y, por tanto, no son específicas del SNM. Con excepción de la ceguera, el principal riesgo que entrañan es la ambliopía (sobre todo en niños menores de 5 años). Dentro de ellas podemos considerar:

- Afectación de los párpados (edema, heridas, pérdida de sustancia)
- Lesiones de la conjuntiva (hemorragias, heridas, quemosis)
- Lesiones del segmento anterior (heridas de la córnea, hipema, cataratas, iritis)
- Lesiones del segmento posterior (hemorragias del vítreo, retinianas, desgarros retinianos, desprendimientos de retina, desgarros de coroides, edema de papila, etc.)

2. *Lesiones coriorretinianas* (Courteville y col., 1987). Se caracterizan por ser siempre bilaterales, no suponer una situación de urgencia, ni afectar al campo visual, pero siempre que se evidencie su existencia, habrá que pensar inmediatamente en la posibilidad de que estemos ante un SNM.

Se localizan en la región temporal superior. Son lesiones atróficas y pigmentarias de tamaño y forma variable (unas veces puntiformes y otras más amplias) que aparecen rodeadas de pigmento negrozco. Aunque no siempre en

todos los casos de SNM (sólo lo hacen en un 10-30% de ocasiones), cuando estén presentes, habrá que hacer una exploración minuciosa orientada a la búsqueda de otros signos de sevicias.

Y, por último, dentro de este gran apartado de violencias físicas, tenemos que comentar las **lesiones viscerales**, que suponen la segunda causa de muerte por malos tratos tras las lesiones de la cabeza (Buchino, 1983; Knight, 1977).

Como consecuencia de golpes efectuados sobre la pared anterior del abdomen se pueden producir una amplia variedad de lesiones graves (roturas de hígado, bazo, riñón, páncreas, vejiga...) que, con cierta frecuencia, se traducen en signos mínimos o nulos a nivel externo. Es por ello que, en el caso de que el niño esté vivo, el diagnóstico de las mismas sólo podrá efectuarse por técnicas especiales (TAC).

Los órganos que con mayor frecuencia se ven afectados por los traumatismos abdominales en niños son duodeno, páncreas y yeyuno. Esta distribución de lesiones está relacionada con la anatomía característica de estas edades: unos amplios márgenes costales, una delgada musculatura abdominal y un corto diámetro corporal anteroposterior. Así la energía transmitida por un golpe sobre las paredes abdominales producirá tanto la ruptura de órganos que se ven súbitamente comprimidos dentro de su cápsula (hígado, riñón, bazo), como desgarros de órganos en su punto de fijación por fuerzas de deslizamiento y cizallamiento. Es por ello que las lesiones intestinales se presentan con mayor frecuencia en las zonas de inserción del mesenterio. Lesiones que son siempre atribuidas por los padres a "simples caídas" o "inocentes accidentes".

Diagnóstico

El gran retraso existente en cuanto a la concienciación y existencia de los malos tratos se ha debido, en gran parte, a la actitud de la profesión médica que, por un lado desconocía la responsabilidad de los padres en la producción de este cuadro y, por otro, inconscientemente rechazaba tal posibilidad (Buchino, 1983; Carmi y Zimrin, 1984).

Tan importante es no etiquetar a unos padres inocentes como "maltratadores", como el no diagnosticar los malos tratos cuando estos son una realidad. Los accidentes casuales en estas tempranas edades de la vida son frecuentes y es, por tanto, necesario hacer una cuidadosa evaluación de su etiología para no incurrir en alguna de las dos posibilidades antes

mencionadas. Ciertos marcadores pueden ser útiles, y a continuación pasaremos a enumerarlos, pero siempre habrá que tener presente que el médico debe situar su "umbral de sospecha de SNM" a un nivel bajo, y ante la menor sospecha, comunicarlo a las autoridades competentes (Lipian y col., 2004; Morris y col., 1985; Proops y Sibert, 2009).

Desde el punto de vista del médico clínico, el SNM debe ser sospechado siempre que se encuentre un niño con edad inferior a los cinco años que presenta lesiones traumáticas de explicación no convincente o inconsistente por parte de los familiares ("se me cayó mientras le daba el biberón", "le pegó su hermano", "se golpeó con un mueble", "se cayó jugando" ...), con aspecto descuidado en su higiene y vestido, así como retraso estaturponderal, que muestre actitudes de recelo y temor, con frecuencia un niño con retraso psicomotor hijo de padres que presenten factores de riesgo.

El diagnóstico es muchas veces difícil, ya que los padres suelen tardar en llevar al niño al médico, y es característico que las consultas se hagan sucesivamente en centros distintos para no levantar sospechas.

La presencia de estos hechos en su totalidad o parcialmente nos deben llevar a un estudio radiológico completo, exploración neurológica mediante TAC, determinaciones analíticas para descartar estados carenciales, estudio psicosocial de la familia, etc.

Pero desgraciadamente la intervención médica en algunos casos de SNM se produce cuando estos han determinado la muerte del niño, y consiste en la realización de la preceptiva autopsia. Pero antes de proceder a la necropsia es necesario, aunque no siempre posible, recabar toda la información posible en relación con el caso, pues permitirá la interpretación y correlación de los hallazgos de autopsia posteriores.

Esta información debe incluir la descripción de los hechos que han conducido a la muerte, lo que puede conseguirse por los informes de la policía, del servicio de urgencias, historia clínica, estudios radiológicos, información de testigos, etc. También sería interesante disponer de fotografías del lugar de los hechos y conocer las características del mismo (presencia de muebles, características del suelo, objetos presentes, etc.) a fin de poder interpretar posibles lesiones relacionadas con elementos presentes en el mismo. El constatar la existencia de animales domésticos, otros niños, adultos... y su relación con la víctima es también interesante, así como la inspección de las ropas que vestía en el momento de la muerte (James y Leadbeatter, 2002; Kanda y col., 1985; Wagner, 1986).

Una vez conocida esta información, se procederá a la práctica de la autopsia:

- Examen externo. Obviamente revela importantes pistas en relación con la naturaleza, extensión y antigüedad de las lesiones. Los hallazgos pueden ser muy variados y ya han sido comentados con anterioridad, por lo que no vamos a incidir de nuevo sobre ellos.
- Examen interno. Antes de comenzar se debe realizar un estudio radiológico completo de todo el cadáver que permita evidenciar las posibles fracturas existentes (tanto antiguas como recientes).

El examen interno por lo demás no difiere nada del efectuado en el adulto, pero hay que subrayar el hecho de que se deben de tomar muestras

de todas las lesiones externas que se encuentren, al objeto de realizar los pertinentes estudios histológicos y bioquímicos que permitan establecer su antigüedad y vitalidad.

Conclusión

Hemos de tener en cuenta que ningún problema se resuelve sin llegar previamente a conocerlo a fondo. Sólo la adecuada investigación y conocimiento de unos hechos sociales permitirá buscar y sentar las soluciones más justas y adecuadas. A esa información y al reconocimiento de esta entidad clínica que nunca debió existir y cuyo futuro está en nuestras manos, es a lo que se ha querido contribuir con la presente revisión.

Bibliografía

- Anderson WR, Hudson RP: Self inflicted bite marks in battered child syndrome. *Forensic Sci* 1976;7:71-4.
- Benstead JG. Shaking as a culpable cause of subdural haemorrhage in infants. *Med Sci Law* 1983;23:242-4.
- Buchino JJ. Recognition and management of child abuse by the surgical pathologist. *Arch Pathol Lab Med* 1983;107:204-5.
- Caffey J. The parent infant traumatic stress syndrome (Caffey Kempe Syndrome) (Battered Babe Syndrome). *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1972;114:217-9.
- Carmi A, Zimrin H. "Child Abuse". Springer Verlag. Berlin Heidelberg New York-Tokio, 1984.
- Case MES, Short CD, Poklis A. Intoxication by Aspirin and Alcohol in a child. A case of Child Abuse by Medical Neglect. *Am J Forensic Med Pathol* 1983;4:149-51.
- Chester DL, Jose RM, Aldyami E, King H, Moiem NS. Non-accidental burns in children. Are we neglecting neglect? *Burns* 2006;32:222-8.
- Clina B, Ferrant O, Dupont C, Papin F. Recurrent caustic esophagitis: A clinical form of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect* 2009;33:293-5.
- Council of Scientific Affairs of AMA. AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. *JAMA* 1985;254:796-800.
- Courteville H, Six A, François P, Muller P. Lésions ophtalmologiques chez les enfants battus. *J Méd Lég Droit Médical* 1987;30:33-5.
- Davis JH, Rao VJ, Valdés Dapena M. A forensic approach to a starved child. *J Forensic Sci* 1984;29:663-9.
- Delgado A, Garate J, Santolaya JM, Sobradillo B, Rodríguez JM: Síndrome del niño maltratado. *Medicine* 1987;85:3577-84.
- Dine MS, Mc Govern ME: Intoxicación intencionada de los niños. Una forma poco conocida de malos tratos: Comunicación de 7 casos y revisión de la literatura. *Pediatrics (Ed. Esp.)* 1982;14:33-7.
- Eckert WG: The other side of child abuse and sexual molestation. *Am J Forensic Med Pathol* 1986;7:91-3.
- Faller-Marquardt M, Pollak S, Schmidt U. Cigarette burns in forensic medicine. *Forensic Sci Int* 2008;176:200-8.
- Fallon B, Trocmé N, Fluke J, MacLaurin B, Tonmyr L, Yuan YY: Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 2010;34:70-9.
- Fournier M, De los Ríos R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA): Metodología. *Pan Am J Public Health* 1999;5:222-31.
- Gordon I, Shapiro HA, Berson SD: Caffey's Syndrome or "The Battered Child Syndrome", en "Forensic Medicine. A guide to principles", 3th ed., Churchill Livingstone. Edinburg London Melbourne New York, 1988, pp. 389-95.

- Hansen KK, Campbell KA: How useful are skeletal surveys in the second year of life? *Child Abuse & Neglect* 2009;33:278-81.
- James R, Leadbeatter S: The forensic examination of the infant and young child. *Current Diagnostic Pathology* 2002;8:384-94.
- Johnson CF, Showers J. Injury variables in child abuse. *Child Abuse & Neglect* 1985;9:207-15.
- Kanda M, Thomas JN, Lloyd DW: The role of forensic evidence in child abuse and neglect. *Am J Forensic Med Pathol* 1985;6:7-15.
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered Child Syndrome. *JAMA* 1962;181: 105-12.
- Knight B: The Battered Child, en "Forensic Medicine", Tedeshi GC, Eckert WG, Tedeshi GL (eds), Vol. I. W.B. Saunders Co.. Philadelphia, 1977, pp. 500-9.
- Kottmeier PK: The Battered Child. *Pediatr Ann* 1987;16,347-51.
- Lachica E. "Maltrato infantil: La historia de un problema". *Pediatría* 1996;16:333-6.
- Leetsma JE: Neuropathology of Child Abuse, en "Forensic Neuropathology". Raven Press, New York, 1988, pp. 333-56.
- Lipian MS, Mills MJ, Brantman A Assessing the verity of children's allegations of abuse: A psychiatric overview. *International Journal of Law and Psychiatry* 2004;27:249-63.
- Málaga S, Santos F, Suarez MD, Miaja J, Fernández Toral F, Crespo M. Síndrome de Münchausen en la infancia. *Med Clin* 1984;83:471-2.
- Morris JL, Johnson CF, Clasen M. To report or not to report. Physicians' attitudes toward discipline and child abuse. *Am J Dis Child* 1985;139:194-7.
- Proops R, Sibert J: Fabricated or Induced Illness by Careers (FII). A Practical Guide for Paediatricians. Royal College of Paediatrics & Child Health, 2009.
- Shnaps Y, Frand M, Rotem Y, Tirosh M. The chemically abused child. *Pediatrics* 1981;69:119-21.
- Silverman FN. Unrecognized trauma in infants. The battered child syndrome and the syndrome of Ambroise Tardieu. *Radiology* 1972;104:337-53.
- Sims BG, Cameron JM. Bite marks in the battered baby syndrome. *Med Sci Law* 1973;13:207-10.
- Stirling J Jr and the Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Treatment of Child Abuse in a Medical Setting, *Pediatrics* 2007; 119:1026-30.
- Tilelli JA, Ophoven JP: Hyponatremic seizures as a presenting symptom of child abuse. *Forensic Sci Int* 1986;30:213-7.
- Trube Becker E. The death of children following negligence. Social aspects. *Forensic Sci* 1977;9:111-5.
- Wagner GN. Crime scene investigation in child abuse. *Am J Forensic Med Pathol* 1986;7:94-9.
- Yasti AC, Tumer AR, Atli M, Tutuncu T, Derinoz A, Kama NA. A clinical forensic scientist in the burns unit: Necessity or not? A prospective clinical study. *Burns* 2006;32:77-82.