

Diagnóstico erróneo de síndrome de niño maltratado

Dres. Hugo Rodríguez¹, Tito Pais²

Resumen

Se comunican siete casos clínicos de diagnóstico erróneo de síndrome de niño maltratado. Se revisó la literatura médica, comparándola con los casos que se presentan encontrándose coincidencia, en cuanto al tipo de lesiones, con maltrato infantil. Sin embargo, no se encontraron casos publicados de aplasia medular, raquitismo vitamina D resistente o fiña corporis erróneamente interpretados como síndrome de niño maltratado.

Se discute el diagnóstico de síndrome de niño maltratado, subrayándose la necesidad de descartar toda causa no intencional de las lesiones, así como de la participación de las diferentes áreas del equipo asistencial (pediátrica, salud mental, medicolegal, social y eventualmente de la subespecialidad pediátrica) cuando se pretende un diagnóstico precoz. Se plantea el riesgo de victimización iatrogénica que encierra el diagnóstico erróneo de síndrome de niño maltratado y la necesidad de preservar estrictamente las pautas éticas y medicolegales que rigen el secreto médico.

Palabras clave: *Maltrato a los niños—diagnóstico diferencial
Niño*

Introducción

El síndrome de niño maltratado es una entidad pediátrica relativamente nueva. La descripción original de las lesiones osteoarticulares por Caffey data de 1946⁽¹⁾, pero recién en 1962 Silverman, Kempe y colaboradores introdujeron el término "battered-child syndrome"⁽²⁾. Desde entonces, esta denominación refiere al niño que ha sufrido repetidas lesiones de causa no accidental por parte de sus padres o cuidadores⁽²⁻⁴⁾.

Un mejor conocimiento del síndrome de niño maltratado (en adelante SNM) por parte de los pediatras llevó a que esta entidad fuera considerada y sospechada con creciente frecuencia en los últimos años. De este modo se logró aumentar el número de casos diagnosticados, muchas veces en etapas precoces. A la vez, surgió inevi-

tablemente el fenómeno del diagnóstico erróneo (seudo maltrato infantil).

Si bien en nuestro país no existen a la fecha trabajos publicados sobre diagnóstico erróneo de SNM, la literatura médica mundial cuenta con algunos cientos de casos comunicados. A partir de ellos se ha prestado más atención al estudio de los diagnósticos diferenciales, y el problema de diagnóstico erróneo comienza a aparecer en los textos⁽³⁻⁷⁾.

Se insiste con razón en que pasar por alto el diagnóstico de SNM conlleva un riesgo cierto de nuevos daños, incluida la muerte del niño. Igualmente, debe advertirse que su diagnóstico erróneo constituye una forma generalmente grave de victimización iatrogénica que compromete al niño, su familia y su entorno. Esta se da a través de interrogatorios, exámenes complementarios innecesarios, intervención policial o judicial, estigmatización y segregación a nivel hospitalario, familiar o barrial. La ruptura del vínculo con el nivel asistencial, secundaria a una injustificada acusación de maltrato físico a un menor, representa un serio daño adicional para las familias más carenciadas.

1. Asistente del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina

2. Profesor Agregado de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina.

Correspondencia: Dr. Hugo Rodríguez. Palermo 5513, Código Postal 11.400, Montevideo, Uruguay.

Recibido 20 de febrero de 1996

Aceptado 12 de abril de 1996

Trabajos recientes plantean que las estrategias de intervención en casos de SNM deben tender a la protección del menor asegurando que no se violen los derechos de los padres con acusaciones injustificadas⁽⁸⁾.

Se presentan siete observaciones clínicas de niños portadores de lesiones originalmente interpretadas como correspondientes a SNM. En todas ellas, el "diagnóstico positivo" o la sospecha de SNM fue directa o indirectamente comunicado a los padres. Se trata de ingresos ocurridos en el hospital pediátrico Pereira Rossell de Montevideo durante los años 1994 y 1995. Las consultas con el área medicolegal corresponden a un nivel extrajudicial, y fueron realizadas a través del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina.

Observaciones clínicas

Historia Nº 1

Doce años, sexo femenino, padres divorciados, con antecedentes patológicos personales de otitis media supurada a repetición, por lo que se realiza exudado que cultiva *Pseudomonas aeruginosa* y *Proteus*, y se decide ingreso a sala de otorrinolaringología. Al examen físico se comprueban múltiples equimosis de diferentes edades que predominan en cara, dorso y miembros. Interrogada sobre si había sido golpeada, la niña señala a su madre como autora de malos tratos. Se plantea SNM y se solicita consulta con medicina legal y servicio social. Personal de enfermería alerta sobre la aparición de nuevas equimosis durante la internación por traumatismo mínimo (sujeción de la cara durante la realización de una otoscopia). Se realiza un hemograma que muestra afectación de las tres series hemáticas. Se reinterga a la niña, que admite haber atribuido a su madre la provocación de las lesiones como parte de un manejo dirigido a pasar a vivir con su padre y el hijo lactante de éste, fruto de un segundo matrimonio. En el Servicio de Hematología se realizó mielograma por punción de espina ilíaca pósterosuperior que mostró celularidad marcadamente disminuida de las tres series, con escasos megacariocitos, infiltrado linfocítico inespecífico, sin células extrahematopoyéticas, hallazgo que permitió establecer diagnóstico positivo de aplasia medular interpretada como idiopática.

Historia Nº 2

Lactante de ocho meses, sexo masculino, procedente de un medio socioeconómico y cultural muy deficitario, eutrófico, con leve retraso en la adquisición de las conductas, que ingresa a sala de lactantes luego de consultar por hematomas de 1–1,5 centímetros de diámetro ubicados en cara anterior de tórax, que los padres atribuyen a traumatismos mínimos repetidos provocados por movimien-

to estereotipado de balanceo sobre la silla de comer. Se plantea SNM y se consulta a medicina legal y servicio social, acordándose realizar estudio de la crisis sanguínea para descartar causa orgánica. Los resultados mostraron aumento patológico del tiempo parcial de tromboplastina activada (139 segundos) con valores normales de tiempo de hemorragia y tiempo de protrombina. El estudio de la tasa plasmática de los factores de la coagulación reveló el déficit de factor VIII (3 U%) permitiendo establecer diagnóstico positivo de hemofilia tipo A.

Historia Nº 3

Cinco años, sexo masculino, que procede de un medio socioeconómico y cultural aceptable, e ingresa al Servicio de Emergencia traído por unidad móvil con diagnóstico de quemaduras provocadas por cigarrillo. Se consulta a medicina legal, comprobándose en cara anterior de tórax y abdomen dos lesiones maculares circulares, de 0,5–1 centímetro de diámetro hipopigmentadas, con fino halo marginal eritematoso. Se propone ingreso a sala y revaloración en 48 horas. La evolución demostró aumento espontáneo del diámetro de las lesiones cuyo contorno se hizo más irregular. La consulta con dermatólogo permitió diagnosticar micosis superficial (tiña corporis) que mejoró con el tratamiento habitual.

Historia Nº 4

Tres años, sexo masculino, procedente de medio socioeconómico y cultural marcadamente deficitario, que ingresa al Servicio de Traumatología y Ortopedia por fractura de húmero atribuida a caída accidental. Se comprueban lesiones circulares hipopigmentadas de un centímetro de diámetro en los miembros, que se interpretan como secuelas de quemaduras de tercer grado provocadas por cigarrillo; la madre niega las quemaduras y explica los hallazgos como secuelas de una piodermatitis padecida un año atrás. Interviene medicina legal y servicio social y ante la insistencia de la madre se revisaron los registros clínicos del Departamento de Emergencia comprobándose, en la fecha señalada por la madre, una consulta motivada por lesiones de piel en la misma topografía que las actuales, que fueron diagnosticadas y tratadas como impétigo.

Historia Nº 5

Tres años, sexo masculino, que desde hace un año vive junto a su madre en un establecimiento de detención; antecedentes familiares de hermano mayor maltratado físicamente, por lo que su padre cumple pena por delito de lesiones y su madre por delito de omisión de asistencia. Ingresó por patología infecciosa en estudio, comprobán-

dose al examen equímosis en raíz nasal que la madre atribuye a caída accidental desde un triciclo en movimiento. La explicación se considera insatisfactoria para justificar la lesión y tomando en cuenta los antecedentes de violencia intrafamiliar, se plantea SNM y se consulta con servicio social y medicina legal. La investigación permitió corroborar, a través de diferentes testigos presenciales del accidente entre el personal carcelario (custodias y técnicos), la existencia de una caída accidental como la referida por la madre que motivó consulta inmediata en el servicio asistencial carcelario.

Historia Nº 6

Lactante de doce meses, sexo masculino, medio socioeconómico aceptable, buen crecimiento y desarrollo, bien controlado, con antecedentes patológicos de traumatismo craneoencefálico accidental sin pérdida de conocimiento, hace 48 horas que fue seguido de vómitos y que motivó consulta inmediata a unidad móvil e internación para observación con alta a las 14 horas, realizándose tomografía computada que mostró edema de partes blandas en región occipital, sin lesiones intracraneanas. Los padres consultan al haber notado tumefacción blanda, extensa, en región ténporo-parietal izquierda, la que se interpreta como un segundo traumatismo craneoencefálico que los padres no pueden explicar. Se plantea SNM y se consulta a medicina legal. Se repite la anamnesis y el examen físico, reinterpretándose los hallazgos como secundarios a un único traumatismo occipital con ausencia de elementos que permitan sospechar un mecanismo no accidental.

Historia Nº 7

Niña de 9 años, portadora de parálisis cerebral a forma de cuadriparesia espástica, que recibe fenobarbital ininterrumpidamente desde los 3 meses de vida, con antecedentes patológicos de tres fracturas cerradas de miembro inferior izquierdo en los últimos dieciocho meses, que ingresa por fractura diafisaria cerrada con angulación de fémur izquierdo que la madre atribuye a traumatismo mínimo. Se sospecha SNM, lo que es negado por la madre y se consulta a medicina legal, planteándose la obligación de descartar causas de fracturas patológicas. Valorada por genetista se descarta la osteogénesis imperfecta. El estudio del metabolismo fosfocálcico revela resultados patológicos: hipofosfatemia (3,0 mg%) y valores séricos elevados de hormona paratiroidea (188 pg/ml) y fosfatasa alcalina (1314 mUI/ml). Valorada por nefrólogo y ortopedista se concluye en que se trata de un raquitismo resistente (osteopatía metabólica con hipoparatiroidismo secundario) de causa probablemente multifactorial (tratamiento prolongado con fenobarbital, permanencia

en cama y eventual tubulopatía renal, a confirmar por dosificación de metabolitos activos de la vitamina D).

Discusión

El SNM puede confundirse con algunas entidades muy frecuentes en pediatría como los traumatismos accidentales (historias clínicas Nº 5 y Nº 6) y las infecciones de la piel (historias clínicas Nº 3 y Nº 4).

El hallazgo de lesiones traumáticas inespecíficas de gravedad variable en un niño es una situación cotidiana, sobre la que llamativamente existen pocas comunicaciones de diagnóstico erróneo de SNM⁽⁹⁾. Nunca debería olvidarse que la causa accidental es mucho más frecuente que la intencional, y que el diagnóstico positivo de SNM es un diagnóstico de daño y no de riesgo.

El diagnóstico erróneo de quemadura de cigarrillo en casos de impétigo está bien documentado⁽⁹⁻¹¹⁾. La mención a quemaduras intencionales por cigarrillo aparece en todos los textos sobre SNM. No obstante, la experiencia en nuestro medio señala que este tipo de lesión es de presentación muy poco frecuente, sino excepcional. En todo caso, se corresponde con un agresor de un perfil diferente al habitual, asociado a importantes trastornos de la esfera psiquiátrica. De ahí que su planteo diagnóstico debería ser sumamente cauteloso. Además del impétigo, se ha confundido con quemaduras de cigarrillo la epidermolisis bullosa^(12,13) y la dermatitis herpetiforme⁽¹³⁾. Tampoco debe olvidarse que las verdaderas quemaduras de cigarrillo pueden obedecer a causa accidental⁽⁶⁾.

Si bien está descrito el diagnóstico erróneo de SNM en niños portadores de lesiones micóticas no encontramos casos en que éstas se hayan confundido con quemaduras de cigarrillo.

Las manifestaciones clínicas de los trastornos de la homeostasis (historias clínicas Nº 1 y Nº 2) y las osteopatías capaces de provocar fracturas patológicas (historia clínica Nº 7), pueden confundirse con los patrones lesionales más frecuentes en el SNM.

Con respecto a las discrasias, es conocida la posibilidad de diagnóstico erróneo de SNM en niños portadores de coagulopatía congénita^(11,14,15) o adquirida (fibrosis quística con déficit de vitamina K^(9,16), meningitis con coagulación intravascular diseminada)⁽¹⁷⁾.

Si bien los síndromes purpúricos plaquetopénicos también han sido reconocidos como causa de diagnóstico erróneo de maltrato infantil (púrpura trombocitopénico autoinmune⁽¹¹⁾, leucemia linfocítica aguda como hallazgo autopsico⁽¹⁸⁾), no se encontraron casos comunicados de aplasia medular inicialmente interpretada como SNM.

Merece destacarse la advertencia de Kornberg sobre el hecho que la discrasia sanguínea y las lesiones intencionales no se excluyen mutuamente⁽⁶⁾.

La fractura patológica como causa de diagnóstico erró-

neo de SNM es bien conocida. La mayoría de los casos comunicados corresponden a osteogénesis imperfecta⁽¹⁹⁻²²⁾ y a sífilis congénita^(9,23,24).

Las revisiones de casos de diagnóstico erróneo de SNM muestran un caso de fractura patológica debida a raquitismo por deficiencia de vitamina D en un lactante de 4 meses⁽⁹⁾. No se encontraron casos de raquitismo resistente a la vitamina D como el de la historia clínica N° 7.

La historia clínica N° 1 recuerda que si bien la declaración de un menor denunciando el maltrato sigue siendo, en los pocos casos en que ello se verifica, uno de los datos anamnésticos más significativos para el diagnóstico de SNM, ello por sí no es suficiente y obliga a descartar la simulación.

Conclusiones

Las causas de diagnóstico erróneo de SNM en los siete casos que se comunican están en general comprendidas en las conocidas por la literatura médica. La mayoría de las comunicaciones al respecto corresponde a los últimos diez o doce años.

Sin embargo no se han encontrado publicaciones que den cuenta específicamente de casos diagnóstico erróneo de SNM en niños portadores de raquitismo vitamina D resistente, aplasia medular y tinea corporis.

En los casos que se refieren no existió desde el inicio una decidida conducta dirigida a descartar todas las posibles causas no intencionales (accidentales o morbosas) de las lesiones que presentaban los niños.

El diagnóstico precoz del SNM exige la participación de diferentes áreas asistenciales (pediatría, salud mental, medicina legal, servicio social y, eventualmente, subespecialidades pediátricas). El examen clínico completo y los procedimientos complementarios adecuados a cada presentación podrían disminuir los casos de diagnóstico erróneo de SNM. En particular, es recomendable que frente a casos cuya expresión clínica sea de tipo hemorrágico se incorpore a la rutina el estudio de la crisis sanguínea.

El manejo del secreto médico en forma acorde con las pautas éticas y medicolegales habituales cobra particular relevancia en casos tan favorecedores de la estigmatización como el SNM. El correcto manejo del principio de la confidencialidad disminuye el potencial iatrogénico de un eventual diagnóstico erróneo inicial de SNM.

Résumé

On montre 7 cas cliniques à diagnostic erroné du syndrome de l'enfant maltraité. On fait une révision de la littérature médicale, et on la compare à ces cas-là: on y trouve une coincidence en ce qui concerne le type de lésions qu'on confond avec le mauvais traitement enfantin. Cependant, on ne trouve pas des cas publiés d'aplasie mé-

dulaire, rachitisme vitamine D résistant ou teigne corporis, mal interprétés comme syndrome de l'enfant maltraité.

On discute le diagnostic du syndrome de l'enfant maltraité, tout en soulignant le besoin de rejeter toute cause pas intentionnelle des lésions, ainsi que de la participation des différents domaines de l'équipe assistentielle (pédiatrique, santé mentale, médico-légale, sociale et éventuellement, de la spécialité pédiatrique), si on prétend un diagnostic précoce.

On expose le risque de victimisation iatrogénique qu'enferme le diagnostic erroné du syndrome de l'enfant maltraité, et le besoin de préserver strictement les règles éthiques et médico-légales qui régissent le secret médical.

Summary

A report is made of seven clinical cases of misdiagnosis of the child abuse syndrome. A revision is carried out of the medical literature due comparison with the cases involving coincidence as regards the type of lesions mistaken for child abuse. However there are no available instances of medullar aplasia, vitamin D resistant rickets or tinea corporis mistakenly interpreted as the child abuse syndrome.

A discussion is undertaken of the abused child syndrome diagnosis, stress being laid on the need to rule out every unintentional cause of lesions, as well as the participation of the different areas of the care unit (pediatric, mental health, medicolegal, social and eventually of the pediatric subspeciality) when aimed at an early diagnosis.

Also posed is the risk of iatrogenic victimization involving the misdiagnosis of the abused child syndrome and the need for strict preservation of ethical and medicolegal standards governing medical confidentiality.

Bibliografía

1. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther* 1946; 56: 163-73.
2. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962; 181:17-24.
3. Knigh B. The battered child. In: Tedeschi CG, Eckert WG, Tedeschi LG: *Forensic Medicine*. Philadelphia: W.B.Saunders, 1977: 500-9.
4. Loredó Abdala A. Maltrato al menor. México: Interamericana-McGraw-Hill, 1994: 162.
5. Kornberg AA. Skin and soft tissue injuries. In: Ludwig S, Kornberg AE. *Child abuse: a medical reference*. 2ª ed. New York: Churchill Livingstone, 1992: 91-104.
6. Purdue GF, Hunt JL. Burn injuries. In: Ludwig S, Korn-

- berg AE. Child abuse: a medical reference. 2^a ed. New York: Churchill Livingstone, 1992: 105-16.
7. **Bays J.** Conditions mistaken for child abuse. In: Reece RM. Child abuse: medical diagnosis and management. Boston: Lea & Febiger, 1994: 358-85.
 8. **Parton C, Parton N.** Protección al menor, ley y peligrosidad. In: Stevenson O. La atención al niño maltratado. Barcelona: Paidós, 1992: 63-81.
 9. **Kaplan JM.** Pseudoabuse—the misdiagnosis of child abuse. *J Forensic Sci* 1986; 31:1420.
 10. **Oates RK.** Overturning the diagnosis of child abuse. *Arch Dis Child* 1984; 59:860.
 11. **Whaerler DM, Hobbs CJ.** Mistakes in diagnosing non-accidental injury: 10 year's experience. *Br Med J* 1988; 296: 1233.
 12. **Colver GB, Harris DWS, Tidman MJ.** Skin diseases that may mimic child abuse. *Br J Dis Dermatol* 1990; 139:239.
 13. **Winship IM, Winship WS.** Epidermolysis bullosa misdiagnosed as child abuse. *South Afr Med J* 1988; 73:369.
 14. **Schweich W, Brueschke EE, Dent T.** Family practice grand rounds: hemophilia. *J Fam Pract* 1982; 14:661.
 15. **O'Hare AE, Eden OB.** Bleeding disorders and non-accidental injury. *Arch Dis Child* 1984; 59:860.
 16. **Carpentieri U, Gustavson LP, Haggard ME.** Misdiagnosis of neglect in child with bleeding disorder and cystic fibrosis. *South Med J* 1978; 71:854.
 17. **Kirschner RH, Stein RJ.** Mistaken diagnosis of child abuse. *Am J Dis Child* 1985; 139:873.
 18. **Mc Clain JL, Clark MA, Sandusky GE.** Undiagnosed, untreated acute lymphoblastic leukemia presenting as suspected child abuse. *J Forensic Sci* 1990; 35:735.
 19. **Wright JT, Thornton JB.** Osteogenesis imperfecta with dentinogenesis imperfecta: a mistaken case of child abuse. *Pediatr Dent* 1983; 5:207.
 20. **Paterson CR, Mc Allion S, Miller R.** Osteogenesis imperfecta with dominant inheritance and normal sclerae. *J Bone Joint Surg [Br]* 1983; 65:35.
 21. **Paterson CR, McAllion SJ.** Child abuse and osteogenesis imperfecta. *Br Med J* 1987; 295:1561.
 22. **Gahagan S, Rimza ME.** Child abuse or osteogenesis imperfecta: how can we tell? *Pediatrics* 1991; 88:987.
 23. **Fiser RH, Kaplan J, Holder JC.** Congenital syphilis mimicking the battered child syndrome: how does tell temp apart? *Clin Pediatr* 1972; 11:305.
 24. **Horodniceanu C, Grunebaum M, Volovitz B, Nitzan M.** Unusual bone involvement in congenital syphilis mimicking the battered child syndrome. *Pediatr Radiol* 1978; 7(4):232.