

Maltrato infantil. Presentación de un caso

Child abuse. Presentation of a case

Dra. Diana Rosa Bayona Santana, Dra. Lilibeth Villalonga Costa, Dr. Norge Estupiñán Rodríguez, Dr. Yasser Velásquez Medina, Dra. Isis Leonor Jiménez Ramírez

Hospital Provincial Docente José Ramón López Tabrane. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

El maltrato infantil constituye un problema de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, jurídicas y médicas. La definición de maltrato implica una valoración social en relación a lo que es peligroso o inadecuado para el niño. En eso reside la gran dificultad para definirlo. En este artículo se expone un caso poco común de maltrato infantil, que culminó con la muerte de la víctima de 22 meses de edad, que según los datos aportados por la instrucción policial, en horas de la noche, del día 4 de octubre del 2015, al llegar al cuerpo de guardia, la doctora de asistencia constata que la misma se encontraba fallecida y al examen físico presentó múltiples lesiones recientes y antiguas en el cuerpo. Se recoge el antecedente de maltrato familiar en varias ocasiones, siendo el último ocasionado alrededor de 2 días.

Palabras clave: maltrato, maltrato infantil, repercusión médico-psicológica.

ABSTRACT

Child abuse is a problem of deep psychological, social, ethical, juridical and medical repercussions. The definition of abuse implies a social judgment in relation of what is dangerous or inadequate for a child. This is the cause of the enormous difficulty of defining it. An uncommon case of child abuse is described in this article. It ended up

with the death of the 22-years-months child who, according with the data given by the police instruction, was death when arrived to the Emergency Unit on October 4th 2015 at night. At the arrival, the caregiver doctor stated that the child was death, and at the physical examination she presented multiple recent and old lesions in the body. It was recorded the antecedent of family abuse in several occasions, being the last one around two days ago.

Key words: abuse, child abuse, medical-psychological repercussion.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos, los hechos de crueldad para con los menores han suscitado el repudio de las diferentes sociedades hacia los victimarios vinculados con esta repudiable acción. Se cita que ya en el Código de Hammurabi (2000 años antes de Cristo) se sancionaba a la nodriza que dejaba morir en sus brazos a un lactante, y dicha sanción consistía en la amputación de sus senos.¹

En la centuria que vivimos, muchos han sido los investigadores que han profundizado en los hechos de maltrato a menores denominándolos indistintamente "servicia en los niños", "maltrato de menores", "síndrome del niño maltratado", denominación esta que es más utilizada y da una medida exacta del hecho en cuestión.^{1,2}

Se denomina maltrato infantil o abuso infantil a cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo.^{3,4}

Este síndrome puede observarse en cualquiera de sus formas: activa o pasiva. La forma activa es más frecuente y se caracteriza por la presencia en la víctima de contusiones de diferente cronología, lo que denota agresiones diversas en el tiempo y provoca en los menores daños a su integridad corporal y una toma progresiva de su estado general, así como trastornos en su comportamiento habitual tanto desde el punto de vista físico como psíquico.^{5,6} De lo anterior se deduce que la forma activa puede tener una evolución aguda o crónica, en la primera las lesiones se manifiestan de manera rápida y en dependencia del área corporal donde asienten, pueden causar serios trastornos en el menor e incluso llevarlo a la muerte. En la evolución crónica, se acumulan los efectos de los distintos traumatismos y el menor va sufriendo un deterioro progresivo que de no ser descubierto a tiempo puede también dar al traste con su vida. Hay que tener en cuenta que este síndrome puede existir sin que necesariamente se produzca la muerte, que es su máxima expresión.⁷

El fenómeno que nos ocupa no es un problema nuevo. Tuvieron que acontecer cambios en la sensibilidad y el panorama de nuestra cultura para llegar a la concientización de la existencia y de la magnitud del tema de los malos tratos a los niños.^{8,9}

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, a lo largo de la historia.^{10,11}

En nuestro país es infrecuente la muerte de los menores por agresividad contra ellos, y se diferencia de otros países tanto desarrollados como subdesarrollados donde a diario se conoce de casos como el que vamos a presentar a continuación.

Aunque en nuestro medio es infrecuente encontrar casos como éste, es menester conocer que existe este síndrome para poder identificar y prevenir estos casos que de manera aislada puedan darse. Es a nivel de la atención primaria, con la ayuda del médico de la familia, que se puede detectar mediante el trabajo en la comunidad y con el apoyo de las organizaciones de masa. En la atención secundaria también deben tenerse en cuenta las características de dicho síndrome para diagnosticarlo y reportarlo a su área de salud.

Precisamente por lo poco común, es que consideramos de interés la divulgación de las características de este síndrome y conocer los elementos que distinguen el hecho para que pueda ser detectado y reportado a tiempo y así se tomen las medidas que contribuyan a su prevención.

Velar porque no existan víctimas del síndrome del niño maltratado es obligación de todos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El día 4 de octubre del 2015, los médicos de guardia del Servicio Provincial de Medicina Legal de Matanzas, realizan la necropsia del cadáver de un menor de 22 meses de edad, que según los datos aportados por la instrucción policial, se recoge el antecedente de maltrato familiar en varias ocasiones, siendo el último ocasionado hace alrededor de 2 días y que en horas de la noche, del día antes mencionado, alrededor de las 10:00 p.m., es llevada al policlínico porque, según refería su madre, la menor se había caído de una silla. Al llegar al cuerpo de guardia, la doctora de asistencia constata que la misma se encontraba fallecida. Surge la interrogante sobre la etiología medicolegal en este caso al tener en cuenta las múltiples lesiones en el exterior del cuerpo de la víctima: ¿Estamos ante un homicidio o un accidente?

Como antecedentes patológicos personales no se recogen datos de interés médico legal.

Generales: cadáver de un menor, de 22 meses de edad, del sexo femenino, con rasgos de mestizaje, constitución normolínea, panículo adiposo disminuido, con signos de desnutrición, cabello largo, lacio, de color negro, amarrado con una felpa de color amarilla, ojos con iris color pardo oscuro. Cuello propio de su biotipo.

En el examen del exterior del cadáver presentaba en los SignosTanatológicosfrialidad cadavérica generalizada; rigidez incipiente del cuello, livideces muy escasas en región lateral de la espalda, respuesta positiva a la estimulación mecánica de ambos bíceps. No mancha verde abdominal. Data de la muerte estimada: entre 2 y 4 horas.

Como Signos de Violencia: hematoma redondeado de color rojo violáceo en la mejilla izquierda a 2,5 cms del ángulo externo del ojo izquierdo (antiguo). Hematoma de color rojo violáceo de 3 cms de diámetro en la región frontal izquierda, 2 excoriaciones lineales pequeñas a 1 cm. del ángulo externo del ojo izquierdo. Lesiones redondeadas, pequeñas, de color negro violáceo en la conjuntiva, a ambos lados del iris, en los dos ojos. Cuatro hematomas redondeados, de 0,5 cm de diámetro, de color rojo violáceo en el ángulo externo de la comisura labial (lado derecho). Excoriación lineal de 2 cm de longitud en el ángulo externo de la comisura labial (en el lado izquierdo). Hematoma redondeado, pequeño, de color rojo violáceo en la región submentoneana. Equimosis en la mucosa interna del labio superior, próximo a la comisura labial derecha. Lesión apergaminada que abarca todo el borde del labio inferior. Múltiples hematomas de color rojo violáceo, de tamaño variable en la región abdominal, más acentuados a nivel del flanco y fosa iliaca derecha (antiguos) que asientan sobre un hematoma grande, más antiguo, de color azulado. Hematoma redondeado de color rojo violáceo, en palma de la mano izquierda, próximo a la falange distal desde el 1ro hasta el 4to dedo (color azul). Hematoma redondeado de color rojo violáceo en palma de la mano derecha, próximo a la falange distal del dedo pulgar (color azul). Hematoma redondeado de color rojo violáceo en la cara externa del antebrazo derecho a 4 cms del pliegue del codo. Tres lesiones alargadas, en forma de dedos de guante, que ocupan un área de 2,5 cms de diámetro, con bordes hiperpigmentados, apergaminados y con pérdida de la epidermis en los bordes, localizadas en la región externa del muslo izquierdo (antiguos). Dos hematomas redondeados de color rojo violáceo y excoriaciones lineales pequeñas a nivel de ambas rodillas. Múltiples lesiones hipopigmentadas, lineales, paralelas y perpendiculares al eje medio del cuerpo, localizadas en el tercio medio e inferior del muslo izquierdo en la cara antero lateral (antiguos). Múltiples lesiones hipopigmentadas, pequeñas, localizadas en ambas piernas (antiguos). Hematoma grande de color azul, con aumento de volumen, a nivel del maleolo externo del tobillo izquierdo. Aumento de volumen del dorso del pie izquierdo, con coloración negro violáceo. Lesiones hipopigmentadas en el primer dedo de ambos pies. Múltiples hematomas de color rojo violáceo, redondeados y pequeños en el maleolo interno del tobillo derecho. Hematoma amplio de color rojo violáceo, en la región inferior de la espalda, próximo a la región sacra, con presencia de tres lesiones puntiformes en la región media de la espalda por encima de dicho hematoma. Lesión en forma de media luna de 2x1cm en la región lumbar derecha, próxima al glúteo.

En los signos patológicos no violentos se detecta cianosis distal. Lesiones antiguas de escabiosis en todo el cuerpo. Palidez cutánea mucosa.

En los signos terapéuticos y quirúrgicos, nada a señalar de interés médico legal.

Enotrossignosse evidencia distensión abdominal marcada; planta de los pies y uñas maculadas de tierra.

Orificios naturales muestran relajación de esfínter vesical, caries dentales en incisivos superiores, centrales y laterales.

En el examen del interior del cadáver lo más significativo: en cráneo amplio hematoma galeal y subgaleal en la región fronto-temporo-parietal izquierda, amplio hematoma galeal en la región frontoparietal derecha, pequeño hematoma subgaleal en la región parietal derecha. El encéfalo se encuentra reblandecido, con signos de edema, presenta aplanamiento de las circunvoluciones y estrechamiento de los surcos.

Encavidad torácica: al extraer el bloque visceral se aprecia en la región posterior infiltrado hemorrágico a nivel de los músculos intercostales. Pulmones de color rosado, poco aireados. Presencia de foco contusivo de 1.5 cm en la región posterior del lóbulo medio del pulmón derecho. No se observan manchas de Tardieu. Al realizar los cortes y expresión rezuman escasa cantidad de líquido sanguinolento. Infiltrado hemorrágico peri aórtico y a nivel de ambos hemidiafragmas.

Lacavidad abdominopelviana revela infiltrado hemorrágico en el tejido celular subcutáneo y los músculos de la pared anterior del abdomen, más acentuado hacia el lado derecho, lo cual se corresponde con los hematomas en la región abdominal a nivel del flanco y fosa ilíaca derecha descritos en los signos de violencia. Presencia de gran cantidad de sangre líquida libre en cavidad (300 cc). Se examina la pared posterior por su parte interna donde se aprecia hematoma en la región paravertebral (región dorsal baja y región lumbar), en los músculos de la pared posterior del abdomen y perivesical. Al examinar el bloque visceral se observa el esófago color blanco grisáceo, sin alteraciones de la mucosa, presencia de pequeño infiltrado hemorrágico periesofágico. Infiltrado hemorrágico a nivel de mesocolon transverso. Hígado de tamaño normal, de color amarillo, con presencia de infiltrado hemorrágico a nivel del hilio y en la región posterior del lóbulo derecho. Amplio hematoma retroperitoneal, más acentuado en el lado derecho. Infiltrado hemorrágico peri pancreático. Infiltrado hemorrágico perirenal derecho. Riñones de tamaño normal, de superficie lisa, la cápsula se le desprende sin dificultad. Al corte se observa palidez cortiço medular. Infiltrado hemorrágico periaórtico.

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista médico legal, teniendo en cuenta los antecedentes aportados por la instrucción penal actuante, el examen del exterior y el interior del cadáver, estos resultados nos condujeron por el camino correcto para esclarecer la interrogante sobre la etiología médico legal en este caso, pudiéndose explicar la disyuntiva de si estábamos ante la ocurrencia de un accidente o en presencia de un lamentable homicidio.^{10,11}

Se excluye la posibilidad de la ocurrencia de un accidente por:

1. Presencia en el lugar de los hechos, de una silla pequeña, que no se corresponde con el cuadro lesional descrito producto de la caída (las lesiones por la envergadura no podían justificarse por una caída desde una distancia aproximada de 30 cm, altura de la silla)
2. No había testigos en el lugar que presenciaron la caída desde la silla, sólo sus padres.
3. En el cadáver: existían lesiones en la cavidad craneana y abdominal que no se corresponden con la caída desde una silla pequeña.

La hipótesis del homicidio se justifica porque:

1. En el lugar del hecho: existen testigos (vecinos) que escuchaban los maltratos hacia la menor (física y verbal).

2. En el cadáver: hay presencia de signos de violencia que hablan a favor de la violencia física; las lesiones asociadas a la escabiosis, los signos de desnutrición y las caries dentales que se encontraron en la menor se relacionan a la forma pasiva del maltrato infantil, en la cual se le priva de cuidados.

Por tanto, planteamos que nos encontramos ante una muerte violenta relacionada con el síndrome del niño maltratado, lo cual se justifica por las lesiones descritas en los signos de violencia; en los signos patológicos; la distensión abdominal marcada; signos de abandono y no atención al cuidado de la higiene (planta de los pies y uñas maculadas de tierra, caries dentales en incisivos superiores, centrales y laterales) y por los hallazgos macroscópicos en el examen del interior del cadáver.^{9,11}

Las causas de muerte están en concordancia con las múltiples lesiones descritas sobre todo en la región abdominal y pélvica, ocasionadas por el traumatismo cerrado de abdomen.

La causa directa de la muerte estuvo dada por la anemia aguda que se produjo como consecuencia del hemoperitoneo y el gran hematoma retroperitoneal presente.

El síndrome del niño maltratado se considera un cuadro especial en el campo de la medicina legal pediátrica, que con gran frecuencia va asociado al delito de lesiones o al abandono de menores. Se observa en niños menores de 3 años y está caracterizado por traumatismos en diferentes fases de evolución, lo cual coincide con el cuadro lesional descrito en la víctima.

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 y una forma pasiva en la cual se le priva de cuidados, es frecuente el estado de desnutrición y se asocia 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 traumatismos y cicatrices múltiples que no guardan relación con la historia contada por los familiares. En ella son frecuentes las equimosis labiales, en las extremidades, dorso, regiones glúteas; y cuando como resultado ocurre la muerte, ésta se debe a daños internos de órganos y tejidos, cuadro éste que coincide con el cuadro lesional descrito en la víctima.

Es importante destacar que en estos casos cuando los culpables son llevados a los tribunales, tratan de explicar el estado de los niños como resultado de caídas, juegos, convulsiones, la negación a comer o enfermedades.

En este caso, las lesiones encontradas en la cavidad abdominal fueron las que ocasionaron la muerte que, por su envergadura no permitieron la realización de ningún proceder terapéutico de urgencia. Producto de los traumatismos ocasionados se produjo una ruptura de los vasos mesentéricos (arterias y venas) que ocasionaron el gran hematoma retroperitoneal y el hemoperitoneo descritos, que junto a las otras lesiones provocaron la anemia aguda en la víctima que la llevó al deceso final. La distensión abdominal es una respuesta del organismo y signo de alarma por el proceso traumático.

Se describen otras lesiones que también contribuyeron a la muerte como las descritas en la región cefálica (hematoma galeal y subgaleal); el edema cerebral ligero; los

infiltrados hemorrágicos y focos contusivos descritos en región torácica, abdominal y pélvica.

Las lesiones descritas en los signos de violencia como antiguas se corresponden también con la violencia física y por ende al delito de lesiones; las lesiones asociadas a la escabiosis, los signos de desnutrición y las caries dentales se relacionan a la forma pasiva del maltrato infantil donde se priva al niño de cuidados.

El mecanismo de producción de las lesiones como el hematoma de color rojo violáceo de 3 cm de diámetro en la región frontal izquierda y el traumatismo descrito en el pie izquierdo bien pueden corresponderse con una caída.

Con relación a las lesiones descritas en región cefálica y abdominal no se puede precisar con exactitud el objeto productor de las mismas por no haber una imagen definida que pueda corresponderse con un objeto determinado. No obstante, no cabe duda que son resultado de una agresión física donde se produjo el efecto de la energía cinética a partir de golpes propinados y que no se corresponden por su magnitud con una caída desde poca altura como una silla.

Las lesiones antiguas descritas en la cara externa del muslo izquierdo, por presentar una imagen o forma definida, induce a pensar que fue utilizado un objeto que puede corresponderse con un cinto, una cuerda, sogas, o algo similar en cuanto a sus dimensiones de ancho y largo.

La data de las lesiones cuando se hace referencia a que son antiguas es porque tienen como mínimo 30 días y las recientes se enmarcan en un período no mayor de 72 horas.

Con todos los elementos aportados, los peritos actuantes plantean que la etiología médico legal se corresponde con la homicida.

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.

Los autores de delitos como éste son juzgados y sancionados por la Ley en conformidad con lo establecido en el Código Penal Cubano, para que sucesos tan lamentables, por culpa de conductas irresponsables, que implican la muerte de un menor no quede impune.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Guerrero-Cazares MF, Delgado-Guerrero F. Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2012 [citado 14 Jul 2017]; 79(1): 43-47. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121h.pdf>

2- Guthkelch N. Problems of Infant Retino-Dural Hemorrhage with Minimal External Injury. Hous J Health L & Policy [Internet]. 2012 [citado 14 Jul 2017]; 12:201-208. Disponible en: https://www.law.uh.edu/hjhp/volumes/Vol_12_2/Guthkelch.pdf

- 3- Findley KA, Barnes PD, Moran DA. Shaken Baby Syndrome, Abusive Head Trauma, and Actual Innocence: Getting It Right. *Hous J Health L. & Policy* [Internet]. 2012 [citado 14 Jul 2017]; 2: 209-312. Disponible en: <https://repository.law.umich.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/cu/&httpsredir=1&article=1559&context=articles>
- 4- Iglesias Pescoso I, Álvarez Lauzarique ME. Conocimientos sobre el maltrato infantil en los escenarios asistenciales de la brigada médica cubana en Oruro, Bolivia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2013 [citado 20 Mar 2015]; 29(1): 76-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext
- 5- Cohen M, Wrennall L, Bach B. Carta Abierta sobre el Síndrome del Bebé Sacudido y los Tribunales: Una premisa falsa y defectuosa. *Rev Electrónica de Autopsias* [Internet]. 2015 [citado 14 Jul 2017]; 13(1). Disponible en: <http://rea.uninet.edu/index.php/ejautopsy/article/view/80>
- 6- Torres Triana AE, Teseiro Plá MM, Herrera Perdomo D. Caracterización del maltrato psicológico infantil en el área de salud del Policlínico "Reynold García" de Versalles. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2013 [citado 20 Mar 2015]; 35(6): 596-605. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol6%202013/tema04.htm>
- 7- Sharyn Parks E, Joseph LA, Hill HA. Pediatric Abusive Head Trauma: Recommended Definitions for Public Health Surveillance and Research [Internet]. USA: National Center for Injury Prevention and Control; 2012 [citado 20 Mar 2015]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/pedheadtrauma-a.pdf>
- 8- Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuad. med. forense* [Internet]. 2010 Jun [citado 28 Mar 2017]; 16(1-2): 53-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000100007&lng=es
- 9- Levin AV. Retinal hemorrhage in abusive head trauma. *Pediatrics*. 2010 Nov; 126(5): 961-70. Citado en PubMed; PMID: 20921069.
- 10- Olivares Louhau EM, Sánchez Figuereo B, Bonne Falcón D, et al. Características clínico epidemiológicas de niños con quemaduras y evolución hacia el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. *MEDISAN* [Internet]. 2017 Dic [citado 28 Mar 2018]; 21(12): 3324-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200006&lng=es
- 11- Nickolaus J. Shaken Baby Syndrome. *J Foren Nurs* [Internet]. 2005 [citado 28 Mar 2017]; 1(3): 111-117. Disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/515880_4

Recibido: 22/1/16
Aprobado: 29/3/18

Diana Rosa Bayona Santana. Hospital Provincial Docente " José Ramón López Tabrane". Matanzas. Santa Rita entre Santa Cecilia y San Isidro. Versalles.
Correo electrónico: dianar.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Bayona Santana DR, Villalonga Costa L, Estupiñán Rodríguez N, Velásquez Medina Y, Jiménez Ramírez IL. Maltrato infantil. Presentación de un caso . Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 40(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1770/3792>