

Síndrome del niño golpeado. Aspectos traumatológicos

DRES.: CARLOS PEREZ L. *, GUILLERMO MELERO N. y HERNAN MOYA S.

Se define este síndrome como "la agresión física, no casual, con lesiones que van desde leves hasta mortales, infringidas a un menor por las personas mayores a su cuidado". Este cuadro clínico fue configurado entre los años 1955-1960 en publicaciones de Altman y Smith, y por Kempe y colaboradores a quienes se le debe la denominación actual. La primera acción legal registrada en favor de un niño golpeado, se remonta sin embargo, al año 1870, en Nueva York y está registrado en los anales policiales de esa ciudad. Actualmente las publicaciones sobre el tema son de extraordinaria frecuencia, y se han descrito en todos los países occidentales, aparentemente independiente de su acervo cultural o económico.

Frecuencia:

Diferentes estadísticas extranjeras coinciden y señalan una frecuencia de 225 niños golpeados por millón de habitantes. Según Rang 10 % de todos los niños accidentados menores de 2 años de edad serían niños golpeados y el 25 % de todas las fracturas en menores de 3 años. La mortalidad se ha calculado en un 2 a 3% de los niños golpeados (similar a la leucemia).

Diagnóstico:

El diagnóstico debe sospecharse en todos los casos en que coexistan dos o más de los siguientes hechos:

1. *Fracturas múltiples.*

Se trata de fracturas en diferentes grados de evolución. Recientes y en etapas de reparación o

* Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de Ortopedia y Traumatología, Hospital Exequiel González Cortés.

aún de remodelación ósea. Muchas veces se trata de fracturas que difícilmente se observan en la clínica habitual, ya que los traumatismos accidentales rara vez las producen: ej. desprendimiento de la cabeza del húmero.

2. *Compromiso de partes blandas:* especialmente quemaduras: señales de quemaduras antiguas; señales de golpes; hematomas, equimosis en la cara y en las extremidades. Hematomas en los músculos en diferentes grados de fibrosis o calcificaciones. (Fig. N° 1 y N° 2).

3. *Muerte brusca no explicada.*

4. En general, cualquier caso en que la *multiplicidad de las lesiones* o su gravedad no guarde relación con la historia obtenida. Ante respuestas evasivas o poco claras como "parece que se cayó"; "se cayó jugando"; "lo empujaron", etcétera.

5. *Historia de injurias anteriores.*

6. *Hospitalización deseada* por parte, generalmente, del padre.

7. *Hematoma subdural* de causa no precisada.

Caso N° 1:

Niño de tres años de edad, que es traído al Servicio de Urgencia de nuestro hospital por su padre, con un hematoma reciente del cuero cabelludo. Aparentemente se trata de un traumatismo casual. Hay hematomas extensos de ambos brazos. Se hospitaliza. La radiografía de cráneo demuestra una fractura lineal parietal. Se da de alta con

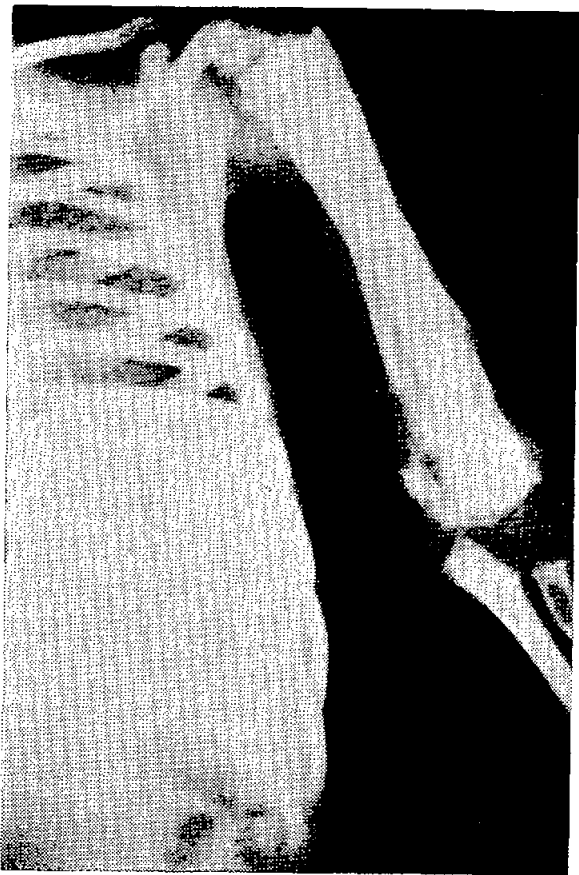
indicaciones de reposo en cama. Dos meses más tarde vuelve a consultar traído también por su padre que ahora confiesa que el niño es golpeado por la madre. Hay nuevas contusiones en la cabeza, equimosis y aspecto desaseado. Se trata de un niño desconfiado, agresivo con el médico y con los otros niños del hospital. Mal estado nutricional. Aumento de volumen con aspecto de callo óseo en la clavícula. Aumento de volumen duro, leñoso que compromete todo el brazo, limitando la flexo extensión del codo. El examen neurológico es normal.

Ingresa con los diagnósticos de:

1. Síndrome del niño golpeado.
2. Contusiones múltiples.
3. Fractura del húmero.

Las radiografías revelan:

- a) Fractura parietal reciente;
- b) Fractura de clavícula antigua.
- c) Separación (disyunción) del núcleo epifisario proximal del húmero, antigua, con discreto desplazamiento.



d) Extensa imagen de calcificación traumática perihumeral (Fig. N° 1) que compromete las partes blandas del brazo en toda su longitud.

Se mantuvo hospitalizado hasta que se trasladó a la Casa Nacional del Niño, mediante la colaboración del Servicio de Asistencia Social del Hospital. Se comunicó el caso a la Dirección del Hospital.

Caso N° 2:

A los 9 meses de edad presenta una fractura sub-capital de húmero y fractura de diálisis femoral. No hay antecedentes de traumatismo previo; a pesar de todo esto no se sospechó el diagnóstico de síndrome del niño golpeado. Tres meses antes había tenido otra fractura de pierna tratada en otro hospital. Al año de edad lo traen nuevamente con una fractura reciente de tibia; también esta vez sin antecedentes claros de traumatismo previo. Se pensó entonces en fracturas patológicas y se hizo un extenso estudio del metabolismo óseo. (normal). El niño no concurrió nuevamente a control. A pesar de repetidas citaciones domiciliarias no hemos conseguido entrevistarlos con los padres.

Tratamiento:

El punto básico es la hospitalización de inmediato. El médico que recibe el niño debe tener presente la alta mortalidad de este síndrome. La hospitalización se justifica con la sospecha de este síndrome, independiente de la gravedad que en ese momento presenten las lesiones del niño.

Simultáneamente con el tratamiento de las lesiones, el médico debe poner el caso en conocimiento de las autoridades del hospital para que se realice la denuncia judicial correspondiente.

Diagnóstico diferencial:

Corrientemente el diagnóstico no ofrece dificultades si se tiene presente los hechos enumerados. Debe establecerse diagnóstico diferencial con:

1. *Osteogénesis imperfecta*: aspecto radiológico característico, displasia ósea generalizada. Escleras azules frecuentes.

2. *Fracturas iterativas casuales*: existe una concordancia adecuada entre causa y efecto. La historia previa aclara el diagnóstico.

3. *Raquitismo y escorbuto*: generalmente no ofrecen dificultades diagnósticas.

COMENTARIOS. El síndrome del niño golpeado es una triste realidad que aflige a todos los países occidentales. Aparentemente no se trata de una enfermedad que ha tenido un aumento en su incidencia, en las últimas décadas. Ha despertado gran interés entre los pediatras y se ha estudiado bajo diversos aspectos. Se está de acuerdo que se trata de una grave alteración psíquico-emocional que afecta a los progenitores. Las más diversas condiciones socio-económicas desencadenan este síndrome. La tendencia actual es casi a prevenir la aparición de un niño golpeado, haciendo la profilaxis en los futuros padres. Ciertas condiciones personales de los padres parecen interactuar y dejan preparado el terreno para la aparición de este síndrome en el primer niño que tengan.

El conocimiento de este síndrome es más que académico. Su mortalidad por sí sólo justifica el estudio con detención. Los trastornos psíquicos de los niños golpeados, privados del necesario afecto de los padres, tienen que dejar huellas indelebiles. Una vez confirmado el diagnóstico y tomadas las medidas terapéuticas pertinentes, la labor del médico es advertir a las autoridades compe-

tentes. Pero, debe limitar el médico su labor a estas funciones específicas. Jamás deberá erigirse en juez de los padres. Recordar que existe una patología que afecta a los padres. Duras son las condiciones del niño golpeado, pero no dejan de ser duras también las condiciones que llevan a los padres a golpear a un hijo.

REFERENCIAS

- Behrooz, A.; Torb, J. S., Kirpatrick, J.; Sussman, S.* Manifestations of the Battered child syndrome. *J. Bone and Joint Surg.*, 56; A: 1159-1166. Sept. 1974.
- Lloyd-Roberts, G. C.* Síndrome del niño golpeado. Patología osteoarticular del lactante y del niño; (Editorial Pediátrica, Barcelona 1974) 151-152, 1974.
- Rang, M.* Children's fractures. J. B. Lippincott Co., 1974.
- Wilson, J. C. Jr.* Fracturas en la infancia por traumatismos infligidos. *Clínicas pediátricas, N. A.*: 662-664, agosto 1967.