

Maltrato infantil en México

CICLOFERON®

Palacios-López C¹, Durán-McKinster C², Orozco-Covarrubias L¹, Saéz-De Ocariz M¹, Ruiz-Maldonado R³

Resumen

La Organización Mundial de la Salud define al maltrato infantil como los abusos y desatención que sufren los menores de 18 años, con mayor incidencia en menores de tres años. Incluso en 90% de las víctimas que sufren maltrato físico se observan hallazgos cutáneos. El dermatólogo es el personal más calificado para identificar los signos cutáneos de maltrato y diferenciarlo de las condiciones dermatológicas que puedan simularlo. Los objetivos de este artículo son revisar las manifestaciones cutáneas del maltrato infantil y dar pistas que ayuden a discernir entre las lesiones causadas por maltrato y las producidas de manera accidental.

PALABRAS CLAVE: maltrato, infantil, abuso, manifestaciones cutáneas.

Dermatol Rev Mex 2016 July;60(4):326-333.

Child abuse in Mexico.

Palacios-López C¹, Durán-McKinster C², Orozco-Covarrubias L¹, Saéz-De Ocariz M¹, Ruiz-Maldonado R³

Abstract

World Health Organization defines child abuse as the abuses and negligence in childhood and adolescence, more frequently in children younger than three years old. Near 90% of the children that suffer physical abuse have cutaneous manifestations. The dermatologist is the most trained in diagnosis and he can differentiate similar skin conditions. The objectives of this article are to review skin manifestation's abuse in child and to give clues for the best diagnosis between abuse and accidental skin manifestations.

KEYWORDS: abuse; children; cutaneous manifestations

¹ Adscrita al servicio de Dermatología.

² Jefa del servicio de Dermatología.

³ Investigador emérito.

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Recibido: octubre 2015

Aceptado: enero 2016

Correspondencia

Dra. Carolina Palacios López
Departamento de Dermatología
Instituto Nacional de Pediatría
Insurgentes Sur 3700-C
04530 Ciudad de México
caroderma@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como

Palacios-López C, Durán-McKinster C, Orozco-Covarrubias L, Saéz-De Ocariz M, Ruiz-Maldonado R. Maltrato infantil en México. Dermatol Rev Mex. 2016 julio;60(4):326-333.



ANTECEDENTES

Desde 1999, la Organización Mundial de la Salud define al maltrato infantil como un problema de salud pública mundial. Debido a su alarmante crecimiento en Estados Unidos, recientemente se señaló como “urgencia nacional” que requiere atención por especialistas en medicina en el tema.¹

Se considera maltrato a toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o negligencia intencional contra una persona de menor edad, en cualquier etapa de la vida, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada de manera habitual u ocasional, dentro o fuera de su hogar, por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física, intelectual o económica. La Organización Mundial de la Salud asegura que en el mundo existen 275 millones de niños que son maltratados con golpes, insultos, humillaciones y abandono. Además, una cantidad significativa de niños son obligados a trabajar, prostituirse o realizar prácticas pornográficas; otros son víctimas de tráfico humano y muchos son obligados a enlistarse en el ejército. También indica que México se ubica en el sexto lugar en América Latina de maltrato infantil, al registrar un alto número de homicidios de menores; en los últimos 25 años fueron asesinados diariamente dos niños o adolescentes menores de 14 años. Se estima que un niño maltratado tiene la posibilidad de sufrir de nuevo malos tratos en 50% de los casos. Si no se detecta el maltrato la probabilidad de muerte es de 10%.¹

La realidad social que los médicos enfrentamos en la actualidad gira alrededor de otros problemas, como la violencia social, familiar o ambas, el fenómeno creciente de las adicciones, la gran y creciente desigualdad económica que resulta en hacinamiento, número creciente de divorcios y bajo nivel educativo y necesidad de trabajo en los niños. Todo esto origina inestabilidad emocional y social en la población, condición

que se denomina “síndrome de disfunción social múltiple”. Este fenómeno tiene varios aspectos y uno de ellos es el maltrato infantil, que representa un problema médico-social y legal que ha adquirido las dimensiones de un problema de salud pública.^{1,2}

El riesgo de maltrato infantil es el resultado de características individuales, familiares y sociales. Los agresores más comunes son, en orden de frecuencia, el padre, el novio de la madre, la nana y la madre.^{1,2}

Es más frecuente relacionar maltrato grave con padres sustitutos, miembros secundarios de la familia y extraños que con los padres biológicos.^{1,2}

Entre los niños con maltrato confirmado, 61% sufre negligencia, 19% abuso físico, 10% abuso sexual y 5% abuso emocional o psicológico.

Los tipos principales de maltrato son: negligencia, físico, abuso sexual y emocional.

Cuando un niño llega al consultorio y sospechamos maltrato debemos hacer una anamnesis concienzuda del niño y los padres por separado, así como exploración física completa de la piel, los anexos y las mucosas, así como radiológica y hematológica del menor. Debemos sospechar maltrato infantil cuando existe una historia vaga del mecanismo de producción de las lesiones por parte de los cuidadores, distintas versiones de los hechos, historial que cambia con el tiempo y antecedente de visitas frecuentes al pediatra.¹⁻³

Manifestaciones cutáneas de maltrato físico

Hematomas. La existencia de hematomas en diferentes estadios evolutivos es altamente sugerente de maltrato; cuando los hematomas son de color amarillo tienen más de 18 horas de evolución. La espalda es a menudo la zona elegida por los maltratadores.¹

CICLOFERON®

La forma de los hematomas puede sugerir maltrato:

- Lineales: producidos por cuerdas, cordón o alambre en zonas como en forma de impronta de los dedos en los brazos (Figura 1).
- En circunferencia alrededor del cuello, los tobillos o las muñecas, por ataduras o estrangulación.

El diagnóstico diferencial de equimosis debe incluir:

- Mancha mongólica extensa, que desaparece con la edad (por lo general a los cinco años). Figura 2
- Eritema pigmentado fijo ampollosa y al suspender el fármaco que lo causa desaparecen las lesiones.



Figura 1. Hematoma en un niño maltratado.



Figura 2. Diagnóstico diferencial de maltrato con manchas mongólicas ectópicas.

- Púrpura por defecto del factor XII de la coagulación o alguna otra alteración de la coagulación (Figura 3).

Contusiones. Representan la forma más frecuente de lesión en el maltrato infantil. Pueden considerarse normales las contusiones en los niños activos que afectan áreas expuestas, en número menor de tres y con tamaño menor de 10 mm cada una.



Figura 3. Diagnóstico diferencial de maltrato con púrpura por defecto del factor XII de la coagulación.



Erosiones.

Laceraciones.

Quemaduras. Constituyen 6 a 20% de todos los maltratos físicos (Figura 4).^{2,3}

Los niños menores de tres años son los más afectados. Se observan las siguientes características:

1. Quemadura de tiempo mayor que el referido por la historia.
2. Retraso mayor de dos horas en búsqueda de atención médica.
3. Distribución simétrica de las quemaduras.
4. Localización: en el periné o las nalgas.
5. Quemaduras sugerentes de inmersión forzada (guante y calcetín).
6. Afectación del hemicuerpo posterior: región occipital y espalda.
7. Quemaduras de profundidad homogénea y graves (segundo y tercer grados).
8. Quemaduras en múltiples localizaciones anatómicas.



Figura 4. Quemaduras en un niño maltratado.

9. Quemaduras en forma del objeto causante.

10. Quemaduras por cigarrillo; se asocian con abuso sexual.

Mordeduras. Son de morfología elíptica u ovoidea, superficiales. A los dos a tres días de producirse la lesión la forma de la mordedura puede apreciarse mejor. Se diferencian de las producidas por un niño por la distancia entre los caninos (en las producidas por adultos la distancia es mayor de 3 cm). Se asocian con abuso sexual (Figura 5).

Alopecia por maltrato. De tipo cicatricial por arrancamiento brusco. Debe diferenciarse de alopecia por fricción, alopecia areata y tricotilomanía (Figuras 6 y 7).

Negligencia física. Es más común que el maltrato; se observa en la higiene personal y la vestimenta. En un bebé la detectamos como eccema del pañal, descamación de la piel por cuadros carenciales y mala alimentación. Las quemaduras solares que aparentemente fueron por no pensar en las consecuencias de la exposición al sol en el bebé denotan descuido.

Niño sacudido. Cuando un niño es sacudido (en ocasiones por juego) puede producirse san-



Figura 5. Mordeduras, lesiones antiguas y recientes.

CICLOFERON®



Figura 6. Alopecia cicatricial por maltrato.



Figura 7. Alopecia no cicatricial por fricción.

grado del sistema nervioso central y los ojos. Es la segunda causa de parálisis cerebral infantil.

Abuso sexual. Es frecuente, afecta a niños y niñas y aumenta con la edad; sin embargo, podemos verlo en todas las edades, en todas las razas y todos los estratos socioeconómicos. En 90% de los casos es cometido por hombres; 70 a 90% es causado por familiares o conocidos directos del menor. El dermatólogo debe ser capaz de identificar los signos cutáneos sugerentes de abuso sexual para realizar el diagnóstico temprano. El abuso sexual no se limita a los actos con penetración, también incluye los hechos, como el manoseo inapropiado, caricias y besos sexuales.¹ La mayoría de las víctimas no muestra rastros físicos de abuso sexual en el momento de la exploración física.⁴⁻⁶

Las manifestaciones en el niño con abuso sexual son: cambios de comportamiento, problemas escolares, regresión-depresión, problemas relacionados con la alimentación, provocación sexual, síntomas relacionados con el aparato genitourinario, embarazo, enfermedades de transmisión sexual.

Las manifestaciones cutáneas de abuso sexual son: laceraciones perianales, desgarros, dilatación. Sólo en 10% de los casos las lesiones son irrefutables de abuso sexual. Una exploración anogenital normal no excluye un abuso sexual anterior.

Cuando se sospecha abuso sexual en niñas debe realizarse examen directo del himen. Es poco frecuente que ocurra hemorragia vaginal franca, se observan lesiones himenales agudas, parciales o completas con equimosis, ausencia de tejido himenal y cicatrices en la horquilla himenal.^{2,3} En cualquier paciente con sospecha de abuso sexual y exudado vaginal purulento debemos descartar enfermedades de transmisión sexual, como tricomonas, herpes simple, gonococo, clamidia, sífilis y VIH (sumamente indicativas de abuso).^{2-3,7} Figura 8



Figura 8. Hematoma en el introito por abuso sexual.

Encontrar verrugas anogenitales en un niño no es indicativo de abuso sexual, debemos recordar las formas de transmisión del virus del papiloma en niños, puede ser a través del canal del parto, a través de cuidadores con verrugas anogenitales que realizan limpieza de la zona del pañal del bebé y lo contagian, por abuso sexual y por último, la forma de transmisión más frecuente es la autoinoculación en niños preescolares y escolares con verrugas vulgares. No obstante, es conveniente descartar abuso sexual en un paciente con lesiones en forma de coliflor con falla del tratamiento. Siempre debe tipificarse para el seguimiento de lesiones de alto riesgo.¹⁻⁸

CONCLUSIONES

El maltrato en niños va en aumento. El riesgo de maltrato infantil es el resultado de características individuales, familiares y sociales. Los agresores más comunes son, en orden de frecuencia, el padre, el novio de la madre, la nana y la madre.

El maltrato físico es una de las formas más comunes de maltrato infantil, las lesiones cutáneas traumáticas son el signo principal que el médico puede reconocer.

En ocasiones detectamos manifestaciones clínicas que pensamos pueden tratarse de maltrato infantil y no sabemos qué hacer y dónde consultar o pedir ayuda. En el Instituto Nacional de Pediatría existe la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado (CAIN) con todo el enfoque multidisciplinario para la atención de estos niños.

Es importante tener claro que un mal diagnóstico de maltrato infantil tiene serias repercusiones en el niño y en su familia.

REFERENCIAS

1. Charles P, Darwich-Soliva E, Grimalt R. Signos cutáneos de maltrato infantil. *Actas Dermatosifilográficas* 2012;103:94-99.
2. Loredó-Abdalá A, Cisneros L, Rodríguez R, Castillo L. Multidisciplinary care for the battered child. An appraisal of three years of action in Mexican children. *Bol Hosp Infant Mex* 1999;56:483-489.
3. Norrie C, Rogers M. Cutaneous manifestations of child abuse. In: Schachner L, and Hansen R, editors. *Pediatric Dermatology*. China: Mosby Elsevier, 2011;1665-1674.
4. Anania C, Malinack R. Anomalías del desarrollo de la vulva y la vagina. En: Kaufman R, Faro S, editores. *Enfermedades benignas de la vulva y la vagina*. España: McGraw-Hill, 1996;23-61.
5. Loredó-Abdalá A. Maltrato infantil: Consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes. *Acta Pediatr Méx* 2008;29:255-261.
6. Loredó-Abdalá A. El maltrato infantil: conceptos básicos para cambiar de utopía a realidad en México. *Acta Pediatr Méx* 2008;29:253-254.

CICLOFERON®

7. Paller A, Mancini AJ. Maltrato y enfermedades facticias In: Hurwitz, editor. Dermatología pediátrica. Chicago: Elsevier, 2014;1089-1107.
8. Palacios-López C, Peniche J, Peniche A, Neri E y col. Tratamiento de verrugas anogenitales en niños con imiquimod crema al 5%. Dermatol Rev Mex 2013;57:342-359.

EVALUACIÓN

1. El maltrato infantil se define, según la OMS:
 - a) como los abusos y desatención que sufren los menores de 18 años
 - b) como el abuso físico y mental que sufren los menores de 14 años
 - c) como el abuso y negligencia que afecta a menores de 16 años
 - d) como los abusos sexuales que sufren los menores de edad
2. Se estima que un niño maltratado tiene la posibilidad de sufrir de nuevo malos tratos en:
 - a) 80% y 10% de probabilidad de muerte si no se detecta el maltrato
 - b) 50% y 10% de probabilidad de muerte si no se detecta el maltrato
 - c) 10% y 5% de probabilidad de muerte si no se detecta el maltrato
 - d) 2% y 2% de probabilidad de muerte si no se detecta el maltrato
3. ¿Cuál es la forma de maltrato infantil más frecuente?
 - a) sexual
 - b) negligencia
 - c) físico
 - d) emocional
4. Acerca de las manifestaciones cutáneas de maltrato físico infantil:
 - a) ocurren en 10% de los casos
 - b) las quemaduras constituyen 6 a 20% de todos los maltratos físicos
 - c) los hematomas en zonas visibles es la manifestación común
 - d) es más común en niños mayores de tres años
5. La negligencia física puede detectarse en un niño:
 - a) por el tipo de juguetes que usa
 - b) higiene, alimentación y vestimenta
 - c) por padecer una dermatitis atópica
 - d) en un niño con alopecia por tracción
6. El abuso sexual:
 - a) se observa con más frecuencia en niños menores de tres años de edad
 - b) 90% de los casos los cometen mujeres
 - c) 70 a 90% de los casos es provocado por un familiar o conocido del menor
 - d) sólo 20% tiene lesiones irrefutables de abuso sexual
7. Son manifestaciones de un niño con abuso sexual, excepto:
 - a) anorexia o bulimia
 - b) provocación sexual
 - c) regresión y depresión
 - d) trastorno o déficit de atención
8. Son manifestaciones cutáneas de abuso sexual:
 - a) laceraciones perianales
 - b) liquen escleroso y atrófico
 - c) vitiligo en genitales
 - d) eccema del área del pañal
9. En un paciente con sospecha de abuso sexual:



- a) si tiene exudado vaginal debemos descartar enfermedades de transmisión sexual
 - b) la mayoría de las víctimas muestra rasgos físicos de abuso sexual en el momento de la exploración
 - c) es indispensable la exploración himenal porque sólo se limita a actos de penetración
 - d) la exploración anogenital normal excluye un abuso sexual anterior
10. Son diagnósticos diferenciales de maltrato infantil:
- a) la mancha mongólica extensa
 - b) lupus eritematoso
 - c) eccema numular
 - d) escabiasis

El Consejo Mexicano de Dermatología, A.C. otorgará dos puntos con validez para la recertificación a quienes envíen correctamente contestadas las evaluaciones que aparecen en cada número de *Dermatología Revista Mexicana*.

El lector deberá enviar todas las evaluaciones de 2016, una por una o todas juntas, a la siguiente dirección:

Dermatología Revista Mexicana
José Martí 55, colonia Escandón, CP 11800, Ciudad de México.

Fecha límite de recepción de evaluaciones:
31 de enero de 2017.