

Diagnóstico por imagen del síndrome del niño maltratado

C. Adamsbaum, V. Merzoug, P.-A. Cohen, G. Kalifa

El maltrato, o síndrome del niño maltratado, supera ampliamente el marco del diagnóstico por imagen. En este artículo sólo se expondrá el aporte de las pruebas de imagen al diagnóstico inicial, así como la búsqueda de complicaciones y secuelas esqueléticas, viscerales o encefálicas. El diagnóstico del niño maltratado a menudo se apoya en las radiografías del esqueleto, y el argumento principal es la presencia de fracturas en diferentes estadios evolutivos, ya se trate de lesiones epifisometafisarias, diafisarias, o bien de aposiciones periósticas, fracturas costales o craneales. La gammagrafía ósea puede mostrar lesiones recientes que no se detectan en las radiografías. Los traumatismos encefálicos no accidentales son frecuentes, y se relacionan casi siempre con lesiones por sacudidas en el contexto del maltrato. Son graves, constituyen el elemento esencial del pronóstico y representan la causa principal de fallecimiento. El diagnóstico por imágenes del encéfalo (tomografía computarizada en la fase aguda, a menudo completada con resonancia magnética) se utiliza de manera sistemática, incluso aunque no haya signos neurológicos, en los lactantes y los niños pequeños. Las lesiones que se encuentran pueden ser hemorragias pericerebrales difusas y con una localización concreta, lesiones intraparenquimatosas por contusión, edema, anoxia-isquemia o cizallamiento. En este contexto, las lesiones viscerales se deben buscar casi de manera sistemática en los niños pequeños. Se trata de un diagnóstico con numerosas implicaciones, en el que la pertinencia de las pruebas de diagnóstico por imagen, su calidad y la precisión de la interpretación son elementos fundamentales. El problema no es tanto el diagnóstico diferencial como reconocer el carácter no accidental del traumatismo.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Traumatismo; Esqueleto; Pediatría; niño maltratado

Plan

■ Introducción	1
■ Contexto	1
■ Selección de las pruebas de imagen	2
Radiografías óseas	2
Gammagrafía ósea	2
Diagnóstico por imagen en el encéfalo	2
Diagnóstico por imagen a nivel abdominal	2
■ Principales lesiones óseas	2
Lesiones epifisometafisarias	2
Fracturas diafisarias	3
Lesiones periósticas	5
Fracturas costales	7
Otras fracturas	7
Elementos diagnósticos	7
■ Lesiones viscerales	7
■ Traumatismos encefálicos	7
■ Conclusión	9

■ Introducción

El maltrato a los lactantes y a los niños es una plaga social que supera en gran medida el marco del diagnóstico por imagen, pero los autores de este artículo nos limitarán a

exponer la contribución de estas técnicas al diagnóstico inicial, la búsqueda de complicaciones y de secuelas esqueléticas, viscerales o encefálicas durante el seguimiento de estos niños.

Se han utilizado varios términos para denominar esta afección: síndrome de Silverman, de Ambroise Tardieu, síndrome de maltrato infantil, síndrome de niño maltratado, traumatismo no accidental o síndrome del «niño zarandeado» [1, 2].

■ Contexto

Aunque es difícil determinar la frecuencia de los malos tratos infantiles, parece que su incidencia ha aumentado en los últimos años. La mayoría de los niños que son víctimas del maltrato son preescolares, y se han identificado ciertos factores de riesgo: embarazo múltiple, niño de bajo peso, o con anomalías congénitas. La frecuencia de las secuelas es elevada, en especial las cerebrales. Entre los niños que se curan desde el punto de vista físico, suelen observarse con posterioridad trastornos conductuales [3].

Los autores de los malos tratos pueden pertenecer o no al entorno familiar, según el tipo de custodia del niño.

Los resultados de las pruebas de imagen conducen con mucha frecuencia al diagnóstico, que quizá no se haya sospechado en absoluto por la clínica. Por tanto, es útil recordar de entrada que ante la menor sospecha diagnóstica de maltrato se debe proceder a la hospitalización urgente, sobre todo cuanto menor sea el niño. La hospitalización permite ganar tiempo para tomar decisiones y en especial para la denuncia. Por tanto,

es indispensable que el radiólogo pediátrico, que a menudo es el primero en sospechar el diagnóstico, se ponga directamente en contacto con un pediatra o con un centro hospitalario pediátrico.

El diagnóstico de maltrato supone un planteamiento multidisciplinario conjunto con los trabajadores sociales. Aunque no corresponde a los médicos determinar las responsabilidades de unos y otros, cualquier facultativo debe apartar lo antes posible al niño de un peligro potencial.

La presentación clínica es muy variable, pero ciertas lesiones hacen sospechar desde el principio el diagnóstico: la presencia de equimosis múltiples, con una localización infrecuente (lesiones de las nalgas o de las mejillas, de los pulpejos de los dedos) y/o de quemaduras de cigarrillo es muy sugestiva del maltrato. Las equimosis en diferentes estadios evolutivos indican la repetición de los malos tratos, y este hallazgo siempre es sospechoso. En los lactantes, son sospechosas las lesiones del frenillo de la lengua, de los labios o de la mucosa bucal relacionadas con la administración agresiva del biberón. El carácter de las lesiones, su topografía, su aspecto multifocal, su asociación y repetición (lesiones de diferentes estadios evolutivos) apuntan a que el origen no es accidental. Puede tratarse de trastornos del estado general, retraso ponderoestatural o psicomotor relacionado con abandono y carencia de cuidados, o bien trastornos de la relación social, con postración o estado de agitación [3].

Debe llamarse la atención sobre el elevado número de consultas, que pueden interpretarse como la gestión de una situación de crisis por parte de los allegados o del autor de los malos tratos que no se atreve a desvelar el drama. Es esencial saber descifrar estas peticiones de ayuda y proponer la hospitalización.

■ Selección de las pruebas de imagen [1, 4-6]

Radiografías óseas

El diagnóstico de malos tratos se basa a menudo en las radiografías del esqueleto. Por tanto, estas radiografías deben ser de excelente calidad. Con frecuencia, la información que se obtiene a partir de estas radiografías lleva a realizar las pertinentes averiguaciones sociales y judiciales. El peritaje médico forense posterior también se basa en los documentos iniciales. Ante cualquier sospecha de malos tratos hay que realizar radiografías de todo el esqueleto, que abarquen todos los segmentos óseos, incluidas las extremidades en los menores de 3 años. Todas las placas de los huesos largos deben incluir las articulaciones proximales y distales. Es preciso que se puedan analizar a la perfección las metafisis, y se deben realizar placas centradas adicionales ante la menor duda. Si persistieran las dudas, en especial respecto a las variantes de la normalidad, puede ser útil realizar radiografías de control a las 2 semanas.

“ Puntos importantes

Radiografías del esqueleto [1]:

- Del tórax (anteroposterior y lateral)
- Del húmero (anteroposterior)
- Del antebrazo (anteroposterior)
- De las manos y las muñecas (anteroposterior)
- De la pelvis (anteroposterior)
- De la columna lumbar (anteroposterior y lateral)
- De los fémures (anteroposterior)
- De las tibias (anteroposterior)
- De los pies (anteroposterior)
- Del cráneo (anteroposterior y lateral)

Gammagrafía ósea

La gammagrafía ósea no se recomienda de manera sistemática, pero puede ser muy útil para el diagnóstico, ya que muestra, a cambio de una escasa irradiación, las fracturas que no se detectan en las radiografías, sobre todo en las costillas. De este modo, permite orientar las placas centradas en un segundo tiempo.

No obstante, esta técnica tiene limitaciones: lesiones metafisarias que es difícil interpretar debido a la hipercaptación fisiológica en los cartílagos de crecimiento; riesgo de resultados falsos negativos, en caso de fractura simétrica y de fractura ya consolidada; falta de visibilidad de las fracturas del cráneo. Es difícil realizar el diagnóstico diferencial (sobre todo de las afecciones congénitas o metabólicas). En la práctica, se trata de una técnica que se realiza en caso de duda diagnóstica, después de la evaluación convencional del esqueleto, las vísceras y el encéfalo.

Diagnóstico por imagen en el encéfalo

La tomografía computarizada (TC) craneal es indispensable si existen síntomas neurológicos. Se recomienda realizarla de manera sistemática, en menores de 1 año, si se sospecha la presencia de lesiones óseas traumáticas, incluso aunque no haya síntomas neurológicos, teniendo en cuenta el pronóstico sombrío de las lesiones encefálicas. La resonancia magnética (RM) cerebral no forma parte hoy en día de la evaluación sistemática, pero sus indicaciones son numerosas como complemento de la TC, ya que permite analizar mejor el parénquima cerebral gracias a las secuencias de difusión en el período agudo y a las secuencias de eco de gradiente en T2, muy sensibles a la presencia de depósitos de hemosiderina.

La ecografía transfontanelar no está indicada.

Diagnóstico por imagen a nivel abdominal

La búsqueda de lesiones viscerales mediante ecografía abdominal no es sistemática, pero se realiza con frecuencia, sobre todo en los lactantes y los niños pequeños. Ante la menor duda, se debe realizar una tomografía abdominal (y en ocasiones torácica).

■ Principales lesiones óseas [1]

Las lesiones esqueléticas elementales se localizan sobre todo en las metafisis y/o las diáfisis. Los mecanismos implicados suelen ser los arrancamientos, las torsiones y/o los estiramientos, a veces asociados a choques directos. El niño «golpeado» también puede haber sido zarandeado de manera violenta; la mayoría de las veces se trata de niños pequeños menores de 2 años. A esta edad, la placa metafisaria es frágil y el periostio está unido débilmente a la cortical ósea, salvo en la cuña metafisaria, donde está muy adherido. Por tanto, el periostio se comporta como un ligamento y, cuando se produce un traumatismo, la tracción del periostio sobre la cuña metafisaria causa lesiones por arrancamiento. La escasa adherencia del periostio a la diáfisis explica que los hematomas subperiósticos se formen con facilidad.

Lesiones epifisometafisarias [7]

El aspecto clásico de estas lesiones por arrancamiento es el de fracturas en «cuña», caracterizadas por la presencia de un fragmento óseo en el ángulo de la metafisis o de una imagen en «asa de cubo» (Fig. 1). En este caso, se despegaba una parte más o menos extensa de la metafisis. Es difícil reconocer estas fracturas cuando no hay aposición perióstica. A veces se ve una fina línea radiotransparente que recorre la metafisis justo en contacto con el cartílago de conjunción. La repetición de los traumatismos modifica de manera progresiva y global la forma de la metafisis, que puede hacerse irregular. Estas lesiones pueden ser muy discretas desde el punto de vista clínico, sin mostrar tumefacción alguna. Por consiguiente, suelen pasar

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4132037>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4132037>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)