



¿CRISIS CONVULSIVA O MALTRATO INFANTIL?

¿CONVULSIVE CRISIS OR CHILD ABUSE?

Consuelo Luna-Muñoz^{1,a,b}, Martín Seminario-Aliaga^{1,a,c}, Sandra Mendoza-Cernaqué^a, Giuliana Reyes-Florian^{1,a,c}

RESUMEN

Cada año se informan más casos de maltrato infantil en el Perú, sin embargo, no hay un reporte oficial que describa la incidencia real, en especial de la población más vulnerable como son los lactantes. Los signos de abuso físico generalmente implican lesiones cerebrales y constituyen el síndrome del bebé sacudido o traumatismo craneal abusivo pediátrico, que representa todo un desafío diagnóstico.

Lactante de tres meses ingresa a emergencia por convulsiones tónico clónicas generalizadas de 30 minutos de duración. En el examen físico llamó la atención la palpación de una prominencia ósea en la clavícula derecha. Se realizó una tomografía y una resonancia magnética cerebral, que muestra lesiones hiperintensas en la sustancia blanca, no captadoras de contraste, con difusión limitada y una colección subdural bilateral. Conjuntamente, se tomó un survey óseo donde se evidenció múltiples fracturas en distintas áreas corporales. Ante la sospecha de un caso de maltrato infantil, se comunicó a las autoridades pertinentes (médicas y judiciales). La lactante se encuentra bajo custodia de la Unidad de Protección al Menor a la espera de la definición de su custodia final.

Palabras clave: Maltrato infantil; Síndrome del bebé sacudido; Traumatismo craneal abusivo pediátrico (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Every year more cases of child abuse are reported in Peru, however, there is no official report describing the real incidence, especially of the most vulnerable population such as infants. Signs of physical abuse generally involve brain injuries and constitute shaken baby syndrome or pediatric abusive head trauma, which represents a diagnostic challenge.

Three-month-old infant enters emergency 30-minute generalized clonic tonic seizures. On physical examination, palpation of a prominence on the right clavicle stood out. A tomography and a magnetic resonance imaging of the brain were performed, showing hyperintense lesions in the white matter, not contrast catching, with limited diffusion and a bilateral subdural collection. Likewise, a bone survey was taken showing multiple fractures in different body areas. Upon suspicion of a case of child abuse, the relevant authorities (medical and judicial) were notified. The infant is in the custody of the Child Protection Unit pending the definition of final custody.

Key words: Child abuse; Shaken baby syndrome; Pediatric abusive head trauma (source: MeSH NLM).

¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Servicio de Emergencia Pediátrica, Lima-Perú.

^a Médico Cirujano.

^b Especialista en Pediatría, Doctora en Salud Pública.

^c Residente en Pediatría.

Citar como: Consuelo Luna-Muñoz, Martín Seminario-Aliaga, Sandra Mendoza-Cernaqué, Giuliana Reyes-Florian. ¿Crisis convulsiva o maltrato infantil?. Rev. Fac. Med. Hum. Junio 2021; 21(2):659-665. DOI 10.25176/RFMH.v21i3.3922

INTRODUCCIÓN

El abuso infantil ocasiona consecuencias físicas graves, las lesiones de mayor presentación son las cerebrales. El traumatismo craneal abusivo pediátrico (TCA) involucra una miscelánea de síntomas y signos por lo tanto el cuadro clínico es inespecífico y puede ser subdiagnosticado. Se presenta en niños menores de cinco años, principalmente en lactantes⁽¹⁾.

En el Perú, durante el primer semestre del 2019, se reportaron 5 458 casos de violencia física en menores de cinco años donde los principales agresores eran los padres (90,6%)⁽²⁾. Sin embargo, este reporte basado en personas atendidas en centros de emergencia puede infraestimar la incidencia en nuestro país conocido por su variabilidad étnica, cultural y geográfica.

Este artículo aborda la complejidad diagnóstica del traumatismo abusivo pediátrico en una lactante que ingresa a nuestra emergencia por convulsiones.

CASO CLÍNICO

Madre refiere, paciente de tres meses de edad, sexo femenino, con tiempo de enfermedad de 72 horas, presenta caída libre hacia el suelo, golpeándose la cabeza, posteriormente se agrega "movimientos repetitivos" en brazos y piernas con retroversión ocular y sialorrea, motivo por lo cual es llevada a un centro hospitalario; ante mejoría clínica ambos padres solicitan el retiro voluntario del hospital. La

paciente en su domicilio continuó con movimientos involuntarios, 10 a 12 veces por día, por 48 horas.

Ingresa al Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional E. Rebagliati Martins por presentar convulsiones tónico clónicas generalizadas de más de 30 minutos de duración que ceden al tratamiento endovenoso de midazolam. Al examen físico, paciente con crisis convulsiva con las características ya mencionadas, leve alteración del patrón respiratorio, luce pálida, perfusión adecuada, se palpa una prominencia ósea en clavícula derecha y la fontanela anterior impresiona normotensa, resto sin particularidades.

Antecedentes: Madre con controles obstétricos maternos insuficientes (Nº3), presentó sífilis en el tercer trimestre, no completó el tratamiento. Paciente con APGAR al nacimiento 91' y 95', peso 3 125 gramos, hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por neurosífilis congénita, es dada de alta a las tres semanas, completó tratamiento. Recibió una única inmunización al momento del nacimiento, sin seguimiento ni cartilla de control de crecimiento y desarrollo del niño sano.

En la tomografía multicorte de cabeza (TEM) (Figura 1), el neurocirujano pediatra, señala múltiples hipodensidades a nivel de sustancia blanca, sin compromiso de núcleos basales, solicita una resonancia magnética (RM) para establecer etiología de dichas lesiones.

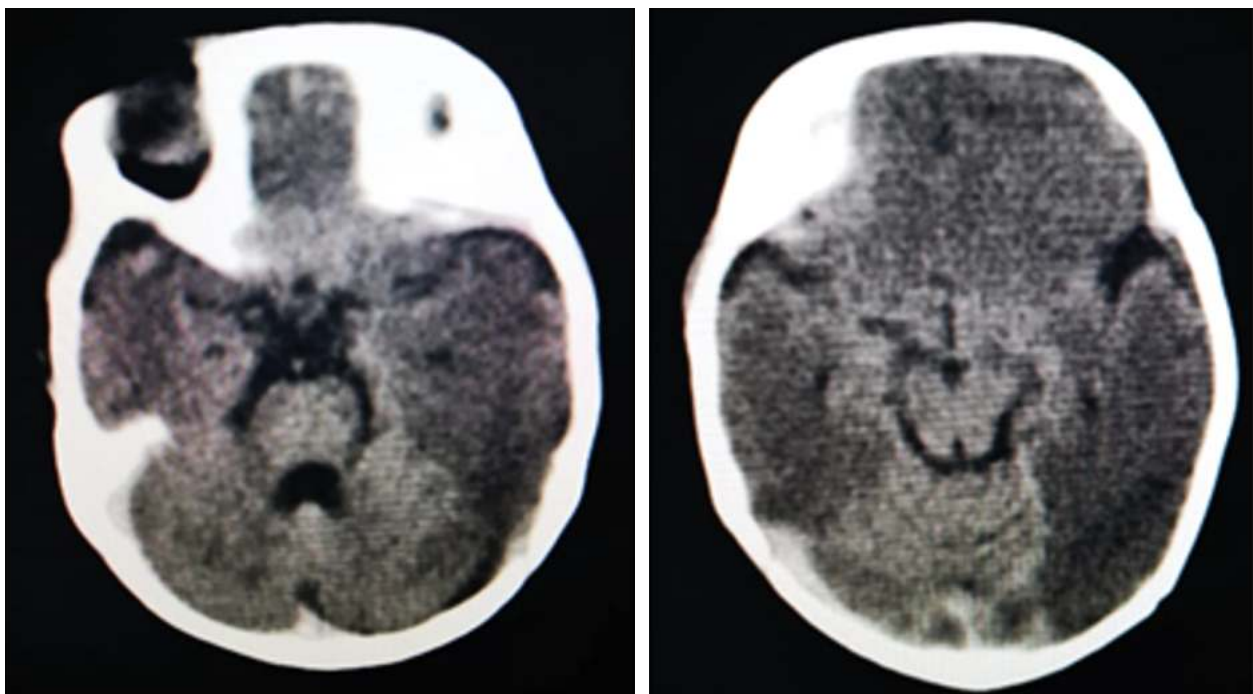
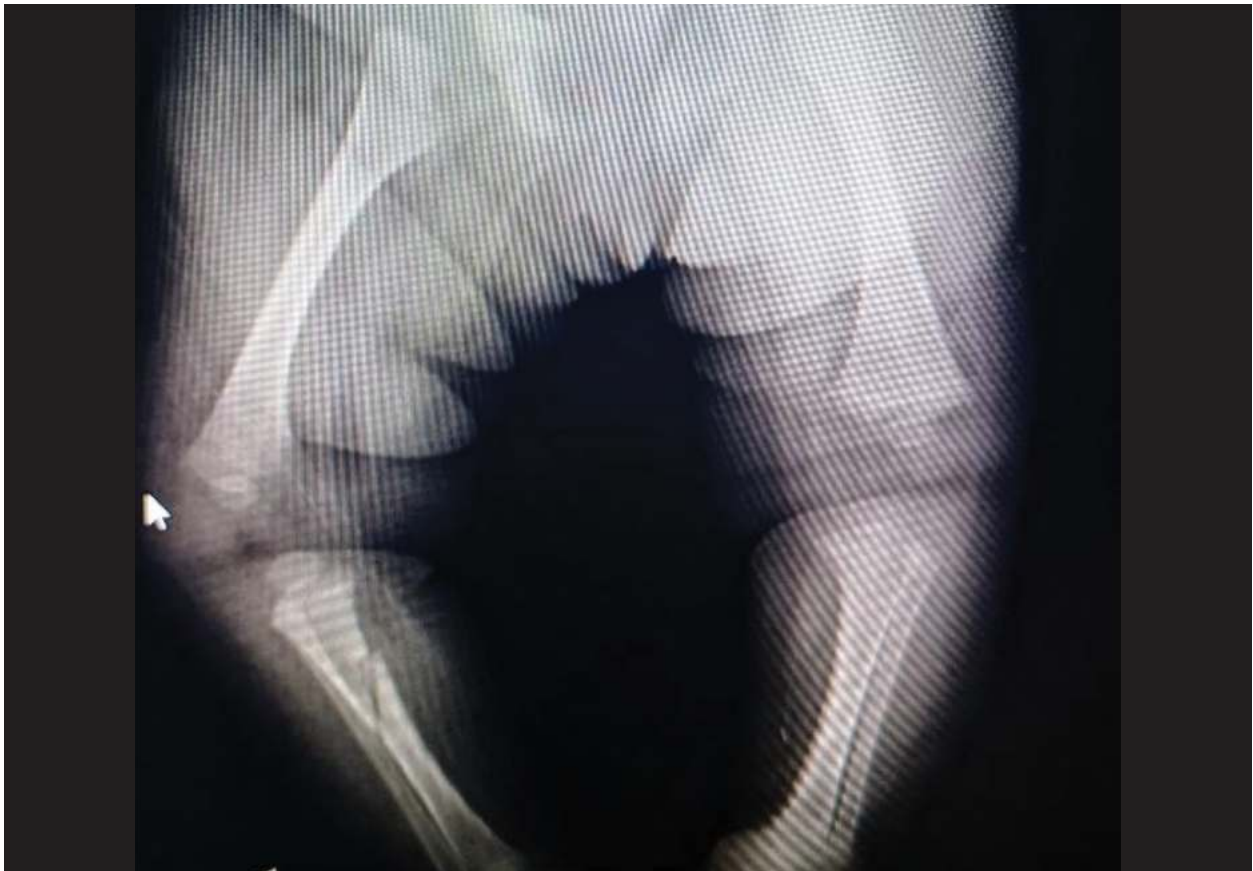


Figura 1. La TEM cerebral mostró (a) Hipodensidades en sustancia blanca en regiones frontales parietales, predominantemente derecha (b) Edema cerebral.



Con la finalidad de poder identificar en el esqueleto de la paciente otras alteraciones focales y/o difusas, se indicó survey óseo, que confirma una fractura antigua a nivel de clavícula derecha y evidencia un

trazo de fractura lineal a nivel del parietal derecho de la calota craneal, además de una fractura reciente en espiral a nivel de tibia derecha, siendo inmovilizada con una férula de yeso (Figura 2).



CASO CLÍNICO

Figura 2. Survey óseo: fractura diafisaria en espiral en tibia derecha.

Continuando con la evaluación, se observa que la paciente no muestra fijación de la mirada ante estímulos luminosos o llamativos, motivo por el cual se interconsulta a oftalmología pediátrica,

quienes evidencian en el fondo de ojo, hemorragias maculares bilaterales compatibles con síndrome del bebé sacudido o maltrato infantil (Figura 3).

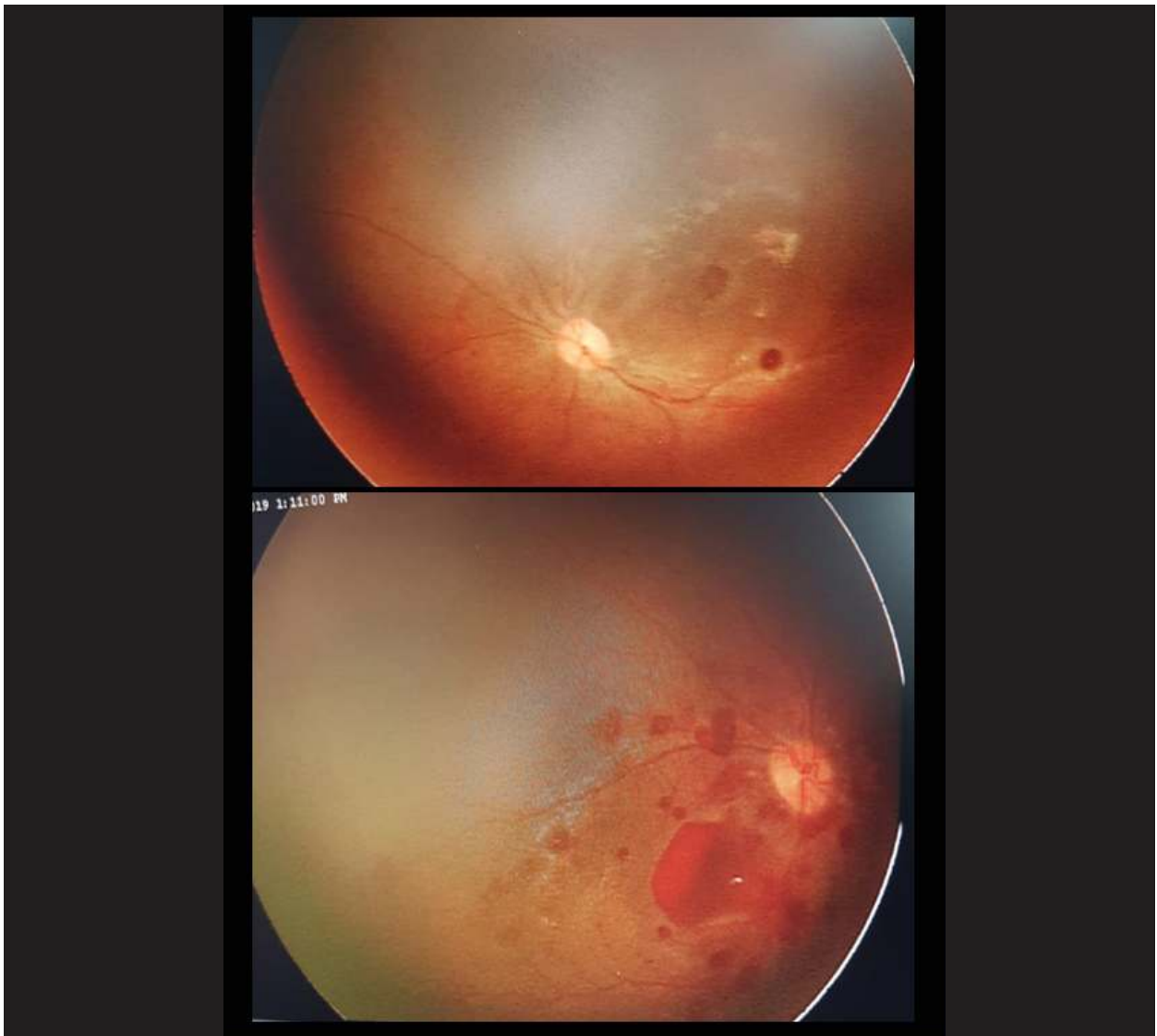


Figura 3. Fondo de ojo izquierdo (arriba) y derecho (abajo) muestran hemorragia macular de ambos ojos.

La paciente es evaluada por neurólogo pediatra, quien sugiere estudios de potenciales auditivos y visuales, los cuales no presentaron ninguna alteración. Asimismo, dejó como recomendación iniciar terapia anticonvulsivante de mantenimiento con fenitoína vía oral, no volviéndose a evidenciar convulsión.

En la resonancia magnética de cerebro con contraste (Figura 4), se evidencian lesiones hiperintensas, con difusión limitada y una colección subdural bilateral compatible con proceso post traumatismo craneoencefálico (TEC), no tributario de drenaje ni colocación de derivaciones en el momento.

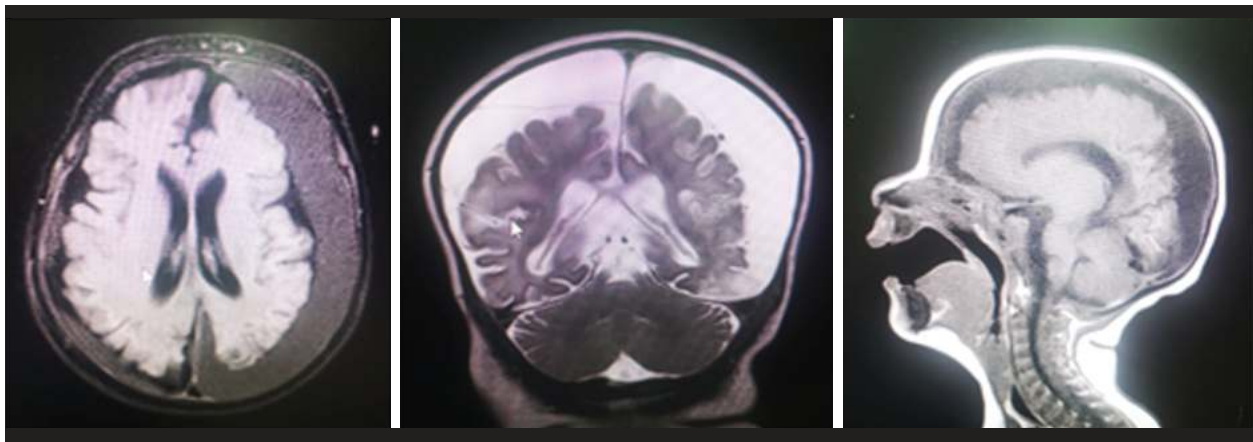


Figura 4. La resonancia magnética cerebral, (a y b) en la secuencia T1 mostró colección hipointensa compatible con hemorragia subdural frontoparietal bilateral en diferentes estadios; (c) en la secuencia T2 mostró lesiones hiperintensas en sustancia blanca no captadora de contraste con difusión limitada.

Ante la sospecha de maltrato infantil se reportó desde el inicio al Jefe de guardia. Paciente fue dada de alta del ámbito hospitalario, con previo aviso a autoridades judiciales a cargo del caso. Paciente quedó bajo custodia de la Unidad de Protección al Menor, quién definirá mediante proceso judicial, la tipificación del delito de maltrato infantil, así como quien tendrá la custodia final de la lactante.

DISCUSIÓN

La Asociación Americana Pediátrica recomienda el término de Traumatismo craneal abusivo (TCA) que comprende la biomecánica de la lesión infligida por sacudidas, impacto contundente o a la combinación de estas; a la fecha, el término de síndrome del bebé sacudido (SBS), denominado con la triada edema cerebral, hematoma subdural y hemorragia retinal, es aceptado como sinónimo⁽¹⁾.

El TCA es considerado la forma más grave de maltrato infantil. Esta entidad se da en la población menor de cinco años, en especial en lactantes; su diagnóstico es un desafío ya que los síntomas suelen ser inespecíficos y variados, el relato engañoso por parte del tutor y por ser reportado como accidente la mayoría de veces, como fue el caso de nuestra paciente⁽¹⁾.

Los lactantes son la población más vulnerable por la proporción de la cabeza respecto al cuerpo, que la hace susceptible durante las caídas y a sufrir más lesiones por aceleración-desaceleración por su gran contenido de agua en el cerebro⁽¹⁾.

Durante el embarazo se desarrolla un vínculo emocional madre-hijo que se incrementa en los primeros meses de vida. El deterioro de esta relación

puede verse afectada por factores prenatales (sentimientos negativos hacia el embarazo y primiparidad) y postnatales (depresión posparto)⁽³⁾. Según la percepción de los profesionales de salud existen factores culturales (autoridad absoluta del padre, preferencia por hijos varones), sociales (falta de educación, estilo de vida con estrés, niños al cuidado de otros parientes), familiares (estatus económico bajo, poca experiencia parental, padres con problemas de salud mental, estructura familiar monoparental) y propios del paciente (niños traviosos o con defecto congénito) que inciden en el maltrato infantil⁽⁴⁾. En la sociedad peruana, aún estos factores son frecuentes, entre ellos la naturalización y conceptualización del abuso infantil como método de crianza para evitar niños "incorrectos"⁽⁵⁾.

Los casos de TCA son difíciles de determinar, por falta de sospecha diagnóstica debido a relatos engañosos por parte del tutor y a exámenes físicos mal orientados⁽¹⁾. Los profesionales de salud reconocen que existe un subregistro de ellos⁽⁶⁾. Se han creado herramientas de detección de abuso infantil en la emergencia, sin embargo, se necesitan más estudios para estimar su precisión^(7,8).

El antecedente de negativa de hospitalización por parte de los padres, el hallazgo al examen físico de un callo óseo en la clavícula y las imágenes de ayuda al diagnóstico de trauma cerebral y múltiples fracturas nos sugiere TCA en nuestra lactante⁽¹⁾.

El TCA implica lesiones cerebrales manifestándose alteración de la conciencia, como convulsiones, coma o muerte⁽¹⁾. Si bien no existe estadística de convulsiones debido a TCA en el Perú, en Estados Unidos reportan que la tasa de convulsiones postrauma cerebral es 6,4%⁽⁹⁾ y en el caso de TCA llega

hasta 43%⁽¹⁰⁾. Otra de las principales características de niños maltratados son las fracturas. En un centro de emergencia coreano reportan que las fracturas más comunes suelen situarse en el cráneo seguido de los miembros superiores e inferiores⁽¹¹⁾. Inclusive, solo una minoría presentan múltiples fracturas^(11,12). Las hemorragias retinianas forman parte de la triada del SBS⁽¹⁾, en la cual la prevalencia, en un estudio norteamericano, fue de 63% de niños con TCA⁽¹⁰⁾.

La TEM y la RM cerebral son relevantes para determinar la gravedad del trauma craneal, el tratamiento y pronóstico del infante⁽¹³⁾. El hematoma subdural se halla en el 90% de los pacientes de TCA, se caracteriza por presentar diferentes estadios (agudo, subagudo y crónico)^(10,13). La hiperdensidad, isodensidad e hipodensidad en la TEM cerebral sugiere un curso agudo, hiperagudo y crónico, respectivamente. La RM es más sensible que la TEM en la delimitación del daño parenquimal⁽¹⁴⁾. El manejo del neurocirujano tiene como objetivo evaluar la presión intracraneal (PIC), la escala de coma de Glasgow (ECG) con el fin de evitar daño cerebral secundario y tomar la decisión quirúrgica si es necesario. El monitoreo continuo de la presión intracraneal en pacientes con ECG ≤ 8 es limitada en los pacientes menores de 1 año, por lo que muchos

neurocirujanos usan métodos indirectos para medir la PIC como la medición de la circunferencia de la cabeza, examen de fontanela, signos oculares y cardiorrespiratorios, aunque existe poca evidencia científica⁽¹³⁾.

Según la literatura, estos niños presentan consecuencias a largo plazo que van desde discapacidades sociales hasta parálisis⁽¹⁾, sin embargo, son poco estimadas por la falta de consenso del tiempo de seguimiento en la consulta externa⁽¹⁵⁾.

Independientemente de los signos y síntomas por los cuales los pacientes son llevados a la emergencia o consulta médica, el profesional de la salud debe de buscar rutinariamente indicios de maltrato infantil que permanece oculto, como en nuestro caso que la paciente ingresó por una crisis convulsiva, con la finalidad de identificar el mayor número de TCA y evitar futuras discapacidades y muertes en los niños.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico del maltrato infantil en la emergencia es complejo. Una historia clínica dirigida en la búsqueda de maltrato infantil e imágenes de apoyo al diagnóstico son primordiales para identificarla.

Contribuciones de autoría: Los autores participaron en la génesis de la idea, diseño de proyecto, recolección e interpretación de datos, análisis de resultados, preparación del manuscrito.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.

Recibido: 14 de mayo de 2021

Aprobado: 14 de Junio de 2021

Correspondencia: Consuelo Luna Muñoz

Dirección: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Servicio de Emergencia Pediátrica. Avenida Edgardo Rebagliati N°490 Jesús María.

Teléfono: +51 999859192

Correo: lunaconsuelo21@gmail.com



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Joyce T, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma (Shaken Baby Syndrome). StatPearls. StatPearls Publishing; 2021. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763011/>
- Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS), Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Boletín estadístico Julio 2019 [Internet]. Lima; 2019 [citado el 3 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_julio_2019/BV_Julio_2019.pdf
- Nakano M, Upadhyaya S, Chudal R, Skokauskas N, Luntamo T, Sourander A, et al. Risk factors for impaired maternal bonding when infants are 3 months old: a longitudinal population based study from Japan. *BMC Psychiatry*, 2019; 8;19(1):87. doi: 10.1186/s12888-019-2068-9.
- Xu T, Yue Q, Wang Y, Wang S, Liu W, Huang X. Perception on risk factors of child maltreatment in China: a qualitative study among health professionals. *BMJ Open*, 2019 ;9(6):e029071. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029071.
- Viviano Valle T. Los niños, niñas y adolescentes: población vulnerable al maltrato y al abuso [Internet]. Observatorio Nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. 2018. Disponible en: <https://observatorioviolencia.pe/ninez-vulnerable-al-maltrato/>
- Alsaleem SA, Alsaleem MA, Asiri AM, Alkhdhnan SS, Alqahtani WSS, Alzahrani MS, et al. Knowledge and attitude regarding child abuse among primary health care physician in Abha, Saudi Arabia, 2018. *J Fam Med Prim care*, 2019; 8(2):706–10. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_442_18.
- Paek SH, Jung JH, Kwak YH, Kim DK, Ryu JM, Noh H, et al. Development of screening tool for child abuse in the Korean emergency department: Using modified Delphi study. *Medicine (Baltimore)*, 2018;97(51):e13724. doi: 10.1097/MD.00000000000013724.
- Cowley LE, Farewell DM, Kemp AM. Potential impact of the validated Predicting Abusive Head Trauma (PredAHT) clinical prediction tool: A clinical vignette study. *Child Abuse Negl*, 2018;86:184-196. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.09.017
- Rumalla K, Smith KA, Letchuman V, Gandham M, Kombathula R, Arnold PM. Nationwide incidence and risk factors for posttraumatic seizures in children with traumatic brain injury. *J Neurosurg Pediatr*, 2018; 1;22(6):684-693. doi: 10.3171/2018.6.PEDS1813.
- Morgan L, Fouzdar Jain S, Svec A, Svec C, Haney SB, Allbery S, et al. Clinical comparison of ocular and systemic findings in diagnosed cases of abusive and non-abusive head trauma. *Clin Ophthalmol*, 2018;12:1505-1510. doi: 10.2147/OPHTH.S163734
- Jawadi AH, Benmeakel M, Alkathiri M, Almuneef MA, Philip W, Almuntaser M. Characteristics of Nonaccidental Fractures in Abused Children in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi J Med Med Sci*, 2019;7(1):9-15. doi: 10.4103/sjmms.sjmms_12_18.
- Zhao C, Starke M, Tompson JD, Sabharwal S. Predictors for Nonaccidental Trauma in a Child With a Fracture—A National Inpatient Database Study. *J Am Acad Orthop Surg*, 2020; 28(4):e164-e171. doi: 10.5435/JAAOS-D-18-00502.
- Fitzpatrick S, Leach P. Neurosurgical aspects of abusive head trauma management in children: a review for the training neurosurgeon. *Br J Neurosurg*; 2019; 33(1):47–50. doi: <https://doi.org/10.1080/02688697.2018.1529295>
- Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, Palusci VJ, Hedlund GL, Narang SK, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol*, 2018; 48(8):1048–65. doi: 10.1007/s00247-018-4149-1
- Antonietti J, Resseguier N, Dubus J-C, Scavarda D, Girard N, Chabrol B, et al. The medical and social outcome in 2016 of infants who were victims of shaken baby syndrome between 2005 and 2013. *Arch Pédiatrie*, 2019, 26(1):21–9. doi: 10.1016/j.arcped.2018.10.002

Indexado en:





<https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/>



