

Maus tratos infantis: ensaio iconográfico com enfoque nos achados radiológicos**Child maltreatment: iconographic essay focusing on radiological findings**

DOI:10.34119/bjhrv3n5-119

Recebimento dos originais: 08/08/2020

Aceitação para publicação: 18/09/2020

Túllio Assunção Martins de Menezes

Médico radiologista pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/ Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Endereço: Rua Heitor Peixoto, 856 Ap 81, Cambuci, São Paulo-SP

E-mail: tullioassuncao20@gmail.com

Antônio Soares Souza

Médico Radiologista, Professor Doutor em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, chefe do serviço de radiologia pediátrica do Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Endereço: Av. Jamil Feres Kfour, 60 - Jardim Panorama, São José do Rio Preto - SP, 15091-240.

E-mail:antonio.soaressouza@gmail.com

Mariana Ribeiro Rodero Cardoso

Mrs. em Radiologia e Diagnóstico por Imagem, médica radiologista- chefe de radiologia pediátrica do Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Endereço: Av. Jamil Feres Kfour, 60 - Jardim Panorama, São José do Rio Preto - SP, 15091-240.

E-mail:marirodero@gmail.com

Jenifer Moreira Minari

Médica residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/ Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Endereço: Av. Brg. Faria Lima, 5544 - Vila São José, São José do Rio Preto - SP

E-mail: jeniferminari@hotmail.com

Daniele Menegassi

Médica residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/ Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Endereço: Rua Dr. Gilberto Lopes da Silva, 2030 ap. 42

E-mail: daniele_menegassi@hotmail.com

Alberto Rassi Neto

Médico residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/ Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Endereço: Av. Brg. Faria Lima, 5544 - Vila São José, São José do Rio Preto - SP

E-mail: albertorassineto@gmail.com

Ísis Forgerini

Médica residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/ Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Endereço: Av. Brg. Faria Lima, 5544 - Vila São José, São José do Rio Preto - SP

E-mail: isisraissa@hotmail.com

Guilherme Nascimento Mineiro

Médico residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/ Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Endereço: Av. Brg. Faria Lima, 5544 - Vila São José, São José do Rio Preto - SP

E-mail: guilherme_nmineiro@hotmail.com

RESUMO

Maus tratos ou abuso infantil ocorre quando um sujeito em condições de superioridade é capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima.

Os dados atualmente disponíveis no Brasil e no mundo apontam a violência contra crianças como um importante problema de saúde pública.

Além de reconhecer a importância do problema e descrevê-lo, identificar casos de maus tratos é fundamental para o manejo e prevenção. Familiares são os principais responsáveis pelos maus-tratos e 77% dos eventos são causados pelos próprios pais, que tendem a silenciar o ato de violência, dificultando a abordagem dos profissionais da saúde. Diante da negação da família e da vítima, muitas vezes sob ameaças físicas e psicológicas, muitos casos de maus tratos são subdiagnosticados e, na suspeita, exames de imagem são solicitados. O médico radiologista tem papel fundamental na detecção dos achados compatíveis com maus tratos.

Palavras-chave: Maus tratos; abuso infantil; pediatria; achados radiológicos.

ABSTRACT

Maltreatment or child abuse occur when a subject in conditions of superiority is capable of causing physical, psychological or sexual damage, contrary to the will of the victim.

The data currently available in Brazil and worldwide point to violence against children as an important public health problem.

In addition to recognizing the importance of the problem and describing it, identifying cases of maltreatment is essential for management and prevention. Family members are main responsible for mistreatment and 77% of the events are caused by parents themselves, whom tend to silence the act of violence, making it difficult for health professionals to approach them. In view of the denial of the family and the victim, often under physical and psychological threats, many cases of maltreatment are underdiagnosed and, under suspicion, imaging tests are requested. The radiologist has a fundamental role in detecting findings compatible with maltreatment.

Keywords: Maltreatment; child abuse; pediatrics; radiological findings.

1 INTRODUÇÃO

Maus tratos ou abuso infantil ocorre quando um indivíduo em condições de superioridade é capaz de causar dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima.

Os dados atualmente disponíveis no Brasil e no mundo apontam a violência contra crianças como um importante problema de saúde pública, sendo de suma importância o seu reconhecimento e identificação para um manejo e prevenção adequados.

Geralmente, os membros da família são os principais responsáveis pelos maus-tratos e 77% dos eventos são causados pelos próprios pais, os quais tendem a negligenciar o ato de violência, prejudicando a abordagem dos profissionais da saúde. Diante da negação da família e da vítima (esta última muitas vezes sob ameaças físicas e psicológicas), muitos casos de maus tratos são subdiagnosticados. Na suspeita diagnóstica deste tipo de caso, a história clínica comumente obscura associada a exames de imagem demonstrando lesões típicas sugestivas de maus tratos são de grande auxílio na conclusão diagnóstica. O médico radiologista tem papel fundamental na detecção destes achados de imagem compatíveis com maus tratos.

Lesões ósseas em diferentes estágios de consolidação são as mais relacionadas com maus tratos e, de todas, as fraturas metafisárias, descritas por Caffey em 1946, conhecidas como lesões em “alça de balde” ou “fraturas de canto” são as mais específicas com predomínio no fêmur distal, tibia e úmero proximal, quase exclusivas em menores de 2 anos, incapazes de proteger as extremidades.

Fraturas de costelas em crianças estão fortemente relacionadas com traumas não-acidentais e o mecanismo é relativamente específico, determinado por força excessiva ao apertar o arcabouço ósseo torácico. Fraturas do primeiro arco costal são praticamente patognomônicas de maus tratos.

Um avanço em relação à violência infantil ocorreu em 1961, quando Kempe descreveu a síndrome do bebê espancado, que consiste em chacoalhar a criança, podendo provocar graves lesões cerebrais, hemorragias oculares, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e até morte. O diagnóstico é feito pela combinação de hemorragias retiniana e subdural.

A lesão craniana não-acidental ocorre em aproximadamente 12% dos casos de abuso infantil e, abaixo de 2 anos, corresponde a 80% dos casos de morte.

Hemorragias subdural e subaracnoide em diferentes estágios são também achados comuns, podendo ou não ter associação com fraturas dos ossos do crânio, as mais relacionadas com trauma não-acidental são as que cruzam suturas ou envolvem múltiplas suturas ou fraturas bilaterais.

2 DESCRIÇÃO

Esse ensaio tem por objetivo apresentar os achados radiológicos típicos de traumas não-acidentais na faixa pediátrica, ilustrados pelos casos diagnosticados no serviço de Radiologia Pediátrica do Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

3 ASPECTOS DE IMAGEM

3.1 CASO CLÍNICO 1

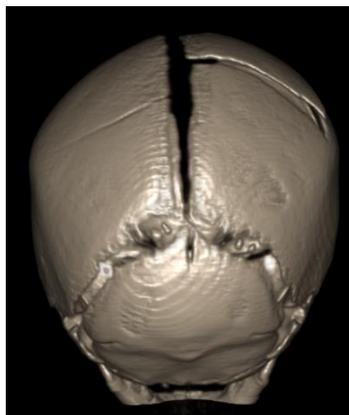
Masculino, de 7 meses, encaminhado de Fernandópolis devido a quadro clínico anemia grave e desconforto respiratório agudo há 01 dia. Encaminhado a UTI Neonatal por necessidade de ventilação mecânica invasiva, sendo observado edema e equimose parietais à direita do crânio. Solicitado RX e TC de crânio.

Fig. 1: Radiografia de ossos do crânio na incidência em perfil evidenciando fratura completa e oblíqua do osso parietal direito.



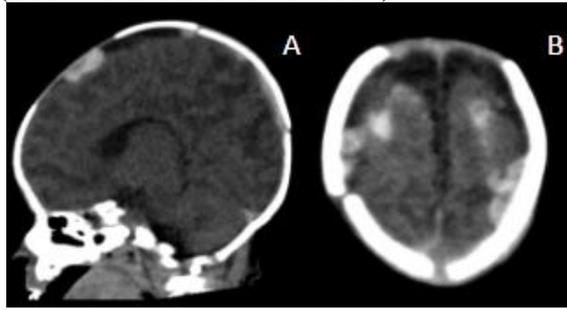
Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

Fig. 2: Reconstrução tridimensional de TC com filtro ósseo evidenciando a fratura parietal descrita no RX e fratura linear no osso parietal contralateral.



Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

Fig. 3: TC de crânio em cortes sagital (A) e axial (B) evidenciando as fraturas da calota craniana associadas a hemorragias intraparequimatosa e extra-axiais (subaracnoide e subduraes bilaterais).



Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

3.2 CASO CLÍNICO 2

Feminino, 10 meses, trazida à emergência pediátrica pela mãe que relata que a criança se jogou do colo e ao segurá-la pelas pernas, a mesma teria apresentado choro.

Fig. 1: RX da coxa e perna à direita, evidenciando fratura incompleta (Tórus) na transição metadiafisária distal do fêmur.



Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

3.3 CASO CLÍNICO 3

Feminino, 8 dias, trazida à emergência pela mãe com hematoma agudo sem causa aparente na face medial da coxa esquerda. Refere que há 7 dias a recém-nascida apresenta edema doloroso no joelho ipsilateral.

Fig. 1: RX de coxa e perna à esquerda evidenciando aumento de partes moles no terço distal da coxa e joelho, além de fratura metafisária distal em “alça de balde” no fêmur. A neoformação óssea causa um espessamento que simula uma alça.



Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

3.4 CASO CLÍNICO 4

Masculino, 10 semanas, encaminhado de José Bonifácio. Mãe relata que o filho dorme na cama com os pais e acordou chorando, principalmente à mobilização do membro inferior esquerdo.

Fig. 1: RX panorâmica de membros inferiores evidenciando fraturas nas metáfises mediais proximais e distais (“fratura de canto”/ “alça de balde”) dos fêmures e nas metáfises mediais e proximais de ambas as tíbias. Ainda, reação periosteal nas proximidades das fraturas das tíbias.



Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

Fig. 2: RX de tórax evidenciando fraturas no 9º e 10º arcos costais posteriores bilateralmente.



Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

Fig. 3: RX do braço esquerdo evidenciando fratura completa da diáfise do úmero e pequenas imagens com densidade cálcica adjacentes com aspecto de fragmentos ósseos avulsionados.

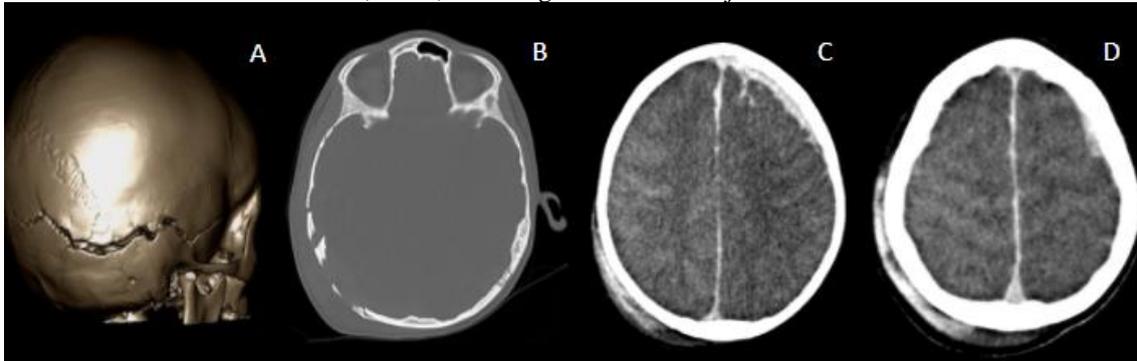


Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

3.5 CASO CLÍNICO 5

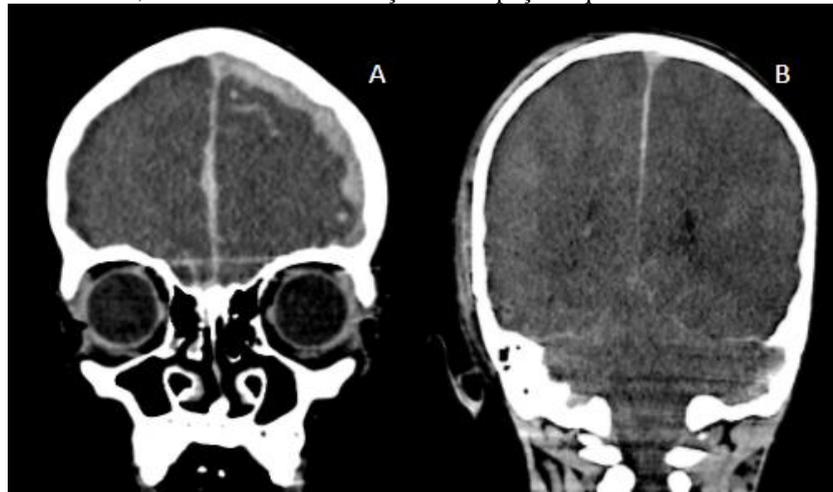
Masculino, 5 anos, encaminhado via Cross com relato de queda da bicicleta, evoluindo com intervalo lúcido seguido de perda da consciência na origem. O mecanismo do trauma não foi observado pelos cuidadores.

Fig. 1: TC de crânio evidenciando fraturas desalinhadas occipital e temporal à direita na reconstrução tridimensional (A) e na imagem em axial com filtro ósseo (B), havendo afundamento de alguns fragmentos ósseos. Em C e D, observam-se imagens em axial do crânio evidenciando hematomas subgaleais extensos parietal e occipitotemporal à direita, hemorragias extra-axiais subdurais frontais bilaterais e, ainda, hemorragia subaracnoide junto à foice inter-hemisférica.



Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

Fig. 2: Reconstruções coronais (A e B) do mesmo paciente evidenciando a extensão da hemorragia subdural. Observa-se que a hemorragia subaracnoide identificada na foice inter-hemisférica escorre para o tentório cerebelar bilateralmente e para sulcos entre giros corticais de ambos os hemisférios cerebrais. Em B, herniação das tonsilas cerebelares pelo forame magno na transição craniocervical, determinando obliteração dos espaços liquóricos das cisternas da base.

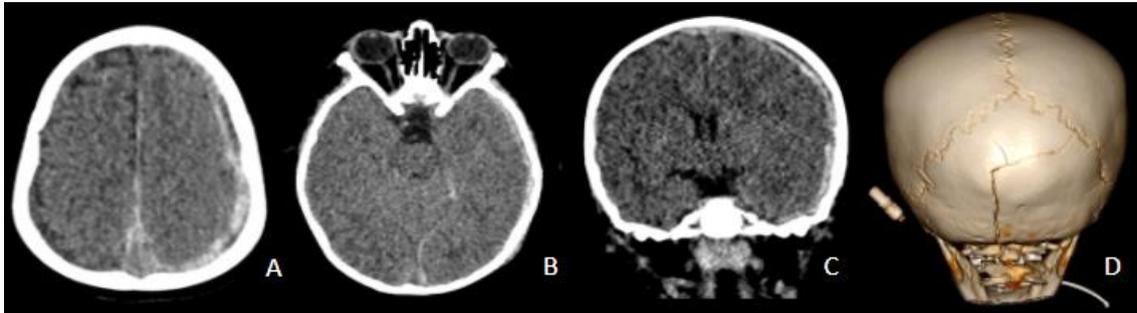


Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

3.6 CASO CLÍNICO 6

Masculino, 2 anos, deu entrada no pronto-socorro apresentando petéquias nas palmas das mãos e plantas dos pés. Mãe relata que a criança esteve em contato com a planta “comigo ninguém pode” e acredita que o quadro possa ser de intoxicação exógena. Ao ser questionada sobre a possibilidade de queda ou outro traumatismo, a mãe nega, entretanto, apresenta comportamento agressivo com a equipe médica.

Fig. 1: TC de crânio em cortes axiais (A e B), coronal (C) e reconstrução tridimensional com filtro ósseo (D) evidenciando hematoma subdural extenso junto à tábua óssea interna da calota craniana à esquerda e hemorragia subaracnoide junto à foice inter-hemisférica visibilizado em A, B e C. Fratura da calota craniana na região occipital, visibilizada na reconstrução óssea em D.



Fonte: Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto.

4 CONCLUSÃO

Abuso infantil é uma ocorrência extremamente comum, porém altamente subdiagnosticada em nosso meio, podendo se manifestar desde fraturas simples a lesões neurológicas e viscerais devastadoras, por vezes fatais. Os profissionais que atuam na área devem considerar a suspeita diante de histórias clínicas não esclarecedoras e obscuras, estando preparados para reconhecer prontamente e diagnosticar os casos de maus tratos. Na avaliação dos exames de imagem, alguns padrões de lesões são altamente sugestivos e outros são patognomônicos. Desta forma, o radiologista familiarizado com estes tipos de aspectos de imagem é capaz de levantar a suspeita diagnóstica, auxiliando no tratamento e promovendo apoio imediato à criança acometida.

REFERÊNCIAS

- Carty H. Non-accidental injury: a review of the radiology. *Eur Radiol.* 1997;7: 1365-1376.
- Caffey's . *Pediatric Diagnostic Imaging.* 12th ed.; Philadelphia, PA. Saunders, 2013. Chapter 145: 1587-1598.
- Dwek JR. The radiographic approach to child abuse. *Clin Orthop Relat Res.* 2011; 469: 776-789.
- Kleinman PK. *Diagnostic imaging of child abuse.* 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 1998
- Lonergan GJ, Baker AM, Morey MK et al. From the archives of the AFIP. Child abuse: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 2003;23:811-845.
- Offiah A, van Rijn RR, Perez-Rossello JM, et al. Skeletal imaging of child abuse (non-accidental injury). *Pediatr Radiol.* 2009;39:461-170.
- Stephen C Boos, Erin E Endom, et al. *Physical abuse in children: Diagnostic evaluation and management.* UptoDate. 2014.