

# No todo son malos tratos: pensando en un diagnóstico alternativo

M. Ballesteros García, M.T. Alarcón Teresa, M. Zafra Anta, S. Prieto Martínez, I. Jiménez López, A.I. Mohedas Tamayo  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

## Resumen

**Introducción:** Los pediatras estamos muy concienciados sobre nuestro papel en el diagnóstico del maltrato, ya que si éste no se diagnostica y denuncia a tiempo, puede traer graves consecuencias en los niños, tanto físicas como psíquicas. Sin embargo, como médicos, también podemos incurrir en diagnósticos erróneos de maltrato, con la importancia que esta falsa afirmación supone desde el punto de vista legal y familiar.

**Material y métodos:** Revisamos las historias de cuatro pacientes con patologías diversas que fueron diagnosticados inicialmente de maltrato. En todos ellos se encontró una causa médica que explicaba sus patologías y descartaba nuestra hipótesis inicial de maltrato.

**Conclusiones:** Como pediatras, debemos estar alerta sobre los signos y síntomas que pueden hacernos pensar en maltrato. Sin embargo, también debemos conocer las patologías que pueden parecer efectos de un maltrato, y siempre debemos pensar en los posibles diagnósticos diferenciales cuando se nos plantea un posible caso de maltrato.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

## Palabras clave

Maltrato infantil, abuso sexual, diagnóstico erróneo

## Abstract

**Title:** Not always it's a child abuse: thinking of an alternative diagnosis

**Backgrounds:** Paediatricians are concerned about our role in diagnosis of child abuse, due to the terrible consequences, both physical and psychological, that children can suffer if it's not diagnosed and reported on time. However, as doctors, we can fall into misdiagnosis, with the importance of this wrong statement means legally and in their families.

**Material and methods:** We have reviewed four medical records with different diseases. All of them were initially diagnosed of child abuse, but in all we found a medical cause that explained their diseases and child abuse could be ruled out.

**Conclusions:** As paediatricians, we must be alert about signs and symptoms that might make us think about child abuse. However, we also must know diseases that can simulate child abuse and we must consider an alternative diagnoses always than we were thinking about the possibility of physical or sexual child abuse.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

## Keywords

Child abuse, sexual abuse, misdiagnosis

## Introducción

El maltrato infantil constituye un problema importante en la atención pediátrica. Los pediatras somos conscientes de la relevancia que tiene el diagnóstico de estas patologías; de ahí la necesidad de dar la voz de alarma ante situaciones de sospecha. Sin embargo, como médicos, podemos también incurrir en falsos diagnósticos de malos tratos, con las consecuencias que esto puede acarrear, por lo que resulta de gran importancia conocer diferentes cuadros clínicos que pueden parecer efectos de un maltrato, tanto físico como sexual, para así evitar acusaciones falsas.

A continuación presentamos varios casos clínicos con distintas patologías, en los que se planteó el diagnóstico de sospecha inicial de malos tratos, sin disponer de otros datos de la historia clínica o del seguimiento de la familia que lo confirmaran, y en los que existía una causa médica que lo justificaba.

## Casos clínicos

### Caso clínico 1

Niña de 16 meses de edad traída al servicio de urgencias por presentar sangre en las heces. La madre refería la aparición de lesiones perianales diagnosticadas de hemorroides y tratadas con corticoides desde hacía 1 mes, con lo que se produjo un aumento progresivo de las lesiones y sangrado de las mismas. En la exploración física (figura 1) se confirmaron múltiples lesiones papulosas blanquecinas queratósicas con distribución filiforme, que protruían desde el margen anal, agrupadas formando una placa de aproximadamente 2 cm, sugestivas de condilomatosis perianal. El diagnóstico de condiloma acuminado debido a una infección por el virus del papiloma humano (VPH) nos hizo pensar en un posible abuso sexual. La madre refería ser la única cuidadora, había vuelto de vacaciones procedente de su país el día previo, pero negaba la existencia de otros cuidadores. La principal duda que se nos



**Figura 1.** Condiloma acuminado perianal en un lactante de 16 meses



**Figura 2.** Liquen escleroatrófico en una niña de 5 años



**Figura 3.** Fusión costal en un niño de 5 años

planteaba era la vía de transmisión (sexual por abuso frente a perinatal), por lo que se solicitó la realización de serologías a la niña (sífilis, VIH, VHC, VHB) y una exploración ginecológica de la madre, en la que no se observaron lesiones sugestivas de papiloma, y se tomaron muestras para una citología. Asimismo, se pasó parte a servicios sociales. En el servicio de urgencias se inició tratamiento con pomada de extracto de té verde (Veregen® pomada). En la revisión en consultas externas, debido a que la madre refería la aparición de dolor local en la niña tras la aplicación de la pomada, así como a la escasa respuesta terapéutica, se sustituyó el tratamiento por imiquimod, con lo que desaparecieron las lesiones en pocas semanas. Las serologías de la paciente fueron negativas y en el seguimiento por parte de servicios sociales no se encontraron datos de sospecha de abuso sexual.

### Caso clínico 2

Niña de 5 años de edad, sana, de origen magrebí, que acude a urgencias por presentar lesiones vulvares de 1 mes de evolución asociadas a prurito y dolor local, sin leucorrea ni disuria. En la exploración física (figura 2) se observaron múltiples lesiones equimóticas confluentes en los labios menores de aspecto traumático, capuchón del clítoris edematoso con lesiones equimóticas, introito eritematoso y fisura en el periné entre la vagina y el ano. El himen parecía íntegro y el ano era normal. Por la sospecha de abuso sexual, se realizó un parte de lesiones y se avisó al asistente social. En todo momento la niña presentaba un comportamiento normal y negaba cualquier traumatismo. Se pautó tratamiento con corticoides tópicos y se le dio cita en la consulta de dermatología. En su seguimiento posterior en consultas externas, las lesiones habían mejorado y su evolución sugería la presencia de un liquen escleroatrófico (halo blanquecino perilesional «en ocho»), por lo que se continuó el tratamiento con corticoides tópicos de alta potencia (mometasona), asociándose posteriormente pimecrolimus debido a su cronicidad. Tras el diagnóstico clínico de liquen escleroatrófico, la sospecha de abuso sexual quedó totalmente descartada.

### Caso clínico 3

Niño de 3 años de edad, sano, traído al servicio de urgencias por una infección respiratoria febril de 5 días de evolución, por lo que se realizó una radiografía de tórax. Desde el servicio de radiolo-

gía alertan sobre la presencia de una imagen de callo de fractura en la parrilla costal izquierda, que por la localización hacía sospechar un maltrato. Se interrogó entonces a los padres sobre el posible origen, sin que refirieran ningún traumatismo previo. No se halló ningún otro signo de maltrato (hematomas, crepitación ósea). Se decidió realizar un estudio más enfocado a la lesión descrita, por lo que se realizó una radiografía de la parrilla costal izquierda (figura 3), en la que se constató una fusión de los arcos medios de la sexta y la séptima costillas izquierdas, descartándose la presencia de un callo de fractura. Con el diagnóstico de malformación costal tipo fusión costal, el paciente fue dado de alta del servicio de urgencias, descartándose el diagnóstico de presunción de malos tratos.

### Caso clínico 4

Lactante de 8 meses de edad, trasladado al box vital por un episodio de desconexión e hipertonia de los miembros. Los padres referían que el niño había rodado desde un colchón situado en el suelo y había empezado a llorar. Al ir a cogerle en brazos, el niño se puso cianótico y respondía mal a los estímulos, motivo por el cual acudieron a urgencias. No referían ningún cuadro febril ni síntomas catarrales asociados. En la exploración física se observó una hipertonia de los miembros con postura en descerebración y sin respuesta a estímulos; el resto de la exploración resultó normal. En el servicio de urgencias, ante la sospecha de una crisis convulsiva afebril, se administró diazepam rectal, con lo que cedió la hipertonia, y la niña quedó posteriormente asintomática, sin un claro periodo poscrítico. Se realizó un hemograma, una gasometría y un electrocardiograma en urgencias, con resultados normales. A las 24 horas empezó con vómitos y decaimiento, por lo que se efectuó una gasometría (normal), una analítica (con resultados irrelevantes) y una ecografía cerebral, que reveló la presencia de colecciones subaracnoideas en la convexidad y la proximidad de la cisura interhemisférica, que sugerían una hidrocefalia externa benigna. Por la disparidad entre la ecografía y la exploración física (somnolencia progresiva, abombamiento de fontanela y descenso de la mirada), se solicitó una tomografía computarizada craneal, que mostró hallazgos similares, sin evidencia de hematoma subdural (figura 4). Ante la sospecha de hipertensión intracraneal secundaria a un niño agitado, se solicitó una serie ósea y un fondo de ojo, que resultaron normales, y se remitió al



**Figura 4.** Tomografía computarizada craneal: diagnóstico de hidrocefalia externa benigna

paciente al hospital de referencia. El padre refería haberle levantado rápidamente y haberle estimulado, pero negaba haberlo agitado violentamente. Durante el ingreso en el hospital de referencia se realizó una resonancia magnética craneal, en la que se demostró la presencia de un hematoma subdural, que precisó la colocación de una válvula de derivación subduroperitoneal al octavo día de su evolución. En el seguimiento posterior del paciente, éste se encontraba asintomático, con buen desarrollo neurológico y sin secuelas posteriores. Por otra parte, en el seguimiento de la familia no se encontraron indicios de malos tratos.

## Discusión

En los dos primeros casos descritos (condiloma acuminado en un lactante y liquen escleroatrófico en una niña en edad preescolar) se pensó como primera opción diagnóstica en un abuso sexual, por lo que se realizó una exploración conjunta con el servicio de ginecología y se cursó parte a servicios sociales. Un diagnóstico erróneo de abuso sexual puede acarrear serias consecuencias, por lo que es preciso conocer las patologías que pueden confundirse con él<sup>1</sup>: variantes de la normalidad (agujero himeneal amplio), patologías frecuentes pero en localizaciones atípicas (hemangioma, mancha mongólica o nevus en la vulva o el periné), patologías pediátricas típicas con presentaciones inusuales (dermatitis perineal estreptocócica, fisura anal, caídas en bicicleta «en silla de montar», infección de orina, cuerpo extraño vaginal, púrpura de Schonleich-Henoch). También se han descrito diagnósticos erróneos por patologías poco conocidas, como el prolapso uretral (típico de niñas negras prepúberales con sangrado vaginal y edema local), defectos de fusión en la línea media y en lesiones cutáneas poco frecuentes en pediatría (liquen escleroatrófico, penfigoide vulvar, enfermedad de Crohn con afectación vulvar y perianal).

En el primer caso, la presencia de condiloma acuminado en un lactante hizo pensar en la posibilidad de abuso sexual. Para establecer la posible relación entre verrugas anogenitales y abuso sexual<sup>2-4</sup>, es importante conocer los largos periodos de latencia del VPH, los distintos mecanismos de transmisión y la distinta sensibilidad de las diferentes técnicas diagnósticas, lo que dificulta el diagnóstico diferencial, sobre todo cuando nos planteamos la posibilidad de abuso. En el caso de infección perinatal, es importante saber que muchas veces no se encuentran lesiones sugestivas de papilomatosis en la madre durante el embarazo ni en el momento

del diagnóstico de infección por el VPH en el niño. Esto puede explicarse por varias razones: por un lado, la infección por el VPH es frecuentemente asintomática en la madre y tiene un alto porcentaje de curas espontáneas y, por otro, tras la transmisión perinatal, la infección por el VPH en el niño puede estar silente durante muchos meses o años. Existe disparidad<sup>3</sup> para determinar el tiempo de latencia máximo que tarda el VPH en causar la enfermedad tras la infección perinatal. Frazier afirmó que este periodo silente puede prolongarse hasta 5 años después de la inoculación, mientras que otros autores fijan este límite en 2 años. Según Adam, toda verruga anogenital en un niño mayor de 3 años debe ser estudiada como posible abuso sexual. También puede dificultar el diagnóstico de transmisión perinatal el hecho de que la citología tiene una escasa rentabilidad para la detección del VPH, por lo que está indicada la realización de una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del VPH en caso de sospecha de papilomatosis de transmisión perinatal y citología negativa. Esta paciente tenía 16 meses y las lesiones eran perianales (típicas de la infección perinatal), lo que sugería una transmisión perinatal. En la madre la citología fue negativa para el VPH, pero no se realizó una PCR del VPH en muestra cervical, que podría haber estado indicada. El serotipo encontrado fue VPH 6 (serotipo que suele encontrarse en la papilomatosis laríngea y en las verrugas genitales), aunque este dato no ayuda a distinguir si la infección fue producida por vía sexual o perinatal<sup>2</sup>. Como conclusión, cabe decir que la infección por el VPH en los primeros 2-3 años de vida no es sinónimo de abuso sexual, aunque siempre hay que estudiar esta posibilidad. En este caso pensamos que la vía de transmisión más probable fue la perinatal, aunque no se pudo descartar completamente otra vía.

Respecto al segundo caso, el desconocimiento de esta patología, así como los síntomas típicos de liquen escleroatrófico<sup>5</sup> de picor, sangrado y lesiones hemorrágicas que simulan las lesiones producidas por abuso sexual, propiciaron la equivocación ya descrita en la bibliografía<sup>6,7</sup>. El liquen escleroatrófico es un trastorno benigno pero crónico, típico de mujeres posmenopáusicas, que afecta hasta en un 10% de los casos a niñas prepúberales. La piel se vuelve frágil y produce picor y dolor, por lo que se pueden producir hematomas y sangrado con facilidad (como ocurrió en la paciente de este caso) y conllevar un diagnóstico erróneo de abuso<sup>6,7</sup>. En ese caso, la decoloración blanquecina alrededor del ano y la vulva «en ocho», muy sugestiva de un liquen escleroatrófico, hizo que se llegara al diagnóstico y el tratamiento correctos y se desestimara la sospecha de abuso sexual.

Respecto al tercer caso, consideramos la posibilidad de malos tratos ante la sospecha de un callo de fractura costal. Estas fracturas representan la lesión torácica más frecuente producida en los niños maltratados<sup>8,9</sup>. La mayoría de ellas se producen en niños menores de 2 años (el paciente del tercer caso tenía 5 años) y son secundarias a una compresión violenta anteroposterior del tórax y, con menos frecuencia, a golpes directos en el tórax. Aunque pueden localizarse en cualquier parte, suelen aparecer en la región posterior del arco costal (como en este paciente). No es habitual encontrar hematomas ni crepitación local. Para establecer el diagnóstico se recomienda realizar varias proyecciones, ya que con frecuencia son difíciles de diagnosticar, y a veces sólo se hacen

evidentes cuando se produce el callo de fractura unos 10-15 días después. En este paciente, la realización de otra proyección radiológica permitió descartar la presencia de una fractura costal y establecer el diagnóstico alternativo de fusión costal. La fusión costal es una anomalía poco común y forma parte de las anomalías consideradas como variantes de la normalidad, entre las que también se incluyen la costilla cervical, la costilla bífida, la costilla hipoplásica, la pseudoartrosis de la primera costilla y la presencia de costillas supernumerarias torácicas<sup>10-12</sup>. La mayoría de los pacientes presentan este tipo de malformación como lesión única y permanecen asintomáticos. Es importante para el pediatra conocer esta entidad para evitar la confusión con otro tipo de lesiones frecuentes en el contexto de maltrato infantil, como las fracturas costales. En este caso, la realización de una radiografía oblicua costal descartó la sospecha inicial de fractura costal, evitándose así la realización de otras pruebas complementarias innecesarias al paciente y el inicio de un procedimiento legal ante la posibilidad de maltrato.

En el cuarto caso, la sintomatología referida durante el ingreso (disminución del nivel de conciencia, fontanela abombada y desviación inferior de la mirada) se interpretó como secundaria a una hipertensión intracraneal. La duda nos surgió al plantearnos cuál había sido el mecanismo de producción. En cualquier lactante con clínica de hipertensión intracraneal sin etiología conocida, se plantea el diagnóstico de niño zarandeado (solicitamos un fondo de ojo y una serie ósea) y, por otro lado, cada vez se habla más de la posibilidad de producirse hematomas subdurales en caso de hidrocefalia externa benigna tras traumatismos banales, o incluso en ausencia de ellos<sup>13</sup>. Los padres sólo referían haber levantado a la niña enérgicamente del suelo tras constatar una cianosis por el llanto. Papasian y Frim<sup>14</sup> crearon un modelo matemático para conocer la fuerza requerida para causar un hematoma subdural en un niño con hidrocefalia externa, y demostraron que los traumatismos de bajo impacto podían causar un desgarro venoso y un hematoma subdural. Como pediatras, sabemos que la aparición de un hematoma subdural requiere descartar la presencia de maltrato; sin embargo, es importante saber que ciertas patologías, como las coagulopatías, la aciduria glutárica, la enfermedad de Menkes, la osteogénesis imperfecta y la hidrocefalia externa benigna<sup>12</sup>, pueden predisponer a su producción ante un mínimo traumatismo. De hecho, Piatt<sup>15</sup> afirma que en ausencia de otros datos que sugieran maltrato, tras una investigación correcta, la presencia de un hematoma subdural en un niño con hidrocefalia externa es insuficiente para probar un abuso, y Caffey<sup>15</sup>, quien describió por primera vez el síndrome del niño agitado, reconoció que los niños con hidrocefalia eran más propensos a desarrollar hematomas subdurales. En este caso, el seguimiento familiar no nos hizo sospechar una negligencia, un maltrato o una distocia social, y la buena evolución neurológica de la paciente, sin secuelas neurológicas, no hacía sospechar un síndrome del niño agitado. Se sabe que los lactantes que sufren un daño cerebral secundario a un zarandeo suelen presentar graves secuelas neurológicas, ya que se requiere un traumatismo de alta energía para producir un desgarro de las venas corticales y un hematoma subdural. Sin embargo, la existencia de un espacio subaracnoideo muy amplio (como ocurrió en el caso con hidrocefalia externa) propicia que

un traumatismo banal pueda provocar un desgarro de las venas que cruzan este espacio y producir un hematoma subdural<sup>16,17</sup>. En estos casos el pronóstico neurológico de los pacientes suele ser bueno, ya que el traumatismo que provocó la lesión no fue de alta energía. Como conclusión, cabe decir que, aunque el abuso debe ser siempre descartado en caso de un hematoma subdural, en los niños con hidrocefalia externa el hematoma subdural puede producirse ante un traumatismo mínimo y suele tener buen pronóstico, a diferencia de los secundarios a un zarandeo.

Con la revisión de estos casos clínicos queremos resaltar la importancia de conocer las patologías cuyos síntomas pueden asemejarse a los de un abuso sexual o maltrato físico, para no caer en falsas acusaciones. ■

## Bibliografía

- Hornor G. Common conditions that mimic findings of sexual abuse. *J Pediatr Health Care*. 2009; 23(5): 283-288.
- Bülül S, Demirceken F, Cakir B, Pinar Cakir E, Unlü E, Soyer T. Difficulties in diagnosing sexual abuse in children with condyloma acuminata in Turkey. *J Child Sexual Abuse*. 2010; 19(1): 35-42.
- Hornor G. Anogenital warts in children: sexual abuse or not? *J Pediatr Health Care*. 2004; 18(4): 165-170.
- Sinal SH, Woods CR. Human papillomavirus infections of the genital and respiratory tracts in young children. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005; 16(4): 306-316.
- Poindexter G, Morell Dean S. Anogenital pruritus: liquen sclerosus in children. *Pediatr Ann*. 2008; 36(12): 785-791.
- Isaac R, Lyn M, Trigg N. Liqueur sclerosus in the differential diagnosis of suspected child abuse cases. *Pediatric Emerg Care*. 2007; 23(7): 482-485.
- Al-Khenaizan S, Almuneef M, Kentab O. Liqueur sclerosus mistaken for child sexual abuse. *Int J Dermatol*. 2005; 44(4): 317-320.
- Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuad Med Forense*. 2010; 6(1-2): 53-63.
- Gómez de Terreros I, Serrano Urbano I, Martínez Marín MC. Diagnóstico por imagen de los malos tratos infantiles. *Cuad Med Forense*. 2006; 12(43-44): 21-37.
- Glass R, Norton KI, Mitre SA, Kang E. Paediatric ribs: a spectrum of abnormalities. *Radiographic*. 2002; 22(1): 87-104.
- Guttentag AR, Salwen JK. Keep your eyes on the ribs: the spectrum of normal variants and diseases that involve the ribs. *Radiographic*. 1999; 19(5): 1.125-1.142.
- Acastello E, Garrido P. Actualización de la clasificación de las malformaciones congénitas de la pared torácica: 22 años de experiencia en un hospital pediátrico. *Rev Med Clin Condes*. 2009; 20(6): 758-767.
- Ghosh PS, Ghosh D. Subdural hematoma in infants without accidental or non accidental injury: benign external hydrocephalus, a risk factor. *Clin Pediatr (Phila)*. 2011; 50(10): 897-903.
- Papasian NC, Frim DM. A theoretical model of benign external hydrocephalus that predicts a predisposition towards extra-axial hemorrhage after minor head trauma. *Pediatr Neurosurg*. 2000; 33(4): 188-193.
- Piatt JH. A pitfall in diagnosis of child abuse: external hydrocephalus, subdural hematoma, and retinal hemorrhages. *Neurosurg Focus*. 1999; 7(4): e4.
- Ravid S, Maytal J. External hydrocephalus: a probable cause for subdural hematoma in infancy. *Ped Neurol*. 2003; 28(2): 139-141.
- Fung EL, Sung RY, Nelson EA, Poon WS. Unexplained subdural hematoma in young children: is it always a child abuse? *Pediatr Int*. 2002; 44(1): 37-42.