

# Traumatismo abdominal como causa de muerte en el maltrato infantil: descripción de un caso.

*Abdominal traumatism as cause of death in child abuse: report of a case.*

---

---

F. Miró<sup>1</sup>, C. Laguna<sup>1</sup>, L. Camins<sup>1</sup> y J.C. Canós<sup>2</sup>

---

---

## RESUMEN

Presentamos un caso de muerte en un niño de 11 meses de edad, que ingresó cadáver en el servicio de urgencias de su hospital de referencia, con lesiones traumáticas en cabeza y abdomen, poniéndose el caso en conocimiento del juzgado de guardia. Durante la autopsia médico-legal, se apreció la existencia de excoriaciones lineales en mejilla izquierda, equimosis periorbitaria izquierda, así como en zona mandibular derecha; llamando especialmente la atención la presencia de múltiples equimosis redondeadas y ovaladas de entre 0.3 y 2 cm de diámetro ubicadas en el tronco, fundamentalmente en la zona abdominal. El examen interno evidenció un hemoperitoneo con desgarros en diferentes serosas y mesos, con importante infiltrado hemorrágico a nivel de retroperitoneo y zona mesentérica. Se concluyó que se trataba de una muerte violenta de etiología médico-legal homicida, siendo su causa inmediata una hemorragia intraabdominal y su causa fundamental el traumatismo abdominal múltiple por compresión. Existe plena coincidencia entre el cuadro descrito y el referenciado en la bibliografía revisada, relativo a lesiones abdominales por maltrato infantil.

**Palabras clave:** autopsia, hemoperitoneo, maltrato infantil, patología forense, traumatismo abdominal.

*Cuad Med Forense* 2009; 15(56):129-135

## ABSTRACT

We present the case of the death of an 11 months old child, who was dead on arrival at the Accident and Emergency Service of his local hospital. He had traumatic wounds to the head and abdomen. The case was brought to the attention of the judge on duty. During the medico-legal autopsy, lineal excoriations were noted on the left cheek, and left periorbital ecchymosis, as well as ecchymosis of the right mandibular area. The presence of multiple round and oval ecchymoses of between 0.3 and 2 cm on the trunk, principally in the abdominal area, was particularly noticeable. The internal examination found a hemoperitoneum with tears in different serous and mesothelial membranes, with significant haemorrhagic infiltration at a retroperitoneal level and in the mesenteric area. It was concluded that it was a case of violent death caused, in medico-legal aetiology, by homicide. The immediate cause of death was an intra-abdominal haemorrhage and its fundamental cause was multiple abdominal traumas through compression. The situation described fully matches that found in the bibliography reviewed concerning abdominal wounds caused by child abuse.

**Key words:** abdominal trauma, autopsy, child abuse, forensic pathology, hemoperitoneum.

---

Fecha de recepción: 22.ENE.09

Fecha de aceptación: 14.MAY.09

**Correspondencia:** Dr. Francisco Miró García. Instituto de Medicina Legal de Cataluña (IMLC). División de Tarragona. Av. Marià Fortuny 73. 43202 Reus. Tfno.: 977 929 096. Fax: 977 929 091. E-mail: francisco.miro@xij.gencat.cat.

<sup>1</sup> Médico Forense IMLC, División Tarragona: Reus/Falset.

<sup>2</sup> Médico especialista en Anatomía Patológica. Servicio de Histopatología. INT-CF. Departamento de Barcelona.

## **INTRODUCCIÓN:**

Los traumatismos no accidentales (TNA) son una causa importante de lesiones durante la infancia, afectando por orden de frecuencia y gravedad a la cabeza (contusiones y hemorragias cerebrales), tórax (fracturas costales, de clavícula y contusiones pulmonares) y rara vez al abdomen (lesiones en vísceras macizas y con menor frecuencia en vísceras huecas). La mortalidad es mayor en las lesiones craneoencefálicas que en el resto de localizaciones [1]; en el caso de las lesiones abdominales las cifras varían ostensiblemente en las diferentes series consultadas entre el 0 [2,3], y el 50% [4,5,6], relacionándose el grado de supervivencia con la práctica de una precoz intervención quirúrgica [2]. Dentro de los TNA ocupan un lugar relevante las lesiones por maltrato infantil.

El Síndrome del Niño Maltratado es una de las formas que asume el fenómeno de la violencia doméstica, constituyendo una entidad pediátrica y médico-legal que puede definirse por el daño físico o psicológico inferido a un niño mediante agresiones provocadas por uno o más adultos que están a cargo de la víctima. [7]

La lesión visceral como consecuencia de maltrato infantil es poco frecuente a juzgar por lo reseñado en la literatura [6,8,9]. Las vísceras más frecuentemente afectadas en traumas abdominales accidentales en el niño son el riñón y el bazo, mientras que hay un predominio de las lesiones intestinales (incluyendo duodeno) en los cuadros de maltrato. Los desgarros hepáticos se observan con frecuencia en los casos letales. [9]

El objetivo de este trabajo es describir, en base al caso expuesto y a la bibliografía consultada, un perfil de sospecha de las lesiones abdominales en el contexto del maltrato infantil, que permita orientar de entrada adecuadamente el caso.

## **DESCRIPCIÓN DEL CASO:**

### **CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE**

Varón de 11 meses de edad que es trasladado por sus familiares al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia, donde ingresó ya cadáver. Aunque inicialmente los acompañantes describieron el fallecimiento como una muerte súbita, finalmente se relacionó por parte de los profesionales que atendieron el caso como una posible muerte violenta derivada de malos tratos, motivo por el que pusieron el hecho en conocimiento del juzgado de guardia.

El tiempo estimado entre la producción de las lesiones y el fallecimiento del niño fue aproximadamente de 4 horas, practicándose la autopsia 22 horas tras la defunción.

### **HALLAZGOS DE AUTOPSIA**

#### **Examen externo**

Cadáver de un varón, de 11 meses de edad, normoconstituido y con buen estado nutricional, con signos de muerte cierta y fenómenos cadavéricos en el siguiente estado evolutivo: livides fijadas en planos declives dorsales, rigidez instaurada y temperatura igualada a la del medio.

El examen detallado de la superficie corporal permite observar las siguientes lesiones:

- Dos excoriaciones lineales en mejilla izquierda a 2 cm del pabellón auricular, en dirección descendente.
- Equimosis periorbitaria a nivel de ojo izquierdo.
- Punteado petequial a nivel de la mucosa interna del párpado inferior del ojo izquierdo.
- Pequeña equimosis en zona mandibular derecha .
- Múltiples equimosis redondeadas y ovaladas de entre 0.3 y 2 cm de diámetro que muestran agrupaciones lineales (compatibles con maniobras de compresión digital del

abdomen), estando ubicadas en la fosa ilíaca izquierda, hipocondrio izquierdo, hipogastrio y fosa ilíaca derecha, porción anterior derecha del tórax, zona lumbar medial y fosa lumbar derecha. (Fig. 1)

- Venopunturas terapéuticas cubiertas de apósitos en flexuras de los codos.



Fig. 1.- Múltiples equimosis redondeadas y ovaladas de entre 0.3 y 2 cm de diámetro que muestran agrupaciones lineales (compatibles con maniobras de compresión digital del abdomen).

### **Examen interno**

Son destacables los siguientes hallazgos:

#### **Cráneo y cuello (Mata)**

- Hematomas subcutáneos en ambas regiones parietales y temporo-frontales, sin que se aprecien lesiones en la bóveda craneal.

#### **Tórax y abdomen (Virchow)**

- El pulmón derecho (102 g) y el izquierdo (80 g), aparecen edematosos con petequias subpleurales focales. Corazón (53 g), sin alteraciones significativas.
- Hemoperitoneo masivo (Fig.2). Contusión hemorrágica en cara anterior diafragmática de 2 x 2 cm, en el lado derecho de la cúpula. Hemorragia retroperitoneal bilateral peri-renal que se extiende por ángulos diafragmáticos.
- Zonas de desgarro epiplóico con infiltrado hemorrágico a nivel del mesenterio (Fig.3) y pared externa del colon. Infiltración hemorrágica en algunas porciones del intestino delgado, base hepática, hilos y serosas viscerales.
- Infiltrado hemorrágico importante a nivel de la arteria y vena mesentérica superior y sus ramas en la zona retroperitoneal.

### **DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO**

Hemorragia intravital en serosa y grasa perientérica de intestino delgado y colon, con laceración focal de raíz del mesenterio. Hemorragia intravital retroperitoneal perirenal bilateral y peripancreática, con contusión hemática aguda en cara anterior diafragmática derecha. Bronquiolitis crónica residual, con cambios inflamatorios de tipo reacción celular a cuerpo extraño (broncoaspiración repetida y previa).

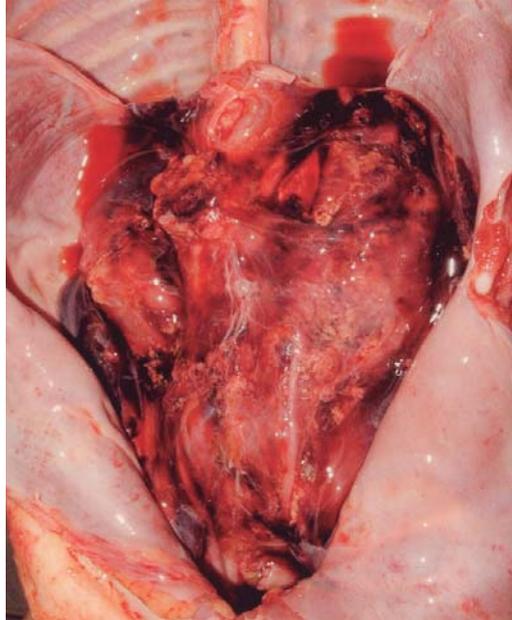


Fig. 2.- Hemoperitoneo masivo.



Fig. 3.- Zonas de desgarro epiploico con infiltrado hemorrágico a nivel del mesenterio.

### **DISCUSIÓN:**

Al margen de cuestiones propias de la investigación policial del caso expuesto, queremos destacar algunas observaciones médico-forenses que consideramos de especial interés:

La víctima presentaba lesiones poco aparentes en la superficie corporal, tanto a nivel craneal (superficiales y de escasa entidad) como en la zona torácica y abdominal (múltiples, redondeadas/ovaladas, menores de 2 cm, en agrupación lineal de 2 o 3 lesiones, de predominio anterior sobre posterior de 2:1 o más). Las lesiones craneales, aunque formando parte del

cuadro de maltrato no parecían estar relacionadas directamente con la causa del fallecimiento. Coincidimos pues con otros autores [8, 9, 10] en la coexistencia en estos casos de otros signos orientativos de maltrato infantil que acompañan al cuadro abdominal. En nuestro caso hematomas de partes blandas epicraneales, excoriaciones y equimosis faciales.

Las equimosis localizadas en el tronco, con las características descritas, pueden orientar hacia una determinada posición de las manos del agresor durante la sujeción violenta y/o compresión abdominal de la víctima. Una manipulación violenta del abdomen con presa intensa y profunda de los dedos sobre el abdomen, posiblemente acompañada de movimientos de sacudida, pudo dar lugar a desgarros en diferentes serosas y mesos con roturas vasculares, responsables en última instancia del hemoperitoneo y del infiltrado hemorrágico retroperitoneal y en zona mesentérica. Los datos expuestos (junto a otras investigaciones) condujeron a concluir que se trataba de una muerte violenta de etiología médico-legal homicida, por hemorragia intraabdominal secundaria a traumatismo abdominal.

Otra cuestión interesante, ya descrita en casos similares, es la relativa demora en acudir en busca de atención médica urgente, pudiendo relacionarse con el desarrollo progresivo del cuadro hemorrágico y la consiguiente agravación clínica con el transcurso del tiempo. La evolución fatal se relaciona en estos casos, como ya se ha comentado, con la ausencia de tratamiento quirúrgico precoz [2]. Tal vez el caso que presentamos tenga como mayor aportación de interés su desenlace fatal, ya que las lesiones abdominales no accidentales en niños rara vez son mortales.

Consideramos especialmente interesante un antiguo trabajo de Haller (1966) [11] en el que indica que la presión o compresión abdominal con fuerza podían producir lesiones viscerales abdominales en niños, incluso perforación de vísceras huecas. Dicho mecanismo, como ya hemos indicado, pensamos que pudo ser el responsable de las lesiones descritas en el caso que exponemos en este trabajo.

También encontramos marcadas coincidencias con los hallazgos mencionados por Touloukian (1968) [8] al describir este autor las características de las lesiones abdominales encontradas en las autopsias de cinco niños agredidos, destacando la coexistencia de equimosis y hematomas discretos en superficie con lesiones graves en profundidad a nivel yeyunal proximal, pancreático y mesentérico.

Para la mayoría de autores [6, 8, 9], las lesiones en intestino delgado son las más frecuentes en este tipo de agresiones, coincidiendo con nuestros hallazgos de autopsia. Así mismo las localizaciones preferentes de las lesiones intestinales (yeyuno proximal y duodeno) que describen Monteleone y Brodeur en su tratado, son coincidentes con nuestros hallazgos, especialmente al identificar arrancamientos en los puntos de cambio de movilidad de las asas. Encontramos no obstante lesiones asociadas en colon descendente y sigmoideo con arrancamiento mesentérico, calificadas por los referidos autores como poco frecuentes [12].

En la actualidad los profesionales que valoran este tipo de cuadros suelen conocer bien los signos de sospecha de maltrato infantil en general [13]. Sin embargo, no es menos cierto que las lesiones abdominales que aparecen en el maltrato infantil son menos conocidas y creemos que requieren ser reconsideradas. En este sentido suelen describirse como típicas el hematoma duodenal intramural y el pseudoquistes pancreático (al ser comprimidos durante la agresión contra la columna vertebral), quedando las lesiones intestinales en un segundo plano [14].

Creemos que pueden ser considerados como "*indicadores de sospecha de compresión abdominal violenta por maltrato infantil*", los siguientes:

1. *Demora en solicitar ayuda médica*: no es extraño que se acuda al hospital pasadas varias horas [6] y no tras producirse el cuadro traumático, a diferencia de los traumas abdominales accidentales [15].
2. *Lesiones en la superficie corporal*: equimosis y/o hematomas redondeados y/o ovalados en el tronco, de dimensiones y localización compatibles con presión digital por sujeción y compresión manual violenta, aparecen descritas como típicas tanto en trabajos recientes [16] como antiguos [8]. Pueden presentar asociada cualquier otra modalidad de lesión propia del maltrato.
3. *Exploración y pruebas de imagen*: evidencian lesiones en profundidad mucho más graves que en superficie (hematoma duodenal intramural, lesión yeyunal proximal, pseudoquistes pancreáticos, desgarro mesentérico, hemoperitoneo...) [8,14].
4. *Sintomatología*: en general se trata de lesiones con entidad y sintomatología acompañante (palidez cutaneomucosa, vómitos, disnea, dolor abdominal, distensión...) de la suficiente gravedad como para haber demandado asistencia médica con mucha más precocidad [15]. Sin embargo conviene recordar que aunque suele existir clínica más o menos importante durante el tiempo intermedio entre la agresión y la asistencia médica en los casos más graves, en otras ocasiones el período intermedio es oligosintomático, dando paso finalmente al dolor abdominal intenso presente en todos los casos [8]. Si no se analiza convenientemente este cuadro pensamos que puede pasar desapercibido, en el contexto de un dolor abdominal inespecífico.
5. *Órgano afectado*: las lesiones aisladas en vísceras huecas o bien asociadas a lesiones en órganos sólidos sugieren haber sido infligidas [15,17]. Son especialmente frecuentes en esta modalidad de maltrato las lesiones a nivel del intestino delgado [6,8,9].
6. *Negación*: es frecuente que en estos casos que el agresor no admita la autoría [15] relatando con frecuencia un mecanismo accidental (caída de la cuna, o de la silla, al "lanzar el bebé" jugando, caída al llevarlo en bicicleta...) [8,9]. Pensamos que es fundamental el análisis de la verosimilitud del mecanismo referido, confrontándolo con las lesiones encontradas.
7. *Contexto*: el perfil de sospecha descrito se debe valorar dentro del contexto diagnóstico característico del síndrome del maltrato infantil, para poder excluir un eventual origen accidental del cuadro. Puede darse, aunque con menor frecuencia, un único episodio de agresión faltando los signos propios del cuadro de maltrato infantil continuado [6], en este caso se plantea claramente el diagnóstico diferencial con un trauma abdominal accidental.

Respaldamos totalmente las indicaciones de Gornall y cols. [9], quienes enfatizan sobre la necesidad de prestar especial atención a aquellos casos de niños con magulladuras, aparente malnutrición, con vómitos u otra sintomatología relacionada con el aparato digestivo. Con una edad en la que ya se ha iniciado la deambulación [12] y particularmente los menores de 3 años. Especialmente con crisis agudas abdominales y un relato vago por parte de los padres, a veces claramente con propósito de engañar al médico, tal como añaden Mc.Cort y Vaudagna [6].

Es importante concluir diciendo que dichos factores son meramente orientativos y no absolutos y serán otros elementos como las manifestaciones del menor (si tiene edad), la de autoinculpación del autor, la investigación policial, la existencia de testigos, etc., las que consolidarán el diagnóstico del cuadro. □

**BIBLIOGRAFÍA :**

1. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, et al.: A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA* .2003;290:621-626.
2. Brendt J, Roaten JB, Partrick DA, Bensard DD, Hendrickson RJ, Vertrees T, Sirotnak AP, Karrer FM: Visceral injuries in nonaccidental trauma: spectrum of injury and outcomes. *Am J Surg*. 2005; 190:827-929.
3. Cooper A, Floyd T, Barlow B, et al.: Major blunt abdominal trauma due to child abuse. *J Trauma*. 1988;28:1483-1487.
4. Eisenstein EM, Delta BG, Clifford JH: Jejunal hematoma: an unusual manifestation of the battered-child syndrome. *Clin Pediatr (Phila)*. 1965;4:436-440.
5. Perry JF Jr., Venters HD: Childhood deaths due to injury. *Surgery*. 1967;62:620-623.
6. McCort J, Vaudagna J: Visceral injuries in battered children. *Radiology* .1964;82:424-428.
7. Rodríguez H: Síndrome del niño maltratado. *Revista Nosotros. Violencia y maltrato. Publicación Técnica del INAME*.1996; 5: 6-8.
8. Touloukian JR: Abdominal visceral injuries in battered children. *Pediatrics*.1968;42:642-646.
9. Gornall P, Ahmed S, Jolleys A, Cohen SJ: Intra-abdominal injuries in the battered baby syndrome. *Arch Dis Child*.1972;47; 211-214.
10. Kempe CH: The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17-24.
11. Haller JA Jr.: Injuries of the gastro-intestinal tract in children. Notes on recognition and management. *Clin Pediat.(Phila.)*.1966;5:476-480.
12. Launius GD, Silberstein MJ, Luisiri A, Grauss ER: Radiology of child abuse. En: Monteleone JA, Brodeur AE. *Child Maltreatment*. 2ª ed. Edited by Elaine Steinborn. St.Louis,1998. pp31-58.
13. Caffey J: The whiplash-shaken infant syndrome: Manual shaking by the extremities with whiplash-induced intra cranial and intra ocular bleeding, linked with residual permanent damage and mental retardation. *Pediatrics*.1974;54:396-403.
14. Alonso JM, Creus E, Domingo F, Estany J, Lerma T, Martínez A, Pou J, Pujol G, Querol FX, Saura M, Securín T: El llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 1996. 21-35.
15. Wood J, Rubin DM, Nance ML, Christian CW: Distinguishing inflicted versus accidental abdominal injuries in young children. *J Trauma*. 2005;59:1203-1208.
16. Pérez-Navero JL, López P, Rumbao J, Ibarra I, Antón M: Traumatismo abdominal grave como manifestación de maltrato infantil. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:79-81.
17. Ledbetter DJ, Hatch EI, Feldman KW, Flinger CL, Tapper D: Diagnostic and surgical implications of child abuse. *Arch Surg*.1988;123:1101-1105.