

Papel del ortopedista en el maltrato infantil: Descripción de tres casos y revisión de la literatura

* Dr. Alvaro de J. Toro P. ** Dr. Meisser A. López C.

*Profesor de Ortopedia y Traumatología. Hospital San Vicente de Paúl – Universidad de Antioquia

**Residente de tercer año de Ortopedia y Traumatología. Universidad de Antioquia

Departamento de Ortopedia y Traumatología, Universidad de Antioquia, Hospital San Vicente de Paúl.

Calle 64 Cra. 51D.

alvarotp@epm.net.co

Medellín - Colombia

Resumen

El maltrato infantil es una práctica tan antigua como la humanidad misma. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un problema de salud pública y cerca de 40'000.000 niños de edades entre 0-14 años son las víctimas. En Colombia las estadísticas reportan maltrato infantil en el 36% de los hogares. Las lesiones del sistema musculoesquelético y tejidos blandos son muchas veces la clave más evidente, así que debemos tener en cuenta algunos signos importantes a la hora de evaluar un niño con sospecha de este padecimiento. Los estudios han reportado que las fracturas son la segunda forma más frecuente de presentación de maltrato infantil. Esta información nos hace replantear estrategias encaminadas a prevenir y disminuir su incidencia de maltrato infantil. Como miembros de los organismos de salud, somos los primeros llamados a participar de manera activa y oportuna en la detección temprana de los casos de abuso infantil.

Palabras claves: Fracturas, lesiones tejidos blandos, abuso infantil, lesiones musculoesqueléticas.

Abstract

Child abuse is as old as the humanity. In agreement with The World Health Organization reports that child abuse is a problem of public health and about 40'000.000 young between 0-14 years old are victims. In Colombia the statistics report battered children in 36% of the homes. The injuries of the osseus system, muscles and soft tissue are often the most evident key therefore we must consider some important signs at the time of evaluating a boy who makes suspect us this suffering. The different studies have reported that the fractures are the second more frequent form of presentation of child abuse. We must worry about this information and should enhance strategies conducted to diminish the incidence of child abuse. We are first ones called to participate in active and opportune way in the early detection of the cases of infantile abuse.

Key words: Fractures, soft tissue injury, child abuse.

Definición

Se define maltrato infantil como toda falta de cuidado, atención y amor que afecte la salud física o mental; el abuso y exploración sexuales, las injusticias y la agresión física y verbal, ejercidas sobre niños y niñas menores de 18 años por parte de los padres, familiares, personas responsables de su cuidado, vecinos, maestros y la comunidad en general.

Marco histórico

El maltrato infantil es una práctica tan antigua como la humanidad misma. La Biblia relata “la matanza de los inocentes” ordenada por Herodes. El pueblo Egipcio ofrecía una

niña al río Nilo para fertilizar la cosecha anual, en Grecia y Roma los niños malformados eran rechazados y eliminados, y en la China arrojar al cuarto hijo a las fieras era un método de control de la natalidad. El derecho Romano otorgaba al padre potestad sobre la vida o muerte de los hijos. Con la llegada del Cristianismo y la concepción de los hijos como enviados de Dios la paternidad otorga más deberes que derechos para con los hijos. En 1860 Ambrosio Tardieu, médico francés, reporta lesiones sospechosas en niños que podrían corresponder a las que hoy se interpretan como maltrato infantil; en 1946 el radiólogo John Caffey publica hallazgos de fracturas múltiples y hematomas subdurales en niños sin

una explicación coherente de los padres⁽¹⁾. En 1954 el doctor Blount publica un artículo titulado “las fracturas en los niños son diferentes”, en el cual afirma, entre otras cosas, que las fracturas antiguas pueden generar sospecha de abuso infantil². En 1962 Kempe y Silverman publican un artículo en JAMA agregando la intencionalidad del adulto en la lesión, acuñan el término “Síndrome del niño golpeado” y es en ese momento en el cual la medicina dirige su atención hacia este problema social⁽³⁾. Luego se han realizado múltiples estudios que han logrado definir elementos claves dentro de la historia clínica que nos llevan a aumentar la sospecha de maltrato infantil y encaminar el ejercicio diagnóstico hacia la búsqueda de signos y síntomas así como de hallazgos en los paraclínicos que confirman o niegan la presencia de esta patología.

Epidemiología

Comencemos diciendo que el maltrato infantil es un problema Mundial. Actualmente millones de niños son sometidos al abuso infantil en las diversas formas que existen; abuso sexual, descuido, maltrato emocional y maltrato físico.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el maltrato infantil es actualmente un problema de salud pública que afecta tanto a países desarrollados como en vía de desarrollo. Las estadísticas reportadas por la OMS indican que en el mundo cerca de 40'000.000 niños de edades entre 0-14 años son víctimas de maltrato infantil y requieren de la atención de trabajadores sociales y médicos⁽⁴⁾, esto sin mencionar los niños en quienes no se sospecha el diagnóstico y a quienes no llega la atención necesaria.

Cifras tan alarmantes han estimulado la realización de estudios en diversos países cuyos análisis mencionan tasas muy altas de abuso sexual con rangos de 7-34% en niñas y de 3-29% en niños.

Los costos sociales y económicos derivados de la atención por diversas disciplinas son enormes; por ejemplo en Estados Unidos se estima que 2 millones de niños maltratados generan costos que sobrepasan los 12 mil millones de dólares por año⁴.

En Colombia la población menor de 18 años representa alrededor del 41.5% del total; las estadísticas reportan que en el 36% de los hogares los niños son víctimas de maltrato; el 58% de los casos reportados de maltrato físico afecta a los niños entre 5-14 años; el número de niños Colombianos que trabajan supera los 2'300.000, los dictámenes medicolegales

por muerte violenta en menores sobrepasan los 4.000 por año, dentro de los grupos etáreos el más afectado por abuso sexual es el de 5-14 años; se estima que aproximadamente 11000 niños y niñas hacen parte de los grupos armados ilegales del país, 6000 menores de 18 años han perdido la vida o han quedado discapacitados por causa de las minas antipersonales⁵.

Para el año 2002, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, reportó un total de 64.979 dictámenes de lesiones personales por casos de violencia intrafamiliar. El 62% de estos casos corresponden a maltrato conyugal, el 26% a maltrato entre familiares y el 16% a maltrato infantil⁽⁶⁾; durante ese mismo año, fueron reportados por las Regionales del ICBF 13.359 casos de maltrato infantil, de los cuales 461 (3.45%) correspondieron a abuso sexual y en el año 2003 de 26.824 casos de maltrato infantil registrados, 1.309 (4,88%) correspondieron a este delito⁶.

Ahora bien, en cuanto al costo social, estos niños sufren una gran variedad de trastornos físicos y psicológicos que les impiden desarrollarse en forma adecuada dentro de su entorno, generando de esta forma problemas de comportamiento en la escuela, abuso de sustancias y en última instancia dificultades para vivir en sociedad y ser individuos productivos para la misma⁴. Dentro del maltrato infantil las lesiones del sistema musculoesquelético y de tejidos blandos son muchas veces la clave más evidente de este problema, por lo tanto debemos tener en cuenta algunos signos importantes a la hora de evaluar un niño cuyo entorno nos haga sospechar de este padecimiento. Los expertos en el tema han informado que las fracturas son la segunda forma más frecuente de presentación de maltrato infantil y los resultados de estudios en varios países han informado que^{7,8,9,10,11}:

- El maltrato infantil es una de las principales causas de lesiones y muerte en la población infantil.
- El maltrato infantil puede afectar a cualquier niño sin importar el estrato social ni la edad.
- El 10% de los casos de trauma en niños menores de 3 años que acuden a los servicios de urgencias son no-accidentales.
- En niños menores de 1 año el 65% de las fracturas de fémur son no-accidentales.
- 35% de las fracturas de fémur en niños menores de 5 años son causadas por maltrato.
- 1/3 de los niños maltratados consultan en algún momento al Ortopedista.

- Cerca del 50% de los niños víctimas de abuso son menores de 7 años.
- En el 80% de los casos el perpetrador es uno de los padres.
- Los médicos son, hoy en día, una fuente importante de reportes de maltrato infantil.

Historia clínica

El maltrato infantil es una conducta patológica, por lo tanto debe ser vista como una enfermedad y desde ese enfoque debemos utilizar los elementos de la historia clínica; anamnesis, examen físico y paraclínicos y lograr de esta forma descartar o confirmar la sospecha clínica.

Anamnesis

El maltrato puede ser ejercido por cualquier persona que esté a cargo del niño, y dentro de los signos evaluados hay factores que generan un “perfil de riesgo” tanto para el abusador como para el niño y que por lo tanto deben aumentar el índice de sospecha por parte del evaluador. Es así como podemos mencionar entre otros^{12,13,14,15,16}:

- Factores de riesgo del abusador: antecedentes de víctima de maltrato; abuso de sustancias tales como alcohol y drogas; problemas económicos graves; padres que llevan al niño con frecuencia a consulta y cambian de médico; padres divorciados, padrastro o madrastra.
- Factores de riesgo del niño: menores de 3 años; prematuros, primogénito, hijastro, discapacitado, pobre higiene personal. Muy agresivo o muy pasivo en la consulta.

Las familias disfuncionales, en general, crean un entorno con riesgo de maltrato para el niño. En términos generales acuden al médico en forma tardía, la historia del trauma es vaga, las versiones entre los padres están llenas de contradicciones, generalmente se remiten a una caída como mecanismo causal y esta no explica la severidad de la lesión.

Examen Físico

Dentro de la inspección podemos encontrar heridas en piel en varias etapas de cicatrización, que son el principal hallazgo clave y según algunos reportes se encuentran en el 92% de los casos confirmados de maltrato infantil; estas lesiones son excoriaciones, equimosis, hematomas, quemaduras y laceraciones¹¹.

Las excoriaciones sospechosas generalmente se encuentran en glúteos, periné, tronco, dorso y piernas; estos niños además pueden demostrar una tolerancia aumentada a procedimientos médicos cruentos.

Las contusiones se pueden encontrar en varias etapas de resolución; así que en lesiones agudas la coloración será azul o rojiza-púrpura, a medida que pasa el tiempo cambiará de color desde verdosa hasta amarilla hasta que a las 2-4 semanas el color comienza a desvanecerse en la periferia de la lesión⁹.

No debemos olvidar solicitar las evaluaciones pertinentes cuando existan hallazgos sugestivos de trauma craneal, trauma de tórax o abdomen.

Las fracturas en niños maltratados pueden ocurrir en casi cualquier segmento óseo, sin embargo existen localizaciones más comunes en esta patología; huesos largos, arcos costales y cráneo¹².

Estudio Imaginológico

Ante la sospecha de maltrato infantil siempre debemos hacer un estudio radiológico completo; las proyecciones se tomarán de acuerdo a los hallazgos clínicos.

Debemos tener en cuenta que más del 70% de los niños menores de 1 año y más del 50% del total de niños que sufren maltrato pueden presentar múltiples fracturas en varias etapas de consolidación¹⁷. La Sección de Radiología de la Academia Americana de Pediatría recomienda que ante la sospecha de maltrato a todo niño menor de 2 años se le realice un rastreo óseo con radiografía corporal total, si está entre 2-5 años se deben tomar proyecciones anteroposterior de manos, brazos, antebrazos y extremidades inferiores; Anteroposterior y lateral de columna y de tórax, y anteroposterior y lateral de cráneo.⁽¹⁸⁾ En niños menores de 5 años el rastreo óseo completo tiene poco valor puesto que las fracturas en ellos generalmente se acompañan de hallazgos físicos que orientan el diagnóstico¹⁸. Sin embargo algunos prefieren hacer estudios radiológicos por segmentos y contraíndican la radiografía corporal, para no omitir ninguna lesión en todo niño con sospecha de maltrato infantil.

Inicialmente se consideraba que algunos patrones de fracturas diafisarias en huesos largos eran más frecuentes en niños maltratados, actualmente los estudios han demostrado que no existen trazos específicos considerados como patognomónicos^{19,20,21,22}.

Las fracturas de arcos costales se consideran una lesión común en niños maltratados⁹. Estas lesiones en el contexto de traumas accidentales generalmente se asocian a una gran mortalidad debido a la alta energía que se necesita para ven-

cer la elasticidad ósea y del tórax en los niños²³; aún después de maniobras vigorosas de reanimación cardiopulmonar es raro encontrarlas⁹. En un estudio histopatológico y radiológico en cadáveres realizado por Kleinman se encontró, en 31 niños maltratados, que el 50% de todas las fracturas incluían arcos costales y de estas solo el 36% eran visibles en radiografías²⁴. La dificultad en la visualización de las fracturas costales, causadas por maltrato, en las radiografías radica en que generalmente se ubican en la región posterior, por lo tanto es más fácil ver el callo de consolidación días después de ocurrida la lesión; en estos casos, si la sospecha es muy alta esta indicada la gammagrafía ósea, las desventajas de este estudio son el alto costo, la exposición al radiofármaco, poca especificidad y disponibilidad limitada, otros recomiendan la tomografía computarizada⁹.

La fractura de clavícula es una de las lesiones accidentales más comunes en niños y solo se presenta en el 2-7% de los niños maltratados²⁵.

Las fracturas en columna no son frecuentes en víctimas de maltrato infantil, el rango de presentación va de 0-3%^{9,26}. La mayoría son lesiones por compresión, asintomáticas y generalmente se pasan por alto; por eso ante una fuerte sospecha de maltrato la evaluación completa clínica y radiológica de la columna es mandataria¹².

Las fracturas de la fisis cada vez se diagnostican con mayor frecuencia en casos de maltrato infantil, generalmente ubicadas en fémur, tibia y húmero^{9,12}. Una fractura a través de la placa de crecimiento puede ser muy difícil de diagnosticar, especialmente cuando no es visible la epífisis, los únicos hallazgos radiográficos serían una zona radiolúcida metafisaria y/o el edema de tejidos blandos. La artrografía, ecografía o la RMN pueden ser útiles en estos casos, principalmente en lesiones alrededor del codo⁹.

Las lesiones metafisarias, conocidas como fracturas de las esquinas o fractura en hebilla, varían ampliamente en frecuencia en niños maltratados, con un rango de 5-44%^(17,20) sin embargo algunos les confieren alta especificidad, a tal punto que las han considerado como un hallazgo clásico de maltrato físico⁹. Pueden no ser visibles en las radiografías iniciales y a los 7-10 días se pueden identificar por neoformación ósea perióstica. Tratando de mejorar la agudeza diagnóstica en las imágenes, Kleinman (1987) describe características radiográficas que ayudan a interpretar las lesiones²⁷:

- Fracturas a través de la esponjosa producen una zona radiolúcida metafisaria.
- Si la metafisis está inclinada o desplazada, o es una proyección oblicua el borde del fragmento se proyecta como un asa de balde.
- Si el fragmento es más grueso en la periferia que en el centro entonces la apariencia será la de una fractura de la esquina.

La evolución de la fractura en los niños es un dato importante a la hora de evaluar las radiografías para establecer lo oportuno de la consulta y la existencia de lesiones en diferentes etapas de consolidación; las etapas y tiempo promedio de duración se pueden resumir de la siguiente forma:

- Resolución del edema de tejidos blandos: *4-10 días*
- Reacción perióstica: *10-14 días*
- Pérdida de la línea de fractura: *14-21 días*
- Presencia de callo blando: *14-21 días*
- Presencia de callo duro: *21-42 días*
- Remodelación de la fractura: *1 año (3m-2a)*

Los signos radiológicos se han agrupado en tres categorías, a saber:

Alta especificidad

- Lesión de la esquina metafisaria
- Fractura de arcos costales posteriores
- Fracturas de escápula, esternón, procesos espinosos.

Moderada especificidad

- Múltiples fracturas
- Fracturas en diferentes etapas de consolidación
- Lesiones epifisarias
- Fracturas digitales
- Fracturas del cuerpo vertebral
- Fracturas complejas del cráneo

Baja especificidad

- Fractura de clavícula
- Fracturas diafisarias de huesos largos
- Fractura lineal del cráneo

Después de analizar todos los datos de la historia clínica y los hallazgos imaginológicos debemos tener presente que existen diagnósticos diferenciales, tales como:

1. Trauma al nacimiento: debemos tener en cuenta la historia del parto, la formación del callo óseo. Generalmente la fractura es del húmero o clavícula.

2. Enfermedad de Caffey: en esta la historia familiar es importante; además se acompaña de edema asociado elevación difusa del periostio, irritabilidad y compromiso es mandibular.
3. Raquitismo: la osteopenia, el ensanchamiento de la fisis y la anormalidad metabólica ayudan a diferenciarlo.
4. Insensibilidad congénita al dolor: generalmente asociada a historia familiar, infección, destrucción articular y alteración neurológica.
5. Leucemia: la presencia de síntomas sistémicos, el trastorno hematológico y la biopsia hacen la diferencia.
6. Sífilis congénita: presenta erosiones metafisarias, neoformación ósea y pseudoparálisis.
7. Osteogénesis imperfecta (OI): la historia familiar, escleras azules, osteopenia, el compromiso dental y deformidades en huesos largos ayudan a hacer el diagnóstico diferencial; sin embargo ante una OI tipo IV, que no tiene escleras azules, no compromiso dental, mínima osteopenia y la posibilidad de mutación espontánea es necesario ser muy cuidadosos. En algunos sitios el médico puede contar con cultivos de fibroblastos tomados de biopsias de piel en los que se detectan las anormalidades del colágeno tipo I en el 85% de los casos de OI. Además las escleras azules se pueden encontrar en niños normales hasta los 4 meses de edad.

Si Usted no ha logrado confirmar el diagnóstico de maltrato infantil, ni los diagnósticos diferenciales, pero la sospecha de maltrato sigue siendo alta debe agotar todos los recursos posibles acudiendo al resto del equipo interdisciplinario encargado de manejar estos casos y utilizar las ayudas diagnósticas necesarias. Si bien es cierto que estigmatizar a la familia con este diagnóstico resulta engorroso y penoso, también lo es que omitirlo puede traer consecuencias fatales; se ha estimado que una falla en el diagnóstico de maltrato en la presentación inicial deriva en un 30-50% de posibilidades de repetir el acto y en un 5-10% el resultado es la muerte del menor. Esto es equiparable a un cirujano frente a un caso dudoso de apendicitis, ante lo cual lo mejor para el paciente es la apendicectomía; o un ortopedista frente a un caso de artritis séptica de cadera dudoso, en el cual el paciente es sometido a artrotomía.

Tratamiento

Para el manejo adecuado de estos casos debe existir comunicación directa entre los integrantes del equipo; pediatría, trabajo social, ortopedia, ginecología, cirugía ge-

neral, neurocirugía y las otras especialidades que deban ser consultadas de acuerdo al tipo de lesiones encontradas.

Dentro del manejo del niño maltratado, el ortopedista, además tratar las lesiones musculoesqueléticas, es un eslabón importante ya que muchas veces es el primero y único médico al que acuden las personas a cargo del niño. Hacer el diagnóstico o en última instancia mantener el índice de sospecha de maltrato y servir como fuente de información para los otros integrantes del equipo interdisciplinario es tarea primordial del ortopedista. Se debe hospitalizar al menor para manejar las lesiones y concomitantemente hacer los contactos respectivos con las secciones del hospital encargadas del manejo social y legal y/o con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), quien es en última instancia el ente encargado de evaluar y vigilar o reubicar al niño para evitar la morbilidad generada por el maltrato infantil.

Casos clínicos

Caso I

Niña de 2 años de edad, producto del 2º embarazo de madre de 25 años. Familia nuclear compuesta por la niña y los padres. El papá es farmacodependiente, ambos son desempleados. El primer hijo vive con la abuela. Es evaluada por Pediatría y Ortopedia.

Refiere la madre que consulta porque hace dos días “la niña no camina”. Al ingreso encontramos una lactante mayor con T:38°C, hemodinamicamente estable, palidez mucocutánea generalizada, muy álgida a la palpación de las extremidades inferiores, principalmente la derecha, talla y peso bajos para la edad. Presenta equimosis en pie derecho, muslos, abdomen y mano derecha; además cicatrices de excoriaciones en brazo derecho (Figura 1 A-D).

Se solicitan estudios radiológicos del fémur derecho y se encuentra fractura metafisaria distal. Por la lesión encontrada y con la sospecha de maltrato se hospitaliza y solicitamos estudios radiológicos complementarios que muestran fracturas en diferentes etapas de consolidación en húmero proximal izquierdo, clavícula derecha, radio distal derecho y rama iliopúbica derecha (Figura 2 A-E)

Después de analizar entorno familiar, examen físico e imaginología se llega al diagnóstico de maltrato infantil y se informa al grupo de trabajo social, quienes a su vez dan aviso a la seccional del ICBF.

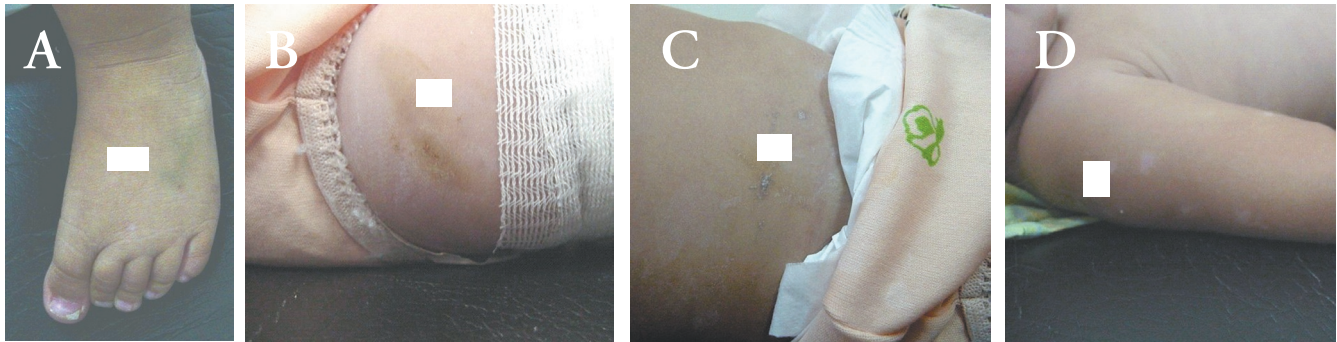


Figura 1. Muestra equimosis en diferentes ubicaciones y etapas de evolución. A. En dorso del pie izquierdo; B. Tercio proximal muslo derecho; C. Flanco derecho; D. Cicatrices de excoriaciones en brazo derecho.

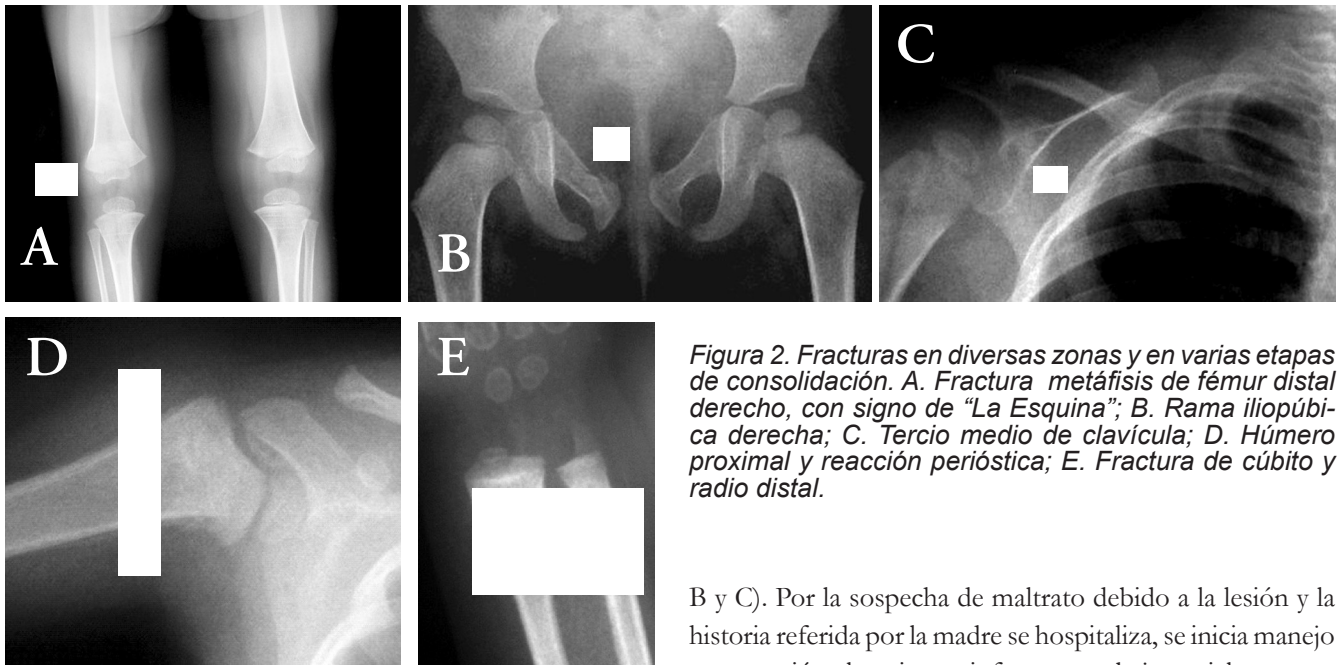


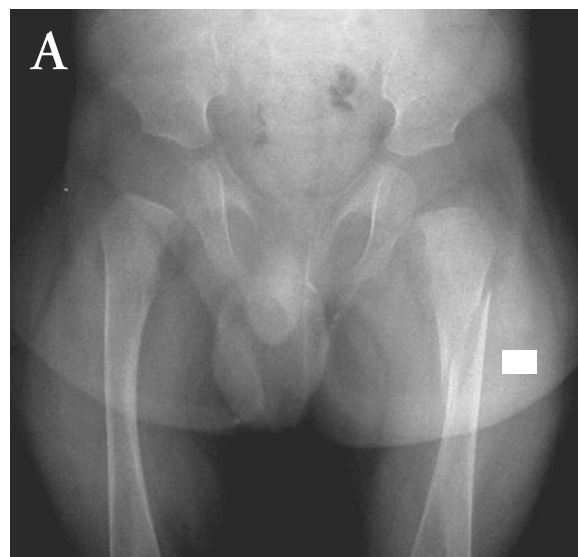
Figura 2. Fracturas en diversas zonas y en varias etapas de consolidación. A. Fractura metáfisis de fémur distal derecho, con signo de "La Esquina"; B. Rama iliopúbica derecha; C. Tercio medio de clavícula; D. Húmero proximal y reacción perióstica; E. Fractura de cúbito y radio distal.

B y C). Por la sospecha de maltrato debido a la lesión y la historia referida por la madre se hospitaliza, se inicia manejo con tracción al cenit y se informa a trabajo social para que inicie evaluación junto con el ICBF.

Caso II

Niño de 7 meses de edad, producto del 2º embarazo (gemelar) de madre de 24 años, embarazo y parto sin complicaciones. Familia compuesta por los padres y tres hijos. Madre ama de casa, padre trabajo informal ocasional. Refiere que una semana antes de la consulta, al cargar al niño sintió un "click" en pierna izquierda y desde entonces manifiesta dolor al movilizar y palpar dicha extremidad. Al indagar sobre antecedentes patológicos de los tres niños no hay ningún dato positivo; luego añade que tres días antes del incidente "tomó muy duro" al niño para evitar que cayera de una silla, sin embargo no se quejaba de dolor.

Al ingreso se encuentra un niño en buen estado general, con dolor a la palpación y movilización de muslo izquierdo. Se solicitan radiografías y se observa una fractura oblicua larga del tercio proximal de fémur izquierdo (Figura 3A,



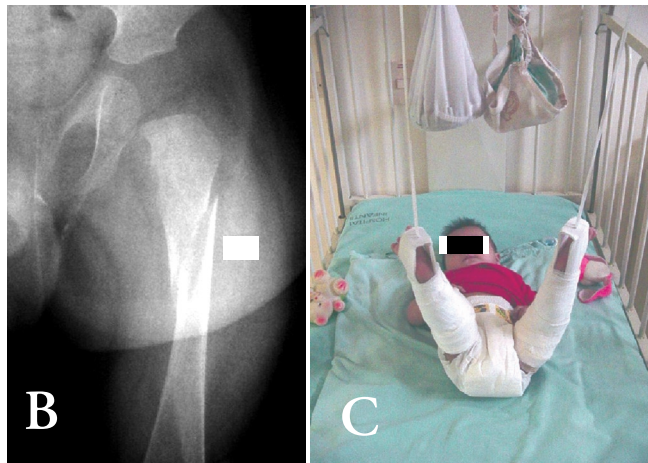


Figura 3. A y B. Se observa fractura oblicua en tercio proximal del fémur izquierdo. C. El mismo paciente con tracción cutánea.

Caso III

Niña de 25 meses de edad. Producto del primer embarazo de madre de 19 años, gestación y parto sin complicaciones. Trabaja en una feria artesanal. Familia compuesta por madre e hija. Niña previamente sana, con desarrollo sicomotor normal.

Refiere la madre que dos meses antes del ingreso la niña sufrió accidente por inmersión al caer en un recipiente lleno de agua y que estuvo dentro de éste por espacio de 4 minutos. El accidente ocurrió mientras la madre realizaba labores domésticas. Consultó a urgencias donde hicieron reanimación cardiopulmonar; la niña respondió a las maniobras pero actualmente presenta parálisis cerebral infantil por la hipoxia que sufrió.

Consulta ahora porque que la niña se queja de dolor en cadera izquierda luego de fisioterapia realizada por la madre en casa.

Al examen físico se encuentra una niña espástica, arcos de abducción y rotaciones limitados en cadera izquierda. Se toma radiografía que muestra subluxación y aducción de esa cadera (Figura 4A y B) Se hospitaliza, se coloca tracción para luego ser llevada a tenotomía de aductores.

Se avisa a trabajo social para iniciar pesquisas sobre maltrato.

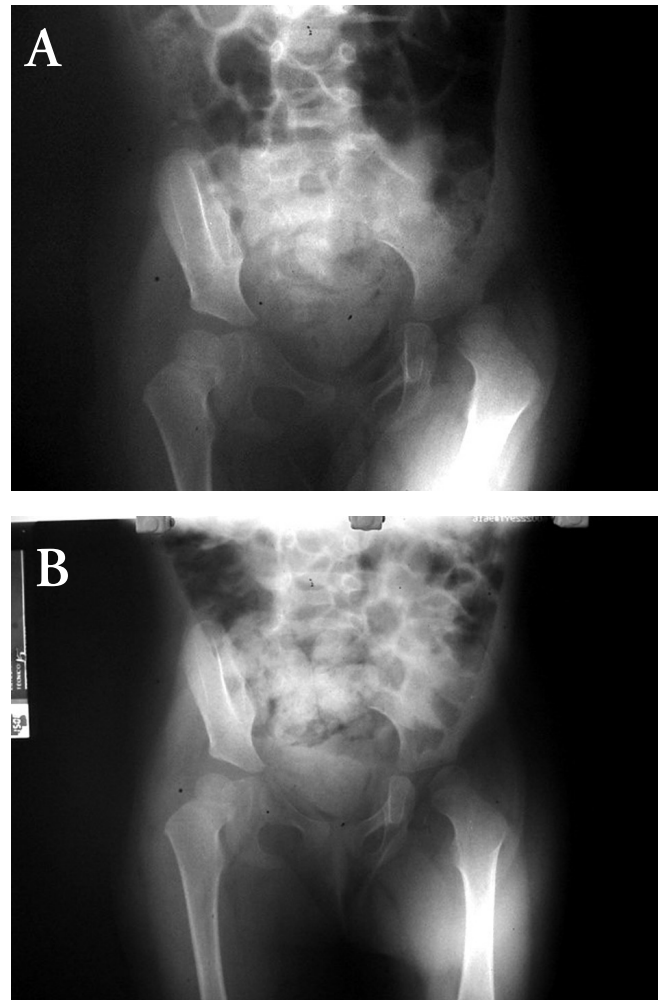


Figura 4. A. Se observa subluxación y aducción de cadera izquierda. B. Imagen con tracción cutánea.

En este caso no hay claridad sobre maltrato físico, sin embargo debemos recordar que la falta de cuidados es otra forma de maltrato que genera alta incidencia de morbimortalidad en la población infantil. En estos casos es importante intervenir con educación a la madre sobre los cuidados básicos del menor.

Discusión

Toda esta información es alarmante y nos hace replantear estrategias encaminadas a prevenir y disminuir las diferentes formas de maltrato infantil.

Nosotros, como miembros de los organismos de salud, somos los primeros llamados a participar de manera activa y oportuna en la detección temprana de los casos de abuso infantil. Lo más importante es prevenir este tipo de con-

ductas y para ello se deben disminuir los factores de riesgo, tales como; desempleo, problemas económicos, antecedentes de maltrato en el abusador, embarazos en adolescentes, familias disfuncionales, problemas intrafamiliares como alcoholismo, farmacodependencia y prostitución. La única forma de lograr esto es con el trabajo mancomunado del gobierno y la sociedad.

Dada la importancia de este fenómeno; las graves consecuencias, en algunos casos fatales, para la población infantil y la escasa sospecha diagnóstica que el cuerpo médico tiene al enfrentarse a un probable caso de maltrato en un niño; sería recomendable empezar la sensibilización desde los primeros años de formación, integrando este tema a los programas de pregrado y posgrado y haciendo más énfasis en la importancia de la puericultura.

Recordemos que para hacer un diagnóstico debemos pensar en él; aumentando el índice de sospecha ante elementos de juicio que así lo indiquen. Estemos siempre alerta y así lograremos disminuir la incidencia de este flagelo que afecta a nuestra población infantil.

Estos niños ya han hecho su parte; nos han pedido ayuda a través de la historia clínica y las imágenes diagnósticas, ahora nos toca a nosotros utilizar estas herramientas para sospechar, hacer el diagnóstico y aliviar a los niños de esta enfermedad.

Bibliografía

1. Caffey J. Multiple fractures of long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Radiol* 1946; 56: 163-2.
2. Blount, Walter P. Fractures in Children Are Different. *Clin Orthop Rel Res*. Section Editor(s): Tornetta, Paul III MD; Cramer, Kathryn. July 2000; Volume 1(376): 3-5
3. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemuller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17-24
4. www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-20.html
5. Minproteccion social. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/>
6. <http://www.icbf.gov.co/espanol/Noticias3.asp?IdNot=7>
7. Akbarnia BA, Akbarnia NO. The role of orthopedist in child abuse and neglect. *Orthop Clin North Am* 1976; 7: 733-42
8. McClelland CO, Heiple KG. Fractures in the first year of life: A diagnostic dilemma? *AM J Dis Child* 1982; 136: 26
9. Kocher MS, Passer JR. Orthopedic aspects of child abuse. *J Am Acad Ortho Surg* 2000; 8: 10-20
10. Gonzalo GO. Detección del maltrato infantil a través de indicadores físicos y comportamentales en el menor y en el maltratador. http://www.compumedicina.com/pediatri/ped_011102.htm, 2003
11. Krishnan J, Barbour PJ, Foster BK. Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse. *Aus N Z J Surg* 1990; 60: 447-450
12. Akbarnia B, Campbell R Jr. The role of the orthopaedic surgeon in child abuse, en: Morrissy R, Weinstein S. *Pediatric Orthopedics* 5ª Ed. Lippincott & Wilkins, 2001
13. Wasserman DR, Leventhal JM. Maltreatment of children born to cocaine-dependent mothers. *Am J Dis Child*. 1993; 147: 1324
14. Wollfner GD, Gelles RJ. A profile of violence toward children: a national study. *Child Abuse Neglect*. 1993; 17: 197
15. Benedict RB, Wulff LM, Hall BJ. Reported maltreatment in children with multiple disabilities. *Child Abuse Neglect*. 1990; 14: 207
16. Sullivan PM, Brookhouser PE, Scalan JM et al. Patterns of physical and sexual abuse of communicatively handicapped children. *Ann Otolaringol Rhinol Laryngol*. 1991; 100: 188
17. American Academy of Pediatrics Section on Radiology: Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics*. 1991; 87: 262-264
18. Beals RK, Tufos E. Fractured femur in infancy: the role of child abuse. *J Pediatr Orthop*. 1983; 3: 583-6
19. King J, Diefendorf D, Apthorp J, et al. Analysis of 4229 fractures in 189 battered children. *J Pediatr Orthop*. 1988; 8: 585-9
20. Drvaric DM, Morrel SM, Wyly JB, et al. Fracture patterns in the battered-child syndrome. *J South Orthop Assn*. 1992; 1: 20-5
21. Scherl S, Millar L, Lively N, et al. Accidental and nonaccidental femur fractures in children. *Clin Orthop Rel Res*. 2000; 1(376): 96-105
22. Garcia VF, Gotschll CS, Eichlberger MR, Bowman LM. Rib fractures in children: a marker of severe trauma. *J Trauma*. 1990; 30: 695-700
23. Kleinman PK, Marcs SC Jr, Rayder SM, Kessler SC. Rib fractures in 31 abused infants: post-mortem radiologic-histopathologic study. *Radiology* 1996; 200: 807-10
24. Merten DF, Carpenter BLM. Radiologic imaging of inflicted injury in the child abuse syndrome. *Pediatr Clin North Am*. 1990; 37: 815-37
25. Galleno H, Oppenheim WL. The battered-child syndrome revisited. *Clin Orthop*. 1982; 162: 11-5
26. Kleinman PK, Marcs SC Jr, Nimkin K, et al. The metaphyseal lesion in abused infants: A radiologic-histopathologic study. *Am J Roentgenol*. 1986; 146: 895-905
27. McClain PW, Sacks JJ, Froehle RG, Ewigman BG. Estimates of fatal child abuse and neglect, United States, 1979-1988. *Pediatrics*. 1993; 91: 338-43