

Isabel Álvarez Pérez, Patricia Aguilera, Ana Rosa Sánchez, Fuensanta Segura Reche. UGC Pediatría. UGC Unidad Trabajo Social. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Introducción

- Las fracturas son la segunda causa de lesión por violencia.
- Conocer los indicadores de abuso infantil (mecanismo de producción, tipo de fracturas, antecedentes..) es fundamental para el diagnóstico
- De la actitud profesional depende la protección de los niños abusados.

Resultados y discusión

CASOS: presentamos el caso de 2 hermanos de padre

➤ CASO 1 (2008):

- 1º ingreso con 1 mes y medio: hematomas en rodillas y fractura costal.
- 2º ingreso con 8 meses: TCE. Fractura temporo-parietal izquierda y cefalohematoma. Hematomas en la espalda y hemorragias prerretiniana.

➤ CASO 2 (2016):

- 1º ingreso con 1 mes y medio: Fractura diafisaria desplazada de fémur izquierdo.
- 2º ingreso con 5 meses y medio: fractura de clavícula izquierda.

DISCUSIÓN:

- 20% de las fracturas causadas por abuso son atribuidas a otras causas.
- El mecanismo de producción, los antecedentes y las características Rx de las lesiones son los que establecen el diagnóstico.
- En la literatura se propone un método de cribado: SPUTOVAMO R2 (figura 1) con sensibilidad del 100%, especificidad del 62%, VPP 86% y VPN 100%.
- El diagnóstico se confirma con el estudio radiológico: serie ósea (Tabla 1). sensibilidad del 67%, especificidad del 100%, VPP 100% y VPN 33%.
- Es necesario determinar el grado de especificidad de las lesiones (tabla 2) y realizar un adecuado diagnóstico diferencial según los hallazgos (tabla 3)

Metodología

- Descripción de dos casos clínicos
- Revisión bibliográfica relativa a las fracturas ocasionadas por abuso en los menores.

Tabla 1.-Proyecciones recomendadas por la ACR y AAP

AP CRÁNEO	AP HÚMEROS
LATERAL CRÁNEO	AP ANTEBRAZOS
LATERAL C.CERVICAL	OBLICUAS MANOS
AP TÓRAX	AP FÉMURES
LATERAL TÓRAX	AP TIBIAS
OBLÍCUA COSTILLAS	AP PIES
AP PELVIS	LATERAL C.LUMBAR

Alta especificidad:	Moderada especificidad:	Comunes, con baja especificidad:
<ul style="list-style-type: none"> Fracturas metafisarias de huesos largos Fracturas de costillas, especialmente posteromedial Fracturas escapulares Fractura de apofisis espinosas Fracturas de esternón 	<ul style="list-style-type: none"> Fracturas mutibles, especialmente bilaterales Fracturas realizadas en diferente tiempo Separaciones epífisis Fracturas de cuerpo vertebral y subluxaciones Fracturas digitales Fracturas complejas de cráneo 	<ul style="list-style-type: none"> Formación subperióstica de nuevo hueso Fractura clavicular Fractura de hueso largo Fracturas lineales de cráneo

Tabla 2.-Fracturas, de acuerdo a su grado de especificidad según Kleinman.

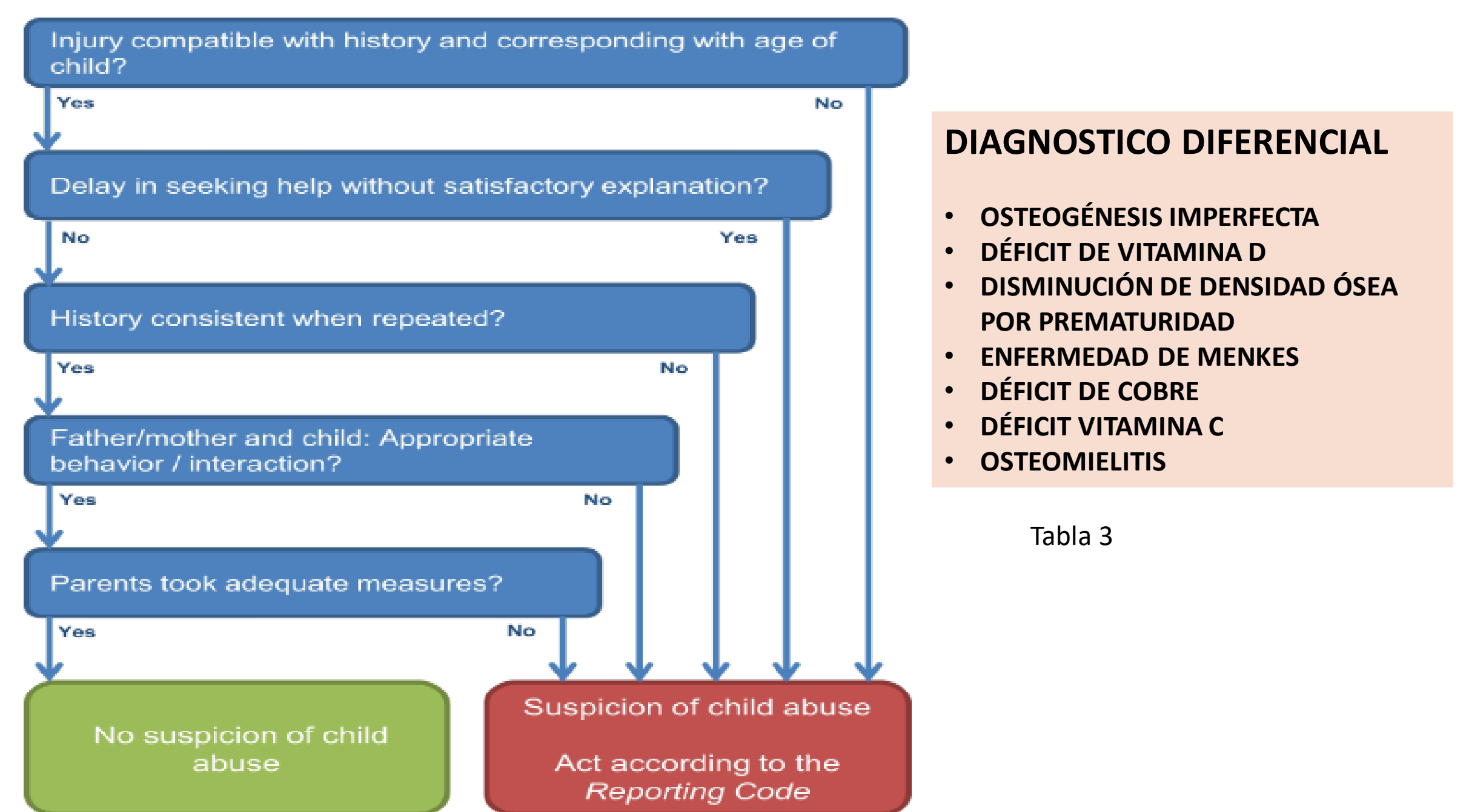


Figura 1.- SPUTOVAMO R2

Conclusiones

- Es fundamental la formación profesional para el reconocimiento y evaluación de las fracturas en menores.
- Mantener un alto índice de sospecha y evaluar cuidadosamente todos los indicadores físicos, psicosociales y conductuales evita diagnósticos erróneos
- Es necesario que existan Protocolos diagnósticos de estudio de lesiones por abuso y la valoración por parte de un equipo multidisciplinar.

Bibliografía

- Emalee G. Flaherty, MD, Jeannette M. Perez-Rossello, MD, Michael A. Levine, MD, William L. Hennrikus, MD, and the AAPEDIATRICS COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT and the SPR. Evaluating Children With Fractures for Child Physical Abuse. PEDIATRICS. Feb 2014. Volume 133 (2) e477-e485.
- Delgado Álvarez I, Barber Martínez de la Torre I, Vázquez Méndez E. El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial. Radiología. 2016; 58 (S2) 119-128.
- Aponte Barrios WO, De la Hoz Díaz DC, Montoya Cárdenas RD, Barrios Acosta ME, Echeverry Raad J, Moreno Gómez LA. Correlación clínica y radiológica en casos de maltrato infantil. Universidad Nacional de Colombia. 2017.
- Berthold O, Frericks B, John T, Clemens V, M. Fegert J, von Moers A. Abuse as a Cause of Childhood Fractures. Dtsch Arztebl Int 2018; 115: 769-75.
- Alan E. Oestreich. Distinguishing child abuse fractures from rickets. Pediatr Radiol (2018) 48:305-307
- Quiros Abarca L. Aporte de los rayos X en el síndrome de niño agredido. Medicina Legal de Costa Rica. Sept 2012. Vol. 29 (2).
- Schouten MCM, van Stel HF, Verheij TIM, Nieuwenhuis EES, van de Putte EM. A screening protocol for child abuse at out-of-hours primary care locations: a descriptive study. BMC Family Practice (2016) 17:155

