



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



ARTÍCULO DE OPINIÓN

Cuando la vida de un niño depende de que sepamos reconocer los signos cutáneos de maltrato

When a Child's Life Depends on Us Recognizing Cutaneous Signs of Child Abuse

A. Hernández-Martín* y A. Torrelo

Servicio de Dermatología, Hospital Infantil del Niño Jesús, Madrid, España

Los malos tratos son el peor atentado que se puede cometer contra la dignidad y el bienestar del niño, y la ley le protege ante cualquier tipo de agresión física o psíquica. En 1959, apenas un siglo después de la época de completo desamparo infantil que retrataba Charles Dickens en *Oliver Twist*, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño, considerada el primer manifiesto legal de protección al menor. En 1962 el trabajo publicado por Kempe sobre el «Síndrome del niño apaleado»¹ revolucionó la atención a las víctimas de los malos tratos infantiles, y estimuló la sensibilización de la opinión pública y la promulgación de medidas legislativas que afectan directamente a la infancia. En España, además de diversas leyes de ámbito autonómico, la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor obliga a los médicos a proteger la integridad física y psíquica del menor, y a comunicar cualquier posible agresión de la que pueda o haya podido ser objeto.

Aunque su existencia es indudable, la verdadera incidencia del maltrato infantil en España es desconocida. Sabemos que el número de denuncias es creciente, pero el recuento de casos es difícil, ya que a menudo el médico involucrado no sabe cómo cursar la denuncia, teme equivocarse al hacerlo o carece de pruebas concluyentes sobre el origen

de las lesiones. Además, a los casos detectados hay que añadir aquellos que pasan desapercibidos y los que no se denuncian por tratarse de un problema vergonzante. Por último, los formularios de notificación de maltrato infantil difieren según las comunidades autónomas, y la heterogeneidad en la tipificación, recogida y procesamiento de los datos dificulta la elaboración de estadísticas fiables².

La piel está afectada en el 90% de los casos de maltrato infantil, pero los dermatólogos apenas somos consultados para valorar las lesiones cutáneas, probablemente porque los pediatras expertos en malos tratos las reconocen sin dificultad. Sin embargo, la valoración dermatológica del niño presuntamente maltratado no es una tarea fácil por múltiples motivos. En primer lugar, a veces es difícil reconocer los signos de maltrato, que pueden ser muy sutiles cuando el abuso es continuado y de larga duración; por otro lado, la morfología y/o localización de una gran variedad de condiciones dermatológicas pueden simular maltrato y no serlo. La lista de diagnósticos diferenciales es extensa³⁻⁵, e incluye variantes de la normalidad y patologías relativamente comunes como el líquen escleroatrófico genital, los moluscos de localización génito-crural, el edema agudo hemorrágico del lactante, el impétigo ampolloso o la úlcera vulvar aguda de Lipschütz, las cuales pueden, en ojos inexpertos, simular abuso sexual, golpes malintencionados o quemaduras provocadas. En segundo lugar, es necesario saber interrogar adecuadamente a los padres o cuidadores del niño, aspecto que no solo incomoda al médico, sino que a menudo irrita o asusta a los responsables del menor; además, muchas veces no hay nada en el aspecto de los padres o cuidadores del niño que induzca a pensar que le estén infligiendo

Véase contenido relacionado en DOI:

[10.1016/j.ad.2011.05.004](https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.05.004).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ahernandez_hnj@yahoo.es
(A. Hernández-Martín).

malos tratos, por lo que el abordaje del tema es aún más complicado. En tercer lugar, existe la posibilidad de que los culpables del maltrato no sean los padres, sino alguna persona del entorno familiar o social, por lo que nuestra sugerencia generará alarma, suscitará sospechas y repercutirá en la dinámica familiar. En cuarto y último lugar, en ausencia de indicadores adicionales, lo habitual es desestimar inconscientemente la sospecha de maltrato porque es difícil, si no imposible, entender que nadie pueda ejercer tamaña crueldad en un niño.

Al conjunto de lesiones que reflejan inequívocamente malos tratos revisadas en este número de la revista, hay que añadir otras provocadas por costumbres culturales, rituales religiosos o fanatismos nutricionales que, si bien carecen de intencionalidad, no eximen de responsabilidad a los padres ni nos permiten ignorar tranquilamente su existencia. Por ejemplo, las incisiones rituales, la aplicación de productos extremadamente calientes con fines curativos, o las dietas que siguen algunos vegetarianos estrictos o *veganos* pueden determinar la aparición de secuelas cicatriciales permanentes, quemaduras y enfermedades carenciales que ponen en peligro el bienestar del niño⁶. Y dado que los dermatólogos debemos velar por la salud del niño, ¿deberíamos poner los hechos en conocimiento de la autoridad pertinente, o podríamos conformarnos con explicar a los padres el origen de las lesiones y hacer nosotros mismos un seguimiento?

Sin duda, la valoración del niño presuntamente maltratado debe ser multidisciplinar. Es necesario solicitar la colaboración de pediatras, médicos especialistas, trabajadores sociales y psicólogos experimentados en malos tratos para que nos ayuden a corroborar nuestras sospechas y hagan el seguimiento del paciente y su familia. Cuando la sospecha de maltrato es fundada, debe comunicarse a la autoridad judicial correspondiente, habitualmente representada por el Juez y el Fiscal de Menores. No es necesario tener certeza absoluta para iniciar los trámites, porque la vida del niño puede correr peligro, y además los médicos no acusamos de maltrato, sino que solicitamos a la autoridad judicial

que lo descarte. Paralelamente, el caso debe notificarse anónimamente al correspondiente registro autonómico con fines estadísticos que permitan elaborar programas de información, detección, ayuda, prevención y vigilancia.

La detección precoz del maltrato es importante para evitar un daño mayor en el niño, tanto físico como psíquico. Hay estudios que demuestran la relación entre los abusos físicos y los trastornos psíquicos, con elevadas tasas de depresión, ansiedad y predisposición a la drogodependencia en los pacientes maltratados⁷. Sin embargo, y aunque nuestra obligación es denunciar una sospecha fundada de maltrato, hacerlo con argumentos inconsistentes puede acarrear graves consecuencias para el niño y su familia: los errores de omisión pueden costar la vida al niño, pero los de comisión pueden acabar con la reputación de una persona inocente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17-24.
2. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57:371-92.
3. Kos L, Shwayder T. Cutaneous manifestations of child abuse. *Pediatr Dermatol*. 2006;23:311-20.
4. AlJasser M, Al-Khenaizan S. Cutaneous mimickers of child abuse: a primer for pediatricians. *Eur J Pediatr*. 2008;167:1221-30.
5. Guallar-CAstillon P, Peñacoba C, Fernandez A, Gaitan L. Instrumento de notificación del maltrato infantil en España. *An Pediatr (Barc)*. 2000;53:360-5.
6. Ravanfar P, Dinulos JG. Cultural practices affecting the skin of children. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22:423-31.
7. Schilling EA, Aseltine Jr RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*. 2007;7:30.