

**Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Pubblica della Università di Bari**  
**Sezione di Medicina Legale**  
**Divisione di Neuroradiologia, Ospedale Di Venere di Bari**

**Diagnosi differenziale fra lesioni da parto e child abuse:  
considerazioni medico-legali a margine di un caso peritale**

**Maria Carolina Romanelli<sup>1</sup>**  
**Giancarlo Di Vella<sup>1</sup>**

**Lucia Tattoli<sup>1</sup>**  
**R. De Blasi<sup>2</sup>**

**Eloisa Maselli<sup>1</sup>**  
**B. Solarino<sup>1</sup>**

**Introduzione**

La diagnosi differenziale fra traumatismi di tipo accidentale piuttosto che patologie naturali versus lesioni da abuso rappresenta uno dei topics maggiormente rilevanti in ambito medico-legale attesa l'importanza, da un punto di vista sociale oltreché giuridico, di siffatta valutazione. In presenza di lesioni traumatiche poliviscerali in soggetti di età inferiore a 6-8 mesi la diagnosi di abuso sembrerebbe apparentemente agevole attesa la naturale incapacità del minore di compiere movimenti tali da giustificare una lesività di tipo accidentale. È invero tuttavia altri eventi potenzialmente traumatici riferiti in anamnesi dai presunti abusanti, fra i quali ad esempio il parto, necessitano di un accurata valutazione al fine di escludere lesioni accidentali eventualmente non diagnosticate ovvero misinterpretate dai medici che hanno avuto in cura il minore nel periodo post e peripartum.

*Il caso*

Un bambino di 2 mesi, nato da parto gemellare cesareo, venne trasportato d'urgenza al Pronto Soccorso di un Ospedale a causa di uno stato iporeattivo (già occorso altre due volte secondo quanto riferito dalla madre) caratterizzato da ipo-

---

<sup>1</sup> Sezione di medicina legale.

<sup>2</sup> Divisione di neuroradiologia.

tonia e perdita di coscienza. All'esame obiettivo i sanitari intervenuti riscontrarono segni di ipertensione endocranica (circonferenza cranica di 41 cm con incremento di 4 cm rispetto a due settimane prima, fontanella anteriore bombata e pulsante). L'ipotesi diagnostica iniziale fu di idrocefalo, ma il successivo esame ecografico dell'encefalo e la RM cranio evidenziarono la presenza di una discreta falda di ematoma emisferico a sinistra, in fase subacuta, ed ematoma dei tessuti molli in regione temporale destra. Nel sospetto di malattia emorragica neonatale, si decise di trasferire il bambino in una struttura di livello superiore dove gli screening emocoagulativi escludono tale ipotesi diagnostica e ulteriori accertamenti strumentali evidenziarono un quadro lesivo ben più ampio: frattura cranica temporo-parietale destra con imbibizione dei tessuti molli circostanti, raccolte ematiche extracerebrali in sede fronto-temporo-parietale sinistra ed in sede parietale destra, emorragie preretiniche ed intraretiniche bilaterali, nonché esiti di frattura clavare a sinistra. Il piccolo fu quindi sottoposto ad intervento di derivazione subdurale nel tentativo di risolvere l'ematoma extracerebrale e fu degente per circa 2 mesi, fino a quando le condizioni cliniche non migliorarono con scomparsa dell'ematoma, riduzione delle emorragie retiniche e accrescimento staturo-ponderale nella norma. La lesività a carico del bambino, fortemente suggestiva di maltrattamento nei confronti del minore, ed in particolar modo di shaken baby syndrome, indusse i sanitari ad allertare l'Autorità Giudiziaria. Fu quindi richiesta perizia medico-legale con lo scopo di verificare se il quadro lesivo potesse essere correlato ad un unico episodio traumatico occorso durante il parto, così come sostenuto dalla difesa, piuttosto che a traumi realizzatisi in momenti successivi.

### **Discussione e conclusioni**

Nel caso in esame lo scopo della perizia medico-legale era di accertare le modalità traumatiche e l'epoca di insorgenza delle lesioni ai danni del neonato. Stando alla difesa, il parto era da considerarsi quale unico antecedente causale necessario a cagionare le lesività accertate sul piccolo. Trattavasi di gravidanza alla 35<sup>a</sup> settimana + 5 giorni, di tipo gemellare bicoriale biamniotica con primo feto in presentazione cefalica e secondo in situazione trasversa con testa a destra. In base alle considerazioni della difesa, i sanitari avrebbero optato per un taglio cesareo trovandosi di fronte ad una distocia fetale (1). In particolare, mentre l'estrazione del primo feto per via cefalica non avrebbe comportato particolari problemi, l'estrazione del secondo, stante la situazione trasversa, avrebbe richiesto l'applicazione di una certa forza. La frattura di clavicola sinistra fu quindi ricondotta ad una prolungata compressione della regione sopraclaveare contro l'arcata pubica materna oppure ad un'errata manovra dell'operatore; quella cranica insieme agli ematomi subdurali e alle emorragie retiniche a complicazioni durante l'estrazione oppure ad un fenomeno compressivo esercitato dal

primo feto o anche ad un'azione compressiva esercitata dall'operatore per liberare il feto incastrato nella pelvi materna.

Dopo un'attenta disamina delle informazioni in possesso del perito (modalità di espletamento del parto, caratteristiche somatometriche del feto, datazione delle indagini radiologiche), risultò inverosimile che un così grave quadro traumatico, caratterizzato sia da lesioni fratturative sia vascolari, potesse essere giustificato dai meccanismi lesivi ipotizzati, e cioè da complicazioni occorse durante un parto non distocico.

Come riferito in cartella clinica, infatti, il parto dei due gemelli si realizzò senza problemi, con taglio cesareo elettivo in un arco di tempo di 10 minuti e senza nessun evento traumatico. A ciò va aggiunto che il bambino si presentava del peso di appena 1950 g e con indice di Apgar nella norma. Si trattava peraltro del secondo feto estratto e, quindi, al momento dell'estrazione lo spazio all'interno dell'utero materno era maggiore e ciò rendeva più facili le manovre di afferramento ed estrazione per via podalica.

Inoltre, nessun medico del reparto di neonatologia né gli stessi genitori o la pediatra di famiglia avevano constatato alcun segno di tale grave lesività.

Il parto, espletato due mesi prima rispetto agli accertamenti radiografici, risultava cronologicamente distante dall'epoca di insorgenza delle lesioni in base a quella che fu la datazione fornita da esperto neuroradiologo. La frattura di clavicola (callo osseo ipertrofico ben consolidato) risaliva ad almeno 30 giorni prima rispetto all'Rx torace, gli ematomi extracerebrali bilaterali ad un arco di tempo compreso fra alcuni giorni e tre settimane prima della TC cranio e la frattura cranica, seppur non databile di per sé, ad un'epoca recente stante la compresenza di ematoma dei tessuti molli sovrastanti.

In letteratura sono riportati casi (<1%) di tagli cesarei in cui si determinano traumi sulla clavicola con successiva frattura, ma trattasi di feti macrosomici e parti distocici (2). La correlazione fra frattura di clavicola e parto fu però esclusa nel caso in esame atteso che, nonostante la compatibilità cronologica, non ci si trovava di fronte a nessuna delle complicanze appena descritte.

L'intero quadro lesivo fu quindi ricondotto ad almeno due episodi traumatici: compressione della spalla sinistra contro una struttura rigida (risultante nella frattura della clavicola) e scuotimento/urto della testa con produzione di frattura cranica temporo-parietale destra, di ematomi subdurali e di emorragie retiniche («shaken baby impact syndrome») (3,4).

In conclusione, l'analisi critica delle informazioni in possesso del perito medico-legale consentì di escludere che alla base del quadro lesivo vi fosse una patologia naturale (malattia emorragica neonatale) o qualsiasi traumatismo occorso durante il parto e di stabilire che il bambino era stato oggetto di almeno due episodi traumatici ad opera di terzi. Sebbene il quadro fosse altamente suggestivo di una forma di abuso, a nostro avviso compito del medico legale è quello di fornire una «verità scientifica», lasciando alla competenza dell'Autorità Giudiziaria la definizione della «verità giuridica», in altre parole di indagare sulla volontarietà o meno degli eventi traumatici (3,4).

### Bibliografia

- 1) CANDIANI, G.B., DANESINO, V., GASTALDI, A.: *Ostetricia. Principi di diagnosi e terapia*. Masson, Parigi, 1992
- 2) HSU, T.Y., HUNG, F.C., LU, Y.J., OU, C.Y., ROAN, C.J., KUNG, F.T., CHANG-CHIEH, C.C., CHANG, S.Y.: Neonatal clavicular fracture: clinical analysis of incidence, predisposing factors, diagnosis, and outcome. *Am. J. Perinatol.* 19(1):17, 2002.
- 3) MAGUIRE, S., PICKERD, N., FAREWELL, D., MANN, M., TEMPEST, V., KEMP, A.M.: Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch. Dis. Child* 94(11): 860, 2009.
- 4) TUNG, G.A., KUMAR, M., RICHARDSON, R.C., JENNY, C., BROWN, W.D.: Comparison of accidental and nonaccidental traumatic head injury in children on noncontrast computed tomography. *Pediatrics* 118(2): 626, 2006.