Síndrome del niño sacudido

Perla David G.^{1,2}; Eugenia Cid K.¹

Shaked baby syndrome

An 8 month old girl was admitted to hospital because of tonic and clonic generalized seizures, drowsiness, excitation, retinal hemorrhages and slipped epiphyses. She was frequently shaken by her adolescent unmarried mother to make her stop crying. Atrophic optic papillae were demonstrated at both eyes by fundoscopic examination and a big frontal bilateral subdural effusion was seen at computed axial tomography. This late required surgical drainage. At age 2 3/12 year she has severe psicomotor retardation and bilateral blindness. Shaked baby syndrome is one of the most serious forms of battered child syndrome, moreover, it is hard to notice because its injuries are frequently non visible.

(**Key words:** battered child, child abuse, shaked baby, subdural effusion, retinal hemorrhage, epiphyses slipped.)

El maltrato infantil ha existido por siglos con diferentes grados de aceptación social. En distintos países se han definido abuso y negligencia en forma ambigua, lo que tiene origen en la percepción diferentes del problema, provenientes de factores étnicos y culturales locales. Una definición comúnmente aceptada de negligencia o maltrato psíquico del niño es la falta deliberada en cubrir las necesidades básicas o el abandono de éste. Abuso físico es cualquier lesión no accidental provocada por un adulto a un niño, en un episodio único o recurrente, de distinta severidad, desde leve a fatal. Abuso sexual es cualquier actividad sexual entre un adulto y un niño, única o reiterada.

El maltrato es una de las enfermedades más frecuentes del niño. La incidencia detectada se relaciona estrechamente con la sensibilidad de la comunidad al problema, cuya magnitud real no se conoce bien, por falta de denuncia, definiciones claras o reconocimiento de las lesiones características. En Estados Unidos de Norteamérica se cree que 10 de cada 1 000 nacidos vivos sufren maltrato, el que demanda 10% de las atenciones de servicios de urgencias y es la segunda causa

de muerte después del síndrome de muerte súbita infantil. La causa más frecuente de morbilidad y muerte es el traumatismo encefalocraneano^{1,2}.

El síndrome del niño maltratado ha sido ampliamente difundido en la literatura. Se le ha subdividido en catorce variedades, de las cuales el niño sacudido se caracteriza por su gravedad y porque puede pasar inadvertido debido a ausencia de lesiones traumáticas externas. Esta variedad hay que tenerla presente en niños menores de dos años, pálidos e irritables, especialmente si se encuentran sus manifestaciones más características, que son las hemorragias retinales, lesiones oculares antiguas o alteraciones epifisarias de huesos largos, ya que en 50 a 70% de los casos es recurrente y puede causar parálisis cerebral, retardo mental y muerte en 35% de los afectados³⁻⁶.

El propósito de esta presentación es ilustrar las características de las lesiones encontradas en una paciente, con el fin de estimular el interés por identificar el problema y así contribuir a su prevención en nuestro medio.

Caso clínico

Niña de ocho meses, producto de primera gestación, madre de 16 años, soltera. Embarazo y parto normales, peso de nacimiento 1 950 g, apgar 9 al minuto y los 5 minutos, período de recién nacido sin morbilidad. Ingresó por primera vez a esa edad por vómitos y crisis tónico-clónica generalizada. No fijaba la mirada y no seguía la luz. Había edema

1. Unidad de Neurología, Hospital Exequiel González Cortés, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

2. Unidad de Emergencia, Hospital Exequiel González Cortés.

de la papila en el fondo de ojo. La ultrasonografía de cráneo, el electroencefalograma y el examen de líquido cefalorraquídeo dieron resultados normales. Fue dada de alta para continuar estudiándola en neurología, pero reingresó siete días después por crisis convulsiva tónico-clónica generalizada y tendencia al sopor alternada con períodos de irritabilidad, gran palidez y abombamiento de bregma. En el fondo de ojo habían extensas hemorragias retinales y persistía edema de la papila óptica. En las radiografías de cráneo se registraba separación marcada de las suturas, signos de hipertensión endocraneana y disyunción de las epífisis en los huesos largos de extremidades superiores e inferiores. En la tomografía axial computarizada se observaron signos de una importante colección subdural frontal bilateral. Por punción del bregma se drenó 65 ml de líquido hemorrágico y después de reiteradas punciones se observó mejoría clínica parcial, pero con niveles variables de conciencia. Por esta razón se realizó craneotomía izquierda y drenaje quirúrgico del derrame subdural, con lo que se obtuvo 200 ml de líquido hemorrágico y normalización de la conciencia. En controles posteriores se ha confirmado atrofia óptica, con potenciales evocados visuales ausentes en ambos ojos. Actualmente tiene 2 años 3 meses, sufre retraso psicomotor severo y amaurosis.

La encuesta social y la visita domiciliar familiar identificaron a la madre como la persona causante de las lesiones de la paciente, quien sacudía en sus brazos a la niña cuando lloraba "para que se durmiera, porque su llanto no la dejaba dormir". Posteriormente la madre abandonó el hogar y la paciente quedó interna en una institución para este propósito, bajo custodia legal y social, porque el resto de la familia, compuesta por abuela materna, anciana a cargo de dos tíos retardados mentales, sin otros familiares, no podía hacerse cargo de ella.

Comentario

Las características clínicas de nuestra paciente coinciden con lo descrito en la literatura. Las lesiones intracraneanas se detectan en 90% de los casos en menores de dos años, a lo que están predispuestos por la plasticidad, flexibilidad, vasoreactividad y mayor espacio del líquido alrededor del encéfalo. Este último, con la súbita aceleración, desaceleración y rotación a que es sometido durante las sacudidas, sufre microsangramientos repetidos que suelen expresarse en hemorragias retinianas, por las características anatómicas de la caja craneana en la región orbito-frontal y colecciones subdurales, que se producen por rotura de vasos venosos en la zona parasagital, donde son especialmente frágiles^{5,7,8}. El derrame subdural coexiste en 70% de los casos con alteraciones óseas y puede ser detectado mediante tomografía axial, aun en ausencia de manifestaciones clínicas focales, en 50% de los pacientes sospechosos y 85% de los que tienen

secuelas intracraneanas. Las alteraciones óseas son características, habitualmente ocultas y múltiples, como en la descripción original de Caffey, y pueden constatar en radiografías del esqueleto completo⁵. Ante estos pacientes es muy importante tener un alto nivel de sospecha para conseguir el diagnóstico oportunamente, debido a la ausencia de manifestaciones externas visibles, la gravedad de las lesiones, el riesgo de secuelas y muerte y la tendencia a la repetición de los episodios de agresión. La observación debe incluir, en el niño, signos como llanto frecuente, palidez, inquietud, falta de lenguaje, otras lesiones oculares, fracturas o lesiones antiguas. Las características de los padres deben estudiarse cuidadosamente, en especial cuando hay discrepancia entre la historia del accidente y las lesiones encontradas^{7,8}.

Para reconocer, manejar y seguir a estos pacientes es preciso constituir equipos multidisciplinarios, ya que el abuso infantil es polisindromático en sus manifestaciones, variado en sus etiologías y complejo en su manejo⁹. El médico debe tener presente, además, que el Código Penal chileno estipula la obligación de denunciar todo caso de lesión sospechosa de haber sido producida por terceras personas^{5,10}.

Resumen

Una niña de 8 meses de edad ingresó al hospital por crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, sopor, irritabilidad, hemorragias retinales y disyunción epifisiaria de los huesos largos. La lactante era frecuentemente sacudida por su madre —soltera, adolescente— entre los brazos de ésta, con el objeto de silenciar su llanto. En el examen de los fondos de ojo había atrofia de ambas papilas ópticas y en la tomografía axial del cráneo se comprobó un derrame subdural frontal bilateral que obligó a drenarlo quirúrgicamente. A la edad de 2 años y 3 meses la paciente tiene retardo psicomotor severo y ceguera bilateral. El síndrome del lactante sacudido es una de las formas más graves de maltrato físico infantil y es difícil de reconocer por cuanto suele no presentar manifestaciones externas de la agresión, por lo que es importante tenerlo presente.

(Palabras clave: niño golpeado, abuso, lactante sacudido, derrame subdural, hemorragia retinal, disyunción epifisiaria).

Referencias

1. Marshall W, Puls T, Davidson C: New child abuse spectrum in an era of increased awareness. *AJDC* 1988, 142: 664-667.
2. Sharma A, Sunderland R: Increasing medical burden of child abuse. *Archives of disease in childhood*, 1988, 62: 172-175.
3. Sheldon L, Brenner D, Fischer H: The shaken baby syndrome to the editor. *J Neurosurg* 1988, 68: 660.
4. Caffley J: The whiplash shaken infant syndrome: Manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatric* 1974, 54: 396-403.
5. García C, Zaninovic A: Síndrome del niño maltratado. Hallazgos radiológicos. *Rev Child Pediatr* 1991, 62: 273-280.
6. Purdue G, Hunt J, Prescott P: Child abuse by burning - An index of suspicion. *The Journal of Trauma* 1988, 28: 221-224.
7. Olesen T, Egelblad M, Petersen H, Ahlgren P, Nielsen AM, Vesterdal J: Somatic manifestation in children suspected of having been maltreated. *Acta Paediatric Scand*. 1988, 77: 154-160.
8. Omaya A, Fass F, Yarnell P: Whiplash Injury and brain damage. *JAMA* 1968, 204: 75-79.
9. Olguín E, Pinto J, Haye A, Von Bennewitz R: Síndrome del niño agredido. Actitud del pediatra en la práctica clínica. *Pediatría (Santiago)* 1982, 25: 127-131.
10. Código Penal: Novena edición: Editorial Jurídica de Chile, Santiago de Chile, artículo 194, 1984.