

Descripción del caso presentado en el número anterior: Síndrome del bebé sacudido *Shaken baby syndrome*

Dr. Raúl Címbaro Canella^a, Dr. Damián Clemente^b, Dra. Norma González^c, Dr. Javier Indart^d
y Dr. Leonardo De Lillo^e

Con el diagnóstico presuntivo de síndrome del bebé sacudido se realiza interconsulta con la Unidad de Violencia Familiar, donde se confirma el diagnóstico por presentar: 1) corta edad del niño; 2) colección subdural; 3) hemorragias retinianas en ambos ojos; 4) hipercaptación en parrilla costal izquierda, compatible con fracturas costales pre-existentes a esta internación (*Figura 1*).

El paciente permanece internado por 25 días y luego de la intervención del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes se externa acordando con los padres lo siguiente:

- Evaluación y tratamiento psicológico para ambos padres en centro especializado en la presente temática, cercano a su domicilio.
- Ingreso de la madre al grupo de padres de niños en riesgo que funciona en la Unidad de Niño en Riesgo con frecuencia semanal.
- Seguimiento social del niño en el contexto familiar.

El término síndrome del bebé sacudido o zarrandeado (*shaken baby syndrome*) se refiere a los signos y síntomas, características clínicas, radiográficas y, a veces, los resultados de la autopsia, producto de las sacudidas violentas de un bebé o niño pequeño.

La descripción inicial de las lesiones causadas por sacudidas data del año 1946 en que un radiólogo pediátrico, John Caffey, encuentra en autopsias de niños con hemorragias subdurales crónicas, fracturas de huesos largos. Luego, Silverman atribuyó dichos hallazgos a traumatismos.

Este síndrome es encontrado en niños de 2 a 3 meses más frecuentemente pero ha sido documentado en niños de hasta 5 años.²

La mortalidad es aproximadamente del 25-30% y típicamente ocurre en los primeros días después del daño, más frecuentemente por aumento de la presión intracraneana debido al edema cerebral o a hemorragia.² Un 30% presenta secuelas permanentes como ceguera cortical unilateral, problemas motores persistentes, sordera unilateral.²

Los padres buscan atención médica para sus hijos en forma diferida ocultando la verdadera causa de la enfermedad, lo cual dificulta y retrasa el diagnóstico y por lo tanto el tratamiento.¹ El disparador para provocarlo es el llanto inconsolable del bebé. Las lesiones son producidas por los movimientos de aceleración y desaceleración rotacional de la cabeza que produce ruptura de las venas mediales en su sitio de unión con la hoz del cerebro.²

Los signos y síntomas más frecuentes se presentan en la *Tabla 1*. La tomografía computada puede revelar lesiones que necesitan atención médica inmediata. Es preferida como método para evaluar efectos de masa o hemorragia extra-axial,

FIGURA 1. Hipercaptación en parrilla costal izquierda. Centellografía



a. Médico de Planta de Unidad de internación CEM 3. Div. Neumotisiología.
Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde"

Correspondencia:
raulcc@hotmail.com

Recibido: 10/11/2009.
Aceptado: 11/11/2009.

las cuales incrementan la presión intracraneana. Sato et al., demostró que la resonancia magnética nuclear es 50% más sensible para detectar hemorragia subdural. Se observa una señal hiperintensa en T2 y FLAIR en etapa aguda, hiperintensa en T1, FLAIR y en secuencia de difusión, e isointensa en T2 en etapa subaguda (*Figuras 2 y 3*).

Es mandatorio realizar radiografías de huesos largos, cráneo y tórax.¹ Las fracturas pueden no ser visibles en radiografías hasta que el proceso de curación empieza, aproximadamente 7 a 10 días después de la lesión. Las radiografías de huesos y la centellografía por sí solas son inadecuadas para identificar todas las lesiones óseas.² La ecografía

es potencialmente útil junto con la tomografía y la resonancia en el monitoreo de la progresión de lesiones en el sistema nervioso central.⁴

El hallazgo de sangre en el líquido cefalorraquídeo a menudo es indicativo de hemorragia subaracnoidea y no siempre está asociada a punción traumática.

Se recomienda la consulta con el especialista para la realización de un fondo de ojos. Kilvin et al., evaluaron 117 niños admitidos por hemorragia subdural secundaria a abuso, encontrando hemorragias retinianas en el 84%.⁵

De acuerdo con algunos estudios de seguimiento un 25% de los niños que no tenían síntomas iniciales tuvieron alguna discapacidad grave del desarrollo.²

Los diagnósticos diferenciales se presentan en la *Tabla 2*. Es necesaria la internación del niño, con medidas de sostén y/o quirúrgicas en la etapa aguda y la rehabilitación para las secuelas. El tra-

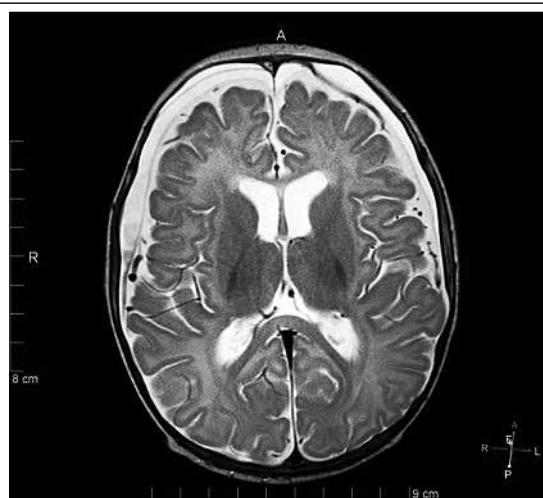
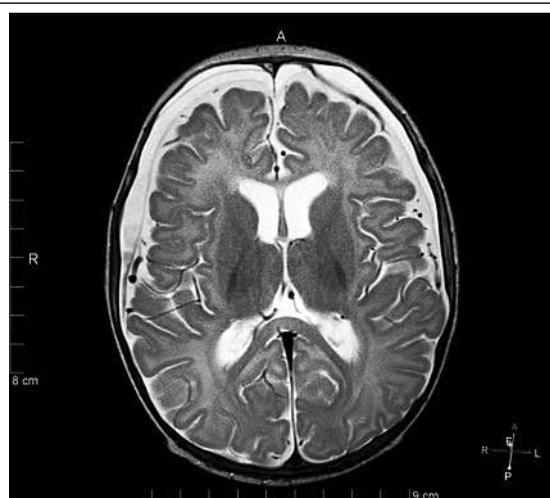
TABLA 1. *Signos y síntomas más comunes*

- Disfunción neurológica
- Coma
- Vómitos
- Convulsiones
- Fontanela llena
- Frente que aparenta más grande de lo normal o perímetro cefálico en el percentilo 90
- Incapacidad para sostener la cabeza
- Dificultad respiratoria
- Hipotermia
- Hiper o hipotensión
- Lesiones en columna y médula espinal
- Perforación de esófago
- Edema cerebral
- Fracturas de huesos largos y costillas (en su región lateral o posterior, en el punto de inserción con la columna vertebral, y predominantemente izquierdas)
- Hemorragias retinianas (80%)

TABLA 2. *Diagnósticos diferenciales*

- Anormalidades oculares secundarias a coagulopatías
- Leucemia
- Hipertensión
- Meningitis meningocócica
- Epilepsia
- Síndrome de Terson
- Déficit de vitaminas C, D y K
- Enfermedad de Menkes
- Hemofilia
- Osteogénesis imperfecta
- Tratamiento folklórico para la "caída de mollera"

FIGURAS 2 Y 3. *RNM en T1 y T2 donde se visualiza colecciones subdurales bilaterales*



tamiento anticonvulsivante puede ser necesario al inicio y continuar un tiempo después de producida la lesión. La estrategia terapéutica con la familia intentará reducir el riesgo ulterior y el retorno del niño al hogar evitando la revictimización.

Por último es importante recalcar que cualquier niño que presente hemorragia subdural sin historia de trauma mayor debe ser evaluado cuidadosamente como un probable niño maltratado.⁶

Conclusiones

En la evaluación de una primera convulsión se debe incluir al trauma no accidental como causa. El síndrome del niño sacudido es de difícil diagnóstico ya que existe una búsqueda de atención y se oculta la verdadera causa. Ante la sospecha es necesario realizar la consulta al servicio de Violencia Familiar para un correcto abordaje.

Agradecimientos

A la Unidad de Violencia Familiar y al CEM 3 del Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde" por la supervisión en la realización del reporte. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Czornyj LA. Síndrome del niño sacudido o *shaken baby syndrome*. En: Fejerman. Neurología Pediátrica 3^{era} edición. Buenos Aires. Argentina. Editorial Médica Panamericana; 2007:1067-1068.
2. Reynolds Ms, Els. Shaken baby syndrome: Diagnosis and treatment. *Radiol Technol* 2008;80(2):151-170.
3. Duhaime A, Christian C, Rorke L, Zimmerman RA. Nonaccidental head injury in infants - the "shaken-baby syndrome". *N Engl J Med* 1998;338:1822-9.
4. Chen CY, Huang CC, Zimmerman RA, et al. High-resolution craneal ultrasound in the shaken-baby syndrome. *Neuroradiology* 2001;43(8):653-661.
5. Kivlin JD. A 12-year ophthalmologic experience with the shaken baby syndrome at a regional children's hospital. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1999;97:545-581.
6. Feldman KW. The cause of infant and toddler subdural hemorrhage: a prospective study. *Pediatrics* 2001;108:636-646.