

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SÍNDROME DEL NIÑO SACUDIDO

Viviana Molina Alpízar*
Bianca Umaña Araya+

RESUMEN:

El síndrome del niño sacudido (SNS) es una forma de abuso físico caracterizada por ciertos hallazgos clínicos entre los que se encuentran presencia de hematoma subdural o subaracnoideo, edema cerebral difuso, y hemorragias retinianas, en ausencia de otras muestras físicas de lesión traumática, los cuales se producen al sacudir fuertemente al niño tomado del tórax o las extremidades. La aceleración-desaceleración producida por dicho movimiento constituye el mecanismo de lesión. El cuadro clínico se puede manifestar con hallazgos inespecíficos como vómitos, somnolencia, irritabilidad hasta signos como los mencionados anteriormente, estos niños suelen presentar secuelas a corto y largo plazo. En Costa Rica la legislación ampara al menor contra los maltratos y da al sistema de salud la labor de salvaguardar la integridad y vida del mismo.

PALABRAS CLAVE:

Síndrome del niño agredido, síndrome del niño sacudido, hematoma subdural, hemorragia retiniana

ABSTRACT:

The shaken baby syndrome (SBS) is a form of physical abuse characterized for some clinical findings including the presence of a subdural or subarachnoid haematoma, diffuse cerebral edema and retinal haemorrhages and absence of other physical signs of traumatic injury which are produced when the victim is held by the torso or the extremities and violently shaken. The acceleration - deceleration produced by the movement is thought to be the production mechanism of the injury. The clinical findings could be as unspecific as vomits, sleepiness, irritability or signs like the ones listed above, this children often presents short and long term complications. In Costa Rica the legislation protects the children against abuses and give the health system the responsibility of taking care of children's integrity and life.

KEY WORD:

Battered child síndrome, shaken baby síndrome, subdural haematoma, retinal haemorrhages.

* Médico General Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: vivimolina7@gmail.com

+ Médico General Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: byumana07@hotmail.com

Recibido para publicación el 8 de enero de 2015

Aceptado el 27 de enero de 2015

Introducción

El síndrome del niño sacudido (SNS) constituye una forma de maltrato físico infantil que incluye la existencia de traumatismo intracraneal que produce un conjunto de alteraciones clínicas y patológicas que conforman un síndrome definido⁽¹⁾.

Este síndrome se presenta en niños de 2 a 3 meses más frecuentemente pero ha sido documentado en niños de hasta 5 años. Presenta una mortalidad de aproximadamente 30% que ocurre generalmente en los primeros días después del trauma, principalmente por aumento de la presión intracraneana debido al edema cerebral o hemorragia⁽³⁾.

El espectro clínico va desde equimosis hasta trauma severo con resultados fatales.

Este síndrome ocurre cuando el niño es sostenido por el tórax o extremidades y sacudido violentamente causando movimientos abruptos de la cabeza con un importante componente rotatorio^(9,11).

La caracterización del síndrome del niño sacudido se remonta a la segunda mitad del S. X. En 1946 el radiólogo pediatra John Caffey describe niños con fracturas de huesos largos y hemorragia subdural. En 1962 Henry Kempe publica sus observaciones en el "síndrome del niño agredido". En 1971 el neurocirujano Norman Guthkelch describe dos niños con hemorragia subdural pero sin signos de lesión externa por lo que sugirió la aceleración-desaceleración como el posible mecanismo^(6,9).

Factores de Riesgo

El fenómeno de abuso infantil en sus diferentes manifestaciones es un evento multifactorial. Sin embargo, existen una serie de factores de riesgo para su presentación entre los que se encuentran: bajo nivel socioeconómico, problemática laboral niño con encefalopatía o prematuridad discapacidad del niño, tendencias violentas, padres jóvenes, situación inestable de la pareja, abuso de alcohol o drogas en la familia; entre otros^(9,10).

Mecanismo

Generalmente se describe el síndrome en el siguiente escenario: un bebe que llora todo el tiempo con padres jóvenes o bajo mucho estrés que en un momento dado no logran calmar al niño lo que produce frustración aunado al poco control de impulsos desencadena la agresión. Existen ciertos factores anatómicos que hacen a los niños particularmente vulnerables a las lesiones ocasionadas por la aceleración – desaceleración que se presentan en el cuadro las cuales además tienen un marcado componente rotatorio⁽⁹⁾. La cabeza de los infantes es grande en comparación con el resto del cuerpo y durante los primeros años de vida no posee un adecuado soporte sino que los musculos de la zona del cuello se encuentran todavía débiles e inmaduros. Esto resulta en el movimiento violento entre los diferentes compartimientos intracraneales. Al sujetar al niño por el tórax y sacudirlo las fuerzas de aceleración- desaceleración de la cabeza producen una lesión de las venas puentes que ocasiona la hemorragia subdural y sangrado a nivel de los nervios ópticos, según la fuerza que fue aplicada en al torax algunos casos se presentan además con fracturas paravertebrales de las costillas^(7,10).

Al contrario de lo que se decía antes, las hemorragias subdurales poseen un valor pronostico importante en el desenlace del evento, ya que se pueden utilizar como marcador de trauma severo. Otro factor que determina severidad es la apnea central desencadenada por la extensión súbita de la medula durante el sacudimiento, incluso si la apnea no es fatal, la hipoxia producida puede conducir a edema cerebral con mayor aumento de la presión intracraneana que a su vez produce menor flujo cerebral lo que perpetua el circulo vicioso de hipoxia cerebral con daño axonal. La historia que aporta el cuidador suele ser vaga y variable^(2,7,10).

Cuadro Clínico

En los casos leves las manifestaciones clínicas pueden ser inespecíficas, presentándose como: vómitos, somnolencia, irritabilidad, alteraciones en los patrones de alimentación, cambios en el tono muscular, lo que puede confundir al clínico^(5, 9). Lo más frecuente es que entre un 40% y 70 % de los casos del SNS debute con crisis epilépticas⁽¹¹⁾. Los pacientes suelen llegar al hospital inconscientes, bradicárdicos, con trastornos respiratorios que pueden llegar a provocar apnea importante, los padres o cuidadores no tienen una explicación coherente que justifique el cuadro, y en muchos casos refieren que el trauma se presentó por caídas de poca altura^(1, 5, 9). Se dice que los pacientes víctimas de SNS tienen peor pronóstico que los que sufren accidentes graves y esto en parte se explica por el retraso en la búsqueda de atención médica por parte de los cuidadores⁽⁹⁾ Por lo tanto se debe sospechar el diagnóstico en todo lactante que presente hematoma subdural, en ausencia de un traumatismo importante accidental o debido a una causa médica ya conocida⁽¹¹⁾.

Otro signo que se puede encontrar son las hemorragias retinianas, las cuales se presentan en un 50% a 100% de las víctimas, pueden aparecer desde los primeros días posteriores al trauma, constituyen la manifestación ocular principal,^(9, 10) y son un importante signo para realizar diagnóstico diferencial. Se debe solicitar valoración por un especialista en los casos sospechosos de SNS, ya que el examen oftalmológico es primordial en la evaluación de estos niños, entre los hallazgos se puede encontrar: pupilas poco reactivas, equimosis periorbitaria, hifema, y fracturas orbitarias. También debe realizarse fondo de ojo para buscar signos tardíos graves como: atrofia óptica, desprendimiento de la retina, cicatrices retinianas y ruptura coroidea⁽⁴⁾.

Entre los hallazgos al examen físico se encuentran la presencia de fracturas complejas de cráneo, fracturas de costillas que se producen por la compresión anteroposterior del tórax, en la que la presión que se produce entre la apófisis transversa y la costilla termina con fractura del arco costal posterior⁸, fracturas en huesos largos, equimosis, signos de meningismo como fontanela abombada, los cuales pueden ser menos manifiestos en los niños pequeños, ya que los cambios de presión son más tolerados por la presencia de la fontanela abierta^(1, 7).

Los exámenes complementarios son importantes para hacer un buen diagnóstico diferencial en todo paciente en que se sospeche SNS, se prefiere la tomografía axial computarizada como método para evaluar efectos de masa o hemorragias que pueden aumentar la presión intracraneana. La resonancia magnética nuclear tiene mayor sensibilidad para detectar hemorragia subdural⁽³⁾, mientras que la tomografía es más sensible en la detección de hemorragias subaracnoideas⁽¹⁰⁾ También se deben realizar radiografías de las extremidades, del cráneo y tórax, el problema es que algunas fracturas pueden no ser visibles en las radiografías hasta aproximadamente 10 días después de la lesión⁽³⁾. En los niños más pequeños se puede efectuar ecografía transfontanelar. Estos estudios de imágenes deben realizarse de forma seriada para controlar el desarrollo de algunas lesiones⁽¹¹⁾. El análisis del líquido cefalorraquídeo y la punción lumbar, brindan algunos datos para realizar el diagnóstico, aunque no son exámenes rutinarios en estos pacientes⁽¹⁰⁾, el líquido sanguinolento puede ser una manifestación de hemorragias subdurales, sin embargo esto no ocurre en todos los casos y se presenta días después del trauma⁽¹¹⁾. Cuando se presentan hemorragias de gran volumen, resulta necesario realizar mediciones de hemoglobina, para determinar la necesidad de una transfusión sanguínea⁽¹¹⁾. Si se realiza un electroencefalograma se observa un ritmo de base lento y deprimido debido a sufrimiento fetal, y se pueden observar anomalías paroxísticas cuando evoluciona a epilepsia postraumática⁽¹¹⁾.

Diagnóstico Diferencial

Es muy importante realizar un buen diagnóstico diferencial con aquellas condiciones médicas que puedan confundirse con este síndrome, así como identificar los factores predisponentes tanto intrínsecos como extrínsecos, en la tabla 1 se presentan las entidades más significativas. Cabe señalar que en algunas ocasiones las sacudidas causantes del síndrome se producen de forma accidental debido a maniobras de resucitación; sin embargo, sólo se producen fracturas costales en 2% de los casos, ya que la elasticidad del tórax permite soportar las compresiones^(8, 11).

Tabla 1 Diagnósticos Diferenciales^(3, 5)

Hidrocefalia
Muerte súbita infantil
Epilepsia
Meningitis
Trastornos metabólicos
Accidentes de tránsito y caídas de grandes alturas
Anormalidades oculares secundarias a coagulopatías
Leucemia
Hipertensión
Síndrome de Terson
Déficit de vitaminas C,D y K
Enfermedad de Menkes
Hemofilia
Osteogénesis imperfecta

Secuelas Neurológicas

La mortalidad por el SNS es alta, y los niños que sobreviven presentan una serie de consecuencias que condicionan un retraso mental asociado o no a un déficit neurológico. A largo plazo se observa microcefalia, atrofia cerebral, parálisis cerebral, problemas de audición, espasticidad, ceguera parcial o total⁽¹⁰⁾, también se han observado comportamientos autistas relacionados con pérdida neuronal y aumento de gliosis⁽¹¹⁾. Se puede presentar aumento del volumen de la colección dural con el paso del tiempo, lo que lleva a un aumento en la atrofia. Todos estos niños deben ser sometidos a seguimiento, ya que una aparente recuperación después del trauma no impide que las secuelas se manifiesten a largo plazo. Por lo que se considera que los pacientes víctimas del SNS presentan un pronóstico muy pobre ^(1, 10, 11).

Aspecto Medico Legal

Desde el punto de vista medico legal el Síndrome del Niño Agredido (SNA) en sus diversas manifestaciones se define por los daños agudos o crónicos en la salud de un menor como consecuencia de una serie de agresiones debidas a trauma físico, psicológico-emocional que pueden llevarlo a un estado secuelar en múltiples áreas de la vida ^(1, 8).

La violencia ejercida puede producir lesiones de diverso tipo e intensidad que desde el punto de vista penal van desde levisimas hasta gravísimas dependiendo de las incapacidades temporales y permanentes que el menor requiera (artículos 123, 124, 125 del Código Penal). El artículo 142 del este código establece pena a quien pusiere en grave peligro la salud o la vida de alguien al colocarlo en estado de desamparo físico, sea abandonado a su suerte a una persona incapaz de valerse por sí misma y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado ⁽¹²⁾.

El Código de la Niñez y la Adolescencia en su artículo 49 indica que los directores y personal encargados de centros de salud públicos o privados adonde se lleven personas menores de edad para atenderlas, estarán obligados a denunciar ante el Ministerio Público cualquier sospecha razonable de maltrato o abuso cometido contra ellas. De la misma forma en dicho código el artículo 134 establece que comprobada en sede administrativa la existencia de indicios de maltrato o abuso en perjuicio de una persona menor de edad, la denuncia penal deberá plantearse en forma inmediata. La persona o institución que actúe en protección de los menores, no podrá ser demandada, aun en caso de que el denunciado no resulte condenado en esta sede. Si la persona denunciada tuviere alguna relación directa de cuidado o representación con el menor de edad ofendido, se planteará, a la vez, la acción pertinente ante la autoridad judicial de familia ⁽¹³⁾.

Bibliografía

1. Alvarado, A. y Garro, K. (2008). El síndrome del niño sacudido. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25, 1, 37-42.
2. Blumenthal, I. (2002). Shaken baby syndrome. *Postgrad Med J*, 78, 732-735.
3. Cíbaro, R., Clemente, D., González, N., Indart, J. y De Lillo, L. (2010). Descripción del caso presentado en el número anterior: Síndrome del bebe sacudido. *Arch Argent Pediatr*, 108, 2, 44-46.
4. Delgado, S. y Delgado, R. M. (2013). Alteraciones oftalmológicas en el síndrome del niño sacudido. *Revista Médica MD*, 4, 3, 182- 185.
5. Guerrero, M. y Delgado, F. (2012). Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. *Rev Hosp Jua Mex*, 79, 1, 43-47.
6. Jacobi, G., Reinhard, D., Banaschak, S., Brosig, B. y Herrmann, B. (2010). Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. *Dtsch Arztebl Int*, 107, 13, 231- 240.
7. Loredó, A., Trejo, J. y Melquíades, I. (2011). Síndrome del niño sacudido. Forma extrema del abuso físico infantil. *Acta Pediatr Mex*, 32, 3, 177-179.
8. Madrigal, E. (2010). Aspectos médico legales del síndrome del menor agredido. *Acta Médica Costarricense*, 52, 4, 203-210.
9. Matschke, J., Herrmann, B., Sperhake, J., Korber, T. & Glatzel, M. (2009). Shaken Baby Syndrome. *Dtsch Arztebl Int*, 106, 13, 211-217.
10. Nieto, T. y Fernández, S. (2008). Síndrome del bebé sacudido: ¿Es posible el diagnóstico diferencial? *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 8, 107-127.
11. Rufo, M. (2006). El síndrome del niño sacudido. *Cuad Med Forense*, 12, 43-44, 39- 45.
12. Costa Rica. Ley No. 4573: Código Penal. Publicado en la Gaceta No. 257 del 15 de noviembre de 1970.
13. Costa Rica. Ley No. 7739: Código de la Niñez y la Adolescencia. Publicado en la Gaceta N° 26 del 6 de febrero de 1998.