

Shaken Baby Syndrome – Dois Casos Clínicos *

Mara Ferreira¹, S. Teixeira², J. Cabral², B. Feijóo¹, A. S. Silva²
F. Esperancinha³

¹ Interno do Internato Complementar de Oftalmologia

² Assistente Hospitalar Graduado de Oftalmologia

³ Chefe de Serviço de Oftalmologia

Serviço de Oftalmologia – Hospital Fernando Fonseca – IC 19 – 2700 AMADORA
marafpatricio@gmail.com

RESUMO

Introdução: O “*shaken baby syndrome*” (SBS) é um quadro clínico constituído por hemorragias intracranianas e intra-oculares, sem sinais de traumatismo crânio-encefálico (TCE) directo, em crianças geralmente com idade inferior a 2 anos. Perante a suspeita de maus tratos, a observação oftalmológica é mandatária na investigação desta síndrome com implicações médico-legais. **Material e resultados:** Os autores fizeram um estudo dos casos de bebés com suspeita de SBS no HFF, dos quais são apresentados dois, e avaliaram a frequência de lesões oculares (auxiliares preciosos no diagnóstico), encontradas neste universo. **Conclusões:** A confirmação de maus tratos infantis é muitas vezes difícil. Os achados oftalmológicos do SBS, se bem que partilhados por outras doenças, como as coagulopatias e as hemorragias fisiológicas do recém-nascido, quando enquadrados nos restantes sinais da síndrome têm características quase patognomónicas, de modo que a sua presença é um dado muito relevante no diagnóstico. Assim sendo, a observação pelo oftalmologista pode pôr a descoberto a ponta do iceberg desta patologia com implicações visuais, orgânicas e psicológicas graves nas crianças.

ABSTRACT

Shaken baby syndrome – two cases report

Introduction: Shaken baby syndrome refers to intracranial and intra-ocular haemorrhages, in the absence of any evidence of external injuries to the head, usually in children younger than two years old. When there is a suspicion of child abuse, the ophthalmology observation is mandatory. **Methods and results** The authors study the cases of suspicion of SBS at the HFF, the frequency of ocular lesions in this group, and present two cases. **Conclusion:** The confirmation of a child abuse is difficult. The ophthalmic signs in SBS are not exclusive, they also appear in coagulopathies and in the physiologic newborn haemorrhages, but they are an important key in diagnosis. The ophthalmic observation can help in exposing the top of this iceberg with visual, organic and psychological implications in children.

Palavras chave: Shaken baby syndrome; Maus tratos infantis; Hemorragias intra-oculares; Hemorragias intracranianas

Key-words: Shaken baby syndrome; Child abuse; Intra-ocular haemorrhages; Intracranial haemorrhages

* Apresentado no XLVIII Congresso Português de Oftalmologia – Cascais, 7 a 10 de Dezembro de 2005.

Introdução

O «*shaken baby syndrome*» (SBS) resulta de uma forma óbvia e grave de maus tratos infantis.

Clinicamente, define-se pela presença de hemorragias oculares e intracranianas, em crianças, geralmente com idade inferior a 2 anos, sem história e/ou evidência de traumatismo crânio-encefálico (TCE) directo.

Em 1972, o radiologista pediátrico John Caffey, populariza o termo “*whiplash shaken baby syndrome*” para descrever uma constelação de achados clínicos em crianças, que incluía hemorragias retinianas, hemorragias sub-durais e/ou sub-aracnoideias, sem evidência de traumatismo craniano externo².

Desde então, com o avanço na prestação de cuidados de saúde e nas técnicas de diagnóstico imagiológico, a sua identificação está facilitada e melhor caracterizada¹.

O mecanismo fisiopatológico é, tal como o próprio nome indica, o “*shaking*” (abandar), ou seja, a vítima fica sujeita a manobras de aceleração e desaceleração rotacional craniana exuberante, que levam à rotura da parede vascular com a consequente hemorragia intra-ocular e intracraniana. Pode associar-se a outras formas de TCE, nomeadamente lesões de impacto directo. Desta forma, há autores que preferem a denominação “*shaken-impact syndrome*”².

O acto de “*shaking*” que provoca o SBS é tão violento que, pela simples observação, qualquer pessoa reconhece que é perigoso para a criança. Frequentemente está associado à tensão e frustração gerada pelo choro ou irritabilidade das crianças, ou a expectativas irreais dos pais dos mesmos^{2,4}. Pode surgir em qualquer contexto, independentemente do nível social. É mais relevante nos grupos de menores recursos, em pais adolescentes, toxicodependentes, pai ou mãe sozinhos ou desamparados. São crianças de maior risco os prematuros, bebés com doença crónica, bebés com cólicas ou crianças com alterações do comportamento.

A apresentação clínica do SBS comporta um espectro muito amplo e inespecífico. As

vítimas podem ter uma história de anorexia, vômitos, letargia e/ou irritabilidade durante dias ou semanas. O médico/pediatra pode atribuir estas queixas a uma infecção viral, sem que a verdadeira causa seja identificada. No outro extremo temos um quadro clínico grave com evidência de comprometimento neurológico, situação em que o diagnóstico é mais acessível^{1,2,4}.

Aqui é importante a caracterização da família e a pesquisa de sinais de alerta. Quando há suspeita de SBS é necessário o apoio da assistente social para desencadear o processo judicial, junto da Comissão de Protecção de Menores, por suspeita de maus tratos^{1,3}.

Material e Métodos

Os maus tratos nas crianças são separados em 4 categorias: agressão, suspeita de abuso sexual, negligência e abandono ou rejeição familiar. A agressão é a principal causa de TCE grave nas crianças². Entre 2000-2004 a incidência de maus tratos no Hospital Fernando Fonseca (HFF) foi de 854 casos (Quadro 1 e Fig. 1).

Dentro dos 365 casos de agressão, 2 foram diagnosticados como SBS.

Caso clínico 1: menina de 4 meses, raça caucasiana, internada em Outubro de 2000 por irritabilidade, vômitos e abaulamento da fontanela anterior, desde há 8 dias.

Quadro 1 – Distribuição de maus tratos em 2000-2004

	Agressão	Suspeita de abuso sexual	Negligência	Abandono/ rejeição familiar
2000	59	(incluído na agressão)	17	11
2001	46	12	34	13
2002	60	17	25	21
2003	71	27	66	17
2004	129	44	141	44
TOTAL	365	100	283	106

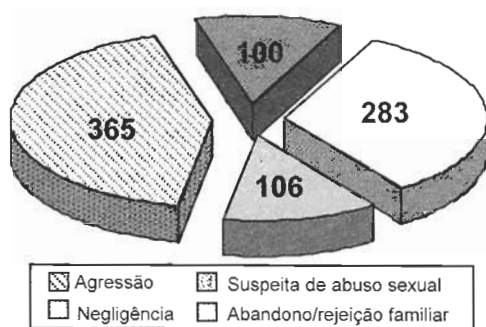


Fig. 1 – Total de vítimas dos diferentes tipos de maus tratos.

Os antecedentes pessoais a realçar são uma gravidez vigiada, parto de termo, eutócico, com peso à nascença de 3475 g, índice de Apgar 9/10. Não existe referência a doenças, internamentos ou cirurgias prévias. Os antecedentes familiares são irrelevantes.

Perante o quadro clínico descrito, para além da observação e exames complementares gerais, foi realizada observação oftalmológica, estudo da coagulação, punção lombar, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) cranio-encefálica (CE). Ao exame objectivo destaca-se a inexistência de lesões compatíveis com TCE directo. No estudo oftalmológico, encontraram-se em ambos os olhos múltiplas hemorragias retinianas e pré-retinianas no pólo posterior, média periferia e na área peripapilar (Fig. 2). No olho direito havia também edema do disco óptico.

A coagulação estava dentro dos parâmetros normais. O resultado do estudo analítico do líquido foi compatível com hemorragia intracraniana. A TC e a RM-CE revelaram hematoma sub-dural bi-fronto-parietal (Figs. 3 e 4).

Do ponto de vista terapêutico foi necessário realizar drenagem cirúrgica do hematoma sub-dural.

Foi desencadeado pela assistente social o processo de investigação de maus tratos.

Durante o internamento houve uma melhoria clínica do quadro oftalmológico, com reabsorção de grande parte das hemorragias.

A criança foi seguida na consulta de oftalmologia, apresentando na última observação (Março/2003) movimentos oculares sem limitações, pupilas isocóricas e isoreactivas, ptose de 2 mm da pálpebra superior direita, segmento anterior sem alterações, meios ópticos transparentes, discos bem corados e

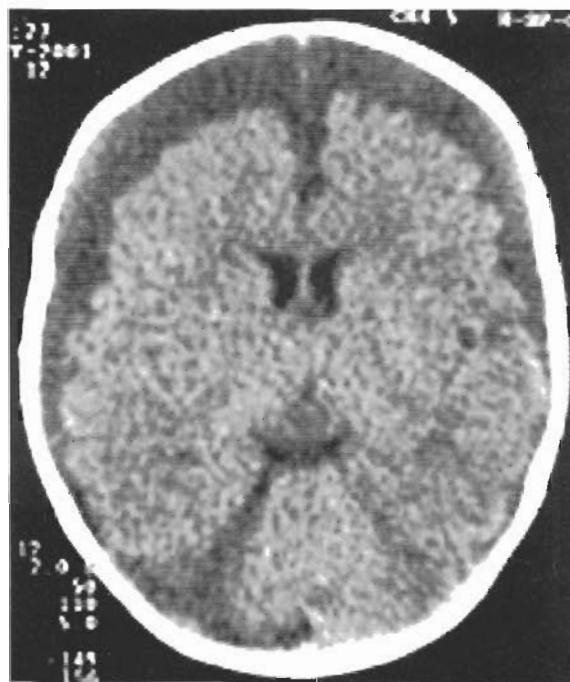


Fig. 3 – TC-CE (partes moles) – hematoma subdural bi-fronto-parietal.

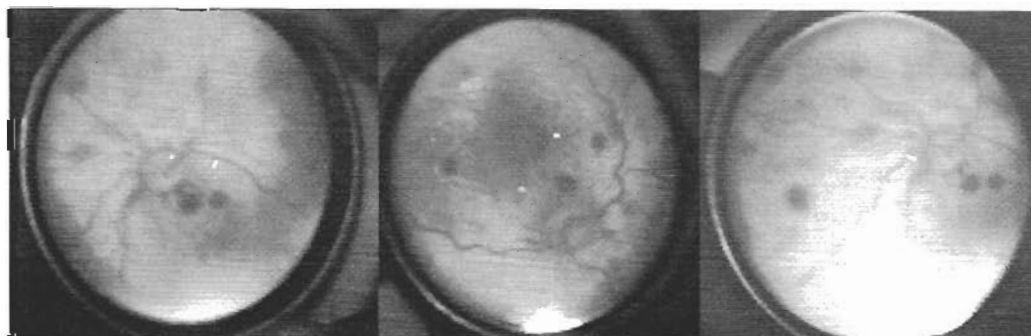


Fig. 2 – Hemorragias pré- e intra-retinianas.

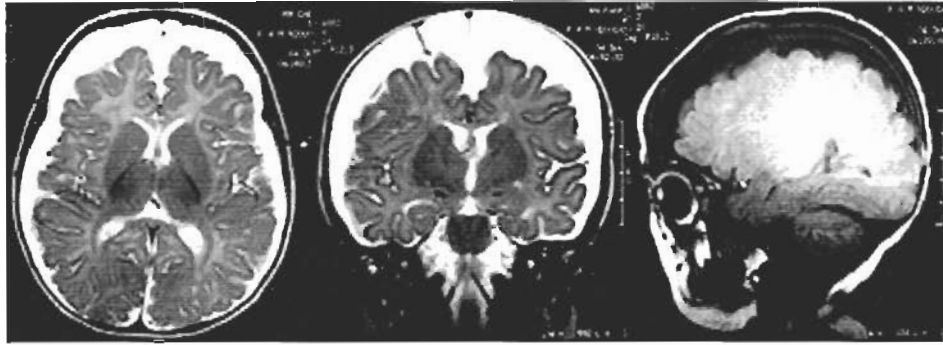


Fig. 4 – RM-CE (Axial + Coronal T2 FSE + Sagittal 3D T1 SPGR) – hematoma subdural bi-fronto-parieto-temporal.

delimitados, mácula de OD com ligeira diminuição do brilho e rarefacção do pigmento, periferia sem alterações; em OE a mácula tinha pigmentação mais regular, com brilho foveolar normal. Não foi possível objectivar a acuidade visual. Esquiascopia sob midríase farmacológica com ciclopentolato a 1%, mostrou no olho direito $+2,50 \langle +0,50 \times 180^\circ$ e no olho esquerdo $+3,00 \langle +0,50 \times 0^\circ$.

Caso clínico 2: lactente de 5 meses, raça negra, internado em Março de 2001 por irritabilidade, vômitos, fontanela anterior hipertensa e aumento do perímetro cefálico, desde há 2 semanas.

Os antecedentes pessoais a realçar são uma gravidez vigiada, parto de termo, eutócico, peso à nascença de 4010 g, índice de Apgar 9/10. Foi submetido correcção cirúrgica da estenose hipertrofica do piloro, que decorreu sem complicações. Os antecedentes familiares são irrelevantes.

No exame objectivo não foram identificadas lesões compatíveis com TCE directo.

Da observação oftalmológica destaca-se no olho esquerdo, reflexo de fundo hemático (Fig. 5); em ambos os olhos, hemorragia pré-retiniana circundando o disco óptico (no olho esquerdo maior que no olho direito), hemorragias retinianas na periferia e engorgitamento venoso (Fig. 6).

A coagulação estava dentro dos parâmetros normais.

A ecografia transfontanelar revelou um higroma sub-agudo inter-hemisférico (Fig. 7).



Fig. 5 – Reflexo de fundo hemático do olho esquerdo.

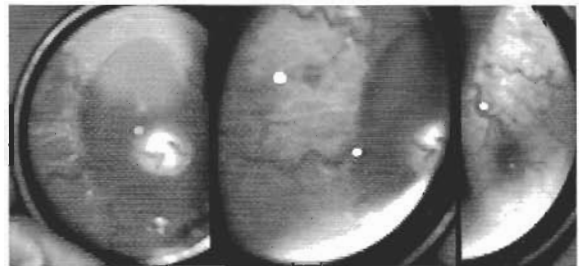


Fig. 6 – Hemorragias pré- e intra-retinianas.

A TC e a RM-CE mostraram um hematoma sub-dural sub-agudo bi-fronto-temporal (Figs. 8 e 9).

Foi transferido para o Hospital Garcia de Orta, onde foi submetido a trepanação de drenagem fronto-parietal bilateral, com melhoria de todo o quadro clínico.

A assistente social do Hospital Fernando Fonseca, desencadeou o processo de investigação de maus tratos.

A criança faltou às consultas de seguimento de Oftalmologia, por ter ido residir para o estrangeiro.



Fig. 7 – Ecografia transfontanelar – higroma sub-agudo inter-hemisférico.

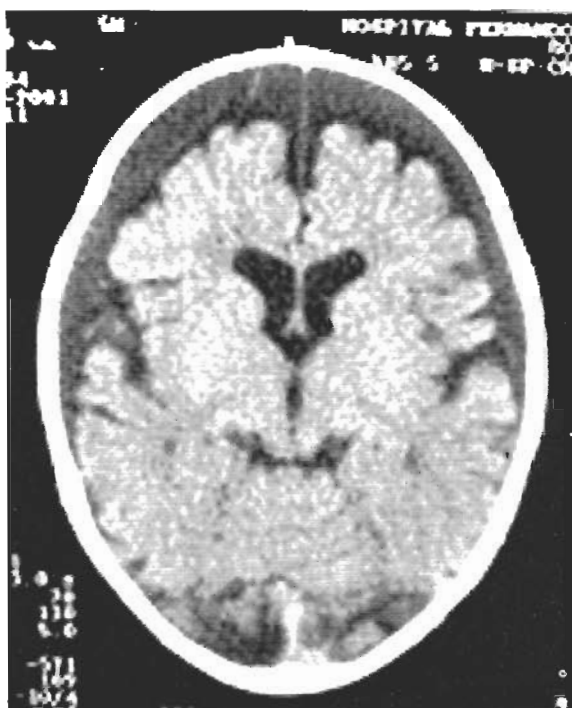


Fig. 8 – TC-CE (partes moles) – hematoma subdural bi-fronto-temporal.



Fig. 9 – RM-CE (Axial + Coronal T2 FSE) – hematoma subdural bi-fronto-temporal.

Discussão

O SBS é uma síndrome muitas vezes não diagnosticada pela falta de especificidade das suas queixas (quer nas formas subtis, quer nas formas mais exuberantes) e pela ocultação dos dados anamnésicos. O médico deve ser extremamente vigilante quando há suspeita de lesão craniana em crianças, principalmente se há uma história pouco coerente, inconsistente, e sem evidência de traumatismo directo.

Os dados da observação oftalmológica podem levar à hipótese de agressão por um mecanismo específico, o de “shaking”. As hemorragias oculares encontradas podem surgir em outras patologias como as coagulopatias e as hemorragias fisiológicas do recém-nascido, mas ao serem enquadradas nos restantes sintomas e sinais da síndrome têm características quase patognomónicas, de modo que a sua presença é um dado muito relevante no diagnóstico.

Perante estes factos, podemos concluir que a observação pelo oftalmologista, pode pôr a descoberto os maus tratos infantis, e assim contribuir para um futuro melhor das nossas crianças, diminuindo o risco de ocorrência de complicações visuais, orgânicas e psicológicas graves.

Agradecimentos

Queremos agradecer a incansável colaboração da Sr.^a Dr.^a Madalena Coito, Assistente

Social do Serviço de Pediatria do HFF, sem a qual a realização deste trabalho não teria sido possível.

Bibliografia

1. ALEXANDER R, LEVITT C, SMITH W. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S, editores. Child abuse: medical diagnosis and management. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. 2001. p. 47-80
2. COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT - American Academy of Pediatrics. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries – technical report. Pediatrics 2001; 108: 206-210
3. Good WV. Accidental trauma in children. In: Taylor D, Hoyt C, editores. Pediatric ophthalmology and strabismus. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier Saunders. 2005. p. 754-768
4. LEVIN AV. Ocular manifestations of child abuse. Ophthalmol Clin North Am 1990; 3: 249-264