

SINDROME DO BEBÊ SACUDIDO (SBS)

JOÃO BORGES FORTES FILHO , MARCIA BEATRIZ TARTARELLA

A Doença:

A Síndrome do bebê sacudido (SBS) foi descrita como entidade clínica por Guthkelch em 1971 (1) ou por Caffey (2) em 1972, mas já era conhecida desde muito tempo antes como uma forma grave de abuso físico infantil (3;4). A SBS costuma ser identificada em crianças menores de 2 anos de idade e, especialmente, em bebês pequenos, ao redor de 6 meses de vida sendo definida como uma agitação vigorosa do corpo da criança com sacudidas exageradas da cabeça quando a criança estiver sendo contida pelas suas extremidades ou pelos ombros (5).

A SBS é a causa mais frequente de morbidade e mortalidade em crianças que sofreram abuso físico (6;7). O mecanismo do aparecimento das graves complicações neurológicas ou oftalmológicas se baseia no princípio de múltiplos movimentos de aceleração e de desaceleração da cabeça, todos de curta duração, e sem um choque direto da cabeça contra um objeto ou contra uma superfície. A movimentação repetitiva e exagerada da cabeça pode causar ruptura dos delicados vasos cerebrais e retinianos e gerar hematoma subdural agudo, hemorragia subaracnóidea, hemorragia intraparenquimatosa e hemorragia intraocular, vítrea ou retiniana. O acometimento ocular por hemorragias retinianas múltiplas e bilaterais ocorre em 85% dos portadores de SBS (8).

Na maior parte das vezes, o bebê portador da SBS pode não mostrar, ao exame físico, sinais exteriores do traumatismo craniano sofrido. Em raras ocasiões a SBS se acompanha de hematomas visíveis ou de fratura de ossos do crânio ou de ossos longos.

A SBS pode ser fatal ou pode gerar danos incapacitantes definitivos. A perda parcial ou acentuada da visão pode se dar pelos danos retinianos decorrentes das hemorragias, por atrofia dos nervos ópticos, por dano cortical cerebral ou por ambliopia por privação visual pela presença de sangue acumulado na região macular ou no vítreo. Quando ocorrer hemorragia grave no vítreo, a cirurgia de vitrectomia via pars plana pode ser uma opção para o tratamento e para evitar-se a ambliopia, mas os danos cerebrais podem gerar incapacidade neurocognitiva permanente e os danos nas regiões maculares ou nos nervos ópticos podem inviabilizar uma eficiente melhora da capacidade de visão do paciente afetado pela SBS (5;8).

Classificação:

A SBS, apesar de poder afetar os olhos e especialmente a retina não é uma entidade apenas oftalmológica e não há uma classificação específica para ela. Poderia ser sugerida uma classificação baseada nos principais achados oculares e em função de prognóstico futuro para a capacidade de visão do paciente afetado:

- SBS tipo 1: com hemorragias retinianas e áreas maculares preservadas;
- SBS tipo 2: com hemorragias retinianas afetando as regiões maculares;
- SBS tipo 3: hemorragias afetando o vítreo e também a retina macular nos dois olhos.

Fatores de risco:

Os fatores de risco para a ocorrência da SBS poderiam ser incluídos em 3 grupos ou categorias:

- **Nas vítimas:** idade menor de 1 ano, sexo masculino, choro incontrolável, cólicas frequentes, prematuridade, bebês com muito baixo de peso desde o nascimento, crianças com múltiplas internações hospitalares ou com limitações físicas ou psíquicas, gestação gemelar, pouca interatividade do bebê com os pais ou cuidadores e vítimas de abuso infantil prévio.
- **Nos agressores:** idade jovem, sexo masculino, monoparentalidade, baixo grau de escolaridade, depressão, abuso de drogas, alcoolismo, vítimas de maus tratos quando crianças, impaciência e expectativas supervalorizadas em relação à criança.
- **No contexto sócio-econômico familiar:** baixo nível socioeconômico, encargos elevados com a criança, falta de apoio familiar ou social, falta de adequado cuidado pré-natal e famílias conjugalmente insatisfeitas (9).

Sinais e sintomas:

Os sinais e sintomas vão depender da existência de trauma contuso ou apenas do trauma decorrente da movimentação exagerada e repetida da cabeça. Em muitas ocasiões, se o trauma não for muito acentuado, os sintomas podem ser inespecíficos, do tipo irritabilidade, choro permanente, inapetência e sonolência. Nos casos mais graves poderá haver convulsões e distúrbios neurológicos maiores como o estado de coma e parada respiratória. A história clínica quase sempre é muito vaga, pois os pais agressores ou os cuidadores do paciente quase nunca informam com precisão sobre a ocorrência do trauma físico e intenso sofrido pela criança. Algumas vezes informam, apenas, que necessitaram fazer manobras de reanimação na criança (5).

Diagnóstico diferencial:

O principal diagnóstico diferencial é com a ocorrência de hemorragia intracraniana de causa congênita ou por má formação vascular arteriovenosa. Também precisam ser considerados os acidentes domésticos no diagnóstico diferencial, mas esses pequenos acidentes quase nunca mostram coleções hemorrágicas como as observadas na SBS. As hemorragias retinianas em crianças muito pequenas podem ser decorrentes de traumatismo no parto, por traumatismo isolado, mas grave sobre a cabeça, presença de coagulopatias, sepse e vasculite no período pós-natal (10).

Comprovação diagnóstica:

Para a comprovação diagnóstica são necessários exames neurológicos e exames radiológicos, a saber:

- Estudo radiológico de cabeça, que pode identificar fraturas ósseas, se presentes.
 - Tomografia computadorizada (TC) de crânio e globos oculares. É o exame subsidiário mais importante e sempre necessário para se confirmar o diagnóstico. Esse exame pode revelar hematoma subdural agudo com tamanhos variáveis desde pequenos que não chegam a criar efeito de volume e compressão cerebral até coleções hemorrágicas de maior volume que precisam ser removidas por neurocirurgia.
 - Ressonância nuclear magnética (RNM): é um exame com qualidade superior à TC para demonstrar a existência de hemorragia subdural laminar. Pode auxiliar no diagnóstico diferencial da SBS com hemorragias cerebrais de outras etiologias como a malformação congênita arterio-venosa causando
-

hemorragia abrupta sem evidência de trauma.

- Biomicroscopia de fundo de olho/ou oftalmoscopia binocular indireta: permite a identificação da hemorragia vítrea ou retiniana pela observação direta das lesões e suas eventuais futuras consequências como o dano macular, atrofia da coróide e retina e, mesmo, descolamento traumático da retina.

- Angiofluoresceinografia (AF): é um método diagnóstico subsidiário, útil, mas difícil de ser utilizado em bebês menores ou pacientes não colaborativos.

- Tomografia de Coerência Óptica (OCT): Permite o estudo da arquitetura retiniana e assim é método um diagnóstico importante, porém, como a angiofluoresceinografia é um exame difícil de ser realizado em crianças ou em pacientes não colaborativos.

Como Cuidar do Paciente:

A maioria dos pacientes afetados pela SBS é levada, inicialmente, aos serviços de emergência e o médico plantonista, antes de qualquer atitude, deve suspeitar da ocorrência de uma SBS mesmo com os pais ou cuidadores não mencionando a ocorrência de traumatismo craniano. O oftalmologista deverá examinar cuidadosamente a criança buscando evidências de agressão e fazer exame de fundo de olho bilateral, sempre sob midríase. Os achados de fundo de olho a serem buscados são hemorragias dispersas pela retina, tanto no polo posterior quanto na periferia e hemorragia maior ou menor no vítreo. Na presença desses achados de fundo de olho, o oftalmologista deverá solicitar avaliação urgente por neurologista que pedirá exames radiológicos, TC e RNM para confirmar os danos cerebrais hemorrágicos, fraturas ósseas e necessidade ou não de neurocirurgia e, ainda a possibilidade da ocorrência de outras complicações.

Após a identificação da ocorrência de um caso de SBS, as autoridades legais deverão ser informadas e isso é uma obrigação do médico assistente. O Brasil possui legislação específica (Lei nº 1968 de 25 de outubro de 2001) que rege sobre todos os casos de suspeita ou de abuso infantil confirmado que devem ser necessariamente informados ao Conselho Tutelar ou à Corte da Criança e do Adolescente. O Brasil possui, ainda, diretrizes específicas publicadas pela AMB para as condutas médicas a serem tomadas frente a situações suspeitas ou confirmadas de SBS (11;12).

Evolução e prognóstico:

As evidências demonstram que ao redor de 30% das crianças nos casos graves de SBS morrem como resultado do trauma repetitivo sobre a cabeça (13). Esse fato é superior, entre 6 a 12%, ao número de mortes por traumatismo craniano isolado em população de mesma idade. Estudos demonstram que 60% dos bebês sobreviventes apresentam sequelas de moderadas a graves (14).

Fatores de risco e prevenção:

A SBS e suas graves consequências podem ser prevenidas. Estudos demonstraram que cerca de 60% dos casos fatais de SBS poderiam ter sido evitados. Existe correlação positiva entre o choro incontrolável do bebê e a incidência de SBS que pode ser atribuída aos sentimentos de impotência, frustração, exaustão, culpa e até de raiva dos pais despreparados ou dos cuidadores das crianças que culminam com a agressão física ao bebê. Sabe-se que os abusadores mais frequentes são os pais, padrastos ou companheiros das mães (60%) seguindo-se as babás (17,3%) (15;16).

Como se pode prever a ocorrência da SBS? A maioria dos pais desconhece sobre o fato de que os movimentos repetitivos afetando a cabeça podem ser de extrema gravidade causando morte ou danos irreversíveis ao cérebro e aos olhos ao sacudir as crianças pelos ombros. Apenas pela educação dos pais

e dos cuidadores essa prevenção poderia ser feita. Nesse sentido todas as áreas profissionais da saúde poderiam ter participação ativa na prevenção da SBS, pois existe a possibilidade de se identificar na comunidade as famílias em risco, informá-las e educá-las (9).

Avanços:

A SBS representa uma forma específica de abuso físico infantil sobre bebês ou crianças menores. No Brasil os grandes avanços se deram em relação ao diagnóstico por imagens das lesões cerebrais ou oculares e das legislações específicas de proteção aos pacientes afetados (obrigatoriedade do médico de fazer a denúncia ao Conselho Tutelar, mesmo quando o caso for apenas de suspeição) e pela vigência de diretrizes médicas de condutas para o manuseio desses pacientes.

Nos anos mais recentes tem havido uma crescente mobilização pública em muitos países objetivando a educação dos adultos na prevenção dos casos da SBS.

Você deve lembrar:

1. A SBS reflete abuso físico e maus tratos com um bebê ou com uma criança.

2. Os sinais e sintomas são inespecíficos na maior parte das vezes e o médico atendente deve suspeitar de uma SBS.

3. Os sintomas neurológicos são decorrentes de hemorragia intracraniana e sinais hemorrágicos no vítreo ou na retina de bebês podem ser decorrentes de hemorragias intravítrea e intraretiniana causados por SBS.

3. Exames radiológicos, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e oftalmoscopia bilateral sob midriase são necessários para esclarecimento do diagnóstico de SBS.

4. Existe legislação nacional específica para a denúncia do abuso físico infantil e isso é uma obrigação do médico assistente. Existem diretrizes brasileiras da AMB para o melhor manuseio de crianças abusadas fisicamente ou com SBS.

4. Muitas crianças podem necessitar de neurocirurgia na fase aguda do hematoma craniano e a avaliação por neurologista é necessária.

Bibliografia:

- (1) Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. Br Med J 1971 May 22;2(5759):430-1.
 - (2) Caffey J. On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. Am J Dis Child 1972 Aug;124(2):161-9.
 - (3) Kivlin JD. A 12-year ophthalmologic experience with the shaken baby syndrome at a regional children's hospital. Trans Am Ophthalmol Soc 1999;97:545-81.
 - (4) Kivlin JD, Simons KB, Lazowitz S, Ruttum MS. Shaken baby syndrome. Ophthalmology 2000 Jul;107(7):1246-54.
 - (5) Paiva WS, Soares MS, Amorim RL, de Andrade AF, Matushita H, Teixeira MJ. Traumatic brain injury and shaken baby syndrome. Acta Med Port 2011 Sep;24(5):805-8.
-

-
- (6) Chadwick DL, Kirschner RH, Reece RM, Ricci LR, Alexander R, Amaya M, et al. Shaken baby syndrome--a forensic pediatric response. *Pediatrics* 1998 Feb;101(2):321-3.
 - (7) Reece RM. Highlighting violent and repetitive shaking. *Pediatrics* 2010 Sep;126(3):572-3.
 - (8) Al-Saadoon M, Elnour IB, Ganesh A. Shaken baby syndrome as a form of abusive head trauma. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2011 Aug;11(3):322-7.
 - (9) Pereira S, Magalhaes T. [Shaken Baby Syndrome: fact or fiction in Portugal?]. *Acta Med Port* 2011 Dec;24 Suppl 2:369-78.
 - (10) Morad Y, Kim YM, Armstrong DC, Huyer D, Mian M, Levin AV. Correlation between retinal abnormalities and intracranial abnormalities in the shaken baby syndrome. *Am J Ophthalmol* 2002 Sep;134(3):354-9.
 - (11) De Andrade AF, Marino R, Ciquini O, Figueiredo EG, Teixeira MJ. Guidelines for neurosurgical trauma in Brazil. *World J Surg* 25, 1186-11201. 2001.
Ref Type: Generic
 - (12) De Andrade AF, Paiva WS, Amorin RL, Figueiredo EG, Teixeira MJ. Brazilian guidelines for traumatic brain injury. In Bernardo WM. *Guidelines of the Brazilian Medical Association*. Braz Med Assoc . 2010.
Ref Type: Generic
 - (13) Bonnier C, Nassogne MC, Saint-Martin C, Mesples B, Kadhim H, Sebire G. Neuroimaging of intraparenchymal lesions predicts outcome in shaken baby syndrome. *Pediatrics* 2003 Oct;112(4):808-14.
 - (14) Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. *Pediatrics* 2005 Aug;116(2):e174-e185.
 - (15) Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Korber F, Bajanowski T, Glatzel M. Shaken baby syndrome: a common variant of non-accidental head injury in infants. *Dtsch Arztebl Int* 2009 Mar;106(13):211-7.
 - (16) Matschke J, Puschel K, Glatzel M. Ocular pathology in shaken baby syndrome and other forms of infantile non-accidental head injury. *Int J Legal Med* 2009 May;123(3):189-97.
-
-
-
-
-