

Síndrome do Bebê Sacudido – Um Relato de Caso

Shaken Baby Syndrome – A Case Report

Isadora Froeder Oliveira¹, Clarisse Pereira Dias Drumond Fortes¹, Viviane Soldati Mól¹, Rosemary Rezende¹, Luciano Rodrigues Costa², Thaísa Machado²

¹ Centro Universitário de Volta Redonda, Medicina - Volta Redonda - Rio de Janeiro - Brasil

² Hospital Municipal Dr. Munir Rafful, Pediatria - Volta Redonda - Rio de Janeiro - Brasil

Palavras-chave:

Síndrome do bebê sacudido; Maus tratos; Abuso infantil.

Keywords:

Shaken baby syndrome; Mistreatment; Child abuse.

Resumo

Introdução: A síndrome do bebê sacudido (SBS) é uma das causas de lesão não acidental de mais difícil diagnóstico na prática pediátrica.

Objetivo: Relatar um caso de síndrome do bebê sacudido, discutir a importância do reconhecimento dessa síndrome e abordar seu diagnóstico e manejo, visando amenizar as consequências para a saúde física e emocional da criança. **Descrição do Caso:** Relatamos caso de lactente de 4 meses de idade, que deu entrada em pronto socorro por quadro convulsivo e fontanela abaulada, evoluindo com quadro comatoso. Apresentava história de fratura em fêmur aos 3 meses, atraso vacinal e pais usuários de drogas ilícitas. Realizou-se investigação com tomografia computadorizada de crânio, com achados compatíveis com a SBS. **Comentários:** A síndrome do bebê sacudido é o trauma cerebral não acidental com maior mortalidade na pediatria. Frequentemente subnotificada, constitui um grande desafio diagnóstico. O relato exemplifica bem a síndrome, mas, sobretudo, informa a importância de sua identificação e prevenção.

Abstract

Introduction: Shaken baby syndrome (SBS) is one of the causes of non-accidental pain of the most difficult diagnosis in pediatrics practice. **Objective:** To report a case of SBS, discuss the importance of recognizing this syndrome and address its diagnosis and management, in order to mitigate the consequences for the child's physical and emotional health. **Case Report:** We report a case of a 4-month-old infant who came to the emergency room due to convulsive condition and bulging fontanelle, with a comatose condition. She had a history of femur fracture at 3 months, delayed vaccination, and illicit drug-using parents. Investigation was performed with skull computed tomography with findings compatible with SBS. **Comments:** Shaken baby syndrome is a non-accidental brain trauma, with higher mortality in pediatrics. It is often underreported and constitutes a major diagnostic challenge. The report exemplifies the syndrome well, but, above all, informs the importance of its identification and prevention.

INTRODUÇÃO

O abuso infantil é um fenômeno médico, social e legal com variadas formas de apresentações e diversas consequências na vítima, na família e na sociedade, sendo atualmente aceito como um problema global de saúde pública.¹ Em suas apresentações, destacamos o abuso físico, que corresponde a lesões que afetam a pele ou membranas mucosas, como as equimoses, queimaduras, arranhões, mordidas, traços de agressões com cintos, fivelas, fios e objetos pontiagudos, localizadas principalmente em crânio, face, extremidades ou mucosa genitora.²

Dentre os abusos físicos, refere-se como uma forma de extrema importância e gravidade a síndrome do bebê sacudido (SBS), que por ser pouco conhecida no meio pediátrico, é uma das causas de lesão traumática não acidental mais difícil de diagnosticar e que deve ser acompanhada de forma abrangente para evitar mais danos e sequelas na vítima.³

Clinicamente, a SBS caracteriza-se pela tríade clássica de hematomas subdurais (HS), hemorragias retinianas (HR) e encefalopatia. Surge num contexto em que a criança, por choro inconsolável e prolongado, é agarrada pelo cuidador ao nível do tronco ou dos membros superiores e sacudida vigorosamente.⁴ O responsável é mais frequentemente o pai, seguido pelo padrasto e mãe.⁵ A ocorrência do trauma craniano violento pode estar associada à falta de conhecimento de pais e cuidadores sobre o desenvolvimento infantil.

A história contada pelos acompanhantes é muitas vezes inconsistente com os achados clínicos e, frequentemente, não existem evidências de lesões externas, sendo necessário avaliar o perfil de coagulação, metabólico e/ou hematológico para exclusão de possíveis diagnósticos diferenciais.⁴ A ausência de história de trauma tem um elevado valor preditivo, sendo necessário elevado grau de suspeição.⁵

Atinge, principalmente, crianças menores de um ano, sendo a maior incidência entre os 4 e 6 meses, sendo no entanto descritos casos até os sete anos.^{4,5} Existe maior predisposição à formação de lesões nessa faixa etária devido à cabeça relativamente pesada, à musculatura cervical pouco desenvolvida, ao cérebro imaturo que não completou o processo de mielinização e às suturas e fontanelas mais flexíveis, o que induz excessivo estiramento e rompimento de vasos.⁶

RELATO DE CASO

Lactente, feminina, 4 meses, melanoderma, natural e residente de cidade do interior do Rio de Janeiro, iniciou quadro de tremores e sialorreia, dando entrada no pronto socorro infantil (PSI) após 40

minutos de crise convulsiva. Foi medicada com Diazepam e dose de ataque de fenitoína, com redução da crise. Ao exame físico, apresentava fontanela abaulada, sem outras alterações.

Histórico de internação em UTI neonatal por baixo-peso, fratura de fêmur direito aos 3 meses e caderneta vacinal atrasada, com imunização apenas para hepatite B.

Reside com mãe e pai, ambos usuários de drogas, e com quatro irmãos, em apartamento com 4 cômodos, saneamento básico e água encanada.

Após controle das crises convulsivas no PSI, permaneceu em observação, com cateter nasal de oxigênio (O₂), evoluindo com quadro comatoso. Foi iniciada antibioticoterapia venosa empírica por suspeita de meningite, solicitada vaga em unidade de tratamento intensivo (UTI) pediátrica e tomografia computadorizada (TC) de crânio.

A TC evidenciou edema cerebral importante, possível área de fratura de crânio e presença de áreas compatíveis com hemorragia cerebral frontal. A lactente apresentava-se secretiva, com queda da saturação e febre. Evoluiu com parada cardiorrespiratória, sendo necessárias manobras de reanimação. Foi transferida para UTI pediátrica, onde permaneceu por 17 dias em uso de anticonvulsivantes, antibióticos, aminas vasoativas, diurético e broncodilatadores. Foram realizados transfusão sanguínea, novos exames de imagem e ecocardiograma com doppler.

Permaneceu internada por 59 dias, com acompanhamento multiprofissional. Avaliação pela fonoaudiologia identificou disfagia orofaríngea neurogênica severa associada a atraso neurolinguístico, no qual evoluiu com sucção plena após 40 dias de internação. Realizou BERA (*Brainstem Evoked Response Audiometry*) sem alterações.

Houve acompanhamento ambulatorial com neurologista pediátrico e com oftalmologista, o qual realizou o primeiro mapeamento de retina, que evidenciou presença de HR bilateral difusa, sendo necessário acompanhamento mensal para avaliação da sua regressão.

Recebeu alta acompanhada pelo Conselho Tutelar para o Abrigo Infante-Juvenil da cidade, por ordem judicial.

DISCUSSÃO

O abuso infantil é um fenômeno médico, social e legal, com variadas formas de apresentações e diversas consequências na vítima, na família e na sociedade, sendo considerado um problema global de saúde pública.¹

Dentre os abusos físicos, é referida como uma forma de extrema importância e gravidade a SBS, que por ser pouco conhecida no meio pediátrico, é uma das causas de lesão traumática não acidental mais difícil de diagnosticar e que deve

ser acompanhada de forma abrangente para evitar mais danos e sequelas na vítima.^{2,3}

Essa síndrome é decorrente de impacto brusco ou sacudida violenta em um criança menor de 5 anos, que por movimentos de aceleração e desaceleração repetidos, com ou sem impacto direto da cabeça em uma superfície, causa sérias lesões neurológicas graves, sendo essa a principal causa de morte por abuso infantil.^{2,7}

Uma característica relevante é o fato de o choro do bebê ser referido como o principal gatilho para sua ocorrência. Apesar de ser um importante meio de comunicação do bebê, o choro pode gerar sentimentos negativos nos cuidadores, tais como frustração, estresse e raiva.^{8,9} Muitas vezes os pais, sem saberem como consolar seus filhos, buscam acalmá-los balançando-os, sem saber que estão provocando graves alterações cerebrais, revelando que a ausência de conhecimento sobre o processo de crescimento da criança está relacionada ao trauma, e também à baixa escolaridade e acesso a informações pelos cuidadores.

A maioria dos agressores é do sexo masculino, sendo mais comum o pai biológico, seguido do padrasto ou companheiro da mãe, da progenitora e de cuidadores.⁵ Isso ocorre devido à maior propensão do sexo masculino ao uso de drogas ilícitas e do álcool, além de possuírem menor limiar de paciência e muitas vezes criarem expectativas que não serão supridas em relação à criança e à paternidade. Tal padrão é verificado no caso exposto, em que o possível agressor é o pai, usuário de drogas ilícitas, e jovem, cuja paternidade demanda amadurecimento e dedicação, realidade que destoa das expectativas criadas pela maioria dos jovens do sexo masculino.

Além disso, o perfil da criança vítima da SBS é descrito com maior proporção em crianças do sexo masculino, primogênitos, prematuros, gêmeos ou com baixo-peso ao nascimento. Esse perfil requer maiores cuidados e doação dos pais, por serem crianças mais frágeis e imaturas, com o amadurecimento neuronal mais lento. Entre os fatores de risco ambientais, destaca-se a baixa escolaridade, o abuso de drogas e álcool, a depressão, a instabilidade familiar, a violência doméstica e o baixo estatuto socioeconômico, que refletem a falta de acesso a informações e ao prejuízo de entendimento das consequências que o ato de balançar a criança pode ocasionar. Dentre tais fatores, a prematuridade e o baixo-peso ao nascimento da lactente, somados ao seu contexto social e familiar como a baixa escolaridade, o uso de drogas ilícitas pelos pais, a instabilidade familiar – grande quantidade de filhos – e a baixa classe socioeconômica, preenchem a maioria dos fatores ambientais para o risco de agressão ao lactente.^{10,11}

Dentre os sinais e sintomas neurológicos, podem ocorrer manifestações menores, como distúrbios de alimentação, vômitos, letargia, irritabilidade e até manifestações severas, como crises

convulsivas, choque e coma, achados encontrados na história e evolução da lactente. Tais manifestações são decorrentes principalmente de HS, encontrado em aproximadamente 90% dos casos, e que é um marcador fundamental de trauma na SBS; em menor frequência, pode-se encontrar hemorragias subaracnoides, epidurais e intrapaquênquimatosas. Podem ocorrer também lesões focais difusas e hipóxico-isquêmicas, geralmente multifocais e dispersas, que podem se associar a edema cerebral.^{12,13}

As imagens tomográficas de crânio do caso relatado evidenciaram edema cerebral importante, possível área de fratura de crânio e presença de áreas compatíveis com hemorragia cerebral frontal. Tais achados corroboram a suspeita da SBS, justificando a progressão do quadro clínico.

Outro sinal fundamental que marca a ocorrência da SBS é o achado de HR, em aproximadamente 85% dos casos, e caracteristicamente descritas como extensas, bilaterais, localizadas no polo posterior ou na proximidade da ora serrata. O primeiro mapeamento de retina realizado na lactente demonstrou hemorragia extensa e bilateral difusa.¹⁴

Diante desses achados e da suspeita de abuso infantil, um exame físico completo e detalhado é mandatório. Todas as lesões externas devem ser descritas quanto a distribuição, padrão, forma, cor e extensão e fotografadas. A repetição do exame objetivo pode revelar sinais adicionais de abuso.¹³

A lactente, ao exame físico inicial, não apresentava lesões externas que justificassem o quadro clínico e a queixa inicial dos pais. Após exame neurológico completo, apresentava déficit focal e visual, ausência de sucção e deglutição débil, com rebaixamento de nível de consciência, assim como presença de fontanela abaulada. Além do exame físico, é fundamental a realização de exames complementares, para avaliação da gravidade e para afastar possíveis diagnósticos diferenciais, como meningite, anemia, desidratação e crises convulsivas de outras etiologias.

São exames fundamentais: a fundoscopia – para avaliação de HR – hemograma completo, função hepática e estudo de coagulação, e a realização de TC sem contraste para detecção de HS e hemorragias subaracnoideas.¹¹ Todos esses exames foram realizados na paciente em questão e seus achados corroboraram a hipótese da SBS. Os achados de HR, edema cerebral e hemorragias subaracnoideas, associados com crises convulsivas e rebaixamento do nível de consciência estão associados a lesões provenientes de mecanismos de aceleração e desaceleração.

Após avaliação clínica e laboratorial do caso, foram levantadas hipóteses diagnósticas como meningite bacteriana, que se apresenta com febre, irritabilidade, crises convulsivas, sepse, sinais de choque, coma, entre outros. Apesar da ausência de alguns sinais e sintomas, a lactente se apresentava com crises convulsivas,

fontanela abaulada, sinais de choque, leucocitose e ausência de vacina meningocócica C. Iniciou-se antibioticoterapia profilática de grande espectro, com ceftriaxona, vancomicina e ciprofloxacino.

A presença de hemoglobina de 5,7mg/dl e hematócrito de 17,6%, confirma o diagnóstico de anemia, com realização de hemotransfusão e ecocardiograma para acompanhamento e avaliação cardíaca. A anemia também prejudica o desenvolvimento físico, motor, psicológico, comportamental, cognitivo e de linguagem, podendo ser uma das razões para o atraso no desenvolvimento da criança. Esse achado pode ser decorrente do sangramento cerebral ou por carência de ferro, devido às condições sociais na qual se encontrava.

A suspeita de desidratação foi levantada devido ao estado comatoso, cianótico, de perfusão capilar lenta e pulsos finos, porém contraditória devido ao achado de fontanela abaulada e não deprimida, como se espera encontrar em casos de desidratação grave. A evolução clínica possibilitou o descarte dessa suspeita.

Para esclarecimento da etiologia das crises convulsivas, é necessária uma abordagem diagnóstica por meio de uma anamnese bem detalhada e de exames de imagem como TC de crânio e um eletroencefalograma. No caso abordado, realizou-se a TC, que constatou achados que levantam a suspeita da crise convulsiva ter sido desencadeada por trauma e hemorragia craniana, reforçada pela ausência de febre na eminência da crise e por ter sido esse o primeiro episódio.

Em casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos, os serviços sociais e o Conselho Tutelar devem ser comunicados, para que medidas de proteção sejam tomadas e iniciada investigação de possíveis membros da família, que porventura sejam vítimas da mesma situação. O envolvimento policial é necessário para identificar possíveis registros criminais relevantes dos cuidadores e para facilitar a investigação forense. A internação da criança pode ser indicada não só por razões clínicas, mas também como medida de prevenção de novos abusos.^{3,14}

Diante da suspeita da SBS, os serviços sociais locais, Conselho Tutelar e o serviço policial foram prontamente comunicados, para investigação e manejo adequado da lactente. Medidas judiciais foram tomadas, como o afastamento dos pais e familiares da criança, sendo restrita a visita e acompanhantes da menor internada, e a guarda transferida para abrigo infante-juvenil local, responsável agora pelos cuidados da mesma.

A SBS exprime um mau prognóstico que se correlaciona com a severidade das lesões. A mortalidade é de aproximadamente 30%, e cerca de 30 a 70% das vítimas podem vir a manifestar sequelas neurológicas graves.¹⁵ Muitas crianças apresentam complexas incapacidades em níveis cognitivo, motor, linguístico e comportamental.

O manejo e o tratamento adequado visam a medidas de suporte e acompanhamento multidisciplinar, buscando minimizar os danos causados pelo abuso em níveis físicos, psicológicos e emocionais, e também visando alcançar um desenvolvimento adequado para a idade. No caso relatado, a lactente recebeu acompanhamento multidisciplinar durante a internação e após alta hospitalar para manejo do quadro e tratamento adequado das complicações, buscando diminuir as sequelas e recuperar o desenvolvimento neuropsicomotor.

REFERÊNCIAS

1. Mckenemy MC. Quem reconhece o abuso infantil é um grande problema. *The Lancet*. 1999; 353:1340.
2. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, García-Piña C, Portillo-González A, Capistrán-Guadalajara A, Carballo-Herrera R, et al. Maltrato Infantil: Una acción interdisciplinaria en México. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltrato. Primera parte. *Salud Mental*. 2010; 33:281-290.
3. Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M. Shaken Baby Syndrome – a common variant of non-accidental head injury in infants. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106: 211-17.
4. Ferreira R, Silva M. Síndrome da Criança Abanada: abordagem diagnóstica. *Arq Med*. 2014; 28(5):145-151.
5. Lourenço L, Silva M, Lisboa L, Mota TC, Ribeiro A. Síndrome do bebe abanado – experiência de 10 anos de um serviço de cuidados intensivos pediátricos. *Nascer e Crescer [Internet]*. 2013 22(2). [cited 2018 November 15]. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000200002
6. Fernandes YB, Maciel JA, Guedes CMH, Davoli A, Fature NO. Shaken baby syndrome (síndrome do bebê chacoalhado – relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr [Internet]*. 1995; 53(3-B):649-653. [cited 2018 November 15]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1995000400017&lng=pt&tlng=pt
7. Parks SE, Annett JL, Hill HA, Karch DL. Pediatric abusive head trauma: Recommended definitions for public health surveillance and research. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. 2012.
8. Lee C, Barr RG, Catherine N, Wicks A. Age-related incidence of publicly reported Shaken Baby Syndrome cases: Is crying a trigger for shaking? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2007; 28(4):288-293.
9. Arun Babu T, Venkatesh C, Mahadevan S. Shaken baby syndrome. *Indian J Pediatr*. 2009; 76(9):954-955.
10. Lewin L. Shaken baby syndrome: facts, education, and advocacy. *Nurs Womens Health*. 2008; 12(3):235-239.
11. Paiva WS, Soares MS, Amorim RL, de Andrade AF, Matushita H, Teixeira MJ. Traumatic brain injury and shaken baby syndrome. *Acta Med Port*. 2011; 24(5):805-808.
12. American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*. 2001; 108(1):206-210.
13. Gerber P, Coffman K. Nonaccidental head trauma in infants. *Childs Nerv Syst*. 2007; 23(5):499-507.
14. Case ME. Abusive head injuries in infants and young children. *Leg Med Tokyo*. 2007; 9(2):83-87.
15. Morad Y, Wagnansky-Jaffe T, Levin AV. Retinal haemorrhage in abusive head trauma. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2010; 38(5):514-520.