

Síndrome do bebê sacudido avaliado em pronto-socorro oftalmológico

Shaken baby syndrome evaluated in ophthalmological emergency room

Celso Busnelo Moreno¹ , Gustavo Costa Santos¹ , Letícia Leitão Ventura¹ , João Vitor Vanderlan Moraes¹ , Victor Harasawa Uno¹ , Julio Zaki Abucham Neto¹ , Vagner Loduca Lima¹ 

¹ Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Como citar:

Moreno CB, Santos GC, Ventura LL, Moraes JV, Uno VH, Abucham Neto JZ, et al. Síndrome do bebê sacudido avaliado em pronto-socorro oftalmológico. Rev Bras Oftalmol. 2025;84:e0070.

doi:

<https://doi.org/10.37039/1982.8551.20250070>

Descritores:

Síndrome do bebê sacudido;
Hemorragia retiniana; Maus-
tratos infantis

Keywords:

Shaken baby syndrome; Retinal
hemorrhage; Child abuse

Recebido em:
10/6/2025

Aceito em:
28/8/2025

Autor correspondente:

Letícia Leitão Ventura
E-mail: leticialeitaoventura@hotmail.com

Instituição de realização do trabalho:

Centro Universitário Faculdade de
Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

Fonte de auxílio à pesquisa:
não financiado.

Conflitos de interesse:
não há conflitos de interesses.



Copyright ©2025

RESUMO

Crianças com a síndrome do bebê sacudido frequentemente apresentam hemorragias retinianas em várias camadas, com riscos de descolamento de retina, retinosquise macular e hemorragias vítreas, dependendo do impacto do trauma craniano. Danos permanentes à visão podem resultar de lesões diretas nos olhos ou no cérebro, sendo a última a principal causa de deficiência visual. Cicatrizes retinianas e atrofia do nervo óptico são geralmente irreversíveis e podem aparecer meses após a lesão. As constatações oftalmológicas podem oferecer dados diagnósticos significativos à equipe multidisciplinar, especialmente em situações em que há poucos indícios externos de abuso. O presente estudo relata o caso de uma criança com 2 meses de vida admitida em pronto-socorro oftalmológico e diagnosticado com síndrome do bebê sacudido.

ABSTRACT

Children with Shaken Baby Syndrome (SBS) often present with multi-layered retinal hemorrhages, with risks of retinal detachment, macular retinoschisis, and vitreous hemorrhages, depending on the impact of the head trauma. Permanent damage to vision can result from direct injury to the eyes or brain, the latter being the main cause of visual impairment. Retinal scarring and optic nerve atrophy are usually irreversible and can appear months after the injury. Ophthalmological findings can provide meaningful diagnostic data to the multidisciplinary team, especially in situations where there is little external evidence of abuse. This study reports the case of a 2-month-old child admitted to the Santo André Municipal Hospital Center and diagnosed with SBS.

INTRODUÇÃO

O olho pode ser objeto de lesão, seja de forma direta ou indireta. O trauma craniano violento engloba atos de violência em crianças menores de 5 anos, que provocam lesões cerebrais e nas demais estruturas do sistema nervoso central.⁽¹⁾ O exame oftalmológico é essencial na avaliação de crianças pequenas com lesões suspeitas de abuso para identificação de sinais precoces que auxiliem na condução do caso. Podem ser encontrados sinais como pupilas não reativas, equimoses, hemorragia periorbital e subconjuntival, hifema, fraturas orbitárias, entre outras. As hemorragias retinianas (HR) são as principais manifestações da síndrome do bebê sacudido.⁽²⁾

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de síndrome do bebê sacudido em paciente com 2 meses de vida avaliado em pronto-socorro oftalmológico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 2 meses de vida, sem antecedentes pessoais e familiares conhecidos, sem internações prévias e sem histórico de trauma relatado. Foi admitido no Centro Hospitalar Municipal de Santo André, em Santo André (SP), com história de episódio de extensão, seguido de abalos de membros inferiores, com duração inferior a 10", associado à liberação esfinteriana, hipotonia e hipotermia após evento. Foi admitido em unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica, aos cuidados da pediatria e da neurocirurgia e entubado, sendo observado durante inspeção hematoma subgaleal extenso em região occipital. Foi realizada tomografia computadorizada de crânio, na qual foi identificado hematoma subgaleal parieto-occipital à direita e parietal à esquerda, fraturas dos ossos parietais e occipital direito, conteúdo hemático agudo no espaço pericerebral bifrontal, occipitoparietal bilateral, temporal esquerdo, parafalcino bilateral, tenda do cerebelo e cisterna magna (Figura 1). Na avaliação oftalmológica, à ectoscopia não foram encontradas alterações. Os reflexos pupilares (direto e consensual) estavam preservados, simétricos e sem dissociação pupilar aferente relativa. À fundoscopia, foi identificada, em ambos os olhos, hemorragia peripapilar, além de hemorragia epirretiniana, subretiniana e intrarretiniana difusas, sendo tais achados mais intensos em olho esquerdo (Figura 2). Paciente manteve acompanhamento especializado e foram descartadas quaisquer doenças associadas à discrasia sanguínea ou à fragilidade óssea. Exames tomográficos de controle, com discreta redução dos hematomas. Em investigação paralela, identificou-se que o paciente vinha sofrendo com agressões há algum tempo por parte de um de seus principais cuidadores, um familiar.

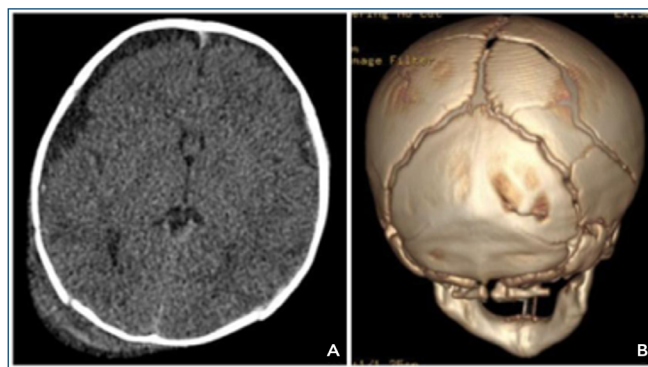


Figura 1. (A) Imagem de tomografia computadorizada, em corte transversal, evidenciando hematoma subgaleal parieto-occipital à direita e parietal à esquerda, fraturas temporo-parietal direita e parietal bilateral e conteúdo hemático agudo no espaço pericerebral bifrontal, occipitoparietal bilateral, temporal esquerdo, parafalcino bilateral. (B) Reconstrução tridimensional da calota craniana demonstrando trações de fratura sem desalinhamentos ósseos significativos.

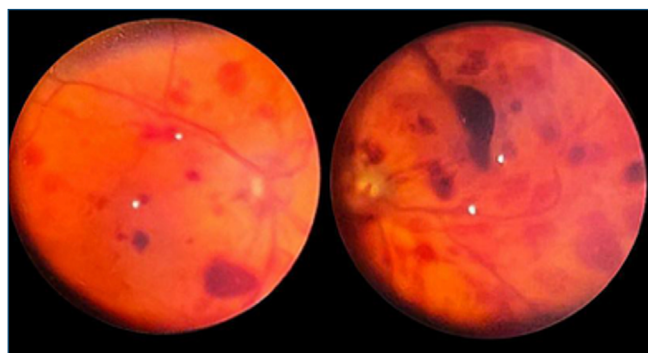


Figura 2. Imagem de fundoscopia indireta com lente de 28D, à esquerda do olho direito e à direita do olho esquerdo, evidenciando escavação com sangramento papilar, sangramentos epirretiniano, subretiniano e intrarretiniano difusos.

DISCUSSÃO

Na SBS, o mecanismo subjacente às lesões que resultam em HR ainda não é conclusivamente compreendido.^(3,4) Diversas teorias têm sido propostas para explicar tais lesões, incluindo o movimento rápido do corpo vítreo em conjunção com um abrupto aumento da pressão intraocular, da elevação da pressão intracraniana resultante de trauma (seja por impacto ou inércia) e do extravasamento de sangue para o espaço subaracnóideo.⁽⁵⁾

Em 1971, o neurocirurgião Guthkelch propôs a hipótese de que um ato de sacudida em uma criança poderia causar um hematoma subdural, mesmo na ausência de sinais externos visíveis de lesão em crânios.⁽⁶⁾ No artigo, foram descritos dois casos nos quais os pais confessaram ter sacudido a criança antes do início dos sintomas. Um dos bebês também apresentou HR. Em 1972, a relação entre o tremor traumático, o hematoma subdural e as HR foi

identificada e passou a ser conhecida como a “síndrome do bebê sacudido”.⁽⁷⁾ Acredita-se que os danos sejam causados pelas forças de tração, desaceleração e rotação aplicada à cabeça da criança durante o ato de sacudir.

No Brasil, até 1995, essa condição ainda era mencionada em publicações médicas apenas como relatos isolados, evidenciando a dificuldade em identificar e classificar os casos no país. Essa limitação também impactou o desenvolvimento de protocolos padronizados para diagnóstico e tratamento dessas crianças. O traumatismo craniano não acidental (TCnA) representa um desafio significativo para toda a equipe de saúde, envolvido desde a identificação do diagnóstico e a definição do tratamento até a abordagem com os responsáveis e a decisão de comunicar o caso às autoridades competentes.⁽⁸⁾

Identificada, também, sob a designação de trauma crânioencefálico abusivo (TCA), essa síndrome representa o principal fator contribuinte para óbitos decorrentes de trauma em crianças com menos de 2 anos, sendo uma das principais determinantes de fatalidade e morbidade na população infantil.⁽⁹⁾ A faixa etária média dos indivíduos afetados é de aproximadamente 4 meses, ressaltando a fragilidade dos bebês mais jovens. A ocorrência estimada situa-se entre 20 e 30 casos por cada 100 mil crianças.⁽⁷⁾ No entanto, determinar a incidência real é desafiador, uma vez que o número efetivo de casos é parcialmente sub-representado, pois crianças que não apresentaram gravidade suficiente para requerer hospitalização não estão incluídas nas estatísticas.⁽¹⁰⁾

A incidência de HR na SBS é de, aproximadamente, 85%. A questão sobre a HR, em crianças, ser um indicador conclusivo da SBS é, em certa medida, controversa. Entretanto, observa-se que HR extensas são pouco comuns em outras manifestações de trauma cerebral, sendo identificadas em aproximadamente 1% das crianças que apresentam traumatismo crânioencefálico grave.⁽¹¹⁾ Normalmente, as hemorragias estão presentes em ambos os olhos, embora haja assimetria acentuada ou unilateralidade é bem reconhecida e não altera a significado diagnóstico.⁽¹¹⁾

A HR geralmente não pode ser datada com precisão para determinar o momento do evento traumático. No entanto, existem padrões gerais relacionados à resolução da HR que podem ser úteis. Hemorragias intraretinianas em bebês desaparecem muito rapidamente, e até mesmo numerosas hemorragias podem desaparecer em poucos dias, enquanto as hemorragias pré-retinianas demoram muito mais para desaparecer e, quando predominantes, indicam cronicidade dos achados.^(12,13)

Uma revisão sistemática de 2013 analisou as características da HR em casos de traumatismo craniano abusivo

(TCA) e TCnA, buscando maior precisão diagnóstica. O estudo, que avaliou dados de 1950 a 2009, incluiu 13 estudos com informações de prevalência para 998 crianças, das quais 504 foram diagnosticadas com TCA. Hemorragias retinianas foram significativamente mais comuns em TCA, presentes em 78% dos casos, contra apenas 5% nos casos de TCnA. Além disso, as HR associadas aos TCAs eram bilaterais em 83% dos casos e apresentavam características distintas: numerosos, envolvendo todas as camadas da retina e frequentemente alcançando a periferia. Em contraste, nos casos de traumatismos cranianos não abusivos, as HRs eram unilaterais, esparsas e concentradas no polo posterior, com apenas 10% estendendo-se para a periferia. A análise revelou que a probabilidade de uma HR estar relacionada ao TCA era elevada, com uma razão de chances de 14,7 e uma probabilidade de abuso de 91%.⁽¹⁴⁾

Classicamente, as crianças com SBS apresentam HR em múltiplas camadas – pré-retinianas, intraretinianas e sub-retinianas – sendo numerosos demais para serem contados e com extensão até a periferia da retina. Há, ainda, riscos de descolamentos de retina, retinosquise macular e hemorragias vítreas a depender o impacto causado pelo trauma craniano.⁽²⁾ Danos permanentes à visão também podem ocorrer como resultado de lesões diretas nos olhos ou no cérebro, sendo a última a principal razão para a visão deficiente. Cicatrizes retinianas ou atrofia do nervo óptico podem aparecer meses após a lesão e, geralmente, são irreversíveis. Lesões cerebrais também podem causar atrasos no desenvolvimento, convulsões, paralisia e até morte. A agressão, na maioria das vezes, é realizada por membros da própria família, sendo fundamental que a equipe médica, na suspeita, acione o Conselho Tutelar para manejo conjunto e tomada de medidas legais, se necessário.^(15,16)

CONCLUSÃO

Embora haja controvérsias, a detecção de hemorragias retinianas é uma indicação significativa da síndrome do bebê sacudido. O acompanhamento oftalmológico rigoroso é essencial para crianças com achados oftalmológicos suspeitos de abuso, já que as lesões retinianas podem fornecer informações valiosas para a equipe multidisciplinar de saúde, auxiliando na avaliação do caso, mesmo quando os sinais externos de abuso são limitados. A prevenção da síndrome do bebê sacudido envolve a conscientização sobre os perigos do ato de sacudir um bebê e a promoção de práticas seguras de cuidado infantil. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para minimizar as complicações associadas a essa síndrome.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Celso Busnelo Moreno, Gustavo Costa Santos, Letícia Leitão Ventura, João Vitor Vanderlan Moraes, Victor Harasawa Uno, Julio Zaki Abucham Neto, Vagner Loduca Lima, participaram igualmente do delineamento, aquisição de dados, análise e interpretação, escrita e revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Machado CC, Spenazato Júnior AA, Rodrigues AR, Daflon JP, Oliveira RS, Ballesterio MF. Síndrome do Bebê Sacudido no Brasil: análise de dados em 6 anos. *J Brasileiro de Neurocirurgia*. 2022;34(1):64-8.
2. Delgado-Pelayo S, Delgado-Pelayo RM. Alterações oftalmológicas na síndrome do menino sacudido. *Rev Med MD*. 2013;5(3):181-5.
3. Levin AV. Retinal hemorrhage in abusive head trauma. *Pediatrics*. 2010;126:961-70.
4. Watts P, Maguire S, Kwok T, Talabani B, Mann M, Wiener J, et al. Newborn retinal hemorrhages: a systematic review. *J AAPOS*. 2013;17(1):70-8. Erratum in: *J AAPOS*. 2013;17(3):341.
5. Munger CE, Peiffer RL, Bouldin TW, Kylstra JA, Thompson RL. Ocular and associated neuropathologic observations in suspected whiplash shaken infant syndrome. A retrospective study of 12 cases. *Am J Forensic Med Pathol*. 1993;14(3):193-200.
6. Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *Br Med J*. 1971;2(5759):430-1.
7. Duhaime AC, Christian CW. Abusive head trauma: evidence, obfuscation, and informed management. *J Neurosurg Pediatr*. 2019;24(5):481-488.
8. Melo JR. Traumatismo Craniano não Acidental: Diagnóstico e Conduta Terapêutica. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 2014;18(2):122-9.
9. Hung KL. Pediatric abusive head trauma. *Biomed J*. 2020;43:240-50.
10. Laurent-Vannier A. Shaken Baby Syndrome (SBS) or Pediatric Abusive Head Trauma from Shaking: Guidelines for Interventions During the Perinatal Period from the French National College of Midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2022;67 Suppl 1:S93-S98.
11. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA*. 2003;290(5):621-6.
12. Binenbaum G, Rogers DL, Forbes BJ, Levin AV, Clark SA, Christian CW, et al. Patterns of retinal hemorrhage associated with increased intracranial pressure in children. *Pediatrics*. 2013;132(2):e430-4.
13. 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;134(3):354-9.
14. Binenbaum G, Forbes BJ. The eye in child abuse: key points on retinal hemorrhages and abusive head trauma. *Pediatr Radiol*. 2014;44 Suppl 4:S571-7.
15. Yang T, Hu R, Chen J, Lu Y, Guo Y, Liu Y, et al. Prevalence, characteristics, and risk factors of retinal hemorrhage among full-term neonates in southern China. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21):13927.
16. Orozco-Gómez LP, Martínez-Almada J et al. Repercusiones oculares ante la sospecha de trauma craneal abusivo: Ocular repercussions of suspected abusive head trauma. *Revista Mexicana de Oftalmología*. 2020;95(1):20-7.