

«Los menores de un año son los más afectados por este tipo de maltrato»

La carencia de una prueba específica para el traumatismo craneal no accidental dificulta su diagnóstico. **ANA CURCOY**, pediatra de urgencias del hospital San Juan de Dios, de Barcelona, ha investigado este tipo de lesión craneal causada por el zarandeo

¿Se dan muchos casos de síndrome por zarandeo en España?

No existen registros centralizados que recojan la incidencia real del síndrome del niño zarandeado, pero se estima que la tasa anual de incidencia mundial se encuentra entre 11 y 24 casos por cada 100.000 niños menores de un año. A nosotros nos llegan entre dos y tres al año.

¿Todos estos casos pueden asociarse a un maltrato?

Sí. De hecho, el término del diagnóstico ha pasado de denominarse síndrome del niño zarandeado a describirse como traumatismo craneal no accidental o traumatismo craneal por abuso. Las lesiones cerebrales que se producen en este trastorno pueden deberse también a causas distintas a la sacudida, como golpear la cabeza del niño contra la pared o con un objeto.

¿Todos los niños tienen el riesgo de padecer este trastorno si se les zarandea bruscamente?

En un principio se registran casos hasta la edad de cinco años, pero este diagnóstico se presenta básicamente en niños menores de un año. A esa edad, este trastorno resulta más frecuente.

¿Por qué?

Existen tres motivos principales. En primer lugar, la cabeza de los bebés, en proporción, es más grande que la de los adultos. Segundo, los músculos del cuello a esa edad son más débiles. La musculatura cervical de un adulto es fuerte y puede aguantar el impacto de una sacudida brusca. En los niños menores de cinco años y, en especial, en los de menos de uno, esos músculos no se encuentran tan desarrollados, por lo que no tienen tanta fuerza. La tercera razón es que el cerebro del niño se halla en proceso de

desarrollo; es más delicado y sus vasos sanguíneos son también más sensibles. Cualquier movimiento provoca que las estructuras cerebrales se golpeen con los huesos del cráneo y se pueda producir un hematoma.

De todos modos, para causar ese daño hay que sacudir al niño con mucha fuerza.

Si no existen una fuerza y una intensidad importantes, el traumatismo craneal no se produce. Por ejemplo, un niño que se cae de un sofá o de la cama, por lo general, no presentará este tipo de lesión. Nosotros hemos analizado muchos traumatismos craneales accidentales; los más frecuentes son en niños de menos de dos años que se caen de una altura superior a 90 centímetros. Un ejemplo típico es la caída desde el cambiador.

¿Y en el caso de un traumatismo craneal no accidental?

Normalmente, los padres o cuidadores que zarandean al niño son personas que tienen poco control sobre sus impulsos. Si el niño llora mucho, reaccionan sacudiéndolo para que se calle. Quizá con una sacudida no pasa nada, pero si se hace repetidamente, al final se produce un hematoma en su cerebro por golpearse repetidas veces contra el cráneo. Por otra parte, es posible que algunos padres no se planteen que sacudir tan fuerte a su hijo puede provocar consecuencias graves.

¿Cómo se llega al diagnóstico?

No existe una prueba de laboratorio específica que demuestre que el niño ha sufrido un traumatismo craneal no accidental. Es una suma de factores. Normalmente, los niños llegan a urgencias pediátricas con síntomas inespecíficos, como son somnolencia, vómitos y disminución de la ingesta. Esta es la clínica más típica. Son síntomas de

Suscríbete a Mente & Cerebro



Ventajas para los suscriptores:

- **Envío** puntual a domicilio
- **Ahorro** de hasta un 21 % sobre el precio de portada
~~41,40 €~~ 35 € por un año (6 números)
~~82,80 €~~ 65 € por dos años (12 números)
- **Acceso gratuito** a la edición digital de los números incluidos en la suscripción (artículos en pdf)



... y recibe
GRATIS
un número
de la colección
CUADERNOS



www.investigacionyciencia.es/suscripciones

Teléfono: +34 934 143 344



CORTESÍA DE ANA CURCOY

ANA CURCOY

En 1997 se licenció en medicina y cirugía en la Universidad Autónoma de Barcelona. En 2002 se especializó en pediatría y en 2009 obtuvo el doctorado con un estudio sobre diagnóstico diferencial en los malos tratos. Actualmente trabaja en el servicio de urgencias de pediatría del Hospital San Juan de Dios, en Barcelona, donde también forma parte del equipo de investigación *Influencia del Entorno en el Bienestar del Niño y del Adolescente*. Asimismo, imparte clases de pediatría en la Universidad de Barcelona y participa en el grupo de trabajo *Malos Tratos y Situaciones de Riesgo de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas*.

afectación del sistema nervioso central. Pero las pruebas que se realizan según el estado general que presenta el niño aportan más pistas. Cuando se observa una alteración de la consciencia, se le realiza un TAC. Sobre todo las imágenes cerebrales de hematomas en el cerebro son las que orientan el diagnóstico. No obstante, para asegurarse ayuda averiguar si existen hemorragias retinianas. Para ello se efectúa una exploración llamada fondo de ojo; esta la debe realizar un oftalmólogo infantil. Un hematoma subdural y una hemorragia retiniana prácticamente aseguran el diagnóstico. Son lesiones que no se producen en un traumatismo craneal accidental. Aun así, la hemorragia retiniana puede desaparecer al cabo de tres o cuatro días.

¿En una primera visita ya se detecta el problema?

No siempre. En algunos casos no se diagnostica el trastorno la primera vez que el niño llega a urgencias. Debes examinarlo en varias ocasiones para determinar la causa de sus síntomas. Además, la familia no te ayuda. A veces acude a nosotros después de unos días del suceso. Los

padres pueden venir a urgencias porque el niño ha vomitado una vez. Si no presenta más síntomas, la primera sospecha es que se trate de un virus y se establece un control clínico. Pero si con los días los síntomas aumentan y el niño sufre, por ejemplo, somnolencia o deterioro de la consciencia, puede sospecharse que existe un traumatismo craneal no accidental. También si se observa que presenta hematomas por el cuerpo.

¿Este trastorno deja secuelas?

Según el grado de las lesiones, el niño puede incluso morir. Pero lo más habitual es que conlleva secuelas neurológicas, como retraso psicomotor. También pueden existir secuelas visuales.

Usted centró su tesis doctoral, cuyos resultados se han publicado en varias revistas especializadas, en el estudio diferencial del maltrato infantil a partir de las hemorragias retinianas. ¿Por qué?

La hemorragia retiniana en los lactantes se ha considerado durante mucho tiempo uno de los signos de maltrato prácticamente patognomónico, es decir, una señal casi inequívoca de que ha habido maltrato. Sin embargo, en los últimos años ha surgido una fuerte controversia en torno a esta afirmación. Algunos estudios apuntan a otras posibles causas. Ello contribuye a que cuando solo se dispone de dicho dato objetivo resulte difícil probar un maltrato. Por esta razón es importante descartar otros posibles diagnósticos. Con ese objetivo centré mi investigación en las enfermedades que pueden producir hemorragias retinianas, como las convulsiones.

¿Cuál era su hipótesis?

Según afirman algunos estudios, cuando existe una presión dentro del cerebro a causa de una convulsión también puede producirse una hemorragia retiniana, pues acontece una sacudida similar a la que sucede en el síndrome del niño zarandeado. Mi objetivo era demostrar que una convulsión por sí sola no produce una hemorragia retiniana. Hay que buscar más síntomas para establecer el diagnóstico correcto.

¿Lo demostró?

Sí. Durante tres años examinamos en todos los niños que ingresaban en el hospital a causa de una convulsión si presentaban una hemorragia retiniana. De los 354 que llegaron a nosotros por ese motivo, solo dos presentaban una hemorragia retiniana. En ambos casos acabamos descubriendo que habían sido víctima de malos tratos. ★

Entrevista realizada por *Yvonne Buchholz*, redactora de *Mente y Cerebro*.

EN NUESTRO ARCHIVO

¿Sacudida mortal? Josephina Maier en *MyC* n.º 86, 2017.