

Alteraciones oculares en el síndrome del niño maltratado

Ophthalmologic alterations in the shaken baby syndrome

Beatriz Zozaya Aldana

Especialista de II Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario «Miguel Enríquez». La Habana, Cuba.

El maltrato físico agresivo, cruel y violento a los niños ha sido una realidad en distintas épocas, culturas y sociedades, pero el reconocimiento de su importancia como problema social y como entidad clínica puede situarse en el año 1962, cuando Henry Kemple sistematizó las lesiones producidas por el maltrato físico y acuñó el término *síndrome del niño apaleado* ('the battered child syndrome'). Ya en 1946 el radiólogo John Caffey había vinculado la asociación de hemorragias subdurales y fracturas de huesos largos con la agresión física a niños pequeños, pero estas observaciones fueron consideradas como anecdóticas y tuvo que pasar mucho tiempo hasta que se reconociese la enorme magnitud social del problema, que se describió en 1989 en la Convención sobre los derechos de los Niños, en las Naciones Unidas.¹ En la actualidad se estima que en los EE.UU. un 1-2 % de todos los niños sufren maltrato en cualquiera de sus modalidades y que alrededor de 1 000 niños mueren cada año como consecuencia directa de maltrato, aunque en la mitad de los casos se deba a negligencia y no a una acción violenta directa.²

Se estima que un 40 % de los niños que sufren maltrato físico presentan manifestaciones oftalmológicas. Estas pueden ser muy variadas, pero las más frecuentes son las siguientes:

1. Párpados, conjuntiva, órbita. Equimosis palpebrales, hemorragias y quemosis conjuntival, laceraciones y quemaduras en región periorbitaria. Exoftalmía por hemorragia orbitaria.
2. Segmento anterior. Erosiones corneales. Roturas de la membrana de Descemet. Anisocoria. Hipema. Rotura del iris, iridodiálisis, recesión angular, glaucoma. Luxación o subluxación del cristalino. Catarata traumática. Rotura del globo ocular.

3. Segmento posterior. Hemorragias en retina y vítreo. Desprendimiento de la retina y retinosquiasis. Roturas coroideas.

4. Alteraciones neurooftalmológicas.

Como consecuencia de las hemorragias cerebrales o de la fractura de la base del cráneo pueden aparecer alteraciones de los movimientos oculares, parálisis del VI par, edema de papila, atrofia del nervio óptico.^{3, 4}

Las hemorragias vítreas y retinianas revisten un interés muy especial en aquellos casos en los que un niño pequeño aparece con un cuadro grave, con apnea, obnubilación, convulsiones o incluso coma. La clínica puede hacer sospechar una meningitis o un coma metabólico, pero si existen hemorragias vítreas o retinianas hay que descartar que el niño presente una hemorragia subdural o subaracnoidea producida por una agresión (sacudida violenta, traumatismo craneal, compresión torácica). La hemorragia vítrea puede producirse por un mecanismo similar al del síndrome de Terson (deslizamiento de la sangre a través de las vainas del nervio óptico) o por la dificultad al retorno venoso producida por la hipertensión intracraneal. Naturalmente las hemorragias vítreas y retinianas carecen de esa significación cuando son producidas por contusiones directas en el globo ocular.⁵⁻⁷

Es muy importante que tanto los médicos como los padres sepan que en los niños pequeños las sacudidas o los empujones violentos pueden causar lesiones graves en el encéfalo y en los ojos.

Ninguna de las alteraciones reseñadas tiene valor patognomónico absoluto, pero el médico debe sospechar que no son debidas a un traumatismo casual cuando se dan estas circunstancias:

- a) Las causas que refieren los padres no explican la lesión.
- b) Cuando los padres aducen un tipo de accidente que no es probable que se produzca por la edad del niño.
- c) Cuando las lesiones son múltiples o repetidas.
- d) Cuando entre el presunto accidente y la decisión de acudir al médico transcurre más tiempo del que sería lógico esperar si se tratase de un accidente casual.
- e) Que el ambiente sociocultural de la familia no se caracterice por pobreza, incultura o marginación social no debe excluir la sospecha de maltrato. La violencia familiar puede darse en todas las clases sociales. Muchas veces es la expresión del control coercitivo que el miembro más poderoso de la familia ejerce sobre los más débiles (niños, mujeres, ancianos). Además, las familias más cultas tienen más capacidad para enmascarar las circunstancias en las que se ha producido la agresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado A. Grandes síndromes en pediatría. Maltrato en el niño. A Delgado Rubio. Bilbao: Universidad del País Vasco; 1996.

2. Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ. Head injury in very young children: Mechanisms, injury types and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. *Pediatrics*. 1991;9: 179-85.
3. Sabate Rotes M, Sancosmed Ron M, Cebrian Rubio R, Canet Ponsa M, MartÍN Gonzalez M. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71(1):60-3.
4. Ríos A, Casado Flores J, Porto R, Jiménez AB, Jiménez R, Serrano A. Maltrato Infantil en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *An Pediatr(Barc)*. 2009;71(1):64-7.
5. Newton AW, Vandeven AM. Update on child maltreatment. *Current Opinion in Pediatrics*. 2008;20: 205-12.
6. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*. 2005;115: 331-7.
7. Fernández Couse G, Perea Corral J. Síndrome del maltrato infantil. *Rev Cubana Pediatr [seriada en Internet]*. 2004;76(3). [citado 2010 Ago 19]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000300009&lng=es

Recibido: 19 de octubre de 2010.

Aprobado: 15 de noviembre de 2010.

Beatriz Zozaya Aldana. Hospital Universitario «Miguel Enríquez». Calle Ramón Pintó, Luyanó. Municipio 10 de Octubre. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: beazaya@infomed.sld.cu