

PRESENTACIÓN DE CASOS

Síndrome de bridas amnióticas. Experiencia en el CIMEQ

Amniotic band syndrome. The experience in CIMEQ

Martha Regla Melo Victores^I, Maria Dolores Lobato Pastrana^{II}, Laura Alvaré Alvaré^{III}, Joel Concepción Concepción^{IV}, Ivette Gonzalez Concepción^V

I Especialista de I Grado en Pediatría, Máster en Infectología Pediátrica. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de II Grado en Pediatría, Máster en Infectología Pediátrica. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

III Especialista de II Grado en Pediatría, Máster en Infectología Pediátrica, Profesora auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

IV Especialista de I Grado en Pediatría. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

V Licenciada en Enfermería. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El síndrome de bridas amnióticas ha recibido varias denominaciones como complejo de ADAM, constricción por anillos congénitos, complejo de disrupción por bandas amnióticas o defecto congénito transverso, es la afección causada por la ruptura prematura del amnios con la formación de bandas que comprimen las parte fetales y ocasionando deformidades. Su incidencia varía entre 1:1200 a 1:1500 de recién nacidos sin diferenciación de sexos. El pronóstico y tratamiento dependen de la severidad de las anomalías. En nuestra consulta de Pediatría se hizo el diagnóstico de cinco casos en edades comprendidas entre 2 meses y un año, uno de los cuales, en el

tercio inferior de ambos miembros superiores y tercio inferior de miembros inferiores, el resto de los casos en ambos miembros superiores, con buen pronóstico, solo hasta el momento un solo caso de una niña fue intervenida quirúrgicamente con buenos resultados. **Palabras clave:** Síndrome de bandas amnióticas, anillos de constricción, amputación y recién nacido.

ABSTRACT

Amniotic Band Syndrome to different denominate how complete of ADAM (Amniotic Deformity Adhesions, Mutilations) is the affection cause by early amnion rupture with subsequent entanglement of fetal parts by amniotic strands what comprain the parts fetal and to cause deformation, the incidence rangs from 1:1200 to 1:1500 newbors, without different sex. The prognostic and treatment depend of the severity of the abnormalities. In the our consult Pediatric made the diagnostic of five case s in year old in including between two moths and one year, one case in third lower of both member high and third lower of both member lower, remainder of case in both members high. The prognostic is good, only case of gird intervention surgical with good result. **Key words:** Amniotic band syndrome, constriction, rings, amputations, newborn.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de bridas amnióticas (SBA) consiste en un conjunto de anomalías congénitas fetales que puede ser debida a malformación, deformación o disrupción que pueden atrapar o estrangular diferentes partes fetales ocasionando deformaciones con construcciones anulares o amputación de extremidades o dedos⁽¹⁾. Esta malformación es debida a un problema primario en la morfogénesis con implicaciones genéticas⁽²⁾. Pueden tener asociados algunas deformaciones faciales como cefaloccele asimétrico y fisura de labio y paladar de gran extensión^(2,3).

El SBA se considera un error en la morfogénesis del tipo disrupción, que resulta de la destrucción secundaria o interferencia de un órgano o región corporal fetal que previamente tenía un desarrollo normal, que se va a producir por algún factor extrínseco

o por interferencia interna o heredable. La causa más común es la Rotura prematura del amnios (RPA), esto tiene que ver con el tiempo de gestación.

DESARROLLO

CASOS CLÍNICOS.

Caso 1

Femenina de 10 meses de edad que acude a consulta que al examen físico se evidencia bridas en tercio inferior de ambos miembros superiores y tercio inferiores, ver Figura1 y 2.



Figura1

Brida amniótica en parte distal de miembro superior derecho



Figura 2

Brida amniótica en región dorsal de miembro superior izquierdo

Antecedentes familiares: Madre con Hipertensión Arterial en el último trimestre del embarazo. Control de todo el embarazo.

Antecedentes obstétricos: Niega ingestión de medicamentos, control de la hipertensión con la dieta, ultrasonido no se detecta malformaciones, parto a las 42 semanas por cesárea iterada. Peso al nacer 4500kg apgar 9-9 líquido claro.

Caso 2

Femenina de 2 meses de edad que acude a consulta donde se detecta bridas en ambos miembros superiores, ver Figura 3.

**Figura 3****Brida amniótica en tercio medio e inferior de ambos miembros**

Antecedentes familiares: madre de 16 años de edad, primigesta que presenta amenaza de aborto en el primer trimestre hasta finales del embarazo no se recoge enfermedades asociadas. Embarazo controlado.

Antecedentes obstétricos: Ultrasonido no se detecta malformaciones. Parto pre- término a las 36 semanas fisiológico, bajo peso al nacer 2,200g. Líquido amniótico claro.

Caso 3

Se trata de una paciente femenina de 3 meses de edad que en la consulta se detecta bridas en tercio inferior y medio de ambos miembros superiores.

Antecedentes familiares: Madre de 17 años de edad, niega antecedentes clínicos, que presentó amenaza de aborto y parto pre término durante todo el embarazo, niega exposición a sustancias teratogénica. Embarazo controlado.

Antecedentes obstétricos: Ultrasonido realizado no se detecta malformaciones. Parto pre-término a las 35 semanas, por cesárea por meconio intenso, bajo peso al nacer 2,300g, no cianosis ni ictericia.

Caso 4

Paciente masculino de 4 meses de edad primogénito que acude a consulta, al examen físico se encuentra anillo de constricción en tercio inferior y medio de ambos miembros superiores con cambio de coloración de las palmas de las manos.

Antecedentes familiares: Madre de 38 años de edad con antecedentes de salud, no se recoge ingestión de medicamentos. Embarazo controlado.

Antecedentes obstétricos: Presentación cefálica, parto a las 39 semanas, peso al nacer 3,500g se le realizó amniocentesis a las 27 semanas no aporta la madre la causa.

Caso 5

Masculino de 5 meses de edad primogénito que se detecta en la consulta anillos de constricción en tercio inferior de miembro superior derecho, al examen físico.

Antecedentes familiares: Madre de 37 años de edad con antecedentes de abortos espontáneos y amenaza de aborto en el primer y segundo trimestre. Antecedentes de gastritis para lo cual llevó tratamiento con medicamentos. Embarazo controlado.

Antecedentes obstétricos: Ingresada a partir del segundo trimestre, ultrasonidos negativos, parto a las 40 semanas, fisiológico, peso al nacer 3,200 g.

DISCUSIÓN

Se plantean algunas hipótesis que fueron propuestas explicando el Síndrome de Bridas Congénitas (SBG). Torpin, plantea que la Rotura Prematura del Amnios (RPA) es un evento precipitante^(4,5). El amnios es una membrana que cubre la cara fetal de la placenta formando una superficie externa del cordón umbilical^(5,6). La RPA provoca varios efectos según la etapa de gestación fetal. La ruptura del amnios permite el paso del líquido a la interface amnios coriónica y el embrión es expuesto a la superficie de la cavidad coriónica estimulando la proliferación de bandas mesenquimatosas adherentes^(7,8). Estas bandas se pueden adherir a la superficie gelatinosa del embrión, limitando sus movimientos atrapando y estrangulando algunas estructuras anatómicas fetales provocando compresión con isquemia, necrosis y en otros casos amputación^(9,10). El análisis de la placenta con signos de RPA tanto del recién nacido con este síndrome como de abortos espontáneos apoyan esta teoría.

La RPA se ha relacionado con ciertos factores como serian traumatismos abdominales, maternos, intervenciones quirúrgicas antes o durante la gestación, malformaciones uterinas, uso de fármacos etc.⁽⁹⁻¹¹⁾. La amniocentesis en caso de biopsias de vellosidades crónicas, también ha sido involucrada.

El hallazgo clínico más común en este síndrome son los anillos de constricción asociados a dedos, manos y pies en un 77 %.

Se encontró además frecuencia de niños primogénitos, prematuros con bajo peso al nacer y la presentación no cefálica^(11,12). Dos de nuestros casos coinciden con parto pre-término y bajo peso al nacer, un caso es primogénito^(11,13).

Las edades maternas fueron diversas, desde dos adolescentes entre 16 y 17 años hasta dos madres con 37 y 38 años, por lo difícil que es establecer las posibles causas etiológicas y la variada relación entre todas.

Todos estos diversos factores pueden influir en la aparición esporádica de este síndrome, se puede admitir que este SBA no entraña riesgo de recurrencia^(13,14). En los casos de nuestros cinco pacientes la sobrevivida no está amenazada y el pronóstico es bueno.

La conducta quirúrgica en los casos es adecuada, en nuestros pacientes solo una niña fue intervenida sin riesgo y evolución favorable.

Es importante el diagnóstico precoz por el ginecobstetra o el pediatra en el recién nacido que presente SBA para una conducta futura del paciente.

El conocimiento de este síndrome es importante para la búsqueda de otras lesiones proporcionando una explicación válida y aceptable a los padres evitando consecuencias futuras en los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilas M, Maccarone B, Solari A, Mazzitelli N, Vauthay L, Rittler M. Secuencia de Bidas Amnióticas. Descripción clínica y revisión de las teorías patogénicas. *Rev Argent Genét Méd. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.* 2012;31(1):41-4 (Consultado en febrero de 2013). Disponible en: URL: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
2. Da Silva G, Cammarata F, Gonzáles M. Síndrome de bridas amnióticas, caso clínico. *Rev Chil Pediatr.* 2008;79(2):172-80.

3. Molina JC, Torrico WA, Peñaloza JJ, Torrico ML, Torrico E. Síndrome de Bidas Amnióticas. *Gaceta Médica Boliviana*. 2010;33(1):44-8.
4. Mézel A, Manouvrier S. Síndrome de bridas amnióticas EMC-aparato locomotor. Elsevier. 2011;44(3):1-10 (Consultado en febrero de 2013). Disponible en: URL: www.sciencedirect.com.
5. Ortiz E, Cañete P, Desco J, Marcos B, Balanzá R. Síndrome de bridas amnióticas: caso clínico y revisión del tema. *Progresos de obstetricia y ginecología*. Elsevier. 2011;54(4):184-7 (Consultado en febrero de 2013). Disponible en: URL: www.sciencedirect.com.
6. Poeuf B, Samson P, Magalon G. Amniotic band syndrome. *Chir Main*. 2008;27(1):136-47.
7. Coyle S, Karp JM, Shirakura A. Oral rehabilitation of a child with amniotic band syndrome. *J Dent Child*. 2008;75:74-9.
8. Rujiwetpongstorn J, Tongsong T. Amniotic band syndrome following septostomy in management of twin-twin transfusion syndrome: a case report. *Journ of Perinat*. 2008;28:377-9.
9. Reyes M, Borunda D, Whizar VM, Anzorena J. Síndrome de Bidas Congénitas. Consideraciones Anestésicas. *Anestesia en México*. 2008;20(3):1-7 (Consultado en marzo de 2013). Disponible en: URL: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
10. Lamb DW, Wynne R. Incidence and genetics. In: Buck-Gramcko D, editor. *Congenital malformations of the hand and forearm*. London: Churchill Livingstone. Common congenital hand conditions. *Singap Med Journ*. 2010;51(2):965.
11. Oda T, Pushman A. Treatment of common congenital hand conditions. *Plastic and Reconst Surg*. 2010;126(3):121-33.
12. Ashbaugh H, Gellman H. Congenital thumb deformities and associated syndromes. *The Journ of Craniof Surg*. 2009;20(4):1039-44.
13. Chong AK. Common congenital hand conditions. *Singap Med J*. 2010;51(12):965-70.

14. Vidal CA, Pérez-Salazar D, Calzada C, Castañeda P. Anomalías congénitas más comunes de la mano. *Rev Mex de Ortop Pediatr.* 2012;14(1):5-11 (Consultado en marzo de 2013). Disponible en: URL: www.medigraphic.org.mx.

Recibido: 13 de agosto del 2014

Aceptado: 13 de noviembre del 2014

Martha Regla Melo Victores. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgica, 216 y 11 B, Siboney, La Habana, Cuba.

Correo electrónico: martha.melo@infomed.sld.cu