

CASO CLÍNICO

BRIDA AMNIÓTICA ABDOMINAL, REPORTE DE UN CASO

Autores: Angélica Paulos¹, Catalina Arredondo², Dora Espinosa³, Viviana Torres⁴.

¹ Cirujano Pediatra, Magister en Salud Pública. Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile.

² Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

³ Cirujano Pediatra. Clínica Dávila, Santiago, Chile.

⁴ Cirujano Pediatra. Hospital Dr. Félix Bulnes, Santiago, Chile.

Resumen

Existe un amplio espectro de deformidades causadas por bandas amnióticas, siendo las extremidades la ubicación más común. La banda de constricción en el abdomen es un lugar raro para el síndrome de brida amniótica. Presentamos un caso de banda de constricción circunferencial congénita del abdomen sin otras malformaciones. La condición no afectó la ventilación, la alimentación, las deposiciones o el crecimiento. Se planificaron múltiples Z-Plasties en el abdomen antes del primer mes de vida. Revisamos la literatura que hace hincapié en la presentación clínica y el tratamiento de esta rara entidad clínica.

Palabras clave: síndrome de banda amniótica, constricción, abdomen, colgajos quirúrgicos, procedimientos reconstructivos.

Abstract

There is a wide spectrum of deformities caused by amniotic bands, being the extremities the most common location. The constriction band in the abdomen is a rare location for constriction band syndrome. We report a case of congenital circumferential constriction band of abdomen without other malformations. The condition did not affect ventilation, feeding, bowel movements, or growth. Multiple Z-plasties were planned in the abdomen before the first month from birth. We reviewed the literature emphasizing on the clinical presentation and management of this rare clinical entity.

Key words: Amniotic band syndrome, Constriction, Abdomen, Surgical flaps, Reconstructive procedures.

Introducción

El síndrome de brida amniótica o bandas de constricción es una anomalía poco común que ocurre en 1/1200 a 1/15000 nacidos vivos. Las bandas de constricción producen una depresión circunferencial en el tejido subcutáneo en un segmento del cuerpo. Esta entidad tiene varias presentaciones; anillos de constricción de la extremidad, tórax, cabeza, sindactilia, linfedema, pie equino varo, amputación y aborto o mortinato debido a la banda de constricciones umbilicales. Se pueden observar anomalías múltiples en el 67% de los pacientes [1]. La banda de constricción abdominal es una presentación muy infrecuente [2-5]. Algunas características de esta condición son que la banda es más alta en la parte posterior; puede ubicarse arriba o debajo de la cresta ilíaca; con profundidad de surco variable [5,6].

Reporte de un caso

El embarazo fue controlado desde la semana 19 de gestación, sin incidentes. No hubo diagnóstico prenatal de ninguna malformación. La embarazada primípara comienza el trabajo de parto a las 37 semanas de gestación, debido a que desarrollan una ruptura prematura de la membrana. El recién nacido nació por parto vaginal con un peso al nacer de 3110 grs., una altura de 49 cms. y una circunferencia craneal de 32 cms. En el examen físico, se constata un recién nacido varón, con peso adecuado a la edad gestacional y puntaje APGAR 9-9. En la región infraumbilical, hay un surco circunferencial alrededor de la parte anterior del abdomen y la espalda, de aproximadamente 0.5 cm de profundidad y 0.5 cm de ancho (Figura 1).

En ciertas partes en lo profundo del surco, se pueden apreciar manchas de sangre. Durante el cuidado inmediato del recién nacido, una membrana de 50 cms. largo fue removido del interior del surco.

Durante el primer día de vida, el recién nacido tiene un vómito, pero a partir del segundo día de vida siguió comiendo bien con un aumento de peso adecuado. El personal de enfermería realizó curas diarias en la herida. La ecografía abdominal y la radiografía no muestra malformaciones intraabdominales. Además, se realizó una ecografía de tejido blando, que mostró que en el surco de la banda amniótica solo había lesión de la piel y tejido subcutáneo sin daño muscular.

La cirugía se realizó a los 14 días de edad, debido a un aumento significativo en la pared abdominal y la posterior profundización del surco. Se realizó múltiples Z-plastias en la región abdominal anterior, como se aprecia en la Fig. 2, que consisten en una resección del surco de la banda amniótica desde la epidermis a la fascia superficial. Los colgajos de la zetoplastia se suturaron en dos planos con monocryl 5/0 y etylon 6/0.

El alta hospitalaria se realizó a los 20 días de vida, ya que no hubo complicaciones postoperatorias. El seguimiento postoperatorio durante 2 años muestra excelentes resultados en el contorno abdominal anterior (Fig. 3A y 3B).

Comentarios

Hay dos teorías para explicar el síndrome de bandas restrictivas. El primero es la formación de bandas amnióticas, después de la ruptura prematura del saco amniótico, que provoca la constricción congénita de segmentos del feto [7]. El período de embarazo cuando se desarrolla la ruptura del saco amniótico se asocia con la gravedad de la malformación causada por la banda amniótica. Por lo tanto, si la ruptura es al comienzo del embarazo, el feto puede desarrollar deformidades más graves, y si la ruptura es posterior (después de la sexta semana de gestación) pueden producirse bandas constrictas de las extremidades. Las bandas pueden no estar presentes en el

momento del nacimiento, en la mayoría de los casos. Esto ha creado controversia con respecto a la patogénesis del trastorno. La otra teoría cree que hay una falla de desarrollo en el tejido localizado. Para una banda constrictiva del abdomen hay otra hipótesis propuesta que dice que el cordón umbilical actúa como una banda y rodea el abdomen, en lugar de bandas amnióticas, y produce una compresión de la piel dejando un surco [6]. En el caso de nuestro paciente, creemos que el cordón umbilical no pudo comprimir el abdomen causando el daño apreciado porque en el momento del parto no había signos de que el cordón umbilical estuviera dentro de la ranura, y el grosor del surco es significativamente más delgado que el diámetro del cordón umbilical. En lugar de eso, una membrana de 50 cms. de largo se elimina desde el interior de la ranura, lo que sugiere la participación de la banda amniótica.

En la mayoría de los casos, los pacientes con bandas abdominales no desarrollan síntomas [3]. La forma del reloj de arena tiende a mejorar a medida que el niño crece. Pero se puede requerir cirugía plástica durante el crecimiento ya que la banda de constricción no crece proporcionalmente con el niño aumentando la compresión de las estructuras internas; o para un mejor resultado cosmético. Como excepciones, Rosson y cols. describen un paciente con dolor abdominal durante su edad escolar que requirió cirugía [8]. Planeamos la cirugía en este caso, porque durante la estadía en el hospital, el bebé tuvo un crecimiento abdominal significativo y comenzó a desarrollar una mayor profundidad de surco.

Hay varias técnicas quirúrgicas diferentes propuestas para reparar bandas constrictivas. Uno de ellos es plastias Z múltiples, pero la resección de la banda y el cierre directo primario es otra opción con buenos resultados cosméticos y funcionales. Múltiples Z-Plasties proporciona excelentes resultados cosméticos, ya que presenta una menor contracción de las cicatrices. La cirugía debe realizarse con cuidado, especialmente evitando el desplazamiento de la región umbilical de la línea media [2,4,5]. Las capas profundas de la pared abdominal generalmente no están involucradas,

por lo que la elevación de los colgajos no debe incluir la fascia.

Referencias

1. Baker, C.J., Rudolph, A.J. (1971). Congenital ring constrictions and intrauterine amputations. *Am J Dis Child*, 121(5), 393-400.
2. Evans, D.M. (1973). Congenital ring-constriction of the trunk. *Br J Plast Surg*, 26(4), 340-343.
3. Kim, J.B., Berry, M.G., Watson, J.S. (2007). Abdominal constriction band: a rare location for amniotic band syndrome. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 60(11), 1241-3.
4. Fawzy, M., Goon, P., Logan, A.M. (2009). Abdominal constriction bands are a rare complication of the amniotic band syndrome. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 62(3), 416-417.
5. Bahadoran, P., Lacour, J.P., Terrisse, A., Ortonne, J.P. (1997). Congenital constriction band of the trunk. *Pediatr Dermatol*, 14(6), 470-2.
6. Lin, A.E., Genest, D.R., Brown, D.L. Circumferential abdominal skin defect possibly due to umbilical cord encirclement. *Teratology*, 60(5), 258-9.
7. Moessinger, A.C., Blanc, W.A., Byrne, J., Andrews, D., Warburton, D., Bloom, A. (1981). Amniotic band syndrome associated with amniocentesis. *Am J Obstet Gynecol*, 141(5), 588-91.
8. Rosson, G.D., Williams, E.H., Dellon, A.L., Hashemi, S.S., Manson, P.N. (2011). Painful pelvic constriction band syndrome: a case report. *Ann Plast Surg*, 66(1), 80-3.

Figura 1. Recién nacido con un surco circunferencial en el área infraumbilical del abdomen.



Figura 2. Imágenes intraoperatorias de la cirugía reconstructiva, que muestran la resección del surco y múltiples Z-plastias.



Figura 3. Resultados apreciados en un seguimiento postoperatorio durante 2 años.
3a: abdomen anterior con Z-Plasties enfoque
3b: resultados de la espalda, sin plastias Z.

