

Bridas Amnióticas. Um Caso Clínico

FÁTIMA PINTO, CONCEIÇÃO FERNANDES, JOSÉ RESENDE

Hospital Distrital de Vila do Conde
Serviço de Pediatria

Resumo

Os autores apresentam um caso clínico de bridas amnióticas que foram responsáveis por malformações distais dos membros superiores e inferiores com linfedema e amputação (grau 3 – constrição grave).

Palavras-Chave: Bridas amnióticas; constrição; necrose.

Summary

Amniotic Bands. A Clinic Case

The authors present a clinical case of amniotic bands causing malformation in the upper and inferior members with lymphedema and amputation.

Key-Words: Amniotic bands; Constriction; Necrosis.

Introdução

As bridas amnióticas, ou displasia de Streeter ⁽¹⁾, constituem uma entidade clínica pouco comum e de patogenese desconhecida ^(2, 3, 4, 5).

Caracterizada pelo aparecimento de sulcos transversais, bem definidos, da pele e partes moles subjacentes, tem uma incidência aproximada de 1: 15.000 ^(5, 6) sem prevalência familiar ou predomínio evidente por sexo ou raça ^(5, 6).

A constrição é de grau variável, desde a depressão ligeira até à profunda com amputação intra-uterina ^(5, 7, 8, 9, 10, 11, 12) e associa-se frequentemente a outras malformações como o pé boto (50%), assimetria dos membros (39%), anomalias ósseas, fenda palatina e mesmo anencefalia ⁽⁵⁾. Mais frequentemente localizadas no 1/3 inferior da perna (50%) e na parte distal dos dedos anelar, médio e indicativo ^(13, 14), surgem, dependendo da

gravidade, com ou sem lindefema, acrossindactilia e maior ou menor atingimento das estruturas musculoesqueléticas e neurovasculares ⁽⁹⁾. A amputação pós natal é rara mas a obstrução linfática ou arterial distal à brida obrigam a tratamento cirúrgico imediato pelo risco de progressão para a necrose ^(5, 7, 9, 10, 12, 15).

A sindactilia deve ser corrigida precocemente na tentativa da melhoria da função e da prevenção de maiores deformidades com o crescimento ⁽⁹⁾.

O diagnóstico pré natal através da ultra-sonografia, obriga ao diagnóstico diferencial com os defeitos do tubo neural; nos casos de bridas amnióticas a alfa fetoproteína e o cariótipo são normais ^(5, 17, 18, 19).

Caso Clínico

A F. M., recém-nascido do sexo feminino. Primeiro filho de pais jovens, saudáveis e não consanguíneos. Gestação de termo, vigiada, sem exposição a teratógenos e sem problemas. TORCH e ultra-sonografia normais. Parto espontâneo e hospitalar. Apgar ao 1.º, 5.º e 10.º minuto, respectivamente, de 7, 9, 9.

Ao exame objectivo: Peso – 2490g, Comprimento – 48 cm e perímetro cefálico – 33 cm.

Acrossindactilia dos dedos indicativo, médio e anelar da mão direita (Fig. 1), com amputação de falanges (Fig. 2). Dois anéis constrictivos no 1/3 inferior da perna esquerda, o inferior mais profundo do que o superior, este apenas visível na porção posterior do membro. Linfedema ligeiro e lentidão do preenchimento capilar distais à constrição, pé boto à esquerda (Fig. 3). Anel constrictivo, pouco profundo, no halux, 2.º e 3.º dedos do pé esquerdo que, por sua vez, são hipotróficos e não possuem unhas (Fig. 4). No pé direito, brida com constrição profunda no halux e perda de partes moles distais do 2.º e 3.º dedos, estes sem unhas. Unha hipotrófica no 4.º dedo deste pé.

Com o diagnóstico de displasia de Streeter com risco de necrose, a criança foi enviada de imediato à cirurgia pediátrica onde foi realizada, em tempo útil, a descompressão dos anéis constrictivos.

Correspondência: Fátima Pinto

Hosp. Distrital de Vila do Conde – Serviço de Pediatria
Lg. António José de Almeida – 4480 Vila do Conde

Entregue para publicação em 03/12/97.

Aceite para publicação em 12/03/98.

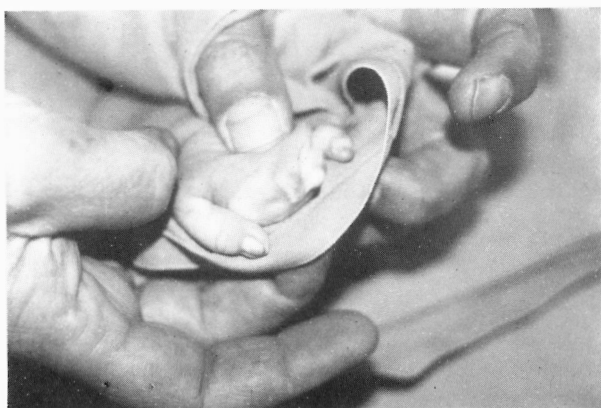


FIG. 1 - Acrossindactilia dos dedos indicativo, médio e anelar da mão direita.



FIG. 4 - Anéis constritivos do 1/3 inferior da perna esquerda. Linfedema ligeiro da porção distal. Pé boto.



FIG. 2 - Ausência de peças ósseas correspondentes a falanges dos 2.º, 3.º e 4.º dedos.



FIG. 3 - Anel constritivo do halux, 2.º e 3.º dedos; ausência de unhas nestes dedos. 2.º e 3.º dedos hipotróficos.

Discussão e Conclusão

As bridas amnióticas têm maior ou menor gravidade conforme o grau de constrição que conferem ou o órgão que atingem ^(5, 7, 9). Embora muito raramente responsáveis pela amputação no período pós natal, elas não são obrigatoriamente estáticas no seu comportamento, podendo sempre levar, no atraso da sua correcção, a posterior agravamento da compressão com atingimento linfático, venoso e arterial conducente à necrose; situação que será evitada se atempadamente se proceder à necessária desobstrução ^(9, 12, 13, 16).

Embora a bibliografia existente acerca desta displasia seja pouco abundante, encontram-se referências a sistemas de classificação que dividem em três grupos fundamentais. Segundo Hall et al as amnióticas dividem-se, conforme o grau de gravidade de compressão em: 1) ligeira - sem linfedema; 2) moderada - com linfedema; 3) grave - com amputação ⁽⁹⁾. O caso clínico descrito, com linfedema, perda de partes moles e amputação, foi classificado no grupo três (bridas graves). O preenchimento capilar lento da porção distal à brida do membro inferior, foi mais um factor decisivo no envio urgente da criança à cirurgia, pela ameaça de necrose e gangrena.

Como conclusão alertamos para o facto de que não sendo a amputação uma consequência frequente das bridas amnióticas no período pós natal, elas podem sempre, se graves, evoluir para o compromisso vascular levando à gangrena da porção distal, exigindo-nos uma observação e classificação cuidadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Light V. R.; Ogden J. A.. Congenital constriction band syndrome. Pathophysiology and treatment. *Yale J Biol Med* 1993; 66: 143-5.
2. Woods T.; Romanosky N.. Congenital constriction band syndrome. *J Am Pediat Med Asso* 1995; 85: 310-4.
3. Kanayama M.; Caffey T. A.; Ogburn P. L.. Constriction of the umbilical cord by an amniotic band with fetal compromise illustrated by reverse diastolic flow in the umbilical artery. A case report. *J Reproductive Med* 1995; 40: 71-3.
4. Boughizana S. F.; Jedovi A. Kattech R.; Gargoubi N.; Srasra M.; Ben K.; Meriah S.. Deglutition de une bride amniotic par un foetus at term. *J Gynecol, Obstetr Biol Reproduction* 1993; 22: 409-10.
5. Ana P.; Ignacio C.; Leon J.. Congenital constriction bands: Amniotic band syndrome. *J Am Acad Derinatol* 1995; 528-9.
6. Bower C.; Norwood F.; Knoles S.; Chambery H.; Haan E.; Cliau A.. Amniotic band syndrome: a population based study in two Australian States. *Paediat Perinatal Epid* 1993; 7: 395-403.
7. Samuel T.. Ortopedia. Principios y Aplicaciones. Salvat 1985.
8. Viladot A.. Patologia del antepie. Salvat. 1986.
9. Normand W.. Constriction band induced vascular compromise of the foot: classification and management of the «intermediated» stage of constrictin ring syndrome. *Plastic Reconstructive Surgery* 1994; 96: 972-7.
10. Martinot V.; Bonnevale M.; Herbaux B.; Pellerín P.; Debeugny P.. Congenital annular constricting band: a case report with pseudoarthrosis and review of the literatura. *Eur J Pediatric Surgery* 1995; 5: 380-4.
11. Kjaer I.. Human prenatal craniofacial development related to brain development under normal and pathologic conditions. *Acta Odontologic Scandinavia* 1995; 53: 135-43.
12. Allington N. J.; Kumar S. J.; Guille J. T. Clubfeet associated with congenital constiction band of the ipsilateral lower extremity. *J Pediatric Orthopedics* 1995; 599-603.
13. Foulkes G. D.; Reinker. Congenital constrictin band syndrome: a seventy year experience. *J Pediatric Orthopedics* 1994; 14: 242-8.
14. Light T. R.; Ogden J. A. Congenital constriction band syndrome. Pathophysiology and treatment. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 1993; 66: 143-145.
15. Lechner C. T., Green W. B. Acrosyndactylia with epidermoid inclusion cysts: evidence for the extrnnsic theory. *J Hand Surgery* 1993; 18: 842-6.
16. Hicks C.; Pitts J.; Rose G. E. Lacrimal surgery in patlents with congenital cranial or racial anomalias. *Eye* 1994; 8: 583-91.
17. Zlmer E. Z.; Bronstein. Ultrasound observation of amnion dysmorfism at 14,5-16 weeks. *Prenatal Diagnosis* 1995; 15: 447-9.
18. Wehbeh H. Flelsher J.; Karini A. – Mathony A.; Minkoff H. The relationship between the ultrasonografic diagnosis of innocent amniotic band development and pregnancy outcomes. *Obstetrics Gynecology* 1993; 81: 565-8.
19. Laberge L. C.; Ruszhowski A.; Morin F. Amniotic band. Attachment to a fetal limb: demonstration with real – time sonography. *Annals Plastic Surgery* 1995; 35: 316-9.