

# Síndrome de bandas amnióticas: relato de caso

KAROLS TATIANA VILA CLARO <sup>1\*</sup>CIRO PAZ PORTINHO <sup>1</sup>JORGE LUÍS HOYOS RAMÍREZ <sup>1</sup>JUAN JOSE CUBILLA <sup>1</sup>MARCUS VINICIUS MARTINS COLLARES <sup>1</sup>ROCHELE BAMPI <sup>1</sup>JAVIER ZAIK PAPTERRA <sup>1</sup>DIEGO PALUSZKIEWICKS DULLIUS <sup>1</sup>

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0075

## INTRODUÇÃO

A síndrome de bandas amnióticas é uma afecção rara, congênita, sem predisposição genética e com várias manifestações desfigurantes e incapacitantes, podendo levar até ao aborto<sup>1-6</sup>. Possui uma variada apresentação clínica, que vai de simples anéis de constrição em dedos e artelhos a grandes defeitos, podendo estar associada a amputações de dedos ou membros, sindactilia, acrossindactilia (sindactilia fenestrada), malformações em face, tórax e/ou abdômen. Foi descrita, em 1930, por Streeter (*apud Costa et al.*)<sup>7</sup>, como sendo de etiologia primária de um defeito da matriz embrionária.

É citada na literatura por vários sinônimos como: anel de constrição congênito, banda de constrição anular, complexo de A.D.A.M. (deformidade amniótica, aderências, mutilações), complexo da ruptura da banda amniótica, displasia de Streeter, defeito anular congênito e síndrome da banda amniótica<sup>1,3</sup>. A incidência é de 1:2000 a 1:15000 nascidos vivos<sup>1-4,8</sup>. Acomete igualmente crianças do sexo masculino e feminino.

Nos membros superiores, as regiões distais são mais afetadas, principalmente os dedos centrais (II, III e IV). Nos membros inferiores, o hálux e o segundo artelho são os mais afetados<sup>1,2,5,7</sup>. O polegar raramente é afetado, tendo sido atribuído esta característica ao fato do mesmo permanecer protegido na palma da mão o durante a gravidez.<sup>1,3</sup>

Na sindactilia e acrossindactilia causadas por bandas amnióticas, raramente é observada fusão óssea. As bandas fibrosas podem ser superficiais ou profundas e podem circular total ou parcialmente um membro ou dedos afetados. Bandas superficiais normalmente não causam danos neurovasculares ou dificuldade em retorno linfático, evitando assim o linfedema. Bandas profundas, no entanto, podem causar danos neurovasculares de diversos graus, evoluindo, por vezes, para uma liberação cirúrgica de urgência, devido ao aumento progressivo do edema distal à área de compressão com comprometimento vascular<sup>1,2,5,8</sup>.

A lesão de nervo periférico devido a bandas de constrição profunda, tem sido classificada como axoniotmese e neurotmese. O diagnóstico precoce da síndrome da banda de constrição congênita pode ser feito por ultrassonografia no final do primeiro trimestre de gestação. O tratamento, nos casos em que há necessidade de cirurgia, é feito através de zetaplastia, dablíoplastia<sup>1-3,5,8,9</sup> ou ressecção do anel fibroso com rotação de retalho de gordura subcutânea e fechamento da pele, permitindo assim ganho em comprimento da pele e do subcutâneo<sup>10,11</sup>.

## RESUMO

A síndrome de bandas amnióticas é uma patologia congênita infrequente com variada forma de apresentação clínica. Sua incidência é estimada em cerca de 1:1.200 a 1:15.000 nascidos vivos. O acometimento das extremidades é o mais frequente. O tratamento para as apresentações sintomáticas é cirúrgico, com ressecção da banda e reconstrução da pele e subcutâneo, até amputações. Salvar os membros acometidos pelas constrições anulares e garantir a funcionalidade dos mesmos deve ser preocupação básica. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de uma criança com síndrome de bandas amnióticas no membro inferior direito, sendo tratada num tempo cirúrgico. O paciente evoluiu de forma satisfatória com o tratamento instaurado.

**Descritores:** Síndrome de bandas amnióticas; Anormalidades congênitas; Constrição patológica.

O procedimento pode ser feito em um tempo cirúrgico<sup>1,2,5,8</sup> ou, como recomenda a maioria dos autores, libera-se metade da circunferência do anel de constrição em um tempo e a outra metade em um segundo tempo<sup>3,8,9</sup>, seis a 12 semanas após o primeiro procedimento cirúrgico<sup>11</sup>.

## OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo relatar o tratamento cirúrgico de um paciente de três anos de idade com evidência de banda amniótica em membro inferior.

## MÉTODOS

Um paciente masculino de 3 anos de idade, sem histórico de doença familiar congênita, sem complicações durante o período de gestação, nascido por parto normal, e com desenvolvimento adequado para a idade, foi encaminhado ao nosso Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, devido a banda amniótica em membro inferior direito (Figura 1).

Ao exame físico, paciente com peso e altura adequados para a idade, sem outras malformações congênitas, sem dificuldade para caminhar, sem limitação articular, apresentando banda amniótica em membro superior direito imediatamente acima da fossa poplíteia, sem comprometimento estrutural.

## RESULTADOS

Foi indicada ressecção da banda amniótica e dablíoplastias múltiplas no mesmo tempo cirúrgico (Figura 2). Paciente submetido a cirurgia sob anestesia geral, quando se realizou ressecção de banda e fechamento primário com avanço de subcutâneo e pele, sem necessidade de retalhos (Figuras 3 e 4). Não houve intercorrências transoperatórias nem pós-operatórias. A criança manteve acompanhamento no nosso Serviço, com evolução satisfatória.

## DISCUSSÃO

A síndrome de banda amniótica (SBA) é uma afecção congênita incomum e com um número reduzido de publicações, sendo a maioria relatos de caso. As constrições anulares em ambos os membros inferiores, a pseudoartrose da tíbia, o pé torto congênito, a acrossindactilia e a amputação intrauterina da porção distal dos dedos da mão ipsilateral são achados comuns quando a SBA é diagnosticada.

No Brasil, Costa *et al.*<sup>7</sup> publicaram uma série de 16 casos com acometimento do membro inferior associado a pé torto congênito, e Pardini *et al.*<sup>1</sup> publicaram outro estudo com

<sup>1</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.



Figura 1. Banda amniótica em criança de 3 anos. Pré-operatório.

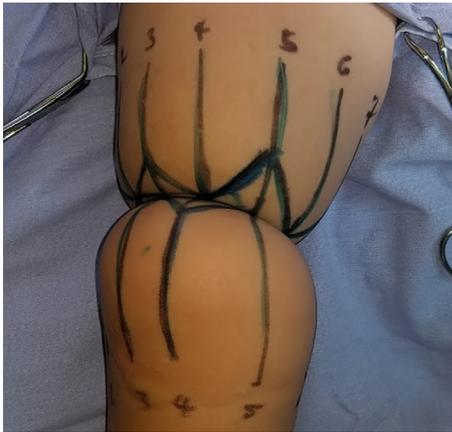


Figura 2. Desenho de dablíoplastias para fechamento de defeito após ressecção de banda amniótica.



Figura 3. Transoperatório após ressecção de banda amniótica e descolamento de dablíoplastias.



Figura 4. Pós-operatório imediato.

10 pacientes avaliados num período de 20 anos com síndrome de Streeeter, acometendo os membros superiores. Esses dois trabalhos são os mais expressivos na literatura nacional.

Quanto às possibilidades de tratamento cirúrgico das bandas de constrição, há desde a ressecção da brida, com dissecação profunda e liberação do feixe neurovascular, reconstrução de retalhos por zetaplastia e até amputação, sendo esta última, muitas vezes, a única opção cirúrgica.

As controvérsias giram em torno da realização da ressecção em um ou mais tempos cirúrgicos. Os trabalhos mais antigos defendem a ressecção em dois ou mais tempos cirúrgicos<sup>12</sup>, enquanto as publicações mais recentes defendem que ela ocorra em um único tempo cirúrgico<sup>1,7</sup>. Não há, portanto, um estudo com relevância significativa que indique um tratamento em detrimento do outro.

Em relação ao tratamento cirúrgico, há consenso na literatura e consiste na liberação das bandas amnióticas circunferenciais. Zetaplastias únicas ou múltiplas e dablíoplastias são ótimas opções. Menor índice de complicação é descrito nos procedimentos únicos. Conforme a literatura, não existe um grande número de pacientes tratados com dablíoplastias, porém é uma técnica segura e com excelentes resultados.

O paciente que apresenta duas bandas em um mesmo membro deve ser conduzido com a ressecção da banda de constrição proximal, primeiramente, e após 60 a 120 dias, com ressecção da distal<sup>1,7</sup>. Havendo deformidades associadas nos pés, o tratamento cirúrgico convencional dessa deformidade deve ser realizado após um período mínimo de 90 dias<sup>7,12</sup>, sendo possíveis maus resultados com a inversão da sequência do tratamento.

### CONCLUSÃO

O tratamento de síndrome de bandas amnióticas deve ser feito, muitas vezes, em caráter de emergência, sendo a preocupação básica garantir a funcionalidade dos membros acometidos. A indicação para abordagem cirúrgica é feita por meio da avaliação da criança e por observação da presença de comprometimento neurológico, vascular ou linfático.

O tratamento nos casos em que há indicação cirúrgica é baseado na liberação dos anéis constritivos e na reconstrução, por meio de zetaplastias ou dablíoplastias permitindo, assim, ganho em comprimento da pele e subcutâneo. No nosso caso não foi evidenciada malformação estrutural, nem funcional. Assim, decidiu-se realizar ressecção da banda amniótica e fechamento primário do local com dablíoplastias, obtendo-se um resultado satisfatório.

### REFERÊNCIAS

1. Pardini A Jr, Santos MA, Freitas A. Bandas de constrição congênitas. *Acta Ortop Bras.* 2001;9(2):5-12.
2. Nogueira FCS, Cruz RB, Machado LP, Ramos BLF, Madureira Júnior JL, Pinto RZA. Síndrome de banda amniótica. Relato de caso. *Rev Bras Ortop.* 2011;46(Suppl 4):56-62.
3. Askins G, Ger E. Congenital constriction band syndrome. *J Pediatr Orthop.* 1988;8(4):461-6.
4. Kulkarni ML, Gopal PV. Amniotic band syndrome. *Indian Pediatr.* 1990;27(5):471-6.
5. Muguti GI. The amniotic band syndrome: single-stage correction. *Br J Plast Surg.* 1990;43(6):706-8.
6. Gaete M, Aranibar L, Villalba V, Tellerías L. Síndrome de bridas amnióticas: a propósito de um caso. *Rev Chil Dermatol.* 2008;24(1):55-6.
7. Costa EM, Alves MP, Fraga CE, Silva Júnior JA, Daher O. Síndrome das bandas de constrição congênita. Estudo de 16 casos. *Rev Bras Ortop.* 1996;31(4):341-6.
8. Visuthikosol V, Hompuem T. Constriction band syndrome. *Ann Plast Surg.* 1988;21(5):489-95.
9. Vásquez Rueda F, Ayala Montoro J, Blanco López F, Gutiérrez Cantó M, Valdivieso Garcia JL, Ocaná Losa LM. Síndrome de Bandas de constricción congênitas/Congenital constriction band syndrome. *Rev Cir Infant.* 1999;9(3):163-7.
10. Upton J, Tan C. Correction of constriction rings. *J Hand Surg Am.* 1991;16(5):947-53.
11. Wiedrich TA. Congenital constriction band syndrome. *Hand Clin.* 1998;14(1):29-38.
12. Choulakian MY, Williams HB. Surgical correction of congenital constriction band syndrome in children: Replacing Z-plasty with direct closure. *Can J Plast Surg.* 2008;16(4):221-3.

\*Endereço Autor:

Karols Tatiana Vila Claro

Avenida Bento Gonçalves - 1515, Bloco f 2103 - Paternon, Porto Alegre, RS, Brasil  
CEP 90660-900

E-mail: kclaro@hcpa.edu.br