



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA

Componente práctico del examen complejo previo a la obtención de grado académico de Obstetiz.

TEMA DE PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

SINDROME DE BRIDAS AMNIOTICAS EN GESTANTE DE 39 SEMANAS

AUTOR:

ARACELY JAQUELINE RAMIREZ RAMIREZ

TUTOR:

DR. HUGO ALVARADO FRANCO

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2018

ÍNDICE

RESUMEN	I
Abstract.....	II
INTRODUCCIÓN	III
I.MARCO TEÓRICO	1
1.1. Síndrome de bridas amnióticas.	1
1.2. Factores de riesgo que influyen en la aparición de las bandas amnióticas: 2	
1.1.2. Etiología:	2
1.1.3. Fisiopatología.....	3
1.1.5. Factores multifactoriales y genéticos que causan la ruptura del amnios: 4	
1.1.6. Diagnóstico	4
1.1.7. Tratamiento antes del nacimiento.....	6
1.1. Justificación.....	7
1.2 Objetivos	8
1.3 Datos generales	9
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	10
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes	10
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.	11
2.3 Examen físico.....	11
Paciente lúcida y colaboradora, ubicada en tiempo y espacio.....	11
2.4 Informaciones exámenes complementarios realizados	13
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	15
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	16
2.7 Indicación de la razones científicas de las acciones de salud, considerado valores normales.....	16
2.8 Seguimiento	17
2.5 Observaciones	18
Conclusión	19
Referencia bibliográfica	
Anexos	

RESUMEN

El síndrome de bridas amnióticas es una patología infrecuente y compleja que aparece como producto de una alteración del líquido amniótico y se presenta en el 2 al 3 % de los embarazos y el 0,19 a 8,1 de 10.000 nacimientos.

Su etiología es desconocida, pero existen 3 teorías (endógena, exógena y vascular) que se han descrito con el fin de ayudar en el estudio de este síndrome siendo así la más aceptada la teoría de Torpin o exógena ya que esta nos explica la aparición de las bandas amnióticas como consecuencia de la ruptura entre el corion y el amnios la misma que favorece la aparición de este síndrome originando las bandas amnióticas o anillos de contricción.

Existen muchos factores que influyen en la aparición de este síndrome, siendo los obstétricos los únicos factores que influyeron en la paciente del caso descrito entre estos existen la multiparidad y los abortos a repetición aunque hay una gran lista de factores de riesgos subjetivos de la aparición de este síndrome aunque aún su causa sigue siendo idiopática.

Es importante describir que el método de utilidad diagnóstica en esta patología es la ecografía que nos brinda una imagen subjetiva del problema y la que nos ayudó en este caso.

Estas bandas, aunque comúnmente causan severas malformaciones fetales en este caso en particular no ocasiono ningún tipo de alteración en la anatomía fetal, por lo que los resultados obtenidos fueron satisfactorios y el producto y la madre no presentaron ningún tipo de complicaciones a causa de esta.

Palabras clave: Síndrome de bandas amnióticas, Bandas amnióticas, y Anillos de contricción.

Abstract

The amniotic bridle syndrome is an infrequent and complex pathology that appears as a result of an alteration of the amniotic fluid and is presented in 2 to 3% of pregnancies and 0.19 to 8.1 of 10,000 births.

Its etiology is unknown, but there are 3 theories (endogenous, exogenous and vascular) that have been described in order to help in the study of this syndrome being the most accepted Torpin or exogenous theory since this explains the appearance of the amniotic bands as a consequence of the rupture between the chorion and the amnion, which favors the appearance of this syndrome, originating the amniotic bands or rings of constriction.

There are many factors that influence the appearance of this syndrome, being the obstetric the only factors that influenced the patient of the case described among these are the multiparity and repeated abortions although there is a large list of subjective risk factors of the appearance of This syndrome although its cause is still idiopathic.

It is important to describe that the diagnostic method in this pathology is the ultrasound that gives us a subjective image of the problem and the one that helped us in this case.

These bands, although commonly cause severe fetal malformations in this particular case did not cause any alteration in the fetal anatomy, so the results obtained were satisfactory and the product and the mother did not present any type of complications because of it.

Key words: Amniotic bands syndrome, amniotic bands, and rings of constriction.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de bridas amnióticas fue descrito por primera vez en el año de 1832 por Montgomery con distintas terminologías, Síndrome de bridas amnióticas, anillos de contricción, bandas amnióticas etc. (Msc. Gonzalez Salvat Rosa Maria, 2013)

Este síndrome es caracterizado por ocasionar múltiples malformaciones fetales a casusa de los anillos de constricción que originan estas pseudofibras originadas de la ruptura del amnios y corion como lo describe Torpin en su teoría exógena , este refiere en su teoría que la aparición de este síndrome es a consecuencia de una disrupción entre el amnios y corion, que podría ser provocada por diversos factores como: traumatismos uterinos o abdominales, procedimientos invasivos(amniocentesis, biopsia de vellosidades coriónicas entre otras) (Msc. Gonzalez Salvat Rosa Maria, 2013)

Realizar un diagnóstico de este síndrome puede ser difícil pero las imágenes ultrasonográficas son de gran ayuda. (Solano, 2018)

El siguiente análisis de caso se presentó en una gestante de 32 años múltipara sin antecedentes patológicos personales y obstétricos de gestas 7, partos 3, abortos 4; cursa con embarazo de 39 semanas por fecha de última menstruación 05/04/17, acude a emergencias referida de su hospital local con diagnóstico de trabajo de parto en fase activa más ruptura prematura de membranas y signos ecográficos de bridas amnióticas más oligohidramnios

I.MARCO TEÓRICO

1.1. Síndrome de bridas amnióticas.

El síndrome de bridas amnióticas o también llamado bandas amnióticas es una patología poco frecuente y compleja en nuestro medio, pero no deja de ser importante su estudio ya que sucede siempre en presencia de una alteración del líquido amniótico, que aparece en alrededor del 2-3% de los embarazos entre 0,19 y 8,1 por 10. 000 nacimientos (Dr. Araujo C Juan C, 2016)

Sin embargo su etiopatogenia es controversial, la cual básicamente consiste en una serie de lesiones fetales provocadas o asociadas a la presencia de una brida amniótica que puede originar el estrangulamiento o lesiones en diferentes partes fetales en el interior del útero que conlleva a malformaciones originadas por alteraciones como: disrupciones (bandas constrictivas, amputaciones y acrosindactilia); deformidades por el efecto compresivo que ejerce la pared uterina sobre el cuerpo fetal (secundario al desarrollo de oligohidramnios) y disminución de los movimientos fetales; y, malformaciones (Bau, 2016)

La manifestación más común producto de la presencia de las bridas amnióticas es la deformidad de las extremidades, variando en severidad desde anillos de constricción hasta la amputación de las mismas. Otros hallazgos presentes son la seudosindactilia, múltiples defectos craneofaciales, viscerales y de la pared abdominal además parálisis de nervios periféricos. Se relaciona con prematuridad, bajo peso (menor a 2500 gramos) y ruptura prematura de membranas. (Solano, 2018)

1.2. Factores de riesgo que influyen en la aparición de las bandas amnióticas:

Sociodemográficos	Obstétricos
<ul style="list-style-type: none">• Edad materna < 20 años• Embarazo no planeado o no deseado• Exposición a la cocaína• Alcoholismo• I Habitar en una zona de altitud > 2000 m sobre el nivel del mar.	<ul style="list-style-type: none">• Nuliparidad• Multiparidad• Aborto a repetición• Trauma uterino o abdominal• Hemorragia en el embarazo• Oligohidramnios• Retiro de dispositivos intrauterinos• Biopsia de vellosidades coriales o amniocentesis• Bajo peso para la edad gestacional (Solano, 2018)

1.1.2. Etiología:

El síndrome de bridas amnióticas es de etiología incierta.

Existen 3 hipótesis etiológicas:

1. Teoría endógena o displasia focal fetal (Street) 1930
2. Teoría exógena (Torpin, 1965)
3. Teoría vascular (Van Allen) 1981 (Solano, 2018)

Teoría de Street (1930) o endógena

Esta teoría propuso la existencia de anomalías en la formación del desarrollo del disco embrionario, pero esta teoría explica la aparición de las malformaciones fetales mas no la aparición de las bandas por lo que nos sirve como una hipótesis de la aparición de las malformaciones precoces en la presentación del síndrome. (Solano, 2018)

Teoría de Torpin (1965) exógena

Esta teoría se basa en la en una explicación mecánica la cual explica que las bridas serian la causa de la ruptura prematura del saco amniótico, la cual originaria la formación de bandas fibróticas amniocorionicas. (Solano, 2018)

Teoría de Van Allen (1981) o vascular

Esta teoría es capaz de explicar las anomalías fetales externas como internas, la cual describe las malformaciones fetales a casusa de un evento por falta de aporte vascular que conllevan a procesos de necrosis y hemorragias. (Solano, 2018)

1.1.3. Fisiopatología

La fisiopatología de este síndrome aún no está definida por una sola teoría, pero se tienen en cuenta la teoría exógena anteriormente descrita como las más aceptables para describir la aparición de las bridas amnióticas. (Lawson Castillo Angie Marcela, 2017 vol 5 n° IV)

La causa de la ruptura resulta desconocida, sin embargo, se han citado varios mecanismos entre los que destacan: trauma abdominal, infección, amniocentesis, exposición materna a drogas y reducción del volumen del líquido amniótico. Además, la ruptura del saco amniótico conlleva a oligohidramnios con la disminución de los movimientos fetales y el aumento de la presión de las paredes uterinas sobre éste, lo que provocaría las deformidades. (Lawson Castillo Angie Marcela, 2017 vol 5 n° IV)

1.1.5. Factores multifactoriales y genéticos que causan la ruptura del amnios:

- Amniocentesis
- Exhibición materna a narcóticos
- Contaminaciones bacterianas en las cápsulas amnióticas.
- Oligohidramnio.
- La disrupción de la membrana amniocorial en fases iniciales de las semanas de formación, ayudan la aparición de bandas amnióticas (Paulina, 2015).

1.1.6. Diagnóstico

El diagnóstico de esta condición es difícil, ya que estas líneas son fácilmente confundibles en la ecografía. En muchos casos, el síndrome de banda amniótica se detecta a través de sus efectos sobre el cuerpo del feto, como el edema, la amputación, entre otros. Normalmente, la ruptura del amnios se produce en el final del primer trimestre de embarazo y el comienzo del segundo, pero en algunos casos, puede también ocurrir a una etapa posterior. (Solano, 2018)

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Se puede llegar a un diagnóstico del síndrome de bridas amnióticas durante el embarazo mediante estudios de ultrasonido y características que esta refleja la misma que nos ayuda diferenciar esta patología de cualquier otra. (Padilla, 2015)

Características ecográficas de bridas amnióticas:

Las características ecográficas de las bridas amnióticas son de mucha importancia al momento de la realización de una ecografía rutinaria ya que mediante características específicas podemos llegar a un diagnóstico temprano de la enfermedad el mismo que nos permitirá diferenciar esta patología de otras y a su vez si el producto lo amerita realizar una cirugía intrauterina que

favorezca la calidad de vida extrauterina del producto. Entre las características ecográficas que ayudan a diferenciar esta patología de otra tenemos:

- Ausencia de flujo Doppler: ya que estas bandas no poseen ningún tipo de circulación.
- Bandas ecorefringentes
- Trayectoria firme que pierden continuidad al momento de formar anillos de contricción.

Diagnóstico diferencial

Si al realizar un ultrasonido visualizamos una imagen sugestiva de banda amniótica, se debe hacer el diagnóstico diferencial con lo siguiente:

- a) Lóbulo succenturiado de la placenta:** masa separada de vellosidades coriónicas conectadas con el resto de la placenta a través de vasos dentro de las membranas. Al aplicar el ultrasonido doppler, presenta flujo sanguíneo.
- b) Adherencias intrauterinas:** se observa una doble capa de amnios y corion. Al aplicar el ultrasonido doppler, hay vascularidad con pulso arterial concordante con la frecuencia cardíaca materna.
- c) Sinequia:** proceso cicatricial intrauterino secundario a legrados o cirugías.
- d) Tabique uterino:** remanente del tabique medio secundario a la alteración mulleriana. Está localizado en el fondo uterino, con base más ancha que el extremo libre, no tiene contacto con el feto y, en su interior, es posible identificar flujo vascular de origen materno. Cuando las bandas amnióticas se asocian con anomalías fetales, debe descartarse teratogénesis (que incluye infecciones intrauterinas por Toxoplasma, virus de la rubéola, citomegalovirus, herpes y otras.) (Solano, 2018)

1.1.7. Tratamiento antes del nacimiento

Si el síndrome de bridas amnióticas se detecta durante la etapa fetal tratamiento puede ser mediante la fetoscopia (cirugía intrauterina) que es una opción en casos específicos este tipo de cirugía permite destruir las bandas, logrando así la liberación de las partes fetales afectadas (Padilla, 2015)

Contraindicación de la fetoscopia

Esta no se realiza si el cordón umbilical o cualquiera de los órganos vitales están involucrados. Por lo general, la cirugía fetal se realiza sólo después de completar el séptimo mes de embarazo. (Padilla, 2015)

Tratamiento después del nacimiento

El tratamiento más común del síndrome de banda amniótica es una cirugía reconstructiva o plástica. A largo plazo la terapia física u ocupacional también es recomendable. (Padilla, 2015)

1.1. Justificación

Es importante el conocimiento de este síndrome ya que al ser poco frecuente suele pasar desapercibido y en su mayoría es identificado al final de la gestación sea por aborto o parto.

Hoy en día la medicina nos permite observar mediante imágenes ecográficas el desarrollo normal o anormal del embarazo, por lo que la realización de ultrasonido es de gran importancia y es una herramienta de gran ayuda al momento de diagnosticar este tipo de síndromes.

Por esto la importancia del caso descrito el mismo que se realiza con el fin de incentivar al personal médico la investigación, el conocimiento y realización de distintos artículos y proyectos con información actualizada que nos dé una visión más amplia de este síndrome.

1.2 Objetivos

Objetivo general

Analizar el síndrome de bridas amniótica presente gestante de 39 semanas.

Objetivos específicos

1. Especificar factores de riesgo asociados a las bridas amnióticas en el gestante de 39 semanas.
2. Determinar características ecográficas presentes en la gestante 39 semanas.

1.3 Datos generales

Nombres: J.N.D.A

Fecha de nacimiento: 03/02/1985

Edad: 32 años

Sexo: femenina

Lugar de nacimiento: Santa Elena

Nacionalidad: Ecuatoriana

Estado civil: Casada

Hijos: 3

Grado de Instrucción: Primaria

Ocupación: Ama de casa

Dirección: Calle Mariano Merchán diagonal al funeral Valdivia

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Gestante de 32 años de edad múltipara multigesta sin antecedentes de salud anterior y obstétricos de gestas 7, partos 3, aborto 4 refiere haberse realizado todos los controles pertinentes en su área de salud y no haber presentado ningún tipo de complicaciones hasta ahora que acude a emergencia referida del hospital de su localidad con cuadro clínico de embarazo de 39 semanas por fecha de última menstruación 05/04/17, dolor tipo contráctil en hipogastrio que se irradia a región lumbar más pérdida de líquido por vagina de más menos 5 hora de evolución además porta ecografía con diagnóstico de oligoamnios.

Motivo de consulta

Dolor tipo contráctil en hipogastrio pérdida de líquido por vagina

Antecedentes patológicos personales:	<ul style="list-style-type: none">● Niega
Alergias:	<ul style="list-style-type: none">● Niega
Operaciones previas:	<ul style="list-style-type: none">● Niega

Antecedentes ginecológicos:

Menarquia:	<ul style="list-style-type: none">● 12 años
Ciclos menstruales:	<ul style="list-style-type: none">● 28/07
Inicio de relaciones sexuales:	<ul style="list-style-type: none">● 15 años
Parejas sexuales : 1	Antecedentes obstétricos: <ul style="list-style-type: none">● Gestas: 7● Partos: 3● Abortos: 4
Periodo intergenésico:	<ul style="list-style-type: none">● 2 años 6 meses
Antecedentes patológicos familiares:	Madre hipertensa y con reciente accidente cerebrovascular.

Controles en centro de salud:	<ul style="list-style-type: none"> ● 5 controles
Vacunación:	<ul style="list-style-type: none"> ● Completa

Consolidación de medicamentos

Toma regularmente hierro y ácido fólico desde el comienzo del embarazo una tableta diaria.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Presenta síntomas y signos de un embarazo normal con 39 semanas de gestación en trabajo de parto a término sin complicaciones aparentes.

2.3 Examen físico

Paciente lúcida y colaboradora, ubicada en tiempo y espacio.

Control de signos vitales:

- Temperatura: 36.5°C.
- Pulso: 88 x min.
- Respiración: 20 x min.
- Tensión arterial: 100/70 mmHg.
- Saturación de Oxígeno: 99%

Cabeza: Normocéfalo

Cuello: Sin adenopatía

Tórax:

- Simétrico
- Campos pulmonares ventilados
- Ritmo cardíaco normal

Abdomen:

- Distendido por embarazo de 39 semanas
- Altura uterina de 34 centímetros
- Feto único vivo
- Dorso izquierdo
- Frecuencia cardiaca fetal 148 latidos por minuto
- Posición cefálica
- Movimientos fetales presentes
- Dinámica uterina palpable 2 contracciones en 10 minutos

Pelvis:

- genitales externos normales

Especuloscopia:

- Vagina con pliegues presentes, no signos de infección vaginal, cérvix de múltipara con orificio cervical externo abierto con salida de moco sanguinolento.

Tacto vaginal:

Cérvix central orificio cervical dilatado dilatación 4 centímetros

- **Borramiento** 60%
- **Presentación** cefálica occipitoilica izquierda
- **Plano:** III
- Membranas íntegras

Extremidades:

Sin edema.

2.4 Informaciones exámenes complementarios realizados

EXAMENES DE LABORATORIO

GLÓBULOS BLANCOS (WBC)	8.61 UL
GLÓBULOS ROJOS (RBC)	4.12 UL
HEMOGLOBINA (HGB)	12.4 g/dL
HEMATOCRITO (HCT)	37.7 %
PLAQUETAS	170.0 UL
FORMULA LEUCOCITARIA	
NEUTROFILO	66.5%
LINFOCITO	24.4%
MONOCITO	7.9%
EOSINOFILO	1.0%
BASOFILO	0.2%
GRUPO SANGUINEO	O
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	11 seg
GLUCOSA EN AYUNAS	97 mg/dL
UREA	11.4 mg/dL
CREATININA	0.58 mg/dL
ACIDO URICO	4.4 mg/dL
PRUEBA CUALITATIVA PARA SIFILIS	No reactivo
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	32 seg
FACTOR RH	Positivo
HIV	No reactivo

ECOGRAFIA:

Dx: embarazo de 35-36 semanas, se observa producto único vivo, frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, volumen de líquido amniótico 14.3 cm, placenta con calcificaciones (madura), presentación fetal cefálica donde se observa imagen ecográfica de banda amniótica que por su recorrido semeja estar enlazada a cuello fetal

- Presentación Cefálica
- Diámetro Biparietal: 8.4 Cm
- Circunferencia Cefálica: 31 Cm
- Circunferencia Abdominal: 32.7 Cm
- Longitud Del Fémur: 6.6 Cm
- Frecuencia Cardiaca Fetal: 148 LPM
- Índice De Líquido Amniótico: 14.3 Cm

MONITOREO FETAL

- Categoría I
- Curva reactiva
- Línea basal con 148 latidos por minuto

Dinámica uterina de 3 contracciones en 10 minutos

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

Debido a las manifestaciones clínicas que refiere la paciente se puede obtener diferentes diagnósticos, la sintomatología que nos describe nos lleva a en primera instancia a pensar en un trabajo de parto normal, ruptura prematura de membrana y un posible síndrome amniocorial por hallazgo ecográfico.

Diagnóstico diferencial:

- Circular de cordón
- Tabique uterino

Diagnóstico presuntivo

- Ruptura prematura de membranas
- Síndrome De Bandas Amnióticas
- Trabajo De Parto Fase Activa

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Trabajo de parto en fase activa más síndrome de bridas amnióticas

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Según (Helping Hands Foundation, 2016) en donde se puede establecer que el principio se muestra cuando, a la apertura del embarazo, se rasga el amnios y el corion. Y se forman bandas fibrosas que flota en el amniótico que llegan a ocasionar serios daños en la anatomía fetal.

Esta ruptura puede ocurrir como consecuencia de traumatismos o legrados a repetición y se debe realizar estudios que nos permitan realizar procedimientos oportunos como una fetoscopia en el séptimo mes de embarazo.

2.7 Indicación de la razones científicas de las acciones de salud, considerado valores normales.

Según (Castillo, 2013) en el desarrollo del estudio se puede establecer el síndrome de bandas amnióticas (SBA) es el conjunto de anomalías embrionario como consecuencias de la compresión que ejercen las mismas en el feto, originando malformaciones y amputaciones. Este síndrome es un complicado estudiar. La procedencia primordial es comprometida a la ruptura precoz del amnios con el corion.

Este síndrome ha recibido múltiples denominaciones, entre las que se rodean: complejo ADAM (amniótico, deformidades, adhesión, mutilación), encadenamiento de disrupción amniótica, El SBA se ha relacionado con ciertos factores, como traumatismos abdominales, malformaciones uterinas, amniocentesis (biopsia de vellosidades coriónica), etcétera.

2.8 Seguimiento

Se ingresa a la gestante al área de emergencia valoración ginecoobstetrica se contacta dinámica uterina efectiva y dilatación cervical se realiza ecografía, se confirma diagnóstico de bridas amnióticas y se indica control de signos vitales , exámenes complementarios, medicación cloruro de sodio 1000ml al 0,9% a 20 gotas por minuto antibiótico profiláctico con cefazolina 2 gramos stat, luego su pase a quirófano para terminación de embarazo por cesárea.

Se realiza cesárea segmentaria más salpingectomía bilateral se confirmó la presencia de la bridas amnióticas , la misma que presentaba un color blanco, de textura fina alargada la cual aparecía desde la en parte inferior de la placenta por delante del cuello fetal sin ocasionar daño al producto luego de esto se obteniendo recién nacido único masculino, líquido claro, llanto al nacer, Apgar 8 /9, se pinza cordón, peso de 2566 gramos se obteniendo resultados satisfactorios, puérpera es llevada al área de recuperación en condiciones estables y score mama 0.

2.5 Observaciones

Luego de la cesárea realizada a la puérpera y haber obtenido un producto masculino sano con peso de 2566 gr se continúa con la siguiente medicación en sala control de signos vitales, cuidados de enfermería, score mama cada 4 horas, limpieza de herida, terapia del dolor con cloruro de sodio 1000ml al 0,9% más 300 mg de tramadol y 20 mg de metoclopramida pasar a 20 gotas por minuto, ampicilina 1 gramo intravenosa cada 6 horas con el fin de prevenir infección.

Luego de transcurrido 46 horas de ingreso se da el alta hospitalaria en condiciones estables de la paciente y se prescribe ampicilina 500 mg vía oral por 7 días, paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días, se da consejería en planificación familia, se recomienda lactancia a libre demanda y control por consulta externa.

Conclusión

- Llego a la conclusión luego del estudio realizado a la paciente y su respectivo análisis de caso que los factores influyentes en la aparición del síndrome de bandas amnióticas o bridas amnióticas fueron netamente obstétricos como la multiparidad y los abortos a repetición que conllevaron a legrados.
- Es necesario continuar con estudios de esta patología y la diferenciación de las características ecográficas que nos ayuden a la identificación del síndrome, para ello es importante saber que las bridas amnióticas se caracterizan por ser avascular, de trayectoria irregular discontinuada y en imágenes ecografía de bandas finas ecorrefringentes.

Referencia bibliográfica

Dr. Araujo C Juan C, D. G. (2016). Síndrome de Bidas Amnióticas o Bandas de Contricción Congenitas. *Botica*, 1.

G Lee, K. (2015). *Síndrome de bridas amnióticas*. Carolina.

Helping Hands Foundation. (2016). *Bandas amnióticas / Síndrome de bandas amnióticas*. Obtenido de <http://infogen.org.mx/bandas-amnioticas-sindrome-de-bandas-amnioticas/>

Lawson Castillo Angie Marcela, V. B. (2017 vol 5 n° IV). Reporte de caso con tratamiengto intrauterino. *Revista clinica de la escuela Medica UCR HSJD*.

medicacapacitacion. (2017). *Síndrome de bandas amnióticas*. Obtenido de blog.medicacapacitacion.com/sindrome-de-bandas-amnioticas

Msc. Gonzalez Salvat Rosa Maria, D. Q. (2013). Síndrome de bandas amnióticas / Amniotic band Syndrome . *Revista Cubana de obstetricia y ginecologia . Cuba*.

Padilla, R. G. (2015). Complejo de deformidades amnióticas, adhesiones , mutilaciones: Interminable debate. *Hospital Infantil de Mexico*, 6.

Paulina, L. (2015). *SINDROME DE STREETER CON BRIDAS AMNIÓTICAS*. Obtenido de <https://stopcancerinfantilvzla.wordpress.com/2015/01/28/pauli-nuestra-primera-guerrera/>

Solano, D. L. (2018). Secuencias de bandas amnióticas , una actualización Argentina. 5.

Anexos

IMAGEN ECOGRAFÍA REALIZADA A LA PACIENTE EN EL MOMENTO DE SU INGRESO DONDE SE VERIFICA EXISTENCIA DE BRIDA AMNIOTICA.



VISUALIZACIÓN DE BANDA AMNIOTICA

