

## CASO CLÍNICO

# Síndrome de Alcoholismo fetal (SAF). Reporte de un caso y Revisión de literatura

## Fetal Alcoholic Syndrome (FAS). Case report and review

Cristóbal Rodríguez-Caballero\*, Ana Novoa Alvarez\*\*, Karen Erazo\*\*

**RESUMEN.** El propósito de este artículo es describir a un paciente femenino recién nacido de madre de 47 años de edad con alto consumo de alcohol durante su embarazo. Obteniendo producto con características clínicas, radiológicas que son compatibles con síndrome de alcoholismo fetal (SAF), que por sus complicaciones propias de la enfermedad fallece a las 15 horas de nacida.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de alcoholismo fetal, displasia tanatofórica.

**ABSTRACT.** The purpose of this article is to describe a newborn female patient born of a forty-seven years old woman with a high alcohol consumption during her pregnancy. The newborn had the clinical and radiological characteristics that are compatible with the fetal alcoholic syndrome (FAS) dying 15 hours after being born by her own complications of the illness.

**KEY WORDS:** Fetal alcoholic syndrome. tanatophoric dysplasia.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de alcoholismo fetal (SAF) ocurre en un 30 a 40% de las mujeres que consumen más de 70 mL de alcohol absoluto al día (5). Consiste en una serie de alteraciones como ser deficiencia en el crecimiento en el período pre y post natal, anomalías del sistema nervioso central, fisura palpebral corta, micrognatia, **raicrocefalia**, tetralogía de Falop, anomalías en genitales externos (7). Los aspectos genéticos no se conocen en su totalidad.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una recién nacida, hija de una madre de 47 años,

unión libre, alfabeta con una historia ginecocrónica de G=Ü, P=II, A=O, C=O, HV=2, con un hijo vivo aparentemente normal. Alcohólica crónica, 4-6 cervezas por día con un promedio de 288 cervezas durante los primeros seis meses de embarazo. Esposo con diabetes mellitus. no insulino dependiente, fumador, alcoholismo crónico.

**Examen Físico:** se trata de una recién nacida a término, de 37 semanas por Dubowitz, de 3220 gr con talla de 49 cm., con perímetro cefálico de 32 cm, con perímetro torácico 33 cm. con perímetro abdominal de 33 cm, con longitud de miembros tanto superiores como inferiores de 11 cm. Parto vía vaginal único, cefálico de extracción fácil con Apgar de 3,7 y 10 al 1.5 y 10 minutos, con maniobras convencionales de reanimación, recién nacido post término, pequeño para

\*Pediatria Consulta Externa de Pediatría, Hospital de Especialidades Instituto Hondureño de Seguridad Social.

\*\*Resistente III de Postgrado de Pediatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras-

su edad **gestacional**, hipoactivo. hiporreactivo, **hipertónico**, rosado. Además se encontraron petequias en región frontal microencefálica, exoftalmos, hipoplasia de línea media facial, hemorragia subconjuntiva.

ORL: atresia de coana izquierda, puente nasal bajo, micrognatia, pabellón auricular con implantación baja, aieteo nasal, tórax con tiraje intercostal quejido auscultable con un Silverman Anderson de tres cardiopulmonar sin anomalías.

Extremidades: displasia de falange media con surcos palmares transversales.

Piel: descamación superficial gruesa, teñida de meconio, uñas largas impregnadas.

Neurológico: reflejo de Moro asimétrico.

Idx= RN post AEG.

- Displasia tanatofórica tipo I
- ANS de RR (Recuperación rápida)
- SDR secundario a ANS

Manejo: ingreso a la Sala de Cuidados Intensivos neonatales con líquidos intravenosos y oxígeno en campana cefálica.

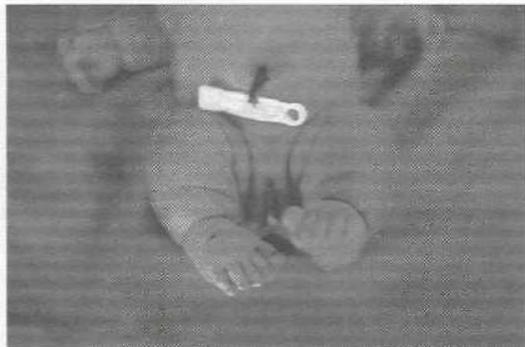


Fig. 1 Recién nacido tanatofórico, acortamiento de extremidades, tórax estrecho, exoftalmos.

## EVOLUCIÓN CLÍNICA

Se complementaron estudios de gabinete. Rx (cardiomegalia) a las 5 horas de vida presenta cianosis, llanto fuerte con S/A=3 a las 10 horas una descompensación cardíaca, cianosis central, crépitos bilaterales con hígado a 5 cms B.R.C.D. presentaron además salida de orina por cordón umbilical por lo que se pensó en uraco permeable, se inicia cobertura antibiótica uso de furosemida y dado el deterioro progresivo se colocó en apoyo ventilatorio no pudiéndose revertir el proceso (tórax restrictivo) falleciendo a las 15 horas de vida.

## DISCUSIÓN

Se ha estimado que aproximadamente dos millones de mujeres en U.S.A. son alcohólicas. Con la prevalencia de 1-2/1000 nacidos vivos y única causa de retardo mental altamente prevenible. El 25-50% de los niños con SAF incluyen anomalías cardíacas, el 80% de ellos son pequeños para su edad gestacional (1).

**FISIOLOGÍA.** El alcohol y sus metabolitos (acetaldehído) producen su efecto a través de síntesis de proteínas lo cual influye en el crecimiento y morfología del cerebro y otros tejidos del recién nacido, las manifestaciones más severas, del efecto a la exposición del alcohol han sido reportadas en 30-40% de mujeres alcohólicas severas.

Sin embargo, fue hasta 1973 que Jones y colaboradores describieron características en niños nacidos de mujeres alcohólicas e introduciendo el término de SAF.

Durante el embarazo en exposición crónica de **alcohol** la frecuencia de abortos espontáneos ha sido alta, así como de óbitos. El SAF ocurre en 30-40% de mujeres que consumen más de 60 mL de alcohol absoluto al día. (2).

El diagnóstico es básicamente clínico y basado en los antecedentes maternos de alcoholismo durante el embarazo con las siguientes características clínicas: microcefalia, fisura palpebral corta, labio superior delgado, nariz corta, retardo mental, temblores, hiperreactividad, exoftalmos, ptosis palpebral, pérdida de audición, fisura palpebral corta, anomalías cardíacas (defecto septal. Tetralogía de **Fallot**), anomalías de genitales externos. Histológicamente hay: alteraciones de osificación endocardial, hipertrofia de discos de crecimiento, que sugiere anomalías esqueléticas.

Existen dos tipos de displasia tanatoforica, tipo I que se caracteriza por huesos largos tubulares, curvos, con vértebras estrechas (4,5), tipo II con fémures muy cortos y rectos con vértebras muy estrechas, cráneo con forma de trébol. Ambos tipos son letales, la sobrevivencia de estos niños es de pocos días (1,3).

La marcada dificultad respiratoria causada por una caja torácica pequeña (tórax restrictivo) es la causa de muerte más frecuente en los recién nacidos.

El caso que se ha presentado es una patología rara de encontrar con todas las características clínicas propias del FAS. Mundialmente estamos acorde con las estadísticas presentadas, debemos tomar en cuenta que en nuestro país existen muchos abortos y óbitos a los cuales no se logra determinar con exactitud la causa. Esta patología con los años tiene tendencia a aumentar dado el alto consumo de alcohol por parte de la mujer.

AGRADECIMIENTO. A Dr. Osear González Ardón (fotografía), Dr. Carlos Figueroa (apoyo radiológico) y al personal médico y de enfermería de la Sala de Recién Nacidos del Seguro Social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Toledano, RG. Atlas y Compendio. Primera edición 1986 Mayo. España.
2. Burg L/Wald E/Polin G. Current Pediatric Therapy. 2ª. Edición (16) año 1999.
3. Robert G, Michale C, Stefan L. Syndromes of head and neck. 3ª. Edition, 1990. McGraw Hill.
4. García L, et al. Displasia tanatoforica. Bol Med Hosp. Infant Mex. Feb. 1986, Vol. 43 16:22.
5. Jones L. Kenneth, Smith WD. "Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers". Lancet Saturday, 1973 June: 7815.
6. Nelson Behrman. Tratado de la Pediatría 16 edición pag. 1134-1146.
7. Steissguth AP, Randels SR Smith DF. A test retest study of intelligence in patients with fetal alcoholism syndrome: implications for care, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991; 30: 584-587.