

CASO INTERESANTE DE LÁMINA AMNIÓTICA

Interesting case of Amniotic Sheet

Yessica Zaldivar Pascua

Gineco Obstetra, Hospital Santa Bárbara Integrado, Santa Bárbara, Honduras

RESUMEN. Antecedentes: Las anomalías de las membranas intrauterinas amnióticas el embarazo incluye 1) bridas amnióticas, 2) adherencias intrauterinas que condicionan las sinequias y las láminas amnióticas y 3) tabiques uterinos. Son un diagnóstico frecuente en el examen ultrasonográfico rutinario en embarazadas. La lámina amniótica es una lámina de tejido aberrante visualizado dentro de la cavidad uterina, resultado de una sinequia que es rodeada por el amnios y el corion que se expande, es de naturaleza benigna, no produce restricción a la movilidad fetal ni deformidad del mismo. **Caso Clínico:** Paciente de 23 años de edad, con historia gineco-obstétrica de 2 gestas, el primer embarazo término en aborto, por lo que se le realizó legrado uterino instrumentado, a las 29 7/4 semanas gestacionales se detecta con ultrasonido convencional, una lámina amniótica completa a nivel del segmento inferior del útero. A las 38 semanas presenta ruptura prematura de membranas, por lo que se realiza cesárea sin complicaciones, obteniéndose recién nacido femenino con APGAR 8 y 9 al 1 5 minutos respectivamente, con peso de 2945 g, sin anomalías estructurales, además la placenta y el cordón umbilical no evidenciaron ninguna anomalía. **Conclusión:** Las anomalías de las membranas amnióticas son de reciente descripción y se desconoce su frecuencia, la lámina amniótica es más común que las bandas, la etiología no está bien establecida, pero una de las teorías más aceptada es que son consecuencia de sinequias, debido a infecciones, procedimientos quirúrgicos, instrumentación uterina, entre ellos el legrado como se presentó en este caso. **Palabras clave:** Sinequias uterinas, lámina amniótica, embarazo.

INTRODUCCIÓN

La lámina o sábana amniótica fue descrita ultrasonográficamente por primera vez por Mahony et al., en 1985 como una capa aberrante de tejido con un borde libre visualizado dentro de la cavidad amniótica sin restricción de la movilidad fetal o deformidad fetal.^{1,2} Histológicamente está formada por 4 capas, dos capas de amnio y dos de corion, fenotípicamente tiene una base amplia a lo largo de la pared uterina y puede o no extenderse a la pared contralateral.^{3,4} La causa de la formación de la lámina amniótica no es totalmente conocida pero se ha sugerido que es producto de sinequias uterinas que han sido rodeadas por el amnios y el corion que se expande durante el embarazo, las sinequias son consecuencia de infecciones, instrumentación uterina (por dilataciones, curetajos o legrados) y cesáreas previas hasta en un 50 % de los casos.⁵⁻⁸ Su incidencia es de 0.45-0.6% de todas las embarazadas y se ha asociado a partos pre término, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, también se asociado a primeras cesáreas a causa de presentación anormal del feto.^{4,6,8}

Es importante hacer la diferenciación entre cada una de las y bandas amnióticas ya que estas últimas tienen un peor pronóstico. Las bandas amnióticas fueron descritas por primera vez por Torpin et al., en 1968 quien propuso la teoría exógena que es la más aceptada hasta la fecha en la cual menciona que las bandas son producto de una ruptura prematura del amnios lo cual lleva subsecuentemente a que se enrede o enrolle varias partes embrionarias o fetales por bandas fibrosas de mesodermo que emanan del lado coriónico del amnios, causando linfedema, amputación o cicatrices; afortunadamente su incidencia es baja alrededor de 0.08%.^{6,7,8}

Algunos han sugerido que las láminas amnióticas tienen relación con una mayor probabilidad de muerte fetal intrauterina,^{2,6} también en un estudio se encontró que en mujeres embarazadas con diagnóstico láminas amnióticas la morbilidad era del 22.3% comparado con un 8.2 en embarazadas sin este diagnóstico.⁹ Tan et al.,⁶ publicó una serie de casos donde clasificó las láminas amnióticas en completas e incompletas, la completa es una septación transversa de la cavidad uterina la cual tiene una pequeña perforación que no es visible en el ultrasonido y se observa como una lámina sin borde libre. Una lámina amniótica incompleta es aquella en la cual hay un borde libre flotante visible en cualquier plano.

Tan también describió un incremento de la mortalidad asociada a la variedad completa, e hipotetizó que esa pequeña perforación de la lámina completa puede predisponer a que se prolapse el cordón umbilical por el agujero causando la muerte.⁶ Sin embargo, la mayoría de los autores y la evidencia apoyan el curso benigno de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 23 años de edad sin antecedentes patológicos personales o familiares de importancia, con historia gineco-obstétrica de 2 gestas, la primera término en aborto, por lo que se le realizó legrado uterino instrumentado. El presente embarazo en control médico desde las 10 7/5 semanas de gestación, cursando con amenaza de aborto en el primer trimestre. Ultrasonido convencional a las 10 7/5 y 19 7/5 semanas gestacional fueron normales. A las 29 7/4 semanas gestacionales con ultrasonido 2D se identifica una lámina amniótica completa a nivel del segmento inferior del útero (Figura 1 A y B), y con ultrasonido 3D, se comprueba dicho hallazgo de lámina amniótica completa sin compromiso fetal (Figura 1C y D). Se programa para cesárea electiva a las 38 semanas, pero se presenta un día previo a la fecha programada por ruptura

Recibido para publicación 06/12, aceptado 07/12

Dirección para correspondencia: Dra. Yessica Zaldivar, Santa Bárbara, Santa Bárbara, Barrio el Farolito, Número 4325. Correo E: yessi_zaldiva@yahoo.com

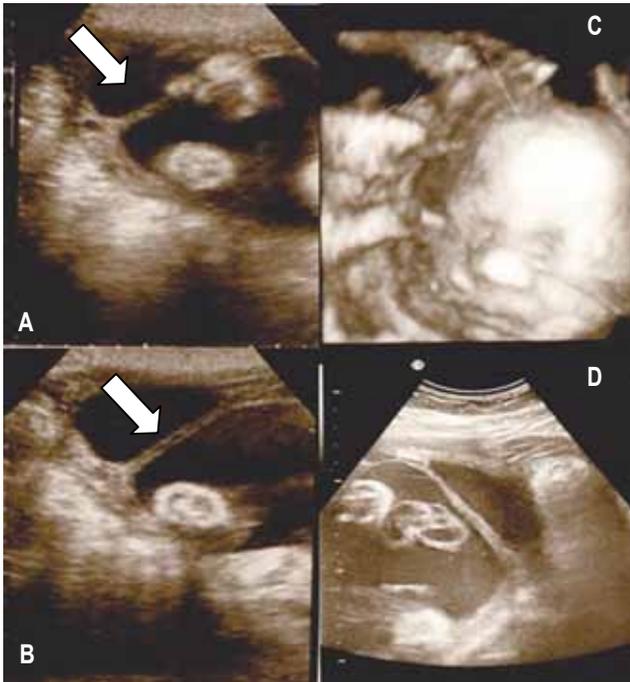


Figura 1: A, B con ultrasonido 2 D, cortes sagitales, muestran muestra lámina completa sin borde libre en borde inferior del útero (flecha); figuras C, D ultrasonido 3D, corte sagital mostrando que no hay compromiso fetal por parte de la lamina amniótica.

prematura de membranas de 2 horas de evolución, por lo que se realiza cesárea sin complicaciones, obteniéndose recién nacido femenino con APGAR 8 /9 un peso de 2945 gr y sin ninguna anomalía estructural, la placenta y el cordón umbilical no evidenciaron ninguna anomalía (Figura 2).

Consideraciones Éticas

Se explicó a los padres el hallazgo incidental de la entidad y se realizó consentimiento informado por escrito para la publicación del caso con las fotografías del ultrasonido y la recién nacida.



Figura 2: Recién nacido femenino, sin deformidades anatómicas.

DISCUSIÓN

Las membranas intrauterinas en el embarazo incluye las de origen fetal como las bridas amnióticas y las de origen materno-fetal la cual abarca las adherencias intrauterinas que condicionan las sinequias y las láminas amnióticas y los tabiques uterinos. Son un diagnóstico frecuente en el examen ultrasonográfico rutinario en embarazadas, con una incidencia de 1:200, el diagnóstico diferencial entre ella adquiere una gran importancia debido a la diferencia en la morbilidad materna y fetal ocasionada por cada una de ellas.²

Las sinequias fueron descritas por Asherman² en 1950 como una causa de defectos en la cavidad endometrial, pero los hallazgos ultrasonográficos fueron originalmente descritos por Mahony en 1985,¹ y fueron los primeros en utilizar el término de sábana o lámina amniótica, definidas como una capa de tejido visualizada dentro de la cavidad uterina, son sinequias que no tienen relación con las paredes laterales uterinas, e histológicamente se ha comprobado que están formadas por doble capa de amnios y corion que se expande,⁹ estas sinequias pueden ser producto de instrumentación uterina (usualmente curetaje o legrado), como se observó en este caso que se reporta, cesáreas previas o episodios de endometritis, otros reportes además mencionan que pueden ser complicación de la ablación endometrial, usado para tratamientos de sangrados disfuncionales o inclusive de secundaria amniocentesis.^{4,5,9} Las cuales no se asociación con malformaciones o mortalidad fetal,^{1,2} en el caso que se presenta el recién nacido nació sin malformaciones y en excelentes condiciones. Sin embargo algunos autores han relacionado la variedad completa de la lámina amniótica, así como, su implantación en el tercio inferior uterino a una mayor morbilidad fetal.⁷

En nuestro paciente existía el antecedente de legrado uterino previo, que en algunos estudios se ha observado como antecedente, hasta en el 78% de casos.⁹ No hubo muerte intrauterina o perinatal aun cuando la paciente presento la variedad completa de la lámina amniótica y estando ubicada en el tercio inferior, que según Tan y col⁷ ha sido un doble factor de riesgo en el incremento de la mortalidad fetal uterina, hasta el momento no existen criterios que definan la vía de evacuación del producto sin embargo por esta asociación se decidió realizar cesárea a esta paciente. Es interesante anotar que en un estudio se observó que la presencia de lámina amniótica aumenta el riesgo de ruptura prematura de membrana,⁹ como se presentó en la paciente objeto de este artículo.

Los hallazgos en este caso concuerdan con lo reportado en la mayoría de la literatura, apoyando la asociación de la lámina amniótica con procedimientos uterinos previos, de igual forma, que la presencia de la lámina amniótica parece estar asociada a complicaciones como la ruptura prematura de membranas y no provoca deformidades en el feto demostrando el curso benigno de esta entidad.

REFERENCIAS

1. Mahony BS, Filly RA, Callen PW, Golbus MS. The amniotic band syndrome: antenatal sonographic diagnosis and potential pitfalls. *Am J Obstet Gynecol.* 1985 ;152(1):63-8.
2. Pons A, Sáez R, Sepulveda W. Brida Amniótica, Sinequia intrauterina y tabique mulleriano: etiopatogenia, diagnóstico diferencial y pronóstico. *Rev Chil Ultrasonog.* 2005;8:51-58.
3. Özkavukcu E, Haliloğlu N, Gray-Scale and Color Doppler Us Findings of Amniotic Sheets. *DiagnIntervRadiol.*2012;18(3):298-302.
4. Nelson ID, Grobman WA. Obstetric Morbidity Associated with Amniotic Sheets, *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;36:324–327.
5. Stamm E, Waldstein G, Thickman D, Mcgregor J. Amniotic Sheets: Natural History and Histology. *J Ultrasound Med.* 1991;10(9):501-4.
6. Daaloul W, Ouerdiane N, Masmoudi A, Ben Hamouda S, Bouguerra B, Sfar R. Epidemiological profile, etiological diagnosis and prognosis of uterine synechias: report of 86 cases. *Tunis Med.* 2012;90(4):306-10.
7. Tan KBL, Tan TYT, Tan JVK, Yan YL, Yeo GSH. The Amniotic Sheet: a Truly Benign Condition?, *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;26:639–43
8. Lazebnik N, Hill LM, Many A, Martin JG. The Effect of Amniotic Sheets Orientation on Subsequent Maternal and Fetal Complication. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996;8:267-71.
9. Mukul LV, Linn JG. Pregnancy complicated by uterine synechiae after endometrial ablation. *Obstet Gynecol.* 2005;105(5 Pt 2):1179-82.

ABSTRACT

Background: abnormalities of intrauterine amniotic membranes en pregnancy include: 1) amniotic flanges, 2) intrauterine adhesions and synechiae conditioning the amniotic shelf and 3) uterine walls. They are a common diagnosis in routine ultrasonographic examinationen pregnant women. The amniotic shelf is a sheet of aberrant tissue visualized within the uterine cavity, result of a synechia which is surrounded by the amnion and chorion that expands, benign, which does not produce fetal motility restriction nor deformity. **Case Report:** 23 years old patient with obstetric history of two pregnancies, the first pregnancy ended in abortion, so curettage was performed at 29/7 gestational weeks. A complete amniotic shelf was detected at the lower segment of the uterus with 2D and 3D ultrasound. At 38 weeks present premature rupture of membrane and a uncomplicated cesarean section is performed, obtaining a baby girl with an Apgar of 8 and 9 at 1 and 5 minutes respectively with a weight of 2945 g, no abnormalities in placenta and umbilical cord. **Conclusion:** abnormalities of the amniotic membranes are newly described and their frequency is unknown, the amniotic shelf is more common than the amniotic band, the etiology is not well established but one of the most accepted theories is that they are a result of synechiae due to infections, surgical procedures, uterine instrumentation, include curettage as in this case.

Keywords: Synechiae uterine, sheet amniotic, pregnancy