

Caso clínico

EMBARAZO GEMELAR COMPLICADO POR LA MUERTE DE UN FETO

Alejandro Bautista*, Farid Rodrigo M.**, Fernando Martínez***

Primigestante de 16 años que consulta al Instituto Materno Infantil con gestación por amenorrea confiable de 34 semanas y por altura uterina a término (33 cmts). La ecografía obstétrica evidencia un embarazo gemelar, monocorial, biamniótico, con un feto muerto, placenta G II/III, líquido amniótico normal, con la siguiente biometría:

Primer gemelo: DBP: 83 mm; DT: 86 mm; L \bar{F} : 52 mm.

Segundo gemelo: Sin actividad cardíaca; LF: 52 mm.

Se practica Monitoría sin estrés que muestra feto reactivo, se induce maduración pulmonar con Dexametasona, 12 mgr IM c/12 h por dos dosis, perfil de coagulación materno normal (TP:13' Plaquetas: 250.000).

A las 50 horas del ingreso inicia trabajo de parto espontáneo, se decide no útero-inhibir, obteniéndose fruto masculino de 2.300 gr, apgar 8/10 al minuto, con edad gestacional por capurro de 34 semanas. El segundo gemelo nace a los 10 minutos envuelto en su saco amniótico y unido a la placenta.

El departamento de patología reporta: feto macerado de 32 semanas con peso de 850 gramos, sin evidencia de malformaciones congénitas y una placenta monocorial biamniótica con múltiples comunicaciones anastomóticas entre las circulaciones con histología normal. La evolución madre-hijo fue normal.

Discusión: Se considera en nuestro medio que uno de cada cien embarazos será múltiple y entre el 0.5 al 6.8% de estos se complicarán con la muerte de uno de los fetos (1). Embom estimó que el 46% de los gemelos sobrevivientes sufren morbilidad o muerte (4), dependiendo principalmente del grado de comunicación entre las circulaciones, la edad gestacional y el tiempo que transcurre entre la muerte fetal y el parto del sobreviviente (5).

Las causas de muerte de un gemelo se pueden correlacionar al tipo de placentación y cigosidad del embarazo múltiple, así: en los gemelos monocoriales monoamnióticos los accidentes del cordón umbilical y las anastomosis vasculares son la causa; en los gemelos monocoriales biamnióticos sobresalen las anastomosis vasculares, y en los gemelos bicoriales la inserción velamentosa del cordón (1).

Robertson, en un estudio de placentas monocoriales, encontró anastomosis vasculares en 55 de 56 placentas, sin embargo no se encontró evidencia clínica de transfusión gemelo-gemelo en la mayoría de los casos, explicándose el fenómeno por la presencia de múltiples balances entre las derivaciones, por ejemplo una anastomosis arterio-venosa compensada por una veno-arterial (6).

Las comunicaciones vasculares están implicadas fisiopatológicamente en la mayoría de complicaciones de los embarazos gemelares, así pueden causar crecimiento disarmónico entre los fetos, hidrops fetal no inmune, causar la muerte de uno de los fetos, muerte que al ocurrir antes de la décima semana causa el síndrome de desaparición de un gemelo, además estas comunicaciones vasculares pueden estar implicadas en el paso de sustancias tromboplásticas del feto muerto al vivo en quien se puede generar CID y necrosis por trombosis de tejidos como cerebro, riñón y piel, descrita en la clínica como encefalomalasia multiquística (7).

El riesgo materno de presentar CID es casi categórico, siendo mayor luego de transcurridas 6 semanas de la muerte fetal (7).

Hay acuerdo que pese a tener riesgo de morir el feto sobreviviente, el manejo ha de ser conservativo hasta alcanzar la madurez pulmonar, ya que las estadísticas han demostrado que la principal causa de muerte en el feto sobreviviente está relacionada con la prematuridad; durante este tiempo se debe estar vigilando el bienestar fetal aconsejándose el perfil biofísico. La vía del parto ha de ser vaginal, al menos que exista formal indicación para la cesárea, siendo importante la monitoría intraparto, así como el pinzamiento precoz del cordón umbilical.

Además de la transfusión feto-fetal, se describen como causa de crecimiento discordante las anomalías congénitas, implantación anómala de placenta, apretamiento mecánico de las partes fetales, arteria umbilical única y la inserción anormal del cordón (3).

Como criterios ecográficos diagnósticos de crecimiento discordante entre gemelos, tenemos: diferencia entre los DBP mayor de 5 mm; diferencia entre las circunferencias abdominales mayor de 20 mm o entre las circunferencias cefálicas diferencia mayor al 5% y por último cuando hay diferencia entre los pesos fetales estimados mayor del 15%.

Conclusiones: El embarazo gemelar complicado por la muerte de uno de los fetos, implica riesgos tanto para el feto sobreviviente como para la madre, que deben ser monitorizados estrictamente hasta confirmar la madurez pulmonar y proceder a terminar la gestación.

BIBLIOGRAFIA

1. Cheron PH, et al. Multiple pregnancy with late death of one fetus. *Obstetric and Gynecol* 1989; 74: 318-320.
2. Benson R. Embarazo múltiple. Diagnósticos y tratamientos ginecobstétricos. *El manual moderno*, México 1989; 339.
3. Blickstein I, Lancet M. The growth discordant twin. *Obstetric Gynecol Survey* 1988; 43: 509-515.
4. Embom JA. Twin pregnancy with intrauterine death of one twin. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 424.
5. MacLennan AH. Clinical characteristics and management. *Multiple gestation Maternal-Fetal Medicine, principles and practices*. Philadelphia, WB Saunders Co. 1989; 587.
6. Robertson EG, Neer KJ. Placental injections studies in twin gestation. *Am J Obst Gynecol* 1983; 147: 170-173.
7. Carlson NJ, Towers CV. Multiple gestation complicated by the death of one fetus. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 685-689.
8. Alton ME, et al. Intrauterine fetal demise in multiple gestation. *Acta Genet Med Gemellol* 1984; 33: 43-49.
9. Blickstein I. The twin-twin transfusion syndrome. *Obst and Gynecol* 1990; 76: 714-722.

* Estudiante postgrado 2º año Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional.

** Docente adscrito Dpto. Obstetricia y Ginecología Universidad Nacional.

*** Estudiante postgrado 2º año Obstetricia y Ginecología, U. Nacional. Instituto Materno Infantil. Santafé de Bogotá, D.C. Carrera 10 No. 1-99