

Manejo del embarazo gemelar cuando muere uno de los fetos

OMAR MENDEZ

Se presenta un caso de embarazo gemelar manejado en forma conservadora después de la muerte de uno de los fetos. Con base en él, y en una revisión bibliográfica, se hacen recomendaciones para el seguimiento y el manejo del gemelo sobreviviente y énfasis sobre las posibles complicaciones materno-fetales.

PALABRAS CLAVE
EMBARAZO GEMELAR
GEMELO MUERTO
MANEJO CONSERVADOR

INTRODUCCION

El embarazo gemelar se presenta aproximadamente en 1% de todos los embarazos y es, en sí mismo, un factor de riesgo. Con el fin de disminuir la morbimortalidad perinatal se debe hacer diagnóstico temprano mediante la ecografía. La muerte de uno de los fetos es una de las situaciones más difíciles que pueden ocurrir en un embarazo gemelar; cuando tiene lugar al comienzo de la gestación es posible que no haya complicaciones pero al suceder durante fases avanzadas sí se dan, tanto en la madre como en el feto sobreviviente.

La tasa de morbilidad asociada a la muerte *in utero* de uno de los gemelos puede alcanzar 46.2%; se han reportado secuelas neurológicas en el sobreviviente en 20% de los casos; la morbilidad materna es secundaria al agotamiento del fibrinógeno.

Se informa a continuación un caso de manejo conservador de un embarazo gemelar ante la muerte de uno de los fetos.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 36 años (Historia Nº 1250376 del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín); grávida 4, para 3, abortos 0. El primer parto fue por cesárea debido a desproporción cefalopélvica (DCP); el segundo con fórceps y el recién nacido murió a las seis horas por síndrome de dificultad respiratoria (SDR); el tercero, como el primero, se hizo por cesárea a causa de DCP; su cuarto embarazo es el actual.

FUM desconocida; en la ecografía se hallan embarazo gemelar de 15 semanas, bicorial, biamniótico y placenta previa parcial; fetos vivos (febrero 9/1990).

DR. OMAR MENDEZ, Profesor Asistente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

EXAMEN FISICO

Peso: 66.5 kg; PA: 110/70; sistema cardiopulmonar normal; altura uterina 23 cm; hernia umbilical; exámenes de laboratorio iniciales: normales.

Tuvo sangrado vaginal a finales de febrero de 1990 que cedió con el reposo durante cuatro días de hospitalización.

fueron normales; las ecografías mostraron gemelo vivo normal; se dio de alta el 27 de junio/90.

En julio 3/90 se inició aplicación IM de betametasona, 12 mg iniciales, 12 mg 24 horas después y 12 mg cada 8 días hasta la semana 34 con miras a acelerar la maduración pulmonar; los controles semanales de ecografía, pruebas de coagulación y NST fueron normales.

TABLA Nº 1

CONTROLES PRENATALES

FECHA (1990)	PESO (Kg)	EG* POR ECOGRAFIA (sem)	ALTURA UTERINA (cm)	FETOCARDIA (p/min)
Marzo 15	68.3	16	24	144
Abril 26	70.0	22	30	144
Junio 14	77.7	30	32	144
Julio 3	72.0	33	36	144
Julio 13	73.1	34	34	144
Julio 26	73.6	35	35	140

La presión arterial fue 100/70 en todo momento. La presentación fue cefálica excepto en julio 26 cuando fue podálica.

*EG: edad gestacional

En la ecografía de mayo 24/90 se describe embarazo bicorial, biamniótico; el primer feto vivo con 26 a 27 semanas y el segundo muerto aproximadamente a las 20 semanas; ambos en posición cefálica.

En junio 7/90 se decide seguir el embarazo efectuando pruebas de coagulación previas, maduración pulmonar y ecografías seriadas. Se hallaron PA: 120/70, pulso: 80/m. Examen físico general normal; altura uterina: 33 cm. Ruidos fetales: 136/min; presentación cefálica; hernia umbilical con anillo de 3 x 3 cm.

Se hizo el diagnóstico de multigestante precesareada y embarazo gemelar con un feto muerto; debido al riesgo de coagulación intravascular diseminada (CID) se la hospitalizó para un mejor manejo; durante esta hospitalización tuvo actividad uterina y se controló con betamiméticos; tuvo dos registros sin estímulo (NST) reactivos; las pruebas de coagulación

En agosto 6/90 se hospitalizó para terminar el embarazo; se practicaron cesárea segmentaria, corrección de eventración y tubectomía. Se obtuvo feto masculino en posición podálica, de 2.520 gm, 46 cm de talla, Capurro 37 semanas, Apgar 6-8; líquido amniótico claro, no meconiado. Segundo feto macerado. Placenta con calcificaciones. La evolución postparto fue normal.

Se dio de alta en buenas condiciones el 8 de agosto de 1990.

REVISION DE LA LITERATURA

Es difícil encontrar informes extensos sobre este problema; en general se trata de publicaciones ocasionales (1) o de algunas revisiones; la entidad se ha descrito gracias al advenimiento de la ecografía que permite el diagnóstico precoz del embarazo gemelar, de la muerte fetal *in utero* y de su evolución posterior.

Es importante conocer el tiempo de la muerte fetal con el fin de evaluar las complicaciones a través del

TABLA N° 2
RESUMEN DE LAS ECOGRAFIAS

FECHA (1990)	FETOS	DBP* (cm)	EG** (sem) según DBP	LF *** (cm)	EG (sem) según LF	ACTIVIDAD	CIGOCIDAD	PLACENTA
Febrero 12	Primero Segundo	2.0 2.3	12.0 12.5			+ +	Biamniótico	Previa parcial
Marzo 15	Primero Segundo	3.7 3.6	17.2 17.0	2.2 2.1		+ +	Biamniótico Biamniótico- Bicorial	Previa parcial Grado 0
Mayo 24	Primero Segundo	6.8 4.5	27.0 20.0	4.8 3.7	26 21	+ -	Biamniótico- Bicorial Cabalgamiento óseo	LA****normal Grado II
Junio 21	Primero Segundo	7.7	31.3			+ -	Apelotona- miento óseo	LA normal Grado III
Julio 13	Primero	8.3	34.0	6.5	33	+		LA normal Grado II-III

*DBP: diámetro biparietal
 **EG: edad gestacional
 ***LF: longitud del fémur
 ****LA: líquido amniótico

embarazo. Las evidencias sugieren que la muerte de uno de los gemelos en el primer trimestre es de buen pronóstico para el que sobrevive (2); por ecografía se ha documentado la reabsorción de uno de los sacos de modo que en el momento del parto puede hallarse sólo un remanente embriológico; en contraste, el feto papiráceo se origina por la muerte fetal durante el segundo trimestre; esta modalidad se observa con mayor frecuencia en los embarazos bicoriales y se asocia con algún grado de morbilidad feto materna (3).

El fenómeno de la transfusión feto-fetal puede ocurrir con la muerte tardía del feto transfusor; el tratamiento en estos casos puede ser, según las complicaciones materno-fetales, conservador o llegar a la terminación inmediata del embarazo; esta complicación se ha observado principalmente en embarazos monocoriales.

En un estudio colaborativo perinatal, hecho en 1977 en los EE.UU. (4) se encontró una prevalencia de 3.7% de casos de embarazo gemelar monozygótico muerto. Enbon en 1954 (5) calculó que entre 0.5 y 6.8% de todos los embarazos gemelares podrían complicarse con la muerte *in utero* de uno de los fetos.

Con el manejo expectante se ha reportado una ganancia de 2 a 12 semanas entre el diagnóstico y el momento del parto; tal manejo incluye evaluación frecuente del feto sobreviviente y del estado materno, especialmente en lo que se refiere a una posible CID.

COMPLICACIONES MATERNAS

La CID es una entidad que se asocia a la retención del feto muerto *in utero*; su progresión no necesariamente es fulminante; no se evidencia falla en la hemos-

tasia si se retiene el producto por menos de cuatro semanas pero sí ocurre, aproximadamente en 25% de los casos, cuando la retención se prolonga más.

Parece que la CID se origina por liberación de tromboplastina del feto muerto tanto a la placenta como a la circulación del sobreviviente. Se presenta por activación de la vía extrínseca de la coagulación (7). Una vez demostrada se puede hacer tratamiento con heparina IV o SC (1) con el fin de que el feto vivo adquiera la madurez pulmonar necesaria para sobrevivir después del nacimiento.

EVOLUCION DEL GEMELO SOBREVIVIENTE

Benirschke en 1961 (9) implicó al gemelo muerto como responsable de los problemas del sobreviviente; describió los cambios anatomopatológicos en un recién nacido que murió con posterioridad a la muerte tardía de su gemelo; halló necrosis cortical renal, infartos esplénicos y necrosis cerebral con múltiples trombos de fibrina que taponaban los vasos; propuso que la tromboplastina, pequeños coágulos o detritus, pueden llegar a la circulación del feto vivo a través de anastomosis placentarias y desencadenar la muerte.

El seguimiento conservador mediante ecografías seriadas es recomendable en toda gestación múltiple con el fin de buscar anomalías del crecimiento o la muerte de uno de los gemelos y alertar así al obstetra sobre las complicaciones que se pueden presentar. La ecografía permite en la mayoría de los casos diagnosticar el estado de cigocidad fetal. Si las placentas están separadas y se visualiza el septo, posiblemente es bicorial; si se ve una sola placenta y el septo es muy tenue o delgado probablemente es monocorial; la diferencia en el septo es más fácil de ver en el primer trimestre; si ello no se logra se debe repetir la ecografía en el segundo trimestre (1).

Todos los gemelos dizigóticos y 30% de los mono- zigóticos son bicoriales (su división ocurre en los tres primeros días post-fertilización) (11).

CONCLUSIONES

Con el avance de la ecografía, el control estricto del feto vivo y la búsqueda de la CID como complicación materna, se puede hacer un manejo conservador del embarazo gemelar ante la muerte de uno de los fetos. Si se diagnostica CID se pueden admi-

nistrar heparina IV o SC o transfusiones hasta inducir maduración pulmonar en el feto y programar la terminación del parto.

Se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Determinar con cierta precisión el momento en que ocurrió la muerte fetal; muertes tempranas se asocian con buen pronóstico pero se requiere observación estricta del embarazo.

2. Controlar el feto sobreviviente cada ocho o quince días incluyendo ecografías, registros externos, estudios con Doppler y perfil biofísico. La ecografía evalúa si hay anomalías estructurales o del crecimiento y el volumen del líquido amniótico (11); también define el estado de cigocidad.

3. Medición semanal de los factores de coagulación (fibrinógeno, plaquetas, TP, TPT, productos de degradación de la fibrina) y tratamiento con heparina si se diagnostica CID.

4. Parto de acuerdo a la indicación obstétrica y sólo cuando la madre esté hemodinámicamente estable.

5. Uso de esteroides para acelerar la madurez fetal.

6. Atención del parto en una entidad de nivel terciario que cuente con unidad de cuidados intensivos neonatales, ya que existe la posibilidad de presentar graves secuelas.

SUMMARY

CONSERVATIVE MANAGEMENT OF TWIN GESTATION AFTER DEATH OF ONE FETUS

We report on the case of a twin gestation that was conservatively managed after the death of one of the fetuses. Based on this experience and on a bibliographic review on the subject, we make recommendations for the follow-up and the care of these situations, with emphasis on maternal and fetal complications.

BIBLIOGRAFIA

1. LANDY HJ, WEINGOLD AB. Management of a multiple gestation complicated by an antepartum fetal demise. *Obstet Gynecol Survey* 1989; 44: 171-176.
2. LANDY HJ, WEINER S, CORSON SL. The "vanishing twin". Ultrasonographic assessment of fetal disappearance in the first trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 14-19.

3. LIVNAT EJ, BURD I, CADKIN A. Fetus papyraceous in twin pregnancy. *Obstet Gynecol* 1978; 51 (suppl): 41-45.

4. MELNICK M. Brain damage in survivor after in utero death of monozygous cotwin. *Lancet* 1977; 2: 1287-

5. ENBOM JA. Twin pregnancy with intrauterin death of one twin. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 424-429.

6. PRITCHARD JA. Fetal death in utero. *Obstet Gynecol* 1959; 14: 573-580.

7. WEINER AE, DUNCAN E, REID MD. Coagulation defects with intrauterine death from Rh isosensibilization. *Am J Obstet Gynecol* 1950; 60: 1015-1022.

8. SKELLY H, MARIVATE M, NORMAN R. Consumptive coagulopathy following fetal death in a triplet pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 595-596.

9. BENIRSCHKE K. Twin placenta in perinatal mortality. *NY State J Med* 1961; 61: 1499.

10. BLICKSTEIN I, LANCET M. The growth discordant twin. *Obstet Gynecol Survey* 1988; 43: 509- 515.

11. BURKE MS. Simple fetal demise in twin gestation. *Clinic Obstet Gynecol* 1990; 33: 69-77.

12. HOLLENBACH KA, DURLIN EH. Epidemiology and diagnosis of twin gestation. *Clinic Obstet Gynecol* 1990; 33: 3-9.