

Hospital Materno Infantil "10 de Octubre"

ÓBITO DE UN GEMELO

Dra. María Peraza Torres,¹ Dra. Regla O'Farrill Garrido² y Dr. Edilberto Gómez Cardoso³

RESUMEN: La muerte anteparto de uno de los gemelos se reporta en 1:184 nacimientos gemelares, otros señalan 3,7 % de frecuencia. La literatura no reporta complicaciones en la madre. La coagulación intravascular diseminada en el sobreviviente se reporta sobre todo cuando el óbito está macerado y tiene placentación monocoriónica. Presentamos 2 casos ocurridos en el Hospital Materno Infantil "10 de Octubre". El primero de los casos se detectó el óbito de uno de los gemelos a las 22,5 semanas y nacieron a las 40; el sobreviviente no presentó complicaciones y nació con buen peso. El segundo caso se detectó a las 36,6 semanas con maceración del óbito, el sobreviviente falleció a los 10 días de nacido por enfermedad hemorrágica secundaria al síndrome de feto muerto. En ambos casos había una sola placenta y eran biamnióticos. No se recogieron alteraciones hemáticas de la madre en ninguno de los casos.

Descriptores DeCS: **GEMELOS/genética; FETO/anomalías; PARTO NORMAL/mortalidad.**

La muerte anteparto de uno de los gemelos es una rara complicación obstétrica. Enbom¹ presentó 2 casos, así como la ocurrencia encontrada en la literatura y según su trabajo, este accidente ocurre en 1:184 nacimientos gemelares; otros autores² han encontrado una frecuencia de 3,7 %.

En muchos de estos casos se recoge el antecedente de hipertensión en el embarazo, como una situación inducida o agravada por las gestaciones múltiples.^{3,4}

A veces la muerte del gemelo depende de una accidente funicular, generalmente si es un embarazo monoamniótico o la inserción del cordón es velamentosa.

Son mínimas las complicaciones para la embarazada y no existe el riesgo de coagulación intravascular diseminada, aunque se ha reportado disminución leve de los niveles de fibrinógeno.

El neonato sobreviviente está expuesto a enormes riesgos, pues está sujeto al

¹ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructora.

² Especialista de I Grado en MGI.

³ Residente de 3er año en Obstetricia y Ginecología.

mismo medio adverso que causó la muerte del primero. Debido a la poca frecuencia de estos eventos; hemos entendido útil para el conocimiento de obstetras y neonatólogos, la presencia de estos casos.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1. Paciente NCE; HC: 244127; G3P1 (cesárea gemelar) A1 (espontáneo) con antecedentes de hipertensión arterial crónica y RH negativo. Se captó el embarazo con 11,5 semanas y recibió 6 controles en consulta, con una ganancia de 8 kg de peso; curva de altura uterina y tensión arterial normal hasta el ingreso a las 22,5 semanas y el diagnóstico de gestación gemelar biamniótica con un feto muerto, dada por ultrasonido Feto 1 diámetro biparietal (DBP) 50 mm, Feto 2 DBP 41, lo que coincidía con la edad gestacional.

Se realizó glicemia, orina, serología, hemograma con diferencial, exudado vaginal, prueba de Coombs, coagulograma evolutivo, y todo fue negativo. Además, se indicó ultrasonido evolutivo después del diagnóstico donde se comprueba la evolución anatómico del feto muerto y retenido.

Se realizó seguimiento ultrasonográfico cada 15 días, a las 29 semanas el DBP del Feto 1 fue de 73,4 mm y el Feto 2 DBP de 31 mm, a las 39,5 semanas el líquido amniótico se encontraba aumentado con una inserción placentaria posterior alta Grado II, no ofreciendo un DBP confiable, no se visualizaba el feto papiráceo, perfil biofísico de 8 puntos, cardiotocografía (CTG) evolutivo normal.

Se decide operar a la paciente a las 40 sem, y se obtiene un feto femenino, con un peso de 3 000 g y Apgar 9/9. El otro feto obtenido resultó papiráceo y una sola placenta pequeña. Se da el alta al bebé a los 5 días, después de haber tenido una

evolución normal. La madre no presentó complicaciones.

Caso 2. Paciente BMS; HC: 355100; G/2P0A1 (provocado), con antecedentes personales de ser Rh negativo, se captó el embarazo con 10,5 semanas, una ganancia de 5 kg de peso, curva de tensión arterial normal y altura uterina con signo de más, hasta el ingreso a las 26,4 semanas con el diagnóstico de embarazo gemelar biamniótico.

Se realizó glicemia, proteínas totales, parcial de orina, prueba de Coombs y todos fueron negativos. La hemoglobina y hematocrito mostraron anemia, por estudio se comprobó déficit de hierro. Se realizó ultrasonido obstétrico a las 23 semanas y se observó: Feto 1 DBP 55mm y LF 39 mm, Feto 2 DBP 52 mm y LF 39 mm, placenta Grado 1 anterior, a las 32 semanas se observó: Feto 1 DBP 78 mm y Feto 2 DBP 80 mm, ambos fetos con buena vitalidad, placenta Grado II derecha.

La paciente se pone de parto y se obtiene un primer feto vivo, cefálico, de sexo masculino, Apgar 6/8 peso de 2 290 g, líquido amniótico meconial. Se produce parto en avalancha del segundo gemelar, con feto muerto macerado en pelviana, de sexo masculino, líquido amniótico meconial, con un peso de 1 720 g.

El primer gemelar muere por enfermedad hemorrágica secundaria a síndrome de feto muerto a los 10 días. La madre no presentó complicaciones.

Discusión

El embarazo gemelar constituye un cuadro importante, que linda entre lo fisiológico y lo patológico, por tanto no es exagerado considerar que un embarazo con fetos múltiples es un embarazo complicado, con un elevado índice de morbilidad.

El embarazo gemelar ocurre con una frecuencia de 1 por cada 90 partos. Con el advenimiento del ultrasonido como método auxiliar diagnóstico, de un estudio de 1 000 embarazos en el primer trimestre, se encontró una tasa de embarazo gemelar de 3,29 % donde se identificaban los 2 fetos, de estos el 21,2 % perdieron uno de los fetos, hecho conocido como fenómeno del gemelo evanescente. Este hecho puede observarse no sólo en el estado embrionario, si no que también puede ocurrir la resorción completa del producto de la concepción, en etapas más avanzadas.^{3,4-6}

El gemelo fallecido puede ser notablemente comprimido junto a la placenta y demás anejos ovulares e identificarse como *gemelo compresus* o muy aplanado por la pérdida de líquido, que constituye el feto papiráceo.^{3,7,8}

Las gestaciones gemelares se acompañan de una mayor frecuencia de defectos placentarios y del cordón, inserción velamentosa y marginal, una sola arteria umbilical, vasos previos y son los gemelos monocoriónicos los más expuestos a dicho peligro, además estos pueden morir por el síndrome de transfusión intergemelar o sufrir lesiones por embolización.^{1,5}

La coagulación intravascular diseminada en el sobreviviente se observa fundamentalmente cuando existen anastomosis vasculares placentarias intergemelares que permiten, a los productos hemáticos del feto muerto, llegar al vivo, especialmente si se trata de un feto macerado. Una vez más estos sucesos ocurren con mayor frecuencia en la placentación monocoriónica. Algunos autores señalan una tasa de mortalidad del gemelo sobreviviente de 50 %, en caso de placenta monocoriónica y 0 % en placentas dicoriónicas.^{2,3,9}

Otra complicación del embarazo gemelar es la alteración que puede ocurrir en el crecimiento de los gemelos, llamada "discordancia gemelar" y cuya causa más probable es la transfusión intergemelar, este cuadro se puede diagnosticar cuando los pesos fetales difieren en más de 1 kg, más frecuente también en las placentaciones monocoriónicas.^{10,11}

El diagnóstico de placenta dicoriónica puede hacerse por examen ultrasonográfico, al detectar gemelos de sexo contrario o 2 placentas; lo cual no ocurrió en el segundo caso presentado, pues se trataba de 2 fetos masculinos y se informa la presencia de una placenta.

SUMMARY: The ante partum death of one of the twins is reported in 1:184 twin births. Others report 3,7% of frequency. Complications among mothers are not found in literature. The intravascular coagulation disseminated in the survivor is reported above all when the dead fetus presents maceration and monochorionic placentation. The authors present 2 cases occurred at the "10 de Octubre" Maternal and Children Hospital. In the first case the death of one of the twins was detected at the 22.5 weeks and they were born at the 40 weeks. The survivor had no complications and his birth weight was good. The second case was detected at the 36.6 weeks with maceration of the dead. The survivor died 10 days later from hemorrhagic disease secondary to the syndrome of dead fetus. In both cases there was only one placenta and they were biamnionic. There were not haematic alterations of the mother in any of the cases.

Subject headings: *TWINS/genetics; FETUS/abnormalities; NATURAL CHILDBIRTH/mortality.*

Referencias bibliográficas

1. Enbom JA. Twin pregnancy with intrauterine death of one twin. *J Obstet Gynecol* 1985;152(4):427-9.
2. Gall SA. Embarazo gemelar. *Clin Perinatol* 1988;15(1).
3. Cunningham FG, Mac donal PC, Gant NF, et al. *Obstetricia de Williams* 4ta ed. Barcelona: Masson, 1996:875-900.
4. Roque R. Embarazo múltiple. En: Rigol Ricardo O. *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1984:88-94.
5. Moore CM, Mac Adams J, Shuterland J. Intrauterine disseminated intravascular coagulation: a syndrome of multiple pregnancy with a dead twin fetus. *Pediatr* 1969;74(4):523-8.
6. Landy HJ, Wiener S, Corson SL, et al. The vanishing twin: ultrasonographic assessment of fetal disappearance in the third trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155:14-9.
7. Schwarcz RL, Duuerges CA, Díaz GA, et al. *Obstetricia*. 4ta ed. Editorial El Ateneo, 1989:211-4.
8. Mannino F, Jones KL, Benirschkek Kerner J. Delayed delivery of a fetus papyraceus twin. *Am J Obstet Gynecol* 1954;68:1185.
9. Robertson JG. Twin pregnancy: morbidity and fetal mortality. *Obstet Gynecol* 1964;23:330-7.
10. Hanna JH, Hill JM. Single intrauterine fetal mortality demise in multiple gestation *Obstet Gynecol* 1984;63:126.
11. Hancy AF, Crenshan MC, Dempsey PJ. Significance of biparietal diameter difference between twins. *Obstet Gynecol* 1978;51:609-13.

Recibido: 9 de marzo del 2000 Aprobado: 24 de abril del 2000.

Dra. *María Pérez Torres*. Calle Primelles No. 361, entre Santa Teresa y Daoiz. Cerro, Ciudad de La Habana, Cuba.