

Caso Clínico

EMBARAZO GEMELAR CON UN ÓBITO: RESCATE MEDIANTE TRANSFUSIÓN INTRAVASCULAR INTRAUTERINA*

Andrés Poblete L.¹, Jorge Carvajal C.¹, Fidel Ferreira N.¹, Luis Kushner D.¹, Bernardita Donoso B.¹, Ruth Durán V.^a, Carolina Robles F.^a, Enrique Oyarzún E.¹

¹Unidad de Medicina Materno Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile

^a Enfermera Matrona

RESUMEN

Se presenta el caso de un embarazo gemelar monocorial con un gemelo muerto a las 24 semanas de embarazo, manejado en forma expectante luego de efectuada una transfusión intrauterina de rescate. La paciente evolucionó con análisis de coagulación dentro de límites normales y pruebas de bienestar fetal satisfactorias. A las 35 semanas de embarazo se asistió un parto vaginal eutócico; el recién nacido, tuvo un examen físico y una ultrasonografía cerebral sin hallazgos patológicos al tercer día de vida.

PALABRAS CLAVE: *Embarazo gemelar monocorial, transfusión intrauterina de rescate*

SUMMARY

We report a monochorionic twin pregnancy with a single intrauterine demise at 24 weeks, who required a rescue intrauterine transfusion. At 35 weeks of pregnancy occurs an spontaneous vaginal delivery, the baby was healthy with a normal cerebral ultrasound scan.

KEY WORDS: *Monochorial twin pregnancy, rescue intrauterine transfusion*

INTRODUCCIÓN

La muerte de un gemelo en un embarazo monocorial constituye una situación de alto riesgo para el gemelo sobreviviente; su posibilidad de morir in útero o en el periodo neonatal es alta, pudiendo alcanzar hasta 38% (1). Otros riesgos, no menos significativos, se refieren a la posibilidad de daño en órganos tales como el riñón, hígado o cerebro con consecuencias irreversibles para su vida postnatal (2).

Las teorías más aceptadas para explicar los daños en el gemelo sobreviviente, corresponden a

la ocurrencia de eventos tromboembólicos de un feto a otro, o bien, a una anemia aguda del sobreviviente, con grave daño en los órganos que tienen irrigación terminal. La pronta interrupción del embarazo ha sido propuesta como una medida eficaz para evitar la progresión del daño; sin embargo, eso es imposible en gestaciones alejadas del periodo de viabilidad fetal.

Se presenta el caso de un embarazo gemelar monocorial con uno de los gemelos muerto, manejado en forma expectante luego de efectuada una transfusión intrauterina de rescate.

*Trabajo leído en la sesión del martes 20 de julio de 2004 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años, primigesta, con embarazo gemelar monocorial biamniótico (Figura 1), de curso fisiológico hasta las 20 semanas. En control ecográfico de rutina, se detecta a las 23 semanas polihidroamnios del gemelo I y oligohidramnios del gemelo II. Con diagnóstico de síndrome de transfusión feto-fetal (Figura 2), se realizaron 3 amniocentesis evacuadoras de aproximadamente 1200 ml de líquido amniótico cada una, en un periodo de 10 días. En control ultrasonográfico seriado, a las 24 semanas se evidencia óbito fetal del gemelo donante. En las horas siguientes al diagnóstico, se realizó determinación de hematocrito y estado ácido-básico fetal mediante punción percutánea de la vena intrahepática del gemelo sobreviviente. Con un valor de hematocrito de 18% y pH 7,37 se realizó transfusión intrauterina de 35 ml de glóbulos rojos IV-O Rh negativo irradiado, con pruebas serológicas negativas. Postransfusión el hematocrito final fue de 37,5%.

La paciente evolucionó con pruebas de coagulación dentro de límites normales (Tabla 1). El crecimiento fetal fue estable en percentil 10 en sucesivos controles ecográficos y las pruebas de bienestar fetal fueron normales. A las 35 semanas de embarazo se asistió un parto vaginal eutócico de recién nacido masculino de 2130 gramos, Apgar 7-9.

La evolución puerperal fue normal, siendo dada de alta al tercer día postparto. El recién nacido, tuvo un examen físico y una ultrasonografía cerebral sin hallazgos patológicos al tercer día de vida. El desarrollo psicomotor ha sido normal hasta el año de vida, con RMN cerebral normal a los 11 meses de vida.

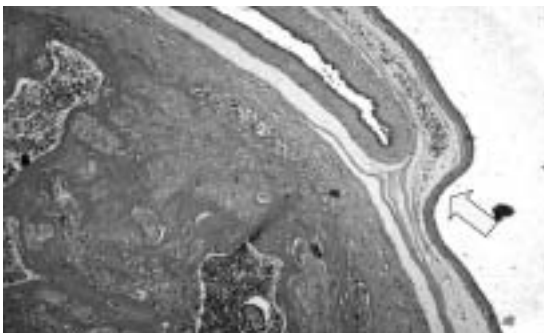


Figura 1. Preparación H&E donde se demuestra la ausencia de corion entre las membranas amnióticas confirmando la corionicidad (monocorial-biamniótico).

DISCUSIÓN

Los reportes de Fusi y Gordon (3) y Okamura y cols (4) en la década del 90, establecieron la existencia de anemia en los gemelos sobrevivientes de embarazos monocoriales biamnióticos, los que junto a los de Nicolini y cols publicados recientemente (5), hacen hincapié en el mal pronóstico perinatal de aquellos fetos que se encontraban anémicos al momento de la cordocentesis. El hallazgo de lesiones cerebrales isquémicas en gemelos monocoriales relaciona el daño cerebral con los cambios hemodinámicos (hipotensión e hipovolemia) a que fueron sometidos estos fetos en el útero (6).

Los casos reportados por Tanawattanacharoen y cols (7) avalan la transfusión intrauterina de rescate para evitar la muerte del gemelo sobreviviente, resaltando la necesidad de realizarla antes de que ocurra acidosis fetal. Senat y cols (8) promueven la cordocentesis en las horas siguientes a la muerte fetal con el objetivo de determinar el pronóstico perinatal de los fetos afectados, ya que aquellos fetos no anémicos tienen en ambas series un excelente pronóstico postnatal.

El diagnóstico de anemia en el gemelo sobreviviente no basta para tomar la decisión de realizar una transfusión intrauterina; debe considerarse además el estado ácido-básico fetal, ya que los reportes existentes en la literatura relacionan la presencia de anemia y acidosis con muerte fetal intrauterina (7).

La detección precoz de lesiones cerebrales secundarias a fenómenos hipóxico-isquémicos requiere un control ultrasonográfico seriado, reser-

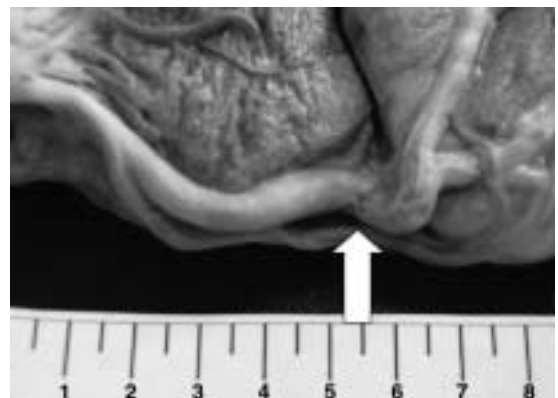


Figura 2. Placenta a nivel de la membrana de separación, nótese la diferencia de color entre la placenta del gemelo muerto (derecha) y el gemelo sobreviviente (izquierda). Anastomosis vascular (flecha).

Tabla I

RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE COAGULACIÓN REALIZADAS A LA PACIENTE DURANTE EL MANEJO EXPECTANTE DEL EMBARAZO

Semanas gestación	26	27	28	29	30	31	32	33
Fibrinógeno mg/dl	962	846	538	452	340	340	305	305
Dímero D ng/ml	3229	3230	3453	4203	4690	7008	5865	6610
Plaquetas x1000/mm ³	306	270	230	240	322	274	203	243

vando la resonancia nuclear magnética para aquellos casos con lesiones sospechosas al ultrasonido. La ausencia de tales lesiones en las 4 semanas siguientes a la muerte de un gemelo debe ser considerada un factor de buen pronóstico.

No existe consenso en la literatura acerca de la necesidad de realizar un control seriado de las pruebas de coagulación maternas en este tipo de casos. Sin embargo, dada la expectativa de prolongar el embarazo más allá de 4 semanas, recomendamos realizar un tamizaje de trastornos de la coagulación, basado en un control de fibrinógeno semanal y pruebas completas de coagulación cuando el valor del fibrinógeno descienda de los 250 mg/dl. No recomendamos utilizar como tamizaje el dímero D o productos de degradación del fibrinógeno (PDF) dadas las grandes fluctuaciones de los valores observados durante el embarazo.

En aquellos casos de muerte de un gemelo lejos del periodo de viabilidad fetal, debemos realizar acciones que permitan prolongar el embarazo con el menor riesgo posible para la madre y el gemelo sobreviviente. El uso de la cordocentesis para valorar el hematocrito y el estado ácido-básico fetal nos permite seleccionar adecuadamente los fetos que se beneficiarán de la transfusión intrauterina de rescate, cumpliendo los objetivos de prevenir la muerte y el daño parenquimatoso del gemelo sobreviviente.

Teniendo en cuenta la frecuencia y complejidad de esta patología se debe considerar el manejo de los casos de transfusión feto-fetal, en los centros terciarios de medicina perinatal. Una adecuada valoración inicial de los casos, la referencia

oportuna y el manejo de acuerdo a la mejor evidencia debe lograr como resultado una disminución de la morbimortalidad atribuida a tan compleja complicación de los embarazos gemelares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nicolini U, Poblete A. Single intrauterine death in monochorionic twin pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999 Nov; 14(5): 297-301.
2. Landi JL, Weinold AB. Management of a multiple gestation complicated by antepartum fetal demise. *Obstet Gynecol Surv* 1989; 44: 171-76.
3. Fusi L, Gordon H. Twin pregnancy complicated by single intrauterine death: problems and outcome with conservative management. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 511-6.
4. Okamura K, Murotsuki J, Tanigawara S, Uehara S, Yajima A. Funipuncture for evaluation of hematologic and coagulation indices in the surviving twin following co-twin's death. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 975-8.
5. Nicolini U, Pisini M, Cela E, Roberts A. Fetal blood sampling immediately before and within 24 hours of death in monochorionic twin pregnancies complicated by single intrauterine fetal death. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 800-3.
6. Larroche JCI, Droulle P, Delezoide AL, Narcy F, Nessmann C. Brain death in monozygous twins. *Biol Neonate* 1990; 57: 261-78.
7. Somchai Tanawattanacharoen, Myles J.O, Taylor, Letsky E, Cox P, Cowan F, Fisk N. Intrauterine rescue transfusion in monochorionic multiple pregnancies with recent single intrauterine death. *Prenat Diagn* 2001; 21: 274-78.
8. Senat M, Bernard J, Loizeau S, Ville S. Management of single fetal death in twin-to-twin transfusion syndrome: a role for fetal blood sampling. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 20: 360-63.