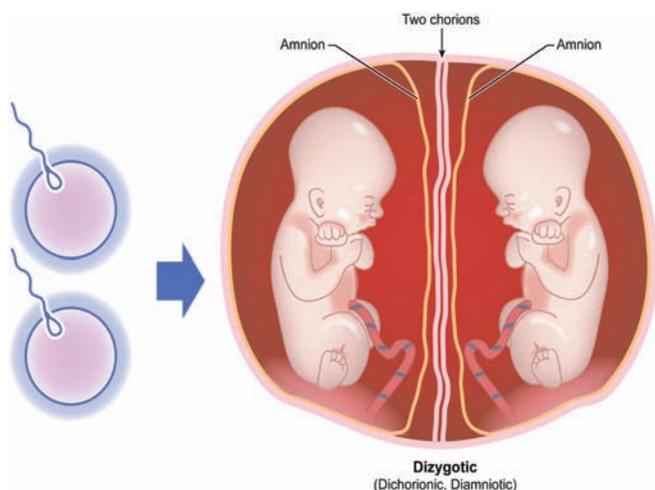


# MANEJO DEL EMBARAZO MÚLTIPLE CON ÓBITO DEL SEGUNDO GEMELO

## Caso Clínico

Dr. Antonio García Flores 1  
Dr. Rolando Iriarte Tamez 2  
Dra. Verónica Ríos L. 3  
Dra. Marlene Cortez Molina 4



### RESUMEN

Se trata de una paciente multigesta, de 26 años de edad, portadora de un embarazo múltiple gemelar, complicado con óbito fetal de un gemelo, en un embarazo de 31 semanas, diagnosticado por estudio de ecografía y Último Periodo Menstrual (UPM). Por la importancia del cuadro, la paciente es referida al Hospital Materno Infantil "Germán Urquidí" (HMIGU), de Tercer Nivel, para su respectiva valoración, complementación de estudios y manejo de sus potenciales complicaciones, como es la coagulopatía de consumo. Después de realizar sus estudios de Biometría Hemática y, sobre todo, pruebas de tendencia hemorrágica, los cuales se encontraron dentro de los rangos normales, se decide su internación y permanencia hasta la resolución del caso, mediante monitoreo permanente, cada 48 horas, de estas pruebas de laboratorio y gabinete.

La paciente, después de llegar a las 35 semanas de gestación, es sometida a una operación de cesárea programada, obteniéndose un producto doble: el vivo, con 2.340 grs. y apgar de 7-9 y el feto óbito papiráceo, con 560 gramos; la placenta es bicorial bioamniótica.

Al cursar un puerperio quirúrgico mediato favorable, la paciente es dada de Alta en buenas condiciones, para su posterior control en consulta externa; sin embargo, es necesario comentar que los profesionales que manejaron el caso bajo Juntas Médicas periódicas, decidieron una conducta conservadora y expectante, en base al producto vivo, conciente de las potenciales complicaciones, inducidas por el óbito fetal del hermano gemelo.

Consideramos que el manejo conservador, valorando permanentemente el bienestar del binomio madre-niño y esperando que esas posibles complicaciones hemorrágicas inducidas por el óbito fetal, que en el caso presentado no se manifestaron, son altamente relevantes para las futuras conductas en casos similares y variantes dentro del HMIGU.

1 Médico Gineco - Obstetra. H.M.I.G.U. Docente Universidad del Valle  
2 Médico Gineco - Obstetra. H.M.I.G.U.  
3 Médico Residente R III. H.M.I.G.U.  
4 Médico Residente R I. H.M.I.G.U.

**PALABRAS CLAVE:** embarazo múltiple, óbito fetal, coagulopatía de consumo.

## INTRODUCCIÓN

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente multigesta, de 26 años de edad, referida al HMIGU, el 26 de marzo del 2009, con el diagnóstico ecográfico de embarazo gemelar de 31 semanas, con primer gemelo vivo y segundo obitado, placenta bicorial bioamniótico, completamente asintomático; sólo se menciona movimientos fetales perceptibles.

### EXAMEN FÍSICO REGIONAL

Paciente femenina, en buen estado general, lúcida, consciente, orientada, con signos vitales dentro de parámetros normales, abdomen globoso, útero gestante con altura de 30 cm, feto vivo en situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica libre con fetocardia de 144, rítmico y regular, segundo gemelo en situación transversa (ecografía): óbito. La actividad uterina completamente negativa.

#### Examen ginecológico

Especular: cérvix posterior cerrado y una vagina de paredes rosadas con flujo vaginal inespecífico. Al tacto: se evidenció una vagina elástica con cérvix posterior blando y cerrado.

Los diagnósticos de internación fueron:

G3 P2, con embarazo gemelar de 31 semanas por FUM y ecografía.

Feto 1 vivo

Feto 2 obitado

Colpitis

Alto riesgo obstétrico

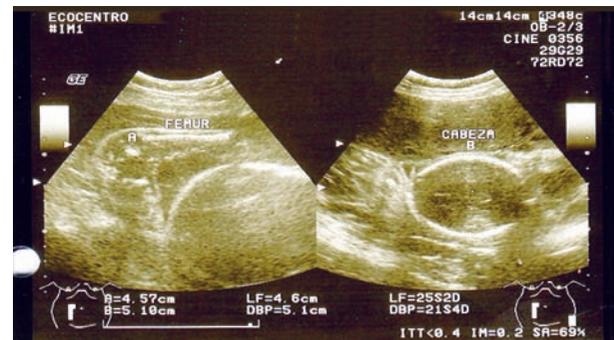
Al ingreso y su posterior hospitalización, bajo control estricto de signos vitales, se realizaron biométrica hemática general de orina, cultivo y antibiograma, ecografía obstétrica y Doppler, más pruebas de tendencia hemorrágica; se procede a la terapia de maduración pulmonar con betametazona y reposo relativo complementario.

Los resultados de laboratorio reportaron, el 27/03/09, nuevos diagnósticos como colpitis, anemia ferropénica, infección urinaria baja, con diagnóstico ecográfico confirmatorio de feto gemelo vivo de 31 semanas y segundo feto gemelo obita-

do de 20 semanas, con placenta bicorial bioamniótica (Figura N° 1).

### FIGURA 1

**GEMELO VIVO DE 31 SEMANAS Y SEGUNDO FETO GEMELO OBITADO DE 20 SEMANAS, CON PLACENTA BICORIAL BIOAMNIÓTICA (ECOGRAFÍA).**



Fuente: Elaboración propia, abril 2009

Después de 35 días de hospitalización, el 30/05/09 se procede a realizar cesárea segmentaria Kerr: Los estudios complementarios no sufrieron modificaciones relevantes; se trata la infección urinaria, con ácido nalidixico; la anemia, con hierro y la colpitis, con cotrimazol. Al examen físico, las características propias del examen abdominal no se modificaron, con excepción del crecimiento uterino a expensas del feto gemelar vivo (AU 30 cm.) (Figura N° 2).

### FIGURA 2

**CRECIMIENTO UTERINO A EXPENSAS DE FETO GEMELAR VIVO**



Fuente: Elaboración propia, mayo 2009

Los hallazgos quirúrgicos fueron:

Primer gemelo vivo en presentación cefálica, femenina, de 2328 gramos de peso, talla 46 cm, P.C. 33 cm. y apgar de 7-9 (Figura N° 3).

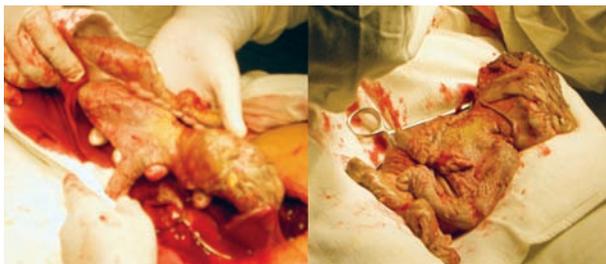
**FIGURA 3  
PRIMER GEMELO VIVO**



Fuente: Elaboración propia, mayo 2009

Segundo gemelo: Papiráceo de sexo femenino de 524 gramos de peso, talla 29 cm. (Figura N° 4). La placenta se presenta bicorial, bioamniótica con líquido amniótico, gemelo vivo 200 cc, claro con escasos grumos, feto obitado, líquido turbio 100 cc.

**FIGURA 4  
FETO OBITADO**



Fuente: Elaboración propia, mayo 2009

## DISCUSIÓN

En la evolución del embarazo múltiple, pueden suceder muchos fenómenos, como el Síndrome de Transfusión Feto-Fetal, con desarrollo asimétrico de ambos fetos y beneficio de uno de ellos, hasta llevarlo a la muerte de su hermano gemelo (1) (2) (3).

Los factores que influyen en la pérdida del embarazo en los gemelos son múltiples: gemelos del mismo sexo, discordancia de tamaño y peso de ambos, así como la placenta monocorial que elevará este desenlace fatal más allá del 20%; los sobrevivientes tendrán una probabilidad significativa de ser anémicos y por lógica tener lesiones intracraneales (46-0%), como la porencefalia y/o parálisis cerebral (3) (4).

La edad gestacional es determinante cuando se produce la muerte del hermano gemelo, porque cuando más precoz sea ésta, menos posibilidad tendrá de afectar al gemelo vivo, quien podrá evolucionar favorablemente hasta el término (6). El temor de manejar conservadoramente un embarazo múltiple, complicado con un óbito fetal del segundo gemelo, induce a pensar en la posibilidad de alteraciones de la coagulación sanguínea llevando a la Coagulación Intravascular Diseminada (CID); sin embargo, hay alternaciones transitorias, fácilmente compensadas y clínica-

**TABLA 1  
Cuadro Comparativo de Estudios de Laboratorio**

| FECHA  | T.COAG. | T.SANG | HB   | FIBRINOGENO | TPT     | INR  | APPT   | G.B    |
|--------|---------|--------|------|-------------|---------|------|--------|--------|
| 26-Mar | 5'30"   | 4'35"  | 11.0 | 544mg/dl    | 12'100% | 1    | 35 seg | 6.700  |
| 30-Mar | 7'35"   | 4'15"  | 11.5 | 395mg/dl    | 12'100% | 1    | 30seg  | 7.300  |
| 02-Abr | 7'40"   | 5'45"  | 11.1 | 380mg/dl    | 12'100% | 1    | 30seg  | 6.800  |
| 05-Abr | 8'35"   | 4'20"  | 11.5 | 420mg/dl    | 13'80%  | 1.17 | 50seg  | 7.200  |
| 07-Abr | 8'45"   | 5'45"  | 10.6 | -----       | 12'100% | 1    | 31seg  | 6.600  |
| 13-Abr | 8'45"   | 3'45"  | 11.6 | 419mg/dl    | 12'100% | 1    | 29     | 5.600  |
| 16-Abr | 12'30"  | 4'15"  | 10.4 | 276mg/dl    | 12'100% | 1    | 30     | 6.100  |
| 21-Abr | 10'50"  | 4'10"  | 10.8 | 447mg/dl    | 12'100% | 1    | 29     | 5.600  |
| 24-Abr | 7'30"   | 3'45"  | 10.4 | 429mg/dl    | 12'100% | 1    | 30     | 10.000 |
| 28-Abr | 7'30"   | 7'30"  | 10.7 | 447mg/dl    | 13'80%  | 1    | 40 seg |        |
| ALTA   | ----    | ----   | 8.3  | 270mg/dl    | 12'100% | 1    | 48 seg | 8.800  |

Fuente: Elaboración propia, marzo-abril 2009

mente desapercibidas, específicamente orientado al fibrógeno, como en el caso actual, variando pero no significativamente (4) (5) (7).

De ambas placentas, en el alumbramiento, los autores comentan que la placenta del feto vivo era normal; sin embargo, ocurre lo contrario con la placenta del feto muerto; se encontraba depósitos masivos de fibrina, lo que determinarían los bajos niveles de fibrógeno materno, cuantificadas en el monitoreo de las pruebas de tendencia hemorrágica que, al final, podría concluirse como un bloqueo natural defensivo del feto vivo a la tromboplastina por parte del óbito a través de su placenta bloqueada (6) (7) (8).

Si bien es cierto por los informes bibliográficos que los productos de degeneración procedentes del feto muerto en placentas bicoriónicas no son significativos, esto permite tener conductas expectantes, con resultados favorables como el caso presente; sin embargo, cuando éstos son monocoriónicos, los resultados resultan menos favorables pero dignos de estudiarlos y asumir la misma conducta.

El embarazo múltiple trae complicaciones para el gemelo donador, como la insuficiencia cardíaca congestiva, polihidramnios y el parto prematuro. El gemelo donador es obligado a mantener el flujo sanguíneo adicional que lo lleva a desarrollar un alto gasto cardíaco que provoca una perfusión

renal elevada y, en consecuencia, un aumento de la diuresis y polihidramnios. En la fase final, el feto-bomba entra en insuficiencia cardíaca y puede progresar a hidrops y muerte (9) (10).

## CONCLUSIÓN

Definitivamente, el presente caso orienta a los especialistas de esta rama a tener una conducta conservadora y expectante bajo un monitoreo periódico y permanente a nivel ecográfico y Doppler, aunado a pruebas de tendencia hemorrágica.

Ahora nos convencemos de que la conducta expectante, lleva a resultados biopsicosociales materno y fetales altamente favorables, considerando que la vida de la madre y el feto, como consecuencia del feto gemelo obitado pone en relativo riesgo al binomio, pero más los resultados médicos positivos dan satisfacciones como resultados significativos. También, debemos concluir que el manejo de estas pacientes de alto riesgo no debe manejarse en forma ambulatoria, por las implicancias potenciales de un óbito en el vientre materno, tanto para el hermano gemelo vivo como para la madre.

La vía de interrupción del embarazo necesariamente será la cesárea, independientemente de la presentación y situación del feto vivo por los beneficios que reporta este método en manos expertas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CABERO L., CARRERAS E., HIGUERAS T. Y COLS. Progresos de Obstetricia y Ginecología: Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. ISSN 0304-5013. Vol. 46. N° 8. 2003. Pág. 340 - 347.
2. CABERO ROURA L. Parto Prematuro. El Impacto de Gemelaridad y la Multigestación. 1° Edición. Editorial Panamericana. 2006. Pág. 233.
3. CUNNINGHAM G., LEVENO K. y COL. Williams. Obstetricia. Complicaciones Obstétricas - Gestación Multifetal. 22° Edición. Editorial Panamericana. 2006. Pág. 911.

4. DIAZ L., QUINTERO R., FALCON E. y COLS. Diagnóstico Ecográfico de Feto Acárdio. Ultrasonido. Méd 1998. 14:49-53.
5. GARCIA Roig Félix. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Mc Graw Hill Interamericana. ISSN 0009 - 9201. 2004.
6. HECHER K., VILLE Y., SNIJDERS R., and COLS. Doppler Studies of Fetal Circulation in Twin-Twin Transfusion Syndrome. Ultrasound Obstet Gynecol. 1995. 5:318-324.
7. SCHWARZ C., DUVERGES A., DIAZ Y COLS. Obstetricia. 5º Edición. 1995.
8. PEREZ Sanchez A. DONOSO E. Obstetricia. 3º Edición. Publicaciones Mediterráneo. 1999.
9. PEREZ J., LOZANO H., PEREZ A. Feto Acárdio y Acéfalo: Una Rara complicación de los Embarazos Gemelares Monocoriales. Presentación de una Caso Clínico y Revisión. México. 2003.
10. ROMERO M., VILLALOBOS N., AVILA A. Y COLS. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ISSN 0048-7732. Versión Impresa V. 62 N 3. Caracas. Set. 2002

#### **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- \* QUINTERO R., MORALES W., ALLEN M. Stanging of Twin Twin Transfusion Syndrome. J. Perinatol. 1999. 19:550-5.
- \* ROMERO R., PLU G., HEANTY P. AND COLS. Prenatal Diagnosis of Congenital Anomalies Norwalk. CT. Appleton & Lange. 1998.
- \* WILLIAMS G., CUNNINGHAM N. GANTY Y COLS. Obstetricia. 21º Edición. 2004.