

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen **48**
Volume

Número **3**
Number

Mayo-Junio **2005**
May-June

Artículo:

Embarazo de alto orden fetal (quintillizos): reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Facultad de Medicina, UNAM

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Artículo original

Embarazo de alto orden fetal (quintillizos): reporte de un casoJorge Zepeda Zaragoza,¹ Efrén Naranjo Ramírez,² Yoatzin Rodríguez Higuera Franklin,² Manuel Aguilar Juan³¹ Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia.² Residente de 4to año.³ Residente de 3er año. HCN PEMEX.**Resumen clínico**

Paciente de 33 años gesta 3 para 2 cesárea 1, posoperada de cesárea por embarazo de alto orden fetal (quintillizos). Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

AHF: Sin antecedentes de embarazos múltiples en su familia, resto negados.

APNP: Originaria y residente de Villahermosa Tabasco, estado civil casada, religión testigo de Jehová, escolaridad licenciatura en informática, ocupación actual hogar, niega toxicomanías, grupo 0, Rh positivo.

APP: 1 cesárea, resto negados.

Padec. actual: Menarca a los 12 años, ritmo de 30 x 4, eumenorreica, inicio de vida sexual activa, a los 22 años, una pareja sexual de 34 años, sano y sin antecedentes de importancia, método de planificación familiar, DIU por 3 años, retirado hace 4 años, Papanicolaou hace un año negativo a cáncer, niega patología mamaria, gesta 3, para 2, cesárea 1. FUR 090104 FPP 161004

Gesta 1. De término, parto eutócico, se obtiene masculino de 3,350 gramos.

Gesta 2. De término, parto eutócico, se obtiene femenino de 3,450 gramos.

Gesta 3. Espontáneo, no planeado, sin medicación previa, no recibe atención preconcepcional, sospecha de embarazo por retraso menstrual, se detecta embarazo de alto orden fetal por ultrasonido a las 23-24 semanas. Es enviada a este servicio para su control y atención prenatal, con ingesta de betamiméticos de manera profiláctica, multivitamínicos, dieta calculada acorde a las necesidades del embarazo, reposo absoluto y vigilancia fetal estrecha; con perfil biofísico de Mannig, flujometría Doppler de arterial cerebral media y de cordón umbilical cada semana, así como realización de pruebas sin estrés cada tercer día. Se administra un esquema de esteroide para aceleración de madurez pulmonar fetal a base de betametasona y se decide culminar el embarazo a las 32.4 semanas por presentar actividad uterina. Se obtienen cinco productos vivos del sexo femenino con peso de A: 1,260 g, B: 1,325 g, C: 1,200 g, D: 880 g, E: 1,100 g. Se ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales, evolucionando de manera satisfactoria, egresando al área de lactantes 15 días después del nacimiento. Su peso actual es A: 1,740 g, B:

1,740 g, C: 1,680 g, D: 1,160 g, E: 1,620 g, tolerando las 5 el seno materno y sólo con oxígeno a libre flujo.

El reporte histopatológico es el siguiente: B-04-2916 placenta con peso de 1,220 gramos, monocoriónica y penta-amniótica, con cinco cordones umbilicales (2 marginales y 3 paracentrales), membranas amnióticas completas con hialinización focal intervellosa.

Introducción

Una gestación múltiple es cuando el embarazo consta de 2 o más fetos.¹⁻³ El embarazo doble suele ser el resultado de la fertilización de dos óvulos distintos; sin embargo, con una frecuencia 3 veces menor, los embarazos múltiples se originan de un solo óvulo fertilizado, que se divide posteriormente en estructuras similares, con el potencial de desarrollar varios fetos separados.^{1,2}

La incidencia de embarazos múltiples es de: dobles 1 cada 80 embarazos, los triples, 1 cada 6 mil 400 embarazos, los cuádruples, 1 por cada 512 mil y los quintuples 1 por cada 64 millones.³

Según el momento de la división se desarrollarán las diferentes características del embarazo gemelar monocigótico: a las 72 horas, bicorial, biamniótico, entre el cuarto y octavo día será monocorial biamniótico, entre el noveno y el día 13 será monocorial, monoamniótico después del día 13 se presentarán gemelos unidos.⁴ Desde el punto de vista ecográfico y clínico tienen implicaciones pronósticas variables; y se ha observado que la mortalidad en los bicoriónicos-biamnióticos es del 9%, en los monocoriónicos-monoamnióticos de 50%, con cifra intermedia para los monocoriónicos-diamnióticos de 26%.⁵

La determinación de la cigocidad antes del nacimiento es de beneficio, ya que se pueden evaluar los diferentes riesgos obstétricos, en donde las gestaciones monocoriónicas están en mayor riesgo.

Los estudios de ultrasonido son una importante herramienta en el diagnóstico prenatal para todos los embarazos múltiples, determinando la cigocidad de acuerdo a la visualización de las membranas fetales,⁶ donde la presencia de dos sitios separados de la inserción placentaria y una membrana divisoria de más de 2 mm apoyan la bicorionicidad, además de mediciones de líquido amniótico, determinación de crecimiento fetal y

número de fetos. Sin embargo, en el 35% de los casos, la cignidad no se puede determinar, ni siquiera por anatomía patológica de la placenta, requiriendo el uso de pruebas genéticas.

Durante las últimas dos décadas, los embarazos multicigóticos aumentaron su incidencia desde la utilización de técnicas de reproducción asistida.^{7,8}

Respecto al sexo; los embarazos gemelares más frecuentemente son mujeres que hombres en una relación de 2/3 a 1/3 respectivamente. También se describe una mayor incidencia de este tipo de gestación en la raza negra que en cualquier otra.⁹

El diagnóstico de embarazos múltiples se basa en estudios de imagen, sin embargo la clínica tiene importancia para la sospecha del mismo, el incremento en síntomas neurovegetativos, crecimiento uterino mayor a la edad gestacional, palpación de partes fetales, detección de varios latidos cardiacos, además de la determinación de fracción beta de gonadotropina coriónica humana y alfafetoproteína elevadas pueden orientar al diagnóstico.

La adaptación que sufre la madre en respuesta a una gestación múltiple, es mayor que la esperada para un embarazo normal.¹⁰

Se han descrito muchas patologías materno-fetales asociadas, entre ellas desórdenes hipertensivos en 37%, parto pretérmino entre 20-50%, restricción en el crecimiento intrauterino en 47%, RPM en el 22%, muerte fetal en el 7%.¹¹ Otras como anemia, diabetes gestacional, desprendimiento prematuro de placenta, atonía uterina con hemorragia puerperal secundaria.^{12,13}

El manejo de los embarazos múltiples se basa en mantener una adecuada nutrición y suplemento alimenticio, regulación de la actividad física, detección y tratamiento de síndrome anémico, aceleración de madurez pulmonar fetal.¹⁴

Los reportes en la literatura concuerdan que el momento de interrupción del embarazo en la mayor parte de los casos es de las 28 a 36 semanas. El tiempo de gestación disminuye con cada producto adicional, en promedio, la mayoría de los embarazos de un solo producto duran 39 semanas; en el caso de los dobles 36 semanas; para los triples 32 semanas; para los cuádruplos 30 semanas; y para los quintuplos 29 semanas.¹⁵

Los productos de embarazos múltiples alcanzan un peso promedio al nacer de 1,000 a 2,000 gramos, dependiendo en qué semana de gestación se interrumpa el embarazo, presentando complicaciones importantes al nacimiento y en ocasiones a largo plazo.¹⁶

Las anomalías descritas con mayor frecuencia son: cardíacas, del tubo neural, urogenital, trastornos cromosómicos, defectos del paladar, etc.¹⁷

Comentario

El embarazo de alto orden fetal (quintillizos) perteneciente a la variedad de monocigóticos obtenido de manera natural, es un evento que se considera raro, siendo éste uno por cada 65 millones de embarazos. En México, este caso se re-

porta como el número 23 en los últimos 100 años; estadística donde estriba la relevancia de presentar el siguiente caso.

Destaca el alcance de la gestación, que se prolongó hasta las 32.4 semanas, casi 4 semanas más de lo que reporta la literatura para este tipo de embarazo. Además, en primer lugar, no se presentaron complicaciones maternas esperadas por las características de la gestación y en segundo término, la obtención de 5 productos del mismo sexo sin malformaciones congénitas aparentes, que gracias a la infraestructura con que cuentan los servicios médicos de Petróleos Mexicanos, mantienen una evolución clínica favorable en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), con altas posibilidades de egresarse a un corto tiempo.

Datos 07 diciembre 2004

Peso

- A. 3,100 g
- B. 4,300 g
- C. 4,300 g
- D. 4,200 g
- E. 4,200 g

Referencias

1. Cunningham G, Gant N, Leveno KW. Obstetricia. 21ª edición. 2002; 30: 655-694.
2. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Obstetricia, Edición original. 2004; Tomo II: 24, 827-867.
3. Ilaca, Fernandez. Obstetricia clínica. 2003; 18: 235-242.
4. Umur A, Van Gemert M, Nikkels P. Monoamniotic-versus Diamniotic-monochorionic twin placentas: anastomoses and twin-twin transfusion syndrome. *Aj Obstet Gynecol*. 2003; 189(5):
5. Keith R, Haidet K, Alfred K. Routine Ultrasound Evaluation of the Uncomplicated Pregnancy. In: Spitzer, A. Intensive care of the fetus and neonate. Edition 1996: 38-62.
6. Bermudez C, Becerra C, Bornick P. Placental types and twin-twin transfusion syndrome. *Aj Obstet Gynecol* 2002; 187(2):
7. Goril M, Sandler-Fredd K, Patton P. Multiple gestations in assisted reproductive technology: Can they be avoided with Blastocyst transfers? *Aj Obstet Gynecol* 2001; 184(7):
8. Templeton A. The multiple Gestation epidemic: the role of the assisted reproductive technologies. *Aj Obstet Gynecol* 2004; 190(4):
9. Arias F. Practical Guide to High Risk Pregnancy and Delivery. 2nd Edition 1993: 131-49.
10. Francois K. Outcomes of quintuplet pregnancies. *J Reprod Med* 2001; 46(12): 1047-1051.
11. Ariza A. Embarazo múltiple. En: Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. 4ta edición 1994: 79-402.
12. Bush M, Eddleman K, Multifetal pregnancy reduction and selective termination. *Clin Perinatol* 2003; 30(3):
13. Wu Wen S, Demissie K, Yang Q. Maternal morbidity and obstetric complications in triplet pregnancies and quadruplet and Higher-order multiples pregnancies. *Aj Obstet Gynecol* 2004; 191(1):
14. Murphy D, Caukwell S, Joels L. Cohort study of the neonatal outcome of twin pregnancies that were treated with prophylactic or rescue antenatal corticosteroids. *Aj Obstet Gynecol* 2002; 187(2):
15. Aina-Mumuney AJ, Rai KK, Taylor MY. Nulliparity and duration of pregnancy in multiple gestation. *Aj Obstet Gynecol* 2004; 104(1): 110-113.
16. Strauss A, Paek BW, Genzel-Boroviczen O. Multifetal gestation-maternal and perinatal outcome of 112 pregnancies. *Fetal Diagn Ther* 2002; 17(4): 209-217.
17. Sherer DM, Divon MY, Marín MJ, Pollack RN. Twin gestation: Fetal presentation as a function of gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1500-02.