



Nacimiento asincrónico en embarazo gemelar. Revisión de la bibliografía y reporte de un caso

Carlos Quesnel García-Benitez, *Jaime Cevallos Bustillos,** Heidy Ortiz Reyes**

RESUMEN

Antecedentes: en la actualidad, la incidencia de embarazos múltiples ha aumentado, en parte, por las técnicas de reproducción asistida, con el consecuente incremento en la morbilidad y mortalidad de la madre y su hijo. Existen escasos reportes de nacimiento asincrónico en embarazos múltiples, con resultados perinatales diversos. Aquí se reporta el caso clínico de una paciente con embarazo gemelar doble y nacimiento asincrónico del primer feto a las 15.5 y el segundo a las 38.4 semanas de gestación por parto eutócico. Se describen los detalles del diagnóstico, tratamiento y los resultados perinatales obtenidos.

Conclusiones: en la bibliografía, el tiempo reportado entre la expulsión del primer feto y el nacimiento del segundo es de 7 a 153 días. En el caso que aquí se comunica, el embarazo permaneció 158 días, tiempo mayor al registrado en los documentos bibliográficos. Esto quizá se debió a la edad gestacional al momento de la expulsión del primer feto (15.5 semanas) en comparación con fetos de 20 a 28 semanas reportados en la bibliografía. El tratamiento de estos casos debe individualizarse mientras se reúne mayor casuística que permita llegar al establecimiento de conductas normalizadas.

Palabras clave: nacimiento asincrónico, embarazo gemelar, embarazo múltiple.

ABSTRACT

Background: The incidence of multiple pregnancy has grown, some of these cases are attributed to assisted reproduction techniques, with the consequent increase of maternal-fetal morbidity. There have been few reported cases of delayed interval delivery with different perinatal outcomes. This is a case report of a double twin pregnancy with delayed delivery of the second fetus after birth of the first one within 15.5 weeks of pregnancy, and the second one birth at 38.4 weeks, 158 days after the first one. Reported diagnosis, treatment and perinatal outcomes.

Conclusions: The mean reported time to extend the pregnancy after the evacuation of the first one is 7 to 153 days. In this case the pregnancy was held 158 days, more than in the rest of the reported cases, maybe due to gestational delivery age of the first fetus (15.5 weeks) compared to fetuses of 20 to 28 weeks reported in the literature. The approach of these specific cases must be individualized. There have been no trials enough so we can't know with certainty which treatment is the best of all.

Key words: delayed delivery, twin pregnancy, multiple pregnancy

RÉSUMÉ

Antécédents: Actuellement, l'incidence des grossesses multiples a augmenté, en partie, par techniques de reproduction assistée, avec une augmentation conséquente de la morbidité et la mortalité de la mère et le fœtus. Il ya quelques rapports de naissance asynchrones dans les grossesses multiples avec différents résultats périnatales. Ici, nous rapportons le cas d'un patient atteint de grossesse gémellaire double et naissance du fœtus asynchrones première et la seconde 15,5 à 38,4 semaines de grossesse, l'accouchement eutocique. Nous décrivons les détails du diagnostic, les résultats des traitements et périnatale atteint.

Conclusions: Dans la littérature, le temps rapporté de l'expulsion du fœtus premier et le second Nacimiento est de 7 à 153 jours. Dans le cas rapporté ici, la grossesse est resté 158 jours, plus longue que celle enregistrée dans les documents bibliographiques. Cela peut être dû à l'âge gestationnel au moment de l'enlèvement du premier fœtus (15,5 semaines) par rapport aux fœtus de 20 à 28 semaines rapportés dans la littérature. Le traitement de ces cas doit être individualisée, tout en répondant plus casuistique qui conduit à l'établissement de comportements standardisés.

Mots-clés: naissance asynchrone, grossesse gémellaire, grossesse multiple.

RESUMO

Antecedentes: Atualmente, a incidência de gestações múltiplas aumentou, em parte, por técnicas de reprodução assistida, com um conseqüente aumento na morbidade e mortalidade da mãe e do feto. Há poucos relatos de nascimento assíncronas em gestações múltiplas com vários resultados perinatais. Aqui relatamos o caso de uma paciente com gravidez gemelar dupla e do nascimento do feto assíncrona

primeiro em 15,5 eo segundo em 38,4 semanas de gestação, o parto eutócico. Descrevemos os detalhes do diagnóstico, os resultados do tratamento e perinatal alcançado.

Conclusões: Na literatura, o tempo reportado da expulsão do feto primeiro e Nascimento o segundo é 7-153 dias. No caso aqui relatado, a gravidez permaneceu 158 dias, mais do que a registrada nos documentos bibliográficos. Isto pode ser devido à idade gestacional no momento da remoção do feto primeiro (15,5 semanas) em comparação com fetos de 20 a 28 semanas relatados na literatura. O tratamento desses casos deve ser individualizada, sem descuidar as mais casuística que leva ao estabelecimento de comportamentos padronizados.

Palavras-chave: nascimento assíncrona, gravidez gemelar, gravidez múltipla.

Los embarazos gemelares dobles, y el alto orden fetal, suponen, por sí mismos, mayor morbilidad y mortalidad materno-fetal en comparación con los embarazos únicos.¹

Son pocos los casos de nacimiento asincrónico en embarazos gemelares y de alto orden fetal; es decir, de expulsión de uno de los fetos, mantenimiento del otro u otros vivos en la cavidad uterina, hasta su nacimiento.^{2,3}

La prevalencia reportada de nacimiento asincrónico en embarazos gemelares, según algunos autores, es de 0.14 por cada mil nacimientos, con edad gestacional media al nacimiento del primer feto de 21.6 ± 2 semanas, y el mantenimiento del segundo feto de 1 a 70 días en promedio, con máximo de 153 días de prolongación del embarazo.^{4,5,6}

En la bibliografía se reportan diversos procedimientos de atención de estos casos; sin embargo, al tratarse de una circunstancia excepcional, sólo se dispone de reportes de casos en los que se toman como indicaciones para la prolongación del segundo embarazo las siguientes: madre en buenas condiciones generales para continuar con el embarazo, expulsión del primer feto y segundo vivo sin rotura de membranas y sin otras contraindicaciones para mantener el embarazo y embarazo relativamente grande por edad gestacional. Entre las contraindicaciones se encuentran:

* Ginecoobstetra y jefe de la División de Ginecología y Obstetricia.

** Ginecoobstetra. Centro Especializado para la Atención de la Mujer. Hospital Ángeles Lomas, México, DF.

Correspondencia: Dr. Carlos Quesnel. División de Ginecología y Obstetricia, Hospital Ángeles Lomas. Vialidad de la Barranca 22, Valle de las Palmas, Huixquilucan 52763 México.

Recibido: 16 de octubre 2011. Aceptado: diciembre 2011.

Este artículo debe citarse como: Quesnel García-Benitez C, Cevallos-Bustillos J, Ortiz-Reyes H. Nacimiento asincrónico en embarazo gemelar. Revisión de la bibliografía y reporte de un caso. Ginecol Obste Mex 2012;80(2):91-94.

embarazos monocoriónicos, infección intraamniótica del feto retenido, desprendimiento de placenta normoinsera del feto que se pretende retener, y preeclampsia severa.^{2,3,7,8} Algunos autores excluyen a las pacientes con nacimiento del primer feto de más de 30 semanas de gestación.^{2,5,7}

Por lo que se refiere al tratamiento obstétrico existen algunos lineamientos descritos en la bibliografía referentes a la conducta médica ante un nacimiento asincrónico, como por ejemplo la aplicación de oxitocina para la expulsión del primer feto, vivo o muerto, y suspensión inmediata de la misma, manteniendo la placenta *in situ*. Algunos autores reportan el trabajo de parto espontáneo para el primer feto (vivo o muerto), sin medicamentos. Todos los autores coinciden en cortar el cordón umbilical a la altura del orificio cervical externo y ligar con catgut crómico 3-0 o con Vicryl del 0.^{5,7-11}

Debe verificarse la vitalidad del feto o fetos retenidos y descartar infección intraamniótica. Algunos autores reportan la necesidad de realizar amniocentesis y tinción de Gram al líquido amniótico, además de cultivos, cuenta leucocitaria y concentración de glucosa; sin embargo, no se han reportado suficientes casos como para permitir saber cuál es el tratamiento más eficaz para los casos aquí referidos.³

Al momento del nacimiento del primer feto, y sólo en los casos en los que se utilizaron oxitócicos, debe aplicarse tocolisis intravenosa con nitroglicerina, sulfato de magnesio o betamiméticos y como tocolisis de mantenimiento se recomiendan los betamiméticos o sulfato de magnesio por vía intravenosa o indometacina o ketorolaco continuo durante 24 a 48 horas. La aplicación de inductores de madurez pulmonar fetal está indicada a partir de las 24 semanas de gestación.^{5,-11}

Por lo que se refiere a la indicación de antibióticos como profilaxis para evitar infecciones intramnióticas, pueden indicarse antimicrobianos sistémicos de amplio espectro con clindamicina y gentamicina o ampicilina con sulbactam durante 2 a 3 días y continuar con dosis de man-

tenimiento con cefalosporinas y metronidazol por vía oral los siguientes cuatro días.^{1,2,5,7,9} Algunos autores reportan la prescripción de bacitracina en solución para irrigar el segmento inferior del útero. También se recomienda la colocación de cerclaje después de la expulsión del primer feto o durante las primeras dos horas postexpulsión del mismo. El cerclaje utilizado en la mayoría de los casos es el tipo McDonald, con cinta de Mersilene.^{2, 4-7,10-13}

Sin embargo, en lo que concierne al cerclaje, algunos autores refieren que no hay justificación para su colocación, porque no reporta beneficio alguno.¹² Se recomienda la vigilancia intrahospitalaria durante una semana, con el propósito de descartar la rotura de membranas, infección, actividad uterina y vitalidad fetal. Durante la estancia hospitalaria debe verificarse el estado del feto con prueba sin estrés, cada ocho horas.⁸

Por lo que hace al tratamiento extrahospitalario, la paciente debe permanecer en reposo relativo-absoluto, con adecuada hidratación, vigilancia de los movimientos fetales y tratamiento con antibióticos. Debe realizarse un ultrasonido de control cada dos semanas para medir la longitud cervical y para valorar la vitalidad, crecimiento y el estado fetal.

Deben tomarse en cuenta las complicaciones fetales y maternas derivadas del nacimiento asincrónico. Entre las primeras están: prolongada estancia intrahospitalaria, displasia broncopulmonar, retinopatía por prematurez, enterocolitis necrotizante, persistencia del conducto arterioso, óbito, muerte neonatal temprana, desprendimiento prematuro de placenta e infecciones neonatales. Es importante considerar las secuelas a largo plazo, como: hemorragia interventricular grado III, retinopatía grado III y las alteraciones psicomotoras de diversos grados.^{2,10}

La supervivencia neonatal reportada en la bibliografía puede evidenciarse en el Cuadro 1.

En lo que respecta a las complicaciones maternas puede haber: choque séptico materno, fiebre, síndrome de distrés respiratorio materno, hipertensión arterial, abscesos pélvicos, endometritis, tromboflebitis séptica o aséptica.^{3,10,11,13}

Reporte del caso

Se reporta el caso de una paciente de 29 años de edad, con antecedentes de un embarazo y un parto. Ingresó al servicio de urgencias del Hospital Ángeles Lomas con un embarazo gemelar doble de 15.5 semanas, con diagnóstico a su ingreso de aborto en evolución, expulsó el producto

Cuadro 1. Supervivencia neonatal

<i>Autores</i>	<i>Número de supervivientes</i>	<i>Supervivencia neonatal (%)</i>
Livingstone y colaboradores	7 de 19	37%
Kalchbrenner y colaboradores	7 de 9	78%
Porreco y colaboradores	9 de 11	82%
Hamersley y colaboradores	5 de 6	83%

Referencias: 2,5,10,13

mediante aborto completo, sin malformaciones macroscópicas aparentes, con datos de maceración facial y torácica; se observó solución de continuidad del cordón umbilical en la porción proximal fetal, que ya se encontraba con los vasos aparentemente trombosados. Se les informaron a la paciente y a los familiares los riesgos y beneficios del procedimiento a seguir dándoles consentimientos informados, que aceptaron y firmaron. Posteriormente, con cuello uterino dehisciente, no se observaron membranas que estuvieran protruyendo. Se realizó un ultrasonido pélvico y se verificó la vitalidad del feto B. Se inició la tocólisis y la administración de antibióticos. Se cortó el cordón umbilical cuando ya estaba trombosado, sin sangrado activo en el orificio cervical interno mediante especuloscopia. En el segundo tiempo quirúrgico se procedió, inmediatamente, a colocar un cerclaje Espinosa Flores modificado, con sutura de Mersilene (cinta de poliéster trenzado y doble aguja). Al término del procedimiento se verificó la hemostasia y se le aplicó indometacina por vía rectal y se envió a recuperación. Los medicamentos indicados inicialmente fueron: orciprenalina intravenosa a una concentración de 20 µg/mL, a una velocidad de 20 gotas por minuto, indometacina en supositorios de 100 mg por vía rectal cada 12 horas por cuatro dosis y clindamicina intravenosa a la dosis de 300 mg cada ocho horas. Al egreso del hospital al segundo día, sin complicaciones, se continuó con clindamicina 300 mg por vía oral cada ocho horas y salbutamol 4 mg por vía oral cada seis horas durante ocho días.

El reporte de Patología describió: feto de 12 semana en dos fragmentos, el mayor con longitud céfalo-caudal de 9 cm, pared abdominal y torácica con múltiples soluciones de continuidad, muestra del cordón umbilical de 7 cm de longitud y diámetro transversal de 0.4 cm, blanquecino, visualizando los tres vasos. La cabeza con desprendimiento del epitelio en la porción parietal y occipital, hubo calbagamiento de los huesos del cráneo. Los ojos, la nariz,

las orejas y las manos se encontraron sin alteraciones. La pelvis estaba en fragmentos por lo que no se determinó el sexo.

Acudió a consultas prenatales, después de la intervención quirúrgica. Se observó crecimiento fetal acorde con la edad gestacional. El ultrasonido estructural a las 19.5 semanas reportó un feto único congruente con la edad gestacional, con placenta bicorial. Se iniciaron inductores de madurez pulmonar fetal a las 24.6 semanas de gestación con 12 mg de betametasona intramuscular cada 24 horas, dos dosis. A las 38.2 semanas de gestación se inició con actividad uterina regular, por lo que se retiró el cerclaje e indujo el trabajo de parto con oxitocina. Se atendió un parto eutócico, sin complicaciones, con los siguientes hallazgos: recién nacido femenino de 2,700 g, Apgar 9-9, con placenta bicorial fusionada. El puerperio transcurrió sin alteraciones.

CONCLUSIONES

El nacimiento asincrónico es un suceso excepcional en la práctica obstétrica, los casos reportados han tenido diferentes resultados perinatales. Este fenómeno sucede en 0.14 por cada 1000 nacimientos y, generalmente, el primer feto expulsado está muerto o tiene mínimas probabilidades de supervivencia porque acontece durante el primero y segundo trimestres.⁵ El tiempo promedio transcurrido entre un nacimiento y otro es de 7 a 153 días.⁶ Se han descrito diferentes opciones de atención del nacimiento del primer feto; algunos autores refieren la utilización de oxitocina; sin embargo, en el caso que se describe la expulsión del primer feto fue espontánea. Puesto que se trata de un evento, la atención médica de cada paciente debe individualizarse y basarse en la experiencia del médico encargado, puesto que hasta el momento no existe consenso acerca del tratamiento más eficaz capaz de disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal.⁴

En el caso aquí reportado el embarazo logró mantenerse 158 días, que es más tiempo del que se ha reportado en la bibliografía encontrada; esto pudiera explicarse, quizá, por la edad gestacional a la que se expulsó el primer feto (15.5 semanas) en comparación con fetos de 20 a 28

semanas reportadas en la bibliografía. Además, en este caso, el nacimiento del segundo feto fue de término y sin complicaciones. En nuestra experiencia, la prolongación del embarazo después de la expulsión del primer feto es posible.

REFERENCIAS

1. Cristinelli S, Fresson J, André M, Monnier-Barbarino P. Obstetrics: Management of Labor, Delivery, and the Puerperium and Management of Delayed-Interval Delivery in Multiple Gestations. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2005;60(12):785-787.
2. Livingston JC, Livingston LW, Ramsey RR, Sibai BM. Second-trimester asynchronous multifetal delivery results in poor perinatal outcome. *Obstetrics & Gynecology* 2004;103(1):77-81.
3. Oyelese Y, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Delayed interval delivery in twin pregnancies in the United States: Impact on perinatal mortality and morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192 (2):439-444.
4. Tzafettas JM, Farmakides G, Delkos D, Kalogiros G, et al. Asynchronous delivery of twins and triplets with an interval period ranging from 48 hours to 19 weeks. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004;31(1):53-55.
5. Porreco R, Eleanor D, Heyborne K, Lindsay L. Delayed-interval delivery in multifetal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178(7).
6. Van der Straeten F, De Ketelaere K, Temmerman M. Delayed interval delivery in multiple pregnancies. *EJOG* 2001;99(1):85-89.
7. Porreco R, Farkouh L. Delayed-interval delivery in multifetal pregnancy. Up to date 2009.
8. Arabin B, van Eyck, J Delayed-Interval Delivery. In: *Twin and Triplet Pregnancies: Seventeen Years of Experience in one Perinatal Center*. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2009;64(6):361-362.
9. Klearhou N, Mamopoulos A, Pepes S, Daniilidis A, et al Delayed interval delivery in twin pregnancy: A case report We present a case of delayed interval delivery in twins. *Hippokratia*. 2007;11(1):44-46.
10. Kalchbrenner M, et al. Delayed delivery of multiple gestations: Maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(5).
11. Labib M. Successful obstetrical management of 110-day interwin delivery interval without cerclage: counseling and conservative management approach to extreme asynchronous twin birth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2004.
12. Abboud P, et al. Intentional delayed delivery in twin pregnancy. Two additional cases and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;75(2):139-143.
13. Hamersley SL. Delayed-interval delivery in twin pregnancies. *J Reprod Med* 2002;47(2):125-130.