

Experiencia perinatal en el manejo de quintillizos

Víctor M Piña-Ceballos,* Juan J Morales-Villarreal,*
Adalberto Tamez-Vargas,* René Montemayor-Garza,*
Roberto Santos-Halisak,** Jesús Lozano-de la Garza***

RESUMEN

Objetivo: Se da a conocer la experiencia perinatal en reproducción asistida, a propósito de un embarazo de quintillizos.

Caso clínico: Mujer de 34 años con antecedentes ginecoobstétricos de esterilidad primaria y secundaria, en 1989 y 1994 respectivamente, manejada con inductores de la ovulación y con inseminación artificial. Se logró embarazo de quintillizos nacidos a las 29 semanas de gestación, con un peso promedio al nacer de 1080 gramos. En un seguimiento de dos años, solamente uno presenta secuelas neurológicas secundarias a hemorragia intracraneana.

Conclusiones. A pesar de esta experiencia exitosa se comenta que lo ideal en un embarazo múltiple sería que fuese de dos o tres productos.

Palabras clave: Quintillizos, embarazo múltiple.

SUMMARY

Objective: Of this article its know our experience with multiple gestation case of quintuplet in a private hospital.

Clinic case: Female with an obstetric history of primary and secondary infertility, treated with inductors of ovulation and artificial insemination. Its was obtained a multiple gestation of quintuplets with 29 weeks, the range weigth was 1,080 grams. In the follow up of the children for two years, only one present neurologic damage secondary to intracranial hemorrhage.

Conclusions: Coments are done about the ideal number of neonates in the case of multiple gestation. This is possible with a best control in fertility conception methods.

Kew words: Quintuplet, multiple gestation.

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años de edad, con antecedentes ginecoobstétricos de esterilidad primaria en 1989, tratada con inductores de la ovulación (citrate de clomifeno) y bicarbonato de sodio para mejorar las condiciones del pH vaginal sin lograr concebir. Fue sometida a inseminación artificial intrauterina dos y medio años después, utilizando ciclos de inducción de la ovulación con citrate de clomifeno, logrando que se embarazara a término sin problemas naciendo un producto de 3,825 g. Se le diagnosticó después (1994) esterilidad secundaria, siendo tratada con el método de inseminación artificial, y uso de

nitrate de clomifeno en dos ciclos, sin éxito. En tres ciclos más se le prescribió menotropinas (pergonal 75 unidades, hormona foliculoestimulante y luteinizante) desde el séptimo día del ciclo, aumentando la concentración hasta ciento cincuenta unidades, así como una dosis de diez mil unidades de gonadotropina coriónica el día doceavo del ciclo, lográndose seis folículos maduros en el ciclo de inducción. Diecisiete días después la prueba de embarazo fue positiva. A las cinco semanas del embarazo se identificaron cinco sacos de gestación, llevándose a cabo control ecosonográfico mensual, hasta la semana 27 en que se presentó trabajo de parto por lo que requirió ser internada en el hospital, iniciando reposo en cama, uteroinhibidores (orciprenalina e indometacina), así como la utilización de inductor de la madurez pulmonar (betametasona). Estando hospitalizada presentó ruptura espontánea de membranas a la semana 28 de la gestación, indicándose operación cesárea una semana después, al formalizarse el trabajo de parto. Fue así que

* Departamento de Neonatología, Hospital de Ginecología y Obstetricia de Monterrey.

** Departamento Biología de la reproducción.

*** Departamento de Medicina Perinatal.

Cuadro 1. Características al nacer y evolución clínica de los quintillizos.

Características					Evolución clínica																		
Niño	Sexo	Peso* (g)	Apgar a los 1 y 5 (min)**	Edad de gestación (sem)	EMH			PCA		HIC				Sepsis	Retinopatía				DBP		RGE		
					Leve	Mod	Sev	TxM	TxQ	GI	GII	GIII	GIV		GI	GII	GIII	GIV	Si	No	GI	GII	GIII
1	Masc	900	7.8	29	+			+						+									+
2	Masc	1,150	8-9	29			+	+					+	+	+			+					+
3	Fem	900	7-8	29				+															+
4	Masc	1,160	7-8	29	+																		
5	Masc	1,250	8-9	29		+		+		+				+				+					

* Promedio: 1,080g ** Promedio: 7-8

EMH: Enfermedad de membrana hialina, PCA: persistencia conducto arterioso, TxM: Tratamiento médico, TxQ: Tratamiento quirúrgico, HIC Hemorragia intracraneana, RGE: Reflujo gastroesofágico; DBP: Displasia broncopulmonar.

Malformación (quintuple 2) agenesia de radio y pulgar mano derecha, arteria umbilical única.

en el área de tocoquirúrgica se obtuvieron cinco prematuros (1 femenino y 4 de sexo masculino) que obtuvieron un apgar, en promedio, de 7 y 8 al minuto y cinco minutos, respectivamente (*cuadro 1*). Se ingresaron a la unidad de cuidados intensivos y la evolución clínica de ellos se presenta en los *cuadros 2 y 3*.

DISCUSIÓN

Con los adelantos en el cuidado perinatal, la sobrevida de los neonatos es cada vez más alta (embarazo gemelar 80%); no obstante la morbilidad y mortalidad perinatal en gestaciones con tres o más productos da lugar a una mayor incidencia de prematuridad y el retardo en el crecimiento intrauterino. La mayoría de las muertes en niños de gestaciones múltiples ocurren en embarazos menores

de 32 semanas de edad gestacional, y con peso menor de 1,500 gramos.⁶ En 1976 Caspi y cols,⁷ señalaron que el promedio de gestación de un embarazo múltiple, de quintillizos, era entre 28 a 29 semanas, cuando había un buen control perinatal. El caso que aquí se presenta culminó a las 29 semanas de gestación, habiendo registrado un peso promedio de 1080 g. Dos de los niños mostraron retardo asimétrico del crecimiento intrauterino que se reporta en 12% a 47% de las gestaciones múltiples. El mellizo 2 presentó malformaciones congénitas (agenesia del radio y el pulgar de la mano derecha); en la literatura se dice que la incidencia de malformaciones congénitas en los embarazos múltiples es de dos a cinco veces más frecuente que cuando nace uno.⁸⁻¹⁶ Cuatro neonatos presentaron enfermedad de membrana hialina, a pesar del uso de betametasona antenatal; este problema se informa

Cuadro 2. Manejo ventilatorio y administración de surfactante a los quintillizos, durante su estancia hospitalaria.

Niño	Diagnóstico (exógeno)	Surfactante O ₂	VMC	Complicaciones
1	*EMH (leve)	2 Dosis (Exosurf)	10 días	*Neumonía, atelectasia
2	EMH (severa)	3 Dosis (Survanta)	26 días	Atelectasia lobar y DBP
3	**TTRN	0	0	Ninguna
4	EMH (Leve)	1 dosis (Exosurf)	1 día	Ninguna
5	EMH (Moderada)	2 Dosis (Exosurf)	12 días	Neumotórax, fístula BP, atelectasia

VMC: Ventilación mecánica convencional.

*EMH: Enfermedad de membrana hialina,

*Neumonía (*Pseudomona aeruginosa*)

**TTRN: Taquipnea transitoria del recién nacido

Cuadro 3. Alimentación y evolución ponderal de los quintillizos durante su estancia hospitalaria.

Niño	Inicio NE (día)	Inicio NPT (día)	Suspensión NPT (día)	Complicaciones	Peso al nacimiento (g)	Peso al alta (g)	Tiempo de estancia (días)	Incremento (g/dL)
1	4	2	14		1,150	2,000	59	14.4
2	9	3	26	Colestasis hepática severa +Enterocolitis necrozante IIA	900 1160	2,200 2,225	64 64	20.3 16.8
3	2	4	12		900	1980	52	20.7
4	3	2	9		1250	2050	45	17.8
5	5	5	13		1080	2095	57	18.0

NE: Nutrición enteral. NPT: Nutrición parenteral total. +: Clasif. Bell.

aproximadamente en 35% de los neonatos con esteroides prenatales.¹⁷

Cabe destacar el alto riesgo que tienen los neonatos prematuros de embarazos múltiples, que dan lugar a una elevada morbilidad de enfermedades respiratorias, neurológicas, digestivas, y otras, que prolongan la estancia de estos niños en las unidades de cuidados intensivos. En este caso en particular, se utilizó: surfactante, ventilación de alta frecuencia, gammaglobulina, y se usó eritropoyetina recombinante; esto fue posible con el apoyo de un equipo multidisciplinario que permitió el manejo exitoso de los cinco niños. Actualmente cuentan con dos años de edad, cuatro de ellos gozan de excelente condición de salud y el quintuplo 2 presenta secuelas neurológicas secundarias a hemorragia intracraneana.

Cabe concluir señalando que el avance en los métodos de reproducción asistida y en el control perinatal de una gestación múltiple, es la clave del éxito, sin embargo los costos para llevar a cabo esta tarea son cada vez más altos. El costo por prematuro en la unidad de cuidados intensivos fue de alrededor de 120 mil pesos (en agosto 1994).¹⁸⁻²⁰

La incidencia de embarazos múltiples es subestimada, debido a que sólo refleja los embarazos exitosos.¹ La estimación de la frecuencia de gestaciones múltiples por medio de la concepción natural, se basa en la hipótesis de Hellin, que considera que los embarazos gemelares ocurren en una población igual a «n» (1:80 embarazos), en triples sería n² y cuádruples n³.^{1,2} Al introducir los métodos que promueven la concepción artificial (mediante la inducción folicular con gonadotrofina coriónica humana, clomifeno, y la fertilización *in vitro*) la frecuencia de embarazos múltiples se aumentó notablemente y provocó un aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal.^{2,4} En el centro hospitalario donde laboran los

autores, la frecuencia de embarazos gemelares, en 1992, fue de 1:74⁵ y el primer caso de quintuples se presentó en 1990 utilizando inductores de la ovulación. El objetivo de este informe es dar a conocer la experiencia perinatal obtenida con un embarazo de quintuples.

Así pues, a pesar de contar con esta experiencia, lo ideal en un embarazo múltiple sería que este fuese de dos o tres productos para poder llegar a una edad gestacional mayor de 29 semanas y disminuir el alto riesgo de complicaciones; esto se lograría controlando mejor los métodos de reproducción asistida a través de un mejor monitoreo de la respuesta, cuando se utilizan inductores de la ovulación. Como los resultados no son predecibles, es recomendable explicar a la pareja los riesgos y probabilidades de presentar un embarazo múltiple.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams DM, Chervenak FA. Multifetal pregnancies: Epidemiology, clinical characteristics and management. In: Reece, Hobbins. *Medicine of the fetus and mother* 3th ed. Lippincott company 1992; 266.
2. Collins MS, Bleyl SA. Seventy one quadruplet pregnancies: Management and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1384-92.
3. Elliot JP, Radin TG. Quadruplet Pregnancy: Contemporary management and outcome. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 421-4.
4. Kiely JL, Kleimann JC. Triplets and Higher Order Multiple Births. *AJCD* 1992; 146: 862-68.
5. Balderrama IR, Gamboa CI, Ramírez LG, Lozano CH. *Morbi-mortalidad de gemelos ingresados a una unidad de cuidados intensivos neonatales*. Bol Med Hosp Inf Mex 1994; 51: 34-8.
6. Maclean AT. Multiple Gestation: Clinical characteristics and management. In: Creasy RK, Resnick R eds. *Maternal fetal medicine: principles and practice*, 4th ed. Philadelphia: WB Saunders 1994; 589.

7. Ahn MO, Phelan JP. Embarazo múltiple: asistencia prenatal. *Clin Perinatol* 1988; 20: 205-11.
8. Zilberman Y, Brin Y, Mahler D. Quintuplets with clefts: follow-up at 5 years. *Cleft Palate J* 1988; 20: 205-11.
9. Shah DMJ, Chaffin D. Perinatal outcome in very preterms births with twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1111-3.
10. Rydhström H. Prognosis for twins with birth weight < 1500 grams: The impact of cesarean section in relation to fetal presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 528-33.
11. Spellacy WN, Handler A. A case-control study of 1,253 twin pregnancies from a 1982-1987 Perinatal Data Base. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 168-71.
12. Sasson DA, Castro LC, Davis JL. Perinatal outcome in triplet versus twin gestation. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 817-20.
13. Meizner Y, Rosonak D. Perinatal Sonographic Detection of Single and Double umbilical artery. *J Ultrasound Med* 1994; 13: 995-96.
14. Bronshtein M, Stahl S, Zimmer EZ. Transvaginal Sonographic Diagnosis of fetal finger Abnormalities in early gestation. *J Ultrasound Med* 1995; 14: 591-95.
15. Bonilla FM, Raga F, Ballester MJ. Early detection of embryonic malformations by transvaginal and color Doppler sonography. *J Ultrasound Med* 1994; 13: 347-55.
16. Gardner MO, Goldenberg RL. Use of antenatal corticosteroids for fetal maturation current opinion. *Obstet and Gynecol* 1996; 8: 106-9.
17. El RR, Marz Z, Wienrab Z, Schreyer P. Triplet, quadruplet and quintuplet pregnancies. Management and outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 71: 347-50.
18. Konnecke HG, Grükner P, Grüitzner B. Higher order multiple births: Natural Wonder or Failure of Therapy?. *Acta Genet Med Gemellol* 1990; 39: 491-95.
19. Dumez Y, Dommergues M, Lyonett S. First trimester prenatal diagnosis in quintuplets: A practical approach using step-by embryo reduction. *Prenatal Diagnosis* 1991; 11: 737-40.
20. Hobbins JC. Selective reduction. A prenatal necessity? *New Eng J Med* 1988; 318: 1062-63.

Correspondencia:
Dr. Víctor M Piña-Ceballos.
Calle Degollado 525 sur
Colonia María Luisa
C.P 64060 Monterrey, N.L.
Tels 91 (8) 345-54-57 y 344-90-31

EFICACIA DEL BAÑO TIBIO EN LA REDUCCIÓN DE LA FIEBRE

Según la autora (Universidad de Tucson, Arizona), los baños tibios con esponja producen malestar al niño febril y su eficacia antipirética no se ha establecido. El presente estudio comprende 20 niños de edades entre 5 y 68 meses que acudieron al servicio de urgencias con fiebre de 38.9°C o más que fueron aleatorizados para recibir paracetamol solamente o este fármaco más 15 minutos de baño tibio con esponja. El baño se llevó a cabo en una bañera de plástico, con el niño sentado en dos pulgadas de agua (una pulgada equivale a unos 2.54 centímetros) a una temperatura de 31.1°C a 33.3°C. Se mojó su cuerpo de manera continua con la esponja durante unos 15 minutos utilizando una manopla para distribuir el agua por la cabeza, el tronco y las extremidades. Los niños fueron monitorizados para detectar signos de incomodidad (llanto, temblor y sacudidas) a intervalos de cinco minutos durante el baño. Se controló la temperatura cada 30 minutos por espacio de dos horas en todos ellos.

Los niños bañados rebajaron su temperatura más rápidamente durante la primera hora, pero no se apreció diferencia entre los dos grupos al cabo de las dos horas del periodo de estudio. Los niños del grupo bañado tuvieron índices de incomodidad muy superiores, lo cual no resulta nada sorprendente si se piensa que su temperatura corporal era de 38.9°C o más y fueron irrigados con agua de 31.1°C a 33.3°C. (J. Sharber. *Am J Emerg Med* 1997; 15: 188-192.)

Tomado de: *MTA-Pediatría*. Vol. XVIII. No 8, 1997