

Reporte de Caso

Muerte fetal única en la gestación múltiple: un reporte de caso

Single fetal death in twin pregnancy: case report

YURI V. CERÓN¹ , KARINA ARDILA GÓMEZ² , CAMILO ANDRÉS GAVIRIA CRIOLLO³ , LUISA MORENO⁴ 

Resumen

Objetivo: describir el caso clínico de una institución de III nivel de la ciudad de Cali de una paciente que presentó un embarazo múltiple con muerte fetal única, el abordaje del mismo y el desenlace final. **Presentación del caso:** Paciente de 30 años de edad, G2P1V1, sin antecedentes conocidos cursando con embarazo de 26.5 semanas, gemelar monocorial biamniótico, con muerte del co-gemelo datado por ecografía. Estudios fetales complementarios negativos: TORCH, citoquímico y cultivo de líquido amniótico, Doppler Fetal, Ecocardiograma fetal, neurosonografía. Estudios maternos complementarios por riesgo de CID y síndrome de Ballantyne, con reportes iniciales negativos. Además, con hipertensión gestacional asociada por lo que se indujo trabajo de parto en semana 36, con atención del parto sin complicaciones, Recién nacido #1 2500 gramos, APGAR 9-10, placentas fusionadas, áreas necróticas extensas y calcificaciones, líquido amniótico de ambas bolsas eutérmico, no fétido; óbito, 700 gramos esfacelado, sin signos de malformaciones. Se realizó una revisión de la literatura en las diferentes bases de datos consultando artículos donde no se realizó discriminación de idioma usando palabras clave. **Discusión:** El embarazo múltiple es considerado de alta complejidad y se asocia a mayor morbilidad comparado con los embarazos únicos. Una de sus complicaciones es la muerte del co-gemelo in útero, descrito hasta en un 6.2 % y el feto sobreviviente está expuesto a riesgo de muerte y/o injuria neurológica: siendo mayor en las gestaciones monocoriales vs. Bicoriales. **Conclusiones:** La muerte del co-gemelo in útero es un problema clínico grave y poco frecuente que tiene un espectro amplio de patologías que pueden llevar a dicho resultado y ocasiona consecuencias en el feto sobreviviente como en la madre.

Palabras Clave: Embarazo; Gemelos; Muerte fetal única.

Abstract

Objective: to describe the clinical case in a institution for the third level in the city of Cali, of a patient who presented a multiple pregnancy with a single fetal dead, its approach and the final result. **Case presentation:** 30-year-old patient, G2P1V1, with no known history, monochorial bi-amniotic twin pregnancy 26.5 weeks' gestation, with death of the co-twin determined by ultrasound. **Negative complementary fetal studies:** TORCH, amniotic

¹ Médico, Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia, Ecografista, Fundación Ciencias de la Salud - FUCS, Colombia. e-mail: yuri.ceronmartinez@outlook.es

² Docente, Universidad Remington, Medellín, Colombia. Médico, Universidad Pontificia Bolivariana, Ginecología y Obstetricia Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. e-mail: kariardila@gmail.com

³ Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. e-mail: andres.gaviria.criollo@hotmail.com

⁴ Docente, Universidad libre Seccional Cali, Colombia. Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. e-mail: Lulamabo1@hotmail.com

Recibido: noviembre 16 de 2021

Revisado: diciembre 2 de 2021

Aceptado: diciembre 10 de 2021

Cómo citar: Cerón YV, Ardila Gómez K, Gaviria Criollo CA, Moreno L. Muerte fetal única en la gestación múltiple: un reporte de caso. *Rev Colomb Salud Libre*. 2021; 16 (2): e607430. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2021v16n2.7430>

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2021v16n2.7430>

and cytochemical fluid culture, fetal Doppler, fetal echocardiogram, neurosonography. Complementary maternal risk studies for DIC and Ballantyne syndrome, with negative negative reports. In addition, the patient had hypertensive disorder of pregnancy (gestational hypertension), for which labor was induced at week 36, with delivery care without complications, newborn # 1 2500 grams, APGAR 9-10, fused placentas, extensive necrotic areas and calcifications, amniotic fluid from both eutermic pouches, non-fetid; newborn # 2, Dead, 700 grams detached, no signs of malformations. Discussion: Multiple pregnancy is considered highly complex and is associated with higher morbidity and mortality compared to singleton pregnancies. One of its complications is the death of the co-twin in utero, described in up to 6.2% the surviving fetus is exposed to the risk of death and / or neurological injury: being higher in monochorionic than bichorionic pregnancies. Conclusions: The death of the co-twin in utero is a serious and rare clinical problem that presents a wide spectrum of pathologies that can carry out such a result and causes consequences in both the surviving fetus and the mother.

Keywords: Pregnancy; Twin; Single fetal death.

Introducción

El embarazo múltiple es considerado de alta complejidad y se asocia a mayor morbimortalidad comparado con los embarazos únicos. Una de sus complicaciones es la muerte del co-gemelo in útero, descrito hasta en un 6.2 %¹.

El propósito de este artículo es describir un caso clínico de una institución de III nivel de una muerte fetal única en la gestación múltiple, su abordaje y su desenlace final.

Presentación del caso

Paciente de 30 años de edad, G2P1V1, con embarazo de 26.5 semanas, gemelar monocorial biamniótico, consulta con el siguiente reporte ecográfico: Feto 1: Polihidramnios, sin otros hallazgos anormales; Feto 2: Ausencia de frecuencia cardiaca, edema de cuero cabelludo, edema de pared abdominal y polihidramnios.

Se decide realizar estudios complementarios con los siguientes reportes:

- Estudios fetales complementarios negativos: TORCH, citoquímico y cultivo de líquido amniótico, Doppler Fetal, Ecocardiograma fetal, neurosonografía.
- Estudios maternos complementarios por riesgo de CID y síndrome de Ballantyne, con reportes iniciales negativos.

Egreso con Doppler fetal cada 2 semanas, y orden de RMN cerebral fetal en semana 32-34 (la cual no se realizó).

Paciente reingresa en semana 35 por desarrollo de hipertensión gestacional y se cita para inducción de parto en semana 36.

En semana 36 de gestación en institución de III nivel de la ciudad de Cali se atiende parto vaginal; Se obtiene recién nacido #1 peso, 2500 gramos, APGAR 9-10, placentas fusionadas, áreas necróticas extensas y calcificaciones, líquido amniótico de ambas bolsas eutérnico, no fétido; óbito, peso, 700 gramos esfacelado, sin signos de malformaciones. Paciente con evolución favorable dan egreso.

En consulta externa se valora reporte de patología; Examen histológico: extensa lisis tisular en óbito sin evidencia de malformaciones congénitas, placenta con áreas de necrosis isquémica extensa y licuefacción local, asociada a calcificaciones.

Discusión

la incidencia del embarazo múltiple ha aumentado en tiempos recientes debido al uso de técnicas de reproducción asistida y los gemelos representan aproximadamente el 3 % de todos los nacidos vivos².

La muerte única en la gestación múltiple es una complicación poco común y plantea un gran desafío para el obstetra además causa estrés psicológico y preocupación por la paciente y la pareja. Se reporta una incidencia baja del 2 - 6% y está descrito que el feto

Figura 1. Óbito, 700 gramos esfacelado, sin signos de malformaciones



Fuente: elaboración propia.

sobreviviente está expuesto a riesgo de muerte entre un 12.5-27% y/o injuria neurológica en un 18%, siendo mayor en las gestaciones monocoriales *vs.* Bicoriales³.

Esta entidad puede ocurrir en cualquier momento y complica aún más un embarazo que se considera de alto riesgo comparado con un embarazo simple dependiendo de la corionicidad y la edad gestacional^{3,4,5}.

Dentro de la etiología se encuentran complicaciones de la gestación monocorial, anomalías cromosómicas/estructurales, infecciones, anomalías del cordón, causas maternas como: síndromes hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, trombofilias y el 25% de los casos es idiopática^{1,3}.

El riesgo del gemelo superviviente es elevado y las consecuencias que pueden encontrarse son: mortalidad, lesiones neurológicas y parto pretérmino además está descrito que rara vez la muerte fetal única causa liberación de fibrina y tromboplastinas en circulación

Figura 2. Área de necrosis isquémica extensa y licuefactiva local, asociada a calcificaciones extensas en placenta de feto # 2



Fuente: elaboración propia.

materna provocando CID, pero, aunque es poco común puede ser fatal y el otro efecto adverso es la embolización transcoriónica que conduce a la muerte del otro feto^{3,6}.

Para su manejo la mujer debe ser derivada a un tercer nivel, realizar ayudas diagnósticas complementarias con el objetivo de buscar complicaciones asociadas y hacer énfasis en la evaluación del cerebro fetal a las 4-6 semanas post muerte del co-gemelo y mantener vigilancia del desarrollo neurológico hasta los 2 años de edad, posteriormente si la gestación está a término: se debe finalizar, si es pretérmino se debe realizar biometría fetal, Doppler fetal cada 2-4 semanas y el parto debe considerarse a las 34-36 semanas después de los esteroides^{7,8}.

Nuestra paciente se sometió a seguimiento y estudios complementarios, encontrando reportes negativos, concomitantemente valoración neurológica del feto sobreviviente el normal y finalmente se obtuvo recién nacido en la semana 36 sin complicaciones.

Conclusiones

La muerte del co-gemelo in útero es un problema clínico grave y poco frecuente que

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2021v16n2.7430>

tiene un espectro amplio de patologías que pueden llevar a dicho resultado y ocasiona consecuencias en el feto sobreviviente y la madre.

Declaración conflictos de interés

Los autores no declaran conflicto de interés

Fuentes de financiación

Financiación por parte de los autores.

Referencias

1. Barba S., Carvajal J. Pautas de manejo del embarazo múltiple complicado con la muerte fetal in útero de un gemelo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012;77(2), 159-168.
2. Babah OA., *et al.* Conservative management of single fetal death in twin pregnancy at a tertiary health institution in southern Nigeria: A case report. *IOSR J Dent Med Sci*. 2014;13:79-83.
3. Lacunza Paredes RO, Ávalos Gómez J. Muerte fetal única en la gestación múltiple. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015;61(3), 291-295.
4. Reyna-Villasmil E, RondónTapía M. Muerte fetal intrauterina de uno de los gemelos. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018;64(1):77-83.
5. Morris R. K, *et al.* The incidence, maternal, fetal and neonatal consequences of single intrauterine fetal death in monochorionic twins: A prospective observational UKOSS study. *Plos one*. 2020;15.9: e0239477.
6. Jain D, Purohit RC. Review of twin pregnancies with single fetal death: management, maternal and fetal outcome. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2014;64.3: 180-183.
7. Khalil A, Rodgers M, Baschat, A, Bhide A, Gratacos E, Hecher K, ... & Raine-Fenning N. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2016;47(2), 247-263.
8. Russell Z, Quintero RA, & Kontopoulos EV. Intrauterine growth restriction in monochorionic twins. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2007;12(6):439-449.