

Incidencia e implicaciones en la salud de la gestación múltiple en España. Complicaciones en gestaciones monocoriales

Incidence & health implications of multiple gestation in Spain. Complications in monochorial gestations

Teresa Higuera

Hospital Valle de Hebrón, Barcelona

Del total de embarazos gemelares, dos tercios son dizigóticos y un tercio monozigóticos. Entre estos últimos, en función de cuándo se haya producido la división que dará lugar a los dos fetos, habrá una sola placenta y dos bolsas amnióticas (si es alrededor de los tres días) o dos placentas y dos bolsas (nueve días). En términos generales, entre los monozigóticos una tercera parte tienen dos placentas (gestaciones bicoriales) y dos tercios comparten la misma placenta (monocoriales). Es en este grupo, que representa un 20% de todos los gemelos, el que presenta los principales problemas de salud, más allá de los riesgos comunes a todos los embarazos gemelares.

En estos embarazos existe peligro de retraso de crecimiento, malformación fetal y de transfusión feto-fetal. Además, la morbilidad neurológica se multiplica en los gemelos monocoriales por 4 respecto a los bicoriales.

Mientras en los embarazos simples los riesgos son del 1% respecto a malformaciones severas, del 0,5% de muerte perinatal, del 3% de retraso en el crecimiento intrauterino y del 1% de parto prematuro, en el caso de gemelos dicoriales las tasas son de un 1% de malformación, entre 1% y 2% de muerte perinatal, del 10% de retraso en el crecimiento y un 5% de parto pretérmino. Pero estas cifras se incrementan aún más en el caso de las gestaciones monocoriales con un 3% de malformaciones, entre 3% y 4% de muerte perinatal, un 15% de retraso en el crecimiento intrauterino y un 10% de prematuridad. A ello hay que sumar que en los monocoriales, las tasas de morbilidad al año o en la primera infancia, se multiplican por cuatro y hasta por cinco.

En la placenta monocorial hay comunicaciones

arteriovenosas que se equilibran entre los dos fetos. Si se pierde este equilibrio se produce una transfusión feto-fetal, en la que hay un desequilibrio crónico, por lo que un feto se convierte en donante y desarrolla oliguria, oligodramios, y el otro en receptor, y desarrolla poliuria, polidramios e hidrops.

No todas las gestaciones monocoriales desarrollan transfusión feto-fetal. Pero si sucede, en el estadio final la mortalidad es del 80% al 100%, sobre todo cuando aparece antes de la semana 26. La transfusión feto-fetal se diagnostica con la secuencia polidramios-oligodramios en un ecógrafo. Es importante diagnosticar la transfusión feto-fetal porque tiene tratamiento, realizando una fetoscopia y una coagulación láser de estas comunicaciones arteriovenosas.

Entre los gemelos existe otro problema. Todos los monocoriales comparten comunicaciones vasculares, pero además, los gemelos se distribuyen la placenta de forma aleatoria, de forma que unos se quedan con más placenta y otros con menos. En este contexto se producen los retrasos de crecimiento. El retraso en el crecimiento selectivo de uno de los gemelos monocoriales se produce cuando está por debajo del percentil 10 y hay una discrepancia de diámetros entre los dos fetos de más del 25%.

Diversos estudios han reflejado los problemas entre gemelos monocoriales. Uno de los trabajos ha mostrado que la incidencia de leucomalacia periventricular, lesión neurológica diagnosticada por ecografía cerebral, entre las 7 y los 28 días era extremadamente elevada en fetos con retraso de crecimiento (Carreras E, Roma E, Cabero L, Journal of Perinatal Medicine 2001). También se han detectado altas tasas de neuromorbilidad entre los gestantes monocoriales

con retraso de crecimiento intrauterino (Adegbite A, Castille C, Ward S, Bajoria R American Journal of Obstetrics and Gynecology 2004).

Otros estudios destacan el mayor riesgo de muerte intra útero, de parto prematuro y de lesión neurológica de los gemelos monocoriales frente a los bicoriales. La patología se centra en bebés con transfusión feto-fetal y retraso de crecimiento, de modo que las gestaciones monocoriales sin estos problemas, resultados finales similares a las bicoriales normales (Estudio Euro-twin-2-twin; European funded prospective studies on MC and TTS; Grupo Catalunya-Baleares). La morbilidad se concentra en los monocoriales con retraso de crecimiento y transmisión feto-fetal, pero además, este retraso de crecimiento en los monocoriales tiene consecuencias graves para la gestación. Por ello, el seguimiento en estos embarazos debe ser continuo, de forma que las visitas sean cada dos semanas tratando de diagnosticar cuanto antes estos dos síndromes, como indica el Programa Eurofetus para el seguimiento de las gestaciones monocoriales. Se realiza una primera ecografía en la semana 12 en la que la visualización del pliegue nucal, que sirve de primer indicio -a parte del riesgo de cromosomopatía- de una transfusión feto-fetal. Entre las semanas 14 y la 26 los seguimientos son cada 2 semanas, para diagnosticar las 2 complicaciones fundamentales. A partir de la semana de 26, si no se ha manifestado ninguna de estas patologías el riesgo ya es el habitual para las gestaciones bicoriales. Se practica biometría y doppler en las semanas 12, 20, 26 y 30-32 y se miden los líquidos amnióticos, que da los primeros indicios de una transmisión feto-fetal cada dos semanas. Cuando no presentan grandes complicaciones, las gestaciones monocoriales se induce el parto a término entre 37 y 38 semanas.

En la placenta de una gestación monocorial además de comunicaciones arteriovenosas están las arterioarteriales, en las que la sangre pasa de un feto a otro sin cortapisas, sin que haya donante ni receptor. Como son dos sistemas comunicados por dos bombas, según la fuerza o las presiones que tengan, la sangre irá a un lugar o a otro.

Otro de los problemas que puede darse en una gestación monocorial es que se detecte flujo diastólico ausente o reversointermittente, que se diagnostica con la prueba de doppler en el cordón umbilical. Este flujo aparece en el feto pequeño, el de retraso de crecimiento y es el indicador de una comunicación arterioarterial entre la placenta. Dentro del grupo retraso de crecimiento hay dos subgrupos: aquellos fetos que no tienen flujo reversointermittente, que tienen un patrón común de doppler, que es un patrón de deterioro

habitual de retraso de crecimiento. Se trata de casos en los que se puede predecir la evolución y tomar medidas en función de los datos de los exámenes con doppler.

En el caso que aparezca el flujo el problema es que aparentemente hay una buena evolución, en el sentido de que el bebé no se deteriora o no se muere. No hay señales de doppler porque unas veces sí hay diástole y otras no.

Dentro del grupo con retraso de crecimiento, en los que padecen flujo ausente intermitente tienen un riesgo muy elevado de muerte fetal intra útero de lesión neurológica. La lesión neurológica no aparece en el feto pequeño con retraso en el crecimiento, sino en el grande, en el que aparentemente no tiene ningún problema ni retraso de crecimiento.

Un nuevo riesgo de gestación monocorial consiste en que aparezca una malformación o estadio terminal en uno de los fetos y sea necesaria una reducción selectiva. En el caso de gestaciones monocoriales si un feto muere se produce una súbita bajada de presión. El feto vivo hará una transfusión aguda de fluidos al otro feto a través de las comunicaciones que existen por lo que el riesgo de muerte del feto sano en las primeras 48 horas es del 26% y de secuelas neurológicas por esta pérdida de sangre del 46%. En estos casos, cuando hay una malformación discordante, con una perfusión arterial reversa del gemelo (trap), un retraso de crecimiento importante, transfusión feto-fetal o retraso crecimiento que complica o amenaza la vida, es cuando hay que plantearse una oclusión de cordón, que consiste en hacer una fetoscopia y cortar la circulación del feto afectado. Según si es un flujo de alta o baja velocidad, se usan diferentes técnicas. En el caso de una perfusión arterial reversa del gemelo sin bomba cardíaca se pueden usar técnicas de aguja, láser, radiofrecuencia o alcohol. Con un feto terminal se usa la oclusión de cordón. Con técnicas de aguja, hay pocas series y los estudios no son fácilmente interpretables. Nuestro grupo usa normalmente la oclusión de cordón con coagulación láser o bipolar. Se realiza una fetoscopia, en ocasiones hay que hacer un poco de amnioinfusión, y los resultados muestran una tasa de supervivencia del 70%. El riesgo de rotura de membrana, como en toda fetoscopia, es del 30%.

En la experiencia que tenemos con indicaciones de malformación discordante, trap, retraso en el crecimiento y transfusión feto-fetal, la mayoría de las veces nuestro equipo ha usado técnica láser o bipolar y el resultado perinatal al año de supervivencia del 84%, ruptura prematura de de membranas pretérmino 16% y la media de la edad gestacional del parto es de 35 semanas.