

Gestação gemelar com óbito de um dos fetos: relato de caso

Twin pregnancy with death of one fetus: case report

Renata Buonacorso¹, Luiz Claudio Bussamara², Silvia Regina Piza Ferreira Jorge³, Lilian de Paiva Rodrigues⁴, Fernando Moreira de Andrade⁵, José Júlio Tedesco⁶, Leonardo da Silva Valladão de Freitas⁷, Tsutomu Aoki⁸

Resumo

Há condições únicas em gestações gemelares que contribuem para o aumento da mortalidade e morbidade perinatais, incluindo gemelaridade monoamniótica, anomalias congênitas, síndrome da transfusão feto-fetal e óbito intra-útero. O óbito de um dos fetos em gestação gemelar é um evento relativamente frequente, correspondendo a 0,5 a 6,8% dos casos. Apesar do

grande número de relatos de casos na literatura, controvérsias em relação ao seguimento, conduta e sobrevivência do outro feto ainda permanecem. Neste estudo nós apresentamos um caso de óbito de um dos fetos em gestação gemelar dupla monocoriônica. Exame ultra-sonográfico às 25 semanas evidenciou gestação gemelar monocoriônica e diamniótica com primeiro feto morto, macerado e com oligoâmnio; o outro feto tinha morfologia compatível com a idade gestacional, assim como biometria fetal, volume de líquido e ultra-sonografia com Doppler normais. Ultra-sonografia obstétrica seriada semanal foi realizada com o propósito de determinar o momento oportuno para resolução da gravidez. Cesárea com 37 semanas de gestação foi realizada sem intercorrências e neonato do sexo feminino com 2295g e Apgar 8/10. A mãe e o recém-nascido receberam alta hospitalar após três dias. A avaliação ultra-sonográfica seriada semanal para avaliar o crescimento e a vitalidade fetais é um procedimento de extrema importância para determinação do momento ideal para antecipar o parto. A assistência ao feto sobrevivente e aos pais deve ser realizada por equipe multidisciplinar experiente.

Descritores: Gravidez múltipla, Morte fetal, Placentação, Seguidamentos

Abstract

There are some specific conditions in twin pregnancy that contribute to the increase of mortality and perinatal morbidity including monoamniotic twin pregnancy, congenital anomalies, embryo-fetal transfusion syndrome and intrauterine death. Death of one of the fetuses in twin pregnancy is a relatively frequent event, corresponding to 0.5 to 6.8% of the cases. Despite the high number of case reports in the literature, controversies concerning follow-up, feasibility and survival of another fetus still remain. The present study reports one case of death of one fetus in monochorionic twin pregnancy. Twenty-five

1. Médica Residente do Serviço de Medicina Fetal do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo.

2. Professor Doutor, Chefe do Serviço de Medicina Fetal do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo.

3. Médica Obstetra, Chefe do Setor de Gestação de Baixo Risco do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

4. Médica Obstetra, Chefe do Setor de Gestação de Alto Risco do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo. Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

5. Médico Assistente do Serviço de Medicina Fetal do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo.

6. Médico Obstetra, Professor Livre-docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Chefe da Clínica de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo.

7. Médico Residente do Serviço de Gestação de Alto Risco do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo.

8. Médico Ginecologista, Doutor em Medicina, Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Trabalho Realizado: Unidade de Medicina Fetal do Departamento de Obstetrícia (DOGI) da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo

Autor para correspondência: Silvia Regina Piza Ferreira Jorge. Rua Dr. Cesário Motta Jr., 112 – Vila Buarque CEP 01221020 São Paulo. Fone: (11) 32224254 Fax: (11) 21767384. E-mail: tfj@uol.com.br

week ultrasound evaluations showed monochorionic diamniotic twins with death of the first fetus who was macerated and oligohydramnios, and the other fetus had morphology compatible with gestational age presenting normal fetal biometry, liquid volume and Doppler ultrasound. Consecutive obstetric ultrasounds and coagulograms were performed weekly to determine the moment to deliver the baby. Uneventful caesarean section was performed at 37 weeks of gestation successfully giving birth to a female neonate weighting 2,295g and with Apgar 8/10. The mother and the newborn left the hospital three days later. Weekly serial obstetric ultrasounds and coagulograms to evaluate growth and fetal vitality are extremely important procedures to determine the optimal moment to deliver the newborn. The support to the surviving fetus and to the parents should be carried out by experienced multidisciplinary teams.

Key words: *Pregnancy, multiple; Fetal death; Placentation; Follow-up studies*

Introdução

A gemelaridade corresponde a cerca de 1,5% de todas as gestações, sendo 80% delas dicoriônicas e 20% monocoriônicas⁽¹⁾. O óbito fetal intra-uterino em gestação gemelar é um evento relativamente freqüente, correspondendo de 0,5 a 6,8% dessas gestações⁽²⁾.

Apesar do grande número de relatos de casos na literatura, não há consenso na determinação de seguimento e conduta nestas situações⁽³⁾. A decisão de se interromper ou não a gestação deve depender do risco – benefício em se manter o feto sobrevivente em um ambiente intra-uterino possivelmente relacionado com o óbito do outro gêmeo, ou submetê-lo aos riscos conhecidamente deletérios da prematuridade⁽⁴⁾.

No presente artigo, relatamos caso de óbito unifetal precoce em gestação gemelar monocoriônica com êxito na resolução do parto ao termo e revisão do tema.

Relato de Caso

ICS, 18 anos, primigesta, sem antecedentes mórbitos, iniciou assistência pré-natal em nosso serviço com idade gestacional aproximada de 25 semanas.

A paciente apresentava ultra-sonografias realizadas em outros serviços relatando gestação de 12 semanas e 3 dias (gestação gemelar diamniótica com fetos vivos/corionicidade não descrita) e de 21 semanas (gestação gemelar dicoriônica e diamniótica, quantidade normal de líquido amniótico em ambas as bolsas, com um dos fetos morto, e o outro feto com

vitalidade preservada e parâmetros biométricos adequados à idade gestacional). No início da assistência em nosso serviço foi submetida a ultra-sonográfica que constatou idade gestacional cronológica de 25 semanas e 3 dias.

Exame realizado na Unidade de Medicina Fetal do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (DOGI) da IMSCSP evidenciou gestação gemelar monocoriônica e diamniótica com um feto morto, macerado e com oligoâmnio; e outro feto com morfologia e biometria compatíveis com 25 semanas, líquido normal e *doppler* normal.

Foram também, solicitados exames de rotina pré-natal, inclusive sorologias, todos sem anormalidades. O seguimento da gestação constou de hemogramas e coagulogramas semanais, além de ultra-sonografias morfológicas com dopplerfluxometrias seriadas semanais, que demonstraram padrão de normalidade para o feto sobrevivente até a 35^o semana de gestação, quando foi evidenciado *doppler* com índice de resistência limítrofe nas artérias umbilicais e sinais de crescimento fetal restrito, padrão confirmado uma semana após, optando-se então pela resolução da gestação na 37^o semana. Realizado cesariana, sem intercorrências, com bom resultado final e recém-nascido do sexo feminino com peso 2295g e Apgar 8/10.

Verificada presença de feto morto com aspecto papiráceo, macerado, pesando 180g, sexo indefinido. Na avaliação anátomo-patológica encontrou-se: placenta monocoriônica, diamniótica com inserção do cordão paracentral do feto vivo e marginal do feto morto, além de anastomoses vasculares profundas; feto macerado de sexo indeterminado com autólise visceral generalizada e medidas compatíveis com a 16^o semana de gestação. O recém-nascido e sua mãe evoluíram sem intercorrências, recebendo alta do alojamento conjunto em 3 dias.

Discussão

O principal fator de risco para comprometimento neurológico após morte unifetal é a monocorionicidade. As imprevisíveis anastomoses vasculares placentárias e sua distribuição aleatória entre os fetos na gestação monocoriônica explicam a elevada morbimortalidade perinatal nestes casos⁽⁵⁾. Ressalta-se aí a extrema importância em se determinar a corionicidade precocemente, através da ultra-sonografia de 1^o trimestre.

Se a perda fetal ocorrer após a 16^a semana gestacional, a chance de lesão do feto sobrevivente é ainda maior. Em gemelaridade monocoriônica, o risco de seqüela neurológica após óbito unifetal é de 25%, incidência três vezes maior do que a encontrada na placentação dicoriônica⁽⁶⁾.

Tradicionalmente acredita-se que o comprometimento do feto sobrevivente é devido a passagem de material necrótico ou trombótico do feto morto para o feto saudável através de anastomoses vasculares da placenta. No entanto, esta teoria não se confirmou em trabalhos que demonstram ausência de coagulopatias nos fetos sobreviventes ⁽⁷⁾.

Relevância ainda maior   atribuída à Síndrome de transfusão feto-fetal, doena prevalente em gestao gemelar monocoriônica diamniótica. A morte de um dos fetos intra-útero nestes casos acarreta considerável acréscimo na morbiletalidade do feto remanescente, além de teórico risco de coagulao intravascular disseminada na gestante ^(8,9).

Com o óbito unifetal, o gêmeo saudável apresenta risco aumentado de complicaes por hipotensão sist mica e hipoperfusão em diversos órgãos, especialmente o sistema nervoso central. Van Heteren et al, 1998⁽¹⁰⁾ evidenciaram seqüestros agudos de sangue do feto sobrevivente desviado para o feto morto através de anastomoses da circulao placentária, levando a hipotensão aguda e conseqüente lesão cerebral permanente.

Neste momento, a transfusão sang nea intra-uterina mediante análise hematológica do feto an mico sobrevivente pode resgatá-lo da condio de hipovolemia e anemia prolongadas ⁽¹¹⁾.

O prognóstico do feto remanescente   excelente na gravidez dicoriônica, tendo a prematuridade como principal fator de risco ⁽¹²⁾.

Apesar do risco teórico de alteraes na crase sang nea da gestante após o óbito unifetal, em nenhum dos casos acompanhados pelos trabalhos citados na atual revisão houve evoluo para coagulopatias maternas ^(9,12,13).

Em relao   insero an mala do cordão umbilical, como encontrado no caso em questão, as principais complicaes são as hemorragias e o crescimento fetal restrito. Em nosso caso não pudemos determinar com precisão a causa do óbito fetal, já que houve achados sugestivos de síndrome de transfusão feto-fetal e de insero an mala do cordão umbilical.

Conduta

Vial, Hohlfeld, 1999⁽¹³⁾ defendem a resoluo imediata da gravidez assim que o terceiro trimestre for alcanado. Em gestaes monocori nicas e diamni ticas, o potencial risco para o feto sobrevivente normalmente justificaria a interrupo da gravidez entre 28 e 32 semanas, logo após a administrao de corticóides para a mãe. Na maioria das vezes, uma gestao inferior a 28 semanas deveria ter conduta conservadora, a não ser no caso de gestao monocoriônica e monoamniótica, quando a resolu-

o deveria ser proposta assim que o feto atingisse a viabilidade.

Os riscos em uma gestao múltipla são bem maiores, seja ela monozig tica ou dizig tica. Estas gestaes, geralmente, têm um parto mais precoce, de onde adv m problemas relacionados à prematuridade (baixo peso, membrana hialina, risco aumentado de infeces) e suas seqüelas a longo prazo. Muitos obstetras desconhecem o resultado real ao final do primeiro ano de vida. Lesões neurológicas são freqüentemente associadas às intercorrências neonatais, normalmente secundárias à prematuridade^(3,14). As complicaes obstétricas relacionadas às gestaes múltiplas requerem equipe médica especializada e experiente, além de assessoria psicológica constante ao casal ⁽¹⁵⁾.

Em funo destes dados, tem-se procurado protelar ao máximo a resoluo gestacional precoce, mesmo nos casos de gestaes múltiplas com óbito de um dos fetos, quando as avaliaes mostram condies obstétricas favoráveis para a gestante e o feto sobrevivente ^(16,17).

No trabalho de Funayama et al. 2002⁽¹⁸⁾ foram acompanhadas em 6 anos, 14 gestaes gemelares com óbito unifetal, sendo que 5 destas apresentavam placentaao monocoriônica; em todos estes casos optou-se pela conduta conservadora até no mínimo 32 semanas completas de gestao. Constatou-se apenas um feto com d st rbio neurológico, este provavelmente secundário   prematuridade e não ao evento da morte unifetal.

Ezra et al, 2005⁽¹⁹⁾ em estudo retrospectivo realizado em Israel em 2005, analisaram todas as gestaes gemelares monomni ticas diagnosticadas em três grandes centros no período de 1987 a 2002. Concluiu-se que a vigilância clínica a partir da viabilidade da gravidez e o parto eletivo durante a 32  semana reduziria a mortalidade antenatal.

O seguimento e a evoluo das gestaes gemelares irão depender do tipo de placenta, da idade gestacional e das condies do gêmeo sobrevivente, lembrando-se que a prematuridade também é importante causa de morbimortalidade neonatal ⁽²⁰⁾. Exames físicos seriados, acompanhamento ultrassonográfico na avaliao de crescimento e bem-estar fetal, além de provas de coagulao materna são mandat rias para um seguimento conservador satisfatório ⁽³⁾. Não há evidências de que a cesariana melhore o prognóstico do feto sobrevivente ⁽¹²⁾.

Conclusão

O  bito unifetal em gestao gemelar constitui evento relativamente freqüente em Obstetrícia. O diagnóstico de placentaao monocoriônica deve ser

precocemente obtido através de ultra-sonografia de primeiro trimestre. A avaliação ultra-sonográfica seriada do crescimento e da vitalidade fetais   de extrema importância para determinação do momento ideal para se resolver a gravidez. A assistência ao feto sobrevivente e aos pais deve ser realizada por equipe multidisciplinar experiente.

Homenagem ao Prof. Dr. José Júlio de Azevedo Tedesco

Sua voz se calou!

O silêncio ensurdecedor inundou nossas almas...

A ausência   dolorosa.

Mas as sementes foram lançadas. Suas palavras ficarão, seus ensinamentos se difundirão. Sua maneira ímpar de ensinar e principalmente a sua visão total do ser humano, principalmente entre nós.

O nosso tempo de convivência, acreditamos, que nunca seria suficiente para nós! Havia tanto a ensinar e tanto ainda a prender.

Sua missão se cumpriu entre nós e foi chamado pelo Pai para levar sua luz para iluminar a outra dimensão.

A vida, para todos,   uma passagem e sempre fica uma irremediável saudade.

Obrigada...você foi e sempre será o nosso MESTRE!



Prof. Dr. José Júlio de Azevedo Tedesco. Médico Obstetra, Professor Livre-docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Chefe da Clínica de Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo.

Referências bibliográficas

1. Sebire NJ, Souka A, Skentou H, Geerts L, Nicolaidis KH. First trimester diagnosis of monoamniotic twin pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 223-5.
2. Chen FJ, Villarreal Peral C, Juárez Azpilcueta A. Embarazo gemelar complicado con p rdida de un producto in utero: presentación de un caso y revisión de la literatura. [Revisi n

- Ginecol Obstet Mex 1995; 63:352-5.
3. Goldberger SB, Rosen DJ, Shulman A, Bahary C, Fejgin MD. Conservative approach to multiple pregnancy with intrauterine fetal death of one or more fetuses. *Int J Gynaecol Obstet* 1991;34:367-72.
4. Santema JG, Swaak AM, Wallenburg HC. Expectant management of twin pregnancy with single fetal death. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 26-30.
5. Benirschke K. Intrauterine death of a twin: mechanisms, implications for surviving twin, and placental pathology. *Semin Diagn Pathol* 1993; 10:222-31.
6. Lewi L, van Schoubroeck D, Gratacos E, Witters I, Timmerman D, Deprest J. Monochorionic diamniotic twins: complications and management options. [Review] *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:177-94.
7. Bajoria R, Wee L Y, Anwar S, Ward S . Outcome of twin pregnancies complicated by single intrauterine death in relation to vascular anatomy of the monochorionic placenta. *Hum Reprod* 1999; 14: 2124-30.
8. Haverkamp F, Lex C, Hanisch C, Fahrenstich H, Zerres K. Neurodevelopmental risks in twin-to-twin transfusion syndrome: preliminary findings. *Eur J Paediatr Neurol* 2001; 5:21-7.
9. Axt R, Mink D, Hendrik J, Ertan K, von Blohn M, Schmidt W. Maternal and neonatal outcome of twin pregnancies complicated by single fetal death. *J Perinat Med* 1999; 27:221-7.
10. van Heteren CF, Nijhuis JG, Semmekrot BA, Mulders LG, van den Berg PP. Risk for surviving twin after fetal death of co-twin in twin-twin transfusion syndrome. [Review] *Obstet Gynecol* 1998; 92:215-9.
11. Senat MV, Bernard JP, Loizeau S, Ville Y. Management of single fetal death in twin-to-twin transfusion syndrome: a role for fetal blood sampling. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002; 20:360-3.
12. Fusi L; Gordon H. Twin pregnancy complicated by single intrauterine death. Problems and outcome with conservative management. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97:511-6.
13. Vial Y, Hohlfeld P. [Intrauterine death in twin pregnancies]. [Review] *Schweiz Rundsch Med Prax* 1999; 88:1435-8.
14. Gaucherand P, Rudigoz RC, Piacenza JM. Monofetal death in multiple pregnancies: risks for the co-twin, risk factors and obstetrical management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994; 55:111-5.
15. Graham G M 3rd; Gaddipati S. Diagnosis and management of obstetrical complications unique to multiple gestations. [Review] *Semin Perinatol* 2005; 29:282-95.
16. Hanna JH, Hill JM. Single intrauterine fetal demise in multiple gestation. *Obstet Gynecol* 1984; 63:126-30.
17. Feiks A, Scholler J, Rehacek G, Grunberger W. [Fetal death in multiple pregnancy: implications for obstetrics and literature review]. [Review] *Z Geburtshilfe Perinatol* 1992; 196:44-6.
18. Funayama CAR, Novaes DA, Costa FS, Cavalli RC, Duarte G, Cunha SP. Gravidez gemelar com morte fetal de um dos g meos: avaliação neurol gica dos gemelares sobreviventes. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24:107-12.
19. Ezra Y, Shveiky D, Ophir E, Nadjari M, Eisenberg VH, Samueloff A, et al. Intensive management and early delivery reduce antenatal mortality in monoamniotic twin pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:432-5.
20. Burguet A, Monnet E, Roth P, Hirn F, Vouaillat C, Lecourt-Ducet M, et al. Devenir neurodéveloppemental à cinq ans des prématurés nés avant 33 semaines d' menorrh e et indemnes d'infirmitt  motrice d'origine cérébrale. *Arch Pediatr* 2000; 7:357-68.

Data de recebimento: 02/06/2006

Data de Aprovaç o: 25/11/2006