

Embarazo múltiple

Multiple pregnancy

MsC. Irma Mercedes Tumbarell Villalón, MsC. Leyti María Abraham Dusté y MsC. Arelis Montes de Oca García

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una fémina con embarazo múltiple, obesa, hipertensa y con antecedente de riesgo obstétrico, quien estuvo durante más de una semana en el Hospital Materno de Palma Soriano hasta su traslado para el Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba, donde se detectaron una exagerada ganancia ponderal (17,5 kg) y grandes posibilidades de aparición de preeclampsia, que al producirse a las 31,3 semanas, obligó a interrumpir la gravidez. Por medio de una cesárea se extrajo a las 4 niñas, cuya madre evolucionó satisfactoriamente luego de haber permanecido ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos durante 72 horas.

Palabras claves: mujer, gestación, embarazo múltiple, preeclampsia, cesárea cuatrillizo, hospital materno.

ABSTRACT

The case report of a hypertensive obese woman with multiple pregnancy and obstetric risk history is presented, who was for over a week in Palma Soriano Maternity Hospital until she moved to "Mariana Grajales Coello" Gynecobstetric Hospital of Santiago de Cuba, where an exaggerated weight gain (17,5 kg) and a high potential for developing pre-eclampsia were detected, which occurred at 31,3 weeks and forced to interrupt the pregnancy. By means of caesarean section 4 girls were extracted, whose mother made good progress after her admission to the Intensive Care Unit for 72 hours.

Key words: woman, gestation, multiple pregnancy, pre-eclampsia, caesarean section, quadruplet, maternity hospital.

INTRODUCCIÓN

Durante siglos, la gestación múltiple ha generado temor y fascinación, incluso en las diferentes regiones y en culturas diversas, más aún cuando se desconocía acerca de las características, los riesgos y las complicaciones de este tipo de embarazo, además porque las mujeres al parir traían al mundo 2 o más niños, cuando las personas a su alrededor esperaban que trajera uno solo.^{1,2}

El estudio del embarazo múltiple comenzó a finales del siglo XIX, cuando Sir. Francis Galton intentó, por primera vez, analizar la disyuntiva entre la naturaleza y la alimentación en el estudio de gemelos. Este y otras investigaciones posteriores contribuyeron al desarrollo de la genética y a la mejor comprensión del embarazo múltiple.^{1,2}

Durante los últimos 4 decenios, las féminas con este tipo de embarazo, por razones evidentes, han recibido gran atención por parte de ginecoobstetras y neonatólogos, pues un elevado número de estos no continúa después de las 20 semanas de

gestación, al producirse con mayor frecuencia el aborto; mientras que en los que se logra rebasar esta edad gestacional, se incrementa el índice de prematuridad, el bajo peso al nacer, la incidencia de muerte perinatal y neonatal, la presencia de anomalías congénitas en los fetos y la muerte materna.^{1,2}

Está considerado como un estado limítrofe entre lo normal y lo anormal, entre lo fisiológico y lo patológico. Consiste en la gestación de 2 o más fetos en el claustro materno. Su frecuencia varía en relación con el número de fetos. Así, algunos autores plantean que su incidencia está en 1 por cada 80 embarazos en el doble o gemelar, 1 por 6 000 en los triples o trillizos, 1 por cada 500 000 en los cuádruples (cuatrillizos) y 1 por cada 40 960 000 en los quintuples (quintillizos).^{1,2}

A pesar de que representan solo un pequeño porcentaje del total de nacimientos (menos de 3 %) los embarazos múltiples están en aumento. Según el Centro Nacional para la Estadística de la Salud (*National Center for Health Statistics*), en los Estados Unidos la tasa de nacimientos de mellizos ha ascendido en 59 % desde 1980 y actualmente constituye 3,1 por cada 1 000 nacidos vivos. La de trillizos y otros de más de 2 bebés también ha aumentado sorprendentemente (423 %).³

Estas cifras evidencian que el embarazo múltiple está adquiriendo dimensiones epidémicas, esto se debe, en gran medida, a la utilización cada vez más frecuente de técnicas de reproducción asistida y al uso de inductores de la ovulación en las pacientes que presentan infertilidad, expuestas a dichas técnicas.⁴

Según la ley biológica de Hellin, la frecuencia disminuye según aumenta el número de gemelos, en el orden de la potencia de $1/85^{(n-1)}$, donde la potencia n es la cantidad de gemelos en la gestación. Así, la frecuencia de estos últimos es $1/85^1$ (1,18 %), la de trillizos sería $1/85^2$ (1/7200), la de cuatrillizos $1/85^3$ (1/600 000) y la de quintillizos $1/85^4$ (1/52 000 000).⁵

En América Latina, la frecuencia de embarazo gemelar se ha mantenido estable. En Argentina en 1997 se registró 0,99 %; en Brasil (1995), 0,92 %; en Bolivia (1986), 0,8 %; en Chile (1986), 0,84 % y en Ecuador (1996), 1,04 %. Asimismo, en Venezuela, entre 1976-1999, en la población hospitalaria, también se ha mantenido estable (entre 0,46-1,19 %).³ En España se calcula que la incidencia del embarazo múltiple oscila de 1-2 %.⁶

La atención a estas pacientes es eminentemente compleja, puesto que es preciso estar atentos entre la necesidad de interrumpir el embarazo por indicación materna y la necesidad de que los niños alcancen la madurez adecuada para vivir fuera del claustro materno, lo cual hace que el trabajo perinatólogo sea complicado y en equipo. Por lo infrecuente del caso, por no existir notificación al respecto en los registros estadísticos del hospital y de la provincia de Santiago de Cuba, por el riesgo que implica este tipo de embarazo y por el resultado feliz que tuvo, se decidió publicar este caso.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una paciente de 31 años de edad, de la raza negra, de procedencia rural, obesa, con antecedentes de hipertensión arterial (sin medicación).

El interrogatorio reveló los siguientes datos:

- Antecedentes obstétricos: 13 gestaciones, ningún parto, 12 abortos provocados y una enfermedad molar hacía 3 años, para lo cual llevó tratamiento con metrotexate; también tenía antecedentes familiares de embarazo gemelar y su pareja de embarazo gemelar y de trillizos.
- Antecedentes patológicos personales: Hipertensión arterial crónica
- Antecedentes patológicos familiares: Abuela materna con diabetes mellitus y abuelo paterno con hipertensión arterial.
- Menarquia: A los 12 años
- Fórmula menstrual: Cada 28 días (5 días).
- Fecha de última menstruación: 14 de mayo de 2010.
- Hábitos tóxicos: Café y alcohol
- Captación precoz, a las 9 semanas

El índice de masa corporal era de 30,5 (obesa) y la tensión arterial basal de 100/60 mm de Hg.

• Exámenes complementarios

- Electroforesis de hemoglobina: AA.
- Prueba de alfafetoproteína: Alterada (aumentada) por el embarazo múltiple. Antígeno de superficie: Resultados negativos.
- Ecografía de pesquisa: Se constató embarazo multifetal (cuatrillizos) bicorial biamniótico (figura 1).



Fig 1. Embarazo múltiple. Observe los 4 fetos, cada uno en su saco amniótico.

La paciente fue ingresada en el Hospital Materno de Palma Soriano a las 26 semanas de gestación, donde se le administraron inductores de maduración pulmonar fetal. En este centro permaneció hasta que fue trasladada hacia el Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba (a las 27,4 semanas), por ser el centro de referencia del bajo peso al nacer. Presentaba una ganancia exagerada de peso (17,5 kg), con un riesgo muy elevado de presenta preeclampsia sobreañadida.

Los resultados de los exámenes complementarios efectuados para el estudio de la función hepática, renal y cardiovascular fueron normales, excepto la hemoglobina (107g/L). Mediante la ecografía obstétrica inicial los pesos fetales evaluados fueron: 899, 1 035, 950 y menos de 500 g, respectivamente, con un índice de líquido amniótico (ILA) en 13,9 y las 2 placentas de grados III-IV.

Evolucionó en el Servicio de Perinatología, bajo estricta vigilancia del incremento del peso materno, tensión arterial, patrón contráctil y bienestar fetal. A las 29,5 semanas presentó amenaza de parto pretérmino, por lo cual se le indicó tocólisis con sulfato de magnesio y antibioticoterapia para profilaxis del estreptococo beta hemolítico.

Luego se mantuvo asintomática y normotensa, pero el edema se incrementaba y se iba generalizando. Luego, en los estudios evolutivos realizados apareció proteinuria, hipoproteinemia y descompensación de las cifras tensionales, de manera que se catalogó como preeclampsia sobreañadida.

El caso fue discutido en el colectivo de obstetras y neonatólogos del centro, quienes decidieron interrumpir el embarazo a las 31,3 semanas. Previamente se evaluó cuál sería el equipo de obstetras (cirujanos expertos), los anestesiistas, así como las 4 enfermeras y los neonatólogos que recibirían a cada niña.



Fig 2. Observe las 4 recién nacidas: Samanta, Brenda, María Fernanda y Ela.

La cesárea se realizó en horas de la mañana, con un equipo multidisciplinario al tanto de prevenir y tratar cualquier complicación que pudiera presentarse. Las 2 primeras niñas, en presentación cefálica, pesaron 1 100 y 1 400, respectivamente y las otras 2, en presentación pelviana, 1500 y 1 000 g; esta última con un puntaje Apgar de 3/5/7, pero las demás de 9/9 (figura 2).

El proceder transcurrió sin dificultad, con un sangrado de 700 mL aproximadamente. En el posoperatorio (una hora y media después) la paciente comenzó con un cuadro repentino de falta de aire y ansiedad, por lo cual fue evaluada por los integrantes de la comisión para atender a los casos graves, quienes diagnosticaron insuficiencia respiratoria aguda por edema pulmonar como complicación de la preeclampsia sobreañadida. Se tomaron todas las medidas inmediatas, incluyendo el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos donde estuvo por 72 horas, hasta lograr una evolución favorable.

Actualmente (en el 2012), tanto las niñas como la madre mantienen buen estado de salud. Este hecho constituye un logro para la salud pública en la provincia de

Santiago de Cuba, así como en el país, por cuanto este tipo de embarazo es extremadamente riesgoso y difícil de llevar a feliz término.

COMENTARIOS

El 18 de diciembre de 2010, producto de un parto por cesárea, nacieron en el Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba 4 niñas: Samanta, Brenda, María Fernanda y Ela, con los pesos ya descritos anteriormente.

La tercera y la cuarta recién nacidas necesitaron tratamiento intensivo y asistencia respiratoria mecánica convencional, en las modalidades espontánea: presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, por sus siglas en inglés) y controlada: ventilación mandataria controlada (CMV, por sus siglas en inglés), respectivamente.

Ambas niñas se mantuvieron en ventilación durante 48 horas. En el Servicio de Neonatología evolucionaron favorablemente, lo cual permitió emitir el egreso exactamente a los 68 días de nacidas (en febrero de 2011) con un peso de 2 900, 3 300, 3 600 y 2 500 g, respectivamente, y en perfecto estado de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velazco A. Embarazo múltiple. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 173-6.
2. Embarazo múltiple [citado 21 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.partosmultiples.net/ginecologia/embarazo.htm>.
3. El embarazo de alto riesgo. El embarazo múltiple. Charlottesville (Virginia): Virginia of University; 2004.
4. Lorenzo I, Herrera LA. El embarazo múltiple ¿es realmente un factor de alto riesgo obstétrico? Población y Salud en Mesoamérica. 2009 [citado 26 Ago 2009]; 6(2): Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2888200>
5. Embarazo múltiple [citado 27 May 2011]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_m%C3%BAltiple
6. González Merlo J. Obstetricia. 5ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 478.

Recibido: 15 de marzo de 2012.

Aprobado: 28 de abril de 2012.

Irma Mercedes Tumbarell Villalón. Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello", avenida Victoriano Garzón, Santiago de Cuba, Cuba.