

GEMELIDADE MONOCORIÔNICA-MONOAMNIÓTICA

Joe Luiz Garcia Novo*

INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal representa medidas assistenciais que visam a manutenção e/ou melhora do bem-estar do binômio materno-fetal. Premissa assistencial obrigatória em rotina pré-natal é o diagnóstico de gemelidade e de sua zigocidade.⁸

A gemelidade é a patologia obstétrica cuja incidência vem elevando-se e que associa-se a maiores riscos de morbiletalidade materna e, aos conceitos, destina maiores chances de mortalidade, retardo de crescimento intra-uterino, baixo peso e malformações.^{2,12} O diagnóstico de gemelidade monocoriônica-monoamniótica durante a gestação é evento raro, a ponto de poucos tocólogos terem a oportunidade de acompanhar mais de um caso.³ Pela sua raridade devem ser relatados, pois sempre trarão subsídios para o diagnóstico e acompanhamento pré-natal.^{4,7}

O estudo em epígrafe enfoca a gravidez gemelar monocoriônica-monoamniótica. Apresenta três casos acompanhados pelo Autor, a oportunidade do diagnóstico pré-natal e a conduta assistencial utilizada.

RELATO DOS CASOS

CASO 1: M.I.B.F., 37 anos, secundigesta, um parto cesáreo anterior, idade gestacional de 20 semanas, com suspeita de gravidez gemelar, realizou exame ultra-sonográfico, confirmando-se gestação gemelar monocoriônica-monoamniótica: cavidade uterina com dois conceptos individualizados e ativos, biometria para 20 semanas gestacionais, líquido amniótico normal em cavidade única, placenta corporal anterior.

Optou-se pelo acompanhamento e a evolução da gravidez. Novo exame ecográfico após 14 semanas, diagnosticou um feto ativo, biometricamente normal para idade gestacional de 34 semanas, em situação transversa direita e outro obitado, situado inferiormente e à esquerda da cavidade uterina, líquido amniótico e placenta

normais. Entrou em parturição espontânea após três semanas, internando-se no Hospital Santa Lucinda de Sorocaba-SP.

Realizou-se parto cesáreo, com incisão uterina segmentar transversa, removendo-se feto eutrófico em situação transversa, sexo masculino, Apgar: 5-7, peso: 2680g, Capurro: 36 semanas; feto masculino macerado, 650g, cordão autolisado, degenerado e com áreas de constrição; placenta discóide única, face fetal com dois cordões: um normal com três vasos e outro autolisado enovelado com o anterior. Alta materna e do concepto no quinto dia de puerpério (Figuras 1A e 1B).

CASO 2: L.R., 26 anos, terceira gestação, dois partos cesáreos anteriores, foi encaminhada ao Conjunto Hospitalar de Sorocaba-SP, como referência de gravidez de 26 semanas, associada à hidramnia e início de trabalho de parto prematuro. O exame ultra-sonográfico diagnosticou gravidez gemelar monocoriônica-monoamniótica, dois conceptos ativos unidos pela região occipital, placenta corporal, aumento expressivo do volume de líquido amniótico.

Realizou-se tocólise e descompressão âmnica através de amniocentese, removendo-se 450ml de líquido amniótico. Decidiu-se pela opção de prosseguir a gestação, apesar de diagnóstico neurológico inconclusivo (exames de tomografia e dopplerfluxometria). Após 20 dias retirou-se cerca de 850ml de líquido amniótico, acelerou-se a maturação pulmonar dos gemelares, com uso de Betametasona 12mg via muscular por dois dias consecutivos, durante quatro semanas (esquema de Liggins). Cerca de trinta dias após (idade gestacional de 34 semanas), entrou em parturição espontânea. Indicou-se resolução obstétrica, através de parto cesáreo (cesárea iterativa), com incisão segmento-corporal, removendo-se dois conceptos pelos pólos cefálicos acolados pela

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 3, n. 2, p. 34 - 38, 2001

* Professor Titular do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP.

região occipital, sexo feminino, Apgar: 7-9, peso total: 4kg, Capurro: 36 3/7 semanas, placenta única (1120g), dois cordões normais na face fetal. A mãe teve alta após três dias. Os recém-nascidos tinham comunicação occipital encefálica (ressonância magnética) e arterial (arteriografia); desenvolveram desconforto respiratório, broncopneumonia, sepsis e óbito após 32 dias de nascimento (Figuras 2A, 2B, 2C e 2D).

CASO 3 : R.Z.C.P., 27 anos, primigesta, realizou exame ecográfico de rotina com 20 semanas gestacionais, diagnosticando-se gestação gemelar monocoriônica-monoamniótica, dois conceptos

completos e ativos, acolados pela região tóraco-abdominal (áreas cardíaca e hepáticas comuns), placenta corporal única, líquido amniótico normal.

A paciente opinou pela continuidade da gestação. Entrou em parturição espontânea após trinta dias (24 semanas gestacionais), internando-se no Hospital Santa Lucinda de Sorocaba-SP; a resolução da gestação realizou-se através de parto vaginal, expelindo-se dois fetos através dos pólos pélvicos, peso: 600g, sexo masculino, Apgar: 1-1, neomortos após dez minutos. A placenta única tinha em sua face fetal, cordão único e normal.

A paciente teve alta após vinte horas do parto (Figuras 3A, 3B, 3C e 3D).



Figura 1A: Recém-nascido eutrófico.



Figura 1B: Placenta única com face fetal unicavitária, dois cordões enovelados entre si, um deles autolisado correspondente ao feto macerado.



Figura 2A: Incisão uterina segmento corporal.



Figura 2B: Retirada dos conceptos craniópagos.



Figura 2C: Retirada dos conceptos craniópagos.



Figura 2D: Placenta unicavitária, dois cordões umbilicais.



Figura 3A: Exame ultra-sonográfico: gemelares acolados nas áreas cardíaca e hepática, idade gestacional de vinte semanas.



Figura 3B: Gemelares onfalopagos.



Figura 3C: Detalhe do cordão único e do sexo dos conceptos.



Figura 3D: Placenta única, face fetal unicavitária, cordão único.

DISCUSSÃO

A gestação gemelar pode iniciar-se através da fertilização de dois óvulos, por dois espermatozoides (dizigótica) ou pela fecundação de um óvulo (por um espermatozoide) que, posteriormente, se divide gerando dois embriões (monozigótica).^{2,12} Os gêmeos dizigóticos correspondem a 2/3 das gestações gemelares.¹² Cada óvulo fertilizado gerará um blastocisto; cada embrião terá própria placenta e câmara coriônica. O âmnion se desenvolverá dentro de cada câmara coriônica e será exclusivo para cada concepto. Os gemelares dizigóticos e diamnióticos.^{1,2}

A gemelidade monozigótica dependendo do dia de clivagem dos gemelares, poderá apresentar-se como:^{1,2}

A - Ovos dicoriônicos e diamnióticos, se houver a divisão ovular até o terceiro dia de fecundação, gerando-se dois embriões completos e independentes entre si (25% dos casos).

B - Ovos monocoriônicos e diamnióticos, quando a divisão entre o quarto e oitavo dias de fecundação, já com trofoblasto diferenciado,

formando-se dois embriões com córion único e duas câmaras amnióticas (75% deles).

C - Ovos monocoriônicos e monoamnióticos (2% dos casos), quando da divisão entre o nono e décimo terceiro dias da fecundação, produz-se gêmeos separados entre si, dentro de um saco amniótico único. Se ocorrer divisão trofoblástica após o décimo terceiro dia gestacional, serão gemelares imperfeitos ou acolados entre si.

Na gemelidade monocoriônica, a placenta é única e é freqüente na sua face fetal e/ou profundidade, a presença de anastomoses entre as circulações feto-placentárias: artério-arteriais, veno-venosas ou artério-venosas.^{1,2,12} Nas duas primeiras formas, a transfusão feto-fetal é facultativa; na última será obrigatória, sendo um gêmeo transfusor (doador arterial) para o gemelar receptor (venoso): é a síndrome de transfusão gemelar.^{1,2,12} O gêmeo doador, em geral, evoluirá para hipovolemia, hipoplasia pulmonar, retardo de crescimento intra-uterino simétrico, anúria e óbito. O gemelar receptor será hipervolêmico, crescerá rapidamente, poderá ser poliúrico, gerar hidrânnia aguda, insuficiência cardíaca congestiva, hidropsia e até óbito.²

O óbito intra-uterino de gemelar monócórionico, poderá levar ao gêmeo remanescente dano neurológico e/ou de outros órgãos, pela passagem de material necrótico embolisado, através das comunicações vasculares intraplacentárias. É a síndrome de embolização gemelar. A síndrome de gemelar parabiótico é rara (1:35000 gestações); um dos gêmeos tem malformação acentuada, microcirculação inadequada, recebendo sangue desoxigenado do gemelar sadio (gemelar bombeador); o gemelar acárdico geralmente não pólo cefálico, nem membros superiores, e/ou órgãos cavitários normais.²

Os gemelares monoamnióticos estarão sujeitos a morbidade e mortalidade dos outros gemelares, somando-se a possibilidade de enovelamentos e nós funiculares e até a aclamentoa entre si.^{2,12} Os gêmeos acolados (1:50000 a 100000 partos) têm a taxa mais elevada de mortalidade, poucos apresentariam anatomia suficientemente favorável que permitisse sua separação cirúrgica e, conseqüentemente, sobrevivida pós-natal:² cerca de 45% têm óbito intra-uterino, 25% cerca de 48 horas após o parto.⁹

Os gemelares acolados podem ser classificados de acordo com o local anatômico e o grau de fusão entre si⁶ em:

1: Terata Catadidymus: fusão na extremidade superior do corpo, com tronco e membros separados e/ou unidos pela extremidade inferior:

- a - diprosópagos: 2 faces, 1 cabeça, corpo único;
- b - dicépagos: 2 cabeças e pescoço, corpo único;
- c - isquiópagos (6%): gemelares com acolamento sacro-coccígeo;
- d - pigópagos (16%): união sacro-coccígea lateral.

2: Terata Anadidyma: fusão dupla superior e inferior ou só na parte superior dos corpos:

- a- dípigos: cabeça e tronco único, 2 braços e 2 pernas;
- b - craniópagos (2%): fusão em nível do crânio;
- c - sincépagos: fusão simétrica e mediana.

3: Terata Anacatadidyma: acolamento medial e duplicidade nas extremidades:

- a - toracópagos (40%) : união torácica;
- b-xifópagos ou onfalópagos (35%): união torácica e abdominal;

c - raquípagos: união coluna dorsal.

Diante da suspeita clínica de gemelidade, o exame ultra-sonográfico obstétrico é complemento diagnóstico fundamental; deverá ser solicitado logo após a primeira consulta pré-natal e, se necessário, para confirmação diagnóstica e de conduta assistencial, entre o segundo e terceiro trimestres gestacionais. Será possível aquilatar e programar com mais segurança o prognóstico perinatal.^{2,3,4,5,10,11}

No presente estudo enfoca-se a gemelidade monócórionica-monoamniótica, destacando-se a importância de seu diagnóstico durante o acompanhamento pré-natal.^{2,5,11}

Nos casos relatados o prognóstico já se conhecia com 20, 27 e 20 semanas gestacionais, respectivamente, o que foi fundamental para o determinismo da conduta assistencial.⁵

Tivemos 3 sobrevividas maternas. No 1º caso, sobreviveu o concepto transfundido; no 2º, os gemelares acolados (terata anadidyma craniópagos), apesar de maduros e boa vitalidade ao nascerem, evoluíram para septicemia e óbito após 30 dias. No 3º caso (terata anacatadidyma onfalópagos), a prematuridade externa e malformações complexas ditaram a evolução para o óbito dos conceptos.

CONCLUSÕES

As gestações múltiplas têm taxas de complicações clínicas maternas e maiores índices de mortalidade fetal à custa de prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino e malformações congênitas. O exame ultra-sonográfico complementa o diagnóstico clínico e é fundamental para o determinismo da conduta assistencial durante o controle pré-natal. Evitar-se-ão medidas improvisadas, as quais, em sua maioria, cedidas em prejuízo materno e/ou fetal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benirschke K, Kim CK. Multiple pregnancy. 1. N Engl J Med 1973; 288:1276-84.
2. Callen PV. Ultra-sonografia em obstetrícia e ginecologia. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1994. P:98-123.
3. Castro RMF, Cunha SP, Castro PSAF, Pina Neto, JM, Ramos ES, Bailão LA. Diagnóstico pré-natal de gêmeos unidos. Rev Bras Ginecol Obstet 1994; 16:141-3.

4. Costa CFF, Welkovic S, Gurgel FO. Gêmeos acolados: relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet 1995; 17:569-71.
5. Costa CFF, Ferreira Neto PP, Macedo KM, Silva SRG. Diagnóstico e resolução de gravidez imperfeita. Rev Bras Ginecol Obstet 1995; 17:859-61.
6. Guttmacher AF. Biographical notes on some famous conjoinedtwins birth defects.
7. Källén B, Rybo G. Conjoined twinning in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand 1978; 57:257-9.
8. Neme B. Obstetrícia básica. 2ª.ed. São Paulo: Sarvier, 2000. P.117-33.
9. Posser AO, Posser ZBR. Gemelidade imperfeita. Femina 1996; 24:739-42.
10. Sampaio JMM, Brizot ML, Pedreira DAL, Bunduki V, Miyadara S, Zugaib M. Detecção de malformações fetais através do exame ultra-sonográfico entre 11 e 13 semanas de gestação. Femina 1997; 25:355-64.
11. Schmidt W, Heberling D, Kubli F. Antepartum ultrasonographic diagnosis of conjoined twins in early pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1981; 139:961-3.
12. Urbanetz AA, Cardoso IE. Gestação múltipla. Femina 1998; 26:273-7.



REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E BIOLÓGICAS

**A REVISTA AGRADECE À FUNDAÇÃO SÃO PAULO
A VALIOSA COLABORAÇÃO**