

GEMELIDADE

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

A presença simultânea de dois ou mais conceitos, no útero ou fora dele, constitui a *preñez múltipla*, classificada em *dupla ou gemelar*, *tripla*, *quádrupla*, etc. Cada produto da preñez múltipla é um gêmeo, e o uso consagrou a nomenclatura: gêmeos para a preñez dupla, trigêmeos, quadrigêmeos, etc. Mulher que concebe pela primeira vez uma gestação gemelar é Gesta I, e quando do trabalho de parto é Para I. Os sufixos *gesta* e *para* se referem às gravidezes e partos havidos, e não ao número de conceitos.

É uma das condições de alto risco mais comumente encontradas na prática obstétrica.

FATORES DE RISCO

- história familiar – a história materna é mais importante que a paterna.
- idade materna avançada
- alta paridade
- história pessoal de gemelidade
- indução da ovulação e técnicas de reprodução assistida (vem aumentando a incidência da gestação múltipla, no mundo inteiro).

CLASSIFICAÇÃO

A gestação gemelar pode resultar da fertilização de dois óvulos (produz gêmeos dizigóticos ou fraternos, com códigos genéticos diferentes, sexos iguais ou não), ou da fertilização de um óvulo, que se divide posteriormente (origina gêmeos monozigóticos ou idênticos, com o mesmo código genético e sexos iguais).

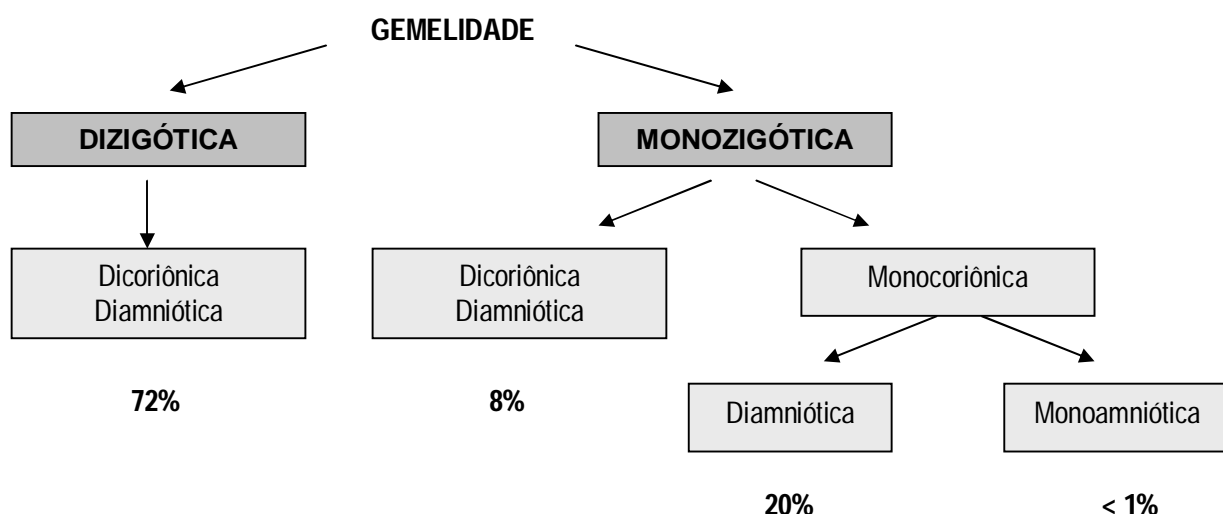


Figura 1 – Fluxograma dos tipos de gestação gemelar.

COMPLICAÇÕES

1 - MATERNAS

- Hiperêmese gravídica
- Risco aumentado de abortamento – incidência duas vezes maior de perda única (*"vanishing"*) ou da gravidez inteira.
- Anomalias congênitas
- Queixas exacerbadas – dor lombar, dispnéia, dificuldade para andar, edema, varicosidades, etc.
- Anemia
- Parto prematuro
- Baixo peso ao nascer
- Amniorrexe prematura
- Pré-eclâmpsia \ eclâmpsia
- Diabetes gestacional
- Placenta prévia e DPP.
- Polidramnia
- Maior necessidade de internação
- Risco de parto vaginal operatório para um ou ambos os fetos
- Maior incidência de cesárea eletiva ou de emergência, antes ou após o nascimento do 1º gemelar.
- Hemorragia pós-parto
- Maior incidência de depressão pós-parto e dificuldades com o aleitamento.
- Mortalidade materna – risco duas vezes maior que nas gestações únicas.

2 – FETAIS

- Além das complicações comuns a todas as gestações, a gestação gemelar apresenta aquelas próprias da gemelidade, e algumas exclusivas da monocorionicidade.
- Devem ser conduzidas por equipe especializada em medicina fetal.

2.1 – *Complicações próprias da gemelidade*

Podem ocorrer em ambos os fetos ou em apenas um (discordante)

- Anomalia fetal
 - O risco de prematuridade, quando um dos fetos apresenta anomalia, é de 78%.
 - O feto anômalo apresenta alto risco de óbito intrauterino, e em especial, nos casos de monocorionia, pode acarretar alta morbidade e mortalidade para o sobrevivente.
- Crescimento fetal
 - Considera-se crescimento discordante quando os pesos estimados apresentam 20% ou mais de diferença, ou quando a diferença entre as circunferências abdominais é > 20 mm após a 24ª semana.
 - Nos gêmeos MC, a divisão dos blastômeros pode alterar o potencial de crescimento e responder pela discordância muito precocemente. Três fatores parecem influenciar nessa discordância:
 - A divisão de uma placenta única entre dois fetos;
 - As anastomoses vasculares;
 - A eficácia de cada porção placentária na invasão das artérias espiraladas.
- Morte intraútero
 - O diagnóstico da morte de um dos gêmeos é feito com facilidade pela USG.
 - Monitorar a vitalidade e o crescimento do feto remanescente.
 - É usual a conduta expectante até a 34ª semana de gestação.
 - O parto deve se dar em centro terciário de atenção médica, pelos riscos de complicação, em especial, de prematuridade.

- A prevalência de lesão intracraniana, decorrente do sangramento maciço do feto sobrevivente para o morto, por anastomoses vasculares, é de aproximadamente de 50% para MC, a partir do segundo trimestre, e praticamente inexistente na DC.
- Amniorrexe prematura pretermo
 - É mais freqüente na bolsa que se apresenta.
 - Na gestação < 23 semanas, conduta expectante ou o término da gestação inteira.
 - Entre 23 e 31 semanas, conduta conservadora (internação/ antibioticoterapia / corticoterapia / parto com 32 semanas).
 - Na gestação > 32 semanas, conduta ativa (corticoterapia e parto).
- Parto prematuro
 - Alguns estudos mostram que retardar o parto do segundo gemelar melhora o resultado perinatal.
 - O risco materno é aumentado para corioamnionite (36%) e sepse (5%).
 - É condição cuja conduta deve ser discutida caso a caso.

2.2 – Complicações exclusivas da monoorionicidade

- Síndrome de Transfusão Gêmeo/Gemelar (STGG)
 - Ocorre em 10 a 20% da gestações MC/DA, consequente às anastomoses arterio-venosas presentes na placenta.
 - Início entre 15 e 26 semanas.
 - O diagnóstico da STGG é feito quando o maior bolsão vertical (MBV) de um dos fetos é > 8 cm (feto receptor) e o MBV do outro (doador) é < 2 cm, independente do tamanho dos fetos.
 - O tratamento mais eficaz é a fetoscopia seletiva por fotocoagulação a laser.
 - A STGG, quando não diagnosticada e tratada em tempo hábil, apresenta taxa de mortalidade que se aproxima de 100% para ambos os fetos.
- Sequência TRAP (Twin Reversed Arterial Perfusion)
 - Resulta de uma anastomose artério-arterial entre os gêmeos.
 - O feto perfundido é denominado feto acárdico, e o perfusor, feto bomba.
 - A malformação no acárdico é secundária ao fluxo reverso de sangue da artéria do feto bomba (sangue pobre em O₂) nos vasos ilíacos do acárdico, o que promove um desenvolvimento parcial das porções inferiores do corpo, não permitindo o desenvolvimento da cabeça, coração e membros superiores.
 - O tratamento tem por objetivo obliterar o fluxo sanguíneo para o feto acárdico, através de ligadura do cordão umbilical por via endoscópica, ou coagulação a laser do cordão umbilical do feto acárdico, visando evitar a deterioração cardíaca do feto bomba.
- Sequência TAPS (Twin Anemia – polycythemia sequence)
 - É forma atípica crônica da STGG, que se apresenta como uma grande diferença na concentração de hemoglobina entre os gêmeos, sem a sequência oligo-polidrâmnio.
 - A TAPS espontânea, na ausência de outros sinais clínicos de STGG, tem sido relatada em 3 a 6% das gestações MC/DA, não complicadas anteriormente.
 - A maioria dos casos são identificados no final do segundo ou terceiro trimestre pelo Doppler da artéria cerebral média(ACM): pico da velocidade sistólica (ACM-PSV) é > 1.5 MoM no gêmeo doador e < 0.8 MoM no gêmeo receptor.

2.2.1 – Complicações da monoamnionicidade

- Entrelaçamento dos cordões
- Gêmeos acolados (gemelidade imperfeita)

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O pré-natal especializado para gestação gemelar, tem como pré-requisito fundamental o *diagnóstico precoce*.

1 – Antes de 14 semanas

- A ultrassonografia tem como objetivo datar a gravidez, diagnosticar a gestação gemelar, determinar a corionicidade e fazer o rastreio para aneuploidias e pré-eclâmpsia.
- Um dos parâmetros ultrassonográficos mais importantes no 1º trimestre é a determinação da corionicidade e amnionidade.
 - Na gestação dicorionica/diamniótica (DI/DI), a ultrassonografia mostra a presença de duas vesículas vitelinas, um feto em cada saco amniótico, separados por duas massas placentárias em localizações distintas, ou uma massa placentária única, quando as placentas são adjacentes. Neste caso é vista uma projeção triangular do tecido placentário entre as duas membranas coriônicas que apresentam espessura >2 mm – é o sinal de lambda ou *Twin Peak*, característico da dicorionia. Nas gestações dicorionicas, o acompanhamento é igual ao da gestação única. A dicorionia exclui o diagnóstico de STGG.
 - A gestação monocorionica/diamniótica (MO/DI), que apresenta uma única placenta, mostra uma fina membrana divisória (espessura <2 mm) emergindo da massa placentária, às vezes de difícil identificação no 1º trimestre – sinal do T, de mais fácil visualização no início do 2º trimestre.

A partir da determinação da corionicidade, o acompanhamento pré-natal será diferenciado. Nas monocorionicas a frequência das consultas é quinzenal até 32 semanas, visando o diagnóstico precoce da STGG. Nas dicorionicas, a frequência das consultas é, em geral, a mesma da gestação única, baseada no exame ultrassonográfico mensal.

2 – Entre 22 e 26 semanas

- É recomendada avaliação ultrassonográfica detalhada da anatomia dos fetos, se possível associada a ecocardiografia de cada um. A identificação de anomalia fetal precoce, permite a vigilância frequente, a avaliação da época e tipo de parto e a consulta com especialistas para o melhor atendimento a estes bebês.
- Neste exame é também feita a avaliação do colo uterino – a medida do comprimento cervical é atualmente considerada útil para predição do risco de parto prematuro espontâneo: cérvix igual ou < 25 mm na 23ª semana = parto prematuro < 28 sem (sensibilidade de 100%).

3 – Entre 26 e 32 semanas

- Junto com a prematuridade extrema, a anormalidade do crescimento fetal contribui substancialmente para a morbimortalidade na gestação gemelar.

4 – Após 32 semanas

- O retorno é semanal.
- A vigilância fetal é realizada através de exames seriados, a cada duas semanas, avaliando o peso estimado fetal, volume de líquido amniótico, PHF e CTG.
- As anormalidades do crescimento, alterações no volume do líquido amniótico ou alteração no fluxo fetoplacentário, quando identificadas, ditam a frequência da repetição dos exames.

5 – Determinação do momento do parto

- A época ideal para o momento do parto da gestação gemelar não complicada é incerta, mas é questão importante para atingir resultados perinatais ótimos.
- Via de parto – figura 2

- O nadir da mortalidade fetal para gestações gemelares ocorre entre 36-37 semanas com pesos aproximados entre 2500-2800g.
- Além de 38 semanas as taxas de mortalidade neonatal começam a se elevar.
- Em gestações gemelares dicoriónicas diamnióticas a idade ideal para o parto é de 38 semanas. Na monoriónica, diamniótica, 36 semanas e na monoriónica monoamniótica, 32 semanas.
- Estima-se que apenas 50% das gestações gemelares, diagnosticadas no 1º trimestre terminem em parto gemelar.
- Avaliar risco de morte intrauterina com risco de prematuridade iatrogênica.
- A época de qualquer intervenção depende da clareza do diagnóstico do gemelar comprometido e das chances de sobrevivência e prognóstico para cada feto.
- Nos casos de crescimento discordante severo de início precoce, pode ser preferível retardar o parto, até que o risco de morte e mau prognóstico para o desenvolvimento, provocados pela prematuridade iatrogênica para o gemelar normal (AIG) sejam mínimos, independente da condição do PIG.
- Administrar corticoterapia somente na eventualidade de parto prematuro.

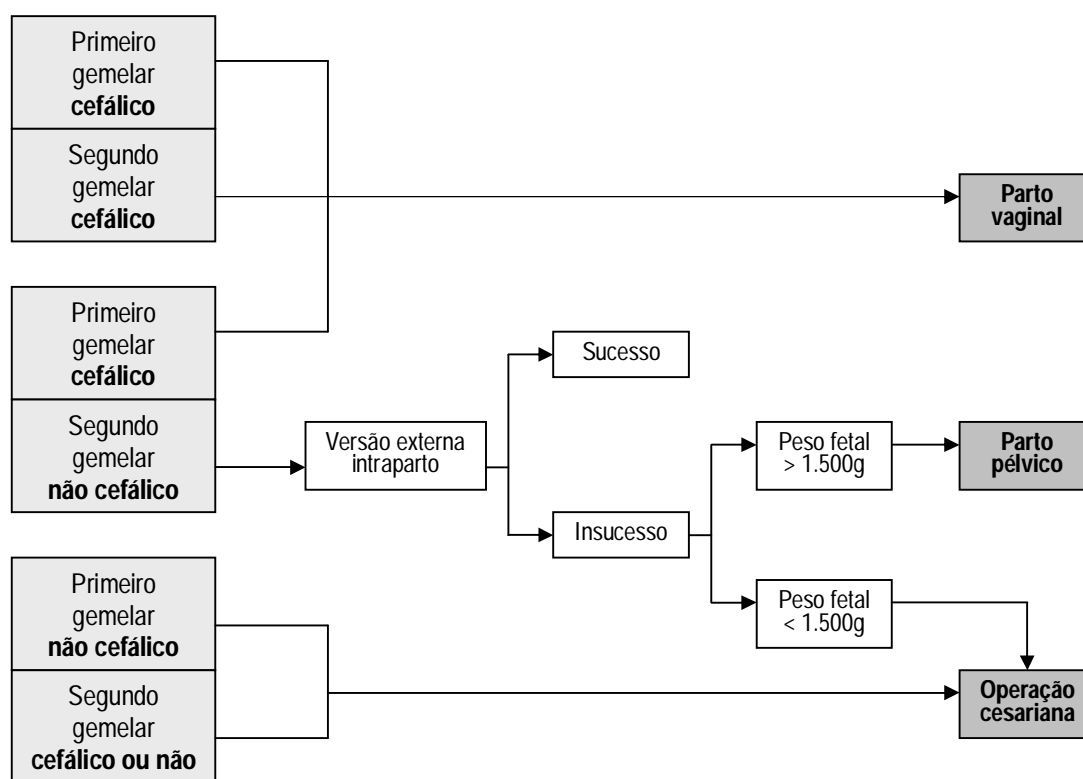


Figura 2 – Fluxograma da escolha da via de parto na gestação gemelar.
(Fonte: Chaves Netto, H; Sá, RAM; Oliveira, CA, 2011.)

GRAVIDEZ TRIGEMELAR E DE ORDEM MAIOR

Cursa com agravamento de risco materno e perinatal proporcional ao número de fetos, impondo rigor ainda maior na vigilância pre-natal das já referidas complicações.

- A trigemelaridade incide em mais de 90% dos casos de gestações com mais de dois fetos.
- Passou a prevalecer a modalidade tricoriónica na medida que se ampliou a taxa de gestações múltiplas iatrogênicas (tanto por indução de ovulação, como por técnicas de reprodução assistidas).
- Gestações triplas com placentação monoriónica ou dicoriónica apresentam potencial significativamente aumentado de desfecho perinatal adverso, comparadas às tricoriónicas: morte fetal intrauterino, CIUR, prematuridade < 32 semanas, paralisia cerebral.

- Preconiza-se conduta expectante até 34 semanas mediante ausência de complicações maternas e vitalidade fetal preservada.
- Indicação de via alta independente do critério obstétrico da antecipação, com exceção dos casos de prematuridade extrema (gestação < 24 semanas) ou óbito intrauterino de todos os fetos.

LEITURA SUGERIDA

1. CLARK, S.L., et al. Oxytocin: new perspectives on an old drug. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.200, n.1, p.35.e1-e6, 2009.
2. CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Gemelidade. In: CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. **Manual de Condutas em Obstetrícia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011. p. 221-232.
3. CUNNINGHAM, F.G., et al. **Williams Obstetrics**. 22nd.ed. New York: McGraw-Hill, 2005.
4. MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Prenhez gemelar**. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 11.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.432-453.
5. SEMINARS IN PERINATOLOGY. New York: W.B. Saunders, v.29, n. 5, oct. 2005.
6. SEMINARS IN FETAL & NEONATAL MEDICINE. Amsterdam : Elsevier, v.15, 2010.
7. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Management of monochorionic twin pregnancy. **Green-top Guideline** n.51, 2008. Disponível em: <<http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/management-monochorionic-twin-pregnancy>>. Acesso em: 08 jan 2013.
8. SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE (SMFM); SIMPSON, L. L. Twin-twin transfusion syndrome. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.208, n.1, p.3-18, 2013.
9. SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. SOGC clinical practice guideline. n.260. Ultrasound in twin pregnancies. **J. Obstet. Gynaecol. Can.**, v.33, n.6, p.643–656, 2011. Disponível em: <<http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui260CPG1106E.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2013.
10. WOOD, S, et al. Stillbirth in twins, exploring the optimal gestational age for delivery: a retrospective cohort study. **BJOG** 121:1284–1293, 2014.