Capítulo 7

GESTAÇÃO GEMELAR

Relatores:

Docente: Prof. Dr. Marcelo Aquino

Médico Residente: Dr. Maurício Grijó

Validado em 02 de março de 2017

1.Introdução

Gestações múltiplas são cada vez mais comuns devido, em parte, aos avanços das técnicas de reprodução assistida. Nessas gestações, observa-se um aumento de cerca de 5 a 6 vezes da mortalidade neonatal, quando comparadas com gestações únicas, sobretudo devido à sua associação com a prematuridade. Além disso, muitas morbidades obstétricas maternas, como hemorragia pós parto, pré-ecampsia e diabetes gestacional, são observados mais comumente no contexto da gestação múltipla. A otimização dos cuidados perinatais visa reduzir tais morbidades.

1. **Recursos Essenciais**

Equipes de Obstetrícia e Neonatologia e exames complementares (ultrassonografia obstétrica, cardiotocografia, perfil biofísico fetal, Doppler obstétrico, exames laboratoriais).

2. **Sinonímia**

Gestação múltipla, gestação gemelar, gemelidade ou gemelaridade.

3. **Definição**

É definida como o desenvolvimento simultâneo de mais de um concepto.

4. **Classificação:**

5.1. Dizigótica

Resultante da fecundação de dois óvulos, por dois diferentes espermatozoides, formando dois zigotos. Cada zigoto terá sua própria placenta e seu próprio âmnio, resultando em uma gestação dicoriônica, diamniótica. São os denominados gêmeos fraternos, que podem, ou não, ser do mesmo sexo.

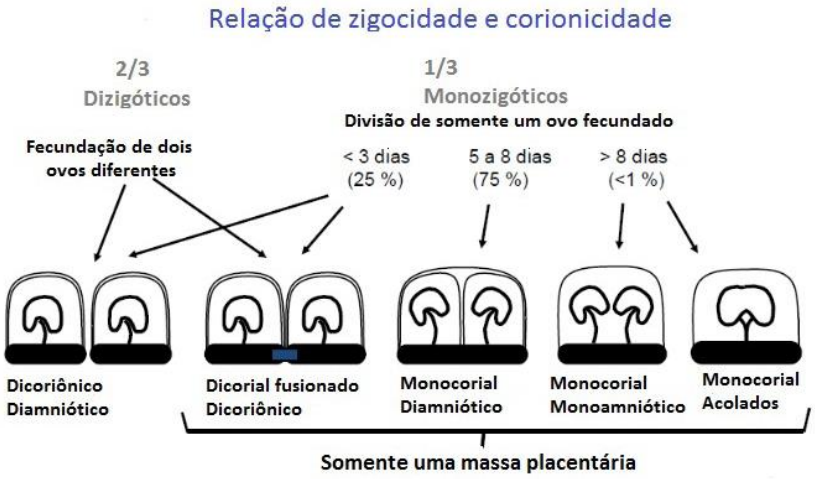
5.2. Monozigótica

Resultante da fecundação de um único óvulo, por um único espermatozoide. Em algum momento, a massa embrionária se divide em duas, dando origem aos denominados gêmeos idênticos, que serão, obrigatoriamente, do mesmo sexo.

Quanto mais precoce for essa divisão, menos estruturas serão compartilhadas pelos gêmeos. Assim sendo, a gestação poderá ser:

- Dicoriônica, diamniótica: cada gêmeo terá sua própria placenta e seu próprio âmnio;
- Monocoriônica, diamniótica: os gêmeos compartilharão uma única placenta, mas cada um deles terá seu âmnio;
- Monocoriônica, monoamniótica: os gêmeos compartilharão uma única placenta e um único âmnio.

Em casos de divisão muito tardia, até mesmo partes fetais poderão ser compartilhadas pelos gêmeos (gemelidade imperfeita, gêmeos acolados ou gêmeos siameses).



Adaptado de R Bajoria y J Kingdom, *Prenat Diagn* 17:1207; 1997

6. Epidemiologia

A gestação gemelar responde por cerca de 3% dos nascidos vivos nos Estados Unidos. Dois terços das gestações gemelares são dizigóticas e um terço, monozigótica. Todas as gestações dizigóticas são, obrigatoriamente, dicoriônicas. Dentre as gestações monozigóticas, um quarto é dicoriônica, diamniótica, e três quartos, monocoriônica, diamniótica. As gestações monocoriônicas, monoamnióticas respondem por apenas 1% de todas as gestações gemelares monozigóticas, sendo a gemelidade imperfeita, ainda mais rara.

Enquanto a prevalência da gestação gemelar monozigótica é mais ou menos fixa, a gestação dizigótica é mais frequente em pacientes submetidas à fertilização assistida ou com história familiar de gestações gemelares.

7. Diagnóstico

Atualmente o diagnóstico das gestações gemelares tem sido realizado iminentemente pela ultrassonografia de 1º e 2º trimestre, mas alguns achados clínicos podem dar indícios de que se trata de uma gestação múltipla. Tais sinais incluem: volume uterino maior do que o esperado

para a idade gestacional; exame físico revelando a presença de dois polos cefálicos à palpação e ausculta de dois ritmos cardíacos com frequências diferentes entre si e da mãe; entretanto, todos esses achados são tardios e passíveis de erros.

8. Prognóstico

A gestação gemelar apresenta um maior risco de complicações maternas (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragia pós-parto) e fetais (abortamento, restrição do crescimento fetal, parto prematuro, óbito perinatal, malformações fetais). As complicações fetais são ainda mais frequentes nas gestações monocoriônicas. Adicionalmente, as gestações monocoriônicas apresentam risco de complicações exclusivas dessas gestações, como síndrome de transfusão fetofetal (STFF). As gestações monocoriônicas monoamnióticas também apresentam risco de complicações exclusivas, como entrelaçamento dos cordões umbilicais.

9. Determinação da Corionicidade e da Zigoticidade

Na gestação gemelar, é a corionicidade e, não a zigoticidade, o principal fator determinante do resultado da gestação. As complicações fetais são mais frequentes na gestação monocoriônica do que na dicoriônica, tornando a determinação da corionicidade passo fundamental no acompanhamento pré-natal.

A corionicidade é determinada por exame ultrassonográfico. Entre seis e nove semanas, a presença de septo espesso entre os dois sacos gestacionais torna fácil a identificação de uma gestação dicoriônica, sendo sua ausência indicativa de gestação monocoriônica. Entre 11 e 14 semanas, a identificação de uma gestação dicoriônica pode ser feita pelo achado de duas massas placentárias ou, em caso de massa placentária aparentemente única, pela presença do denominado sinal do lambda (projeção do córion na inserção da membrana interamniótica), sendo sua ausência, indicativa de monocorionicidade.

Embora o achado do sinal do lambda (λ), em qualquer fase da gravidez, seja evidência de dicorionicidade, sua regressão com o avançar da gestação, torna mais difícil sua identificação na gestação avançada. Assim sendo, sua ausência após a 14ª semana não exclui dicorionicidade. Nesses casos, a identificação de fetos de sexos diferentes mostra se tratar de uma gestação dizigótica e, consequentemente, dicoriônica. Em casos de fetos de mesmo sexo, a gestação pode ser mono ou dizigótica e, por conseguinte, mono ou dicoriônica.

A determinação da zigoticidade tem indicações bem mais restritas e é feita, idealmente, por estudo de DNA, embora o achado de fetos de sexos diferentes mostre se tratar de uma gestação dizigótica.

10. Assistência Pré-natal

Consultas pré-natais

Deverão ser realizadas a intervalos de quatro semanas até a 30ª semana gestacional e a cada duas semanas entre a 30ª e a 34ª semana. Após a 34ª semana, deverão ser semanais, até o parto.

Exames complementares

Exames ultrassonográficos deverão ser realizados a cada quatro semanas nas gestações dicoriônicas e a cada duas semanas, nas monocoriônicas. Os exames laboratoriais deverão ser solicitados de forma idêntica à solicitada na gestação única. A avaliação da vitalidade fetal deverá ser realizada sob as mesmas indicações das gestações únicas.

11.Assistência ao Parto e Puerpério

As gestações gemelares apresentam um maior risco de complicações durante o parto, como sofrimento fetal e complicações relacionadas a apresentações anômalas.

Época do parto

A programação do parto de uma gestação gemelar ocorre em menos da metade dos casos, uma vez que o parto prematuro, seja espontâneo ou por indicação médica, acontece na maioria das vezes. A época ideal do parto de uma gestação gemelar vai depender, dentre outros fatores, de sua corionicidade e de sua amnionicidade. As gestações dicoriônicas, diamnióticas, quando não complicadas, deverão ser interrompidas, eletivamente, entre 38 e 39 semanas. As gestações monocoriônicas, diamnióticas, também sem complicações, entre 36 e 37 semanas, e, mais precocemente, quando presente a STFF. Por sua vez, as gestações monocoriônicas, monoamnióticas deverão ser interrompidas entre 32 e 34 semanas, devido ao risco de óbito fetal por entrelaçamento de cordão.

Via de parto

A escolha da via de parto de uma gestação gemelar, por sua vez, vai depender de um conjunto de aspectos. A apresentação do primeiro gemelar é o principal fator a ser considerado na escolha da via de parto.

O parto vaginal é permitido quando o primeiro gêmeo (o mais próximo do canal de parto) estiver em apresentação cefálica, desde que não haja contraindicação para o mesmo. Se o primeiro gêmeo estiver em outra apresentação que não a cefálica, o parto cesáreo está indicado. Outras contraindicações para o parto normal em gestações gemelares são: discrepância de peso entre os fetos (com o segundo feto maior que o primeiro), presença de cicatriz uterina prévia, presença de três ou mais fetos, STFF, gestação monocoriônica, monoamniótica e a presença de intercorrência clínica ou obstétrica que contraindique o parto vaginal.

12.SITUAÇÕES ESPECIAIS

→ Gestações discordantes para malformações estruturais fetais letais

Em caso de risco de vida para o gêmeo normal, uma autorização judicial para o fetocídio seletivo do feto anormal pode ser pleiteada. Nos demais casos, adotar conduta expectante, atentando-se para a possibilidade de polidrâmnio, com risco de parto prematuro.

→Síndrome da transfusão feto-fetal (STFF)

Complicação exclusiva das gestações monocoriônicas, acomete cerca de 15% delas. Resulta de um desequilíbrio no fluxo sanguíneo entre as duas circulações placentárias, onde, por meio de anastomoses arteriovenosas, um dos fetos (feto doador) tem seu fluxo sanguíneo desviado para o outro feto (feto receptor). O feto doador desenvolve oligoidrâmnio (maior bolsão menor que 2,0 cm), enquanto o receptor apresenta polidrâmnio (maior bolsão maior que 8,0 cm).

Na STFF grave, a sobrevida fetal é de apenas 10% quando adotada a conduta expectante. Tal obituário fetal se deve à insuficiência placentária grave, frequentemente observada no feto doador, à descompensação cardíaca do feto receptor e à sobredistensão uterina pela associação de gemelidade e polidrâmnio, comumente resultando em parto prematuro.

Para fins prognósticos, a STFF é classificada, segundo critérios sugeridos por Quintero:

a) Estágio I – oligoidrâmnio e polidrâmnio, com bexiga do doador ainda visualizada;
b) Estágio II – idem acima, bexiga do doador não visualizada, mas Doppler normal;
c) Estágio III – idem acima, Doppler alterado (diástole zero ou reversa na artéria umbilical do feto doador ou onda A negativa no ducto venoso do feto receptor), mas sem hidropisia em nenhum dos fetos;
d) Estágio IV – idem acima, hidropisia em um dos fetos, mas ambos os fetos vivos;
e) Estágio V – idem acima, mas com óbito de um dos fetos.

Como opções de tratamento, sugerimos, idealmente, a ablação a laser dos vasos comunicantes (sobrevida de 75%, com 5% de sequela neurológica), ou, de forma paliativa, amniodrenagens seriadas (sobrevida de 60%, com 20% de sequelas).

→Óbito de um dos gêmeos

O óbito intrauterino de um dos gêmeos não é situação rara. Nas gestações monocoriônicas, devido às anastomoses vasculares entre as duas circulações placentárias, sua ocorrência pode resultar em hipotensão aguda do gêmeo remanescente, com risco de sequelas neurológicas ou, mesmo, óbito. Como essas alterações hemodinâmicas são imediatas ao óbito fetal, nem mesmo a realização de uma cesárea de emergência após sua constatação impediria as complicações no outro gêmeo. Dessa forma, frente a situações de risco para qualquer um dos fetos, a antecipação do parto deve ser avaliada.

Nas gestações dicoriônicas, esse risco inexiste. Tal fato associado à observação de que a coagulação intravascular disseminada materna é condição rara em gestações gemelares com um dos fetos morto, torna a conduta expectante a mais adequada nesses casos.

→Gemelidade Imperfeita

O prognóstico destes fetos depende do local e da extensão da lesão. Se houver possibilidade de sucesso na separação cirúrgica dos fetos após o nascimento, o parto cesáreo deverá ser programado para o termo. Caso a separação cirúrgica pós-natal não seja viável, uma autorização judicial para a interrupção da gestação pode ser pleiteada.

→ Gêmeo Acárdico

Devido ao elevado risco de óbito do outro gêmeo (doador ou bomba), por insuficiência cardíaca ou parto prematuro por polidrâmnio, a oclusão do fluxo para o feto acárdico (receptor), seja por ligadura endoscópica ou por coagulação a laser do cordão umbilical, é o tratamento sugerido.

→Restrição Seletiva

Complicação exclusiva das gestações monocoriônicas, onde o peso fetal de um dos gêmeos se encontra abaixo do percentil 10 para a idade gestacional correspondente. Deverão ser conduzidas de acordo com o Doppler da artéria umbilical do feto acometido, segundo proposto por Gratacos e cols:
a) tipo I (fluxo diastólico final positivo): conduta expectante, com Doppler semanal;
b) tipo II (fluxo diastólico final ausente ou reverso): indicada laserterapia;
c) tipo III (fluxo diastólico final alternante entre positivo e ausente ou reverso): individualizar caso a caso com serviço de Medicina Fetal.

Referências Bibliográficas

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Green-top Guideline Management of Monochorionic Twin Pregnancy. 2008.

2. Multiple pregnancy: antenatal care for twin and triplet pregnancies Clinical Guideline Published: 26 September 2011 nice.org.uk/guidance/cg129.

3. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 247–263

4. GRATACÓS E, LEWI L, MUÑOZ B, ACOSTA-ROJAS R, HERNANDEZ-ANDRADE E, MARTINEZ JM, CARRERAS E, DEPREST J. A classification system for selective intrauterine growth restriction in monochorionic pregnancies according to umbilical artery Doppler flow in the smaller twin. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 30: 28–34.

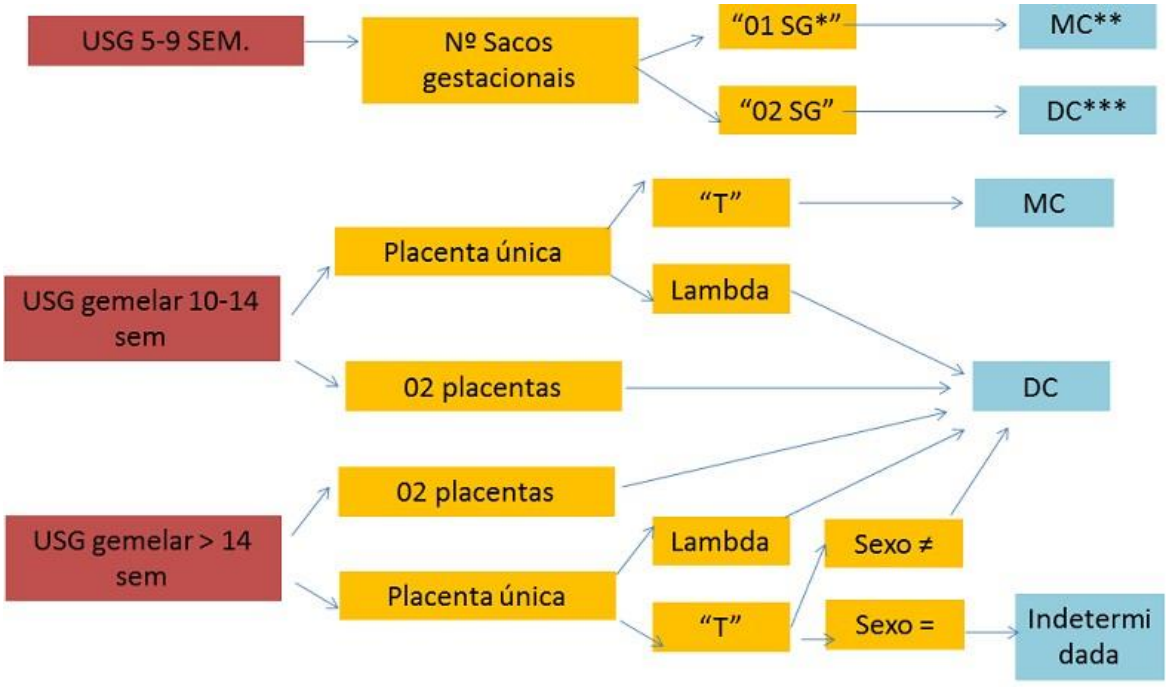
5. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-OBSTETRICS; Society for Maternal-Fetal Medicine; ACOG Joint Editorial Committee. ACOG Practice Bulletin #56: Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 869–883.

6. ZUGAIB M, BITTAR RE. Protocolos assistenciais, 3º edição. 2009.

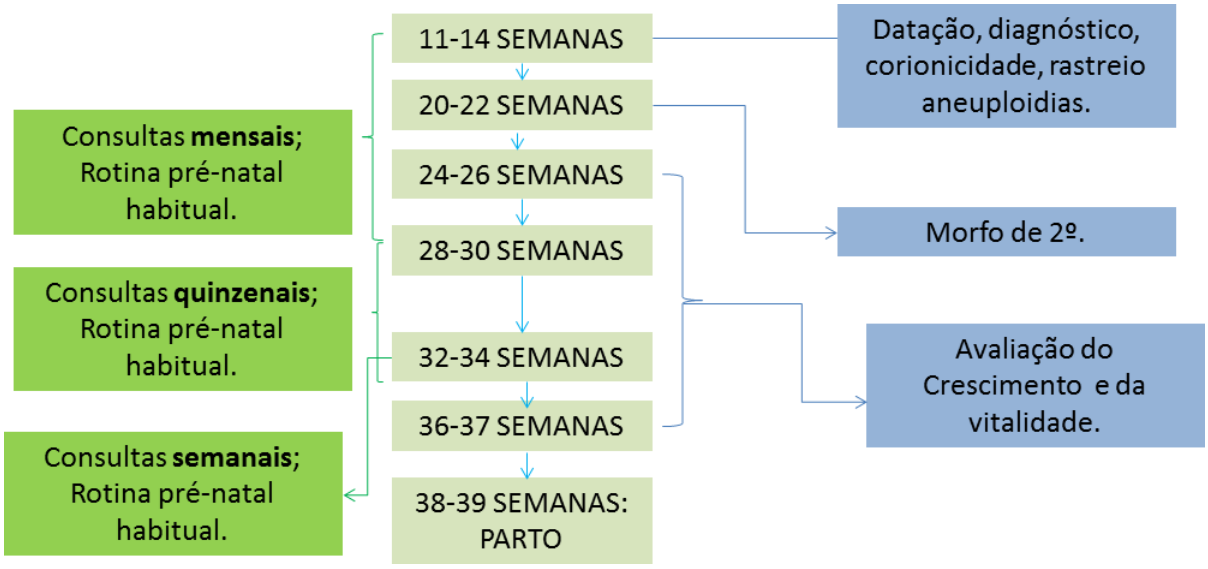
Manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde. 5º edição, 2012.

ANEXO I

FLUXOGRAMA PARA DETERMINAÇÃO DA CORIONICIDADE



* SG – Saco gestacional.
** MC – Monocoriônica.
*** DC – Dicoriônica.

ANEXO II

FLUXOGRAMA ASSISTENCIAL PARA GESTAÇÕES DICORIÔNICAS