

Caso Clínico

EMBARAZO MÚLTIPLE A PROPÓSITO DE UN CASO DE PARTO DE TRILLIZOS

Guido Bendezú

CASO CLÍNICO

El día 10 de febrero de 1999 a las 8 a.m. ingresa por Emergencia la paciente RML, traída en peso por familiares, de 28 años de edad, sin seguro, con sintomatología de trabajo de parto. Interrogada manifiesta ser segundigesta, con un niño de dos años, haber tenido control prenatal particular y haber permanecido hospitalizada con anterioridad en un hospital de MINSA. Examinada se le encuentra un abdomen exageradamente voluminoso que le impedía mantenerse de pie, con una altura uterina superior a los 60 cm, con presencia de tres focos auscultatorios, en periodo expulsivo, con el primer producto en presentación cefálica. Se decide su traslado inmediato a Sala de Partos.

A las 8:10 horas se produjo el parto del primer producto, una mujercita de 2,6 g, Apgar 9 al 1'. A las 8:25 se produjo el segundo, otra mujercita de 2,54 g, Apgar 9 al 1'; y 5 minutos después la última de 2,45 con Apgar 7 al 1'. Tanto la madre como las recién nacidas evolucionaron favorablemente y fueron dadas de alta al segundo día.

DISCUSIÓN

Las comunicaciones sobre gestaciones múltiples representan temas de mayor interés para los especialistas y para la mayoría de la gente^{2,5}.

En lo relacionado a definiciones, cuando se ob-

serva en una gestante, el desarrollo de más de un feto se le denomina embarazo múltiple y puede tratarse de dos fetos, tres, cuatro o más.

Los términos de embarazo múltiple y gemelar se confunden y se utilizan indistintamente. La palabra gemelo se deriva del latín *gemellus* que se aplica para cada uno de dos o más hermanos nacidos del mismo parto. El embarazo múltiple se considera patológico porque la especie humana es unípara por excelencia.

La frecuencia, es muy variable y a la vez difícil de precisar debido al subregistro de la información. Son variables dependiendo de la geografía, raza, edad, paridad, entre otros. En Nigeria 4 a 10%, en el Japón 6 a 7 % y en latinoamericanos 10 %. Bulner halló uno de cada 25 (4%) la madre también era gemela, mientras que uno de 60 (1,7%) era gemelo el padre. La frecuencia es mayor entre los 30 y los 40 años y el las grandes múltiparas¹⁻⁵. La incidencia de trillizos en los E.U. de A. es de uno de cada 6 000 a 9 000 nacidos vivos². En un estudio realizado en un hospital universitario de Nueva York entre 1965 y 1981, se encontró una frecuencia de uno por 2 083 partos para los triples¹. En el Perú se reconoce que la incidencia es alta, no se conoce la tasa nacional de gestaciones múltiples⁵. En Lima en un estudio de 20 años en el Hospital San Bartolomé, la incidencia que se encontró fue: un total de 9,81 %, de las cuales 7,7 % eran dobles, 0,1 % triples y 0,01 % cuádruples⁴. En el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez es el segundo caso de parto de trillizos, según se tiene informado, en la última década.

Hospital Félix Torrealva Gutiérrez. EsSalud.



Existen fórmulas para calcular la frecuencia, una de ellas es de Hellin (1985): 1 en 80 partos para gemelos, 1 en 80² para triples (6 400), 1 en 80³ para cuádruples (512 000)¹.

En los últimos tiempos están siendo más frecuentes debido al empleo de fármacos inductores de la ovulación en el tratamiento de la infertilidad^{3,5,9,12}. En las pacientes tratadas con gonadotropinas la incidencia de gestaciones múltiples es del 20%, el 75% de las cuales son gemelos, y el 25% restante trillizos o embarazos con un número mayor de fetos^{2,4}. En las pacientes tratadas con clomifeno, la incidencia de gestaciones múltiples es del 10%.

Los cambios fisiológicos que se producen en el embarazo normal son más pronunciados cuando el embarazo es múltiple. La mayoría de los



problemas relacionados con los embarazos gemelares pueden aplicarse a las gestaciones triples, cuádruples y a las de un mayor número de fetos^{2,3,5,7}. Cambios gastrointestinales tales como: aumento del apetito, hipoclorhidria, constipación. Cambios renales: hay aumento de los niveles de ácido clorhídrico, urea y creatinina. Cardiopulmonares: aumento del volumen respiratorio, del débito cardíaco y del pulso, hipertensión en el tercer trimestre, entre otras cambios.

Es importante que el diagnóstico sea precoz, para tomar medidas importantes para prevenir la prematuridad y planificar el parto de la forma más adecuada. El hallazgo clínico más importante es la presencia de un volumen uterino desproporcionalmente grande para la edad gestacional. Importante es considerar que síntomas propio del embarazo tales como náuseas, vómitos, astenia y cansancio, son más pronunciados. Entre otros hechos a considerar están la historia familiar y el tratamiento de la infertilidad. El diagnóstico ecográfico ya puede hacerse a las seis a siete semanas después de la fecha de la última menstruación mediante un transductor vaginal^{2,4,5}.

Parto y complicaciones: La morbilidad y mortalidad perinatales son elevados en pacientes con un número elevado de fetos^{1-5,7}. El parto pretérmino afecta a más del 85%, y la tasa aproximada de muerte neonatal es del 20%. El parto pretérmino es el riesgo más importante para estas pacientes². La edad gestacional media para el nacimiento de trillizos es de 32 a 33 semanas. Otros problemas frecuentes son la anemia previa al parto, la hemorragia postparto y preeclampsia. La cesárea es muy frecuente, más en nuestro país, debido sobre todo a la dificultad de garantizar una monitorización adecuada de cada uno de los productos durante el trabajo de parto. Sin embargo, según estudios actuales⁷⁻¹¹, en lo que se refiere a la vía del parto, la cesárea no constituye una vía superior para las gestaciones múltiples, siempre que se tenga establecido un protocolo establecido para el caso, la posibilidad de un parto por vía vaginal se constituye en una gran alternativa.



CONCLUSIONES

1. Las principales causas de mortalidad perinatal en los embarazos multifetales son prematuridad, insuficiencia placentaria, partos traumáticos.
2. El parto pretérmino afecta a más del 85% y la tasa de mortalidad neonatal es de aproximadamente 20%.
3. La morbilidad y mortalidad perinatal son elevadas en pacientes con más de dos fetos.
4. Con el advenimiento del uso de inductores de la ovulación párale tratamiento de la infertilidad la incidencia se ha incrementado notoriamente.
5. El parto vaginal para las gestaciones triples es una excelente alternativa y permite disminuir la estancia hospitalaria y la morbilidad por cesárea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Botero J. *Obstetricia y Ginecología*. 4^{ta} Edición. 1990. 261-270.
2. Arias F. *Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo*. 2^{da} Edición. 1995. 132-148.
4. Ludmir A. *Ginecología y Obstetricia*. 1^{ra} Edición. 1996. 255-262.
5. Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia*. 1^{ra} Edición. 1999.
6. Pritchard J. *Obstetricia*. 3^{ra} Edición. 489-508.
7. Malone FD, Kaufman GE. Maternal morbidity associated with triplet pregnancy. *Am J Perinatol* 1998 Jan.
8. Alamia V Jr, Royek AB, Jackle RK. Preliminary experience with a prospective protocol for planned vaginal delivery of triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol* 1998 Nov.
9. Giannacopoulou C. Conservative treatment of multiple pregnancies after delivery and a fetal miscarriage: 2 case reports. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1998.
10. Matalliotakis IM. Delayed interval delivery and survival of the two fetuses after second trimester loss one triplet. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998 Oct.
11. Grobman WA. Neonatal outcomes in triplet gestations after a trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1998 Oct.
12. Bakos O. Birth in triplets pregnancies. Vaginal delivery-how often is it possible?. *Act Obstet Gynecol Scand* 1998. Sep.
13. Westergaard T. Multiple pregnancies in Denmark. *Ugeskrift for Laeger*. 1998 Sep.