

SIMPOSIO EMBARAZO MÚLTIPLE

PRÓLOGO AL SIMPOSIO SOBRE EMBARAZO MÚLTIPLE

José Pacheco-Romero¹

¹ MD, MSc, FACOG, Editor-in-Chief RPOG

Conflictos de interés: Declaro que no existe cualquier relación institucional o comercial que pueda suponer parcialización y por tanto un conflicto de interés en conexión con el presente artículo

Correspondencia:
Dr. José Pacheco Romero

✉ jpachecoperu@yahoo.com

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, Perú, organizó recientemente bajo la conducción del Dr. Rommel Lacunza un simposio sobre Embarazo Múltiple, un tema poco revisado, pero cuya ocurrencia ha existido a través de los tiempos, algo más en las 3 a 4 últimas décadas⁽¹⁾. Hace algunos años, Hellin postuló que el embarazo gemelar ocurría en la proporción de 1 en 89 nacimientos, y que los embarazos triples, cuádruples y de mayor orden aparecían en la relación 1 en 892, 1:893, 1:89n⁽²⁾. En Inglaterra y Gales, la incidencia de embarazos múltiples aumentó de 10 por 1 000 en 1980 a 16 por 1 000 en 2009, señalándose como causa importante el éxito de las técnicas de reproducción asistida y la ocurrencia de embarazos múltiples hasta en 24% de los casos en que se empleó la fertilización in vitro⁽¹⁾. En un estudio peruano, la incidencia de embarazo múltiple fue 1,1% en 314 078 recién nacidos, aumentando a 2,7% cuando se asoció a la preeclampsia⁽³⁾. En la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, en su reporte de 2012, la frecuencia de parto múltiple fue 30,2% (27,8% dobles y 2,4% triples y mayores) en 47 326 procedimientos⁽⁴⁾.

El embarazo múltiple conlleva al incremento de la morbimortalidad materna y perinatal, con complicaciones como aborto, anemia, preeclampsia, hemorragia y cesáreas; las muertes maternas ocurren 2,5 veces con más frecuencia que en el embarazo único. Así mismo, hay aumento de la muerte fetal hasta 6 veces, del parto pretérmino en 50%, restricción de crecimiento intrauterino casi el doble, anomalías congénitas alrededor de 5% más que en embarazos simples, entre otros^(1,5). En África Sub-Sahariana, la tasa de embarazo múltiple ha sido hallada en 17,1 por 1 000 nacimientos, de 213 889 recién nacidos, pero con variación considerable en los 25 países estudiados, aumentando su prevalencia con la edad materna avanzada, paridad y talla materna, pero no con el ingreso económico, edad al primer nacimiento o mes del nacimiento. La probabilidad de mortalidad neonatal, perinatal e infantil de menos de 5 años de edad aumentó 5,55, 4,39 y 3,72 veces en el embarazo múltiple, respectivamente, con más presencia de desnutrición y peso bajo, aunque recuperaron el déficit al final del cuarto año de edad⁽⁶⁾. Además, las gestaciones multifetales se asocian a costos superiores en los periodos prenatal y neonatal, especialmente por la prematuridad⁽⁷⁾. Estos hallazgos parecen ser similares en el Perú y estaría en las manos de los ginecoobstetras y pediatras aconsejar a las madres de embarazos múltiples ser atendidas en centros especializados durante la gestación y parto y que la atención médica de sus niños se mantenga vigilante para mejorar la sobrevida.



Las Guías NICE⁽¹⁾ y del *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*⁽⁸⁾ tienen recomendaciones específicas sobre los mejores métodos para determinar la edad gestacional y la corionicidad en los casos de embarazos múltiples; programas materno-fetales para identificar anomalías estructurales, anomalías cromosómicas y el síndrome de transfusión feto-fetal, así como detección de restricción del crecimiento (RCIU); efectividad de las intervenciones para prevenir el parto pretérmino espontáneo; y la profilaxis antenatal con corticoesteroides para disminuir la morbilidad perinatal.

El lector encontrará en el simposio que presentamos a continuación las propuestas de expertos peruanos a estas recomendaciones, de manera de enfocar la atención en privilegio de la salud de la madre y sus niños. El simposio se inicia con el tema Aspectos genéticos en el embarazo múltiple y continúa con la Implicancias epidemiológicas de la gestación múltiple en la salud pública, la Angioarquitectura placentaria y los orígenes de la patología monocorial, Diagnóstico ecográfico de la corionicidad y amnionidad en el embarazo múltiple, Preeclampsia en la gestación múltiple, Síndrome de transfusión feto fetal, Restricción selectiva del crecimiento intrauterino, y Muerte fetal única en la gestación múltiple.

Con seguridad, la investigación de este interesante tema continuará brindándonos más novedades sobre la genética, fisiología y atención de los embarazos múltiples durante la gestación y el nacimiento, pero también sobre lo que ocurre en la vida posterior de los gemelos como jóvenes y adultos, en el aspecto conductual, de procesos mórbidos, extensión de la vida. Por ejemplo, se ha hallado que en la gestante de gemelares, así como hay incremento de la ocurrencia de preeclampsia y en etapas más tempranas, también la coagulación-fibrinolisis está aumentada en relación a las gestantes con embarazo único⁽⁹⁾. Los gemelos monocoriónicos pueden resultar inintencionadamente de la transferencia de blastocisto en FIV por infertilidad. Una presentación frecuente es la de triples dicoriónicos triamnióticos (DCTA), de sumo riesgo. Se recomienda su seguimiento en búsqueda de síndrome de transfusión feto-fetal, secuencia anemia-policitemia del gemelar, entre otros. El tratamiento tendrá presente de

que hay un feto que no está comprometido⁽¹⁰⁾. Mientras los gemelos monocigóticos (GMC) son considerados idénticos genéticamente, numerosos estudios demuestran diferencias en el número de copias en un par de gemelos, especialmente en aquellos discordantes para ciertas enfermedades⁽¹¹⁾, como se señala en el artículo sobre genética, en el simposio. Y se supone que los gemelos fraternos e idénticos comparten de adultos ambientes similares o escogen compañía con rasgos de personalidad diferentes a los suyos⁽¹²⁾; esto, a pesar que los gemelos monocigóticos (idénticos) comparten todos sus genes, mientras los dicigóticos (fraternos) comparten solo alrededor de la mitad. También se ha propuesto la influencia genética de fenotipos relacionados al envejecimiento, entre ellos los de cognición y depresión, lo que ha sido confirmado en poblaciones occidentales. Sin embargo, un estudio chino en 384 pares de gemelos con edad media de 50 años halló una arquitectura genética común para la habilidad cognitiva y la memoria, pero que se correlacionó débilmente a sintomatología depresiva, en dirección opuesta a lo conocido⁽¹³⁾.

Muestra del interés en la investigación sobre los gemelos, se ha creado la Red Internacional de Registros de Gemelares (*The International Network of Twin Registries*), cuya meta es promover la colaboración científica y la investigación en los gemelos a escala global, armonizar la información y promover reuniones científicas, poniendo a disposición de los investigadores los registros y propuestas de *grants* para quienes se adhieran a las guías de colaboración internacional⁽¹⁴⁾.

Seguiremos aprendiendo cada vez más sobre el embarazo múltiple. Mientras tanto, iniciemos la lectura de los escritos sobre el tema que vienen a continuación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Multiple pregnancy. The management of twin and triplet pregnancies in the antenatal period. NICE clinical guideline 129, Sept 2011. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg129/resources/guidance-multiple-pregnancy-pdf>.
2. Eastman NJ, Hellman LM, Pritchard JA, Wynn RM. Multiple pregnancy. En: Eastman NJ, Hellman LM. *Williams Obstetrics*. 13a edición. New York: Appleton-Century-Crofts. 1966:656.



3. Pacheco-Romero J, Villacorta A, Del Carpio L, Velásquez E, Acosta O. Repercusión de la preeclampsia/eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006. *Rev peru ginecol obstet.* 2014;60(4):211-21.
4. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. Registros anuales. Disponible en: http://www.redlara.com/aa_espanhol/registro_anual.asp?categoria=Registros%20anuales&ca-dastroid=413.
5. American Congress of Obstetrician and Gynecologists. Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies (Joint with the Society for Maternal-Fetal Medicine). *Obstet Gynecol.* 2014;123:1118-32.
6. Gebremedhin S. Multiple births in Sub-Saharan Africa: Epidemiology, postnatal survival, and growth pattern. *Twin Res Hum Genetics.* 2015 Feb;18(1):100-7. DOI: 10.1017/thg.2014.82.
7. American Congress of Obstetrician and Gynecologists. Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies (Joint with the Society for Maternal-Fetal Medicine). *Obstet Gynecol.* 2014;123:1118-32.
8. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Management of monochorionic twin pregnancy. Green-top Guideline N°51, December 2008. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/t51managementmonochorionictwinpregnancy2008a.pdf>.
9. Morikawa M, Yamada T, Turuga N, Cho K, Yamada H, Sakuragi N, Minakami H. Coagulation-fibrinolysis is more enhanced in twin than in singleton pregnancies. *J Perinat Med.* 2006;34(5):392-7. DOI: 10.1515/JPM.2006.078.
10. Griersmith TH, Fung AM, Walker SP. Dichorionic triamniotic triplet pregnancy complicated by twin anemia polycythemia sequence: the place of fetal therapy. *Twin Res Hum Genetics.* 2014 Dec;17(6):589-93. DOI: 10.1017/thg.2014.69.
11. McRae AF, Visscher PM, Montgomery GW, Martin NG. Large autosomal copy-number differences within unselected monozygotic twin pairs are rare. *Twin Res Hum Genetics.* 2015 Feb;18(1):13-8. DOI: 10.1017/thg.2014.85.
12. Winerman L. A second look at twins. *Monitor in Psychology.* Apr 2004. Disponible en: <http://www.apa.org/monitor/apr04/second.aspx>.
13. Xu C, Sun J, Ji F, Tian X, Duan H, Zhai Y, et al. The genetic basis for cognitive ability, memory, and depression symptomatology in middle-aged and elderly chinese twins. *Twin Res Hum Genetics.* 2015 Feb;18(1):79-85. DOI: 10.1017/thg.2014.76.
14. Buchwald D, Kaprio J, Hopper JL, Sung J, Goldberg J, Fortier I, et al. International Network of Twin Registries (INTR): building a platform for international collaboration. *Twin Res Hum Genetics.* 2014 Dec;17(6):574-77. DOI: 10.1017/thg.2014.67.

