

404 **I. Reyes**  
**M. Álvarez de la Rosa**  
**A.I. Padilla**  
**L. Álvarez**  
**J.L. Trujillo**

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

**Correspondencia:**

Dr. J.L. Trujillo Carrillo.  
Departamento de Obstetricia y Ginecología.  
Hospital Universitario de Canarias.  
Ofra, s/n. 38320 La Laguna. Tenerife. España.  
Correo electrónico: jtrujillo@comtf.es

Fecha de recepción: 19/07/04

Aceptado para su publicación: 1/10/04

---

## **Parto a término del segundo gemelo tras parto inmaduro del primero**

### *Term delivery of a second twin after premature delivery of the first*

#### **RESUMEN**

Presentamos el caso de una paciente de 42 años con gestación gemelar espontánea que presenta un parto inmaduro del primer gemelo en la semana 22 de gestación. Se opta por un tratamiento conservador consistente en profilaxis antibiótica, maduración pulmonar con corticoides y reposo absoluto hospitalario, sin empleo de cerclaje ni tocólisis, consiguiéndose prolongar la gestación hasta el término en el que se produce un parto eutócico del segundo gemelo sano.

#### **PALABRAS CLAVE**

Gestación gemelar. Parto diferido. Parto inmaduro.

#### **ABSTRACT**

We report the case of a spontaneous twin gestation in a 42-year-old who presented with premature labor of the first twin at 22 weeks' gestation. Conservative management was followed, consisting of prophylactic antibiotics, corticosteroids for lung maturation and bed rest in hospital, without the

use of cerclage or tocolysis. As a result, gestation was prolonged until week 38 when vaginal birth of a healthy second twin occurred.

#### **KEY WORDS**

Twin gestation. Delayed delivery. Premature delivery.

#### **INTRODUCCIÓN**

El "parto diferido" es un término relativamente nuevo que se usa para describir el parto de un segundo gemelo, días o incluso varias semanas después de la expulsión, mucho antes del término, del primer gemelo. No hay acuerdo en la bibliografía sobre el manejo activo, mediante realización de cerclaje, empleo de tocolíticos, etc., o conservador de esta situación.

Describimos un caso clínico, en el que tras la expulsión del primer gemelo en la semana 22 y 1 día, y con el mantenimiento de una actitud conservadora, se logró prolongar la gestación 116 días, hasta la semana 38 y 5 días, con un resultado neonatal excelente.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años de edad, primigesta y sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, salvo infección por *Brucella* durante la adolescencia; grupo sanguíneo Rh: A(-). La gestación actual se controla, desde la semana 14,3, en la consulta de alto riesgo obstétrico de nuestro hospital, al tratarse de una gestación gemelar bicorial-biamniótica conseguida espontáneamente. La evolución de ésta transcurre con un episodio de amenaza de aborto en el primer trimestre y cuadro de dolor en la cadera derecha con irradiación hacia el miembro inferior derecho, en el segundo trimestre.

En la semana 22 se traslada desde otro centro hospitalario con el diagnóstico de infección del tracto urinario y amenaza de parto inmaduro. A su ingreso, las constantes son normales, y a la exploración presenta un cérvix en situación posterior, formado, blando y con el orificio cervical externo permeable; la gestante percibe 3 contracciones cada 10 min.

Se realiza ecografía abdominal, y se constata la existencia de una gestación gemelar, con ambos fetos activos, en presentación cefálica/podálica; biometría acorde con la edad gestacional; con un volumen de líquido amniótico normal en ambas bolsas y placenta de inserción anterior. El hemograma, la bioquímica y el sedimento urinario al ingreso presentan unos parámetros cuyas cifras están dentro de los límites normales. Ante ello, se decide mantener a la paciente en reposo absoluto, con hidratación intravenosa y bajo pauta antibiótica, que ya se había iniciado en el centro de origen del traslado. Inicialmente, se apreció una disminución en la frecuencia de las contracciones uterinas, que se reanudaron poco tiempo después.

A las 8 h tras el ingreso se produce la rotura prematura de membranas de la bolsa del primer gemelo, y se asistió a la expulsión del primer feto 6 h después. El feto pesó menos de 500 g y falleció a los pocos minutos, tras lo cual se produjo el cese de la dinámica uterina, el cérvix quedó escasamente permeable y las pérdidas hemáticas fueron mínimas. Se confirma a continuación la actividad cardíaca del segundo gemelo y se procede a la ligadura y corte del cordón umbilical lo más alto posible, quedando la placenta *in situ*. Dada la estabilidad hemodinámica, clínica y analítica de la gestante, se decide man-

tener una actitud expectante e iniciar un control materno y fetal exhaustivos, tras informar a la paciente y obtener su consentimiento. Los días siguientes se procede al control de constantes y temperatura maternas, examen clínico diario, que incluía: palpación uterina, control de sangrado y pérdida de líquido, y estudio analítico (hemograma, proteína C reactiva y estudio de coagulación) cada 48 h. La gestante evolucionó favorablemente, en ningún momento presentó fiebre ni taquicardia; no se objetivó sangrado ni signos de corioamnionitis, y los parámetros analíticos permanecieron sin alteraciones. Se mantuvo a la gestante en reposo hospitalario, y con la siguiente pauta antibiótica: amoxicilina y ácido clavulánico 1 g intravenoso cada 8 h, 7 días, que fue reducida a 500 mg con la misma pauta durante 7 días y posteriormente se administró eritromicina 500 mg vía oral cada 8 h durante 10 días. El grupo sanguíneo del feto expulsado fue O(+) según análisis del cordón, por lo que se administró inmunoprofilaxis anti-D. Además se realizó profilaxis de trombosis venosa profunda con heparina de bajo peso molecular 2.500 U por vía subcutánea cada 24 h. Asimismo, se realizó control diario de la actividad cardíaca fetal, control del bienestar fetal mediante ecografías seriadas (valoración de la biometría fetal, volumetría de líquido amniótico, perfil biofísico fetal, velocimetría Doppler en la arteria uterina), y registros cardiotocográficos semanales a partir de la semana 28. Éstos resultaron reactivos con dinámica uterina irregular, y los estudios ecográficos mostraron a un feto con biometría concordante con su edad gestacional, con líquido en cantidad normal y Doppler fisiológico. Se administró pauta de maduración pulmonar fetal con 12 mg por vía intramuscular de betametasona cada 24 h, 2 dosis, a partir de la semana 26 de gestación. Durante el ingreso la paciente continuó con dolor en la articulación de la cadera derecha, motivo por el que se solicitó resonancia magnética, que fue informada como imagen compatible con osteoporosis regional transitoria y migratoria, o un estadio muy precoz e inicial de necrosis avascular de la cabeza del fémur, por lo que se inició tratamiento con analgesia y calcio, así como el uso de bastones para carga parcial y ejercicio por atrofia muscular. Dada la buena evolución materno-fetal, se decidió el alta provisional tras 9 semanas de ingreso hospitalario, cuando la gestación alcanzó la semana 32, y el control se continuó de forma ambulatoria. En la sema-

406 na 38 y 5 días, se decide la inducción del parto por cérvix favorable y sospecha de rotura prematura de membranas. El parto evolucionó de forma favorable, bajo anestesia epidural, y a las 8 h del inicio de la inducción se obtuvo, mediante un parto eutócico, un recién nacido varón de 3.280 g, Apgar 9/9 y pH 7,32, a los 116 días del parto del primer gemelo. El puerperio cursó sin incidencias, por lo que la paciente se dio de alta junto al recién nacido, a las 48 h tras el parto.

## DISCUSIÓN

El primer parto diferido del que se tiene constancia fue descrito como curiosidad por Carson en el siglo XIX. Se trataba una mujer de 40 años que a los 44 días del parto prematuro de un varón tuvo un parto eutócico de una recién nacida, y ambas sobrevivieron<sup>1</sup>. En la actualidad el parto diferido es una posibilidad que se debe valorar en embarazos múltiples seleccionados, cuando cesan las contracciones uterinas tras el parto del primer gemelo. Presentamos un caso con resultado plenamente favorable a pesar de la presencia de factores de mal pronóstico como la primiparidad y añosidad maternas y en el que el tratamiento fue básicamente conservador, sin empleo de tocólisis ni cerclaje. No hay suficiente casuística referida a gestaciones triples o de mayor orden que sugiera establecer otras pautas de tratamiento diferentes a las aquí expuestas.

El manejo óptimo del parto diferido es controvertido en la bibliografía, e incluye una o varias de las siguientes opciones: hospitalización, antibioterapia, tocólisis, cerclaje. En el presente caso hemos empleado la hospitalización con reposo absoluto, la antibioterapia y la profilaxis antitrombótica. En otras publicaciones no se hace referencia a la profilaxis anti-D, aunque creemos que tiene importancia y se trata de un análisis factible ya que se puede obtener un fragmento del cordón umbilical del primer gemelo.

La serie más amplia y reciente publicada corresponde a la de Fayad et al<sup>1</sup>; se trata de un estudio multicéntrico de 35 casos recogidos durante 10 años. Según estos autores, el porcentaje de casos en los que se procedió a la hospitalización de la paciente es del 92,9%, frente al 70% de Abboud et al<sup>2</sup>. En un 80%<sup>2,3</sup> de los casos se procedió a la ligadura aséptica

del cordón umbilical, con sutura reabsorbible justo debajo del orificio cervical externo. En este caso se procedió a la observación de la paciente bajo hospitalización y se dio el alta tras 10 semanas de ingreso, al ceder totalmente la dinámica uterina y ante la favorable evolución del caso.

Hay actitudes divergentes en cuanto al uso de profilaxis antibiótica, sobre todo ante casos sin infección y membranas intactas. En la serie de Fayad et al<sup>1</sup> se usó siempre profilaxis antibiótica, mientras que otros autores la emplearon en menor porcentaje<sup>2</sup>, pero sólo el 42,9% la mantuvo en régimen continuo. Parece haber acuerdo, que nosotros apoyamos, en una carga inicial por vía intravenosa seguida de un tratamiento prolongado por vía oral.

Diversos autores han empleado la tocólisis en un porcentaje que va del 52 al 81%, con diferentes fármacos y pautas según el protocolo habitual del hospital consultado<sup>1</sup>; aún no hay estudios que empleen el nuevo antagonista de la oxitocina, atosibán. La mayoría de los autores son partidarios de la tocólisis como una medida preventiva sistemática, mientras que otros limitaron su uso a la presencia de contracciones uterinas<sup>1,4,5</sup>. No se debe emplear en presencia o sospecha de corioamnionitis, a la que podrían enmascarar. En el presente caso, el cese completo de la dinámica uterina no hizo necesario el uso de tocolíticos.

El uso del cerclaje cervical en el parto diferido es el aspecto más controvertido dado el carácter invasivo que conlleva la cirugía. Para algunos autores<sup>3,4</sup> el cerclaje debería realizarse en todos los casos con la finalidad de limitar la exposición del gemelo restante a las infecciones y a la acidez vaginal. Sin embargo, otros apoyan la idea de que el cerclaje debería realizarse inmediatamente tras el parto del primer gemelo, sólo en el caso de que la dilatación cervical persistiera tras ello<sup>6</sup>. En el caso que presentamos, no se recurrió al cerclaje porque se descartó la insuficiencia cervical al quedar el cérvix escasamente permeable tras la expulsión del primer gemelo. Es preciso puntualizar aquí que se desaconseja totalmente la exploración digital del cuello, ya que puede favorecer una infección, por lo que recomendamos el estudio ecográfico del cérvix o su visualización con espéculo.

No hay controversia en lo que respecta a la maduración pulmonar, que se aconseja en todos los casos tras la semana 26 de embarazo. La pauta varía según el protocolo habitual del centro hospitalario.

Nosotros no empleamos dosis semanales repetidas, tanto por no existir evidencia científica de su beneficio como para evitar la instauración de una infección. Del mismo modo, creemos que no hay lugar para la controversia en el uso de la profilaxis anti-trombótica<sup>7</sup> dado el riesgo que conlleva el reposo absoluto. Se debe descartar primero la existencia de sangrado activo o hematoma retroplacentario.

Así como en un primer momento el pronóstico depende principalmente de la presencia de contracciones uterinas, a largo plazo éste se relaciona con la instauración de una corioamnionitis, ante la cual el tratamiento conservador estaría contraindicado.

Fayad et al<sup>1</sup> publican un 7,4% de supervivencia del primer gemelo y Abboud et al un 6%<sup>2</sup>, con el parto del primero en la semana 20,8 de media y un peso medio al nacer de 497 g. En lo que concierne al segundo gemelo, su porcentaje de supervivencia llegó hasta un 78,6%, con un peso medio al nacer de 1.217 g, y en el 55-75% de los casos se trató de un parto por vía vaginal<sup>1,2</sup>.

El intervalo medio entre los partos, que es un buen factor pronóstico de supervivencia del segundo gemelo, fue de 47 días, con un rango de 3 a 140 días. En la mayoría de los casos se expulsó el segundo gemelo en menos de 90 días<sup>1</sup>, el caso que aquí se presenta tiene un intervalo anormalmente prolongado. Se podría pensar que los resultados mejoran tras la ligadura alta del cordón, la administración de tocolíticos, el tratamiento antibiótico y el cerclaje, pero las diferencias no han sido estadísticamente significativas en las series consultadas.

La precocidad en la expulsión del primer gemelo también es un factor pronóstico favorable, así como la presencia de rotura prematura de membranas frente a la presencia de contracciones uterinas como motivo de consulta inicial<sup>5</sup>. De Jong et al<sup>8</sup> y Abboud et al<sup>2</sup> demostraron mejores resultados para el segundo gemelo cuanto más pronto se había parido el primer feto.

No se ha publicado ningún caso de muerte materna, y la morbilidad se ha debido esencialmente al

sangrado agudo, las infecciones o la muerte fetal intraútero.

En el mundo occidental y en algunos países asiáticos, la incidencia de embarazos múltiples ha experimentado un notable incremento que no puede explicarse sólo por factores biológicos como la edad y la paridad, y son los nuevos procedimientos de reproducción asistida los máximos responsables. Ello lleva asociado un aumento en el número de partos pretérmino que es la principal razón del riesgo aumentado de morbilidad neonatal en los gemelares.

El parto diferido es una opción a valorar para el manejo del feto o fetos restantes en un embarazo múltiple. Con el tratamiento conservador se intenta alcanzar una edad mínima viable para el gemelo retenido. Para muchas pacientes que han obtenido el embarazo múltiple tras un tratamiento de fertilidad se trata de su única oportunidad de completar una gestación.

El tratamiento conservador consiste en reposo en cama (con hospitalización inicial), ligadura alta del cordón umbilical del primer gemelo con técnica aséptica y evitando la manipulación prolongada, tratamiento antibiótico (continuo pero con cambios en la pauta para evitar resistencias microbianas), terapia corticoide (que se puede iniciar en la semana 26) y anticoagulantes profilácticos en caso de hospitalización prolongada. No recomendamos sistemáticamente el tratamiento activo con tocólisis ni realización de cerclaje (en todo caso éste preferiblemente de forma inmediata tras el parto del primer gemelo si ceden las contracciones y el cérvix queda dilatado).

En nuestro caso, conseguimos aplazar el parto del segundo gemelo 116 días, con el mantenimiento de un tratamiento conservador con reposo, hospitalización, antibioterapia en las primeras semanas, profilaxis anti-trombótica y pauta de maduración pulmonar fetal, y se obtuvo un recién nacido en buen estado y con un desarrollo neurológico normal durante el seguimiento que se hizo hasta el primer año.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fayad S, Bongain A, Holhfeld P, Janky E, Durand-Réville M, Ejnes L, et al. Delayed delivery of second twin: a multicentre study of 35 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;109:16-20.
2. Abboud P, Gallais A, Janky E. Intentional delayed delivery in twin pregnancy: two additional cases and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997;75:139-43.
3. Arias F. Delayed delivery of multifetal pregnancies with premature rupture of membranes in the second semester. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170:1233-7.
4. Lavery JP, Austin RJ, Schaefer DS, Aladjem S. Asynchronous multiple birth: a report of five cases. *J Reprod Med.* 1994;39:55-60.
5. Van Doom H, Van Wezel-Meijler G, Van Geijn HP, Dekker GA. Delayed interval delivery in multiple pregnancies: is optimism justified? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78:710-5.
6. Woolfson J, Fay F, Bates A. Twins with 54 days between deliveries: case report. *Br J Obstet Gynaecol.* 1983;90:685-6.
7. Antsaklis A, Daskalakis G, Papageorgiou I, Aravantinos D. Conservative treatment after miscarriage of one fetus in multifetal pregnancies: report of three cases and review of the literature. *Fetal Diagn Ther.* 1996;11:366-72.
8. De Jong MW, Pinas IM, Van Eijck J. Delayed interval delivery after intrauterine infection and immature birth of twin 1 a case report and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;63:91-4.