

# Síndrome Transfusión Feto – Fetal

## Reporte de caso

Dra. Gissela Vallecillo GO/MMF Jefe De Sala Patológico HEU/Dr. Douglas Maradiaga MR3 GO



### CASO CLINICO

Paciente de 18 años , Primigesta. Sin antecedentes personales patológicos  
FUM : 20/10/2020

Dolor obstétrico de 18 horas de evolución con actividad uterina sin cambios cervicales.

### USG realizado en Emergencia :

Gemelo 1 en situación transversa Vivo con de 23.4 semanas , Gemelo 2 pélvico de 22.4 semanas , líquido amniótico aumentado , difícil valorar corionicidad.

### Diagnósticos de ingreso:

1. Embarazo de 25 5/7 semanas x FUM M
2. Embarazo Gemelar céfálico - transverso
3. sospecha de Polihidramnios
4. Amenaza de parto pretérmino.

Plan : Uteroinhibición

### Atencion De Parto

**Gemelo A** céfálico Apgar 1 y 3 al primer y quinto minuto , sin malformaciones congénitas evidentes, líquido amniótico claro , no fétido , no caliente , peso : 500 gr.

**Gemelo B** céfálico , Apgar 1 y 3 al primer y quinto minuto , sin malformaciones congénitas evidentes , líquido amniótico claro ,no fétido no caliente peso : 300 gr. Ambos fallecieron a los 40 minutos de nacer.



**ULTRASONIDO 22.04.21. MEDICINA MATERNO FETAL / HEU**

GEMELO A	GEMELO B
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad gestacional: 24 2/7 semanas</li> <li>• Peso estimado Fetal: 733 gr</li> <li>• Polihidramnios, CM 9.7 cm</li> <li>• Vejiga Presente</li> <li>• Hemodinámica: Normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad gestacional: 21 3/7 semanas</li> <li>• Peso estimado Fetal: 357 gramos</li> <li>• Anhidramnios</li> <li>• Vejiga ausente</li> <li>• Hemodinámica: alterada: Onda A reversa en ductus venoso + Ausencia de diastole en arteria umbilical</li> </ul>

**- Dx: Embarazo Gemelar de 24 2/7 semanas , monocorial Biamniotico**  
**- Síndrome de transfusión feto – fetal estadio III**

**El embarazo gemelar monocorial (MC)** se presenta en 1/ 250 embarazos, la tasa de mortalidad perinatal es 2 veces mayor que los bicoriales y 4 veces mayor que los embarazos únicos. La tasa de morbilidad neurológica es de 4 a 5 veces más alta que la de los bicoriales y por lo tanto de 25 a 30 veces más alta que la de los únicos. **Tiene 6 veces mas riesgo de parto pretermino.** El signo de T y Lambda nos permite conocer la corionicidad por ultrasonido antes de las 16 semanas.

El síndrome de transfusión feto-feto se presenta de 10-15% de los MC, se desarrolla por una discordancia de flujos por anastomosis AV y VA. Se clasifica en estadios según los criterios de Dr. Quintero y Dr. Bashat.

### Tabla 1 – Criterios diagnósticos y estadios de severidad del STFF

- Criterios diagnósticos**
- Embarazo gemelar monocorial confirmado
  - Polihidramnios en el receptor con una CM-LA  $\geq 8$  cm<sup>3</sup>
  - Oligohidramnios en el donante con una CM-LA  $< 2$  cm<sup>3</sup>
  - Vejigas fetales discordantes con una muy grande en el receptor y una muy pequeña o no visible en el donante durante la mayor parte del examen
- Estados de severidad**
- I La vejiga del donante es aún visible en el donante
  - II La vejiga del donante ya no es visible
  - III Doppler críticamente anormal en cualquiera de los 2 gemelos: arteria umbilical con flujo diastólico ausente-revertido en el donante o en el receptor y/o ductus venoso con flujo ausente-revertido en la onda A o vena umbilical con flujo pulsátil en el receptor
  - IV Hidrops en cualquiera de los 2 fetos
  - V Muerte intrauterina de uno o ambos gemelos

Basada en: Baschat et al.<sup>17</sup> y Quintero et al.<sup>18</sup>.

<sup>a</sup> El punto de corte por encima de las 20 semanas sigue siendo tema de debate. Un punto de corte  $\geq 10$  cm más allá de las 20 semanas ha sido utilizado en estudios aleatorizados y es usado comúnmente por los grupos europeos mientras que un punto de corte  $\geq 8$  cm se usa generalmente en los Estados Unidos. Ambos puntos de corte se consideran aceptables para el diagnóstico.

### CONCLUSIONES

El embarazo múltiple es un embarazo de alto riesgo. Se debe realizar el diagnóstico oportuno de corionicidad para poder detectar lo antes posible las complicaciones.

**BIBLIOGRAFIA**  
 F. D'Antonio, A. Bhide / Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 28 (2014) 201–214  
 Am J Obstet Gynecol 2013.  
 Ginecol Obstet Mex 2010;78(3):181-186.  
 Thomas Trevett, MD, Anthony Johnson, DO  
 Monochorionic Twin Pregnancies Clin Perinatol 32 (2005) 475– 494