

GEMELARIDADE

DE SOUZA, Maria Eduarda Rossanez¹; COUTO, Elisa Costa¹; CONEGLIAN, Julia de Lima¹;
RABELO, Beatriz Medeiros¹; FERREIRA, Ingridy Maria Oliveira²;
CAMPELO, Gabriela Queiroz².

Orientador: Dr. Caio Augusto Hartman

Filiações: 1- SLM – Faculdade São Leopoldo Mandic Campinas.
2- UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

Liga: Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia.

Palavras-chave: *Gemelaridade; Gestação alto risco; Complicações.*

INTRODUÇÃO

DEFINIÇÃO

A gestação gemelar é caracterizada pela coexistência de dois ou mais conceptos, no útero ou fora dele. A gestação gemelar pode ser proveniente de um único zigoto (monozigótica), gerando embriões geneticamente idênticos. Também pode ser decorrente de dois ou mais zigotos, gerando assim, embriões geneticamente diferentes (DOS SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2021).

INCIDÊNCIA

Ao longo das últimas décadas, tem sido observado um aumento significativo na incidência de gestações múltiplas. Conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 1996, o total de gestações gemelares registradas no Brasil foi de 43.900 casos. Em contrapartida, no ano de 2023, esse número aumentou para 54.878 casos, denotando um incremento de 25% na incidência de gestações múltiplas neste intervalo de tempo. Este fenômeno é atribuído principalmente à idade materna mais avançada no momento da concepção e também ao aumento do

uso da tecnologia de reprodução assistida (DOS SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2021, HAYES, 2021).

FATORES DE RISCO

Dentre os principais fatores de risco para a ocorrência de uma gravidez gemelar estão: histórico familiar, no qual a história materna é mais importante que a paterna, indução da ovulação e técnicas de reprodução assistida, idade materna mais elevada, alta paridade, história pessoal de gemelidade.

CLASSIFICAÇÃO

ZIGOTICIDADE

- Dizigótica: fecundação de múltiplos óvulos que resulta em fetos geneticamente diferentes;
- Monozigótica: fecundação de um único óvulo por um espermatozoide, que posteriormente se divide em dois fetos geneticamente idênticos;

CORIONICIDADE: NÚMERO DE PLACENTAS FORMADAS

- Dicoriônica: formação de duas placenta distintas

- **Monocoriônica:** formação de uma única placenta, compartilhadas entre os fetos.

AMNIONICIDADE: NÚMERO DE BOLSAS AMNIÓTICAS

- **Diamniótica:** formação de duas bolsas amnióticas;
- **Monoamniótica:** formação de apenas uma bolsa amniótica.

É importante ressaltar que as gestações gemelares monozigóticas, podem dar origem à gestações dicoriônicas e diamnióticas, monocoriônicas e diamnióticas, e, mais raramente, à gestações monocoriônicos e monoamnióticas. Por outro lado, as gestações gemelares dizigóticas, serão sempre dicoriônicas e diamnióticas (REZENDE FILHO & MONTENEGRO, 2010).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da gestação gemelar pode gerar suspeitas ao exame físico, durante a palpação do fundo uterino, que se encontrará mais aumentado que o esperado para aquela idade gestacional, assim como os níveis de gonadotrofina coriônica (Beta-HCG) estarão mais elevados do que o esperado. Porém, o diagnóstico só é confirmado ao exame de ultrassom, onde é possível observar a presença de dois ou mais sacos gestacionais, dois ou mais embriões ou ainda diversas frequências de batimentos cardíacos. A gravidez gemelar apresenta maior risco para intercorrências, como, por exemplo, a prematuridade e a restrição de crescimento fetal. Por esse motivo, a atenção durante o pré-natal deve ser ainda maior. (BRASIL, 2022).

A ultrassonografia do primeiro trimestre é ideal para determinar a corionicidade e a amnionicidade, ou seja: quantas placenta e quantas bolsas amnióticas estão presentes naquela

gestação. No caso de uma gestação dicoriônica, há presença de duas placenta e sempre serão diamnióticas, isso significa que cada feto se encontra em uma bolsa amniótica com duas placenta distintas. No caso da gestação monocoriônica, há somente uma placenta, que pode ser monoamniótica em que os fetos compartilham a mesma bolsa, ou diamniótica, eles possuem bolsas amnióticas diferentes. Na ultrassonografia é possível observar o sinal de lambda ou *Twin Peak*, que mostra a presença de duas membranas coriônicas com espessura $>2\text{mm}$, caracterizando uma gestação dicoriônica. Já na gestação monocoriônica, há a presença de apenas uma placenta, e o sinal ultrassonográfico desse achado é o sinal do T (BRASIL, 2022).

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

O pré-natal e a conduta nas gestações gemelares baseiam-se fundamentalmente no tipo de corionicidade. Através da ultrassonografia antes da 14^a semana, é possível datar a gestação com precisão, rastrear aneuploidias e pré-eclâmpsia, além de fazer o diagnóstico da gestação gemelar e sua corionicidade. Depois de determinar a corionicidade, se é uma gestação dicoriônica as consultas devem ser mensais até a 28^a semana, depois quinzenal até 34^a semanas e, por fim, semanalmente até o momento do parto. Já na gestação gemelar monocoriônica, a chance de complicações é maior, portanto as consultas devem ser quinzenais até a 34^a semana, e depois semanais até o parto (BRASIL, 2022).

COMPLICAÇÕES

COMPLICAÇÕES NAS GESTAÇÕES MÚLTIPLAS

1. Prematuridade

É considerado um parto prematuro, todo aquele que ocorre abaixo das 37 semanas de gestação. Além da gemelaridade ser um fator

de risco independente para prematuridade, algumas patologias maternas podem favorecer o parto pré-termo, como por exemplo a pré-eclâmpsia, a hipertensão arterial e o diabetes gestacional que ocorrem com maior frequência em gestações múltiplas. As complicações fetais, como a restrição de crescimento intra-uterino e a síndrome de transfusão feto-fetal, também contribuem para a ocorrência da prematuridade (DOS SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2021).

2. Restrição do crescimento fetal (RCFS)

A restrição do crescimento fetal seletiva acontece quando um dos os fetos encontra-se abaixo do percentil 10, estimado pela idade gestacional, acontecendo por conta de ordem materna, fetal ou placentária, sendo dividida em precoce, quando antes das 32 semanas, e tardia, quando após as 32 semanas. A RCFS pode elevar o risco de morbidade e mortalidade quando comparamos com fetos que possuem um crescimento intrauterino adequado, sendo considerado um prognóstico pior quando abaixo do percentil 3.

Com um acompanhamento pré-natal adequado pode-se minimizar a chance de parto prematuro e hipóxia intrauterina, além de complicações associadas a RCF, sendo importante a realização de exames de ultrassonografia quinzenais para monitorar o crescimento dos fetos e exames de vitalidade semanais no 3º trimestre da gestação. Caso necessário, realizar uma intervenção precoce.

3. Óbito de um dos fetos

A morte de um dos fetos é uma situação rara, mas com alta morbimortalidade. Na fase embrionária a gestação costuma seguir sem intercorrências. O embrião é reabsorvido pelo organismo. No primeiro trimestre, o prognóstico costuma ser bom e no 2º e 3º trimestres

aumenta-se o risco de óbito do outro feto, sequelas neurológicas e parto prematuro. Na gestação dicoriônica não há grande repercussão para o outro gemelar, já que as placenta são separadas e não há comunicações vasculares entre os dois fetos. A conduta é expectante e pode implicar para um parto prematuro. Já na gestação monocoriônica, pela existência de comunicações vasculares entre as circulações dos fetos, há risco para o outro gemelar de lesão neurológica, anemia fetal. A conduta é acompanhar sinais de anemia no feto e o parto é indicado com 36 semanas (BRASIL, 2022).

COMPLICAÇÕES EXCLUSIVAS DAS GESTAÇÕES MONOCORIÔNICAS

1. Síndrome de transfusão feto-fetal (STFF)

A STFF é uma das complicações mais graves em gestações gemelares monocoriônicas, já que leva ao aumento do risco de mortalidade intraútero e perinatal, assim como o desenvolvimento de cardiopatias e neuropatias.

A condição acontece por um desequilíbrio associado das anastomoses vasculares com a resposta cardiovascular, tendo uma mudança do direcionamento do fluxo sanguíneo, onde há uma direção preferencial, que consequentemente, promove um desequilíbrio entre o gêmeo doador e o receptor. Um dos fetos vai apresentar aumento do volume de líquido amniótico, enquanto o outro apresentará redução do volume do mesmo. O diagnóstico precoce é fundamental e diminui consideravelmente a morbimortalidade, sendo assim, o rastreio deve ser feito corretamente a partir do conhecimento da gestação gemelar monocoriônica (HAYES, 2021).

2. Sequência de Anemia-Policitemia (TAPS)

A sequência anemia-policitemia (TAPS) ocorre espontaneamente em até 5% das gesta-

ções monocoriônicas e em até 13% dos casos de síndrome de transfusão feto-fetal (STFF) tratados com ablação a laser. Esse fenômeno é impulsionado pela presença de pequenas anastomoses arteriovenosas que permitem a transferência gradual de sangue do feto doador para o receptor, resultando em níveis de hemoglobina altamente discrepantes ao nascimento. O diagnóstico pode ser realizado no período pré-natal através da dopplervelocimetria da artéria cerebral média (ACM) e após o nascimento pela diferença nos níveis de hemoglobina entre os fetos. O rastreamento da TAPS envolve a avaliação da pico de velocidade sistólica (PVS) da ACM em ambos os fetos a partir de 20 semanas de gestação ou durante o acompanhamento dos casos tratados por STFF. O tratamento é individualizado e pode incluir opções como tratamento conservador, antecipação do parto, ablação por laser ou transfusão sanguínea intrauterina (TIU) para o feto anêmico.

3. Fetos unidos

A ocorrência de gêmeos imperfeitos é extremamente incomum, representando apenas 1% das gestações monocoriônicas. O desfecho perinatal é influenciado pela localização, tamanho e órgãos afetados pela fusão. Uma análise detalhada da morfologia e uma avaliação cardíaca por meio de ecocardiografia são essenciais. Se necessário, pode ser recomendada uma ressonância magnética para avaliar a extensão das anomalias. Essas medidas são importantes para orientar os pais sobre o prognóstico e para se preparar para intervenções cirúrgicas após o nascimento. Em situações em que não há expectativa de sobrevida para os fetos, a opção de interrupção da gestação pode ser considerada,

com aprovação judicial (DOS SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2021; HAYES, 2021).

4. Gestação monoamniótica

As gestações gemelares monocoriônicas apresentam apenas uma placenta e podem ser: monoamniótica, diamniótica ou monoamniótica com fetos unidos. Orienta-se a resolução da gestação monocoriônica diamniótica com 36 semanas de idade gestacional e da gestação monocoriônica monoamniótica com 32 a 34 semanas. Além disso, é recomendado a realização de cesárea nas gestações monoamnióticas. A mortalidade perinatal em gestações monoamnióticas é substancialmente elevada e as causas principais de mortalidade são o entrelaçamento de cordões umbilicais, as anomalias congênitas, a síndrome de transfusão feto-fetal e a prematuridade.

VIA DO PARTO

Quando falamos de uma gestação gemelar existem três possibilidades de parto, sendo elas: ambos os fetos nascem pela mesma via - vaginal ou cesariana - ou o primeiro nascimento ocorre pela via vaginal e o segundo por meio de uma cesariana.

A escolha da via vai além da estética dos fetos e leva em consideração as condições de saúde maternas e fetais.

Quando não há contraindicações, se ambos os fetos se apresentam cefálicos, que é o mais comum, o recomendado é o parto pela via vaginal. Caso apenas um dos fetos se apresente cefálico, o caso necessita de uma melhor avaliação, sendo que quando o primeiro feto a nascer não está cefálico opta-se pelo parto cesariano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]: 1^a Edição . Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.: il

DOS SANTOS JÚNIOR, José Arimatéa; PINHEIRO, Ana Maria Pearce Arêa Leão; HOLANDA, Ana Maria Coêlho; ROCHA, Rosyane Moura (Organizadores). Manual de condutas em obstetrícia: Maternidade Evangelina Rosa – 2^a Edição. Teresina: EDUFPI, 2021. 436 p.

HAYES, Edward J. Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies - ACOG Practice Bulletin, Number 231. *Obstetrics and gynecology*, v. 137, n. 6, p. 1140-1143, 2021.

REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. Prenhez gemelar. In: REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. *Rezende Obstetrícia*. 11^a ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.432-453.