

Tratamiento invasivo mediante ecografía en embarazo gemelar con secuencia TRAP y mal resultado obstétrico.

Autores: Irma Trejo Bravo, José Garriguet López, Ana M^a Ruiz García, Inés Montilla Prado, Gema Exojo Cano, Jorge Duro Gómez, Tania Manrique Gómez, Paloma Ruiz Amo.



Introducción: Con la mejora de la ecografía es cada vez más frecuente el diagnóstico temprano del embarazo gemelar con perfusión arterial reversa (TRAP), complicación prenatal rara, pero grave, donde un gemelo aparentemente normal se comporta como donante (bomba) y otro gemelo sin estructura definida receptor, (acárdico).

La incidencia es de 1:35.000 partos o 1:100 embarazos gemelares monozigóticos.

La mortalidad del gemelo viable es elevada, cercana al 50% determinada por insuficiencia cardíaca congestiva por aumento de demanda cardíaca, prematuridad o polihidramnios.

El diagnóstico debe ser lo más precoz posible para discutir con los padres las diferentes opciones en el manejo de estos casos que no son otras que la actitud expectante, conservadora, describiéndose en la literatura hasta un 60% de cese espontáneo del flujo inverso o manejo activo, invasivo según distintas técnicas encaminadas a interrumpir el flujo reverso bien sea mediante oclusión del cordón guiada por ecografía o endoscopia (fetoscopia) o más recientemente mediante ablación intrafetal guiada por ecografía (actualmente parece que la primera línea de tratamiento es la coagulación intrafetal guiada por ecografía mediante láser).

Otra controversia a dilucidar sería en qué semanas de gestación realizar el tratamiento y la mayoría de autores reconocen como ideal las 12-16 semanas.



Caso clínico: gestante, 35 años, antecedentes de IVE por SD Edwards, acude a primer control prenatal en la 12+5 semanas objetivando un embrión de características normales vivo corresponde a amenorrea (LCR 59mm.) y una estructura indefinida adyacente de 21mm, LF-, pero con aporte vascular del feto normal..



Sospechamos un embarazo gemelar con secuencia TRAP, confirmando el diagnóstico el centro de referencia.

El resultado del cribado combinado prenatal nos informa sobre riesgo bajo.

Tras plantear las diferentes opciones a la gestante, opta por el tratamiento invasivo por lo que se deriva al hospital de referencia practicándose una oclusión láser con control ecográfico de forma percutánea en la pelvis del feto a cardio a las 14 semanas de manera satisfactoria.

A las 15 semanas de embarazo acude de urgencias por pérdida de líquido e interrupción de la gestación.

Podemos concluir que a pesar de las últimas técnicas invasivas encaminadas a minimizar el riesgo, aún siendo alentadoras, el pronóstico del embarazo sigue siendo comprometido.