



## REPORTE DE CASO

Paciente primigesta de 29 años de edad, ingresa al Hospital Santa María del Socorro de Ica por presentar dolor tipo contracción uterina, llega con el diagnóstico ecográfico de embarazo gemelar de 38 semanas, con el primer gemelo vivo en situación transversa y el segundo obitado desde la semana 21. Al examen ecográfico hay signos de una placenta tipo monocorial diamniótica. La gestante tiene antecedentes de tratamiento de infertilidad de baja complejidad, 06 controles prenatales y 03 ecografías observándose fetos discordantes (Figura 1), presentando el feto de posterior óbito un higroma a las 15 semanas de gestación (Figura 2).

Al examen: Paciente en buen estado general, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Signos vitales dentro de los valores normales. Abdomen globuloso, con una altura uterina de 32 cm, primer feto en situación transversa con frecuencia cardíaca de 136 latidos por minuto y el segundo feto obitado.

Dinámica uterina: 3 contracciones cada 10 minutos. (++) movimientos fetales (++) , tacto vaginal: incorporación de 70%, dilatación en 0 cm y altura de presentación en -4.

La paciente fue internada con los siguientes diagnósticos: primigesta con tiempo de embarazo de 38 semanas y 6 días según fecha de última regla; embarazo gemelar con un feto obitado; feto vivo en situación transversa y preparto.

A tres horas de su ingreso, se evalúa a la gestante encontrándose: al tacto vaginal una dilatación de 2 cm, incorporación 85%, altura de presentación fetal de -4. Se realizaron exámenes de biometría hemática y perfil de coagulación con resultados normales.

Al encontrarse el feto en situación transversa, se interviene quirúrgicamente a la paciente para un parto por cesárea, extrayéndose un feto papiráceo de longitud cráneo nalga de 20 cm, diámetro biparental de 2 cm; y un feto vivo de sexo femenino con un peso de 3,8 Kg., talla de 48 cm, perímetro cefalico de 37 cm y un puntaje de Apgar de 9 tanto en el primer como en el quinto minuto, evidenciando que cada uno de ellos tenía su propia bolsa amniótica (Figura 3). Placenta única de 19x18x2.5 cm y peso de 600 gr. No se presentaron complicaciones durante el procedimiento.

En el post operatorio evoluciona favorablemente. Se indican analgésicos, antibióticos. Se otorga el alta al cuarto día del puerperio, el hijo recibe lactancia materna sin ninguna dificultad.



Figura 2. Higroma

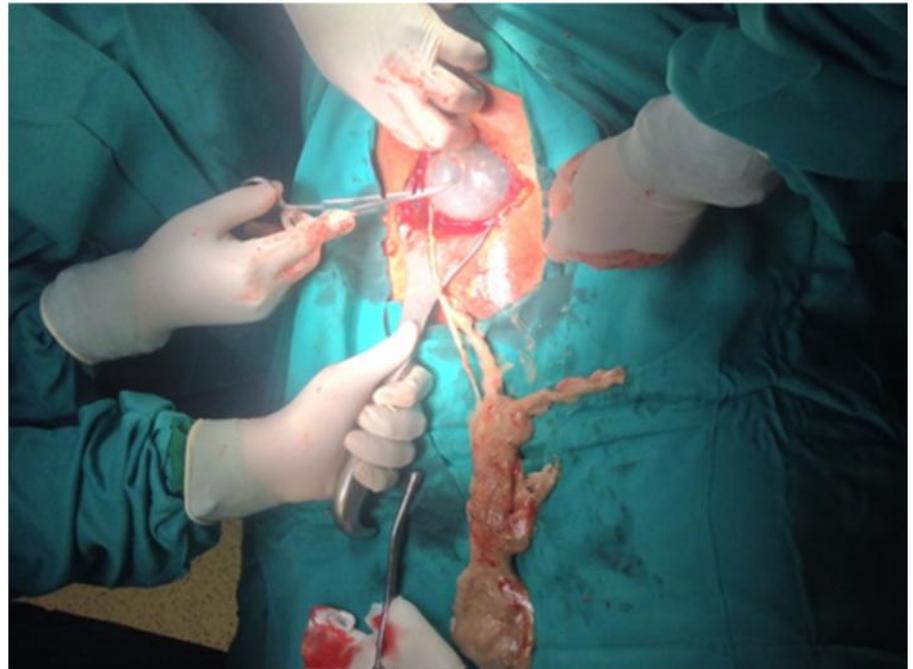


Figura 3. Feto papiráceo y segunda bolsa amniótica.

## DISCUSIÓN

Los gemelos de placentas monocorionicas tiene una mortalidad mucho más elevada (2). Siendo esta tasa de mortalidad 25% a comparación de los dicorionicos 8,9% (6).

Los gemelos monocorionicos diamnioticos tienen mayores posibilidades de sufrir trastornos del crecimiento, por el gradiente de circulación compartida, causal de mortalidad (7) como también malformaciones (2), congruentes con nuestro caso donde a las 15 semanas por hallazgo ecográfico se encuentra un higroma y se evidencia discordancia en crecimiento fetal (Figura 1 y Figura 2).

El término feto papiráceo se utiliza para describir un feto momificado asociado a una gestación gemelar o múltiple. La incidencia más alta es en gestaciones gemelares monocorionicas. Su incidencia es baja, 1/12 000 nacidos vivos (8), congruente con los casos que se registran en nuestro hospital.

Según literatura revisada no se ha encontrado relación de este hallazgo con número de gestas, paridad o edad materna, aunque sí se ha visto este fenómeno con mayor incidencia en embarazos gemelares monogigóticos en relación con los dicigóticos (9).

Cuando un gemelo muerto permanece in

útero, realizaron con mayor frecuencia la evaluación prenatal del gemelo vivo a través de ultrasonografía, revisando corion, crecimiento fetal, el volumen de líquido amniótico, riñones, anatomía del sistema nervioso central, velocimetría doppler del cordón umbilical y perfil de coagulación tal como se describen en diversas literaturas que reportan casos similares.

## CONCLUSION

El pronóstico es mejor para la madre y el recién nacido cuando el feto papiráceo aparece en un embarazo diamniótico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Murphy KW.** Intrauterine death in a twin: implications for the survivor. In: Ward RH, Whittle M, editors. Multiple pregnancy. London: RCOG Press;1995:218-30.
2. **Reece EA, Hobbins JC.** Obstetricia Clínica/ Clinical Obstetrics. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2010. Pag 48
3. **Lee YM, Wylie BJ, Simpson LL, D'Alton ME.** Twin chorionicity and the risk of stillbirth. *Obstet Gynecol* 2008;111(2 Pt 1):301-8.
4. **Botella J y Clavero J.** Tratado de Ginecología: Fisiología, Obstetricia, Perinatología, Ginecología y Reproducción. 14ª ed. Madrid: Díaz de Santos S.A.;1993. Pag 526, 527, 528.
5. **Avery G, Fletcher M y Mac Donald M.** Neonatología. Fisiología y manejo del recién nacido. 5ta ed. Madrid: Medica Panamericana S.A.;2001. Pag. 137, 138.
6. **Gomella, Cunningham, Eyal, Zenk.** Neonatología: Manejo básico, Procedimientos, Problemas en la guardia, Enfermedades y Fármacos . 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2009.Pag 533-
7. **Pacheco J.** Ginecología, obstetricia y reproducción. Vol 2. 2ª ed. Tomo II. Lima: Revistas Especializadas Peruanas SAC; 2010. Pag 13064.
8. **Vargas HV, Lujan IJ, Ibarra GA.** Feto papiráceo complicación de un embarazo gemelar. *Rev Hosp Jua Mex* 2005; 72(4): 165-7.
9. **Lujan IJ, Ibarra GA, Inclán BJ, Rascón AA, López CG.** Feto papiráceo: Complicación de un embarazo gemelar. *Clin Hosp Infant Edo Son* 2005; 22(2): 145-7.
10. **Moise K, Johnson A.** Management of twin-twin transfusion syndrome. UpToDate 19.1.2011. [Link]
11. **O'Donoghue K, Rutherford M, Engineer N, Wimalasundera R, Cowan F, Fisk N.** Transfusional fetal complications after single intrauterine death in monochorionic multiple pregnancy. *BJOG* 2009;116:804-12.
12. **Mendoza LE, Sánchez RM, Camacho AA, Balcázar R, Rodríguez AI, Casian GA.** Feto papiráceo. *Rev Hosp Jua Mex* 2010; 77(2): 138-140
13. **García A, Iriarte R, Ríos V, Cortez M.** Manejo del embarazo múltiple con óbito del segundo gemelo. Caso Clínico. UpToDate 19.09.2014. [Link]
14. **Barba S. Carvajal J.** Pautas de manejo del embarazo múltiple complicado con la muerte fetal in útero de un gemelo. *Rev chil obstet ginecol* 2012; 77(2): 159 – 168.
15. **Fernández-Miranda M, Cruceyra M, Rodríguez-González R, Magdaleno-Dans F, Omeñaca F, González A.** Gestación gemelar con muerte intraútero de uno de los fetos: pronóstico materno y neonatal del feto superviviente. *Ginecol Obstet Mex* 2011;2012;80(4):254-262

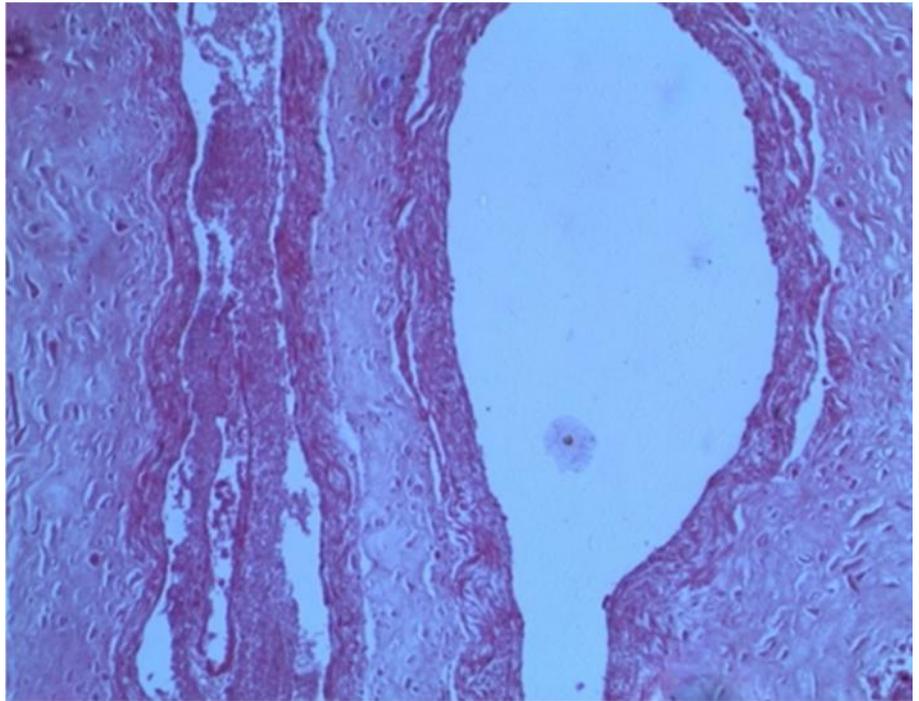


Figura 4. Vasos del cordón umbilical con signos de necrosis.

**FINANCIAMIENTO:** Autofinanciado.

**CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA:** LLC, HAMU, HOPD, IVC y JYM participaron en la concepción, recolección, redacción y revisión crítica del artículo y en la aprobación de su versión final del presente reporte.

---

## Twin pregnancy with intrauterine death of one fetus in a general hospital in Peru

**M**ultiple pregnancy is associated with increased perinatal mortality and morbidity, compared with singleton pregnancy. A serious complication that affects twin pregnancy is fetal death in utero of one twin, a situation that involves risk of morbidity / mortality for the surviving fetus and pregnant. We present a case of a patient of 29 years who received infertility treatment low complexity, resulting diamniotic monochorionic twin pregnancy, born at 38 weeks of gestation presenting a standstill from 21 weeks fetus underwent cesarean section working delivery and fetal transverse lie, evolving favorably.

**Key words:** *twin pregnancy, stillbirth, hypofibrinogenemia (source: MeSH NLM)*

---

### CITA SUGERIDA.

Luna-Capcha L, Montalvo-Uvidía HA, Palomino-Donayre HO, Vasquez-Cucho I, Ybasetta-Medina J. Gestación gemelar con muerte intraútero de uno de los fetos en un hospital general de Perú. Rev méd panacea.2014; 4 (1):22-25.