



ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E PARTO GEMELAR

ASSISTANCE TO TWIN PREGNANCY AND DELIVERY

José Carlos GAMA DA SILVA¹
José Guilherme CECATTI¹
Helaine Maria Besteti PIRES¹
Renato PASSINI JR¹
Mary Angela PARPINELLI¹
Belmiro Gonçalves PEREIRA¹
Eliana AMARAL¹

RESUMO

A presença simultânea de dois ou mais conceptos constitui a prenhez múltipla, classificada em dupla, tripla, quádrupla e sucessivamente. Embora a ocorrência destes eventos fosse relativamente rara no passado, atualmente existe uma tendência de aumento pela popularização dos procedimentos de fertilização assistida, sobretudo daqueles com indução da ovulação. Os gêmeos dizigóticos ou fraternos representam dois terços das gestações gemelares. Já os gêmeos monozigóticos ou idênticos representam um terço dos casos, advindo da fecundação de um óvulo por um espermatozóide, originando um zigoto que sofre divisão em fase precoce, resultando em dois ou mais embriões, sendo do mesmo sexo e de genótipos iguais. Considerando que a morbi-mortalidade perinatal é maior na gravidez gemelar e que sua frequência tem aumentado, julgou-se oportuno rever aspectos relacionados ao diagnóstico da condição,

¹ Disciplina de Obstetria, Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas. Caixa Postal 6030, 13081-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.G. CECATTI. E-mail: cecatti@unicamp.br

bem como à assistência clínica durante a gestação e no parto, além das complicações, sua prevenção e as correspondentes medidas terapêuticas. São discutidas as diversas opções de via de parto segundo a apresentação do primeiro e do segundo feto, segundo as evidências científicas mais recentemente disponíveis.

Termos de indexação: gemelaridade, gêmeos, complicações do trabalho de parto, assistência ao parto.

ABSTRACT

The simultaneous presence of two or more fetuses characterizes a multiple gestation, classified as double, triple, quadruple and so on. Although the occurrence of such events was relatively rare in the past, currently there is an increasing trend due to the popularization of procedures for assisted fertilization, especially those with induction of ovulation. Dizygotic or fraternal twins represent two thirds of all twin pregnancies. On the other hand, monozygotic or identical twins represent one third of the cases, resulting from the fecundation of one ovum by a spermatozoon, which originates a zygote that has a division in an early phase. This results in two or more embryos, all of the same sex and with the same genotype. Taking into account that perinatal morbidity and mortality are higher in twin pregnancies and that their frequency has been increasing, it was considered opportune to review some aspects concerning the diagnosis of this condition, as well as the clinical assistance during pregnancy and delivery, besides potential complications, their prevention and corresponding therapeutic measures. The several options for the type of delivery were discussed, according to the presentation of the first and the second fetus, considering the most recently available scientific evidence.

Index terms: multiple pregnancy, twins, labor complications, delivery care.

INTRODUÇÃO

A presença simultânea de dois ou mais conceptos constitui a prenhez múltipla, classificada em dupla, tripla, quádrupla, quádrupla, quádrupla, quádrupla, e outros. Cada produto da prenhez gemelar é um gêmeo; em qualquer situação, consagrou-se a denominação de prenhez gemelar ou gestação múltipla. Segundo Hellin, a frequência das diferentes formas de gemelaridade varia em função do número de fetos e corresponde aproximadamente a $(1 : 80^{n-1})$: na prenhez dupla, 1 : 80; na prenhez tripla, 1 : 6400; na prenhez quádrupla, 1 : 512000; e assim sucessivamente¹⁻³.

Os gêmeos dizigóticos ou fraternos representam dois terços das gestações gemelares, resultam da fecundação de dois óvulos por dois espermatozoides, sendo dicoriônicos e diamnióticos, podendo ser ou não do mesmo sexo e com semelhanças entre si equivalentes às de irmãos não-gêmeos. Sua incidência é influenciada pela idade materna avançada, multiparidade, hereditariedade, raça (maior entre os negros), geografia (maior na Ásia), nutrição (menor em desnutridos), e mais recentemente pela utilização de drogas indutoras da ovulação, principalmente nos programas de fertilização *in vitro*¹⁻⁴.

Já os gêmeos monozigóticos ou idênticos representam um terço dos casos, resultam da fecundação de um óvulo por um espermatozóide, originando um zigoto que sofre divisão em fase precoce, resultando em dois ou mais embriões, sendo do mesmo sexo e de genótipos iguais (ou seja, são idênticos em características físicas, tipagem sanguínea e tendências patológicas)¹⁻⁴. De acordo com o estágio em que ocorre a divisão do ovo, os gêmeos monozigóticos classificam-se em:

- dicoriônicos diamnióticos: divisão do ovo com menos de quatro dias após a sua fertilização.
- monocoriônicos diamnióticos: divisão do ovo entre o quarto e o oitavo dia após a fertilização.
- monocoriônicos monoamnióticos: divisão do ovo a partir do nono dia após a fecundação. Se esta divisão ocorrer após o 13º dia, quando a embriogênese já foi iniciada, resultará em gemelidade imperfeita (gêmeos acolados).

A incidência de monozigose é constante, não sendo influenciada pelos fatores que interferem na gemelaridade dizigótica. Em gestações monozigóticas ocorre uma maior morbi-mortalidade perinatal pelo maior risco de malformações congênitas e doenças funiculares, como nós e entrelaçamentos de cordões¹⁻⁵.

MORBIDADE E MORTALIDADE MATERNA E PERINATAL

A morbi-mortalidade perinatal é maior na gravidez gemelar do que na única.^{1-3, 6}. Fatores que se relacionam a esse aumento são o baixo peso ao nascer, prematuridade, Crescimento Intra-Uterino Restrito (CIUR), anomalias congênitas, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, pré-eclâmpsia, acidentes de cordão e apresentações anômalas. A gravidez gemelar é responsável por cerca de 10% de todos os Trabalhos de Parto Prematuro (TPP) e 25% de todas as mortes pré-termo, apesar de representarem apenas 1% de todas as gestações¹. A maior morbidade materna associada

à condição é decorrente destas situações patológicas mais freqüentes.

Diagnóstico

A gestação múltipla é uma possibilidade quando o útero é maior que o esperado para a data da última menstruação, quando há o desenvolvimento de hidrânio, anemia inexplicada, suspeita de mais de um foco de batimento cardíaco fetal, e com o uso de indutores de ovulação.

O diagnóstico clínico pode ser feito por meio da anamnese, em que há exacerbação dos sinais de gravidez, crescimento rápido do abdome e movimentos fetais nele todo, edema supra-púbico e de membros inferiores e história de uso de drogas indutoras da ovulação; da inspeção, em que, geralmente, o útero está globoso, podendo apresentar um sulco em seu fundo ou na sua face anterior, correspondente à separação entre os fetos ou às câmaras ovulares; da palpação, na qual há a identificação de dois dorsos, dois pólos homônimos (cabeça e cabeça, pelve e pelve) ou pólos diferentes (cabeça e pelve) que, pela sua disposição, não parecem pertencer ao mesmo feto - a mensuração do fundo uterino e da circunferência abdominal identifica valores maiores que os esperados para a idade gestacional; da ausculta, em que se identificam dois focos separados com freqüências diferentes e uma zona de silêncio entre eles e do toque vaginal ao final da gestação, quando a apresentação identificar pólo pequeno e incompatível com o tamanho uterino.

Os exames subsidiários são realizados pela ultra-sonografia com utilização rotineira no segundo trimestre, proporcionando diagnóstico definitivo e precoce, além de idade gestacional, estática fetal, tipo de placentação e malformações e pela radiologia, uso excepcional no final da gravidez.

Já o diagnóstico diferencial é feito quando há erros de data da última menstruação, polidrânio, mola hidatiforme, macrossomia fetal, massas útero-anexiais, etc.

ASSISTÊNCIA CLÍNICA NA GESTAÇÃO GEMELAR

A assistência à gestação gemelar no período anteparto compreende^{1,7} o diagnóstico precoce como fator crítico na redução da morbi-mortalidade perinatal; a identificação de todos os fatores de risco; o bom relacionamento médico-paciente; as consultas mensais até 20ª semana, quinzenais até 36ª semana e depois semanais; o exame vaginal após a 20ª semana para diagnóstico precoce de ameaça de parto prematuro; a hospitalização e o repouso no leito - não há evidências de que uma hospitalização de rotina para repouso no leito em gravidez múltipla possa melhorar o resultado perinatal^{1,2}; a diminuição de atividade física e repouso doméstico em decúbito latero-esquerdo, a partir do terceiro trimestre - na gestação tripla, quádrupla, etc., recomenda-se o repouso a partir da 20ª semana de gestação; uma dieta balanceada indicando-se, profilaticamente, reposição de ferro e folato; a não utilização de agentes tocolíticos profilaticamente, mas apenas nos casos de TPP; a corticoterapia, na possibilidade de parto pré-termo; a circlagem cervical, somente nos casos de incompetência istmo-cervical (IIC); o sangramento vaginal deve ser bem valorizado; no caso de desenvolvimento de hidrânio importante, com comprometimento da paciente, indica-se amniocentese; em casos selecionados, antes da 34ª semana, pode-se usar a indometacina para a

redução do volume amniótico; a avaliação do bem-estar fetal: cardiotocografia basal (CTB), a partir de 30-32 semanas, com repetição semanal - a Prova de Pose está contra-indicada; o estudo do líquido amniótico em gestação múltipla - acredita-se que, fora de trabalho de parto, a relação Lecitina/Esfingomielina reflita o estado de ambos fetos. Se um gêmeo parece anormal e a paciente está em TPP, ambos sacos deveriam ser puncionados. Se a punção for única, será no gêmeo normal, pois o gêmeo estressado pode ter relação L/E alterada¹ e o estudo seriado pela ultra-sonografia - as curvas e tabelas de crescimento do diâmetro biparietal médio e da circunferência cefálica média de gestações únicas demonstradas em recentes trabalhos parecem que não são apropriadas para avaliação de gestações gemelares, principalmente no terceiro trimestre, pois nestes casos os valores revelam-se menores^{1,4}. O diagnóstico da corionicidade e da amniocidade é de grande importância, pois a incidência de CIUR, morte fetal e transfusão feto-fetal é maior em gêmeos monocoriônicos^{1,5} (Figura 1).

COMPLICAÇÕES DA GESTAÇÃO MÚLTIPLA

São consideradas como gestações de risco, pois freqüentemente terminam prematuramente. Apresentam altos índices de interrupção por cesárea,

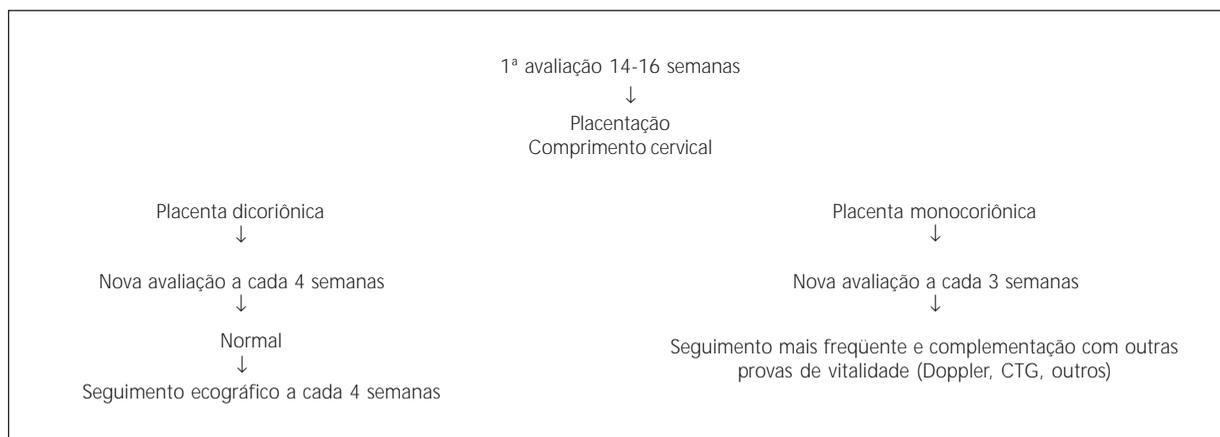


Figura 1. Esquema para seguimento da gestação múltipla pela ultra-sonografia.

expondo a mãe a maiores riscos cirúrgicos, hemorrágicos, anestésicos e outros^{1,4}.

As complicações mais frequentes incluem transtornos por compressão (dispnéia, constipação, varizes nas pernas e vulva e edema em membros inferiores), abortamento espontâneo, hiperemese, anemia, aumento dos níveis pressóricos, pielonefrite, parto prematuro, CIUR, polidrâmnio, apresentações anômalas, prolapso funicular, placentação anormal, malformações congênitas, morte de um dos gêmeos, transfusão feto-fetal e hemorragia pós-parto.

As malformações congênitas apresentam o dobro de risco em relação à gestação única e nos gêmeos monozigóticos este risco se eleva para 16-17 vezes. Gêmeos unidos acolados ocorrem com frequência aproximada de 1 em 50 mil a 100 mil partos e em aproximadamente 1 em cada 600 nascimentos gemelares, mais frequente em fetos do sexo feminino. Muitas anomalias cromossômicas conhecidas são relatadas em gêmeos sem influências de fatores raciais, hereditariedade, idade materna e paridade^{1,4}.

Quando a cromossomopatia presente for incompatível com a vida (trissomia dos cromossomos 18 e 13, por exemplo), uma possibilidade é o feticídio seletivo do gêmeo acometido. É procedimento de menor risco quanto mais precocemente for realizado. A conduta deverá ser discutida de maneira individual para cada caso e em face das expectativas do casal. A gravidez gemelar discordante para malformação fetal é conduzida de maneira expectante ou por feticídio seletivo do gêmeo anormal em casos de anormalidade letal. O principal problema da gestação gemelar discordante para malformação fetal é o risco de parto prematuro devido ao polidrâmnio associado^{1,4}. Os estudos têm mostrado que a conduta ideal nos casos de gravidez gemelar monocoriônica é o feticídio seletivo pela ligadura do cordão umbilical ou coagulação dos vasos umbilicais por laser endoscópico. Nas gestações dicoriônicas, a conduta ideal é o feticídio seletivo pela injeção de cloreto de potássio intra-cardíaco ou ultra-sonografia seriada para diagnóstico de polidrâmnio que será tratado por amniodrenagem de repetição.

Aproximadamente 45% dos gêmeos unidos morrem intra-útero, 25% após as primeiras 48 horas e no terço restante há a possibilidade de sobrevivência, com ou sem separação cirúrgica.^{1,4} A ultra-sonografia (US) precoce dá o prognóstico perinatal, não só pela condição do acolamento, mas também pelas malformações precocemente identificadas. Para os gêmeos unidos simétricos submetidos à cirurgia e em que os órgãos não são pares, as chances de sobrevivência são mínimas.

PREVENÇÃO DO PARTO PREMATURO NA GESTAÇÃO GEMELAR

As causas que determinam o TPP na gestação múltipla são desconhecidas. A marcante distensão das fibras uterinas, provocando seu precoce amadurecimento e estiramento do segmento inferior, justificam a elevada incidência de prematuridade nas gestações múltiplas. Contribuem também para a prematuridade a Rotura Prematura de Membranas (RPM), comum na gemelidade, hipercontratilidade uterina principalmente quando surge a pré-eclâmpsia, e as interrupções da gestação motivadas por sofrimento fetal¹⁻³.

A abordagem, na tentativa de se evitar a ocorrência de prematuridade, inclui a identificação de fatores de risco - parto prematuro prévio, infecção do trato urinário; os hábitos de vida, o estado nutricional e a história pregressa - restrição a cigarros, redução de estresse, tratamento da bacteriúria assintomática e informações sobre sinais e sintomas de parto prematuro; um pré-natal específico, com consultas em intervalos menores; a hospitalização e o repouso (não há evidências sobre a melhora da morbi-mortalidade perinatal); a monitorização da atividade uterina - educação da paciente; a medida do colo uterino - digital e ultra-sonográfico (US). Através da análise com US vaginal, os resultados até o momento sugerem que 30mm é um bom valor de corte para maximizar sensibilidade e especificidade do exame^{1,2,7}; a circlagem profilática (até o momento não se mostrou útil na prevenção

da prematuridade^{1,2,8}); os tocolíticos (o uso profilático dos beta-adrenérgicos não mostrou benefícios na redução da prematuridade. A indometacina, devido aos efeitos colaterais com uso prolongado, não tem sido usada na profilaxia); a corticoterapia - administração de ameaça de parto prematuro entre 26-34 semanas; o tratamento da infecção vaginal e/ou cervical; os marcadores bioquímicos: a proteína C-reativa - apresenta baixa sensibilidade para predição do parto prematuro, pois apenas identifica as gestantes com risco de prematuridade, cuja causa subjacente é um processo infeccioso¹⁻⁴ e a fibronectina fetal - normalmente a fibronectina fetal está presente nos fluidos cérvico-vaginais durante as primeiras 20 semanas de gestação⁸. Após a fusão do âmnio com o cório, a fibronectina fetal não é mais encontrada nos fluidos cérvico-vaginais de gestações não comprometidas. Após a 24ª semana, a presença da fibronectina fetal na secreção vaginal é um importante marcador de parto prematuro. A presença de fibronectina fetal na secreção cérvico-vaginal da gemeligesta apresenta alta sensibilidade para predição do parto prematuro (Teste de imunoensaio de membrana), mas tem baixa especificidade, o que é aumentada com duas amostras consecutivas positivas. A ocorrência do teste positivo junto com alterações cervicais aumenta o risco de parto prematuro⁸.

GESTAÇÃO MÚLTIPLA COM MORTE DE UM DOS GÊMEOS

A ocorrência deste evento varia de 2,2% a 8,0%¹⁻³. Na morte que ocorre no primeiro trimestre, a gestação em geral evolui sem risco para a mãe ou para o feto sobrevivente. Após a 20ª semana de gravidez, a gestante tem um maior risco de apresentar coagulopatias, incluindo a Coagulação Intra-Vascular Disseminada (CIVD), existindo ainda ameaça à integridade do outro gêmeo, como a ocorrência de sequelas neurológicas, pelos fatores tromboplásticos provenientes do feto morto. Há aumento das taxas de mortalidade do outro gêmeo, principalmente nos casos de gemelaridade monozigótica¹⁻³.

A decisão sobre como conduzir esta gestação depende do balanço entre as condições do feto sobrevivente e da mãe aos problemas existentes e os decorrentes da prematuridade. A relação risco/benefício precisa ser avaliada constantemente, de tal forma que, ao menor sinal de comprometimento materno-fetal, se introduza terapêutica rápida e correta, e esta basicamente consiste na resolução da gravidez¹⁻³.

Recomenda-se, ainda, a avaliação seriada semanal da coagulação sanguínea até o desenvolvimento da maturidade pulmonar do feto sobrevivente, quando então a gestação poderá ser interrompida. Para isso devem-se solicitar: dosagem de plaquetas e de fibrinogênio.

O exame ultra-sonográfico deve ser praticado para excluir anormalidades congênitas no feto sobrevivente e determinar a corionicidade placentária, repetindo-se a cada 3-4 semanas para acompanhar o crescimento fetal, avaliar volume de líquido amniótico e defeitos estruturais (principalmente do Sistema Nervoso Central e rins). Recomenda-se ainda a avaliação da vitalidade fetal através da cardiotocografia realizada semanalmente após a 28ª semana e outras provas quando necessário. A resolução da gravidez deve ocorrer espontaneamente com o início do trabalho de parto quando não surgiram complicações adicionais, com a alteração do coagulograma ou com alguma outra situação obstétrica que indique resolução.

SÍNDROME DE TRANSFUÇÃO FETO-FETAL

A síndrome de transfusão gêmeo-gemelar é a que acomete gestações múltiplas, preferencialmente monocoriônicas, e que se caracteriza pela passagem de sangue de um feto para o outro, de forma não compensada, através de anastomoses vasculares placentárias^{1-3,9,10}. A caracterização desta síndrome é pela coexistência de anemia e restrição de crescimento em um gêmeo (doador) e a policitemia com sobrecarga circulatória no outro

(receptor). Tem elevada morbi-mortalidade fetal e neonatal, superando 70%, mas alcançando valores ainda maiores em gestações abaixo de 28 semanas. Em geral desenvolve-se no 2º trimestre, evoluindo com TPP e/ou rotura prematura de membranas. A morte de um dos fetos desencadeia lesões isquêmicas em órgãos nobres como cérebro e rins, conseqüente à passagem de produtos de degradação da fibrina pelas anastomoses vasculares, favorecendo a elevada morbi-mortalidade perinatal^{9,10}.

O diagnóstico é feito clinicamente, pelo achado de altura uterina maior que o esperado, mesmo para uma gestação gemelar, além de tensão e desconforto abdominal materno secundários ao polidrâmnio. Na ultra-sonografia há a confirmação da existência de gestação monocoriônica, com gêmeos do mesmo sexo, com diferenças entre as circunferências abdominais fetais maior que 20mm (Quadro 1). A ecocardiografia fetal pode detectar alterações cardiovasculares devido à transfusão feto-fetal e com reconhecimento da deterioração das condições hemodinâmicas.

Modernamente, para se completar os procedimentos diagnósticos, a cordocentese é indicada para a determinação da hematimetria fetal, para realização de cariótipo para afastar alterações cromossômicas, para infusão de substâncias na circulação de um feto e captação na do outro, etc.

Recomenda-se o seguimento com propedêutica fetal quinzenal, incluindo US, Cardiotografia (CTG) e dopplerfluxometria. Se houver polidrâmnio acentuado, também controle ecográfico semanal.

Para esta situação, a conduta pode ser conservadora, incluindo repouso, uso de tocolíticos se necessário, indometacina em casos de polidrâmnio acentuado, e digoxina nos casos em que os fetos apresentem sinais de falência cardíaca. A amniocentese seriada pode ser necessária para esvaziamento do polidrâmnio, especialmente dos que apresentam o fenômeno de *Stuck twin*. Outras técnicas invasivas podem representar a opção de condutas realizadas em atendimentos especializados de Medicina Fetal, incluindo:

- Septostomia: para evitar amniocenteses de repetição. Consiste na abertura de uma comunicação entre as cavidades amnióticas, através de uma rotura no septo inter-amniótico.

- Fotocoagulação de vasos placentários por laser: consiste na obliteração das anastomoses vasculares placentárias superficiais e profundas pela fotocoagulação, levando a uma separação da massa placentária em duas e à estabilização da hemodinâmica de ambos os fetos. Apresenta riscos potenciais de TPP, RPM, morte fetal, reflexão da luz do laser nos olhos fetais (realizar entre 18-26 semanas

Quadro 1. Principais diferenças para o diagnóstico do feto transfusor e transfundido quando há transfusão feto-fetal.

Feto Transfusor (doador)	Feto Transfundido (receptor)
Menor	Maior, com sinais de hidropsia ou falência cardíaca congestiva
Oligohidrâmnio (<i>stuck twin</i>)	Polidrâmnio
Circunferência abdominal menor	Circunferência abdominal maior
Cordão umbilical de menor espessura	Maior espessura
Freqüente inserção velamentosa cordão	Não
-	Rins e bexiga com sinais de aumento do padrão de diurese
Coração menor, hiperdinâmico	Coração maior, hipodinâmico, veia cava inferior dilatada
-	Melhora dos padrões biofísicos após amniocentese esvaziadora
-	Rápido restabelecimento do polidrâmnio após amniocentese esvaziadora
Peso menor- RCIU	Peso maior - diferença igual ou maior que 15%
Anemia	Policitemia diferença igual ou maior que 5g/dL

quando as pálpebras estão ainda fundidas) e alterações neurológicas menores¹¹.

- Feticídio seletivo: aceito em alguns países, é feito pela injeção de substâncias como cloreto de potássio ou pela ligadura seletiva de cordão umbilical. Apresenta também risco potencial de perda de ambos os gêmeos pelos fenômenos de isquemia e danos teciduais do feto remanescente ou ocorrência de TPP.

A terapia fetal só tem significado quando a gestação encontra-se longe do termo. A monitorização fetal e a propedêutica adequada tão logo seja feito o diagnóstico e a interrupção da gravidez em centros terciários, com unidades de atendimento intensivo, apresentam os melhores resultados perinatais^{1-3,9,10}.

CONDUTA NO PARTO EM GESTAÇÃO GEMELAR

A atenção ao parto resultante de uma gestação gemelar pressupõe teoricamente uma programação que inclui a escolha adequada do hospital com condições técnicas de assistência a recém-nascidos prematuros ou com complicações. Assim, na admissão da gestante em trabalho de parto, recomenda-se anamnese detalhada, exame clínico e obstétrico apurados, exame de US para identificar apresentação e estimar peso dos fetos, provas de vitalidade fetal (avaliação clínica, CTG, US, Doppler), acesso venoso, disponibilidade de sangue e equipe experiente (obstetra, anestesista, neonatologista, enfermagem). Resumidamente é demonstrado na Figura 2 a via de parto de escolha para as diversas situações do parto gemelar.

Para a atenção ao parto propriamente dito, é aconselhável dispor de anestesia peridural contínua de condução, proceder ao uso cuidadoso de ocitócico apenas se necessário, restringir o uso de analgésicos e sedativos, praticar uma episiotomia ampla para uma eventual necessidade de manobras, proceder ao pinçamento e secção do cordão umbilical imediatamente após o nascimento do primeiro

gemelar e aguardar a insinuação da apresentação do segundo gemelar para amniotomia. Nesse momento, a disponibilidade de um aparelho de ultra-sonografia em sala de parto, pouco comum em nosso país, ajudaria no diagnóstico da evolução do segundo gemelar para parto.

Após o parto do primeiro poderá ocorrer inércia uterina, prolapso de cordão do segundo gemelar, separação parcial da placenta, levando à hipóxia do segundo feto. Por este motivo, deve-se monitorizar o segundo gemelar cuidadosamente. O intervalo considerado ótimo é entre 5 e 15 minutos. Sempre houve dúvidas sobre a melhor opção possível de parto por cesárea para o segundo gemelar não cefálico. Recente estudo de metanálise mostrou que a cesárea está associada ao aumento na morbidade febril materna e necessidade de anestesia geral, sem melhores resultados neonatais. Portanto, esta conduta não deverá ser adotada, exceto em condições excepcionais que tenham uma indicação precisa¹²⁻¹⁵. Inclusive para as gestações gemelares de mulheres que já tenham uma cicatriz de cesárea anterior, tem sido demonstrado que uma prova de trabalho de parto, se o primeiro feto for cefálico, pode ser efetiva e segura na obtenção de bons resultados maternos e perinatais¹⁶. Para as situações de gravidez multifetal, com a presença de três ou mais fetos, não existe mais controvérsia sobre a indicação de cesárea eletiva. Como medida profilática, recomenda-se o uso de ocitócicos no período pós-parto, pelo maior risco de hemorragia decorrentes de hipotonia ou atonia uterina secundárias à hiperdistensão que o útero sofreu.

Colisão ou entrelaçamento fetal

Corresponde a uma distócia específica do parto gemelar, em que o contato entre os gêmeos impede sua progressão através do canal de parto. Felizmente sua ocorrência não é freqüente, incidindo em 1 : 90000 partos ou 1 : 1000 gestações gemelares¹⁻³. O entrelaçamento mais comumente ocorre quando o feto A está em apresentação pélvica e o B em apresentação cefálica, correspondendo a dois terços do total de casos. São fatores pré-dispo-

nentes: primigestas jovens, hipercontratilidade uterina, RPM e oligohidrânio, desproporção entre os fetos e a pelve (fetos pequenos e trajeto do parto amplo), deflexão fetal e tipo de gemelidade

(monozigótica). O diagnóstico é feito pela não progressão fetal, apesar da exteriorização de determinada parte fetal. O diagnóstico precoce na primeira fase do trabalho de parto é recomendável.

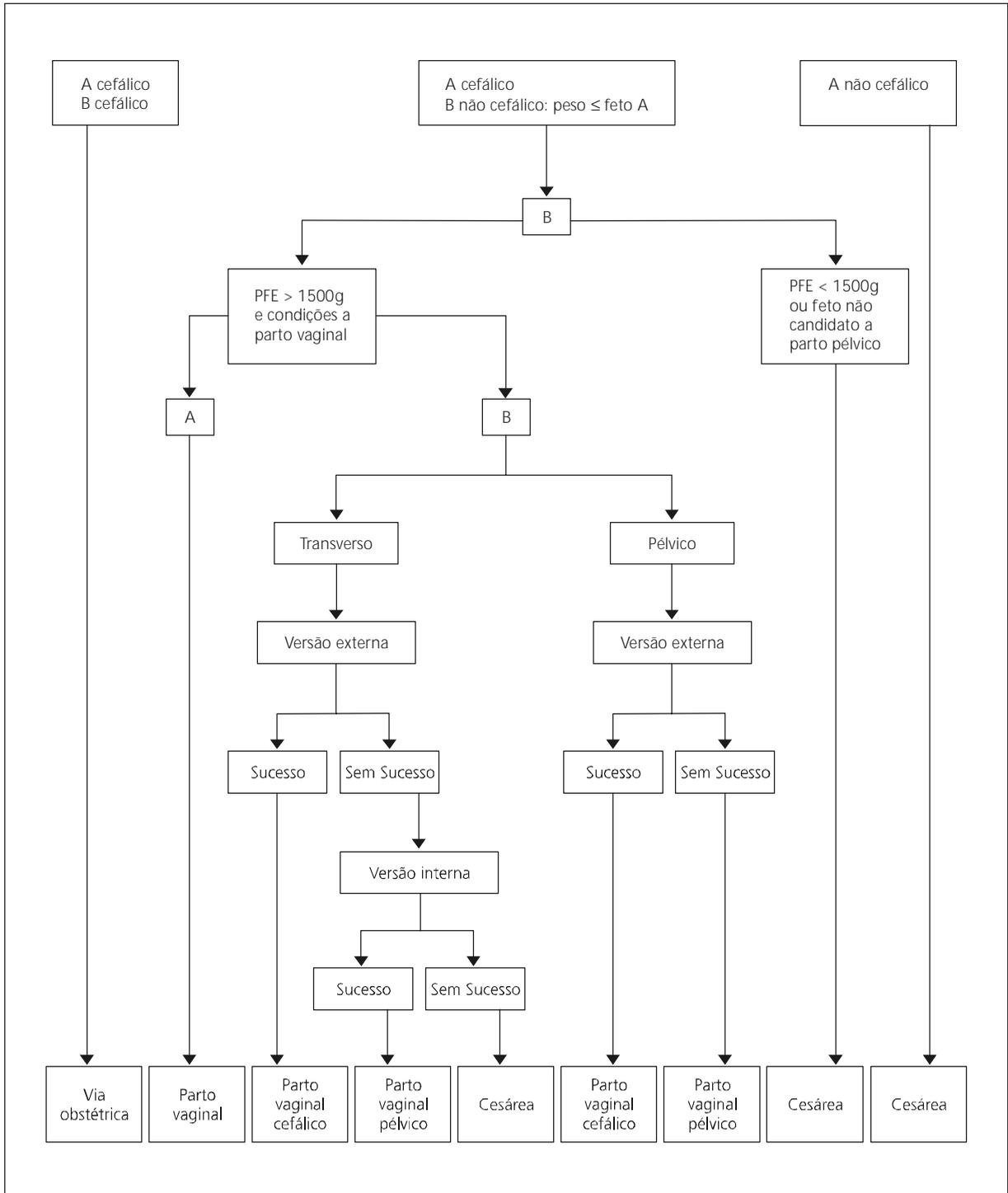


Figura 2. Conduta no parto em gestação gemelar^{1,2,3,10}.

Para a resolução desta dramática situação clínica, a conduta pode ser inicialmente profilática, com correção de distócias funcionais (hipersistolias), uso criterioso de ocitócico, evitando-se a amniotomia precoce e, quando presente duas câmaras amnióticas, não as romper simultaneamente. Deve-se ainda evitar manobra de Kristeller no momento do parto do primeiro feto, nunca tracionar o feto A (para não transformar a colisão em irreversível) e tentar mobilizar o feto B.

Na conduta resolutiva, cada caso merece uma abordagem individualizada. A anestesia geral com derivados halogenados (halotano) para propiciar o desencaixe das cabeças fetais pode ser necessária. Na situação mais comum (A pélvico, B cefálico) diagnosticada a tempo, indicar cesárea em caso de feto vivo. Em fetos A e B cefálicos, com um feto vivo, também indica-se cesárea. Em fetos A e B com morte, poderá ser identificada fetotomia. Com feto A cefálico e B transverso, indicar cesárea em feto vivo; se mortos, tomar medidas para resolução de feto morto. Em A e B pélvicos, com feto vivo, proceder à cesárea.

Por último, embora muito pouco utilizada na prática obstétrica contemporânea, vale recordar a existência de uma manobra de extração descrita para a situação de fetos pélvico-cefálico, a Manobra de Kimball-Rand, que recomenda ultimar o parto do feto A até a altura do pescoço e, com a ajuda de um auxiliar, tracionar o corpo deste feto para cima. Aplica-se então um fórcepe de Piper na cabeça do feto B, tornando possível o desprendimento dos dois pólos simultaneamente^{1,12}. É evidente que tal manobra, pouco conhecida e utilizada, dá uma idéia desta situação clínica complicada, quase desesperadora. Todos os procedimentos e condutas durante a gestação, o trabalho de parto e o parto de gemelares, deve ser no sentido de programar uma evolução favorável e que represente os melhores resultados, tanto maternos quanto perinatais, evitando situações como esta.

REFERÊNCIAS

1. Gama da Silva JC, Milanez HMBP. Gestação múltipla. *In*: Neme B, editor. Obstetrícia básica. 2a.ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p.263-75.
2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Multifetal pregnancy. *In*: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD, editors. Williams obstetrics. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p.765-810.
3. Rezende J. Gemelidade. *In*: Rezende J, editor. Obstetrícia. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.873-907.
4. Chitkara V, Berkowitz RL. Multiple gestation. *In*: Gabbe SG, *et al.*, editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies. New York: Churchill Livingstone; 1991. p.881-905.
5. Minakami H, Honma Y, Matsubara S, Uchida A, Shiraishi H, Sato J. Effects of placental chorionicity on outcome in twin pregnancies. A cohort study. *J Reprod Med* 1999; 44:595-600.
6. Wimalasundera RC, Trew G, Fisk NM. Reducing the incidence of twins and triplets. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003; 17(2):309-29.
7. Stanley A, Gall MD. Ambulatory management of multiple gestation. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41(3):564-83.
8. Goldenberg RL. The preterm prediction study: sequential cervical length and fetal fibronectin testing for the prediction of spontaneous preterm birth. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:636-43.
9. Passos JP, Moron AF, Camano L. Síndrome da transfusão gêmeo-gemelar. *Femina* 1999; 41(3):415-9.
10. Sebire NJ, Souka A, Skenton H, Geerts L, Nicolaides KH. Early prediction of severe twin-to-twin transfusion syndrome. *Hum Reprod* 2000; 15:2008-10.

11. Banek CS, Hecher K, Hackeloer BJ, Bartmann P. Long-term neurodevelopmental outcome after intrauterine laser treatment for severe twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(4):876-80.
 12. Camano L, Guazzelli CAF, Matsubara RL, Bertini AM. Gestação gemelar. *In: Prado FC, Ramos JA, Valle JR. Atualização terapêutica. 18.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p.927-9.*
 13. Cecatti JG, Aquino MMA, Besteti Pires HM. Conduta no segundo gemelar. *Femina* 2000; 28(7):391-4.
 14. Crowther CA. Caesarean delivery for the second twin (Cochrane Review). *In: The Cochrane Library, issue 2, 2002. Oxford: Update Software.*
 15. Williams KP, Galerneau F. Intrapartum influences on cesarean delivery in multiple gestation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(3):241-5.
 16. Delaney T, Young DC. Trial of labour compared to elective caesarean in twin gestations with a previous caesarean delivery. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25(4): 289-92.
- Recebido para publicação em 24 de junho e aceito em 25 de junho de 2003.

