

Introducción

Las malformaciones de gemelos acárdicos con coexistencia del otro gemelo anencefálico se da principalmente en gemelos monocigóticos, y se presenta en 1 de cada treinta mil embarazos trigelares (1). Su asociación con gemelo acárdico, anencefálico y normal no ha sido reportado en la literatura.

Objetivos

El objetivo es describir el caso de un embarazo triple, bicorial, triamniótico con feto #1 anencefálico, feto #2 sin alteraciones estructurales, con polihidramnios y feto #3 acárdico acefalo.



Figura 1. Post-cesárea: Feto normal, acárdico y anencefálico.

Bibliografía

1. Saldarriaga- Gil W, Nieto AJ, Pachajoa H. "A case report and literature review regarding acardiac twin ...". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010; 61:348-352
2. Ustüner I, Simsek E, Kahraman K, et al. Acardiac acephalic twin gestation with transposition of great arteries in pump twin. *Congenital Anomalies* 2005; 45: 70-72.
3. Abboud P, Garnier R, Mansour G, et al. Acardiac fetus in a triplet pregnancy: ultrasound pitfalls. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2000; 89:75-80
4. Franco Pepe F, Teodoro MC, Luca C, et al. Conservative management in a case of uncomplicated trap sequence: a case report and brief literature review. *Journal of Prenatal Medicine* 2015; 9(3/4):29-34

Caso clínico

Se trata de una paciente de 29 años de edad, G3P1A1, con embarazo de 22.3 semanas. Ingresa a la institución para valoración y reducción fetal de ambos fetos malformados por hallazgos. Se realiza coagulación del cordón con pinza bipolar en el feto anencefálico y en el feto acárdico con coagulación láser diodo bajo visión ecográfica, confirmando frecuencia cardiaca fetal y doppler normal en feto #2. Se dio manejo intrahospitalario por 24 horas por amenaza parto pretérmino, dándose egreso. En la siguiente semana el control ecográfico evidenció persistencia de polihidramnios del feto # 2, y 10 días después del procedimiento, presenta ruptura prematura de membranas con posterior expulsión del feto #1 (Anencefálico). Ante posible viabilidad del feto y por encontrarse en situación transversa se decide llevar a cesárea, obteniendo recién nacido que fallece en las primeras 24 horas por prematuridad. (Figura 1) No se presentaron complicaciones maternas.

Discusión

El gemelo acárdico tiene baja prevalencia, presentándose en 1 de cada 35.000 nacimientos, su coexistencia con malformaciones mayores en el otro gemelo se da en el 10% de los casos (1, 2). El embarazo gemelar anencefálico es aún menos prevalente, existiendo únicamente reportes de casos concomitantes con gemelos acárdicos que suelen presentarse en gemelos monocigóticos, pero no se ha asociado la relación en embarazo trigelar con gemelo acárdico, anencefálico y feto sin alteraciones estructurales. Se realizó una búsqueda en pubmed, embase y ovid, con los términos "multiple pregnancy", "twin pregnancy", "acephalic fetus", "acardiac fetus" desde el año 1978 hasta el 2017, encontrando 28 casos reportados de gemelos acárdicos de los cuales 11 casos son reportados en conjunto de embarazo gemelar con coexistencia de gemelo anencefálico y ninguna asociación como la reportada.

Estas malformaciones se originan generalmente por anastomosis vasculares placentarias causando flujo reverso al gemelo al que se afecta el desarrollo cardiaco y posiblemente eventos trombóticos que generan hipoperfusión, afectando el desarrollo cerebral del otro feto. Generalmente cuando se presenta alguna de estas malformaciones el gemelo "bomba" no presenta alteraciones estructurales en su desarrollo (3,4). Es el primer caso reportado de embarazo trigelar bicorial triamniótico con las malformaciones coexistentes de feto acárdico, anencefalia y feto sin alteraciones. Aunque el manejo de esta entidad es la reducción del gemelo malformado, la realización de reducción no determina necesariamente un buen pronóstico para el feto "bomba".

Conclusiones

El embarazo trigelar requiere un seguimiento estricto para la detección de malformaciones tempranas. La detección de un gemelo con alguna de estas malformaciones debe alertar al obstetra de realizar una ecografía de detalle para determinar la coexistencia de otra malformación y la remisión a centros de alta complejidad obstetricia para la realización de reducción fetal, como única estrategia de manejo en casos como el reportado.