



ALBERT EINSTEIN  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

## Gemelaridade

As gestações gemelares podem ocorrer a partir da fecundação de óvulos distintos (dizigóticas), ou da divisão do zigoto (monozigóticas). Entretanto, estudos demonstraram que a zigoticidade não apresenta relevância clínica no seguimento das gestações gemelares. No entanto, a corionicidade (massas placentárias) apresentam relevância clínica, uma vez que gestações monocoriônicas apresentam maior risco de desfecho perinatal adverso do que as gestações dicoriônicas.

Cerca de 25% das gestações monozigóticas são dicoriônica diamniótica. 74% monocoriônica diamniótica (MCDA). 1-2% monocoriônicas monoamnióticas (MCMA).

### I. ASSISTENCIAL

#### 1. DETERMINAÇÃO DA CORIONICIDADE

A determinação da corionicidade, pela ultrassonografia de primeiro trimestre, apresenta acurácia de aproximadamente 100%, principalmente quando realizada pela via endovaginal.

No primeiro trimestre: presença de dois ou mais sacos gestacionais, sítios placentários distintos, ou “sinal do lâmbda” (projeção do tecido placentário, na união das duas massas placentária, entre os folhetos amnióticos).

A presença do sinal do lâmbda, em qualquer momento da gestação, permite diagnosticar gestação dicoriônica.

Já a presença de saco gestacional único, com dois ou mais embriões em seu interior, presença do “sinal do T” (inserção da membrana amniótica em ângulo reto no leito placentário) são sinais de gestação monocoriônica (figura 1).

A partir do segundo trimestre, a presença de massas placentárias distintas, sexos fetais discordantes ou presença do sinal do lâmbda indicam gestação dicoriônica. Os demais casos devem ser considerados como massa placentária única.



Gestação gemelar dicoriônica – seta indica sinal do lâmbda.



Gestação gemelar monocoriônicas diamniótica – seta indica sinal do T.

#### 2. PRÉ NATAL

No pré-natal, deve-se atentar a possibilidade de a gestante desenvolver anemia, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, mais frequentes nas gestações gemelares quando comparadas a gestações únicas.

Devido as complicações maternas e fetais, preconiza-se que a periodicidade de consultas de pré-natal deve ser mensal até 28 semanas, quinzenal até a 34ª e, após, semanal.

Os exames laboratoriais são iguais aos solicitados na gestação única.

### 3. PARTO

A via de parto nas gestações gemelares depende principalmente da apresentação do primeiro feto e do peso do segundo feto.

Obs: Gestações monocoriônicas diamnióticas não são contra-indicação ao parto vaginal.

- Primeiro feto não-cefálico: parto cesáreo
- Primeiro feto cefálico e segundo não cefálico: pode-se planejar parto vaginal, desde que o peso do segundo feto seja superior a 1500g e a diferença de peso entre ambos os fetos menor do que 40%.
- Dois fetos cefálicos: o parto vaginal pode ser uma opção

Corionicidade	Meta para parto
Dicoriônicas	38 semanas
Monocoriônicas - diamnióticas	36 semanas
Monocorionicas monoamnióticas	32- 34 semanas

### 4. COMPLICAÇÕES DA GESTAÇÃO GEMELAR

Maternas	Fetais
Anemia	Abortamento
Diabetes Gestacional	Mal formações
Pré Eclampsia	Óbito fetal intrauterino
Placenta prévia	Restrição de crescimento intrauterino / baixo peso ao nascer
Descolamento prematuro de placenta	Prematuridade
Ruptura prematura de membranas	Síndrome de Transfusão feto-fetal (monocoriônicas)
Hemorragias puerperais	Anemia fetal

#### 4.1 SÍNDROME DE TRANSFUÇÃO FETO-FETAL (STFF)

A STFF ocorre em cerca de 10-15% das gestações monocoriônicas, apresentando altas taxas de óbito intrauterino ou sequela neurológica se a conduta for expectante. O diagnóstico é realizado pelo desbalançamento do líquido amniótico entre os fetos e comumente se desenvolve após a 16a semana de gestação. A etiologia parece estar associada à presença de anastomoses artério-venosas superficiais no leito placentário. O tratamento preconizado atualmente é a ablação a laser das anastomoses vasculares, em geral a partir do estágio 2 de Quintero<sup>9,10</sup>, por apresentar melhor resultado perinatal (sobrevida e desenvolvimento neuro psico-motor) em relação à amniodrenagem. Estas gestações devem ser seguidas em centros de referência Medicina Fetal.

#### Classificação de Quintero para STFF

Quintero I	Maior bolsão vertical < 2cm (oligoamnio)/ > a 8cm para o outro feto (polidrâmio).
Quintero II	Ausência de bexiga no feto doador.
Quintero III	Alteração de Doppler em pelo menos um dos fetos.
Quintero IV	Hidropisia fetal.
Quintero V	Óbito de um ou mais fetos.

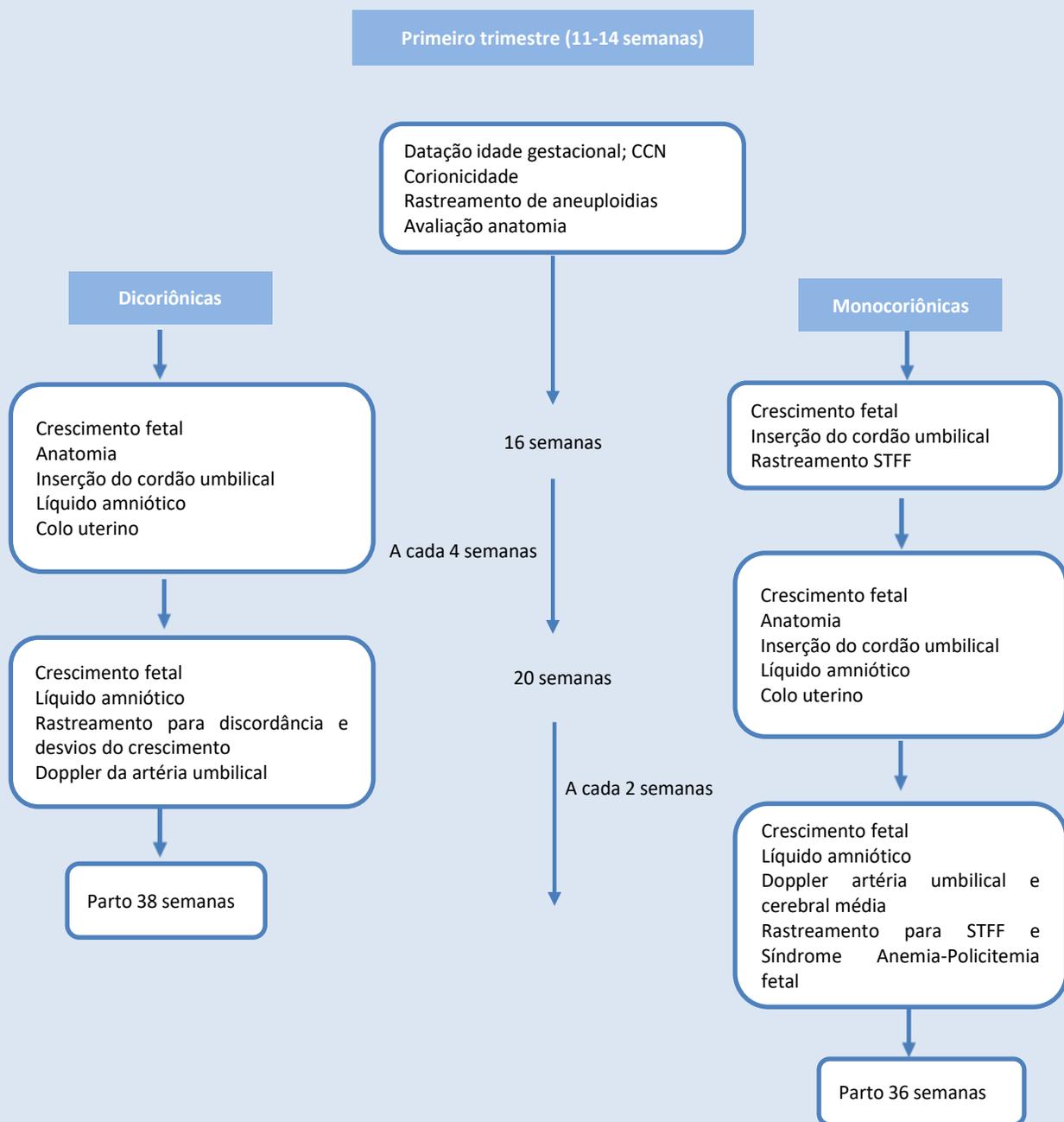
## 4.2 SEQUÊNCIA ANEMIA-POLICTEMIA

A sequência anemia-policitemia é menos frequente do que a STFF. Sua etiologia está associada a anastomoses arterio-venosas de menor calibre, que causam um desequilíbrio da quantidade de hemácias entre os fetos, no qual um fica anêmico e o outro policitêmico.

O diagnóstico dá-se em fases mais tardia da gestação, através da avaliação da velocidade sistólica da artéria cerebral média, sendo maior do que 1,5MoM para o feto anêmico e menor do que 1,0MoM para o feto policitêmico.

Além disso, pode ser diagnosticado como complicação do tratamento ablação à laser nas gestações STFF.

## 5. ACOMPANHAMENTO ULTRASSONOGRÁFICO



## 6. AVALIAÇÃO CRESCIMENTO FETAL EM GESTAÇÕES GEMELARES

Idade Gestacional	Peso estimado (g)				
	P5	P10	P50	P90	P95
14	72	76	89	106	111
15	91	95	112	133	139
16	113	119	140	165	173
17	140	147	173	203	213
18	173	181	212	249	261
19	211	220	258	303	317
20	255	267	313	366	383
21	307	321	375	439	459
22	366	382	447	523	547
23	433	452	529	618	646
24	508	531	621	726	758
25	593	619	724	846	884
26	685	716	837	979	1023
27	787	822	962	1125	1176
28	896	937	1096	1284	1342
29	1012	1059	1241	1454	1521
30	1135	1188	1394	1635	1711
31	1264	1323	1554	1826	1912
32	1396	1462	1720	2025	2121
33	1530	1603	1890	2229	2336
34	1664	1745	2062	2437	2555
35	1796	1884	2232	2645	2775
36	1964	2020	2399	2849	2992
37	2045	2149	2559	3048	3102
38	2157	2269	2710	3237	3405

Fonte: Longitudinal reference ranges for fetal ultrasound biometry in twin pregnancies. Clinics. 2012;67(5):451-455.

Fetos de gestações gemelares apresentam padrão de crescimento semelhante às gestações únicas, até 28 a 30 semanas. A partir deste período, observa-se desaceleração na velocidade de crescimento até o termo.

Assim, atualmente prefere-se utilizar curvas específicas no acompanhamento das gestações gemelares. Em nosso meio utilizamos a curva de Liao e cols. (figura 2)

Nas gestações monocoriônicas, observa-se maior frequência de RCIU seletiva (um dos fetos apresenta peso abaixo do percentil 10 e a diferença de peso entre os fetos é maior do que 25%), cuja etiologia pode estar associada a divisão desigual da massa placentária, inserção anômala do cordão umbilical ou anastomoses vasculares

## 7. USO DO PESSÁRIO VAGINAL EM GESTAÇÕES GEMELARES

As evidências atuais contestam a real eficácia do pessário vaginal em gestações gemelares. Segundo TRIAL controlado e randomizado publicado no American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG) em 2020, as evidências atuais não apóiam o uso de pessário cervical para prevenir parto prematuro ou para melhorar os resultados perinatais em gestações únicas ou gemelares com colo uterino curto e em gestações gemelares não selecionadas.

## 8. INDUÇÃO DO PARTO EM GESTAÇÕES GEMELARES

Em razão da elevação do risco de óbito fetal ao longo do ciclo gravídico, o parto na gestação gemelar é recomendado entre 38 e 38 6/7 semanas para as dicoriônicas, entre 36 e 36 6/7 semanas para as monocoriônicas e entre 32 e 34 semanas para as monoamnióticas, estas sobretudo pela chance de envelhecimento dos funículos.

## 8. INDUÇÃO DO PARTO EM GESTAÇÕES GEMELARES

Quando comparada a conduta de indução do parto versus agendamento de cesariana, a literatura mostra que a indução tem melhores resultados maternos (menor internação materna, maior taxa de parto vaginal e menor perda sanguínea) e resultados neonatais semelhantes ao parto cesáreo eletivo.

Para a indução, o Misoprostol e Dinoprostona mostraram eficácia e segurança semelhantes na indução de parto gemelar. Neste contexto, o protocolo para indução habitual em gestação única é aplicável no gemelar com resultados favoráveis. No entanto, o risco de cesariana é superior à gestação única, pois a gestação gemelar é um fator de risco independente para parto cesáreo após indução. Cabe lembrar que mais de dois terços das induções em gemelares culminam em parto vaginal.

A multiparidade e a idade materna inferior a 35 anos mostraram-se na literatura como fatores favoráveis ao sucesso da indução no parto de gêmeos.

## II. GLOSSÁRIO

MCDA - monócóricia diamniótica

MCMA - monócóricas monoamnióticas

STFF – Síndrome de Transfusão Feto Fetal

## III. HISTÓRICO DE REVISÕES

Eduardo Felix Martins Santana 04/06/2024 - Adequação da idade gestacional para o intervalo de consultas de pré-natal, tendo-se em vista as recomendações do Ministério da Saúde

## IV. Referências Bibliográficas

- [1] National Collaborating Center for Women's and Children's Health (UK). Multiple Pregnancy.
- [2] The Management of Twin and Triplet Pregnancies in the Antenatal Period. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. RCOG Press: London, September 2011.
- [3] Khalil A, Rodgers M, Baschat A, Bhide A, Gratacos E, Hecher K, Kilby MD, Lewi L, Nicolaides KH, Oepkes D, Raine-Fenning N, Reed K,
- [4] Salomon LJ, Sotiriadis A, Thilaganathan B, Ville Y. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 247-263.
- [5] Cunningham, F. Gary,, et al. *Williams Obstetrics*. 24th edition. New York: McGraw-Hill Education, 2014.
- [6] Quintero RA, Morales WJ, Allen MH, Bornick PW, Johnson PK, Kruger M. Staging of twin-twin transfusion syndrome. *J Perinatol* 1999; 19: 550-555. 83.
- [7] Liao AW, de Lourdes Brizot M, Kang HJ, Assunção RA, Zugaib M. Longitudinal reference ranges for fetal ultrasound biometry in twin pregnancies. *Clinics*. 2012;67(5):451-455.
- [8] Rossi A, Mullin P, Chmait R. Neonatal outcomes of twins according to birth order, presentation and mode of delivery: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2011;118:523–532.
- [9] Kontopoulos EV, Ananth CV, Smulian JC, et al. The influence of mode of delivery on twin neonatal mortality in the US: variance by birth weight discordance. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192: 252–256.
- [10] Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, Society for Maternal–Fetal Medicine. Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol* 2016; 128:e131.
- [11] Conde-Agudelo A, Romero R, Nicolaides KH. Cervical pessary to prevent preterm birth in asymptomatic high-risk women: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Jul;223(1):42-65.e2. Zafman KB, Rebarber A, Melka S, Naqvi M, Fox NS. Induction of Labor versus Cesarean Delivery in Twin Pregnancies. *Am J Perinatol*. 2020 Nov;37(13):1324-1334.
- [12] Huber G, Schütz H, Seelbach-Göbel B. Induction of labor in twin pregnancies with oral misoprostol versus vaginal dinoprostone--is it effective and safe? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015 Jun;28(9):1043-6.
- [13] Wolfe MD, de la Torre L, Moore LE, Myers O, Rayburn WF. Is the protocol for induction of labor in singletons applicable to twin gestations? *J Reprod Med*. 2013 Mar-Apr;58(3-4):137-42.
- [14] Loscul C, Schmitz T, Blanc-Petitjean P, Goffinet F, Le Ray C; JUMODA and MEDIP study groups. Risk of cesarean after induction of labor in twin compared to singleton pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019 Jun;237:68-73.
- [15] Razavi AS, Chasen ST, Chambers F, Kalish RB. Induction of labor in twin gestation: can we predict success? *J Perinat Med*. 2018 Sep 25;46(7):771-775.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW278.2	Adolfo Liao Andréa Novaes Eduardo Santana Mariana Granado Romulo Negrini	Eduardo Felix Martins Santana	Giancarlo Colombo	10/12/2021 Data de Revisão: 04/06/2024	04/06/2024