

**PRESENTACION DE CASO****Embarazo múltiple. Presentación de un caso****Multiple pregnancy. Case report.**

Dra. Práxedes de Regla Rojas Quintana.

*Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.*

*Terminal Degree in Obstetrics-Gynecology. Auxiliary professor. "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" General University Hospital. Cienfuegos.*

**RESUMEN**

Se presenta el caso de una paciente de 34 años de edad, color de piel blanca, de procedencia rural, con antecedentes de asma bronquial grado III y paros respiratorios por dicha causa, lo que ha requerido de múltiples ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos. Antecedentes de gesta 1, parto 0, aborto 1 e infertilidad secundaria, para lo cual fue atendida junto a su pareja en la consulta de infertilidad, donde se le diagnosticó trastornos de ovulación, una obstrucción tubárica bilateral proximal a ella y una oligospermia severa a su pareja, para lo cual llevaron tratamiento médico quirúrgico combinado. Se logró primero la permeabilidad tubárica con hidrotubaciones, la ovulación y la espermatogénesis con citrato de clomifeno y luego se realizó una fertilización de baja tecnología, con lo que se logró un embarazo cuádruple, que llegó a feliz término a las 34 semanas de gestación. Por los antecedentes personales de la madre, lo riesgoso de este tipo de embarazo y el resultado feliz que tuvo, se decidió publicar el caso.

**Palabras clave:** embarazo múltiple; epidemiología; morbilidad; agentes para el control de la reproducción; técnicas reproductivas asistidas

**Límites:** Humanos; adulto

**Recibido:** 21 de septiembre de 2009

**Correspondencia:**

Dra. Práxedes de Regla Rojas Quintana.

Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Calle 51 A y Ave. 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55 100.

**Dirección electrónica:** [omirojas@gal.sld.cu](mailto:omirojas@gal.sld.cu)

**ABSTRACT**

We present a case of a 34-year-old white female patient, of rural origins, with a history of 3rd degree bronchial asthma and respiratory arrests for that cause, who has required several admissions in the ICU. Gestation history 1, no deliveries, 1 abortion and secondary infertility, for which she was treated, along with her spouse, in the infertility consultation, in which ovulation disorders were diagnosed, consisting of bilateral tubaric obstruction on her and severe oligospermia on her spouse, for which they underwent combined surgical treatment. Tubaric permeability with hydrotubation was first accomplished, then ovulation and spermatogenesis with clomiphene citrate and then low-technology fertilization was performed, resulting in a quadruple pregnancy, which satisfactorily arrived to full term at 34 weeks of gestation. Due to the mother's medical history, the risks involved in this type of pregnancy and its happy outcome, we decided to publish the case.

**Key words:** pregnancy multiple; morbidity; reproductive control agents; reproductive techniques assisted

**Limits:** Humans; adult

**INTRODUCCIÓN**

Durante siglos el embarazo múltiple ha generado temor y fascinación, incluso en las diferentes regiones y en

**Aprobado:** 9 de octubre de 2009

culturas diversas; más aún cuando se desconocía acerca de las características, de los riesgos y de las complicaciones de este tipo de embarazo, además porque las mujeres al parir traían al mundo dos o más niños, cuando las personas a su alrededor esperaban que trajera uno solo. <sup>(1,2)</sup>

El estudio del embarazo múltiple comenzó a finales del siglo XIX cuando Sir. Francis Galton intentó por primera vez analizar la disyuntiva entre la naturaleza y la alimentación, en el estudio de gemelos. Éste y otros estudios posteriores contribuyeron al desarrollo de la genética y a la comprensión mejor del embarazo múltiple. <sup>(1,2)</sup>

Durante los últimos cuatro decenios el embarazo múltiple ha recibido gran atención de los ginecoobstetras y los neonatólogos, por razones evidentes, debido a que un elevado número de estos embarazos no continúa más allá de las 20 semanas de gestación, al producirse con mayor frecuencia el aborto; y en los que se logra rebasar esta edad gestacional, se incrementa el índice de prematuridad, el bajo peso al nacimiento, la incidencia de muerte perinatal y neonatal, la presencia de anomalías congénitas en los fetos y la muerte materna. <sup>(1,2)</sup>

Está considerado como un estado limítrofe entre lo normal y lo anormal, entre lo fisiológico y lo patológico. Consiste en la gestación de dos o más fetos en el claustro materno. Su frecuencia varía en relación con el número de fetos, así algunos autores plantean que su incidencia está en 1 por cada 80 embarazos en el doble o gemelar, 1 por 6000 embarazos en los triples o trillizos, 1 por cada 500 000 en los cuádruples (cuatrillizos) y 1 por cada 40 960 000 en los quintuples (quintillizos). <sup>(1,2)</sup>

También otros autores mencionan una incidencia de embarazo múltiple por países o regiones, así en África se evidencia una mayor frecuencia que en otros países, comportándose 57/1000 nacimientos; Perú 12,6/ 1000 nacimientos; en Europa 12,3 /1000 y más baja frecuencia en Japón con 3,5/ 1000 nacimientos. <sup>(1,2)</sup>

A pesar de que representan sólo un pequeño porcentaje del total de nacimientos (menos del 3 por ciento), los nacimientos múltiples están en aumento. Según el Centro Nacional para la Estadística de la Salud (*National Center for Health Statistics*), la tasa de nacimientos de mellizos ha aumentado un 59 por ciento desde 1980 y actualmente constituye el 3,1 por cada 1 000 nacidos vivos. La tasa de nacimientos de trillizos y otros nacimientos múltiples de más de dos bebés también ha aumentado en un sorprendente 423 por ciento. <sup>(3)</sup>

Estas cifras evidencian que el embarazo múltiple está adquiriendo dimensiones epidémicas, esto se debe en gran medida a la utilización cada vez más frecuente de técnicas de reproducción asistida y al uso de inductores de la ovulación en las pacientes que presentan infertilidad y que se les realizan estas técnicas. <sup>(4)</sup>

También la infertilidad se ha incrementado a nivel

mundial; algunos autores plantean una incidencia de un 12 % e incluso hasta un 20 % de parejas que experimentan en algún momento de su vida algún trastorno de fertilidad; y por tanto, cuando a alguna de estas parejas infértiles se le aplica alguna técnica de reproducción asistida, en correspondencia a la causa de la enfermedad, se incrementa la incidencia de lograr embarazos múltiples. <sup>(5,6)</sup>

Una vez lograda la concepción del embarazo, cuando las parejas se enfrentan al dilema de un embarazo múltiple de mayor orden, existen tres opciones. Generalmente las mujeres no aceptan la interrupción total del embarazo, especialmente aquellas con antecedentes de infertilidad. Intentar continuar con todos los fetos se asocia entonces a problemas inherentes al parto prematuro, a la supervivencia y a la morbilidad a largo plazo. La otra alternativa se relaciona con la reducción del número de fetos mediante la interrupción selectiva. <sup>(7,8)</sup>

La aceptabilidad de estas opciones por parte de la pareja dependerá de su procedencia social y de sus creencias subyacentes. En su gran mayoría las parejas que han presentado una infertilidad, y que se han sometido a tratamiento de cualquier índole, al lograr embarazarse, rechazan esta opción, y en excepcionales casos la aceptan. <sup>(7,8)</sup>

Dentro de las técnicas de reproducción asistida está la inseminación intrauterina, con la cual se logró el embarazo múltiple que se presenta. Por los antecedentes personales de la madre, lo riesgoso de este tipo de embarazo y el resultado feliz que tuvo, se decidió publicar el caso.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 34 años de edad, color de piel blanca, de procedencia rural, con antecedentes de asma bronquial grado III y paros respiratorios por dicha causa, lo que ha requerido de múltiples ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos. Antecedentes de gesta 1, parto 0, aborto 1 e infertilidad secundaria, para lo cual fue atendida junto a su pareja en la Consulta Provincial Especializada de Infertilidad en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", de Cienfuegos, donde se le comenzó el estudio de la infertilidad.

Al interrogatorio:

Antecedentes patológicos personales: Asma bronquial grado III.

Antecedentes patológicos familiares: Madre con hipertensión arterial.

Menarquia: a los 12 años

Fórmula menstrual: 5 días cada 28.

Antecedentes de un aborto espontáneo antes de padecer infertilidad.

No hábitos tóxicos.

Antecedentes de uso de dispositivo intrauterino previo a la infertilidad.

Al examen médico ginecológico se encontró un aparato genital normal, cuello de nulípara, sano; útero de tamaño, forma y consistencia normal; anejos libres, sin alteraciones al tacto.

Al examen del esposo tampoco se encontraron elementos positivos en el interrogatorio, ni en el examen físico.

Se indicaron exámenes complementarios básicos como: hemoglobina, serología, VIH, exudado vaginal simple y con cultivo, así como determinación de hormonas femeninas. Los resultados fueron normales.

Se procedió al estudio de la causa de infertilidad con la realización de espermograma a su pareja, el cual demostró una oligospermia severa.

Se le indicó a la paciente la realización de ultrasonografías seriadas para el estudio de la función ovárica, donde se diagnosticó una anovulación de ambos ovarios. En una radiografía contrastada de las trompas uterinas (histerosalpingografía) se comprobó la presencia de una obstrucción tubárica bilateral proximal.

Se comenzó el tratamiento médico quirúrgico combinado, con la realización de varios ciclos de hidrotubaciones y la administración de antibiótico y antiinflamatorios esteroideos, con lo cual se logró la permeabilidad tubárica, corroborada por laparoscopia diagnóstica contrastada.

Logrado esto, se comenzó tratamiento médico con citrato de clomifeno a la pareja, que trajo como resultado la poli ovulación en la mujer y muy escaso incremento de los espermatozoides en el hombre.

Se decidió entonces como conducta médica la realización de una fertilización de baja tecnología, mediante una inseminación artificial intrauterina homóloga, de lo que se obtuvo un embarazo múltiple de cuatrillizos, al año y siete meses de tratamiento continuo, en el segundo mes de inseminación.



Figura 1. Imagen por ultrasonido de los cuatro sacos gestacionales.



Figura 2. Otra vista ultrasonográfica del embarazo de cuatrillizos.



Figura 3. Paciente con embarazo múltiple a la edad gestacional de 8 semanas.

El embarazo transcurrió sin complicaciones mayores, en reposo relativo en un hogar materno de la provincia y luego se trasladó, a las 20 semanas de gestación, al Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, hasta lograr la edad gestacional de 29 semanas, en que se tomó como conducta el traslado hacia la Ciudad de La Habana, para el Hospital Gineco-Obstétrico "Dr. Ramón González Coro", centro de referencia en la especialidad de Ginecología y Obstetricia en el país, para profundizar en el estudio del bienestar materno y fetal, así como el mejor cuidado y seguimiento de los futuros recién nacidos.

Así transcurrió el embarazo hasta las 32 semanas de gestación en que la madre comenzó a presentar cifras elevadas de tensión arterial. Se mantuvo en vigilancia estricta de sus parámetros vitales y del bienestar de los 4 fetos, que evolucionaron de manera bastante pareja en cuanto a su peso intrauterino, a excepción de una, la



más pequeña, afectada por la competencia de espacio y el déficit nutricional propios del embarazo múltiple.

Se mantuvo su gestación hasta alcanzar las 34 semanas, cuando, dado el empeoramiento de su trastorno hipertensivo hacia una toxemia grave, se decidió la interrupción de la gestación mediante una cesárea de urgencia. Nacieron 4 niños de bajo peso, dos niñas y dos niños, con índice Apgar normal y en buen estado de salud, aunque requirieron de cuidados intensivos neonatales, por su carácter de prematuros y peso al nacer (nacieron el 25 de junio del 2009, y los pesos fueron 1960, 1880, 1520, 932 gramos).

En la actualidad, todos se encuentran con buen estado de salud, así como su mamá. Este hecho se constituye en un logro para ambas instituciones médicas, para la salud pública en la provincia de Cienfuegos así como en el país, por cuanto este tipo de embarazo es extremadamente riesgoso y difícil de llevar a feliz término en todas las partes.



Figura 4. Los cuatrillizos al mes de nacidos.



Figura 5. Marcia, Maura, Mauro, y Marcel en orden de frecuencia, de derecha a izquierda, a los dos meses de nacidos.

## DISCUSIÓN

La inseminación intrauterina es uno de los tratamientos más antiguos para lograr la fertilidad, dichos métodos de inseminación artificial han sido constantemente mejorados y optimizados desde que fueron creados en la década de 1990. <sup>(1)</sup>

El nombre de estos tratamientos ha sido actualizado y actualmente se les conoce como inseminación intrauterina o IIU. Este tratamiento particular es muy recomendable para aquellas parejas que padecen de infertilidad y en las que no se pueden determinar las razones de esta -conocida como infertilidad inexplicable- para las mujeres que padecen de problemas en su mucosidad cervical o para los hombres que padecen de una deficiencia espermática. (1-3)

La IIU con o sin hiperestimulación ovárica controlada (HOC) es una de las modalidades de tratamiento ofrecidas a las parejas que trataron de concebir un hijo, por al menos un año de relaciones estables, sin protegerse (parejas infértiles). (1-3)

Los resultados exitosos de las IIU variarán en dependencia de cada caso en particular y además dependerán de una gran variedad de factores, entre los que se podrían incluir: la edad de la mujer, la calidad del espermatozoide de su pareja y los antecedentes relacionados con embarazos anteriores de cada mujer. Además, las mujeres que debieron utilizar drogas para mejorar la fertilidad tendrían mejores probabilidades de quedar embarazadas que aquellas que no utilizaron dichas medicaciones. Como promedio, las tasas de éxito de las IIU pueden variar entre un 5 y un 25 %. (4-7)

Por otra parte, al someterse las pacientes a tratamientos con medicamentos estimulantes de la ovulación, tiende a incrementarse la posibilidad de que el embarazo a desarrollar sea múltiple, por cuanto promueven la maduración de más de un óvulo por mes. (1-4)

Para muchas parejas la inseminación artificial es el primer paso para dar solución a su infertilidad, ya que el tratamiento es menos invasivo, menos estresante y de menor costo en comparación con las otras técnicas de reproducción asistida que son mucho más complejas. También en los casos de que la infertilidad sea de causa masculina, resultará más fácil concebir con la inseminación artificial. <sup>(7,8)</sup>

En tanto, si la pareja tiene dificultades inexplicables de fertilidad los resultados son mejores con esta práctica que con la ayuda de medicamentos solamente. El procedimiento también permite que la fertilización ocurra naturalmente dentro del cuerpo de la paciente. La inseminación intrauterina coloca el espermatozoide directamente en el útero y, por lo tanto, más cerca de cualquier óvulo, y los espermatozoides están más cerca del sitio de la concepción. <sup>(7-10)</sup>

El hecho de someterse a este procedimiento en el momento adecuado y preciso es una de las claves para que arroje los resultados esperados. En el caso que se

presenta, se logró el éxito por la perseverancia de la pareja en cumplir el tratamiento indicado por su médico de asistencia, por los cuidados prenatales realizados a la madre, durante todo su embarazo, así como a los neonatos en la unidad de cuidados progresivos neonatales.

Por tanto la culminación de un embarazo múltiple de esta magnitud con total éxito, significa un logro para la Salud Pública Cubana, que se esfuerza por la excelencia en la Atención Médica del Programa Materno Infantil.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Velazco A. Embarazo Múltiple. En: Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p.173-176.
2. Limay Herrera Z. Embarazo Múltiple. [Página web en Internet]. Bethesda: Blabia Inc; c1998-2009. [actualizada: 2008; citada: 21 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.partosmultiples.net/ginecologia/embarazo.htm>
3. El embarazo de alto riesgo. El embarazo múltiple. [página web en internet]. Virginia; Charlottesville: Virginia of University; 2004 [citada: 26 de agosto de 2009; actualizada: marzo 9 de 2004]. Disponible en: [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds\\_hrpregnant\\_sp/multiple.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_hrpregnant_sp/multiple.cfm)
4. Lorenzo I, Herrera LA. El embarazo múltiple: ¿es realmente un factor de alto riesgo obstétrico? Población y Salud en Mesoamérica [serie en Internet]. 2009 [citada: 26 de agosto de 2009]; 6(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulo?>
5. Valencia MI. Reproducción Humana e Infertilidad. Quito: CEMEFES; 2002.
6. Rodríguez BV, Santana F. Infecciones de transmisión sexual, calidad del semen e infertilidad. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2008 [citada: 3 de febrero de 2009]; 19(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol19\\_3\\_08/end07308.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol19_3_08/end07308.htm)
7. Dodd JM, Crowther CA. Reducción del número de fetos para mujeres con trillizos y con embarazos múltiples de mayor orden (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3. Oxford: Update Software Ltd; 2008. [citado: 26 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstractsES/AB004733-ES.htm>
8. Poblete LA, Carvajal CJ, Ferreira NF, Kushner L, Donoso B, Durán R, et al. Embarazo gemelar con un óbito: Rescate mediante transfusión intravascular intrauterina. Rev Chil Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2004 [citada: 26 de agosto de 2009]; 69(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262004000300010&lng=es.doi:10.4067/S0717-75262004000300010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300010&lng=es.doi:10.4067/S0717-75262004000300010).
9. Velázquez G, Trias NE, Velásquez V. Embarazo gemelar ectópico tubárico: reporte de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez [serie en Internet]. 2005 [citada: 26 de agosto de 2009]; 65(3): [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322005000300008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322005000300008&lng=es&nrm=iso). ISSN 0048-7732.
10. Osuna C, Matorras R, Pijoan JI, Rodríguez-Escudero FJ. One versus two inseminations per cycle in intrauterine insemination with sperm from patients' husbands: a systematic review of the literature. Fertility and sterility. Spain Journal Article. 2004; 82(1): 17-24.