

OS GÊMEOS E OUTROS MÚLTIPLOS

A gestação múltipla foi tradicionalmente quase sinónimo de bigemelaridade. A redução da fecundidade e da natalidade, na segunda metade do século XX, acompanhou-se de maternidade mais tardia e do desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida, condicionando quer o aumento do número absoluto e relativo de gestações múltiplas, quer da magnitude individual da multigemelaridade (quádrupla, quádrupla ou superior), com problemas desconhecidos até então. Na viragem para o século XXI a profunda reflexão sobre o problema das gestações múltiplas de alto grau e a sua prevenção, permitiu controlar a morbilidade e a mortalidade inerentes e elaborar novos protocolos.

A chegada dos gémeos ao núcleo familiar acarreta alterações estruturais importantes da dinâmica e organização familiares que podem prejudicar um ou mais dos seus membros. Se os pais tiverem acesso a informação útil, terão maior capacidade de antecipar dificuldades, o que poderá facilitar o processo de adaptação à nova situação.

A gestação múltipla espontânea deve-se ou à fertilização e implantação de mais do que um óvulo libertado no mesmo ciclo ovulatório ou à duplicação do embrião resultante da fertilização de um único óvulo. Do primeiro processo, resultam gémeos dizigóticos (ou polizigóticos; os “gémeos diferentes”); do segundo, gémeos monozigóticos (“gémeos idênticos”). As gestações múltiplas induzidas (ou iatrogénicas) correspondem à implantação simultânea de mais do que um embrião, resultantes da fertilização de mais do que um óvulo, qualquer que seja o método de fertilização assistida utilizado. É possível que ocorra a separação espontânea de embriões após a sua implantação artificial, mas é uma ocorrência muito rara.



Os gémeos polizigóticos possuem por regra placentas independentes, pois cada embrião implanta-se separadamente no útero. São gémeos pluricoriónicos. Os gémeos monozigóticos podem partilhar uma única placenta (gémeos monocoriónicos) ou possuir placentas individuais (gémeos policoriónicos), o mesmo acontecendo com os sacos amnióticos, conforme o momento da separação dos dois embriões duplicados. Por isso, a multicorionicidade (particularmente a bicorionicidade) não é garantia de polizigotia.

Embora todas as gestações múltiplas sejam potencialmente de maior risco do que as gestações únicas, as gestações gemelares monozigóticas, particularmente as monocoriônicas, são as que envolvem maior risco. **A partilha da placenta** nas gestações monocoriônicas é um dos principais condicionantes de risco acrescido para os fetos.

O maior dos riscos é a **transfusão feto-fetal**: um dos gémeos recebe mais sangue da placenta do que o outro, devido a desequilíbrio nas comunicações entre os vasos da placenta. Esta complicação parece ocorrer em 5 a 25% das gestações bigemelares monocoriônicas (particularmente nas biamnióticas), em qualquer altura da gestação. O risco de morte na transfusão feto-fetal grave pode chegar a 80%.

A **morte fetal de um dos gémeos** é um fenómeno frequente. Gémeos monoamnióticos (1% das gestações gemelares) têm o maior risco de morte fetal (50-60%), devido principalmente ao risco dos cordões se entrelaçarem e sofrerem compressão. Fenómenos de transfusão feto-fetal graves incrementam o risco de morte fetal do gémeo dador mas potencialmente também, num segundo tempo, do receptor. A morte de um dos gémeos desencadeia processos biológicos que afectam o gémeo com o qual partilha a circulação placentar, podendo provocar lesões, particularmente nos órgãos de maior fluxo sanguíneo e circulação terminal, como o sistema nervoso central. Este risco é tanto maior quanto mais tarde ocorrer a morte fetal. Tanto nas gestações mono como nas policoriônicas, a morte de um dos gémeos aumenta a probabilidade de se desencadear prematuramente o trabalho de parto.

A **prematividade** é outro risco das gestações múltiplas, sendo hoje em dia de grande importância, devido ao aparecimento de maior número de gestações com riscos acrescidos. A idade média de termo espontâneo das gestações bigemelares naturais é às 35 a 37 semanas, sendo de 33 semanas nas gestações trigemelares. A evidência parece demonstrar que não são os fetos, mas sim a gestação que atinge mais cedo o seu termo, provavelmente por causas mecânicas.

A multigemelaridade iatrogénica de elevado grau acompanha-se de uma diminuição desproporcionada do tempo de gestação viável, ocorrendo o parto tanto mais cedo quanto maior o número de fetos. O aumento do número de fetos (e suas placentas) aumenta o risco de complicações gravídicas graves (diabetes, hipertensão, eclâmpsia, síndrome de HELLP, descolamento da placenta, etc.), levando à interrupção médica por causa materna, fetal ou combinada. A fecundação assistida é mais frequente em mulheres de idade mais avançada, as quais possuem por si só um maior risco de patologias gravídicas. As complicações descritas nas gestações monocoriônicas podem provocar precocemente o desencadear espontâneo do parto ou a sua interrupção médica, para salvar um ou todos os gémeos.

As gestações múltiplas apresentam também um risco acrescido de **anomalias congénitas**, cromossómicas e genéticas, ou secundárias a perturbações vasculares ou mecânicas. O aumento do risco de anomalias congénitas é particularmente evidente nas gestações múltiplas monozigóticas, sendo pouco significativo na multigemelaridade dizigótica. Algumas anomalias condicionam problemas clínicos graves, podendo por em risco a vida fetal; por outro lado, a necessidade da correcção precoce pós-natal da anomalia de um dos gémeos leva à interrupção da gestação, podendo o gémeo sem anomalia sofrer as consequências da prematuridade provocada.

A iminência do parto prematuro de uma gestação múltipla pode pressupor um problema para as unidades neonatais, pois exige frequentemente a disponibilidade de um número de vagas de ventilação igual ao de gémeos. Mesmo no caso de cesarianas programadas, nem sempre é possível garantir a prestação de cuidados na instituição na qual ocorre o nascimento, sendo necessária a transferência pós-natal para outra UCIN.

A “Declaração dos Direitos e Necessidades dos Gémeos e Múltiplos de Elevado Grau” (1995) refere explicitamente, o direito ao conhecimento exacto da corionicidade e **determinação da zigotia** dos gémeos do mesmo sexo. As suas vantagens são: (1) determinar os riscos fetais e pós-natais associados à monozigotia e à dizigotia, (2) conhecer riscos tardios de doenças genéticas, (3) informar quando se trata de gémeos “idênticos”, (4) saber se os gémeos serão potenciais dadores mútuos de órgãos compatíveis, (5) determinar o risco de recorrência de gestação múltipla e (6) poder obter dados para estudos de gémeos.

O método mais fácil e barato de determinar a zigotia é verificar o sexo: gémeos de sexos diferentes, não são monozigóticos; gémeos do mesmo sexo, podem ser, ou não, monozigóticos. No período pós-natal, a determinação dos grupos sanguíneos de ambos os recém-nascidos é um método fácil, rápido e barato: grupos diferentes dão certeza de heterozigotia, mas grupos iguais não dão qualquer certeza. O estudo genético, através da análise de séries estabelecidas de genes, permite a determinação com elevada certeza, nos casos mais difíceis.

Depois do parto, podem ocorrer **situações difíceis** para os pais: um dos gémeos pode ter uma anomalia congénita e o outro não; um dos gémeos pode apresentar situação clínica que necessite de internamento em UCIN enquanto que o outro se mantém junto da mãe; um dos gémeos ter alta e o outro permanecer internado mais algum tempo. Quando um dos gémeos morre e o outro sobrevive, os pais ficam divididos entre a alegria do nascimento de um filho e a perda de outro. Também para os profissionais de saúde esta situação é difícil. É importante não subestimar a dor parental e criar oportunidades para conversar sobre a criança que morreu, sempre que os pais assim o desejem.

No **desenvolvimento** pós-natal dos gémeos é importante acompanhar as potenciais consequências das doenças associadas à monocorionicidade, à prematuridade e às anomalias congénitas. A ecografia cerebral é recomendada em gémeos monocoriónicos, particularmente naqueles em que ocorreram incidentes, como transfusão feto-fetal grave ou morte fetal. Deve ser dada atenção especial a sinais de paralisia cerebral e outras perturbações do desenvolvimento psicomotor, cuja incidência se verifica ser maior.

A relação entre os gémeos, que começa com a partilha e a intimidade do útero materno, continua no companheirismo e cumplicidade de crianças que crescem juntas, no apoio e na cooperação. A longevidade desta relação, ao longo da vida, tem vantagens que apenas os gémeos conhecem e usufruem.

A família deve **preparar a chegada dos gémeos**, não só adquirindo roupa e outros equipamentos, mas também procurando obter apoio adicional para as tarefas domésticas. Pode fazê-lo recorrendo a ajuda de familiares que se disponibilizam para ajudar ou contratando serviços especializados, ou, mesmo, recorrendo a instituições de solidariedade social.