

### **15. SÍNDROME DE TRANSFUÇÃO GÊMELO-GEMELAR (STGG)**

Também conhecida como síndrome de transfusão feto-fetal ou transfusor-transfundido, trata-se de fenômeno de compartilhamento da circulação entre gêmeos monocoriônicos, os quais têm constituição genética idêntica, levando a alterações significativas no desenvolvimento dos gêmeos, com prognóstico reservado na maioria das vezes.

Na gemelaridade monocoriônica, observamos a presença de anastomoses vasculares artério-arterial, veno-venosa e/ou artério-venosa na placenta, que permitem a comunicação entre ambas as circulações fetais.

#### **Fisiopatogenia**

A fisiopatogenia exata das gestações monocoriônicas que desenvolvem a STGG ainda não é totalmente clara, porém as evidências sugerem que no feto doador, a placentação inadequada levaria a um aumento na resistência periférica da circulação placentária, com conseqüente desvio de sangue para o feto receptor (tabela 1).

Em aproximadamente 10% das gestações gemelares monocoriônicas ocorre a STGG grave, resultado das comunicações artério-venosas profundas da placenta do feto doador para o feto receptor, estabelecendo assim um fluxo unidirecional não compensado onde a artéria umbilical de um feto drena na circulação venosa do outro (é a chamada terceira circulação), com conseqüente abortamento ou óbito perinatal.

<b>FISIOPATOGENIA DA SÍNDROME DE TRANSFUSÃO GÊMELO-GEMELAR</b>	
<b>Feto doador</b>	hipovolemia por perda sangüínea hipóxia devido à insuficiência placentária crescimento intra-uterino restrito
<b>Feto receptor</b>	hipervolemia, poliúria, polidramnia falência cardíaca por alto débito hidropisia

Tabela 1 - Fisiopatogenia da STGG

## Sinais Precoces de STGG

No primeiro trimestre de gestação, o achado de translucência nucal alterada, entre 11 e 13 semanas, em um ou nos dois fetos está associado a aumento de risco de até 4 vezes para desenvolvimento de STGG.

Entre 15 e 17 semanas de gestação, o dobramento da membrana entre as bolsas amnióticas, decorrente do colapso do saco amniótico do feto doador, é um sinal precoce da disparidade no volume de líquido na STGG.

## Diagnóstico Ultra-sonográfico e Dopplerfluxométrico

Após o nascimento, o diagnóstico de STGG leve pode ser suspeitado, com base na diferença de peso (>20%) e da concentração de hemoglobina (>5g/dl) entre os gemelares. Ao ultra-som, a presença de discordância biométrica entre gemelares, presença de polidramnia, bexiga aumentada e sinais de insuficiência cardíaca no feto receptor; e ao revés, no feto doador, bexiga não visualizada, oligodramnia severa ou adramnia e sinais de CIUR, são características patognomônicas da STGG, e que pode alcançar taxa de mortalidade de até 90%.

Com o evoluir da gestação, a STGG grave cursa com lesões hipóxico-isquêmicas no feto doador, e no feto receptor lesões cerebrais e/ou viscerais por embolização.

O dopplerfluxograma da artéria umbilical nos revelaria uma diferença no índice de resistência das artérias umbilicais dos gemelares, o que poderia ser usado como achado precoce na STGG.

## Tratamento

A conduta diante da STGG é controversa, mas a princípio deve ser expectante pois podemos estar frente a um quadro de menor gravidade que evolui favoravelmente sem qualquer intervenção maior. O tratamento utilizado na STGG grave que cursa com ploidramnia já no segundo trimestre, parece melhorar muito a sobrevida dos fetos, alcançando em trabalhos recentes taxas de sobrevida de até 80% por prevenir o risco de abortamento e de parto prematuro; ao passo que a taxa de sobrevida frente a uma conduta expectante nestes casos é extremamente ruim, inferior a 10%. As opções atuais de tratamento são as amniocenteses seriadas, a septostomia, ou a coagulação a laser dos vasos placentários anastomosados (tabela 2).

Em casos de seqüência da perfusão arterial reversa (gêmeo acárdico), que corresponde a aproximadamente 1% das gestações gemelares monocoriônicas, o tratamento pré-natal deve ser feito por meio da oclusão do fluxo para o gêmeo acárdico, através da ligação endoscópica ou coagulação a laser do cordão umbilical pela fetoscopia.

O prognóstico destas gestações é de extrema gravidade quando o aparecimento de ploidramnia aguda e hidropisia fetal se dá ainda no segundo trimestre de gestação, e persistem apesar da amniodrenagem.

### POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO NA STGG

Amniocenteses Seriadas
Septostomia
Coagulação das Anastomoses pelo Laser
Ligação Endoscópica do Cordão do Gêmeo Acárdico

Tabela 2 - Possibilidades de tratamento na STGG