
EMBARAZO MÚLTIPLE: DIAGNÓSTICO Y MANEJO ULTRASONOGRÁFICO

Dr. Hernán Muñoz, Soledad Urzúa, Marco Valenzuela, Lorena Parra, Paola Neumann.

*Unidad de Medicina Fetal,
Departamento de Ginecología y Obstetricia,
Hospital Clínico Universidad de Chile.*

La incidencia de embarazo gemelar es de 1% de los nacimientos, sin embargo esta condición está asociada a un alto riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal debido a la prematuridad y a complicaciones específicas de los embarazos múltiples, como el síndrome de transfusión fetofetal, síndrome de perfusión arterial reversa gemelar y los pagos. En este artículo revisamos la importancia del ultrasonido en el diagnóstico, el manejo y el tratamiento de estas complicaciones con especial énfasis en la determinación de la corionicidad.

The twin gestation incidence is about 1% of births, however this condition is associated with high risk of perinatal morbidity and mortality due to prematurity and specific multiple pregnancy complications as twin - twin transfusion syndrome, twin reversed arterial perfusion sequence and conjoined twins. In this article we reviewed the ultrasound significance in diagnosis, management and treatment of this complications with special emphasis in chorionicity determination.

Palabras claves: embarazo gemelar, ultrasonografía, corionicidad, transfusión fetofetal, perfusión arterial reversa gemelar.

Key words: twin gestation, ultrasonography, chorionicity, twin-twin transfusion, twin reversed arterial perfusion.

El embarazo gemelar tiene una incidencia de

aproximadamente el 1% de todos los nacimientos y representa cerca del 15% de la mortalidad perinatal⁽¹⁾, debido a las complicaciones maternas y fetales relacionadas con el embarazo múltiple, entre ellas, el parto prematuro que ocurre en el 50% de éstos embarazos comparados con el 10% de los embarazos únicos, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo y la colestasis^(1,2). Dentro de las complicaciones fetales se pueden mencionar el retardo de crecimiento intrauterino que ocurre en el 25% de los embarazos múltiples⁽¹⁾ y otras patologías características del embarazo gemelar como el embarazo monoamniótico, el síndrome de transfusión feto-fetal y el síndrome de perfusión arterial reversa^(1,4). El resultado perinatal va a depender del número de fetos, de la corionicidad y de la edad gestacional en la que se diagnostican las complicaciones.

EMBRIOLOGÍA:

El embarazo gemelar resulta de la fertilización de dos o más oocitos (bicigotos) o por la división de un huevo fecundado en dos o más embriones (monocigoto).

En Chile la incidencia del parto gemelar doble (1986) se estima en 1 por cada 120 partos y en nuestro hospital es de 1 en 91; el parto gemelar triple oscila entre 1 por 6197 a 19990 partos, siendo 1 en 2200 en nuestro servicio⁽⁵⁾. La incidencia de embarazos gemelares bicigotos se asocia a diversos factores entre ellos: **raza**, siendo más frecuente en la raza negra; **edad**, a mayor edad materna con un máximo a los 37 años⁽⁶⁾; **número de hijos**, con mayor incidencia después del 3^{er} hijo; **antecedentes de embarazo gemelar**, 10 veces más frecuente; **herencia**: factor autosómico recesivo materno⁽⁷⁾; **factor nutricional**: más frecuente en mujeres bien nutridas y altas; **frecuencia del coito**,

con mayor incidencia a mayor frecuencia coital; **anticoncepción hormonal** siendo más frecuente al suspender anticonceptivos después de 6 o más meses de uso; **grupo sanguíneo**, más prevalente en mujeres blancas de los grupos A y O⁽⁷⁾; **uso de inductores de ovulación**: asociado al uso de clomifeno y gonadotrofina y **fertilización asistida**. De los embarazos múltiples, 1/3 corresponden a concepción natural y prácticamente todos los embarazos cuádruples o quintuples son producto de la concepción con reproducción asistida⁽⁸⁾.

La frecuencia de los embarazos monocigóticos se ha mantenido constante en el tiempo y no está asociada a los factores que afectan a los embarazos bicigóticos.

El tipo de embarazo gemelar está definido de acuerdo al número de placentas y amnios, los cuales dependen de la cigocidad y tiempo de división. Los gemelos bicigóticos, fraternos o falsos, son aquellos originados de óvulos fecundados diferentes, representando el 70% de los gemelos. Pueden ser de igual o distinto sexo, con diferencias propias de hermanos no gemelos.

Los gemelos monocigóticos idénticos o verdaderos,



Fig. 1: Embarazo gemelar doble bicorial biamniótico. Se observan dos sacos gestacionales separados con sus respectivas envolturas trofoblásticas.

son aquellos originados de la fecundación de un óvulo que se divide en dos, correspondiendo al 30% de los gemelos⁽⁷⁾. Son siempre del mismo sexo, tienen gran semejanza física y genética, aunque existen variaciones en huellas digitales y otras características. Dependiendo del momento en que ocurre la división, este embarazo puede ser monocorial o bicorial, y a su vez el monocorial puede ser mono o biamniótico. Si la división ocurre antes

del 3^{er} día post fecundación, se originan dos embriones con implantación independiente, con dos placentas separadas o unidas, dos corion y dos amnios, es decir bicorial biamniótico que corresponden a un tercio de los monocigóticos. En conjunto los embarazos gemelares bicoriales, representan el 80% de los embarazos gemelares. Cuando la división ocurre entre el 4^o y 7^o día se forma una placenta y dos amnios que forman un tabique de dos capas, configurando un embarazo monocorial biamniótico siendo éstos aproximadamente dos tercios de los embriones monocigóticos. Si la división se produce entre el 8^o y 13^o día tendrán una placenta y un amnios constituyendo un embarazo monocorial monoamniótico que representan menos del 1% de los monocigóticos. Cuando la división ocurre después del 13^o día, los gemelos permanecen unidos en forma simétrica denominándose diplopagos, los que según el sitio de unión se diferencian en craneópagos (unión a nivel de cráneo o cuello), toracópago (unión entre el cuello y el ombligo), y pigópagos (unión entre ombligo y región caudal). Pueden existir pagos asimétricos, cuando se produce un retraso en el desarrollo de uno de ellos^(11,12).

La patología del cordón, en especial la inserción velamentosa, es más frecuente en los embarazos múltiples, ocurriendo en promedio en el 7% de ellos.

IMPORTANCIA CLÍNICA DE LA CIGOCIDAD:

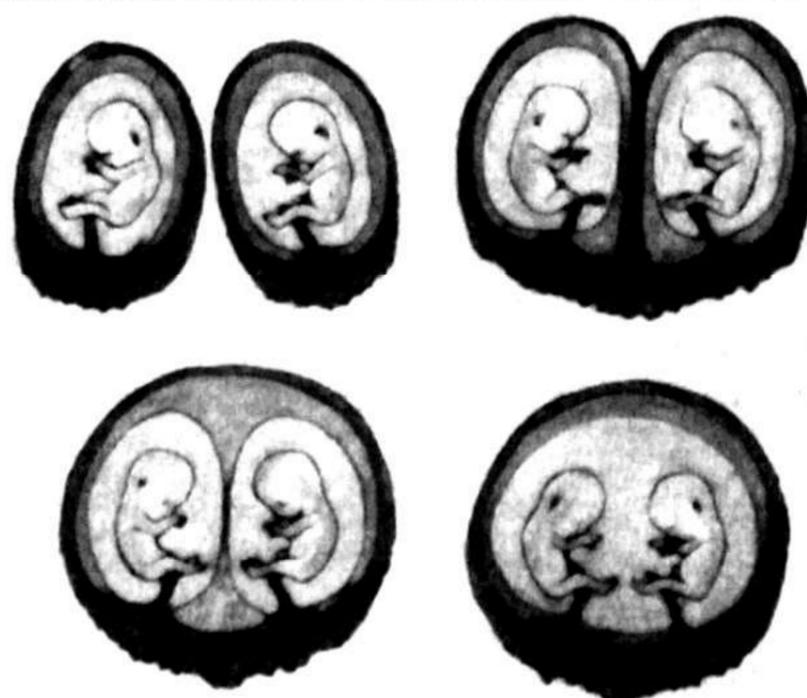


Fig. 2: Esquema de corionicidad en embarazo monocigótico: arriba izquierda: bicorial biamniótico con placentas separadas; arriba derecha: bicorial biamniótico con placentas fusionadas; abajo izquierda: monocorial biamniótico; abajo derecha: monocorial monoamniótico.

La mortalidad en el embarazo gemelar es cuatro a once veces más frecuente que en feto único, siendo en los gemelos monocigóticos 2,5 veces mayor que en los bicigóticos. La mayor cantidad de muertes neonatales, se relaciona con la prematuridad^(1,9).

La mortalidad perinatal se modifica significativamente de acuerdo a la cigocidad pero más específicamente con la corionicidad y amnionicidad. La mortalidad global es de un 9% en los embarazos bicorial biamnióticos⁽¹⁾, de 26% en los monocorial biamnióticos y de 50% en los monocorial monoamnióticos⁽⁹⁾. La muerte de ambos gemelos se aproxima al 15% produciéndose casi exclusivamente en los gemelos monocigóticos.

La prematuridad y el bajo peso al nacer son también una importante causa de morbimortalidad dependiendo esta del número de fetos, la edad gestacional al parto y el peso al nacer. El 50 a 70% de la mortalidad perinatal en gemelos ocurre en los partos producidos antes de las 30 semanas de gestación y el 85% de las muertes neonatales se producen en recién nacidos con peso de nacimiento menor a 1500 gramos⁽⁹⁾. En conjunto los embarazos gemelares presentan complicaciones neonatales en un 83% comparado con un 30% en los embarazos únicos.

DIAGNÓSTICO ULTRASONOGRÁFICO:

El examen ultrasonográfico realizado en forma rutinaria en el primer o segundo trimestre, detecta todos los embarazos gemelares y puede tener gran impacto en la disminución de la morbimortalidad perinatal. El ultrasonido es fundamental en el diagnóstico de corionicidad y amnionicidad en el primer y segundo trimestre, y en el diagnóstico de anomalías congénitas en el segundo trimestre. Permite además establecer estrategias de prevención de la prematuridad y diagnosticar el retardo de crecimiento.

Corionicidad: Durante el primer trimestre, el examen ultrasonográfico transvaginal permite diagnosticar la corionicidad desde las 6 a 7 semanas de gestación. En los embarazos bicoriónicos biamnióticos visualizamos dos sacos gestacionales separados por un grueso tabique. En los embarazos monocoriónicos

biamnióticos, observamos dos embriones separados por una delgada membrana. En los gemelares monocoriónicos monoamnióticos se observa un solo saco gestacional o saco vitelino sin membrana divisoria. En el segundo y tercer trimestre de embarazo, el diagnóstico de corionicidad es posible realizarlo mediante la determinación de sexo fetal, la identificación del número de placentas o por el número de capas que constituye la membrana divisoria⁽¹⁰⁾. La determinación del sexo es difícil de realizar durante el segundo trimestre y puede además presentar errores. La determinación del número de placentas no es del todo confiable, ya que dos placentas separadas pueden aparecer fusionadas por la proximidad en el sitio de implantación y por el crecimiento que la placenta tiene durante la gestación, de tal forma que un embarazo bicoriónico puede confundirse con un monocoriónico en dos tercios de los casos⁽⁹⁾. En cuanto al número de membranas divisorias, en los embarazos bicoriónicos la membrana está compuesta de dos capas de amnios y dos capas de corion. Los embarazos monocoriónicos presentan solo dos capas de amnios. Esto ha sido determinado utilizando el grosor, número, o la interposición del corion en el sitio de implantación. El grosor de las membranas es mayor en los gemelos bicoriónicos, sin embargo el éxito de esta técnica es cuestionable. Hertzberg en una evaluación de 55 embarazos con una membrana identificada como gruesa, encontró que todos los gemelos fueron efectivamente bicoriónicos, pero en los casos de membrana delgada sólo un tercio resultó ser monocoriónico⁽²³⁾. El número de capas en la membrana divisoria es otra de las técnicas ampliamente difundidas. La visualización de 3 o 4 capas identifica a los embarazos bicoriónicos, la presencia de una o dos es característico de los embarazos gemelares monocoriónicos. Ambas técnicas, grosor y número de capas requieren equipos de alta resolución, personal entrenado y eventualmente pueden prolongar el examen. La presencia de corion en la base de las membranas divisorias de los gemelos ha resultado uno de los signos más promisorios en la identificación de los embarazos bicoriónicos. Este signo fue descrito originalmente como signo lambda y más recientemente como el signo «Twin peak»⁽¹³⁾. La edad gestacional ideal para la observación de este signo es entre las 10 y 14 semanas. Al aumentar

la edad gestacional se ha comunicado su desaparición hasta en un 7% de los embarazos bicoriales con placentas fusionadas⁽¹⁴⁾.

Desde el punto de vista práctico la identificación de amnionicidad y corionicidad se debe realizar en el primer trimestre de la gestación. Cuando esto no es posible y examinamos a la paciente en la segunda mitad del embarazo la aproximación debe incluir determinación de los sexos, número de placentas y posteriormente los signos relacionados con el número de membranas y en especial el signo lambda o «twin peak».



Fig. 3: Signo lambda o «Twin Peak» de embarazo gemelar bicorial biamniótico. Se visualiza corion que se introduce entre ambas membranas amnióticas.

embarazos múltiples presentan una incidencia elevada de malformaciones congénitas, aproximadamente el doble que en la población general⁽¹⁵⁾. Las malformaciones del aparato cardiovascular y gastrointestinal son dos veces más frecuentes en los embarazos gemelares. Estas malformaciones son más frecuentes en gemelos monocigóticos, en quienes se ha visto una incidencia de 16.7% de anomalías menores y un 16.7% de anomalías mayores, cuyas causas serían compresión, defectos tempranos en la división del embrión o el compromiso vascular secundario a una placenta compartida⁽¹¹⁾.

Si uno de los gemelos presenta una malformación visible, a menudo el otro también presentará una alteración, aunque ésta no se pesquise, lo que hace

necesario un estudio y seguimiento cuidadoso de todos los sistemas para descartar anomalías, especialmente cardíacas, que son las más frecuentes y las menos diagnosticadas.

En cuanto a las aneuploidías, éstas son más frecuentes que en el embarazo único. En los embarazos bicigóticos son dos los óvulos fecundados, por lo tanto sólo éste hecho incrementa el riesgo independiente de la edad materna, existiendo mayor riesgo en las mujeres jóvenes con embarazo gemelar que en una de más edad con embarazo único.

Evaluación del crecimiento fetal: El crecimiento fetal es similar al de un embarazo único durante el primer y segundo trimestre, sin embargo, en el tercer trimestre ocurre un aplanamiento de la curva de crecimiento, de manera que hasta un 25% de los embarazos gemelares presentará retardo de crecimiento⁽¹⁾. En promedio un recién nacido de embarazo gemelar pesa 600 grs. menos que un recién nacido de embarazo único, pudiendo llegar ésta diferencia hasta 800 o 1000 grs. en gemelos con retardo de crecimiento⁽⁵⁾. La mayor frecuencia de ésta patología se debería principalmente a inserción placentaria baja, insuficiencia placentaria, alteraciones del flujo uterino por sobredistensión y síndrome hipertensivo del embarazo.

Por éstas razones, la evaluación del crecimiento y bienestar fetal constituye una parte fundamental del manejo antenatal del embarazo gemelar. Los esquemas de control más utilizados incluyen evaluación ultrasonográfica mensual del crecimiento y bienestar fetal, realizándose análisis biométrico, de corionicidad y amnionicidad. En casos con patología, la evaluación hemodinámica fetal con velocimetría doppler, permite predecir en 3.7 semanas la aparición de alteraciones biométricas, con una sensibilidad de 84%⁽¹⁶⁾. La velocimetría doppler es también de vital importancia en el diagnóstico y manejo de complicaciones específicas de los gemelares monocoriónicos como el síndrome de transfusión feto - fetal o el síndrome de perfusión arterial reversa.

SÍNDROMES ÚNICOS DE GEMELOS MONOCORIÓNICOS

Estos incluyen las anomalías de la duplicación y anastomosis placentarias anormales.

Pagos: Son el resultado de la división incompleta del disco embrionario después del 13° día post fecundación⁽¹¹⁾. Su frecuencia es de 1 en 50000 a 100000 embarazos, siendo el 70% de ellos mujeres. La mortalidad alcanza hasta un 70%. Los factores determinantes para la sobrevivencia son el grado de fusión cardíaca e hipoplasia pulmonar. El 90% de los toracópagos comparten el pericardio y un 75% comparte además el corazón⁽¹²⁾.



Fig. 4: Pagos: Se observa embarazo gemelar con embriones unidos.

La mayoría de los pagos fácilmente separables, son onfalópagos que poseen una separación incompleta de la piel del abdomen y posiblemente de una porción del hígado. Se ha visto en ellos hasta un 53% de sobrevivencia, sin embargo muchas veces coexisten malformaciones gastrointestinales o cardiovasculares⁽⁹⁾.

En nuestro servicio hemos examinado 4 pares de pagos, todos ellos toracópagos con fusión de los corazones y malformaciones cardíacas asociadas. Todos ellos fallecieron a las pocas horas de vida.

Síndrome de transfusión feto-fetal: Se presenta en el 5 a 20% de los embarazos gemelares monocoriales, constituyendo la causa de muerte fetal en el 40 a 70% de los casos^(9,11). Se produce por la presencia de

anastomosis vasculares placentarias las que se encuentran en el 100% de los embarazos monocoriales, sin embargo, por razones no del todo conocidas, sólo en algunos de ellos existe un desbalance circulatorio que trae como consecuencia el pasaje de sangre no compensado de un feto a otro, transformándose uno en donante y el otro en receptor. Esto produce como resultado, un feto grande hipervolémico, policitémico y con polihidroamnios y otro pequeño, hipovolémico y con oligohidroamnios. La severidad del compromiso fetal es variable pudiendo llegar a la insuficiencia cardíaca y muerte de ambos fetos en un 80% de los casos^(4,9,11). El grado extremo de compromiso fetal en éste síndrome, se denomina «Stuck twin» o feto encarcelado, donde el feto donante es marcadamente pequeño, rodeado por poco o nada de líquido amniótico y se encuentra encarcelado en el útero, suspendido en la pared anterior o lateral por membranas amnióticas. La mortalidad de ésta patología es cercana al 80% sin tratamiento, siendo ésta del 100% cuando su aparición se produce antes de las 26 semanas de gestación⁽⁴⁾.



Fig. 5: Stuck Twin. Se observa uno de los fetos adherido a la pared anterior del útero. El otro feto normal.

El tratamiento tradicional de éste síndrome consiste en la realización de amniocentesis evacuadoras, las que al disminuir el líquido amniótico en el saco con polihidroamnios, produciría una caída en la presión intraamniótica y por ende en la presión intrauterina. Esto mejoraría la perfusión útero-placentaria y podría mejorar el desbalance de presiones entre ambos fetos. Con éste tratamiento existe una sobrevivencia del 50%.

Sin embargo el tratamiento racional debería estar orientado a ocluir las anastomosis arteriovenosas, lo que se ha logrado con la introducción de nuevas técnicas como la endoscopia fetal, que ha permitido realizar ablación con láser de los vasos comunicantes. Los resultados de las series publicadas más importantes (De Ville) muestran que en 1/3 de los casos se produce la muerte de ambos fetos, en 1/3 de los casos muere sólo uno de ellos y existe 1/3 de sobrevivencia de ambos⁽²¹⁾. En nuestro servicio se ha realizado éste tipo de terapia en un caso de embarazo con feto encarcelado, a las 22 semanas de gestación, obteniéndose ambos recién nacidos vivos, sin embargo uno de ellos falleció en el período postnatal a consecuencia de las complicaciones derivadas de la prematuridad y el bajo peso⁽²²⁾.

Síndrome de embolización en gemelares: Es consecuencia del síndrome de transfusión feto-fetal, debido a la muerte in útero de uno de los fetos, produciéndose pasaje de trombotina al feto vivo provocando una coagulopatía, que produce daño, tanto a nivel cerebral (ventrículomegalia, atrofia cortical) como intestinal y renal (necrosis de la corteza)⁽⁹⁾. En nuestro departamento efectuamos el diagnóstico prenatal de hemorragia intraventricular en un caso de síndrome de transfusión feto fetal, complicado con oclusión vascular de los cordones por estar entrelazados luego de una amniocentesis evacuadora.

Síndrome de perfusión arterial reversa gemelar: La secuencia de perfusión arterial reversa (TRAP), es una rara complicación de la gestación presente en 1 de cada 35000 recién nacidos y en el 1 % de los embarazos gemelares monocigóticos⁽¹⁷⁾. Se caracteriza por la presencia de una placenta única y de una comunicación anatómica arterio-arterial entre los dos gemelares, que determina un fenómeno hemodinámico que culmina con uno de los fetos como transfusor y el otro como transfundido. Esto va a producir un aumento en la presión de la aorta y perfusión reversa con sangre pobremente oxigenada en el transfundido, que determina la claudicación del corazón y una hipoperfusión del hemicuerpo superior con falta de desarrollo del corazón, cabeza y escaso crecimiento

de éste segmento fetal, reconocido clínicamente como feto acardio-acéfalo⁽¹⁸⁾. El feto sano se ve enfrentado a una expansión de su espacio intravascular, que produce insuficiencia cardíaca y muerte de éste en el 50 a 75% de los casos.

Existen múltiples alternativas terapéuticas, todas ellas con polémicos resultados. Sin embargo el desarrollo de la embrio-fetoscopia ha permitido la realización de nuevas maniobras terapéuticas como la ligadura endoscópica de cordón, llevada a cabo con éxito por Quintero et al. en 1994^(18,19).

En nuestro departamento se ha realizado el diagnóstico de TRAP en tres casos. En uno de ellos se realizó ligadura endoscópica del cordón umbilical a las 26 semanas con obtención de un recién nacido vivo, en otro caso se produjo la muerte del feto sano a las 20 semanas, antes de la terapia fetal. En el tercer caso no se requirió tratamiento⁽²⁰⁾.

En suma el ultrasonido es parte fundamental en el diagnóstico, manejo y tratamiento del embarazo gemelar, permite optimizar los resultados perinatales. Su uso rutinario debe ser incluido en el manejo de los embarazos gemelares.

REFERENCIAS

1. Fleischer AC, Romero R, Manning F, et al, eds. *Principles and Practice of Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*, 5th ed. Norwalk, Conn: Appleton & Lange; 1996; 26:546-64.
2. Taffel S. *Twin births on the rise as new moms get older*. Washington, DC: Gannett News Service; 1994.
3. Cunningham FG, McDonald PC, Gant NF, et al. *Obstetrics*, 4th ed. Norwalk, Conn: Appleton-Century-Crofts; 1996; 39: 875-98.
4. Patten RM, Mack LA, Harvey D, et al. *Disparity of amniotic fluid volume and fetal size: Problem of the stuck twin-US studies*. *Radiology*. 1989; 172:153-57.
5. Vera E, Sánchez J, Fernández C, Pérez A: *Embarazo Gemelar: Evaluación de siete años*. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1983; 48 (2):76-87.
6. Bulmer MG: *The effect of parental age, parity and duration of marriage on the twinning rate*. *Ann Hum Genet* 1959; 23: 454.
7. Benson RC: *Multiple pregnancy*. En: Pernoll ML. (Benson RC. eds: *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment*. 6th de Norwalk, Ct: Appleton & Lange 1987; 321.
8. Shenker JG, Yarkoni S, Granat M: *Multiple pregnancies following induction of ovulation*. *Fertil Steril* 1981; 35(2): 105-23.

-
9. Wigglesworth JS, Singer DB, eds. *Textbook of Fetal and Perinatal Pathology*. Cambridge, MA: Blackwell Scientific Publications; 1991; 221-62.
 10. Sepulveda Waldo: Chorionicity determination in twin pregnancies: double trouble?. *J Ultrasound in Obstet Gynecol*. 1997; 10: 78-81.
 11. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, eds. *Diagnostic Ultrasound*. St Louis; Mosby-Year Book; 1991: 745-56.
 12. Barth RA, Filly RA, Goldberg JD, et al. Conjoined twins: Prenatal diagnosis and assessment of associated malformations. *Radiology*. 1990; 177: 201-07.
 13. Finberg HJ. The «twin peak» sign: Reliable evidence of dichorionic twinning. *J Ultrasound Med*. 1992, t 1; 571-77.
 14. Wood, SL, St. Onge R, Connors G, Elliot PD. Evaluation of twin peak or lambda sign in determining chorionicity in multiple pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1996; 88: 6-9.
 15. Little (Bryan E: Congenital anomalies in twins. *emin Perinatol* 1986; 10: 50.
 16. Yamada A, Kasugai M, Ohno Y, et al. Antenatal diagnosis of twin-twin transfusion syndrome by Doppler ultrasound. *Obstet Gynecol*, 199 1; 78: 1058-61.
 17. James WH. A note on the epidemiology of acardiac monsters. *Teratology* 1977; 16: 211-6.
 18. Quintero RA, Reich H Fetoscopic umbilical cord ligation of an acardiac twin at 19 weeks' gestation. *N Engl J Med*. 1994; 330: 469-71.
 19. Estes JM, Szabo Z, Harrison MR. Techniques for In Utero Endoscopic Surgery. *Surg Endoscopy* 1992; 6: 215-8
 20. Quintero R., Muñoz H., Gutiérrez J., et al. Cirugía endoscópica fetal en un caso de embarazo gemelar complicado con secuencia de perfusión arterial reversa (secuencia TRAP). *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 1995; 60 (2): 112-15.
 21. Ville Y, Hiatt J, Hecher K, Nicolaidis K. Preliminary experience with endoscopic laser surgery for severe twin-twin transfusion syndrome. *N Engl J Med*. 1995; 332: 224-27.
 22. Gutiérrez J., Muñoz H., Sánchez J., et al. Síndrome De Transfusión Feto-Fetal: Diagnóstico y Manejo Antenatal: Caso Clínico. Presentado como trabajo de ingreso a la Sociedad Chilena de ultrasonido en medicina y biología. 1997.
 23. Hertzberg BS, Kurtz AB, Choi HY, et al. Significance of membrane thickness in the sonographic evaluation of twin gestations. *Am J Radiol*. 1987; 148: 151-53.