



RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)

Palabras claves: Retardo del crecimiento intrauterino, causas, manejo.

El crecimiento fetal depende de factores genéticos, placentarios y maternos. El feto tiene un potencial de crecimiento intrínseco, que bajo circunstancias normales, termina en un recién nacido saludable de peso apropiado. La unidad materno-feto-placentaria actúa en armonía y provee al feto de lo que necesita para soportar los cambios fisiológicos de la madre. La limitación del potencial de crecimiento se denomina Retardo del Crecimiento IntraUterino (RCIU), que presenta una incidencia del 5% de la población obstétrica general y es la segunda causa de morbilidad y mortalidad perinatal. El resultado es un recién nacido (RN) de un peso menor de 2500 gramos con una mortalidad perinatal que 5 a 30 veces mayor que los RN que nacen en el percentilo 50. La mortalidad es 70 a 100 veces mayor si el peso del RN es menor a 1500 gramos.

Causas de RCIU

1- Insuficiencia placentaria

- Niveles elevados inexplicado de alfa-fetoproteína
- Idiopático
- Preeclampsia

2- Enfermedades maternas crónicas

- Enfermedad cardiovascular
- Diabetes
- Hipertensión

3- Placentación anormal

- Abruption placentae
- Placenta previa
- Infarto
- Placenta circular
- Placenta ácreta
- Hemangioma

- 4- Desórdenes genéticos
 - Historia familiar
 - Trisomía 13, 18 y 21
 - Triploidía
 - Síndrome de Turner (algunos casos)
- 5- Inmunológicas
 - Síndrome antifosfolípido
- 6- Infecciones
 - Citomegalovirus
 - Rubéola
 - Herpes
 - Toxoplasmosis
- 7- Metabólico
 - Fenilcetonuria
 - Pobre nutrición materna
- 8- Abuso de sustancias (Tabaco, alcohol, drogas)
- 9- Gestación múltiple
- 10- Bajo nivel socioeconómico

El gold estándar para el diagnóstico y evaluación del RCIU del feto es la biometría ultrasonográfica, a través de las mediciones del diámetro biparietal, circunferencia de la cabeza, circunferencia abdominal, y longitud del fémur. Los percentilos han sido establecidos para cada uno de estos parámetros y el peso fetal puede ser calculado. El indicador más sensible de RCIU simétrico y asimétrico es la circunferencia abdominal, con una sensibilidad por encima del 95% si la medición está por debajo del percentilo 2,5.

El manejo propuesto para un embarazo con RCIU

- 1- Determinar si es simétrico o asimétrico. En el caso de ser simétrico se debe considerar la realización de amniocentesis para análisis cromosómico o identificación de infección.
- 2- Consideraciones de pruebas prenatales
 - Valoración de crecimiento cada 3 semanas
 - Perfil de movimientos fetales diariamente
 - Pruebas sin estrés dos veces por semana
 - Estudio doppler de la arteria umbilical para relación sistólica-diastólica cuando el estudio de crecimiento es realizado
 - Prueba con oxitocina si la prueba sin estrés es anormal o el perfil biofísico es menor de 8.
- 3- Considerar derivación por embarazo de alto riesgo
- 4- Consideraciones para el parto
 - Esteroides prenatales para promover la maduración pulmonar fetal si la gestación es inferior de 34-35 semanas.
 - Nacimiento a \geq 32 semanas (o cuando el peso fetal estimado es mayor de 1500 g si la pruebas prenatales son anormales).

- Si los resultados de las pruebas prenatales son tranquilizadoras, continuar con la gestación hasta el término, si se comprueba crecimiento fetal. Si no presenta crecimiento fetal o presenta oligohidramnios, considerar amniocentesis para evaluar madurez pulmonar fetal y terminar la gestación si la madurez pulmonar es suficiente. Si el perfil pulmonar es inmaduro, continuar la supervisión y repetir la amniocentesis en una semana. Si los pulmones están inmaduros, a pesar de eso puede ser necesario terminar con la gestación. La amniocentesis no es necesaria si la gestación es de 38-39 semanas.
- Con resultados de pruebas prenatales anormales en una gestación < 32 semanas (o el peso estimado es menor de 1500 g), cada caso debe ser considerado individualmente.

AGO-2006

Bibliografía:

- 1- Tan TY, Yeo GS. Intrauterine growth restriction. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2005 Apr;17(2):135-42.
- 2- Harkness UF, Mari G. Diagnosis and management of intrauterine growth restriction. *Clin Perinatol.* 2004 Dec;31(4):743-64.
- 3- Galan HL, Ferrazzi E, Hobbins JC. Intrauterine growth restriction (IUGR): biometric and Doppler assessment. *Prenat Diagn.* 2002 Apr;22(4):331-7.
- 4- Marsal K. Intrauterine growth restriction. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2002 Apr;14(2):127-35.
- 5- Resnik R. Intrauterine growth restriction. *Obstet Gynecol.* 2002 Mar;99(3):490-6.