

Adaptación Consenso RCIU (RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO) ASOGISFE - FASGO 2019

ASOGISFE

Asociación de Obstetricia y Ginecología de Santa Fe

FASGO

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

Presentación

Dr. Lunghi, Juan José

Secretaría:

Dra. Walpen, Celina

Discutidores:

Dr. Arias, Carlos

Dr. Barroso, Rodrigo

Dra. Monasterolo, Patricia

Participantes:

Dra. Adrover, Jesica

Dra. Antoniazzi, Samanta

Dr. Bruno, Ricardo

Dr. Bustos, Mariano

Dra. Cabrera, María Eugenia

Dra. Carrasco, Julieta

Dra. Castagnola, María Cecilia

Dr. Cibils, Justo

Dra. Curá, Estela

Dr. De Greef, Hernán

Dra. Demiryi, Laura

Dr. Epelbaum, Julio

Dra. Espinoza, Marisa

Dra. Fabrica, María Cecilia

Dra. Gioffre, Cecilia

Dra. Gregorio, Glaria

Dra. Grosso, Jorgelina

Dra. Homilka María Carolina

Dr. Dr. Kerz, Guillermo

Dr. Kurganoff, Mario

Dra. Lanaro Siandra, Diana

Dra. López, María Alejandra

Dra. Martins, Lucila

Dr. Mascotti, Cleber

Dra. Masino, María Agustina

Dra. Morcillo, María Virginia

Dra. Otamendi, Lourdes

Dra. Pedraza, Virginia

Dra. Rivero, María Ludmila

Dra. Sanchez, Agustina

Dra. Schneider, Valeria

Dr. Dr. Seiref, Samuel

Dra. Talamé, Magdalena

Dr. Talin, Alejandro

Dr. Tuchin, Hugo

Dra. Tuchin, Natalia

Dra. Valenti Arribillaga, Mara

Dra. Vanzetti, Ayelén

Dra. Vargas, Eliana

Dra. Wagner, Camila

Introducción

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal. También llamado crecimiento intrauterino restringido (CIR).

Los fetos con bajo peso tienen 3 tipos de patrones que responden a diferentes etiologías:

a. Fetos constitucionalmente pequeños: son el 60% y son los denominados PEG. No tienen ninguna patología. Estos fetos dibujan una curva de crecimiento normal pero en percentiles bajos.

b. Fetos pequeños por una insuficiencia placentaria: un 25% de los fetos con bajo peso. Son los verdaderos fetos con un crecimiento intrauterino restringido, el 50% de ellos se asocian con preeclampsia ya que comparten la fisiopatología placentaria.

c. Fetos pequeños por una condición extrínseca a la placenta: un 15% de los fetos con bajo peso. Este grupo incluye las infecciones fetales, síndromes genéticos, cromosomopatías, malformaciones congénitas y secuelas de exposiciones tóxicas.

Se diferencian dos grupos de fetos con bajo peso, los denominados Pequeños para la edad gestacional (PEG), son fetos cuyo peso es menor al percentil 10 pero con un crecimiento normal y sin patología. Por su parte, los denominados RCIU, son fetos con alguna etiología patológica que los hace crecer de manera insuficiente.

Diferenciar estos grupos es muy importante ya que los primeros tienen un pronóstico muy bueno, mientras que los segundos requieren un manejo clínico diferente.

¿Cómo identificar un verdadero RCIU?

- Peso Fetal Estimado (PFE) < P 3 o
- PFE entre P3 y P10 con
 - o Doppler Umb alterado (>P95) o
 - o Doppler ACM alterado (<P5) o
 - o ICP (Índice Cerebro Placentario) alterado (<P5) o
 - o Doppler Uterinas IP aumentado (>P95) .

Relevancia

Su detección reduce 5 veces la mortalidad y morbilidad perinatal.

Clasificación

De acuerdo al tiempo de aparición del cuadro, se divide la RCIU en precoz y tardío, usando como límite las 34 semanas. Esta clasificación actual va a permitir un seguimiento y toma de decisiones.

| CIR PRECOZ < 34 SEMANAS | CIR TARDÍO > 34 SEMANAS |
|--|--|
| Incidencia baja (<0,5%) | Incidencia elevada (>5%) |
| Grado insuficiencia placentaria alto | Grado insuficiencia placentaria bajo |
| Hipoxia franca: genera adaptación cardiovascular | Hipoxia sutil: no hay adaptación cardiovascular |
| Tolerancia fetal a la hipoxia alta, con deterioro progresivo antes de la muerte | Tolerancia fetal a la hipoxia baja, ausencia de secuencia clara habitualmente |
| Resultados perinatales malos o muy malos. Alta mortalidad y morbilidad neurológica franca | Resultados perinatales malos en menor proporción. Menor mortalidad y morbilidad neurológica más sutil |
| Detección fácil: signos y secuencia Doppler relativamente constantes | Detección difícil (<50%) signos más sutiles y secuencia inconstante |
| Manejo fácil: secuencia constante de deterioro cardiovascular que permite predecir la muerte | Manejo difícil: sin signos de deterioro cardiovascular, debe utilizarse el doppler para cambios cerebrales |

Diagnóstico

1- Datar la gestación: estrechar relación entre FUM y 1º ecografía. El cálculo de la edad gestacional con aplicaciones electrónicas se asocia a un menor margen de error que usando los gestogramas clásicos.

2- Cálculo de peso fetal con fórmula Hadlock (PA, DBP, LF, PC).

3- Cálculo del percentil de crecimiento: después de estimar el peso fetal y conociendo la edad gestacional se calcula el percentil de crecimiento.

Al comparar los valores obtenidos del peso fetal por ultrasonido con las curvas de Hadlock, se asignan los percentiles correspondientes a cada medición.

Para el diagnóstico se utiliza como punto de corte un PFE por debajo del P10, aunque resulta prudente un seguimiento en aquellos fetos cuyo PFE no llega a ser menor al P10 pero si su PA.

Protocolo de estudio

- Control ambulatorio de TA
- Estudio TORCH (sífilis y CMV). Rubéola si no presenta vacunación
- Evaluar anatomía fetal
- Doppler maternofoetal
- Estudio genético en caso de RCIU severo y precoz antes de semana 24 o si asocia defecto estructural.

Tratamiento

Ninguno actualmente. El objetivo es determinar el momento oportuno de nacimiento. En menores de 30 semanas por cada día ganado en útero aumenta el 1% la supervivencia.

Conducta

Como primer paso se debe diferenciar RCIU de PEG.

- PEG: Pequeño sin patología:
 - o PFE entre P3 y P10
 - o Doppler normal.
- RCIU: pequeño con patología placentaria
 - o <P3 o
 - o Entre P3-P10 con Doppler anormal (Ut o ACM o Umb o ICP)

PEG

- Biometría y Doppler cada 2 semanas
- Finalización al término (38-40 semanas)
- Vía: Según condición obstétrica

RCIU

Su conducta va a depender según el estadio, dependiendo del deterioro Doppler: según clasificación de Figueras (Estadios I-IV)

RCIU Estadio I

- Doppler Fetal Normal o
- Umbilical con IP aumentado o
- ICP < P5 o ACM vasodilatada

Si presenta:

Doppler fetal normal/Umbilical con IP aumentado/ICP <P5

- Doppler semanal
- Finalización: 37 semanas
- Tipo de parto: según condición obstétrica

ACM vasodilatada

- Doppler cada 3-4 días
- Considerar finalización: 34 - 37 semanas
- Tipo de parto: Cesárea (50% Sufrimiento Fetal Agudo)

RCIU Estadio II

AU fin de diástole ausente o IAo reverso

- Ingreso hospitalario
- Maduración Pulmonar
- Doppler cada 72 hs
- Finalización 34 semanas
- Vía: Cesárea

RCIU Estadio III

Flujo Diastólico Reverso en AU Ductus venoso IP > P95

- Ingreso hospitalario
- Maduración Pulmonar
- Neuroprotección con Sulfato de Mg
- Doppler cada 24-48 hs
- Finalización a las 30 semanas
- Vía: Cesárea

RCIU Estadio IV

Ductus venoso onda a reversa

- Finalización 26-28 semanas.
- En menores de 26-27 semanas, evaluar fecha de finalización, maduración pulmonar y neuroprotección según cada caso en particular junto a paciente y familia.

Cuando la embarazada además tiene preeclampsia, debe seguirse como un estadio más avanzado dada las posibilidades de deterioro más rápido.

Conclusiones

- Identificar al feto con RCIU es clave: reduce 5 veces la mortalidad.
- Nueva clasificación: Precoz y tardío.
- Existen protocolos de manejo para reducir la responsabilidad médica y mejorar el manejo.
- Doppler alterado no es sinónimo de nacimiento inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

- Figueras F, Gratacos E. Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol. *Fetal Diagn Ther* 2014;36:86-98.
- Gratacós E., Figueras F., Hernandez E., Puerto B. Doppler en medicina fetal. Editorial médica panamericana. 2010.
- Cabero L., Sladívar D., Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal. Editorial médica panamericana. 2007.
- Gratacós E., Gómez R., Nicolaidis K., Romero R., Cabero L. Medicina Fetal. Editorial médica panamericana. 2009.
- The GRIT study group. Infant wellbeing at 2 years of age in the Growth Restriction Intervention Trial (GRIT): multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 513-20.
- Figueras F., Gratacós E., Puerto B. Cursos CLÍNICA de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. Curso intensivo en medicina materno-fetal. Barcelona, 2012 Ergon.
- Marcondes L., Nardoza M., Araujo E., Barbosa M., Rabachini Caetano A., Lee J., Fernandes Moron A. Fetal growth restriction: current knowledge to the general Obs/Gyn. *Arch Gynecol Obstet* (2012) 286:1-13.
- Alberry M., Soothill P., Management of fetal growth restriction. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007; 92:F62-F67.
- Bricker L., Mahsud-Dornan S., Dornan J. Detection of fetal growth restriction using third trimester ultrasound. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 23 (2009) 833-844.
- Royal college of obstetricians and gynaecologist. The investigation and management of the small for gestational age fetus. Guideline 31 November 2002

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones