

### Restricción del crecimiento fetal\*

Unidad de Medicina Perinatal. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

\*En respuesta a: Herrera Peral J. Crecimiento intrauterino retardado. Prog Obstet Ginecol. 2005;48:297-8.

**Correspondencia:**

Dr. S. Manzanares Galán.  
Unidad de Medicina Perinatal. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.  
Avda. Fuerzas Armadas, 2. 18014 Granada. España.  
Correo electrónico: smanzanares@segovia.es

---

En respuesta a la propuesta de discusión por parte del Dr. Herrera, publicada en la sección Foro de Opinión de esta revista, sobre la sustitución de los términos crecimiento intrauterino retardado (CIR) por biometría no acorde (BNA) cuando la biometría fetal no supere el límite inferior del percentil 10 para la edad gestacional, y bajo peso para la edad gestacional (BPEG) cuando se sitúe por debajo de este límite, quiero expresar lo siguiente:

El control ecográfico del embarazo es actualmente una de las tareas más habituales del ginecólogo, sea cual fuere la rama de la especialidad donde esté centrada su actividad habitual, y es efectivamente frecuente cierta ambigüedad y falta de precisión a la hora de definir un feto como CIR.

Sin embargo, el empleo de los términos BNA y BPEG suponen, bajo mi punto de vista, una simplificación excesiva que, efectivamente atenúa la alarma y la angustia materna y familiar, pero que no diferencian fetos sanos de enfermos, ni aportan connotaciones etiológicas ni pronósticas.

Cuando se estudia un feto con una sospecha de alteración del crecimiento, debemos deslindar en primer lugar los embarazos no datados adecuadamente. Esta circunstancia continúa siendo frecuente a pesar de la práctica generalización de la ecografía precoz, y nos obliga a trasladar las tablas de refe-

### *Restricted fetal growth*

rencia a la data ecográfica establecida en el primer trimestre. Se trata, por tanto, de fetos sanos que tienen una edad gestacional inferior.

En segundo lugar, hay otro grupo importante de fetos (70%) que crecen en la parte baja de las curvas de crecimiento, pero que lo hacen de forma simétrica y con ganancia ponderal adecuada de forma persistente, y tienen parámetros biofísicos y hemodinámicos normales. A menudo, los padres y/o familiares tienen un tamaño corporal claramente inferior a la media. En estos casos, nuestro diagnóstico más probable será el de un feto constitucionalmente más pequeño, pero sano.

Por último llegamos al grupo de fetos enfermos de alguna manera. Independientemente del término semántico que se utilice, nos referimos a fetos que no alcanzan su potencial de crecimiento genéticamente determinado, y en absoluto sólo a un subgrupo de neonatos con un peso estimado inferior a un límite arbitrariamente definido. Son éstos los casos que deben catalogarse como CIR.

Un 25% de ellos, especialmente los de establecimiento más precoz y a veces simétricos, lo son por una enfermedad fetal, entre las que deberemos considerar las anomalías cromosómicas, anomalías estructurales e infecciones fetales, por lo que debe realizarse una ecografía morfológica detallada que

incluya marcadores de cromosomopatías, y evaluar la conveniencia de realizar pruebas invasivas para la determinación del cariotipo fetal o realizar estudios de infección.

Sin embargo, la mayoría de los fetos CIR (el 75%) lo son por una causa placentaria. Por tanto, son fetos intrínsecamente sanos pero que enferman por recibir una cantidad de nutrientes inferior a sus necesidades y están en riesgo de hipoxia. Salvo en casos graves y de establecimiento precoz, normalmente se trata de fetos cuya circunferencia abdominal y longitud femoral comienza a presentar un decalaje con respecto a los parámetroscefálicos, que son los que marcan en este caso el potencial de crecimiento y que muy rara vez se afectan en procesos del tercer trimestre. En este sentido, el diámetro transverso del cerebro es muy útil por ser el último parámetro en afectarse en un caso de CIR. El líquido amniótico está habitualmente disminuido, la placenta es con frecuencia gruesa y con lagos sonoluscentes de halo hiperrefringente.

A veces hay alteraciones en la onda Doppler de las arterias uterinas y/o umbilical, lo cual refuerza la hipótesis diagnóstica de insuficiencia placentaria, pero no debe olvidarse que éste es un dato inconstante, y que el diagnóstico debe realizarse exclusivamente con la biometría (en una o en varias exploraciones separadas al menos 2 semanas). El Doppler fetal es el que, bajo nuestro punto de vista, de forma más acertada ayuda a elegir en el feto pretérmino el momento de intervenir para la extracción fetal, y no criterios biométricos, mediante un

equilibrio entre los riesgos de la prematuridad y los de mantener un feto intraútero sometido a una situación de hipoxia.

Es preciso señalar también que toda esta secuencia de oligoamnios, retraso de crecimiento y alteración Doppler se desarrolla de forma progresiva, y que la utilización del percentil 10 como límite para considerar el diagnóstico de CIR está basada en datos de morbilidad, pero que un feto comienza a desarrollar lo que denominamos «disminución de la velocidad de crecimiento» antes de sobrepasar este umbral, por lo que debe vigilarse. Igualmente, un feto con un potencial de crecimiento elevado de forma constitucional (p. ej., percentil 80) y que está creciendo de forma asimétrica sobre un percentil 25, también está afectado de una restricción de crecimiento.

La falta de concreción en un informe ecográfico de feto pequeño es criticable en cuanto a que sólo sería aceptable con la sola excepción de constituir un motivo de derivación a otro especialista para que realice un diagnóstico, aunque gracias a esta detección en ocasiones se establece un diagnóstico más precoz que permitirá una estrategia de vigilancia adecuada.

Los conocimientos actuales<sup>1-3</sup> nos permiten establecer no sólo un diagnóstico adecuado de si el feto está enfermo o no, sino formar hipótesis etiológicas, realizar recomendaciones en cuanto a seguimiento anteparto e intraparto y aportar datos pronósticos sobre la morbilidad perinatal y las repercusiones a largo plazo de los que debe informarse a los padres.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio ecográfico del crecimiento fetal y su patología. En: Escuela Española de Ultrasonidos en Obstetricia y Ginecología, editor. Ecografía práctica en obstetricia y ginecología. Madrid: SESEGO; 2004. p. 157-65.
2. Integración de la exploración eco-Doppler en el diagnóstico y el seguimiento del crecimiento intrauterino restringido. En: Escuela Española de Ultrasonidos en Obstetricia y Ginecología, editor. Ecografía práctica en obstetricia y ginecología. Madrid: SESEGO; 2004. p. 181-5.
3. Resnik R. Intrauterine growth restriction. *Obstet Gynecol*. 2002;99:490-6.