

José Herrera Peral

(Contestación a la carta del Dr. Sebastián Manzanares Galán)

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

Restricción del crecimiento fetal

685

Restricted fetal growth

La respuesta o comentarios del Dr. Manzanares a mi carta publicada en foro de opinión del n.º 6 de la revista PROGRESOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA de junio de 2005, me satisface por dos motivos. Primero, porque valoro su interés y esfuerzo para dedicar su tiempo a participar amigablemente en discusiones sobre enfoques relacionados con nuestro trabajo cotidiano, y segundo, porque constato que la revista de nuestra Sociedad sirve realmente de vehículo de comunicación entre los ginecólogos.

Centrándome ya en el tema, aconsejo a los lectores de esta carta la lectura del texto antes mencionado para que sea más comprensible este coloquio. Quiero expresar que estoy de acuerdo, como no podría ser de otro modo dado el consenso existente al respecto, con la mayoría de las apreciaciones de mi colega, sólo que mi intervención no iba destinada a las formas de control de un feto en el que se sospeche una restricción del crecimiento intrauterino (RCI) sino a aspectos casi semánticos relacionados con este tema.

Considero obvio que el seguimiento de un feto con crecimiento anómalo no sólo debe estar basado en la biometría, ya que cualquier especialista de medicina materno-fetal sabe que debe tener en cuenta otros factores, como el contexto social, familiar e individual de esa gestante, así como su etnia o geografía donde se desarrolla ese embarazo. Respecto a la propia RCI, el momento de su aparición, la simetría o asimetría, el índice de líquido amniótico (ILA), la fluxometría y las enfermedades fetomaternas que acompañen o hayan producido este proceso son de extraordinaria importancia para intentar establecer un diagnóstico y pronóstico en esta enfermedad de enorme repercusión perinatal.

Como es de esperar, se supone que al hablar de RCI ya hemos descartado errores de fecha y otros elementos de confusión similares.

Por un consenso casi generalizado, se ha aceptado que el percentil 10 biométrico sirve para seleccionar unos fetos que requieren una vigilancia y actitud especial durante la gestación. Nos referimos a los fetos que presentan una restricción del crecimiento fetal. Algunos autores consideran que el número de falsos positivos disminuye de forma notoria cuando se emplea el percentil 3 o las 2 desviaciones estándares.

Como ya lo expuse en mi anterior carta, estoy de acuerdo con la apreciación del Dr. Manzanares cuando afirma que un feto, aun no estando por debajo del percentil 10 pero que presenta un decalaje en el patrón de crecimiento (p. ej., p70 a p20), puede estar iniciando una RCI y, por tanto, tendrá un seguimiento individualizado muy similar en algunos casos al feto de un p10 o inferior.

Creo que el eje central de nuestras diferencias está en: *a)* concepto de feto sano o enfermo cuando éstos están por debajo del percentil 10; *b)* concepto de «potencial de crecimiento genéticamente determinado», palabras empleadas por el Dr. Manzanares y que se leen con frecuencia en los textos, y *c)* importancia de la fluxometría Doppler y otros parámetros fetales en el diagnóstico, pronóstico y actitud relacionada con la RCI.

Dejando de lado las consideraciones semánticas y el impacto sobre la gestante, su familia y el propio médico, que ya expuse en mi carta, paso directamente a referirme a consideraciones, digamos, fisiológicas vinculadas con la RCI vertidas por el Dr. Manzanares.

Parece deducirse de su carta, y también de trabajos de otros autores, que sólo deben llamarse RCI los fetos «enfermos». A su vez, considera que son enfermos aquellos que «no alcanzan su potencial de crecimiento genéticamente determinado» y que la prueba más determinante para evaluar esta enfermedad es la fluxometría Doppler.

Bien, cuando se refiere a potencial de crecimiento genéticamente determinado, se refiere a ¿un potencial de la especie humana, de una raza o etnia concreta, en un sitio geográfico o altitud determinada o a un feto en concreto? Sea cual sea su respuesta, ¿cómo se mide o estima actualmente dicho potencial? Creo que hoy en día, con los medios de que disponemos, es una entelequia imprecisa, no mensurable e imposible de cuantificar este potencial intrínseco de crecimiento.

Por esta razón, entre otras, hoy usamos parámetros biológicos mensurables, como los que se expresan en la biometría fetal, que es uno de los pilares de la exploración ultrasonográfica del feto relacionada con el tema del crecimiento.

¿Crecimiento es igual a peso, tamaño o perfil biométrico? ¿O es un proceso mucho más complejo y dinámico? Pienso que en las próximas décadas, con el avance de la genética, entre otras disciplinas, podremos precisar con más exactitud la patología intrínseca del crecimiento fetal humano. Hoy aún no es posible.

Un feto por debajo del p10, ¿siempre es un enfermo? Probablemente no, pero requiere, como todos estamos de acuerdo, una vigilancia diferenciada, intensiva que nos establezca parámetros para evaluar pronósticos y decidir cuándo finalizar la gestación.

¿Es la fluxometría Doppler el mejor modo? Sin duda, esta técnica es de las mejores herramientas de las que disponemos para la evaluación de las RCI de causa uteroplacentaria pero, como bien dice el Dr. Manzanares, a veces es inconstante y no sigue en ocasiones los pasos fisiopatológicos progresivos que nos gustaría.

A pesar de ello, es de los mejores métodos de vigilancia de los que disponemos para algunos de estos fetos, junto a otros complementarios, como el perfil biofísico (movimientos fetales, ILA, NST, etc.).

¿Se debe considerar RCI sólo cuando la fluxometría está alterada? Francamente creo que no, que esto es un error conceptual, aunque esté muy extendido en la bibliografía actual. Todos sabemos que hay diferentes etiologías y tipos de RCI que a menudo no se manifiestan con cambios fluxométricos importantes, que en estos casos es un método de sensibilidad y especificidad bajas.

Recientemente, atendí un caso de un feto con RCI (BPEG). En la apreciación biométrica estaba en

el percentil 3, en la semana 36, con Doppler arterial y venoso normal, líquido amniótico (LA) normal y NST normal hasta minutos antes de la cesárea electiva que se practicó. Había sido madurado antes de la semana 34 y tenía cariotipo normal. La madre no era portadora de ninguna enfermedad y presentaba estudios analíticos relacionados con la RCI normales.

¿Este feto estaba sano por tener la fluxometría normal? ¿No era CIR con p3? ¿Se podría valorar en alguna tabla el «potencial genético de crecimiento intrínseco»?

Bien, este niño, desde el mismo momento del nacimiento, tuvo todas las morbilidades neonatales relacionadas con la RCI, es decir, estaba enfermo. En este caso, sólo muchos meses después, se concluyó que podría ser incluido dentro del síndrome de Di George.

Sé que este ejemplo no es corriente, pero tampoco es muy raro el hecho de que nos encontremos con Doppler normales y, posteriormente, no haya más diagnóstico posnatal que una RCI. Si hago hincapié en lo erróneo de considerar a un feto con perfil biométrico anormal (menor del p10 o p5) como sano o normal, sólo por tener la fluxometría dentro de los parámetros correctos.

No debemos olvidar que, según los tratados más clásicos de nuestra especialidad, la etiología de la RCI es desconocida en casi el 60% de los casos.

Aplicando todos los conocimientos actuales, sólo podemos aventurar (como dice el Dr. Manzanares) hipótesis etiológicas y, por tanto, pronósticas en aproximadamente el 40% de los casos en estudio.

Pienso que el Doppler nos aproxima a la respuesta del feto a la hipoxia, pero no nos representa la morbilidad que puede haber sufrido como consecuencias de las causas que produjeron la RCI.

Asimismo, el empleo de otras valoraciones ecográficas, como el cerebelo o el hígado, son interesantes, sobre todo en el terreno de la investigación, pero hoy en día no deben proponerse como elementos para la toma de decisiones, ya que carecen de la sensibilidad y especificidad necesaria y no están basados en medicina basada en las pruebas.

Como decía antes, el desarrollo de la genética del crecimiento y de las enfermedades nos aportarán, en un futuro no lejano, nuevos horizontes en el abordaje de esta problemática perinatal.

Hoy, creo que debemos realizar una correcta biometría, llevarla a expresión percentilica, apoyarnos en

el conocimiento de las enfermedades relacionadas con la RCI y emplear todos los métodos de que disponemos para tratar de perfilar el tipo de restricción y su vigilancia, y para establecer, con limitaciones, un diagnóstico y pronóstico de ese feto en concreto. Para ello, debemos considerar el momento de aparición, la cantidad de LA, el perfil biofísico, la simetría o asimetría de la biometría, la NST y, por supuesto, también, y de forma destacada, el estudio fluxométrico.

Por todo ello, y aunque parezca una simpleza, las formas de expresar lo que hacemos en el estudio de la RCI propuestas para la discusión en mi carta anterior, creo que responden más a la realidad de la

práctica cotidiana y están en consonancia con los conocimientos actuales vinculados a este tema. También, como lo expresaba en aquella carta, el impacto de las expresiones semánticas en los receptores de la información de nuestros estudios es algo que no tenemos que desdeñar a la hora de la comunicación con nuestras pacientes y con nuestros propios compañeros.

Para finalizar, creo que en medicina debemos tener presente la frase de Jean Pervin que dice: «La ciencia está hecha de dos partes; la primera, saber que se sabe lo que se sabe y, segunda, saber que no se sabe lo que no se sabe».