

J. Herrera Peral

Jefe de Sección de Obstetricia. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Correspondencia:

Dr. J. Herrera Peral.
Federico Fellini, 43. 29016 Málaga. España.
Correo electrónico: jherrer@sego.es

Fecha de recepción: 22/2/05

Aceptado para su publicación: 28/2/05.

Crecimiento intrauterino retardado

297

Intrauterine growth retardation

Desde hace algún tiempo, vengo observando, tanto en publicaciones como en historias clínicas o informes ecográficos de distintos centros, una cierta ambigüedad y falta de precisión a la hora de definir un feto como afectado de crecimiento intrauterino retardado (CIR). Con frecuencia, alteraciones biométricas del crecimiento que no llegan a ser iguales o inferiores al percentil 10 son denominadas como CIR, tanto en informes escritos manejados por profesionales de la medicina como en el lenguaje coloquial entre médicos, e incluso en la información transmitida a la gestante y a sus familiares.

La calificación de un feto como CIR desencadena un gran sentimiento de angustia, preocupación y ansiedad en la embarazada y en su familia, quienes secundariamente demandan del médico una información sobre los posibles determinantes etiológicos así como actitudes terapéuticas a tomar en relación con este diagnóstico. Los términos crecimiento retardado, retrasado o restringido, hacen saltar las alarmas maternas respecto a la posible pérdida del bienestar fetal e, incluso a veces, éstos se asocian a posibles minusvalías neurológicas o intelectuales posnatales.

Dada la importancia del lenguaje y los conceptos que las palabras transmiten, creo oportuno expresar algunas reflexiones sobre este tema.

El CIR es una de las alteraciones del estado fetal que se asocia con más frecuencia a un drástico aumento de la morbilidad perinatal, así como a posibles repercusiones neonatales, en la infancia y edad adulta (hipertensión arterial [HTA], coronariopatías, etc.)^{1,2}.

El término CIR, en realidad, hace referencia a un subgrupo de neonatos cuyo peso al nacimiento se sitúa por debajo de un límite inferior arbitrariamente definido, que se basa en curvas de distribución de peso realizadas en función de la edad gestacional y sexo, y obtenidas de una población análoga a la de este neonato¹. Como diagnóstico prenatal, el CIR refleja la extrapolación de las curvas neonatales al feto, sustituyéndolo por la estimación del peso fetal o bien por una determinación biométrica seleccionada (circunferencia abdominal, diámetro biparietal, longitud de fémur o todas ellas integradas).

Diferentes autores han demostrado una relación inversa entre el percentil de peso fetal y la incidencia de morbilidad perinatal. Se define como CIR a aquel feto en el que se estime una biometría igual o inferior al percentil 10 (incidencia de aproximadamente el 7% de la población). En algunos centros, se sugiere que, cuando el CIR alcanza el percentil 5, hay muchas posibilidades de riesgo fetal inminente, por lo que habrán de tomarse en ocasiones decisiones obstétricas urgentes.

El cuadro clínico de CIR se ha denominado de diferentes maneras, probablemente todas inapropiadas, y que transmiten connotaciones inquietantes para la gestante y el propio entorno médico.

Se ha llamado crecimiento intrauterino retardado, retraso de crecimiento intrauterino y crecimiento intrauterino restringido. Al analizar dichos vocablos, vemos que restringido no existe como tal en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Sí consta restringir, que proviene del latín *restringere* que significa ceñir, circunscribir o reducir a

298 menores límites. Retraso expresa acción de retrasar, es decir, poner o situar más atrás. Retardado proviene de retardar, del latín *retardare*, que significa diferir, detener, entorpecer o dilatar y, a su vez, retardar expresa demora, tardanza o detención.

En fin, creo que ninguno de estos términos expresa realmente el sentido de la exploración diagnóstica realizada y, más aún, pienso que estos vocablos transmiten contenidos equívocos del síndrome que nos ocupa.

También he observado en algunos trabajos recientes², el intento artificioso de clasificar los fetos que se encuentran por debajo del percentil 10 en 2 grupos: CIR verdaderos y BPEG (bajo peso para edad gestacional), en función de que existan o no alteraciones de la fluxometría Doppler. Esta clasificación me parece incorrecta dado que la instauración de las alteraciones fluxométricas a veces es dinámica, cambiante y/o progresiva. Cuando tras la biometría clasificamos a un feto por debajo del percentil 10, no sabemos si aquellos que en ese momento presentan un Doppler normal tendrán posteriormente, y a veces en muy corto tiempo, cambios hemodinámicos patológicos. Con el criterio antes mencionado, tras una exploración podríamos emitir el diagnóstico de BPEG y tener que cambiarlo sólo unos días después a CIR, si la fluxometría hubiese variado. Por esta razón, creo que no es una buena denominación del síndrome, lo que no significa restar la importancia del estudio Doppler en el cuadro patológico que nos ocupa.

Concretando, para realizar un estudio del crecimiento fetal, lo que en realidad hacemos es la práctica de una mensuración biométrica de partes del feto, llevando posteriormente estas medidas a unas tablas previamente confeccionadas y acordadas según percentil o desviación estándar. Y esto es lo que debemos informar.

Por esta razón, creo más adecuado llamar al resultado de nuestras mediciones fetales como: BA

(biometría acorde) o BNA (biometría no acorde). La primera de ellas hace referencia a la estimación de peso fetal (u otros parámetros) valorándolos dentro de los percentiles 10 al 95, y la segunda, BNA, a las estimaciones que están fuera de esos percentiles.

En el caso de los llamados CIR, correspondería a una BNA igual o inferior al percentil 10.

Existen fetos que, en la dinámica de exploraciones para valorar el crecimiento, encontramos más pequeños, pero que están por encima del percentil 10, es decir, que siguen manteniendo una BA. El emitir el informe como BA, adjuntándole el percentil correspondiente (p. ej., BA p30 o p40 o p20, etc.), puede ser de utilidad para que el médico varíe el cronograma de controles posteriores.

El expresar el resumen diagnóstico de forma más aséptica y técnica como BA o BNA, y sus respectivos percentiles, creo que responde más a la realidad de la exploración que hemos practicado, sirve de guía de comunicación y actuación al clínico y disminuye la ansiedad o angustia derivada de las denominaciones que hasta ahora empleamos. Si junto a los parámetros biométricos se aportan datos como la valoración de la armonía o disarmonía del crecimiento, la fluxometría o las alteraciones del líquido amniótico, abundaremos en información que facilitará la actuación médica posterior, pero sin contaminarla con una denominación que no expresa cabalmente el estudio practicado.

Por todo lo expuesto, propongo para la discusión, la sustitución de los términos confusos que habitualmente empleamos en relación con el CIR por BPEG (bajo peso para edad gestacional) cuando la biometría estime un peso fetal igual o inferior al percentil 10. En los demás casos, creo conveniente expresar los informes biométricos como BA (biometría acorde) o BNA (biometría no acorde) con sus respectivos percentiles, ya que de ese modo dichos informes transmitirán de forma más adecuada la exploración realizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fleischer Arthur C. Ecografía en obstetricia y ginecología. 6.^a ed. Madrid: Marbán; 2004. p. 615-35.
2. Lailla JM, Gómez-Roig MD. El retraso de crecimiento intrauterino no es sólo un problema obstétrico. Clin Invest Gin Obst. 2004;31:272-84.