

**NACERLATINOAMERICANO**  
[www.nacerlatinoamericano.org](http://www.nacerlatinoamericano.org)

Dr. Juan Chau [juanchauchang@yahoo.es](mailto:juanchauchang@yahoo.es)

Pregunta: 1 – Detectar Crecimiento Intrauterino Anormal

Dr. Haroldo Capurro

Noviembre 2008

<p><b>CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO (Factores de Riesgo - Diagnóstico Feto-Neonatal)</b></p>
---

## **INTRODUCCION**

El retardo de crecimiento intrauterino, muchas veces es debido a un deficiente intercambio de nutrientes y oxígeno desde la madre al feto a través de la placenta. En general, se deben a mala nutrición o a enfermedades que reducen el flujo útero placentario.

Su grado de severidad depende de la intensidad del déficit de ese intercambio y del momento en que se inició. el embarazo

Cuando el trastorno de los intercambios comienza muy temprano (primer trimestre o comienzo del segundo), se produce un retardo del crecimiento armónico o proporcionado o sea que el crecimiento es menor no sólo para el peso, sino para la talla y el perímetro cefálico; en estos casos la causa puede ser también de origen hereditarios que son la tercera parte de los nacidos con retardo de crecimiento. Cuando el retardo se produce al final del segundo trimestre o en el tercer trimestre de la gestación, el retardo puede ser disarmónico o desproporcionado existiendo un bajo peso para su edad de gestación, pero con talla y perímetro cefálico de dimensiones normales.

Su definición requiere correlacionar el peso con la edad gestacional. Cuando el peso está por debajo del 10mo percentil se denomina retardo de crecimiento o pequeños para la edad gestacional y si el peso está por debajo del percentil 3 se debe plantear una desnutrición severa. Muchos de estos niños llegan a término.

## **FACTORES de RIESGO**

Los Antecedentes PRE-CONCEPCIONALES de factores de riesgo como ser la diabetes, la desnutrición, la hipertensión arterial, factores socio-económicos desfavorables, junto a edades extremas de las embarazadas (mayores de 40 o menores de 15 años) inciden en la posibilidad de generar hijos que tengan un Sufrimiento Fetal Crónico (SFC) y ello genere el retardo del crecimiento. Lo mismo sucede cuando hay antecedentes obstétricos desfavorables, como ser hijos con retardo de crecimiento, de madres con hipertensión arterial crónica y/o con enfermedades vasculares que juegan un importante rol, en la génesis del SFC.

Los factores de riesgo GESTACIONALES son la pre-eclampsia, la diabetes gestacional, el embarazo múltiple, las infecciones, el mal control prenatal,

*Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.*

trastornos en la alimentación y algunas otras patologías generadas durante el embarazo, que comprometen el flujo de sangre utero-placentario.

Los malos hábitos que comprometen la calidad de vida como ser el hábito de fumar, el alcoholismo, la drogadicción, son también factores predisponentes de SFC, así como ciertos FACTORES AMBIENTALES como es la exposición a agentes teratogénicos.

## **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico temprano, es importante para prevenir la restricción del crecimiento fetal, actuando sobre la patología materna (hipertensión arterial, diabetes, vasculopatías) y sobre determinados comportamientos que repercuten en el feto, como es el hábito de fumar durante el embarazo. Estas causas son prevenibles y si tienen éxito reducirán la frecuencia del retardo del crecimiento.

### En el FETO

#### Clínica

El interrogatorio, para conocer los antecedentes, hábitos y morbilidad de la madre es importante para estimar la asociación con el retardo de crecimiento. La antropometría materna y la medida de la altura uterina relacionada con la edad gestacional puede estimar la restricción del crecimiento en un momento dado o evaluar su evolución en el tiempo con medidas repetidas que permiten un monitoreo eficaz.

#### Ecografía

La primera medida antropométrica fetal, fue la medida del diámetro biparietal y luego la medida de la circunferencia abdominal, la longitud de la coronilla - cadera y la longitud del fémur han sido utilizadas para estimar el peso fetal, si se hacen seriadamente. La circunferencia abdominal es el parámetro ecográfico que mejor estima el peso fetal y su estado nutricional. La estimación del volumen de líquido amniótico es un signo indirecto que se acompaña en muchas ocasiones al retardo de crecimiento. La posibilidad de detectar malformaciones que acompañan sobretodo a los fetos con retardo de crecimiento proporcionado (causas que actúan desde el primer trimestre) puede ser de utilidad. La medición del flujo umbilical por doppler no ha sido muy útil en el diagnóstico de retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU).

#### Otros Estudios

Los estudio bioquímicos hormonales y el monitoreo electrónico fetal han demostrado poca eficiencia para el diagnóstico de RCIU. Sin embargo los estudios bioquímicos realizados a la madre, detectan aquellas patologías que pueden estar asociadas al retardo de crecimiento, por lo que son de gran utilidad para encarar el tratamiento luego de haber hecho el diagnóstico.

### En el Recién Nacido

Pesar, medir la talla y la circunferencia cefálica, permiten hacer el diagnóstico transportando los resultados obtenidos a tablas o gráficos patrón que relaciona cada uno de estos parámetros con la edad gestacional al nacer. En general está graficada la mediana para cada edad (percentil 50) y por debajo del percentiles 10 se diagnostica el RCIU y por encima de 90 percentil, Obesidad. También se puede hacer el diagnóstico de retardo proporcionado o desproporcionado y con ello estimar el tiempo en que se inició el problema. Como la 1/3 parte de estos niños tienen causa genética (constitucional) la búsqueda de malformaciones es de gran utilidad.

En SUMA Estudios de la medida de la altura uterina relacionada con la edad gestacional y estudios ecográficos sobretodo de la circunferencia abdominal realizados en forma seriada, no sólo pueden diagnosticar retardo de crecimiento, sino estimar el momento en que éste comenzó.

### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

- 1) Belizán JM, Carroli G, Vázquez JC, Villar J. Retardo del Crecimiento Intrauterino. En Cifuentes R.ed, Obstetricia e alto riesgo. 4ª ed. Cali: Antropometría médica ; 1994.
- 2) De Onis M. Epidemiología y morbilidad del síndrome de retardo de crecimiento intrauterino. Madrid España. Universidad Complutense de Madrid , 1989 Tesis doctoral
- 3) Khoury MJ, Erickson D, Cordero J, McCarthy B. Congenital malformation and intrauterine growth retardation. A population study. Pediatrics 82:83-90,1988.
- 4) -Laurin J, Persson PH, Polberger S. Perinatal outcome in growth retarded pregnancies datey by ultrasound. Acta Obstet Gynecol Scan
- 5) -Mamelle M, Cochet V, Claris O. Definition of fetal growth restriction according to constitutional growth potential. Biol Neonate. 2001;80(4):277-85.  
82:83-90,1988.
- 6) -Villar J, Belizán JM. The timing factor in the pathophysiology of the of intrauterine growth retardation syndrome. Obstet Gynecol Surv. 1982 Aug;37(8):499-506.
- 7) Wollmann HA. Intrauterine growth restriction: definition and etiology. Horm Res. 1998;49 Suppl 2:1-6.