

Resumo Clínico

RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL

Definição

- Feto que não atinge o potencial de crescimento geneticamente determinado para a sua idade gestacional e em risco de deterioração hemodinâmica.
- Designada como precoce se ocorrer antes das 32 semanas e tardia após esta IG.
- Na ausência de alterações genéticas, malformações ou infeção associa-se habitualmente a uma deficiente implantação placentária.

Prevalência

- Ocorre em 10 % das gravidezes.
- Risco aumentado em mulheres com doenças crónicas como hipertensão, diabetes, doença renal ou doenças autoimunes.
- O consumo de tabaco ou outros hábitos aditivos são fatores de risco modificáveis, bem como a desnutrição materna ou o aumento ponderal insuficiente durante a gestação.

Diagnóstico ecográfico

- **RCF Precoce diagnostica-se na presença de um destes critérios:**
 - a. Estimativa peso fetal < P3,
 - b. Perímetro abdominal fetal < P3,
 - c. Fluxo diastólico final ausente na artéria umbilical,**OU na presença de ≥ 2 critérios, dos quais um deverá ser um parâmetro biométrico (a ou b):**
 - a. EPF < P10,
 - b. PAB < P10,
 - c. Índice de pulsatilidade da artéria umbilical > P95,
 - d. IP médio das Artérias Uterinas > P95.
- **RCF Tardia diagnostica-se na presença de um destes critérios:**
 - a. Estimativa peso fetal < P3,
 - b. Perímetro abdominal fetal < P3,**OU na presença de ≥ 2 critérios:**
 - a. EPF/PAB < P10,
 - b. EPF/PAB que cruza 2 quartis nas curvas de crescimento,
 - c. IP da artéria umbilical > P95 ou Índice cerebroplacentário < P5.

Investigação clínica

- História clínica e avaliação fatores de risco.
- Estudo morfológico detalhado com eventual ecocardiograma fetal.
- Na RCF precoce ponderar realização de estudo infeccioso materno - grupo TORCH e estudo invasivo para array-CGH/estudos genéticos dirigidos, e eventual avaliação por PCR qualitativa do DNA de CMV. .

Complicações associadas

Fetais

- Os fetos com RCF, comparados com fetos com crescimento intrauterino normal apresentam maior risco de prematuridade, com piores desfechos do neurodesenvolvimento.

Maternas

- Grávidas com RCF precoce têm um risco de 40-70 % de desenvolver pré-eclâmpsia.

Follow up

Fetal

- Os intervalos de follow up estão dependentes dos achados ecográficos. (Tabela I)
- A ecografia deverá incluir avaliação do perfil biofísico e fluxometria dos compartimentos materno e fetal.
- A estimativa ponderal fetal não deverá ser avaliada em intervalo inferior a 10 dias.

Estimativa Ponderal	Fluxometria	Significado	Reavaliação
EPF P 3 - P 10	IP Aut e AU normais	Provável feto constitucionalmente pequeno	2 semanas
EPF ≤ P 3	IP AU normal	Feto pequeno e em risco de deterioração	1 semana
EPF < P 10	IP AU > P95 IP ACM > P5	Perfusão placentária insuficiente	1 semana
	AU com diástole ausente IP ACM > P5	Perfusão placentário muito insuficiente	2 x/ semana
	AU com diástole ausente ou IP ACM < P5	Perfusão placentário muito insuficiente, feto com vasodilatação cerebral	24-48 horas
	DV com IP > P95 ou onda a invertida ou AU com diástole invertida	Risco grave de acidémia e morte fetal	Reavaliação 12-24 h

Tabela I: Intervalos de monitorização em função da fluxometria

Materno

- A monitorização materna tem por objetivo detetar precocemente patologia hipertensiva da gravidez (incidência até 70 % de pré-eclâmpsia nestas gestações).
- Recomendado:** avaliar peso e tensão arterial em todas as consultas, informando a grávida sobre sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. Determinar o rácio sflt1/PIGF e proteinúria/creatininúria com periodicidade mensal.

Parto

- Local:** Hospital de Apoio da Perinatal Diferenciado (HAPD).
- Idade Gestacional e Via do parto:** decisão em função do agravamento clínico fetal (Tabela II e III) ou materno.
O parto deverá ser sempre ponderado em casos de CTG patológico, PBF < 4/8 ou por indicação materna.

RCF Precoce			
Idade Gestacional	Indicação para parto	Objetivo	Via do parto
24 _s +0 _d - 25+6	Indicação materna	Viabilidade e ganho em sobrevida 2%/dia	Preferencialmente vaginal Opção da grávida
26 _s +0 _d - 28+6	Inversão da onda a no DV	Ganho em sobrevida intacta. Ganho sobrevida 2%/dia	CSA se opção da grávida
29 _s +0 _d - 31+6	Inversão da onda a no DV	Diminuir morbidade neonatal. Ganho sobrevida 1%/dia	Preferencialmente CSA
32 _s +0 _d - 33+6	Fluxo diastólico invertido na AU	Reduzir risco de admissão na UCI	Indicação obstétrica
34 _s +0 _d - 35+6	Fluxo diastólico final ausente na AU	Reduzir morbidade neonatal tardia	Indicação obstétrica
36 _s +0 _d - 38+0	IP AU > P95 ou EPF/PAB < P3	Reduzir morbidade neonatal tardia	Indicação obstétrica
≥ 38 _s +0 _d	Parto	Não protelar o parto	Indicação obstétrica

Tabela II: Decisão da programação do parto em função do risco fetal - **RCF Precoce**

RCF Tardia	
IG	Indicação para parto
>32 semanas	Fluxo diastólico AU ausente ou invertido
35 _s +0 _d a 37+0	ACM < P5
37 _s +0 _d a 38+0	IP AU > P95 ou EP < P3
38 _s +0 _d a 39+0	Parto

Tabela III: Decisão da programação do parto em função do risco fetal - **RCF Tardia**

Deverá ser considerada **realização de cesariana eletiva, em fetos viáveis, quando:** cCTG patológico (conforme critérios acima), alterações no ducto venoso, AU com fluxo diastólico ausente ou invertido, perfil biofísico alterado, RCF grave com uterinas patológicas, indicação materna.

Prognóstico

- Com a detecção precoce e vigilância adequada a taxa de sobrevivência é superior aos 90 % e mais de 90 % destes recém-nascidos não virão a desenvolver sequelas neurológicas.
- A longo prazo, maior risco de doenças metabólicas, obesidade, hipertensão ou doença coronária.

Recorrência

- 25 %.
- A profilaxia com aspirina 100-150 mg/dia deve ser iniciada antes das 16 semanas, quando a causa foi patologia hipertensiva.