

RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL

DEFINIÇÃO

Crescimento fetal abaixo do percentil 5 para a IG e/ou circunferência abdominal com 2 semanas abaixo do esperado para a IG.

CLASSIFICAÇÃO

RCF SIMÉTRICA – CC, CA e Fêmur diminuídos = Causa constitucional (feto pequeno normal), genética, cromossômica, infecções congênitas, malformações.

RCF ASSIMÉTRICA – CA e Fêmur diminuídos com preservação do crescimento da CC = Insuficiência placentária. Causas maternas (vascular, renal, imunológica, hipertensiva) ou placentárias (inserção velamentosa de cordão, má adaptação placentária).

RCF ASSIMÉTRICA – CC diminuída, CA e Fêmur preservados = Microcefalia.

RCF ASSIMÉTRICA – CC e CA preservados = Fêmur e demais ossos longos diminuídos. Displasias esqueléticas.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Ultrassonografia Morfológica, Dopplervelocimetria dos 3 compartimentos (art. uterinas, art. umbilicais e art. cerebral média).

ACOMPANHAMENTO

Curvas de crescimento, percentil de peso.

INSUFICIÊNCIA PLACENTÁRIA:

Conseqüências Intra-Útero: Diminuição de fluxo umbilical → deficiência de nutrientes e oxigênio → compensação hemodinâmica com aumento do fluxo para SNC e adrenais e diminuição em músculos, pulmões, rins e alças intestinais. No limite do déficit de fluxo haverá acidemia, disfunção miocárdica e falência de múltiplos órgãos. Estas alterações se refletem ao exame como aumento da resistência das artérias umbilicais, diminuição da resistência da art. Cerebral média, diminuição da quantidade de LA, alterações na cardiotocografia e aumento de resistência do ducto venoso.

CONSEQUÊNCIAS NEONATAIS: Insuficiência hepática, policitemia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, , apgar baixo, pH de cordão < 7.0, trombocitopenia, episódios de apnéia, convulsões e alterações neurológicas variadas.

TRATAMENTO: Pouco eficaz. Há possibilidades terapêuticas específicas nas infecções congênitas. Geralmente não há recuperação do crescimento. A conduta se baseia no controle da vitalidade fetal e melhor momento do parto.

ALGORITMO

SUSPEITA DE RCIU AO US
Peso Fetal abaixo do PCT 5 ou CA < 2 semanas

CHECAR ULTRASSONOGRRAFIA
MORFOLÓGICA e DOPPLER

Malformações
Sinais de Infecção
congénita ou
Suspeita de síndromes

Morfologia Normal e,
Líquido Amniótico Diminuído
ou
Aa. Uterinas Resistentes
ou
Ou Aa. Umbilical Resistente

CAUSA MATERNA E/OU PLACENTÁRIA
Pesquisar Hipertensão e Causa Imunológica
Hipertensão: Proteinúria 24hs, hemograma
completo, ác úrico, DHL, TGO e TGP,
bilirrubinas, creatinina.

Imunológica: FAN, anti-Ro, anti-LA,
anticardiopina IgG e IgM, anticoagulante
lúpico, antifosfolípidos, antiperoxidase
tireoidiana, antitireoglobulina, proteína C e S,
anti-trombina III, pesquisa da mutação
G1691A do fator V de Leiden, pesquisa da
mutação G20210A do gene da protrombina,
pesquisa da mutação C677T do gene da
MTHFR

CAUSA FETAL
Condução Individualizada
Repetir sorologias maternas
(Citomegalovírus, Rubéola,
Toxoplasmose, Parvovirose,
Coxsackie A e B, Herpes, HIV)

Amniocentese para pesquisa
do cariótipo fetal e infecções

Internação ?
Abaixo de 34 sem – Corticoterapia ?

Medidas de controle materno e
Seguimento de Vitalidade Fetal

CONTROLE DA VITALIDADE FETAL

