

Crecimiento Intrauterino Retardado y RN con bajo peso para EG (PEG)



Nan Uris Albert (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Dra Lucía Sanguino (Neonatología)

Servicio de Pediatría, HGUA

Anamnesis y Exploración física

Caso 1

- CIR tipo 1: 37+1SG
- PFE < p3
- Doppler: IPAU p90, IPACM e ICP <p5
- RNT: Peso, Long y PC <p3
- PEG tipo III. I.Pond. p10

Caso 3

- Gemelar bicorial (2º Gem)
- RNPT 23+3 / 440g <p3
- p<5: peso. PEG tipo I
- APGAR 3/8
- 1º gemelo fallece 1º ddd

Caso 2

- Gemelar monocorial (1º Gem)
- CIR I (PFE <p10)
- RNPT: 36 +3/ 2000g (p3-10)
- Longitud y PC <p3 PEG tipo III
- I. Ponderal > p10
- Retrognatia e hipotonía leve

Caso 4

- Hidrops fetal resuelto (29SG)
- CIR tipo 1: 29s (PFE < p3)
- Doppler (36s): IPACM e ICP <p5
- RNT 37SG/ 1710g <p3
- Long < p3 . I.ponderal <p10
- Hipotonía axial

Pruebas complementarias

	1	2	3	4
Gasometría	Ac. Met (lact:7)	Normal	Ac. Met	Normal
AS	Normal	Normal	Normal	Normal
TORCH ampliado	Sí	Sí	No	Sí
PCR – CMV o	Neg	Neg	+	Neg
E Genético (Cariotipo + Array)	Pdte	pdte	No	Normal
Eco cerebral	Normal	Normal	VLE	Normal
Fondo de Ojo	Pdte	Normal	ROP	Normal
Otros	----	----	RNM PEAT	Exoma, PEAT

VLE:
vasculopatía
lenticuloestriada
ROP: retinopatía
por prematuridad

Evolución

Caso 1

- DA (24h) + fluidos IV (2 días)
- Hipoglucemia

Estudio: CIR I, PEG III

Caso 2

- Hipoglucemia precoz
- Fluidos IV (2días), NE
- Iones: normal

Estudio **PEG simétrico**
¿normal?

Caso 3

- EMH - DBP
- Sepsis nosocomial
- DAP (Qx)
- ROP grado III (Qx)
- Hemorragia cerebelosa
- Antivirales 6 meses

Caso 4

- DA (24h)+ fluidos IV (3 días)
 - Hipoacusia NS profunda
 - Hipotonía axial
 - Fallo medro (microcefalia)
- Estudio:** PEG tipo II causa genética (metabólico)

Crecimiento Intrauterino Retardado

<i>Dx Prenatal</i>	CIR			
	I	II	III	IV
PFE $p < 3$	+			
PFE $p < 10$	+	+	+	+
IPAu $> p95$	+	+		
IPACM ó ICP $< p5$	+	+		
FDiast AU ausente		+		
IP Ductus $> p95$			+	
FDiast AU reverso			+	+

Insuficiencia placentaria

Dx: Ecografía + Doppler

Actuación	
I	Fin 37SG Vía vaginal
II	Fin 34SG Cesárea electiva
III	Cesárea electiva >30SG
IV	Cesárea electiva >26SG

Pequeño para la Edad Gestacional (PEG)

	Normal	Anormal
<i>Aspecto</i>	Simétrico	Asimétrico o Simétrico
<i>Somatometría</i>	Peso <p3-10	Peso <<< p3
<i>Doppler</i>	Normal (*)	Normal o Anormal
<i>Complicaciones RN</i>	leves	Sí
<i>Etiología</i>	Constitucional	Fetal, Maternoplacentario
<i>Pronóstico</i>	Normal	Dependiente de la causa/severidad

(*) posible afectación Doppler leve tardía añadida

Complicaciones

Pre/Perinatales	Posnatales inmediatas	
Muerte fetal	HipoT ^a	Policitemia
Prematuridad	Hipoglucemia	Inmunodeficiencia
Asfixia perinatal	Hipocalcemia	NEC

A largo plazo	
<i>Crecimiento postnatal</i>	Alterado: talla>>peso
<i>Neurológico</i>	Retraso del neurodesarrollo, PCI
<i>Metabólico</i>	Obesidad, insulinoresistencia
<i>Cardiovascular</i>	HTA, enfermedad coronaria
<i>Renal</i>	IRC

Conclusiones

- Se debe entender que PEG \neq CIR
 - CIR: concepto obstétrico
 - PEG: concepto neonatal y estadístico
- El estudio etiológico del PEG es útil para determinar su seguimiento y control
- Es importante conocer las complicaciones de los PEG, para su correcto manejo
- Los RN PEG tienen peor pronóstico a largo plazo, especialmente si existe prematuridad

Bibliografía

1. Fung C, Zinkhan E. Short- and Long-Term Implications of Small for Gestational Age. Vol. 48, Obst Gynecol Clin North A. 2021; 48: 311-23
2. Mandy GT, Abrams SA, Wilkie L. Infants with fetal (Intrauterine) growth restriction. UptoDate, abril de 2023.
3. Johnston LB. Normal fetal growth. En: Growth Disorders, Second Edition. CRC Press. 2007; 127-31.
4. Damodaram M, Story L, Kulinskaya E, Rutherford M, Kumar S. Early adverse perinatal complications in preterm growth-restricted fetuses. Aust N Zeal J Obst Gynaecol. 2011. 51(3): 204-9.

