

CRESCIMENTO INTRA-UTERINO RESTRITO (CIUR)

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Define o feto que não consegue atingir o seu potencial genético de crescimento. O CIUR representa um grupo heterogêneo, onde a maior parte corresponde a fetos constitucionalmente pequenos, mas saudáveis. Pode estar associado ou não a várias etiologias. Demanda diagnóstico correto, visando estabelecer rotina para o acompanhamento pré-natal e durante o parto.

O ganho ponderal depende de fatores que provocam redução no seu potencial de crescimento intraútero.

O crescimento fetal se processa em três fases – Figura 1.

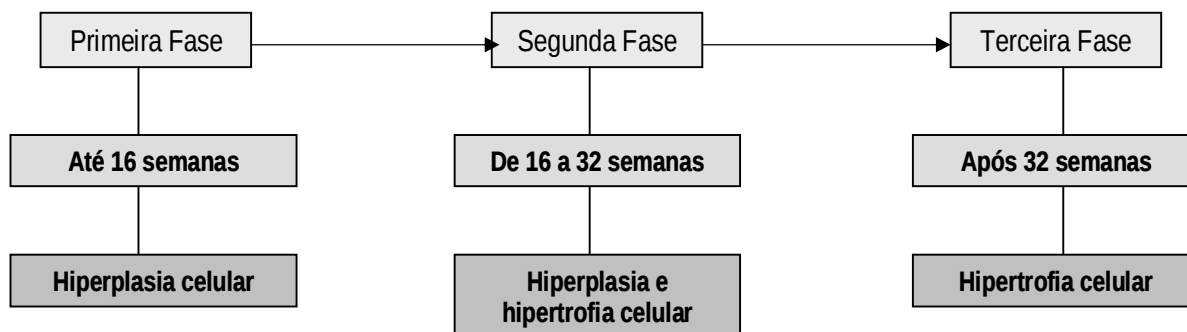


Figura 1 – Características das fases do crescimento fetal

CLASSIFICAÇÃO & ETIOLOGIA

É estabelecida conforme Figura 2.

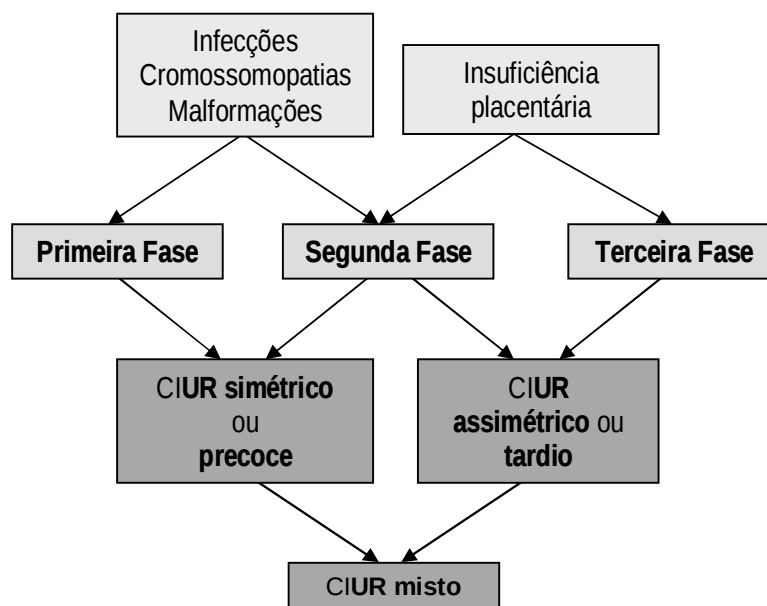


Figura 2 - Classificação do CIUR em função da sua etiologia e da época em que acomete o crescimento fetal

DIAGNÓSTICO – Figura 3.

- Identificar fatores de risco.
- Atentar para o correto diagnóstico da idade gestacional.
- Rastrear doenças próprias e intercorrentes na gestação.
- Avaliar o ganho ponderal materno
- Avaliar a medida do fundo uterino e acompanhar seu crescimento.
- Ultrassonografia
 - Predição do peso fetal.
 - Medida da circunferência abdominal fetal (CA) – 2 aferições com intervalo de 14 dias.
 - Estimativa do volume de líquido amniótico (vLA).
 - Estudo da maturidade placentária.
 - A combinação da circunferência abdominal fetal e do Doppler da artéria umbilical (AU) constitui o melhor procedimento para diagnosticar o CIUR de causa placentária.
- Procedimentos complementares – dependem da história clínica e dos achados sonográficos
 - Ultrassonografia morfológica (para excluir anomalia fetal)
 - Cariótipo fetal
 - Sorologia Materna e PCR no LA para pesquisa de infecção.
 - Diagnóstico preditivo e precoce de pré-eclâmpsia (Doppler de artérias uterinas).
 - Diagnóstico das trombofilias.
 - Diagnóstico da insuficiência placentária (Doppler de artéria umbilical)

CONDUTA NA GESTAÇÃO

- Repouso relativo e controle dietético.
- Desestimular fumo, álcool e drogas ilícitas.
- Tratar as doenças de base, se existentes.
- Ultrassonografia nível II para estudo morfológico do conceito.
- Dopplerfluxometria – avaliação da circulação feto-placentária
- Acelerar a maturidade pulmonar fetal, se indicado (ver rotina específica)

CIUR SIMÉTRICO OU PRECOCE

- Estudo genético do conceito (ver rotina específica)
- Pesquisar infecção fetal (Líquido amniótico: PCR; sangue de cordão: IgM, IgG)
- Solicitar Ecocardiografia fetal.
- Avaliar a vitabilidade fetal (ver rotina específica).
- Monitorar o crescimento fetal pela ultrassonografia.

CIUR ASSIMÉTRICO OU TARDIO

- Monitorar o crescimento fetal pela ultrassonografia.
- Avaliar a vitabilidade fetal (ver rotina específica).
- Interromper a gestação caso haja indicação materna ou sofrimento fetal.

CONDUTA NO PERIPARTO

A periodicidade das avaliações fetais aqui propostas deverão **SEMPRE** levar em consideração a evolução/deterioração da doença materna de base, caso ela exista.

O manejo das gestações complicadas por CIUR de deverá ser baseado na realização do Doppler e Perfil Biofísico Fetal - Figura 4.

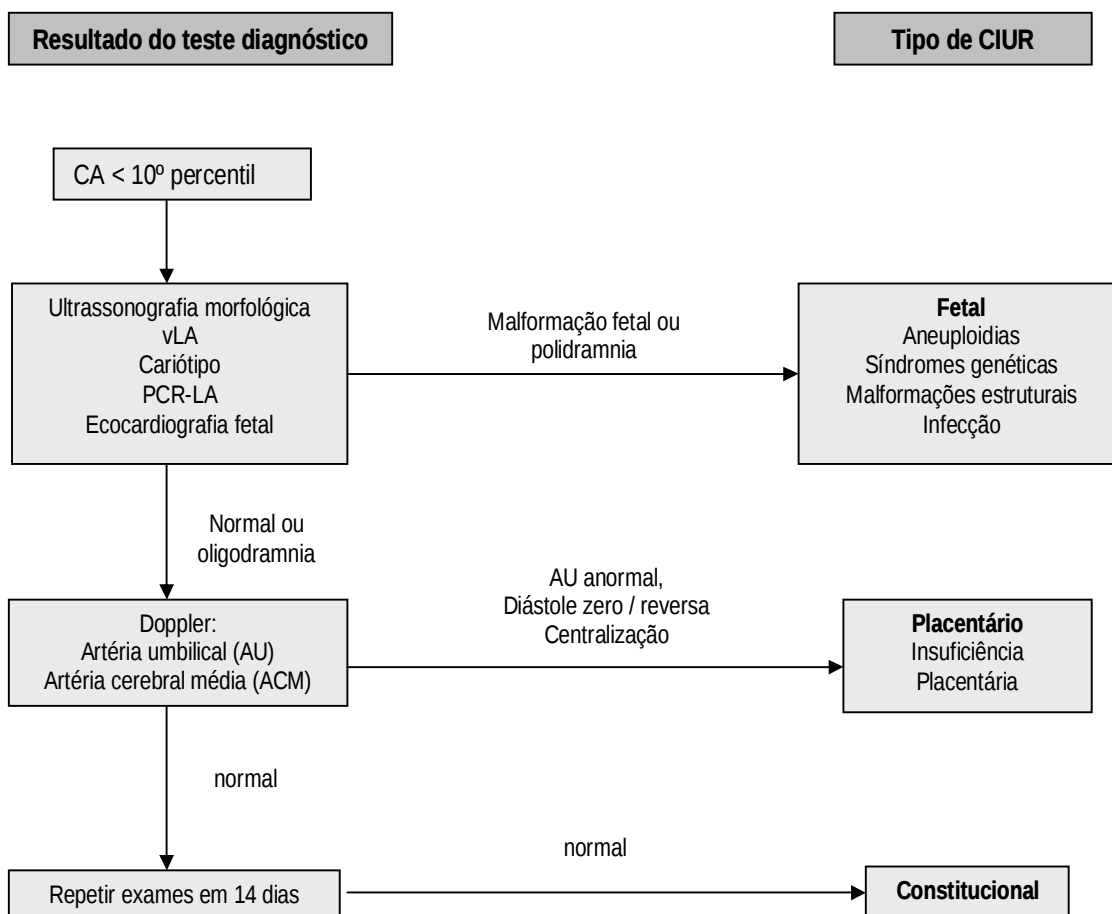


Figura 3 - Diagnóstico do CIUR (modificado de Baschat *et al.*, 2007)

CIUR POUCO PROVÁVEL		
CA, CC/CA, AU, ACM, DV, PBF e vLA normais	Asfixia extremamente rara Baixo risco para SFA	Parto por indicação obstétrica ou materna
CIUR CONFIRMADO		
CA < 10º p, CC/CA aumentado, AU anormal, ACM e DV normais, PBF 8/10 e vLA normal	Asfixia extremamente rara Aumenta risco de SFA	Parto por indicação obstétrica ou materna Doppler semanal PBF semanal
Redistribuição de fluxo		
CIR critérios acima, ACM anormal, DV normal, PBF 8/10 e vLA normal	Asfixia rara Hipoxemia possível Aumenta risco de SFA	Parto por indicação obstétrica ou materna Doppler semanal PBF 2x / semana
Redistribuição de fluxo significativo		
AU DZ / DR DV normal PBF 6/10 e oligodramnia	Hipoxemia comum Acidemia ou asfixia possível Início comprometimento fetal	> 34 semanas : parto < 32 semanas: internação, corticosteróides, Doppler e PBF diários
Comprometimento fetal		
DV PI anormal PBF 6/10 e oligodramnia	Hipoxemia comum Acidemia ou asfixia provável	> 34 semanas : parto < 32 semanas: internação, corticosteróides e individualização Doppler e PBF diários/ até 3 x/dia
Descompensação fetal		
Crítérios acima DV onda A ausente ou reversa Pulsatilidade veia umbilical PBF <6/10 e oligodramnia	Instabilidade cardiovascular, distúrbio metabólico, natimortalidade possível, mortalidade perinatal elevada independente dos cuidados imediatos	Parto imediato em centro de cuidados terciário com UTI-Neonatal especializada

Figura 4 - Algoritmo do manejo periparto no CIUR (Modificado de Baschat & Hecher, 2004)

LEITURA SUGERIDA

- BASCHAT, A. A.; HECHER, K. Fetal growth restriction due to placental disease. **Semin. Perinatol.**, v.28, n.1, p.67-80, 2004.
- BASCHAT, A. A.; COSMI, E.; BILARDO, C.M. *et al.* Predictors of neonatal outcome in early-onset placental dysfunction. **Obstet. Gynecol.**, v.109, p.253, 2007.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Crescimento Intrauterino Restrito. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.514-518.