



Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología
Guadalajara, Jal., 6 al 10 de noviembre 2022

Por la Excelencia de la Salud Femenina



IV. "Luis Ricaud Rothiot" Concurso de Trabajos de investigación clínica, presentados en formato de cartel electrónico

Titulo: Malformación adenomatoidea quística (MAQ): presentación de caso con regresión espontánea y experiencia institucional.

Autores: J.M. Gallardo Gaona, R. Encarnación Ibarra, M.J. Rodríguez Sibaja, S. Acevedo Gallegos, J.A. Ramírez Calvo
Departamento de Medicina Materno Fetal, Instituto Nacional de Perinatología, IER

Introducción: La malformación adenomatoidea quística (MAQ) es una malformación del tejido pulmonar, caracterizada por dilatación de las vías respiratorias y consecuentes lesiones quísticas en parénquima pulmonar, cuya vascularidad es de origen pulmonar. Son las anomalías pulmonares más comunes, con incidencia 1 por 8,400 nacidos vivos (1). Con frecuencia, tienden a aumentar de tamaño hasta la semana 28, alcanzan una meseta y luego disminuyen, incluso hasta la regresión completa (2, 3).

Caso: Femenino de 33 años, referida por feto con probable MAQ. Ultrasonido extra institucional con embarazo 21.6 sdg, tórax con imagen hiperecogénica bien delimitada en región basal de pulmón izquierdo, de 20x19x21 mm, a la aplicación de Doppler color se identifica irrigación de la arteria pulmonar, sin otras anomalías ni datos de hidrops. Evaluada por medicina materno fetal INPer a las 28 sdg, se revisa en cortes sagital, axial y coronal del parénquima pulmonar, con énfasis en región izquierda sin encontrar alteraciones por USG, se realiza RMN a las 33 sdg sin evidencia de lesión pulmonar.

Discusión: Este caso de MAQ diagnosticada en segundo trimestre presentó regresión espontánea a principios de tercer trimestre (confirmado por RMN). Diferentes series han reportado la evolución natural de estas lesiones, alcanzando su mayor crecimiento entre las 25 y 26 semanas y regresión entre un 30 a 67% al final del embarazo, predominando esta evolución en aquellas clasificadas como tipo 3, según la clasificación de Stocker. Los mecanismos de regresión siguen siendo en gran parte desconocidos. Algunas de las hipótesis proponen mecanismos inflamatorios, proliferación celular y apoptosis, se menciona que la obstrucción bronquial por un tapón mucoso puede inducir un crecimiento pulmonar anormal acelerado antes de las 30 semanas, lo cual supera al suministro vascular de la malformación provocando una torsión espontánea y un episodio trombotico ocasionando la regresión de la misma en combinación con un crecimiento acelerado de tejido pulmonar normal(3). En el INPer, durante el periodo de 1995 a 2017 fueron evaluados 27 casos de MAQ, encontrando regresión espontánea en 9 de ellos (33.3%), a las 34.5 semanas en promedio, ninguno asociado a hidrops; de estos casos, 5 presentaron regresión completa y 4 con regresión parcial, el predominio fue de tipo 3, hallazgos similares a los encontrados en el caso reportado (3).

Conclusiones: La evolución prenatal de la MAQ es impredecible, sin embargo, entre una y dos terceras partes de los casos, sobre todo los que no se encuentran asociados a características de mal pronóstico (hidrops, derrame pleural, desplazamiento de estructuras mediastinales), pueden presentar una regresión espontánea durante el tercer trimestre, evitando el manejo intervencionista prenatal y mejorando los resultados al nacimiento.

Referencias:

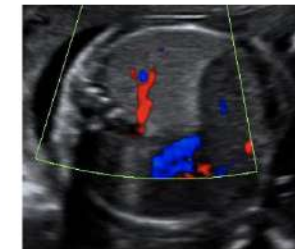
1. EUROCAT. Prevalence Tables. Cystic Adenomatous Malf of Lung. Available online: https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en.
2. Wong, K., Flake, A. W., Tibboel, D., Rottier, R. J., & Tam, P. (2018). Congenital pulmonary airway malformation: advances and controversies. *The Lancet. Child & adolescent health*, 2(4), 290–297. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30035-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30035-X)
3. Gallegos SA, Sibaja MJR, Gaona JMG, Calvo JAR, Torrez BV, et al. (2018) Congenital Adenomatoid Cystic Malformation: Expectant Management Outcomes. *J Preg Child Health* 5: 387. Doi: 10.4172/2376-127X.1000387



Lesión lóbulo pulmonar inferior izquierdo.



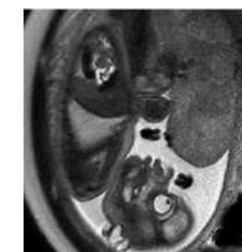
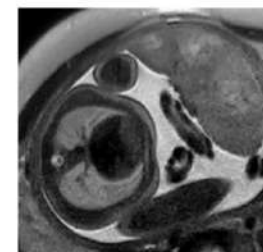
Lesión corte cuatro cámaras.



Vascularidad pulmonar de lesión.



USG, cuatro cámaras y parasagital izquierdo, sin lesión evidente.



RMN, corte cuatro cámaras y parasagital izquierdo, sin lesión.