

# Malformación adenomatosa quística congénita: Reporte de Caso

Dr. Jonathan Fabian Naranjo Madrigal, Dra. Ileana Monserrat Ancira Félix, Dra. Dulce Roció Medrano Román, Dr. Damaso I. Barajas Correa, Dr. Ernesto Barrios Prieto

Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Civil Nuevo "Dr. Juan I. Menchaca"

## Introducción:

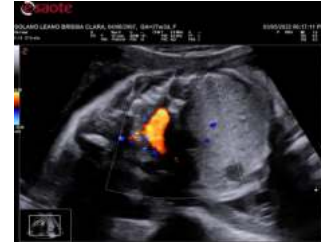
Las MAQ son el resultado de anomalías de la morfogénesis ramificada del pulmón. Se cree que los diferentes tipos de CPAM se originan en diferentes niveles del árbol traqueobronquial y en diferentes etapas del desarrollo pulmonar, posiblemente influenciados por la obstrucción/atresia de las vías respiratorias en el útero. Representa del 50-75% de las masas pulmonares. Incidencia prenatal: 1:4,000 a 1:6,000, postnatal 1:25,000 a 1:35,000.

La mayoría de los fetos se detectan prenatalmente en el segundo trimestre, mostrando un crecimiento en los primeros 2 trimestres. En el 50% de los casos hay una resolución prenatal aparente de la lesión hiperecogénica. Al momento del diagnóstico por ultrasonido se pueden evidenciar lesiones intrapulmonares con un aspecto típicamente hiperecogénico, con o sin componentes quísticos. Con ligera predilección por los lóbulos inferiores del pulmón.

En el Doppler color el suministro arterial y el drenaje venoso provienen de la circulación pulmonar el cual debe ser valorado durante el seguimiento de los pacientes.

## Objetivo:

Describir un caso diagnosticado prenatalmente de una malformación adenomatosa quística congénita así como las pautas a seguir en su seguimiento y factores relacionados directamente con esta patología.



## Reporte de Caso:

Acude a nuestro servicio paciente de 14 años de edad es referida debido al antecedente del reporte de un usg con una masa pulmonar irregular. Negando Se realiza primer usg encontrando los siguientes hallazgos: En región torácica se observa masa hiperecogénica en hemitórax derecho con múltiples quistes en su interior sin vaso nutricio de 3.98x3.72x4.57 cm CVR 1.64, riesgo alto de hidrops, probable MAQ macroquística. CC de 20.59. Se inicia tratamiento a base de Dexametasona 24 mg en 48 hrs.

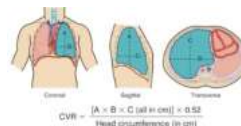
Posterior a este se realiza nueva valoración con usg el cual reporta: 25.2 SDG por USG

3.98x3.69x4.33 cm CVR 1.39, No hidrops + MAQ Macroquística. Se realiza ecocardiografía funcional el cual se reporta normal.

Se administra segunda esquema de corticosteroides. Y se continúa seguimiento ultrasonográfico.

Último reporte de usg: Embarazo de 34.1 por fetometría actual. FCF 135 LPM. DVM 42 mm, 34.1 SDG por USG (01.04.22- 22.6 SDG) + Pequeño para edad gestacional. 29x57x52 mm. CVR 1.41 CC 307 mm..

Cirugía programada para 12/07/2022 + Nuevo esquema de corticoide con Betametasona 12 mg IM cada 12 hrs (2 días)



## Conclusiones:

El seguimiento se realiza dependiendo de la EG, CVR, Hidrops, evolución. CVR: generalmente >1.6 se considera predictivo de hidrops. CVR <0.91 se a la presentación, se considera como un predictor favorable.

El crecimiento entre las 20-26 SDG suele ser relativamente mayor que en el resto del embarazo, lo que aumenta el riesgo de desplazamiento del mediastino y desarrollo de hidrops en esta edad gestacional temprana.

Pacientes de alto riesgo de predominio sólido-microquístico, sometidos a inyecciones prenatales maternas de betametasona, han evidenciado reducción del volumen de la lesión, con resolución del hidrops cercano al 80% y sobrevivida en torno al 85%.

El manejo postnatal dependerá de la sintomatología: por ejemplo en pacientes sintomáticos se trata mediante resección quirúrgica. La cirugía es curativa y tiene pocas complicaciones. La lobectomía generalmente se prefiere a la resección de cuffa debido a la dificultad técnica para identificar los planos de disección con algunas lesiones y al aumento de la morbilidad asociada con las resecciones parciales

## Resultados:

Se llega a término del embarazo, vía abdominal: Cesárea, se obtiene RN vivo con adecuado tono y llanto espontáneo. Peso 2760 grs. Edad: 37.5 SDG por Capurro Sexo: Masculino PC: 33 Apgar: 8-9. Se realiza TAC en la cual reporta un a lesión que ocupa más del 20%, junto con 8 tumoraciones a nivel del lóbulo la más grande de 18x11x12 mm. Desplazando el pulmón izquierdo y parte del mediastino. Se realiza resección quirúrgica, 3 quistes en lóbulo medio y 2 en lóbulo inferior derecho. Se realiza TAC posquirúrgica con presencia de disminución de la densidad del parénquima pulmonar a nivel del lóbulo inferior izquierdo con engrosamiento septal del parénquima interpuesto compatible con malformación adenomatosa quística del pulmón. Además de ser confirmado por el histopatológico.