



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



### CASO CLÍNICO

## Malformación adenomatoide quística pulmonar. Diagnóstico prenatal



R. Bernardo Vega\*, J.M. Mayor González, E. Arias Valdés, A. Alvarez González,  
S. del Olmo Bautista y F. Vázquez Camino

*Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Río Hortega, Valladolid, España*

Recibido el 7 de marzo de 2013; aceptado el 31 de julio de 2013

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2013

#### PALABRAS CLAVE

Pulmón;  
Adenoma quístico;  
Diagnóstico prenatal

#### KEYWORDS

Lung;  
Cystic adenoma;  
Prenatal diagnosis

**Resumen** La malformación adenoidea quística (MAQ) es una infrecuente alteración del desarrollo pulmonar, que puede ser diagnosticada por ecografía a lo largo de la gestación. Se presenta el caso de una MAQ aislada que se resolvió de manera espontánea intraútero. © 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### Cystic adenomatoid malformations of the lung. Prenatal diagnosis

**Abstract** Cystic adenomatoid malformations (CAM) are relatively rare developmental abnormalities of the lung, which can be diagnosed by ultrasound during pregnancy. We report a case of CAM with no other associated abnormalities that resolved naturally in-utero. © 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

### Introducción

La malformación adenoidea quística pulmonar (MAQ) es una anomalía infrecuente del desarrollo pulmonar, descrita por primera vez en 1949<sup>1</sup>. La incidencia oscila entre 1/11.000<sup>2</sup> y 1/35.000<sup>3</sup> recién nacidos, con una incidencia ligeramente superior en varones<sup>4</sup>. En la mayoría de los casos diagnosticados la lesión es unilateral (generalmente en pulmón izquierdo y en un único lóbulo pulmonar)<sup>5,6</sup>. Junto con el secuestro broncopulmonar y el quiste broncogénico, forma parte de un grupo de anomalías basadas en una

displasia en la formación embrionaria del árbol pulmonar. El diagnóstico de la MAQ es ecográfico y suele realizarse en edades gestacionales precoces.

### Caso clínico

Primigesta de 19 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, con una gestación en curso normal hasta la semana 19, momento en el que se le realiza la ecografía del segundo trimestre. En dicha exploración ecográfica se visualiza el pulmón derecho de aspecto normal, mientras que en el pulmón izquierdo se observan múltiples quistes, todos ellos menores de 1 cm, no pudiendo distinguir parénquima pulmonar normal. No se visualizaron otras

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rutuber@yahoo.es](mailto:rutuber@yahoo.es) (R. Bernardo Vega).



**Figura 1** Ecografía del segundo trimestre.



**Figura 2** Ecografía de la semana 28.

malformaciones. Se determinó el diagnóstico de MAQ tipo II (fig. 1).

Se realizaron controles ecográficos en semanas 24, 28 (fig. 2), 32, 36 y 38, observándose una disminución progresiva del tamaño de las lesiones, hasta la desaparición completa de las mismas observada en la ecografía de la semana 32 (fig. 3). En la semana 39+6 la paciente ingresa en nuestro hospital con parto en curso, naciendo mediante un parto eutócico un varón de 3.290 g, apgar 9/10 y PH de 7,31. En los controles posnatales realizados no se visualizaron lesiones pulmonares y el niño permanece asintomático 3 meses después de su nacimiento.



**Figura 3** Ecografía de la semana 32.

## Discusión

La clasificación más utilizada para la MAQ es la de Stocker (1977)<sup>7</sup>:

MAQ I: quistes únicos o múltiples de más de 2 cm. Constituye el 50% de los casos.

MAQ II: múltiples quistes pequeños menores de 1 cm. En el 40% de los casos.

MAQ III: masa de aspecto sólido, constituida por innumerables microquistes. Sucede en el 10% de los casos y es el de peor pronóstico.

En el 10-20% de los casos existen anomalías asociadas; las más frecuentes son las genitourinarias, pero también las hay cardíacas, gastrointestinales o esqueléticas. Por tanto, ante el diagnóstico de MAQ es fundamental una correcta y exhaustiva valoración morfológica fetal. Aunque no se ha descrito asociación a cromosomopatías, suele realizarse cariotipo fetal para facilitar el consejo a las pacientes. Ha de hacerse un cuidadoso diagnóstico diferencial con el secuestro broncopulmonar, los quistes broncogénicos y la hernia diafragmática<sup>4,8</sup>. Para ello es muy útil el doppler color, con el fin de descartar la presencia o no de un vaso nutricio procedente de la aorta, estableciendo el diagnóstico de secuestro o de MAQ, respectivamente. La RMN ha demostrado su utilidad en el diagnóstico de lesiones pulmonares, sobre todo para definir la existencia de parénquima pulmonar normal.

Como en el caso expuesto, la mayoría de las MAQ tienen un curso frecuentemente benigno en el útero, e incluso en un 20% de los casos las lesiones desaparecen a lo largo de la gestación. En un porcentaje muy bajo, la MAQ evoluciona hacia el crecimiento con compresión mediastínica, hídrops y muerte fetal, sobre todo en los casos con las lesiones más extensas.

El manejo posnatal es controvertido, puesto que algunos grupos proponen el seguimiento de las lesiones asintomáticas mediante radiografía de tórax o TAC, realizando una cirugía de las mismas en el caso de que crezcan o produzcan clínica, y otros proponen la resección de todas las lesiones pulmonares en la infancia (antes del año de vida) con el fin de evitar infecciones o malignizaciones, descritas en casos aislados<sup>9</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Chin KY, Tang MY. Congenital adenomatoid malformation of one lobe of a lung with general anasarca. *Arch Pathol.* 1949;48:221-9.
2. Laberge JM, Flageole H, Pugash D, Khalife S, Blair G, Filiatrault D, et al. Outcome of the prenatally diagnosed congenital cystic adenomatoid malformation: A Canadian experience. *Fetal Diagn Ther.* 2001;16:178-86.
3. Gornall AS, Budd JL, Draper ES, Konje JC, Kwrinezuk JJ. Congenital cystic adenomatoid malformation: Accuracy of prenatal diagnosis, prevalence and outcome in a general population. *Prenatal Diagn.* 2003;23:997-1002.
4. Langston C. New concepts in the pathology of congenital lung malformations. *Sem Pediatr Surg.* 2003;12:17-37.

5. Davenport M, Warne SA, Cacciaguerra S, Patel S, Greenough A, Nicolaides K. Current outcome of antenatally suspected congenital cystic lung disease. *J Pediatr Surg.* 2004;39:549–56.
6. Calvert JK, Boyd PA, Chamberlain PC, Syed S, Lakhoo K. Outcome of antenatally suspected congenital cystic adenomatoid malformation of the lung: 10 years experience 1991-2001. *Arch Dis Child fetal Neonatal Ed.* 2006;91:26–8.
7. Stocker JT, Madewell JER, Drake RM. Congenital cystic adenomatoid malformation of the lung: Classification and morphologic spectrum. *Hum Pathol.* 1977;8:155–71.
8. Di Prima F, Bellia A, Inclimona G, Grasso F, Terez M, Cassaro MN. Antenatally diagnosed congenital cystic adenoamtoid malformations: Research review. *J Prenatal Med.* 2012;6:22–30.
9. Adzick NS. Management of fetal lung lesions. *Clin Perinatol.* 2003;30:481–92.