



CIVE

CENTRO DE IMÁGENES VILLA ELISA

MALFORMACION ADENOMATOIDE QUISTICA PULMONAR. REPORTE DE UN CASO.

Autores: González M; Borsa L;
Fernández Cicili K; Farías N; Matzke
G, González C.

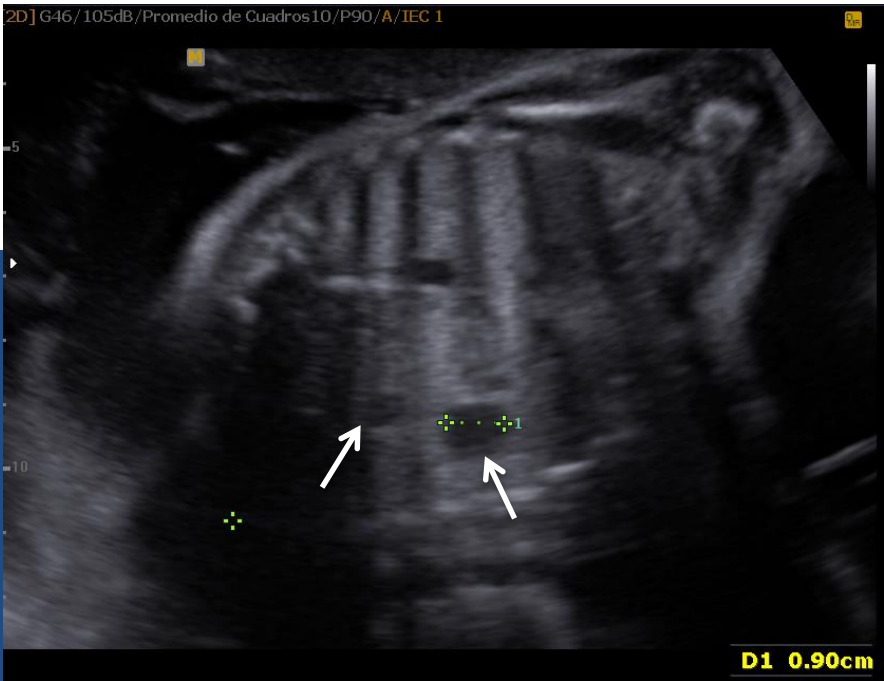
Presentación del caso

Reportamos el caso de una paciente femenina de 36 años de edad, cursando su tercer embarazo, sin antecedentes familiares ni personales de interés que concurre a nuestro Centro para control obstétrico de rutina. Presentaba controles ecográficos previos normales con biometría coincidente a la fecha de última menstruación.

Hallazgos Imagenológicos

En dicho control ecográfico (26 semanas) se observaron en el pulmón derecho múltiples imágenes quísticas que promediaban entre 8 y 10 mm. en su mayor diámetro, no observándose otras malformaciones. Como diagnóstico presuntivo se propone malformación adenomatoide quística (MAQ) tipo II.

HALLAZGOS ECOGRAFICOS



Corte sagital donde evidencian múltiples imágenes quísticas (flechas blancas) que no superan los 9 mm.

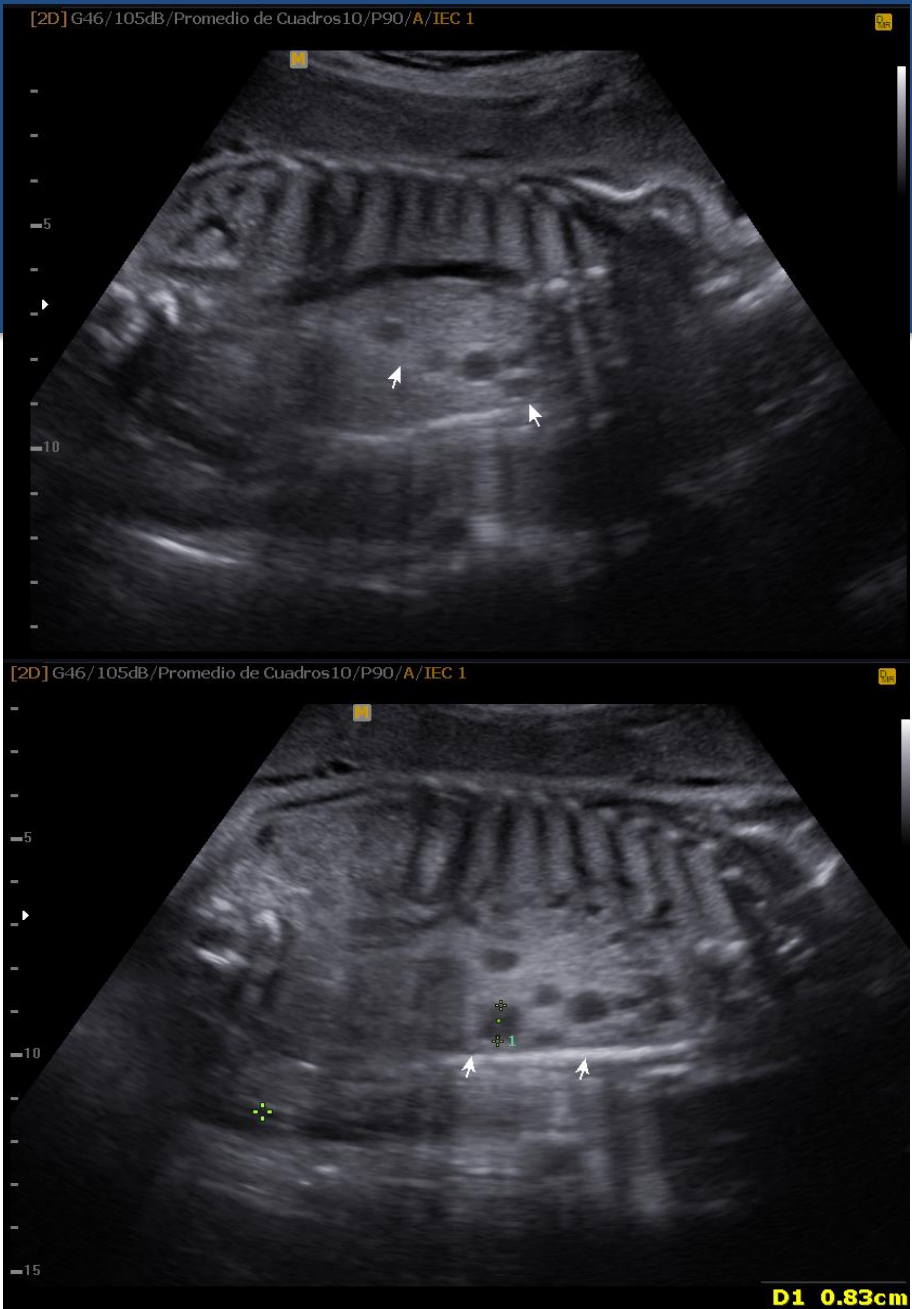


Corte axial, observándose en hemitorax derecho, múltiples imágenes quísticas.

HALLAZGOS ECOGRAFICOS

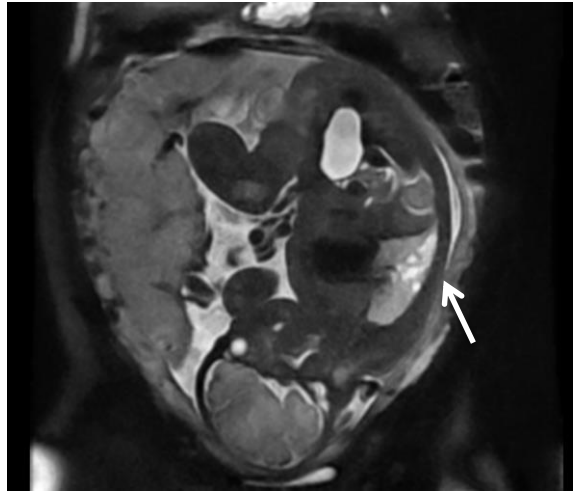
Corte ecográfico sagital donde se evidencian las imágenes descritas (flechas blancas).

Ante estos hallazgos se decide realizar RMN fetal para confirmar la sospecha diagnóstica.



HALLAZGOS POR RMN

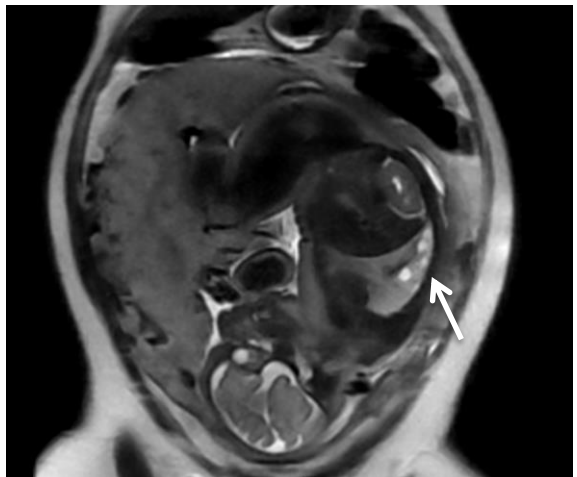
RMN sagital ponderada en T2 Fat-Sat, donde se confirma la presencia de imágenes quísticas, hiperintensas en T2, hipointensas en T1, no mayores a 10 mm.



RMN coronal ponderada en T2 donde se observan las imágenes quísticas en hemitorax derecho.



RMN sagital ponderada en T2.



- La MAQ es una lesión congénita que se genera por la proliferación de los bronquiolos terminales sin la formación normal de los alvéolos.
- La clasificación anatomopatológica de Stocker (1977) es la mas utilizada en todo el mundo y la divide en tres grupos dependiendo del tamaño de los quistes;
 1. El tipo I se presenta con quistes únicos o múltiples de más de 2cm. siendo la mas frecuente.
 2. En la tipo II que presentó nuestro paciente, se observan múltiples quistes menores de 1 cm y constituye el 40% de los casos.
 3. Por último y la menos frecuente es la tipo III, caracterizada por una masa de aspecto sólido con innumerables microquistes.

Discusión

La literatura refiere predilección por el sexo masculino, como en nuestro caso, sin preferencia por raza, con una incidencia de 1 en 10.000 a 1 en 35.000 embarazos.

En el 10-20% de los casos existen anomalías asociadas, siendo las más frecuentes las genitourinarias, pero también hay cardíacas, gastrointestinales y esqueléticas.

Es por eso que ante la sospecha de MAQ es muy importante realizar una adecuada valoración morfológica fetal. El manejo posnatal es controvertido, algunos grupos proponen el seguimiento de las lesiones asintomáticas con radiografías o TAC y realizar cirugía en los casos que crezcan o generen clínica.

Discusión

Otros proponen resección de todas las lesiones antes del año con el fin de evitar infecciones o malignizaciones, descriptas en casos aislados.

Nuestro paciente no presentó otra malformación asociada y nació a término con 3600 grs.

Actualmente se controla con radiografía de tórax anual sin ninguna complicación clínica.

Si bien la MAQ es una rara entidad, representa el 25% de las malformaciones congénitas pulmonares. Es por eso que ante la presencia de una o varias imágenes quísticas o con apariencia sólida, generalmente unilateral, tenemos que sospechar esta malformación entre los diagnósticos diferenciales mencionados previamente.

La mayoría tienen una evolución benigna en el útero pero en porcentajes muy bajos, puede generar compresión mediastínica, hídrops y muerte fetal, sobre todo en los casos con lesiones extensas.

Nos parece importante hacer hincapié en el diagnóstico ecográfico prenatal de esta entidad teniendo en cuenta las posibles complicaciones pre y postparto.

