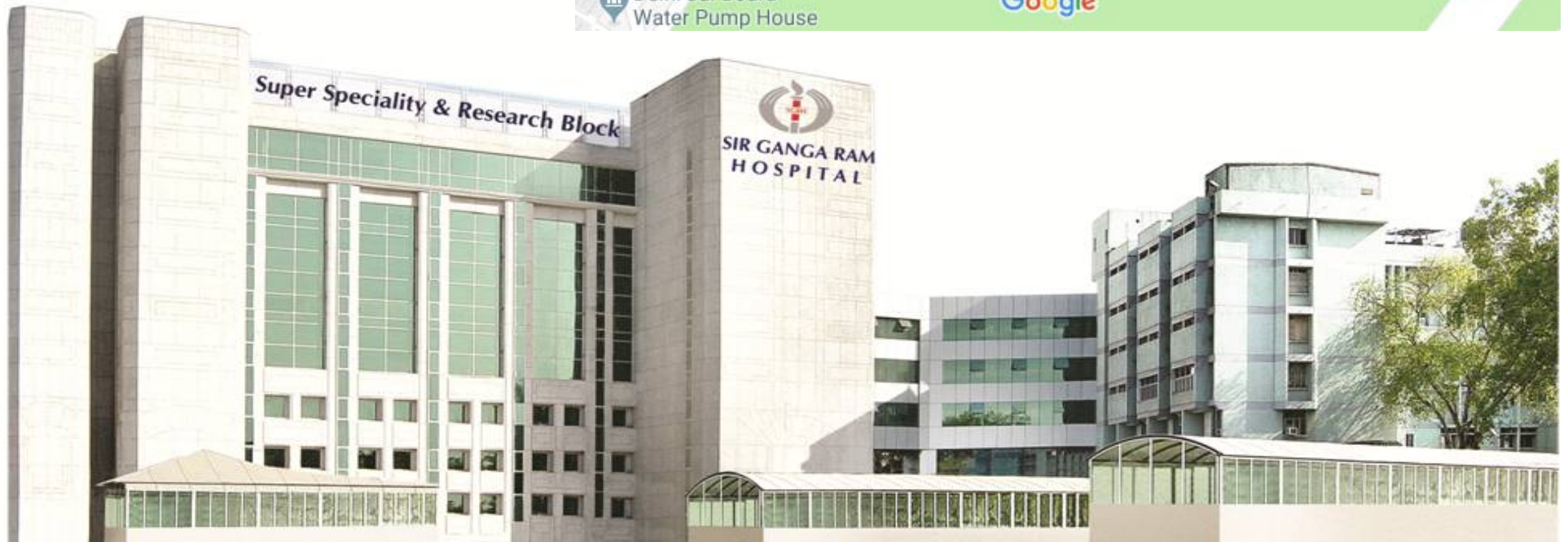


Coexistencia de lesiones quísticas de pulmón en Neonato de termino: un dilema de manejo

**Bichitrananda Raut , MD ^{*} ,Aakriti Soni , MBBS ^{*} ,Susanta Kumar
Badatya , MD, DNB ^{*} ,Satish Saluja , MD ^{*} ,Manoj Modi , MD,
DNB ^{*} , y Arun Soni , DNB ^{*}**

^{} Departamento de Neonatología, Hospital Sir Ganga Ram, Nueva
Delhi, India*

Catalina Jiménez Muñoz
Interna Medicina USS



Presentación de caso

- Madre primigesta
- RNT, 38 semanas, PEG, PTVE.
- Antecedentes:
 - Doppler alterado.
 - **Eco prenatal:** malformación adenomatoidea quística pulmonar(MAQP) en el lado izquierdo, que retrocedió después del tratamiento con esteroides en el tercer trimestre.
- Apgar 7-9.
- **Examen posnatal:** ruidos cardíacos prominentes en lado derecho de la región precordial. Saturación de oxígeno adecuada, sin signos de dificultad respiratoria.
- Ingresa a UCIN para observación y evaluación adicional del mediastino.



PROGRESIÓN DEL CASO



Progresión del caso

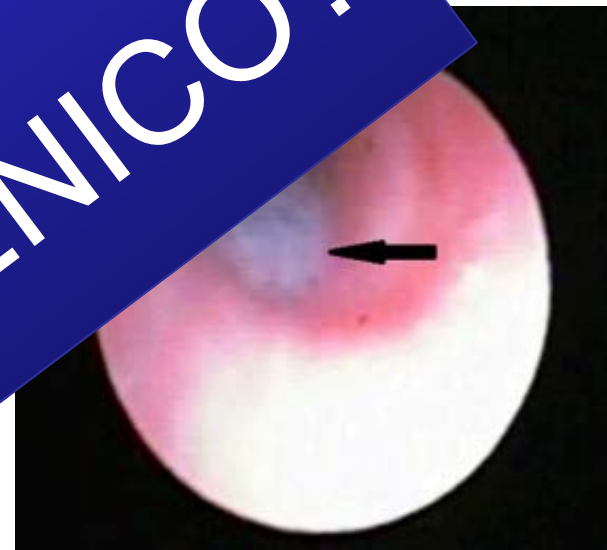
- **TAC:** MAQP del lóbulo inferior izquierdo con un quiste mediastínico posterior que comprime el bronquio principal izquierdo.
- Ecografía cardiaca, abdomen y cerebral normales.



Progresión del caso

- **20 hrs de vida** → dificultad respiratoria leve, no requiere ningún soporte respiratorio.

- **48 hrs de vida:** broncoscopia muestra una masa blástica que comprime el bronquio principal.
¿hemangioma?
¿quistes vasculares?
- Angiografía muestra la presencia de cualquier tipo de neoplasia vascular.



¿QUISTE BRONCOGÉNICO?

Progresión del caso

- **Exploración quirúrgica** → resección de la lesión quística que comprime el bronquio izquierdo, ya que posiblemente los síntomas se deben al efecto de compresión de la lesión broncogénica en lugar de CPAM.
- **4 ddv:** toracotomía izquierda → quiste intramural cerca de la carina, comprimiendo el bronquio izquierdo.



Biopsia: quiste broncogénico.

Progresión del caso

- El bebé continúa recibiendo VM después de la cirugía. Se intenta extubación el segundo día, pero no lo tolera.
- Broncoscopia flexible de repetición: edema subglótico → corticoides y epinefrina. Extubación exitosa el 2º día de terapia con esteroides.
- **Alta con 15 ddv.**
- Se educa a los padres sobre complicaciones del MAQP (infecciones, neumotórax, y potencial maligno)
- Se realiza un plan de seguimiento con una evaluación periódica del control del crecimiento y un plan para una resección electiva del lóbulo inferior a los 6 meses de edad o antes si es necesario.

Discusión

- Incidencia de lesiones quísticas congénitas de pulmón → 1 en 25,000 a 35,000 nacidos vivos.
- MAQP → Desarrollo anormal del árbol traqueobronquial, durante la fase pseudo-glandular (7-17 semanas).
- 2 características importantes:
 - conexión con el árbol traqueobronquial
 - suministro vascular desde la circulación pulmonar.

Discusión

- Se clasifica en 5 tipos según sitio de origen e histopatología
- Según ecografía prenatal

TABLE 1. Classification of Congenital Pulmonary Airway Malformation Based on Site of Origin From Tracheobronchial Tree as Described by Stocker et al (2)

TYPE	SITE OF ORIGIN
Type 0	Trachea
Type 1	Distal bronchi/proximal bronchiole
Type 2	Bronchioles, up to terminal bronchiole
Type 3	Alveolar duct/proximal acini
Type 4	Distal acini

TABLE 2. Classification of Congenital Pulmonary Airway Malformation Based on Antenatal Ultrasonography Proposed by Adzick et al (3)

TYPE	SIZE	APPEARANCE	PROGNOSIS
Macrocystic	>5 mm	Anechoic surrounded by hyperechogenic lung	Grows slowly Has a favorable prognosis
Microcystic	<5 mm	Homogenous solid mass, hyperechoic as compared to lung parenchyma	Larger in size and grow rapidly, often associated with mediastinal shift, pulmonary hypoplasia, polyhydramnios and hydrops Has a poor prognosis

Discusión

- Quiste broncogénico → brote anormal del intestino primitivo. Puede formar quiste extra o intrapulmonar.
- Dg antenatal con US → quiste anecoico intratorácico unilocular → manejo y pronóstico.
- **Coexistencia es rara.**
- Caso clínico → no se detectó el quiste broncogénico.
- Diferenciación difícil entre CPAM y del quiste broncogénico.

TABLE 3. **Differentiation Between Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM) and Bronchogenic Cysts**

CPAM	BRONCHOGENIC CYST
Usually air filled unless infected	Usually mucous filled unless infected
Cyst wall is thinner	Cyst wall is thicker
Surrounded by island of cartilage only	Surrounded by cartilage, smooth muscle, elastic tissue, mucous glands

Discusión

- Pronóstico depende de la histopatología, anomalías congénitas asociadas, presencia o no de hidrops, signos de compromiso cardiovascular, e hipoplasia pulmonar por efecto de masa.
- Sobrevida de 95% de casos de MAQP y en fetos que no desarrollan hidrops es casi el 100%.
- En fetos con hidrops que se someten a intervención prenatal, es de 80%, con tasas de hasta el 100% entre los tratados con toracocentesis.
- La sobrevida neonatal fue del 69%.
- El manejo postnatal depende de si el RN es sintomático.

Lecciones

- Aunque es raro, pueden estar presentes diferentes tipos de enfermedades pulmonares quísticas juntas.
- Es muy difícil para el clínico distinguir qué lesión es responsable de los síntomas.
- Aunque el RN puede permanecer asintomático, la escisión quirúrgica de malformaciones congénitas pulmonares es necesario entre los 6 meses y 1 año de edad debido al riesgo futuro de infección pulmonar recurrente, neumotórax y malignidad.

Coexistencia de lesiones quísticas de pulmón en Neonato de termino: un dilema de manejo

Catalina Jiménez Muñoz

Interna Medicina USS

fppt.com