

indicaciones que se les hacen. Por ello pensamos que la Asociación Española de Pediatría debe de instar a las autoridades sanitarias que pongan en marcha una campaña de información y prevención sobre esta tema, utilizando medios de comunicación y escuelas. En otros países, se ha comprobado que con esta estrategia la incidencia de cuerpos extraños en las vías aéreas disminuyó en un 35%⁽⁶⁾.

Bibliografía

- 1 Pérez Prado MG, Carballo Castillo I, Sendón Rico F, García Fernández ME, Ramil Fraga C, Quiroga Ordóñez E. Aspiración de cuerpos extraños. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:453-455.
- 2 Valdovinos Mahave MC, Melendo Gimeno J, Ruiz Valero F, Juan Belloc S. Niño de dos años con dificultad respiratoria aguda. *An Esp Pediatr* 1988; **49**:641-642.
- 3 Mu LC, He P, Sun DQ. The causes and complications of late diagnosis of foreign body aspiration in children. Report of 210 cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; **117**:876-879.
- 4 Mu LC, Sun DQ, He P. Radiological diagnosis of aspirated foreign body in children: review of 343 cases. *J Laryngol Otol* 1990; **104**:776-782.
- 5 Losek JD. Diagnostic difficulties of foreign body aspiration in children. *Am J Emerg Med* 1990; **8**:348-350.
- 6 Sadan N, Raz A, Wolach B. Impact of community educational programmes on foreign body aspiration in Israel. *Eur J Pediatr* 1995;

P. Sáenz González, A. Gutiérrez Laso,
I. Güemes Heras, M. Tronchoni Belda,
F. Morcillo Sopena

An Esp Pediatr 1999;51:206-207.

Sr. Director:

Hemos leído con interés la Nota Clínica "Malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar de diagnóstico antenatal. A propósito de dos observaciones" publicada por Tabuenca Guitart y colaboradores⁽¹⁾ el pasado diciembre.

Felicitamos a los autores por su análisis del tema, pero quisiéramos matizar tres puntos.

Los autores sustentan sus casos desde el punto de vista del diagnóstico prenatal, pues el relacionar los signos ecográficos prenatales y la evolución a largo plazo ha permitido un enfoque de la conducta obstétrica antenatal menos agresivo⁽²⁾. Actualmente el pronóstico global es bueno y sin secuelas mayores a largo plazo, pese a la existencia de un cierto grado de hipoplasia pulmonar en todos los casos⁽³⁾. De ahí que, aunque efectivamente las MAQ tipo III se complican y son subsidiarias de tratamiento intraútero con más frecuencia; una vez en el periodo postnatal no está claro que tengan peor pronóstico⁽⁴⁾.

No comentan la posibilidad de malignización de las lesiones asintomáticas⁽⁵⁾, no ya a largo plazo, sino incluso en la primera infancia⁽⁶⁾. Es por ello que, aunque el tratamiento debe ser individualizado, numerosos autores abogan por una cirugía precoz y radical al diagnóstico⁽⁵⁻⁷⁾; pero reglada como en los casos presentados.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Servicio Neonatología.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.
Correspondencia: Pilar Sáenz González. Franco Tormo 17, p^a 17.
46007 Valencia.

Malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar: Controversias de tratamiento

Tampoco hacen referencia a la involución espontánea demostrada por los seguimientos ecográficos intraútero⁽⁸⁾. La etiología de las MAQ sigue siendo desconocida, pero recientemente se ha demostrado que la MAQ provendría de un defecto embrionario o pulmón fetal que crece anormalmente: con aumento de la proliferación celular y disminución de la apoptosis⁽⁴⁾. Esto concuerda con la suposición de que los diferentes tipos de MAQ e incluso los carcinomas broncoalveolares no son, sino una misma entidad en diferentes estadios evolutivos. De ahí, que ante un caso de regresión espontánea, pese a la ausencia de signos clínicos y radiológicos al nacimiento, se recomienda la realización de una TAC para descartar restos⁽⁹⁾.

En resumen, para disminuir la morbimortalidad de esta patología, hoy en día se reconsideran tratamientos invasivos intraútero y se aboga por una cirugía radical al diagnóstico

Bibliografía

- 1 Tabuenca Y, Rite S, Cocolina J et al. Malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar de diagnóstico antenatal. A propósito de dos observaciones. *An Esp Pediatr* 1998; **49**:631-634.
- 2 Dommergues M, Louis-Sylvestre C, Mandelbrot L et al. Congenital adenomatoid malformation of the lung: when is active fetal therapy indicated? *Am J Obstet Gynecol* 1997; **177**:953-958.
- 3 Coran AG, Drongowski R. Congenital cystic disease of the tracheobronchial tree in infants and children. *Arch Surg* 1994; **129**:521-527.
- 4 Cass D, Quinn T, Yang E et al. Increase cell proliferation and decreased apoptosis characterize congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. *J Pediatr Surg* 1998; **33**:1043-1047.

- 5 Sheffield EA, Addis BJ, Corrin B, McCabe M. Epithelial hyperplasia and malignant change in congenital lung cysts. *J Clin Pathol* 1987; **40**:612-614.
- 6 Granata C, Gambini C, Balbucci T et al. Bronchioloalveolar carcinoma arising in congenital cystic adenomatoid malformation in a child: a case report and review on malignancies originating in congenital cystic adenomatoid malformation. *Pediatric Pulmonology* 1998; **25**:62-66.
- 7 Ward J. Surgery for congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. *The New England Journal of Medicine* 1996; **335**: 1689.
- 8 MacGillivray TE, Harrison MR, Goldstein RB et al. Disappearing fetal lung lesions. *J Pediatr Surg* 1993; **28**:1321-1325.
- 9 Winters WD, Effemann EL, Nghiem HV, Nyberg DA. Disappearing fetal lung masses: importance of postnatal imaging studies. *Pediatr Radiol* 1997; **27**:535-539.

V. Rebage Moisés, S. Rite Gracia

An Esp Pediatr 1999;51:207.

Sr. Director:

En relación a la carta de los Dres. P. Saenz González, A. Gutiérrez Laso, I. Güemes Heras, M. Tronchoni Belda, F. Morcillo Sopena, sobre nuestra Nota Clínica: "Malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar de diagnóstico antenatal" publicada recientemente en Anales Españoles de Pediatría⁽¹⁾, agradecemos sus comentarios y el interés mostrado hacia nuestra comunicación, a los que, sin embargo, queremos hacer algunas consideraciones.

Nuestro objetivo era comunicar dos observaciones personales de malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar (MQACP) que se beneficiaron de un diagnóstico ecográfico antenatal, lo que facilita a obstetras, neonatólogos y cirujanos, una actuación multidisciplinaria.

Dadas las limitaciones de una Nota Clínica, y la base de este trabajo, no hemos considerado otros aspectos, como la posibilidad de malignización o involución espontánea, como indican en su escrito.

Respecto a lo primero, hay una referencia, al final del comentario, donde se dice que la resección quirúrgica precoz, pero adaptada a cada caso, es el tratamiento recomendado, incluso en niños asintomáticos, con el fin de evitar, entre otras complicaciones, una posible malignización. (Benjamín y cols. comunicaron un paciente de 19 años que desarrolló un carcinoma bronquioalveolar en el pulmón intervenido en su infancia debido a una malformación adenomatoidea)⁽²⁾.

Sobre el comentario de casos detectados ecográficamente intraútero, con regresión o reducción espontánea confirmada del tamaño de los quistes, es un hecho conocido. Esto hace pensar que la anomalía focal no crece mientras se desarrolla el tejido pulmonar normal circundante⁽³⁾, por lo que hay que analizar cuidadosamente los riesgos y ventajas de los tratamientos invasivos.

Malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar de diagnóstico antenatal. A propósito de dos observaciones

Estamos de acuerdo en que el pronóstico global de la enfermedad es en general bueno, debido a la buena evolución postnatal de algunas formas intraútero que, en principio, parecían desfavorables. No obstante, compruebo cierta contradicción cuando concluyen que, en la actualidad, hay que reconsiderar tratamientos invasivos para mejorar las perspectivas de la afección.

Por nuestra parte, creemos que únicamente las formas asociadas a hidrops fetal, presentes en el 86% de lesiones de tipo III, tienen mal pronóstico y son subsidiarias de cirugía fetal, procedimiento de gran morbilidad a pesar de ciertos informes alentadores⁽⁴⁾, y que, en la actualidad, están fuera de nuestras posibilidades.

Por último, el trabajo que citan de Cass⁽⁵⁾ relacionado con la patogenia de la MQACP, fue publicado en Jul/98 en el *Journal Pediatr Surg*, es decir posteriormente al envío del nuestro. En dicho estudio se confirma lo que ya otros autores habían postulado, aunque sigue sin conocerse la etiología que condiciona el aumento de la proliferación celular o la disminución de la apoptosis.

Bibliografía

- 1 Tabuenca Guitart Y, Rite Gracia S, Cocolina Andrés J "et al". Malformación quística adenomatoidea pulmonar de diagnóstico antenatal. A propósito de dos observaciones. *An Esp Pediatr* 1998; **49**:631-634.
- 2 Benjamin DR, Cahill JL. Bronchioloalveolar carcinoma of the lung and congenital cystic adenomatoid malformation. *Am J Clin Pathol* 1991; **95**:889-892.
- 3 Revillon Y, Jan D, Plattner V "et al". Congenital cystic adenomatoid malformation of the lung: Prenatal management and prognosis. *J Pediatr Surg* 1993; **28**:1009-1011.
- 4 Kuller JA, Yankowitz J, Goldberg JD "et al". Outcome of antenatally diagnosed cystic adenomatoid malformations. *Am J Obstet Gynecol* 1992; **167**:1038-1041.
- 5 Cass DL "et al". Increase cell proliferation and decreased apoptosis

Unidad Neonatal. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.