

# Neumotórax Recidivante

CLAUDIA VELAZQUEZ MORAGA  
(Rotatorio Pediatría )  
TUTOR/A: DRA. LUCÍA SANGUINO  
(UCI Neonatal)



# Anamnesis

## Antecedentes familiares

Madre sana 27 años, A Rh +, GAV 3-1-2.  
Padre y 2 hermanos sanos.

## Antecedentes personales

- Embarazo controlado y normoevolutivo.
- Cesárea (2 cesáreas previas) a las 35 +0
- EGB desconocido
- Amniorraxis intraquirúrgica
- APGAR 9/10

## Exploración física

- Peso: 2090 g (p10-p50)
- Talla: 44 cm (p10-p50)
- PC: 31 cm (p25-p50)

- ✓ Quejido audible sin fonendo
- ✓ Tiraje sub-intercostal + Sat O2 90-92%

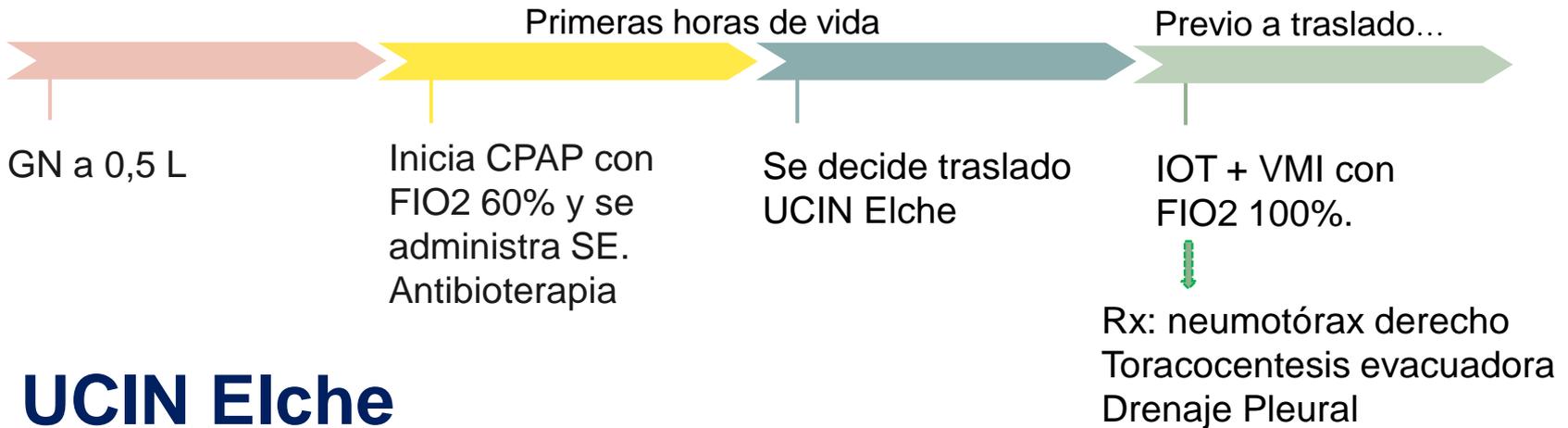


Neonatos

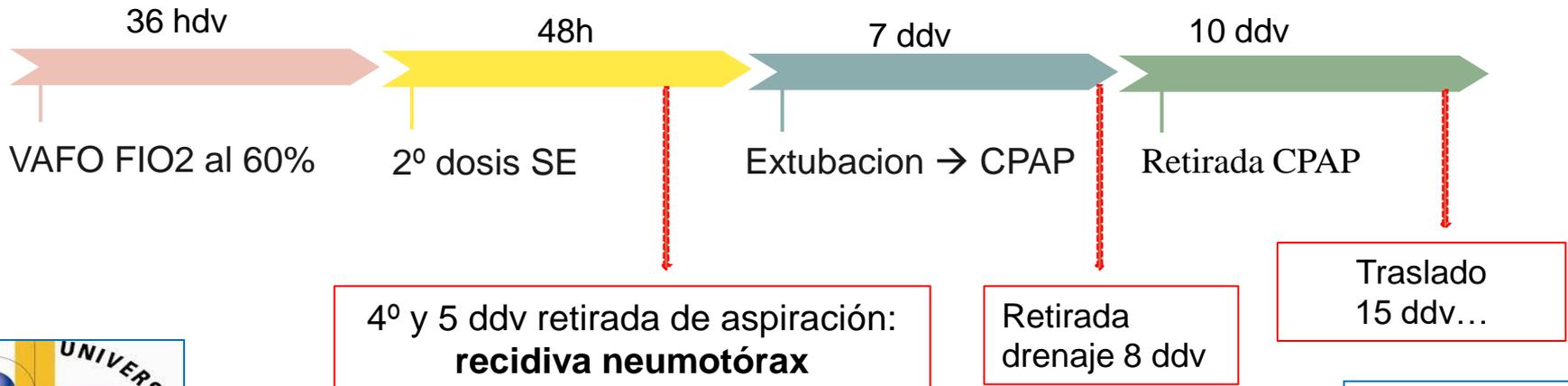
Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo



# Evolución: Hospital comarcal de origen (Iib)

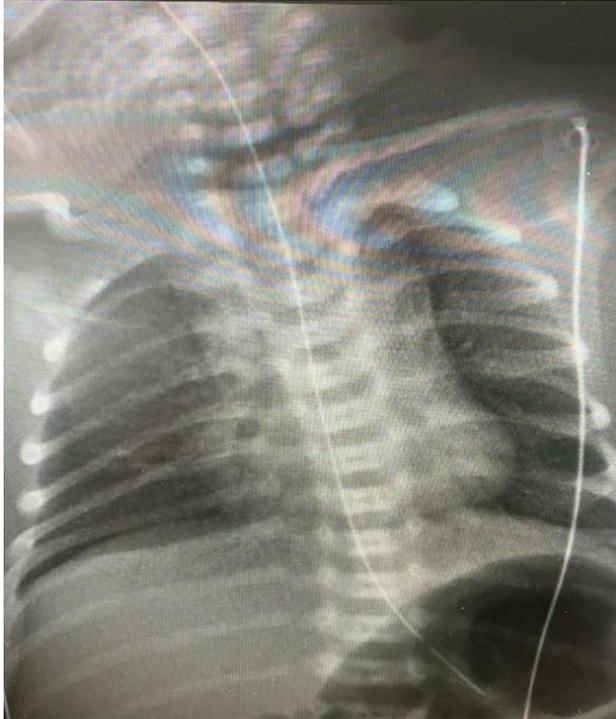


## UCIN Elche

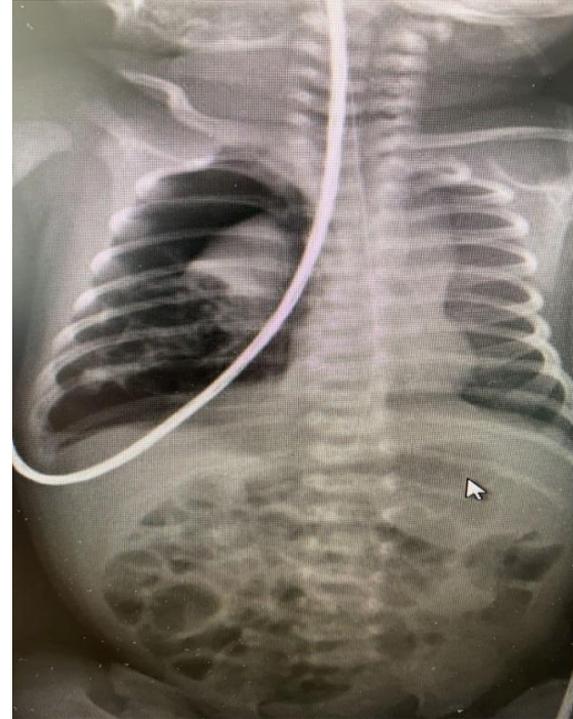


# Pruebas complementarias

1º Rx hospital de origen



2º Rx previa traslado UCIN Elche



## Otras pruebas

- **Hemocultivo negativo**
- **Gasometría al ingreso Hospital de origen:** PH 7,25, pCO<sub>2</sub> 62, HCO<sub>3</sub> 27,4, Lactato 1,2
- **Analítica:** 19300 leucocitos con formula normal, PCR negativa.

# DISTRES RESPIRATORIO



EMH

ASPIRACION  
MECONIAL

PCF – HPPN

TAQUIPNEA TRANSITORIA

SEPSIS NEONATAL PRECOZ

ESCAPE AEREO

Neumomediastino

EPI

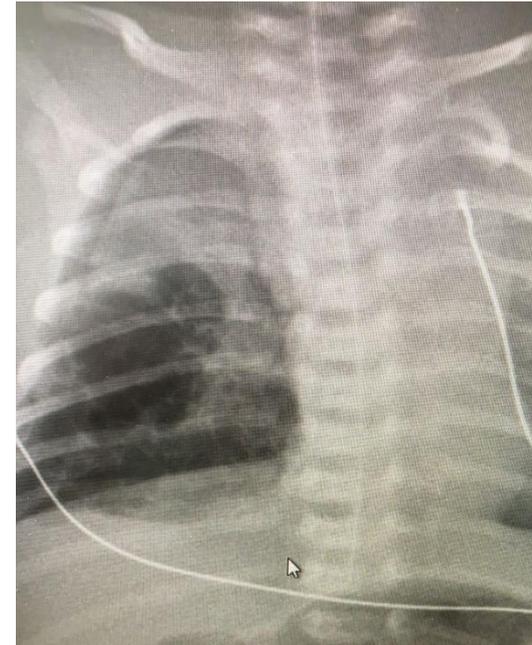
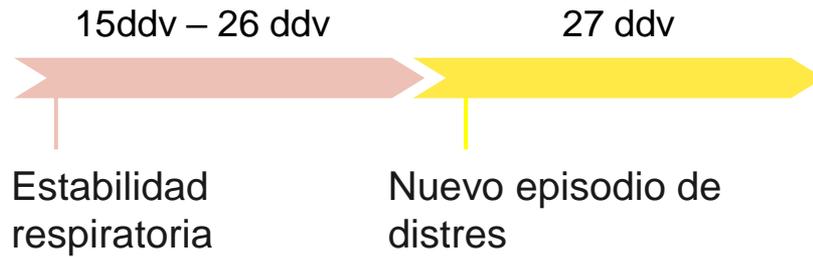
Neumotórax

- Déficit del surfactante
- Distrés graveal nacimiento o en las horas posteriores
- Rx: Pulmón blanco
- Tratamiento: Surfactante endotraqueal

- > 60 rpm
- Rx: Pulmón hiperinsuflado + liquido en cisuras
- Factores de riesgo: cesárea o sedación materna
- Tratamiento: Oxigenoterapia

- ✓ Iatrogénico
- ✓ Espontáneo
- ✓ Enfermedad pulmonar

# Evolución Hospital de origen (IIb)

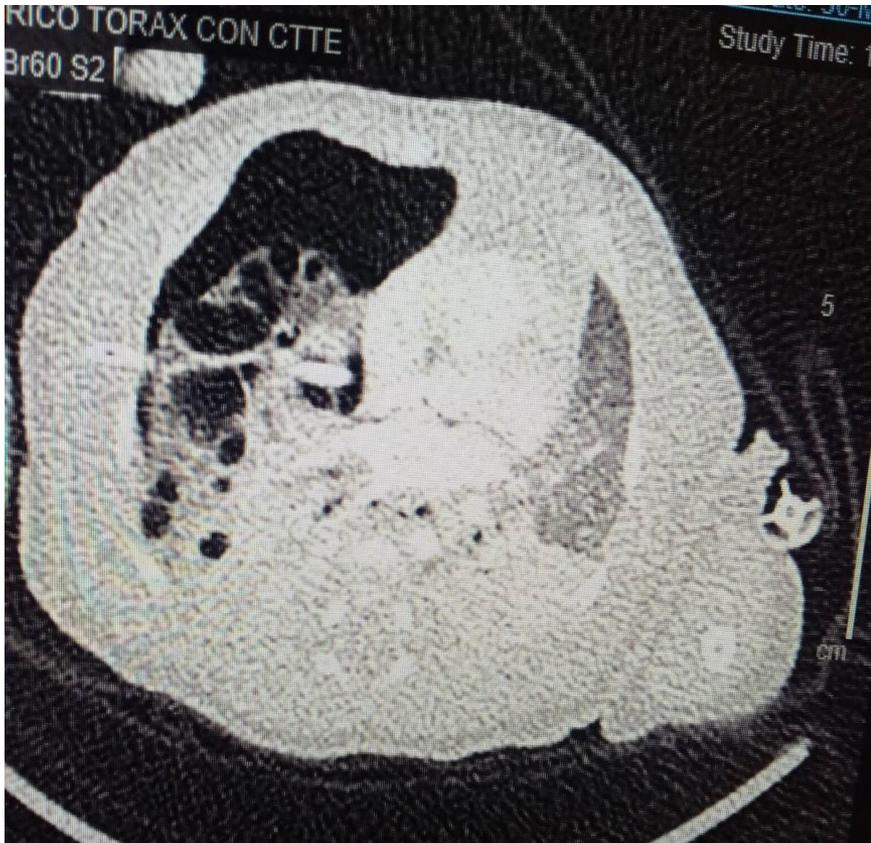


Ante sospecha de malformación pulmonar se contacta con HGUA



- ✓ Ingreso en UCIN
- ✓ IOT y en Rx: recidiva neumotórax derecho a tensión.
- ✓ Colocación Pig-tail
- ✓ TAC

# Diagnostico



TAC torácico con contraste

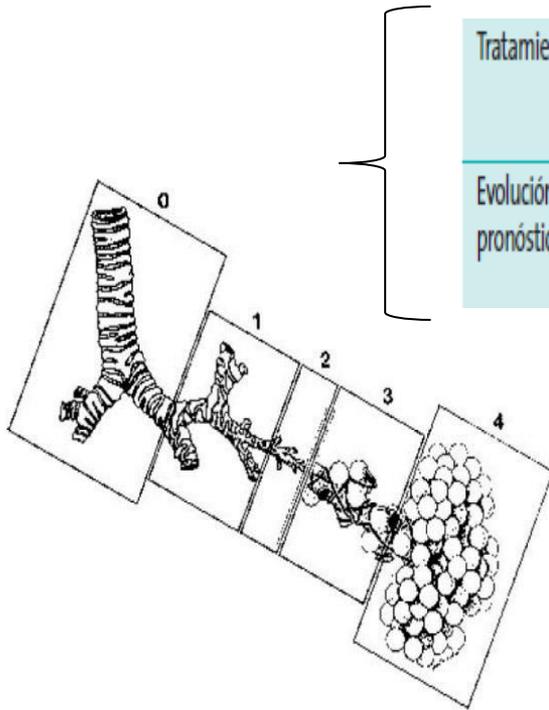
**Malformación Adenoidea Quística que impresiona de MAQ tipo 1 (Clasificación de Stocker).**

- ✓ Muy poco frecuente
- ✓ Anomalía proliferación estructuras bronquiolares terminales
- ✓ Comunicación con árbol traqueo bronquial
- ✓ Vascularización procedente de circulación pulmonar

# MAQ

Tipo MAQ (Stocker 1977)	NA	Tipo I	Tipo II	Tipo III	NA
Tipo MCVAP (Stocker 2002)	Tipo 0	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4
Nombre descriptivo	Displasia o disgenesia acinar	Grandes quistes	Pequeños quistes	Adenomatoidea	Periférica The unlined cyst lesion
Origen de la lesión	Traqueal/bronquial	Bronquial/bronquiolar	Bronquiolar	Bronquiolar/alveolar	Acinar distal
¿Es quística?	No	Sí	Sí, múltiple	No (o diseminados)	Sí
¿Es adenomatoidea?	No	No	No	Sí	No
Porcentaje	< 2%	60-70%	15-20%	5-10%	10%
Características únicas	Afectación de todos los lóbulos; incompatible con la vida			Casi exclusiva de varones	Neumotórax a tensión
Ecografía prenatal	Pulmones pequeños	Masa quística en 1.er trimestre que crece en 2.º-3.º trimestre	Desde normal a masa mal definida	Masa que crece progresivamente. <i>Hydrops fetalis</i> 80%	Desde normal a masa quística similar a MCVAP tipo 1
Edad típica de presentación	Nacimiento	Intraútero si es grande; varios años de vida si es pequeña	Primer mes de vida	Intraútero o al nacimiento	Nacimiento a 6 años de vida, incluso más tardía
Presentación y síntomas	Pulmones no aireados. Feto muerto/ DR grave	Asintomático (hallazgo casual), DR neonatal, desplazamiento mediastínico, infección o tumor maligno	De asintomático a DR leve. Se pueden dx antes otras anomalías extrapulmonares	Mortinato/DR grave	Asintomático (hallazgo casual), DR neonatal, neumotórax a tensión, infección o tumor maligno.

# MAQ

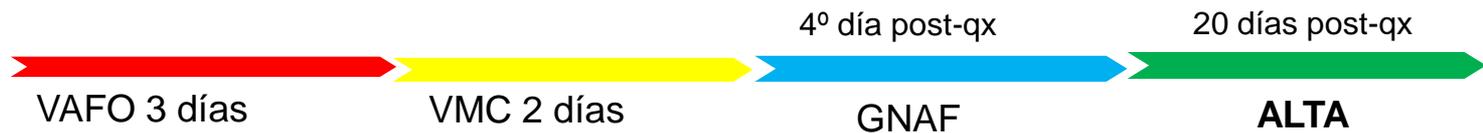


Tratamiento	Ninguno	Resección lobar/es	Resección. Depende del resto de anomalías	Resección lobar/es	Resección lobar/es
Evolución y pronóstico	Incompatible con la vida	Excelente tras cirugía	Depende de severidad resto anomalías	Mala. Depende de la severidad de la hipoplasia pulmonar	Excelente tras cirugía
	Tipo 0	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4

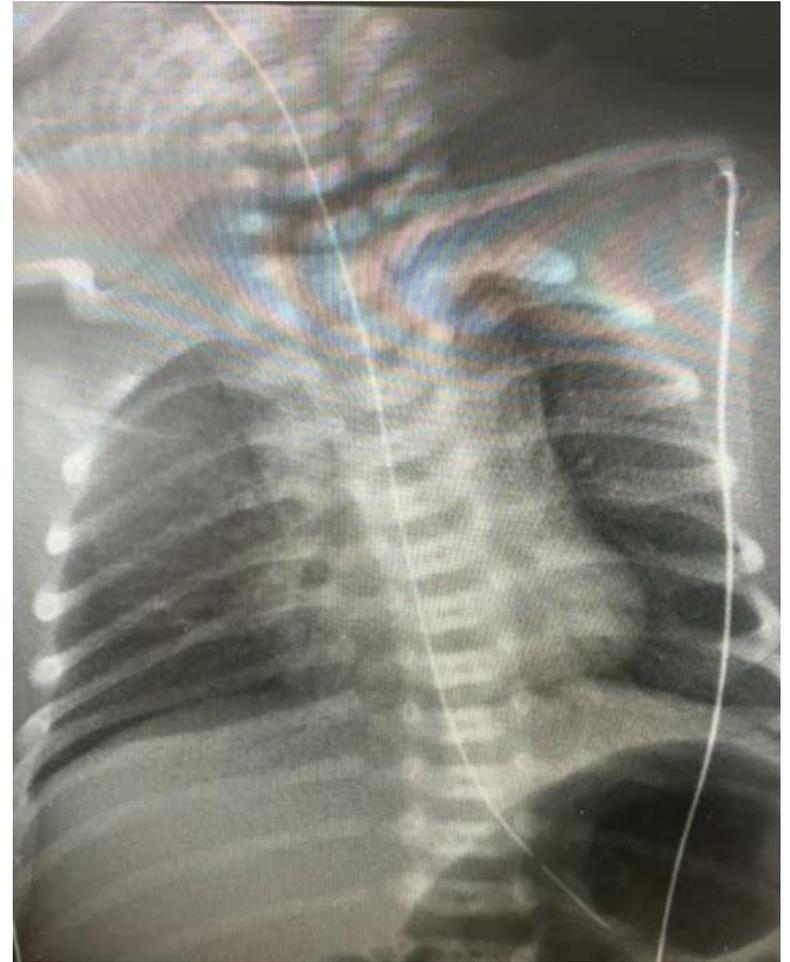
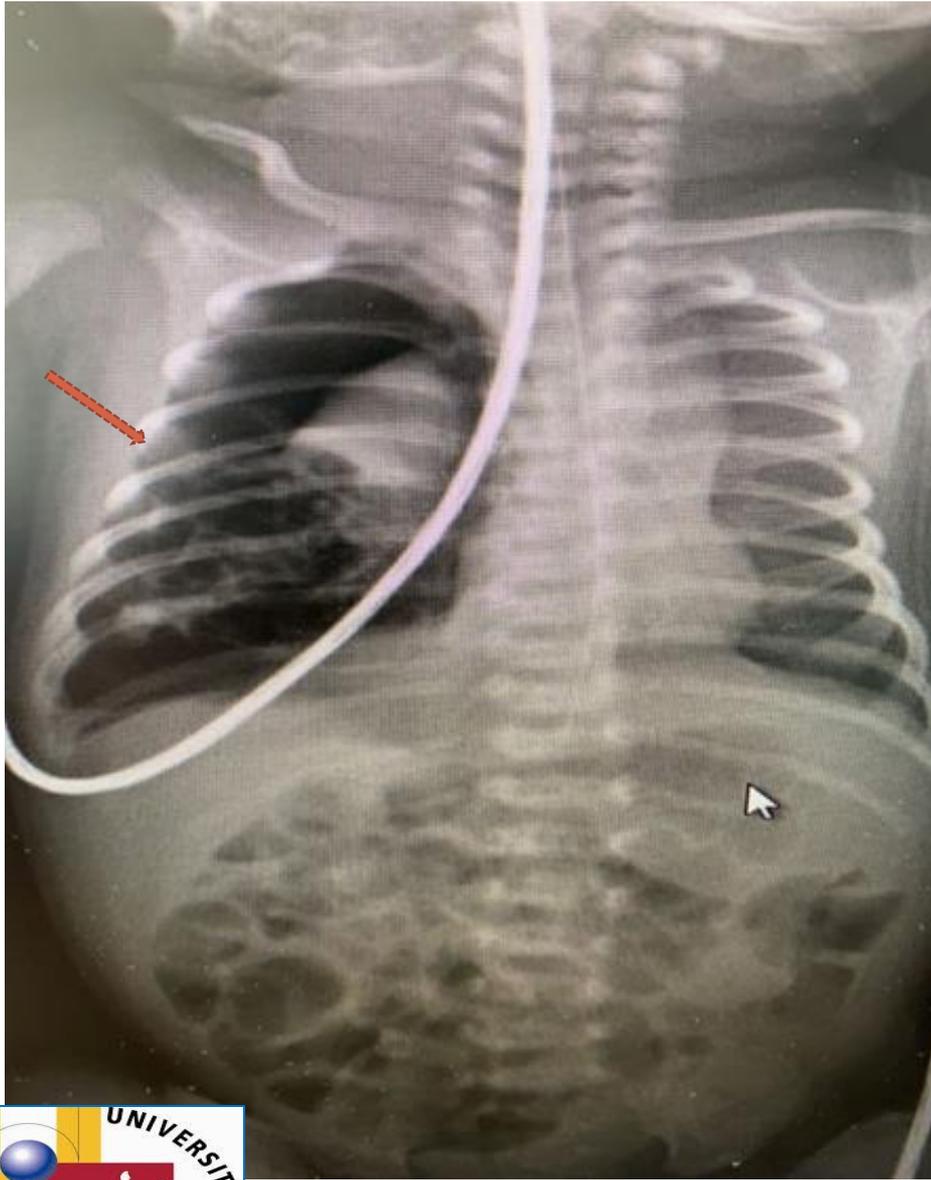
Volviendo al caso, a los 30ddv...

La paciente es **intervenida por cirugía pediátrica** que realiza **toracotomía lateral derecha y lobectomía media.**

## Evolución post - quirúrgica



Drenaje torácico 12 días



# Conclusiones

- ✓ Ante recién nacido con distrés neonatal es muy importante plantear un buen diagnóstico diferencial en función de la edad gestacional.
- ✓ Ante un recién nacido con neumotórax recidivante hay que considerar una malformación pulmonar.
- ✓ La MAQ es una entidad poco frecuente secundaria a una anomalía de la proliferación de estructuras bronquiolares terminales.
- ✓ El diagnóstico inicial es difícil por no aparecer imágenes quísticas.
- ✓ El tratamiento, evolución y pronóstico varía entre los distintos tipos de MAQ desde mantener una actitud expectante hasta la realización de una resección lobar completa.



# Bibliografía

- Reynoso AE, Hernández NBA, Barriga LJJ, et al. Malformación adenomatoide quística en un recién nacido. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Med Hosp Gen Mex. 2008;71(1):36-41
- Mondéjar López P, Sirvent Gómez J. Malformaciones pulmonares congénitas. Malacia y otras malformaciones congénitas de la vía aérea. Protoc diagn ter pediatr. 2017;1:273-297
- J. López de Heredia Goya, A. Valls i Soler. Síndrome de dificultad respiratoria. Protocolos de Neonatología de la SENEIO. 2008; 30: 285-305"
- Sánchez, J. A. P., Ayuso, M. F., Novillo, I. C., Peraltó, J. R., García, J. C., & García, F. J. B. (1999). Malformación adenomatoidea quística pulmonar con irrigación arterial sistémica. Anales españoles de pediatría: Publicación oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP), 50(2), 185-186.

