



Reporte de caso:

PERITONITIS MECONIAL IDIOPÁTICA COMO URGENCIA QUIRÚRGICA. REPORTE DE CASO EN UNA RECIÉN NACIDA

Palabras clave: Peritonitis; Meconio; Quistes; Obstrucción intestinal; Ileus; Complicaciones postoperatorias; Anomalías del sistema digestivo; Diagnóstico prenatal.

Keywords: Peritonitis; Meconium; Cysts; Obstruction; Ileus; Postoperative; Digestive System Abnormalities; Prenatal Diagnosis.

Ana Jiménez–Uribe

Interna de medicina
Facultad de Medicina
Universidad de los Andes
Bogotá, D.C. – Colombia

Armando Rojas

Jefe de Unidad Cirugía Pediátrica
Fundación Santa Fe de Bogotá
Universidad de los Andes
Bogotá, D.C. – Colombia.

Fernando Fierro

¹Cirujano Pediatra
Fundación Santa Fe de Bogotá
Universidad de los Andes
²Jefe Departamento Quirúrgico
Hospital de la Misericordia
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, D.C. – Colombia

Correspondencia:

Ana María Jiménez Uribe
Dirección postal: Carrera 68c #22b – 71,
Edificio Alameira. Torre 2. Apto. 702
Correo electrónico:
am.jimenez1564@uniandes.edu.co

RESUMEN

La peritonitis meconial es una entidad poco descrita, propia de la edad fetal y perinatal, que se presenta de diversas formas y requiere un diagnóstico temprano. En el presente caso se realiza sospecha clínica desde el periodo antenatal, por medio de una ecografía obstétrica que muestra una masa abdominal ocupando el cuadrante derecho inferior y superior. La paciente inicia con síntomas agudos de obstrucción intestinal que mejoran luego de un abordaje quirúrgico oportuno. De acuerdo a lo anterior, se concluye que un desenlace favorable en esta patología depende de un diagnóstico temprano, pues a través del mismo se disminuyen las probabilidades de morbilidad y mortalidad.

Rev Case Rep. 2016; 2(2): xx-xx

SUMMARY

Meconium peritonitis is an entity that has been rarely described and which is typically found in fetal and perinatal patients. It manifests in different ways and requires an early diagnosis. In this case, a clinical suspicion of this disease is made at the antenatal period through an obstetric ultrasound scan showing an abdominal mass in both the bottom and top right quadrants. The patient initial symptoms are those of acute intestinal obstruction, nevertheless these symptoms improve after surgical approach is timely performed. Based on this outcome, it is concluded that a favorable outcome to this pathology depends on its early diagnosis, since an early diagnosis decreases morbidity and mortality chances.

INTRODUCCIÓN

La peritonitis meconial es una reacción inflamatoria química no infecciosa, secundaria a perforación intestinal en el periodo fetal **(1)**, que se presenta de varias formas, entre ellas el quiste o psedoquiste meconial **(2)**, cuya complicación más común es la obstrucción intestinal, una urgencia quirúrgica conocida por desestabilizar rápidamente al paciente, ya que presenta síntomas como emesis, intolerancia a la vía oral y deshidratación grave, por lo que requiere de un abordaje rápido y especializado, en especial en este grupo etario **(3)**.

En este caso se necesitaron múltiples estudios, y un diagnóstico temprano, el cual permitió prever las posibles complicaciones, además de un análisis del estado clínico de la paciente para elegir cuándo operarla, sus estudios pre-quirúrgicos, su abordaje quirúrgico y las conductas postoperatorias que evitaron la aparición de patologías como el íleo paralítico.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 19 días de vida procedente y natural de Manizales, Colombia, que llegó remitida por su pediatra, con diagnóstico prenatal por ecografía de masa abdominal con asa intestinal fija compatible con probable peritonitis meconial. Dentro de los antecedentes de importancia la paciente presentaba una fractura del fémur izquierdo, secundaria a trauma perinatal de extracción podálica por cesárea; el embarazo no tuvo ninguna complicación y en el mismo no hubo consumo de medicamentos a excepción de ácido fólico durante el primer trimestre. En la valoración por consulta externa la niña se encontraba asinto-

mática, razón por la cual su caso fue llevado a junta quirúrgica de la Fundación Santa Fe de Bogotá, donde se decidió programarla para cirugía de resección de la masa.

A los 24 días de edad, la madre la llevó al servicio de urgencias, ya que tuvo varios episodios eméticos y distensión abdominal. Al examen físico se encontró en regular estado general, activa, con arnés de inmovilización de fémur izquierdo (fractura por parto distósico). La paciente presentó abdomen distendido, doloroso a la palpación, con masa en hemiabdomen superior de 5 x 5 cm aproximadamente, delimitada, firme, no móvil; se solicitó una nueva ultrasonografía abdominal en la que se confirmó el hallazgo, además se evidenció que no hubo aumento en el tamaño de la masa, siendo aún de 42 mm x 41 mm. Por último, una radiografía de abdomen mostró masa cal-

cificada con signos de posible obstrucción intestinal parcial (ver Figura 1).

Por su presentación clínica aguda, se decidió llevar a cirugía encontrando masa abdominal que ocupaba hemiabdomen derecho adherida a peritoneo parietal de aproximadamente 7 x 7 cm, tabicada con dos cavidades; la porción más grande consistía en una masa sólida de contenido aparentemente meconial, mientras que la pequeña era quística, con membranas fibrinosas no fétidas (ver Figura 2a, 2b y 2c); asimismo, se observaron varias adherencias en asas intestinales yeyunoileales (ver Figura 2d) y una perforación intestinal anti-mesentérica, a 10 cm de la válvula ileocecal, de 0.3 cm de diámetro aproximadamente, así como un divertículo de Meckel de base amplia, de 0.5 cm de altura, a 20 cm de la válvula ileocecal (ver Figura 2e).

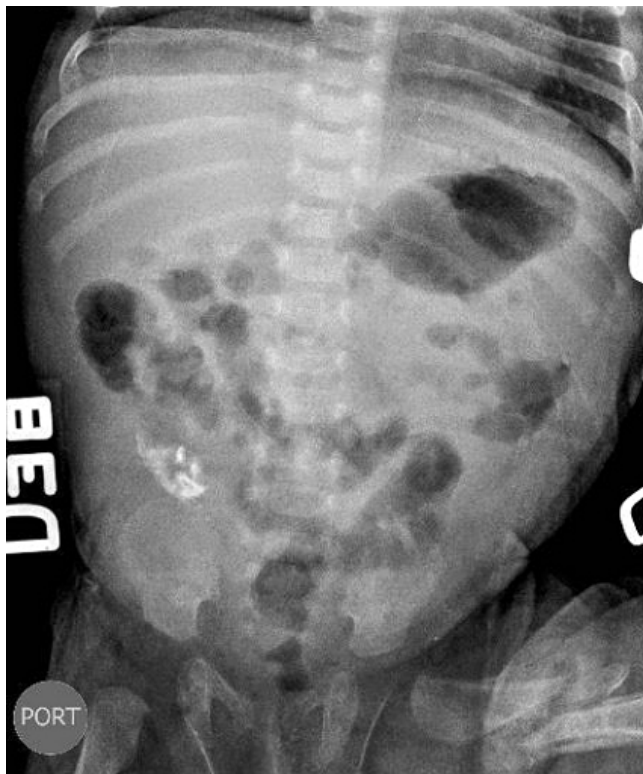


Fig 1. Radiografía de abdomen simple. Masa calcificada con signos de posible obstrucción intestinal parcial de 42 mm x 41 mm de diámetro.

Fuente: Documento obtenido durante la realización del estudio.

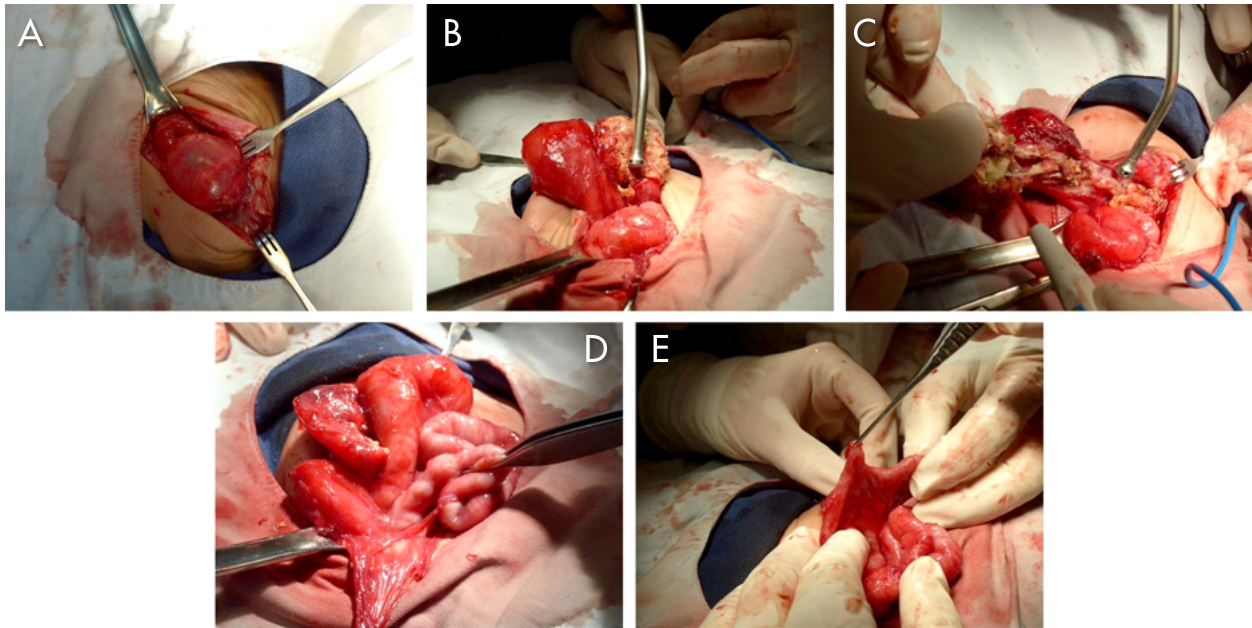


Fig 2A 2B 2C. Masa de 7 x 7 cm tabicada con dos cavidades: la primera grande y sólida con contenido meconial; la segunda, quística, con membranas fibrinosas no fétidas.

Fig 2D. Adherencias Yeyunoileales

Fig 2E. Perforación intestinal anti-mesentérica a 10 cm de la válvula ileocecal.

Con estos hallazgos se realizó resección completa de la masa, liberación de las adherencias intestinales y rafia de la perforación intestinal en sentido transversal en un plano; por el tamaño del divertículo de Meckel se prefirió no resecarlo. Posteriormente, se tomaron muestras para patología y se trasladó la paciente a la unidad de cuidados intensivos pediátricos, en donde inició nutrición parenteral.

En la radiografía abdominal de control se encontró disminución en la cantidad de gas en la cámara gástrica, así como calcificaciones heterogéneas residuales en hemiabdomen derecho (ver Figura 3). En los resultados de patología se identificaron una “perforación ileal con calcificación distrófica, unas adheren-

cias de tejido fibroso ricamente vascularizado que se encontraba crónicamente inflamado, un quiste peritoneal asociado a inflamación mixta y fibrosis, y peritonitis meconial organizada”, descartando de esta forma la presencia de una duplicación intestinal.

En el postoperatorio la paciente presentó un íleo de cuatro días de evolución, algo de esperarse por la intervención quirúrgica y la patología adyacente. En el quinto día toleró con éxito la vía oral y para el sexto, realizó su primera deposición de consistencia líquida, por lo cual se decidió retirarle la nutrición parenteral y seguir con vía oral. Ya que no se presentaron complicaciones en la recuperación, fue dada de alta al séptimo día postoperatorio.

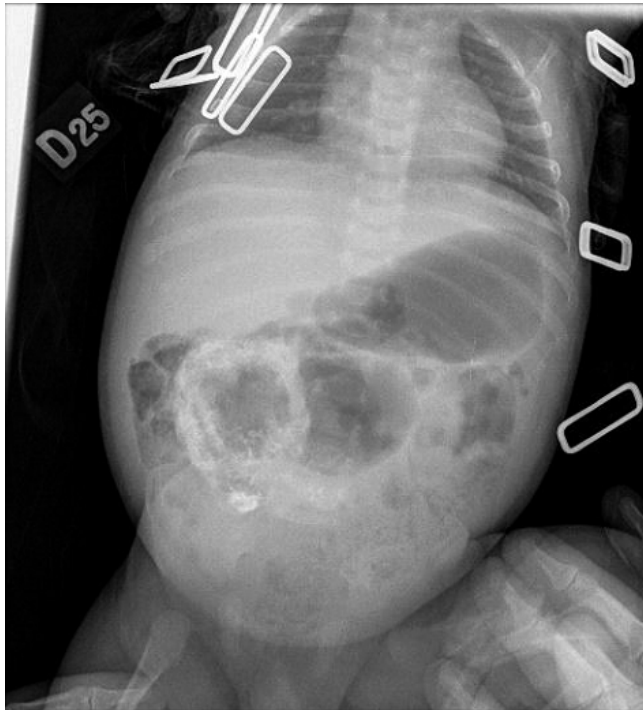


Fig 3. Radiografía de abdomen simple, 24 horas postoperatorio

Fuente: Documento obtenido durante la realización del estudio.

DISCUSIÓN

Este caso contó con la ventaja de un diagnóstico temprano, el cual fue realizado *in utero* a la semana 24 de gestación, a partir de la presencia de una masa calcificada, signo patognomónico de peritonitis meconial (3). Lo anterior permitió un conocimiento previo del caso por parte del servicio de cirugía pediátrica, por lo que fue posible elegir un plan de manejo adecuado; igualmente, se tuvo acceso a imágenes tanto prenatales, como postnatales, con lo que pudo definirse el abordaje quirúrgico a emplear, así como la localización y el tamaño de la masa.

El aspecto positivo al examen físico fue la presencia de masa abdominal palpable, la cual es poco usual y se asocia más a síntomas como distensión abdominal, ascitis, calcificaciones intraabdominales, entre otros (4). Por otra parte, a pesar de haber progra-

mado la cirugía de resección de la masa por el hecho de que la paciente estuviera asintomática, la misma fue tratada como urgencia quirúrgica debido a la presentación de síntomas obstructivos agudos que evolucionaron en un corto tiempo. Sin embargo, la identificación del cuadro obstructivo y su rápido manejo médico-quirúrgico permitieron una adecuada evolución y un desarrollo favorable tanto de la intervención quirúrgica, como de su recuperación posoperatoria.

En cuanto el manejo quirúrgico, se encontró una masa pseudo quística compatible con quiste meconial, asociada a una perforación ileal de 0.3 cm de diámetro con bordes necróticos, sin compromiso vascular subyacente, por lo que no fue necesario reseccionar parte del íleon, una complicación típica de esta patología (5,6), lográndose un mejor pronóstico

para la paciente. Es importante resaltar que en el transcurso de la enfermedad se debió tener en cuenta una fractura de fémur izquierdo agregada, la cual afortunadamente no generó ninguna complicación. Los hallazgos durante la cirugía sugerían una posible duplicación intestinal, dado que las paredes de la masa se semejaban a las del intestino, pero esta opción fue descartada posteriormente por patología.

La peritonitis meconial puede ser secundaria a diversas etiologías, entre las que se incluyen, atresia intestinal, volvulus, brida congénita y síndrome del tapón de meconio (2,7), presentándose la última en la mayoría de los pacientes. Un porcentaje bajo de estos pacientes cursan con un cuadro de origen idiopático, también llamado peritonitis meconial simple (5), que, después de descartar una duplicación intestinal, es la sospecha diagnóstica más posible para el caso aquí presentado. Esta entidad se ha visto asociada a la insuficiencia o hipoxia vascular transitoria del intestino fetal, así como a ciertas infecciones intestinales fetales, pero su relación aún no está plenamente establecida (6,5).

Respecto al manejo médico-quirúrgico llevado a cabo en este caso, cabe resaltar las indicaciones de intervención quirúrgica, entre las que se encuentra la obstrucción intestinal o drenaje persistente de meconio a la cavidad abdominal, lo que puede producir distensión abdominal progresiva, dificultad respiratoria o sepsis (7). Por lo tanto, la indicación como urgencia quirúrgica en este caso fue adecuada; al inicio del cuadro clínico se tuvo en cuenta resecar la masa, no por presentar síntomas gastrointestinales, sino por el tamaño de la misma, considerándose indicado en el contexto de paciente asintomático, dado el riesgo de complicaciones.

En conclusión, la peritonitis meconial es una entidad poco descrita en la literatura que cuenta con un amplio espectro, no solo de etio-

logías, sino también de posibles complicaciones a corto plazo (1). Una de sus ventajas es su claro método de diagnóstico, el cual permite un rápido y adecuado manejo por parte del personal médico (3). En este reporte se evidencia cómo las complicaciones pueden desarrollarse de forma aguda e imprevista; ahora bien, en el caso de esta paciente, dichas complicaciones tuvieron un desenlace favorable gracias a su manejo oportuno, lo cual disminuyó de forma notable la probabilidad de morbi-mortalidad.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores de este estudio declaran que en la redacción del mismo no hay conflicto de intereses personales (honorarios, beneficios personales), ni personales (dirigido hacia una unidad de servicio y/o investigación) entre los proveedores de medicamentos y material quirúrgico y el grupo de autores.

FINANCIACIÓN

Ninguna declarada por los autores.

REFERENCIAS

1. Lee YC, Chen CJ. Meconium pseudocyst: a classical and successfully treated case. *J Formos Med Assoc.* 2009;108(3):247-252. <http://doi.org/bw85s2>.
2. Tsai MH, Chu SM, Lien R, Huan HR, Luo CC. Clinical manifestations in infants with symptomatic meconium peritonitis. *Pediatr Neonatol.* 2009;50(2):59-64. <http://doi.org/cvjpv2>.
3. del Ciampo IR, Oliveira TQ, del Ciampo LA, Sawamura R, Torres LA, Augustin AE, et al. Early manifestations of cystic fibrosis in a

premature patient with complex meconium ileus at birth. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33(2):241-5. <http://doi.org/f27fps>.

4. **Dirkes K, Crombleholme TM, Craigo SD, Latchaw LA, Jacir NN, Harris BH, et al.** The natural history of meconium peritonitis diagnosed in utero. *J Pediatr Surg.* 1995;30(7):979-982. <http://doi.org/dg28xd>.
5. **Uchida K, Koike Y, Matsushita K, Nagano Y, Hashimoto K, Otake K, et al.** Meconium peritonitis: Prenatal diagnosis of a rare entity and postnatal management. *Intractable Rare Dis Res.* 2015;4(2):93-7. <http://doi.org/bqm2>.
6. **Barthel ER, Speer AL, Levin DE, Naik-Mathuria BJ, Grikscheit TC.** Giant cystic meconium peritonitis presenting in a neonate with classic radiographic eggshell calcifications and treated with an elective surgical approach: a case report. *J Med Case Rep.* 2012;6:229. <http://doi.org/fzcxfb>.
7. **Lee G, Chandran S, Rajadurai VS.** Calcified meconium pseudocyst: X-ray diagnosis of meconium peritonitis at birth. *BMJ Case Rep.* 2015;2015:bcr2015211052. <http://doi.org/bqm3>.
8. **Ionescu S, Andrei B, Oancea M, Licsandru E, Ivanov M, Marcu V, et al.** Postnatal Treatment in Antenatally Diagnosed Meconium Peritonitis. *Chirurgia (Bucur).* 2015;110(6):538-44.