

# PSEUDOQUISTE MECONIAL EN EL RECIÉN NACIDO

Autora: Paula Soler López

Tutora: Lucía Sanguino López

# Índice

Índice

Caso clínico

Peritonitis meconial

Pseudoquiste meconial

Diagnóstico

Tratamiento

Dx diferencial

Complicaciones postoperatorias

Datos de interés

Volviendo al caso

Conclusiones

Bibliografía

# Caso clínico

- RNT 38 sg 3045 g (AEG), T 50,5 cm (p50-75), PC 33,3 cm (p25-50). Embarazo controlado. Eco 20 normal. Diabetes gestacional no insulinizada. Serología + rubeola, resto negativo. No factores de riesgo infeccioso
- **ECO semana 32:** "formación irregular de 72x68 mm parcialmente ecogénico y con calcificaciones en su interior y en la periferia" → peritonitis meconial
- Aumento de tamaño hasta los 90.7x70.5x69.5 mm (36 sg) → cesárea programada
- EF al nacimiento:  
Abdomen distendido con circulación colateral visible  
Palpación de asas intestinales bajo el reborde costal izquierdo  
Tumoración en FID pétreo

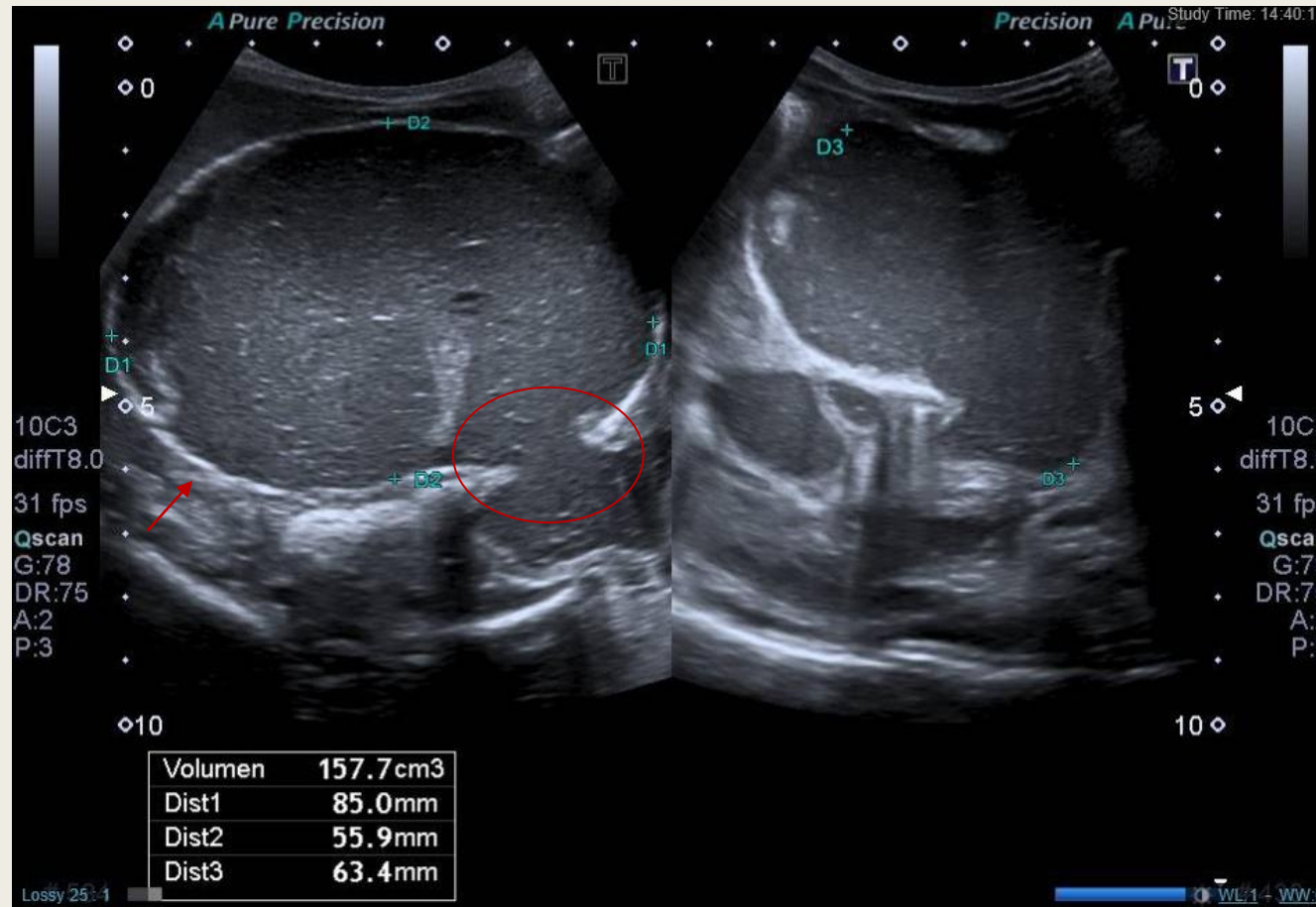


# Caso clínico



Línea radio opaca localizada en el flanco derecho que puede corresponder con una pared calcificada del quiste, asociado a desplazamiento izquierdo de asas intestinales y el silencio abdominal en el hemiabdomen derecho

# Caso clínico



Lesión quística subhepática de 8.5x5.6x6.3 cm con contenido ecogénico móvil, septos gruesos y paredes definidas, parcialmente calcificadas y en comunicación con un asa intestinal dilatada en flanco izquierdo + calcificaciones groseras interasas en fosas iliacas → compatible con pseudoquiste meconial + peritonitis meconial

# Caso clínico

- Dieta absoluta
- Antibioterapia (Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol)
- Cultivos (sangre, orina, LCR) negativos
- Serologías (CMV, Rubeola, Toxoplasma, VHS) negativas
- Estudio genético fibrosis quística negativa
- CMV en orina negativo
- Intervención qx el 1º día de vida



# Caso clínico

- Informe qx:
  - ✓ Quiste de 8 cm de paredes gruesas adherido a pared abdominal y a 2 asas de intestino delgado
  - ✓ Asas de delgado dilatadas con adherencias firmes entre sí, a su propio meso y al quiste meconial
  - ✓ El segmento intestinal distal se halla unido al quiste mediante una unión estenótica → **ATRESIA INTESTINAL**
  - ✓ Peritonitis meconial
  - ✓ Apendicectomía
  - ✓ Ileostomía

Viabilidad de 65 cm  
totales incluyendo  
válvula ileocecal y  
colon completo



# Caso clínico

- Informe anatomía patológica:
- ✓ QUISTE MECONIAL: pared intestinal dilatada, con fibrosis y calcificación, **sin epitelio** identificable. Concordante con **pseudoquiste meconial**





# Peritonitis meconial



- Semana 12: inicio de deglución líquido amniótico y secreción de bilis
- Semana 16: llegada de meconio al íleon

Perforación del intestino previo a semana 16 → Atresia

Perforación tras semana 16 → Peritonitis meconial

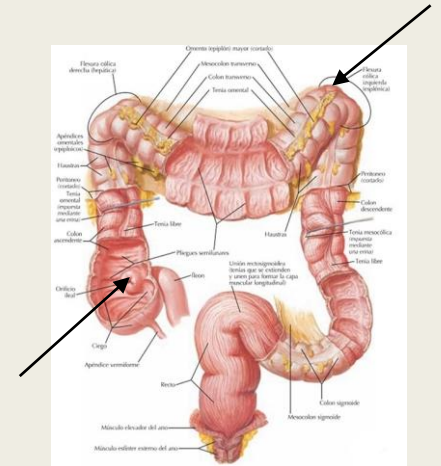
- Definición: peritonitis aséptica producida por el paso de meconio a la cavidad abdominal a través de una o varias perforaciones intestinales producidas durante la vida intrauterina
- Incidencia 1:30.000 RNV
- Mortalidad 11-50%

# Peritonitis meconial

**Íleo meconial**  
(fibrosis quística en 25-40% PM en caucásicos)  
**Atresia intestinal**  
**Vólvulo**

**Etiología:**  
Hirschsprung  
Divertículo de Meckel  
Hernias  
Idiopático

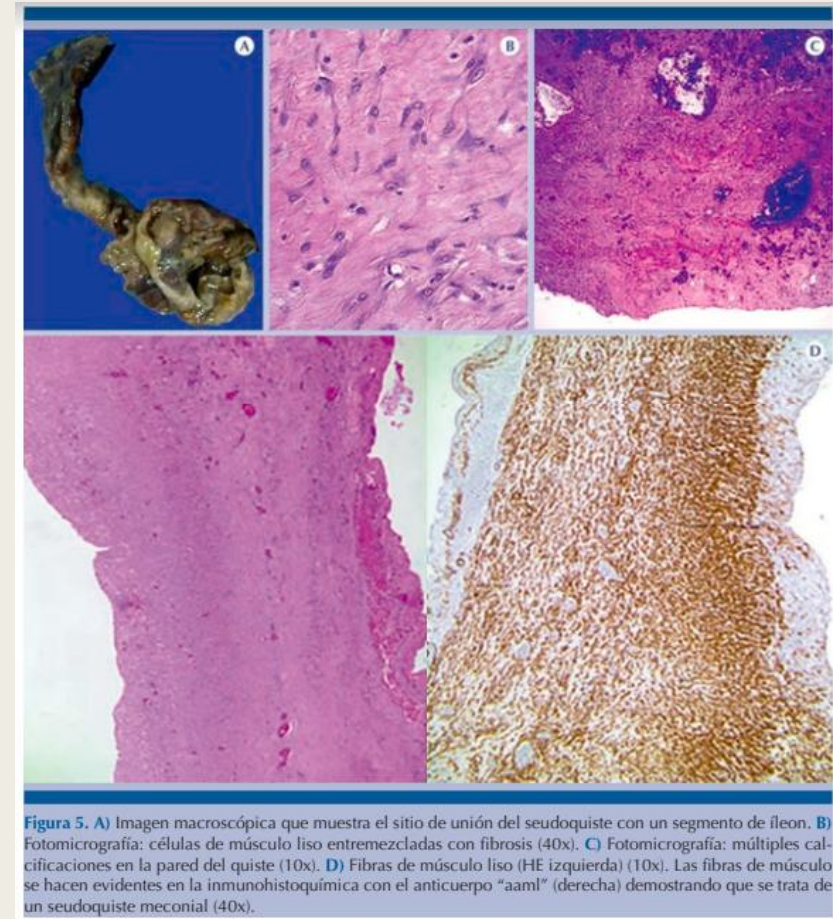
Infecciones (CMV, rubeola,  
parvovirus B19)  
Cocaína



- Zona + frec afecta: región ileocecal y ángulo esplénico (60%)
- Variantes:
  - **Fibro adhesivo**
  - **Quístico:** Ausencia de comunicación del quiste con el resto de vísceras
  - **Generalizado**
  - **Escrotal**

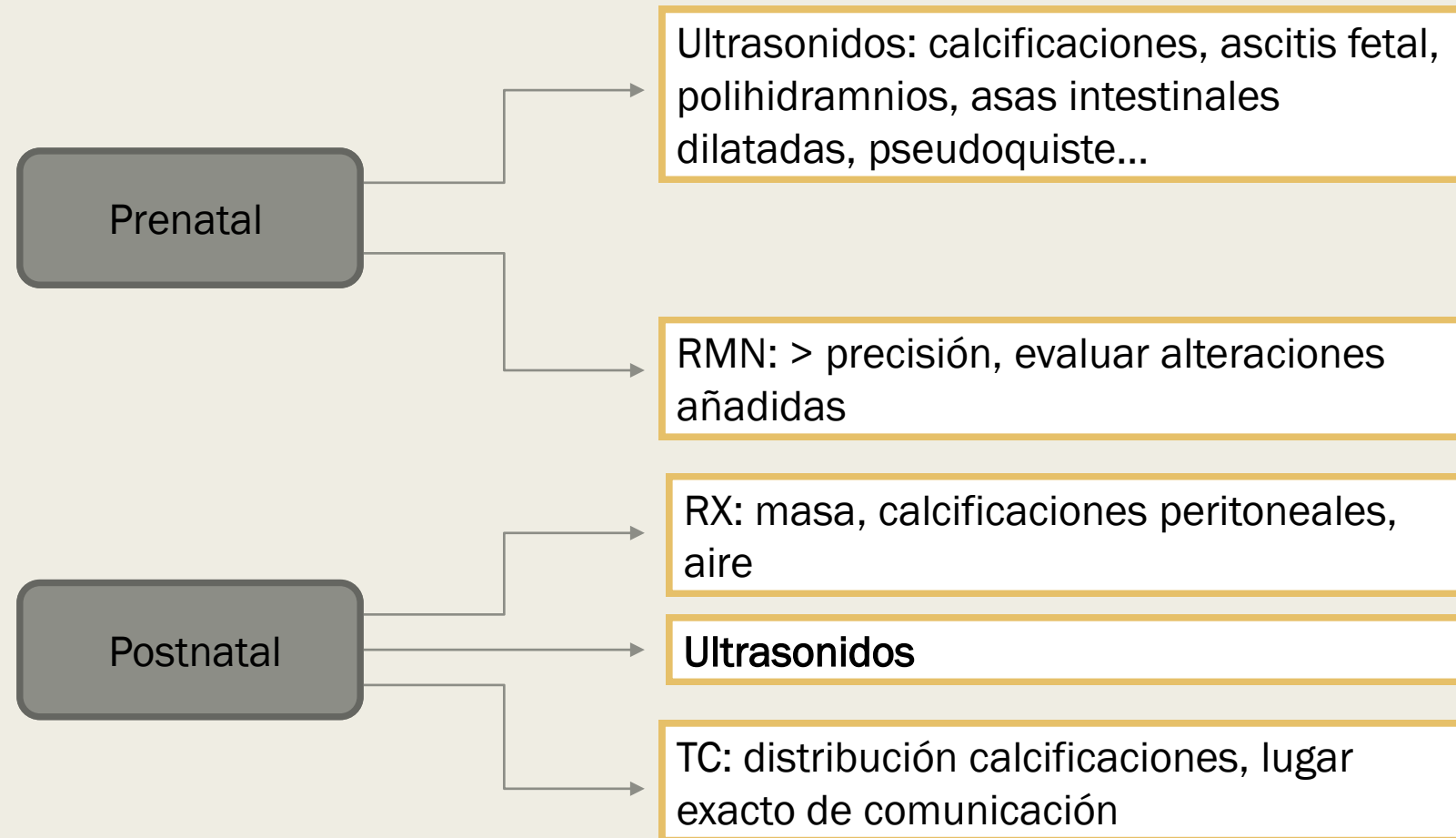
# Pseudoquiste meconial

- Dilatación intestinal de contenido meconial + músculo liso que conecta el quiste con el intestino normal **SIN epitelio**
- Representa un intento de curación intraabdominal para confinar la perforación
- Patología infrecuente → reportados 14 casos desde 1996 hasta 2021
- Etiología incierta → dilatación paulatina del intestino por atresia, ↓ flujo sanguíneo intestinal
- Sospechar si “calcificaciones en cáscara de huevo” (85%)

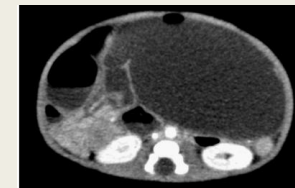
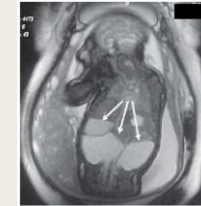


Obtenido de: Seudoquiste meconial, informe de un caso. Anales de Radiología México 2017 oct; 16 (4):336-342

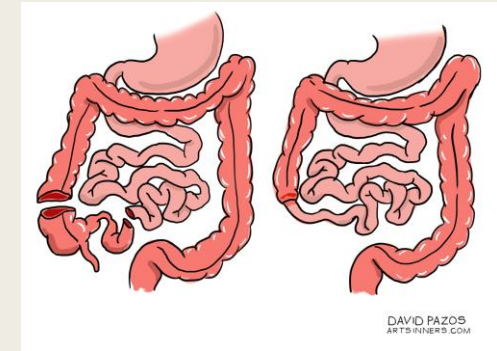
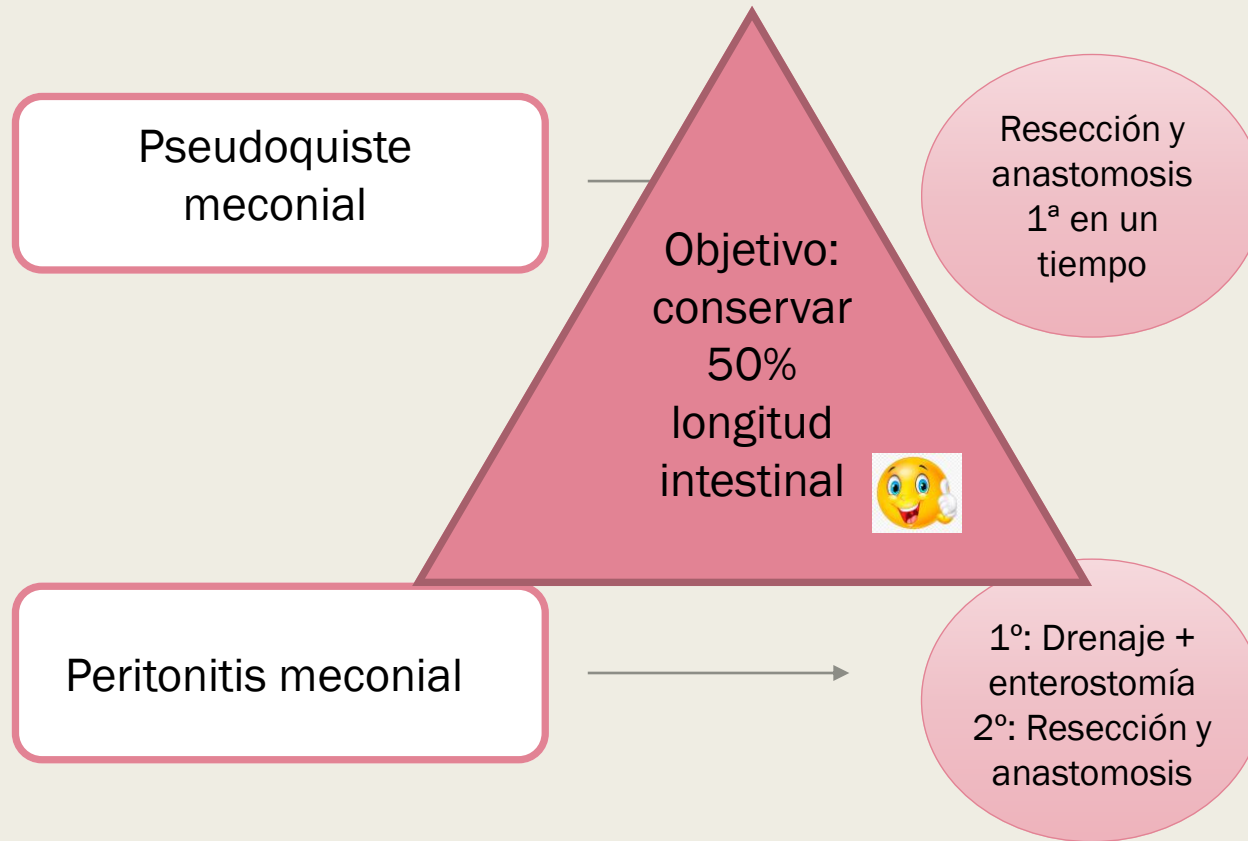
# Diagnóstico



- ❖ La detección temprana se asocia a mejor pronóstico
- ❖ Recomendada cesárea electiva a partir de 35 sg



# Tratamiento



# Dx diferencial

	Pseudoquiste meconial	Peritonitis meconial quística
Clínica	Vómito, distensión abdominal, dificultad respiratoria	
Hallazgos rx	Calcificaciones, aire	Calcificaciones
Hallazgos ecográficos/TC	Calcificaciones, conexión con intestino proximal, nivel hidroaéreo	Calcificaciones, ausencia de conexión con intestino, ausencia de aire
Hallazgos macroscópicos	Pared del quiste dilatada y adelgazamiento de pared intestinal; el intestino proximal conecta al quiste	Pared del quiste fibrosa y adherida fuertemente a mesenterio y pared intestinal
Hallazgos histopatológicos	Intestino sin epitelio; capa muscular es continua con intestino proximal	Tejido fibroso Tipo 1: fibroadhesivo; sello fibroso en sitio de perforación Tipo 2: quístico; no comunica con intestino proximal Tipo 3: generalizado
Tratamiento	Resección de pseudoquiste y anastomosis primaria	Primario: drenaje + enterostomía Secundario: resección de intestino y anastomosis
Pronóstico	Favorable	



# Dx diferencial

Teratoma sacrocóccigeo quístico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumor + frec en el feto (incidencia 1:23.000-40.000)</li> <li>• + frec niñas</li> <li>• Lesiones quísticas vascularizadas</li> <li>• Detección prenatal peor px (50% mortalidad)</li> <li>• Tto: resección</li> </ul>
Neuroblastoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidencia 1:10.000-30.000</li> <li>• Dx en 3º trimestre, pequeño tamaño</li> <li>• Lesiones quísticas mejor pronóstico</li> <li>• Microcalcificaciones</li> <li>• Alta sospecha: masa suprarrenal + hepatomegalia</li> <li>• Mayoría pronóstico favorable</li> </ul>
Hepatoblastoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecogénico + calcificaciones</li> </ul>
Hamartoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quiste irregular + oligohidramnios/polihidramnios</li> </ul>
Quiste ovárico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidencia 1:2600</li> <li>• + frec 2-3º trimestre</li> <li>• FR: DM, preeclampsia, isoinmunización</li> </ul>
Tumor de Wilms	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frec asociación sd genéticos</li> </ul>
Quiste pancreático	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revestidos de epitelio</li> </ul>
Quiste mesentérico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frec asociación sd genéticos</li> </ul>
Duplicación intestinal quística	<ul style="list-style-type: none"> <li>• + frec yeyuno e íleon (53%), colon (18%), duodeno (6%)</li> </ul>
Uropatía obstructiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anormalidad renal + frec en periodo prenatal</li> </ul>
Ureterocele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidencia 1:500</li> <li>• + frec niñas</li> </ul>

# Complicaciones postoperatorias

- Infecciones/sepsis
- Síndrome intestino corto/Insuficiencia intestinal
- Íleo
- Adherencias
- Fuga anastomótica
- Necrosis de la fístula de ostomía



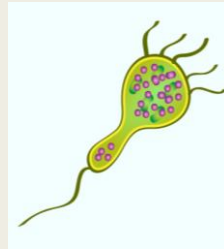
# Datos de interés

- Las calcificaciones en cáscara de huevo son menos frecuentes en pacientes con fibrosis quística
- El diagnóstico prenatal, las UCIN y el adecuado manejo postoperatorio ↓ mortalidad (90% supervivencia)
- La ruptura del pseudoquiste durante la gestación es muy rara, solo un caso descrito en la literatura
- En los casos que asocian peritonitis meconial el tratamiento quirúrgico precoz es de vital importancia → la cirugía tras las 36 horas de vida aumento x 3 el riesgo de mortalidad en comparación con aquellos que se intervienen en las primeras 24 horas

# Volviendo al caso

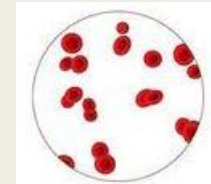
- Evolución y complicaciones:

- Sepsis-Meningitis (9 ddv)



- Anemia multifactorial

3 transfusiones hematíes (preqx, postqx y sepsis)



- Cierre programado de ostomía + anastomosis ileoileal (27 ddv)

# Volviendo al caso

- Evolución y complicaciones:

- **Insuficiencia intestinal**

(36 ddv) retirada completa NPT. 3460 g (+400 g)

(41 ddv) ↑ n° deposiciones (12-13) + PP 3340 g → cambio a LM e hidrolizada + reposición SRO → acidosis metabólica → reinicio NP + NE

(49 ddv) Cambio a lactantes/med digestiva → Aumento progresivo NE + reposición pérdidas con SRO

(57 ddv) Alta a domicilio. Fallo de medro 3200 g (<p1) T 50,5 cm (<p1), PC 35,5 cm (p2)



# Volviendo al caso

- Evolución y complicaciones:

- **Insuficiencia intestinal**

(2 semanas tras alta) + 350 g y  $< n^{\circ}$  deposiciones

(3 meses) Resolución sd intestino corto + peso 4200 g y L 55 cm ( $< p1$ )

(10 meses) Oclusión intestinal por bridas

(15 meses) Somatometría adecuada

# Conclusiones

- Debemos considerar el pseudoquiste meconial ante la presencia de un quiste intraabdominal
- El pseudoquiste está constituido por una pared intestinal adelgazada sin epitelio y conectado a intestino normal
- La ecografía neonatal tiene un alto valor diagnóstico para la detección de estas patologías
- Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre el pseudoquiste meconial y la peritonitis meconial ya que el manejo entre ambas difiere
- La detección de un pseudoquiste meconial aislado disminuye la probabilidad de fibrosis quística asociada
- El diagnóstico de confirmación requiere la confirmación histopatológica que demuestre la presencia de músculo liso en la pared del pseudoquiste
- Es importante descartar patologías de relevancia clínica que puedan estar asociadas como la fibrosis quística o las infecciones congénitas

# 13. Bibliografía

- López-Amézquita M, Solórzano-Morales SA, Córdova-Flores M, Frías- Mantilla JE, Rojas-Maruri M, Martínez-Balderas K, López-Candiani C. Seudoquiste meconial: informe de un caso. *Anales de Radiología México* 2017; 16 (4):336-342
- Ascherl R, Vaz Pimentel D, Knüpfer M, et all. Image of the month: meconium peritonitis with pseudocyst- a spot diagnosis in newborns. *Eur J Pediatr Surg Rep* 2020;8
- Masashi Minato, Tadao Okada, Hisayuki Miyagi, Shohei Honda, Kei Takazawa, Kanako C Kubota, Satoru Todo. Meconium pseudocyst with particular pathologic findings: a case report and review of the literature. *J Pediatr Surg*, 2012;47(4):e9-12.
- Khan S, Khare M, Dagash H, Kairamkonda V. Meconium pseudocyst presenting as massive ascites in a new-born. *Radiol case rep*, 2018; 16;14(2):235-237.
- Douglas D. Meconium pseudocyst. *Pediatr Radiol*, 40(Suppl 1): 105.
- L. I. Finkel, T.L Slovis. Meconium peritonitis, intraperitoneal calcifications and cystic fibrosis. *Pediatr Radiol*, 1982;12(2):92-3
- Valladares E, Rodríguez D, Vela A, Cabré S, Lailla JM. Meconium pseudocyst secondary to ileum volvulus perforation without peritoneal calcification: a case report. *J Med Case Rep*, 2010 Aug 31;4:292
- Cabrera C, González N, Moreno A, García A, Madera N. Peritonitis meconial pseudoquística por atresia inestinal perforada. Reporte de un caso. *Rev Peru Investig Matern Perinat*, 2021; 10(1): 37-40
- Yao-Chou Lee, Chau-Jing Chen. Meconium Pseudocyst: a classical and successfully treated case. *J Formos Med Assoc*; 2009;108(3):247-52
- Shinar S, Agrawal S, Ryu M, Van T, Daneman A, Ryan G, Zani A, et all. Fetal meconium peritonitis-prenatal findings and postnatal outcome: a case series, systematic review and meta-analysis. *Ultraschall Med*; 2022;43(2):194-203
- Darrel L Cass. Fetal abdominal tumors and cysts. *Transl Pediatr*. 2021; 10(5): 1530–1541
- Peiró JL, Aydin E. Meconium peritonitis. *Pediatric surgery*. 2017

# PSEUDOQUISTE MECONIAL EN EL RECIÉN NACIDO

Paula Soler López  
paulasolerlopez1995@gmail.com