

Pseudoquiste meconial en el recién nacido

Autores: Soler López P, García Ruíz de Cenzano B, Cerdán Almendros C, Hernández Sabater L, Miró Vicedo C, Gonzalez Cervantes M, Sanguino López L, Pareja Marín F, Albertos Mira-Marcelí N.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DOCTOR BALMIS, ALICANTE

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste meconial es una patología infrecuente consistente en una dilatación del intestino con contenido meconial y músculo liso que conecta al quiste con el intestino normal y que puede ser confundido con la peritonitis meconial por los hallazgos similares en las pruebas de imagen. Ambas entidades pueden tener calcificaciones en sus paredes. La causa más frecuente son los vólvulos, la atresia intestinal y el ileo meconial, habiéndose asociado ambas patologías a la presencia de fibrosis quística, infecciones congénitas o incluso el consumo de cocaína. La prueba más precisa para su dx es el TC, que permitirá identificar el sitio exacto de la comunicación en el caso del pseudoquiste y permitirá ver la distribución de las calcificaciones.

RESUMEN DEL CASO

RN de 38 sg y 3025 g (p25-50) con sospecha prenatal de peritonitis meconial. Embarazo controlado, cribado de primer trimestre de bajo riesgo, DGNI y serología inmune a rubeola con resto de serologías negativas. Visualización en semana 32 de formación irregular de 72x68 mm parcialmente ecogénico y con calcificaciones en su interior y en la periferia, siendo compatible con una peritonitis meconial, con aumento progresivo de tamaño hasta 90.7x70.5x69.5 mm en la semana 36.

Al nacimiento presenta un abdomen distendido e indurado con circulación colateral visible y palpación de las asas intestinales por debajo del reborde costal izquierdo, así como una tumoración en fosa ilíaca derecha pétreo. Al nacimiento se identifica ecográficamente a nivel subhepático una lesión quística 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, asociando múltiples calcificaciones groseras interasas en ambas fosas ilíacas, siendo estos hallazgos sugestivos de pseudoquiste meconial.

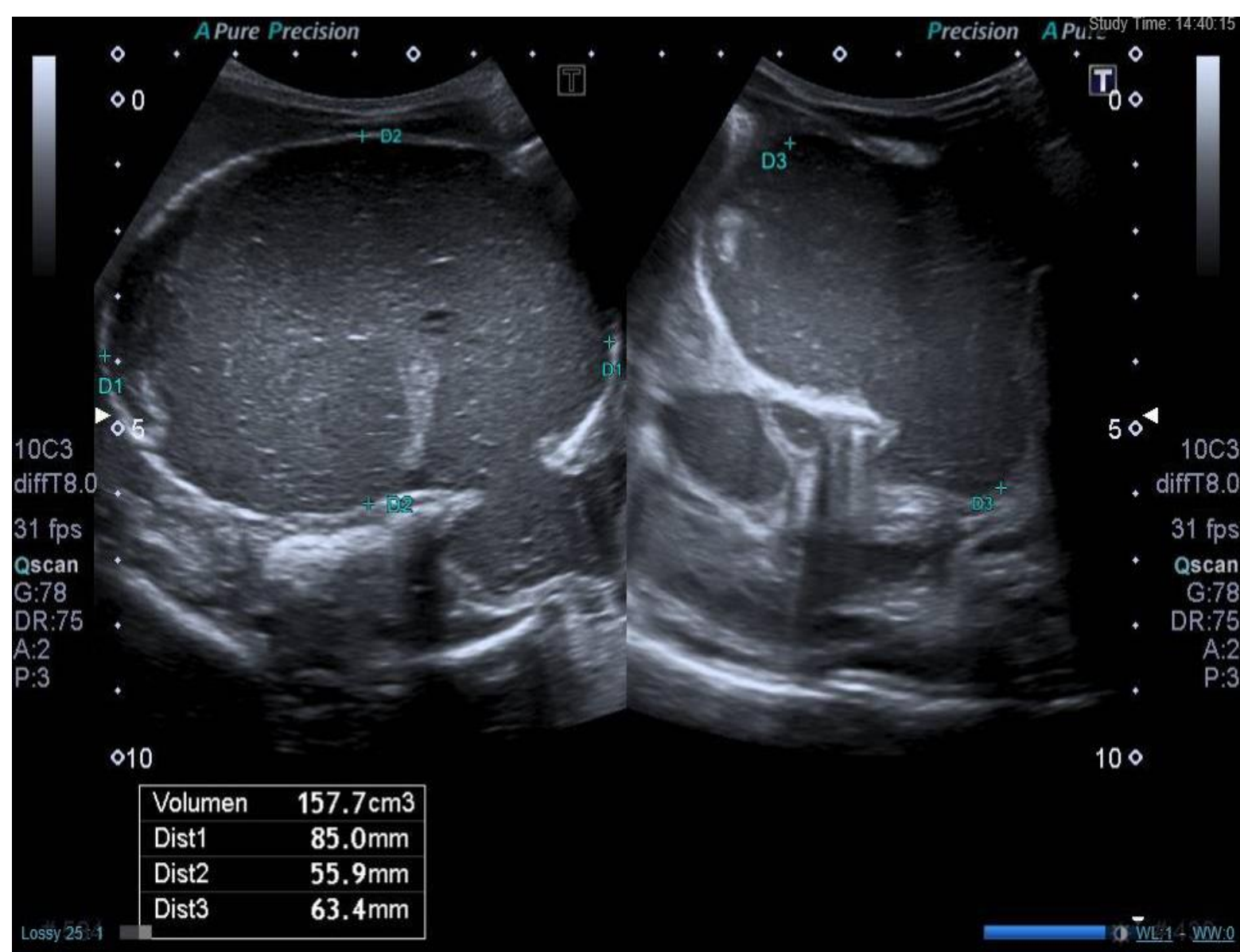
En la Rx de abdomen se objetiva una línea radio opaca en flanco derecho que parece corresponder con la pared calcificada del quiste descrita en la ecografía.

En cuanto a las pruebas complementarias realizadas al nacimiento, se obtuvieron cultivos negativos, negatividad de CMV en orina, y negatividad de virus en el aspirado nasofaríngeo. Estudio cardiológico y cerebral normales. Estudio genético para fibrosis quística negativo.

Fue intervenida el primer día de vida consiguiendo la exéresis completa del quiste, confirmándose el diagnóstico de pseudoquiste meconial a nivel anatomopatológico y conservando 65 cm totales incluyendo colon completo y válvula ileocecal, hallando la unión del segmento intestinal distal al quiste a través de una unión estenótica, confirmando por tanto la atresia intestinal como causa de la patología.

Como complicaciones, a los 9 días de vida inicia cuadro de sepsis clínica y aumento de reactantes de fase aguda, con cultivos repetidos negativos y evolución favorable tras antibioterapia, precisando 3 transfusiones de hematíes durante su ingreso por anemia multifactorial.

A los 27 días de vida se realiza el cierre de la ostomía, consiguiendo retirar la nutrición parenteral a los 36 días de vida. Posteriormente desarrolla un cuadro de insuficiencia intestinal con diarrea osmótica que precisa de ingreso prolongado, pudiendo ser dada de alta finalmente a los 57 días de vida en situación de fallo de medro, con peso 3,2 kg (<p1) y talla 50,5 cm, (<p1) con lactancia materna y fórmula hidrolizada, reponiendo las pérdidas por deposiciones con SRO.



CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Debemos considerar el pseudoquiste meconial ante la presencia de un quiste intraabdominal. Está constituido por una pared intestinal adelgazada sin epitelio, siendo esto lo que lo diferencia de la peritonitis meconial, cuya pared es fibrosa. Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial por pruebas de imagen ya que el tratamiento entre ambas entidades difiere, precisando el pseudoquiste la resección del mismo en un único tiempo quirúrgico, y en caso de la peritonitis meconial el drenaje quirúrgico primero, y la resección en un segundo tiempo. El diagnóstico de confirmación de esta entidad requiere confirmación histopatológica demostrando la presencia de músculo liso en su pared.