

B. Velasco Sánchez, C. Soto Beauregard,  
J. Bueno Recio, J. Murcia Zorita,  
L. Lassaletta Garbayo, J. Tovar Larrucea

*An Esp Pediatr* 1996;44:599-600.

### Introducción

La peritonitis meconial es debida a una perforación del tracto digestivo durante la vida intrauterina o en los primeros momentos de vida del recién nacido, suele deberse a un proceso intestinal isquémico y obstructivo<sup>(1-4)</sup> y, generalmente, conduce a una intervención quirúrgica neonatal<sup>(3,5-7)</sup>. Sin embargo, en algunas ocasiones este proceso pasa desapercibido al nacimiento, para manifestarse posteriormente con la presencia de calcificaciones intraabdominales<sup>(5,6,8,9)</sup>. Presentamos el caso de un niño con 3 meses de edad, con una tumoración escrotal calcificada, como consecuencia de una peritonitis meconial intraútero asintomática.

### Observación clínica

Varón de 3 meses de edad, RN a término con PAEG, con un peso actual de 6.200 gramos, que consulta por tumoración escrotal derecha. Como antecedente presentaba conducto peritoneo vaginal permeable derecho con hidrocele izquierdo. Al remitir progresivamente el líquido escrotal, se descubre una tumoración escrotal derecha persistente de unos 3 cm de diámetro, que a la exploración presenta consistencia dura, no dolorosa, con transluminación negativa y que es indistinguible de las estructuras testiculares. Cordón espermático derecho sin alteraciones, al igual que el cordón y el testículo izquierdos.

En el estudio radiológico abdominal (**Fig. 1**) se aprecian calcificaciones múltiples a distintos niveles: escroto derecho, hipocóndrio y flanco derechos, así como en mesogastrio. En la ecografía testicular se aprecia masa cálcica en vaginal testicular derecha que respeta el teste en su integridad. El tránsito digestivo superior y el enema opaco se encuentran dentro de la normalidad, así como el test del sudor para descartar la presencia de mucoviscidosis.

Se decide realizar una exploración quirúrgica testicular, para confirmar el diagnóstico y descartar así una posible patología tumoral. En la intervención se aprecia una tumoración de unos 3 cm de diámetro, formada por contenido meconial calcificado, en la vaginal testicular, que se extirpa respetando las estructuras testiculares y cerrando el conducto peritoneo vaginal

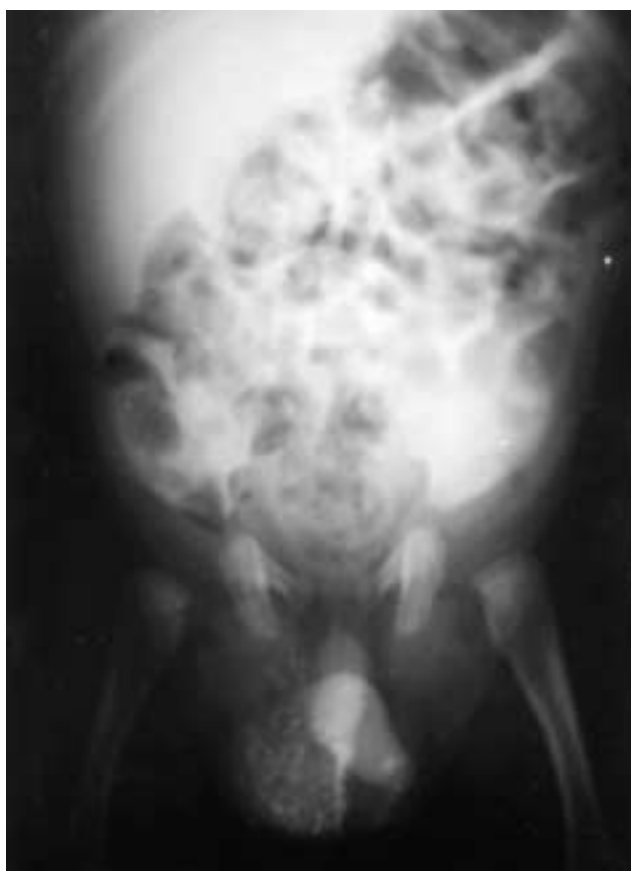
Hospital Infantil "La Paz". Servicio de cirugía pediátrica.  
Pº. de la Castellana, 261. 28046 Madrid

Correspondencia: Basilio Velasco Sánchez. Secretaría de Cirugía.  
Hospital Infantil "La Paz". Pº. de la Castellana 261. 28046 Madrid.

Recibido: Mayo 1995

Aceptado: Septiembre 1995

## Peritonitis meconial intrauterina asintomática: A propósito de un caso



**Figura 1.** Calcificaciones abdominales múltiples.

permeable. El estudio anatomopatológico de la pieza muestra una vaginal con calcificaciones, compatible con vaginalitis meconial.

### Discusión

La peritonitis meconial, con una incidencia de 1:35.000 recién nacidos vivos, suele asociarse, como ya mencionamos, al íleo meconial secundario a la fibrosis quística, pero puede también relacionarse con procesos obstructivos e isquémicos intestinales, apendicitis intraútero, divertículo de Meckel, punciones por amniocentesis<sup>(10)</sup> y ano imperforado<sup>(2,3,6,10,11)</sup>.

La perforación del tracto digestivo durante la vida intraute-

rina o durante las primeras horas de vida del recién nacido<sup>(3,5,6)</sup> trae como consecuencia una peritonitis química estéril, al no verse involucrado ningún microorganismo exógeno<sup>(6,12)</sup>. La perforación intestinal puede pasar clínicamente desapercibida al nacimiento y si ésta se asocia a un conducto peritoneo vaginal permeable, puede manifestarse excepcionalmente por la presencia de una tumoración escrotal calcificada<sup>(5,6,8,13-16)</sup> al pasar meconio al escroto a través de dicho conducto y calcificarse posteriormente. La peritonitis meconial asintomática fue descrita por primera vez por Olnick en 1953<sup>(17)</sup>. Estos pacientes deben haber sufrido una perforación intestinal intrauterina, que se resolvió espontáneamente y en la que el proceso que la determinó no ha persistido<sup>(3)</sup>.

Algunos autores proponen no intervenir y esperar a la resolución espontánea, incluso de las calcificaciones<sup>(3,8)</sup>. Friedman<sup>(18)</sup> afirma que no es necesaria la exploración quirúrgica al ser tan característicos los hallazgos ecográficos en estos pacientes. En otros casos se realiza la intervención quirúrgica para aclarar el diagnóstico. También se asocia anorquia a la presencia de una masa escrotal por peritonitis meconial previa<sup>(6)</sup>.

## Bibliografía

- 1 Boix-Ochoa J. Meconium Peritonitis. *J Pediatr Surg*, 1968;**3**:715-722.
- 2 Tibboel D, Molenaar JC. Meconium peritonitis: a retrospective, prognostic analysis of 69 patients. *Z Kinderchir*, 1984;**39**:25-28.
- 3 Wiener ES. Meconium peritonitis. En: Ravitch MM, Welch KJ, Benson CD (eds.). *Pediatric Surgery*, 4th. ed. Chicago. *Year Book Medical Publishers*, 1988;**97**:929-931.
- 4 Ya-Xiong S, Lian-Chen S. Meconium peritonitis-observations in 115 cases and antenatal diagnosis. *Z Kinderchir*, 1982;**37**:2-5.
- 5 Dehner LP, Scott D, Stocker JT. Meconium periorchitis: a clinicopathologic study of four cases with a review of the literature. *Hum Pathol*, 1986;**17**:807-812.
- 6 Forouhar F. Meconium peritonitis: pathology, evolution and diagnosis. *Am J Clin Pathol*, 1982;**78**:208-213.
- 7 Martínez Ibáñez V, Boix-Ochoa J, Lloret Roca J, Ruiz H. Peritonitis meconial: conclusiones sobre 53 casos. *Cir Ped*, 1990;**3**:80-82.
- 8 Berdon WE, Baker DH, Becker J, De Sanctis P. Scrotal masses in herald meconium peritonitis. *N Engl J Med*, 1967;**277**:585-587.
- 9 Miller JP, Smith SD, Newman B, Sukarochana K. Neonatal abdominal calcification: is it always meconium peritonitis? *J Pediatr Surg*, 1988;**23**:555-556.
- 10 Gauderer MWL, Cass DL. Meconium per vaginam secondary to ileal atresia and meconium peritonitis. *Pediatr Surg Int*, 1992;**7**:64-66.
- 11 Tanaka K, Hashizume K, Kawarasaki H, Iwanaka T, Tsuchida Y. Effective surgery for cystic meconium peritonitis - Report of two cases. *J Pediatr Surg*, 1993;**28**:960-961.
- 12 Mitsudo SM, Boley SJ, Rosenzweig MJ, Campbell DE. Extraperitoneal pelvic meconium extravasation in a newborn infant. *J Pediatr*, 1983;**103**:598-600.
- 13 Estroff JA, Bromley B, Benacerraf BR. Fetal meconium peritonitis without sequelae. *Pediatr Radiol*, 1992;**22**:277-278.
- 14 Gunn LC, Ghionzoli OG, Gardner HG. Healed meconium peritonitis presenting as a reducible scrotal mass. *J Pediatr*, 1978;**92**:847.
- 15 Heetderks DR, Verbrugge GP. Healed meconium peritonitis presenting as a scrotal mass in an infant. *J Pediatr Surg*, 1969;**4**:363-365.
- 16 Thompson RB, Rosen DI, Gross DM. Healed meconium peritonitis presenting as an inguinal mass. *J Urol*, 1973;**110**:364-365.
- 17 Olnick HM, Hatcher MB. Meconium peritonitis. *JAMA*, 1953;**152**:582-584.
- 18 Friedman AP, Haller JO, Goodman JD. Sonography of scrotal mass in healed meconium peritonitis. *Urol Radiol*, 1983;**5**:43-46.