

Revista Brasileira de Saúde

ISSN 3085-8089

vol. 1, n. 10, 2025

••• ARTIGO 8

Data de Aceite: 18/11/2025

PERITONITE MECONIAL ASSOCIADA A PSEUDOCISTO MECONIAL - UM RELATO DE CASO

Juliane dos Santos Madruga

Attilio Brisighelli Neto



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

INTRODUÇÃO

A peritonite meconial é uma peritonite química estéril causada pelo extravasamento de meconio na cavidade abdominal decorrente de uma perfuração intestinal, resultando em reação inflamatória intensa, que se manifesta pela presença de calcificações, ascite, cistos e fibrose. A incidência da patologia é rara e é estimada em 1 caso para cada 30.000-35.000 nascidos vivos (1,2,3,4). No entanto, a real incidência é discutível, uma vez que, em alguns casos há o fechamento espontâneo do local de perfuração intestinal e consequente regressão do processo inflamatório (3). A relação entre sexo masculino e feminino é de 1,5/1 e o local mais frequente da perfuração é o íleo (5).

A etiopatogenia ainda não é completamente elucidada, mas sabe-se que estão envolvidos diversos fatores, como obstrução orgânica, patologia vascular e funcional, etiologia viral, doenças autossômicas (5,6).

A ultrassonografia é o exame de imagem de escolha para o diagnóstico pré-natal da peritonite meconial que pode demonstrar a presença de polidrâmnio, ascite fetal, dilatação de alças intestinais e calcificações (6,7) e o diagnóstico intraútero, em conjunto com a melhora da assistência após o nascimento está associado a menor morbidade e mortalidade, além de melhor prognóstico pós natal (7).

OBJETIVO

Descrever o diagnóstico pré-natal e a evolução pós parto de feto diagnosticado com peritonite meconial, contribuindo para identificação precoce da patologia para

assistência adequada ao nascimento e melhora do prognóstico pós natal.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de um relato de caso, descritivo. As informações foram obtidas após anamnese clínica com a paciente, revisão de caderneta de gestante, exames laboratoriais maternos pré natais, exames de imagem pré e pós natais, evoluções médicas de prontuário físico e eletrônico. Para a revisão de literatura, o embasamento teórico e científico foi fundamentado em artigos, relatos de casos e revisões bibliográficas encontrados em bancos de dados do PubMed, Scielo, Google Scholar e LILACS

RELATO DE CASO

Paciente, M. S. A, sexo feminino, gestante, 33 anos, data da última menstruação incerta, G2PC1 com antecedente pessoal de trombose de veia porta em julho de 2024, diagnóstico de Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide em uso de enoxaparina 160mg/d e colelitiasi diagnosticada durante a gestação. Tabagista. Parto cesárea anterior há 7 anos, pré termo, realizado por hipertensão gestacional de difícil controle, sem outras intercorrências. Apresentava tipo sanguíneo O +, imune à toxoplasmose, rubéola e citomegalovírus no primeiro trimestre. Sorologias para sífilis, HIV, hepatite B e C não reagentes. Ausência de alterações pressóricas. Exame físico obstétrico dentro da normalidade. Realiza ultrassom morfológico de primeiro trimestre sem alterações. Indicado ultrassom morfológico de segundo trimestre realizado com 22 semanas e 3 dias que evidencia imagem ecogênica de 0,5cm em região pélvico-abdominal fetal,

posição pélvica do conceito dificultando adequada avaliação, polidrâmnio (maior bolsão 13,5 cm), área cardíaca com aumento da relação cardio-toracica, peso fetal acima do percentil 97 e sexo feminino. Demais estruturas sem alterações. Formulada então, a hipótese diagnóstica de cisto de cordão calcificado, atresia intestinal ou neuroblastoma pelo ultrassonografista (Figura 1).



Figura 1: Ultrassom morfológico de 2º trimestre imagem ecogênica de 0,5cm em região pelvico-abdominal fetal

Indicado realização de novo exame de imagem com especialista em medicina fetal demonstrando ao ultrassom obstétrico, imagem heterogênea, ecogênica, sem fluxo ao Doppler, no mesogástrico medindo 3,07 x 2,93 x 2,16cm com volume 10,2 cm³ sugerindo pseudocisto meconial (Figura 2).



Figura 2: Ultrassom obstétrico com imagem heterogênea, ecogênica, sem fluxo ao Doppler, com calcificações no mesogástrico medindo 3,07 x 2,93 x 2,16cm com volume 10,2 cm³ sugerindo pseudocisto meconial.

Recomendado então a ressonância magnética com objetivo de elucidar o diagnóstico. No entanto, o exame conclui que não há anormalidades fetais e que não foi observado massa abdominal. Assim, paciente segue com pré-natal de alto risco e realização de ultrassons obstétricos seriados, sem evidências de outras malformações. Não realizado ecocardiograma fetal e NIPT. Realizado ultrassom obstétrico com Doppler de rotina com idade gestacional de 36 semanas e 3 dias demonstrando alteração na relação cérebro umbilical com valor de 0,45 e ducto venoso com "a" negativa. Peso fetal estimado de 3424g (entre o percentil 90 e 97). Índice de líquido amniótico de 17,6 cm (entre percentil 50 e 95 para idade gestacional). Indicado resolução da gestação por via alta. Realizado parto cesárea em caráter de urgência, sob anestesia geral devido ao uso de enoxaparina recente. Recém-nascido (RN), sexo feminino, peso ao nascer 3565g, recepcionado por equipe da pediatria, evolui com insuficiência respiratória e insta-

bilidade hemodinâmica com necessidade de CPAP e droga vasoativa, APGAR de 5 no 1º minuto e 7 no 5º minuto. Ao exame físico BRNF sem sopros audíveis, abdome distendido, RHA +, sem sinais de peritonite e com massa palpável em mesogástrio, ânus pérvio. Encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal para vigilância clínica rigorosa. No primeiro dia de vida foi realizado ultrassom de abdome no RN que não evidencia imagem em mesogástrio. RN evolui com eliminação de meconígio, distensão abdominal e necessidade de diminuição de oferta da dieta. No 3º dia de vida, após estabilidade hemodinâmica, realizado tomografia de abdome com contraste demonstrando formação cística com calcificações periféricas no flanco direito, em amplo contato com o cólon ascendente, medindo cerca de 2,3 x 1,7 x 1,8 cm associada a pequenas calcificações puntiformes esparsas no abdome, considerando novamente a possibilidade de pseudocisto meconial calcificado, associado a peritonite meconial. Realizada radiografia de trânsito intestinal demonstrando boa passagem de contraste, porém imagem sugestiva de pneumoperitônio não evidenciado em tomografia. Indicado laparotomia exploradora pela equipe da cirurgia pediátrica realizada no 4º dia de vida. No intraoperatório encontrado abdome congelado, com grande quantidade de aderências entre alças intestinais e parede abdominal, grande quantidade de meconígio em todos os quadrantes, perfuração em íleo há 10 cm da válvula íleo-cecal e presença de alça enegrecida, ausência de apêndice veriforme. Optado por lavagem de cavidade, lise de aderências, enterectomia de alça (aproximadamente 15cm), colectomia de cólon direito e ceco (5cm). Confeccionado ileostomia e colostomia e fixado dreno de penrose em fossa ilíaca esquerda. RN retor-

na a UTI neonatal onde novamente apresenta instabilidade hemodinâmica, sendo necessário otimização de drogas vasoativas, intubação orotraqueal e prescrito antibióticoterapia após abordagem cirúrgica. Otimizada terapia após diagnóstico de sepse tardia. Realizado teste do pézinho, sem alterações. Realizado ecocardiograma que demonstrou forame oval patente de 2,5mm, sem repercussão. RN evolui de forma progressiva e satisfatória, sendo possível desmame de drogas vasoativas e ventilação mecânica, retirada de dreno de penrose e introdução de dieta por sonda orogástrica, com boa aceitação e nos dias seguintes com evacuação espontânea. Após 30 dias de primeira abordagem cirúrgica, equipe da cirurgia pediátrica realiza reconstrução de trânsito intestinal, sem intercorrências e RN possui alta da UTI neonatal para enfermaria após 10 dias da reabordagem. RN com critérios de melhora, ganho ponderal adequado, boa aceitação de fórmula infantil, diurese e evacuação presentes, estando apta para alta hospitalar.

DISCUSSÃO

Descrita pela primeira vez em 1961 por Morgagni e primeira abordagem cirúrgica bem sucedida em 1943 por Agerty (3), a peritonite meconial é causada por uma perfuração intestinal e consequente eliminação de meconígio na cavidade, que junto à enzimas digestivas causa uma reação do tipo “corpo estranho”, resultando em intensa reação inflamatória, com formação de aderências (8). A permanência de meconígio na cavidade faz com que haja o aparecimento de ascite, cistos, calcificações e fibrose (3).

A peritonite meconial é classificada de acordo com o grau da resposta inflamatória, dividindo-se em generalizada: ocorre

perfuração intestinal poucos dias antes do nascimento levando a ascite fetal volumosa e geralmente com regressão do orifício perfurado; fibroadesiva quando a perfuração se manifesta mais cedo na vida intrauterina, com formação de aderências, calcificações e cicatrização do local perfurado; e a cística em que há eliminação contínua meconio na cavidade pois não a reparação do local perfurado, em que as alças intestinais aderem-se formando um pseudocisto, revestida de fibrose que se calcifica, sendo possível de limitação do pseudocisto (8).

A etiopatogenia é multifatorial, sendo a obstrução orgânica a principal causa e representando 94% dos casos (9), podendo ocorrer por íleo meconial, atresia intestinal, estenose, volvo, hérnia interna, intussuscepção, gastrosquise ou doença de Hirschsprung (1). A fibrose cística está associada à peritonite meconial em 15-40% dos casos e ocorre pela possibilidade de apresentar íleo meconial (1,10). A causa também pode estar associada a diminuição da irrigação sanguínea para o mesentério, necrose da mucosa intestinal e consequente perfuração, além de infecções intrauterinas congênita por citomegalovírus, parvovírus B19 e rubéola (11). Contudo, em alguns casos, etiologia não é possível de ser definida (9).

O diagnóstico pré-natal é realizado pela ultrassonografia e é imprescindível para resultados pós-natais satisfatórios. Possui sensibilidade de 50-80% e alta especificidade (98%). Os principais achados são: calcificações intraperitoneais em pontos, linhas ecogênicas ou massas calcificadas no abdome, pelve e/ou escroto em fetos do sexo masculino (7). Bem como polidrâmnio, ascite fetal, dilatação de alças intestinais (5).

A ressonância magnética fetal também pode ser utilizada para o diagnóstico, com

capacidade de identificar outras malformações congênitas. Estudos recentes demonstram que o método pode ser mais preciso em comparação ao ultrassom (1).

No período neonatal, além da ultrassonografia, a radiografia de abdome pode evidenciar as calcificações na cavidade peritoneal (1).

A idade gestacional e via de parto, se não houver outras comorbidades que indiquem antecipação do parto ou contra indiquem parto normal, tem indicação obstétrica (5). No entanto, considerar antecipação do parto se aumento da ascite fetal, progressão da distensão abdominal ou do polidrâmnio (12).

Após o nascimento a indicação cirúrgica será pautada na apresentação da patologia e condição clínica do RN. Entram as indicações estão a presença de pneumoperitônio, obstrução intestinal, estado geral prejudicado e/ou piora progressiva por sepse ou alteração de eletrólitos (8).

Com os avanços tecnológicos dos exames de imagem para diagnóstico pré natal, melhora da assistência nas unidades intensivas neonatais a mortalidade pela peritonite meconial era de 80%, mas atualmente a taxa de sobrevivência é maior que 90% em países desenvolvidos, demonstrando que acompanhamento correto no pré natal, com exames de imagem de qualidade, UTI neonatal disponível e equipe de cirurgia pediátrica capacitada vêm mudando os desfechos da peritonite meconial (1,4).

CONCLUSÃO

No caso clínico descrito, foi possível realizar o diagnóstico do pseudocisto meconial através da ultrassonografia durante o

pré-natal, sem a presença de ascite ou calcificações. Apesar de realizada a ressonância magnética fetal, a mesma demonstrou resultado compatível com a normalidade. Após o parto, o ultrassom de abdome do RN não demonstrou alterações, sendo necessário a realização da tomografia de abdome com contraste e radiografia de trânsito intestinal. Durante abordagem cirúrgica não foi encontrado fator obstrutivo que justificasse o pseudocisto meconial e a peritonite. A paciente era imune à rubéola e ao citomegalovírus e o RN realizou triagem neonatal negativa para fibrose cística no teste do pezinho, demonstrando que até o momento não há causa definida para o caso. O anatomo-patológico da peça cirúrgica exibiu processo inflamatório crônico ativo inespecífico em parede de intestino delgado, com margens distal e proximal livres de acometimento e peritonite crônica ativa com focos de calcificação, compatível com a patologia. O RN seguirá em acompanhamento ambulatorial com a cirurgia pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. IONESCU, S. et al. Postnatal treatment in antenatally diagnosed meconium peritonitis. *Chirurgia (Bucur)*, v. 110, n. 6, p. 538-44, 2015.
2. NETO, Attílio Brisighelli; CAETANO, Samira Montorsi; SORRENTI, Rafael. Ascite fetal isolada. *Revista de Ciências Médicas*, v. 16, n. 1, 2007.
3. ORMEÑO MELLADO, Orlando J. et al. Diagnóstico prenatal y enfrentamiento postnatal de peritonitis meconial, a propósito de un caso. *Rev. pediatr. electrón.*, p. 28-32, 2019.
4. TRIMINIO, Francis Andrea Vásquez et al. Peritonitis meconial fetal: reporte de caso. *Revista Médica Hondureña*, v. 92, n. Supl. 2, p. S8-S12, 2024.
5. AMORIM, M. M. R. DE et al. Peritonite meconial como diagnóstico diferencial de ascite fetal: relato de caso. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 21, n. 6, jul. 1999
6. COSTA, Márden Pinheiro Teixeira et al. Diagnóstico pré-natal de peritonite meconial: relato de caso. 2017.
7. SAITUA D, Francisco; LOPETEGUI C, Soledad; SOTO U, Fernando. Peritonitis meconial: Experiencia clínica. *Rev. chil. pediatr.*, Santiago, v. 82, n. 3, p. 218-224, jun. 2011. Acesso em 29 jul. 2025.
8. MAKSOUD, João Gilberto. *Cirurgia pediátrica/* vol II. Rio de Janeiro: Revinter. Acesso em: 29 jul. 2025.
9. GUERRA, Larissa Pereira et al. Perfuração intestinal intraútero com evolução para peritonite meconial: Relato de caso. *Intrauterine intestinal perforation with evolution to meconial peritonitis: Case report. Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 5, p. 21963-21969, 2021.
10. WANG, Chao-Nin et al. Meconium peritonitis in utero—the value of prenatal diagnosis in determining neonatal outcome. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 47, n. 4, p. 391-396, 2008.
11. ROJAS, Claudio et al. Ascitis fetal como manifestación de peritonitis meconial; presentación de un caso y revisión de literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, v. 83, n. 1, p. 104-110, 2018.
12. PICCIONI, Maria Grazia et al. Case series of acute meconium peritonitis secondary to perforation of the ileum in the antepartum period. *Journal of Clinical Medicine*, v. 11, n. 23, p. 7127, 2022.