

## SECCION DE IMAGENES

TERATOMA INMADURO DE MEDIASTINO.  
 REPORTE DEL PRIMER CASO EN EL HOSPITAL INFANTIL  
 "DR. ROBERT REID CABRAL"

- \* Dr. Miguel Rodríguez García
- \*\* Dr. Héctor Otero Cruz
- \*\*\* Dr. Rafael Paz Frías
- \*\*\*\* Dr. Leonidas Mayobanex Bernard Pujols
- \*\*\*\* Dra. Monaima Pérez Javier

## RESUMEN:

Se reporta un caso de teratoma inmaduro de mediastino en una niña de tres años.

Teratoma inmaduro de mediastino

## ABSTRACT:

A case of an immature teratoma of the mediastinum in a three years old girl is reported.

Immature teratoma of the mediastinum

## INTRODUCCION

Los teratomas en el mediastino representan entre 3.7 a 11% de todas las tumoraciones mediastínicas y el 20% de las tumoraciones del mediastino anterior.<sup>1-2</sup> Constituyen así un grupo importante de las patologías tumorales mediastínicas pediátricas. Algunos autores<sup>3</sup> señalan al mediastino como el tercer lugar de localización del teratoma; sin embargo, Lampkin y otros<sup>4-6</sup> le ubican en el cuarto lugar, siendo precedido en frecuencia por el teratoma de la región

(\*) Cirujano torácico del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral y del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter. Profesor de cirugía Universidad Eugenio María de Hostos.

(\*\*) Cirujano pediatra Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Profesor de Cirugía Pediátrica Universidad Eugenio María de Hostos.

(\*\*\*) Residente de Cirugía General.

(\*\*\*\*) Médicos egresados de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Santo Domingo, República Dominicana.



FIG. 1. Imagen radioopaca con bordes nítidos y localización anterior y desplazamiento mediastínico. No se observan calcificaciones.

sacrocoxígea, ovarios y testículos.

En el mediastino, la localización más frecuente es en el mediastino anterior,<sup>1-7</sup> reportándose en el posterior hasta el momento sólo 10 casos en la literatura extranjera.<sup>1</sup>

Los teratomas benignos (maduros) son más frecuentes que los malignos (inmaduros), siendo la incidencia de estos últimos de un 25-35%.<sup>4,8</sup>

El propósito de esta publicación es describir el primer caso de teratoma inmaduro encontrado en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, de Santo Domingo, en los últimos 20 años. Hasta el momento no ha habido publicación similar en la literatura nacional.

## REPORTE DEL CASO

M.S., paciente femenina de 3 años y 6 meses de edad, ingresada por historia de dificultad respiratoria, pérdida de peso de dos meses de evolución y tos acompañada de febrículas desde un mes antes.

El examen físico revela niña de 13K que lucía agudamente enferma, disneica, pálida, angustiada, afebril, con aliento nasal, tórax asimétrico, levantamiento moderado del hemitórax derecho, retracciones intercostales y subcostales, hiperventilación y matidez en hemitórax derecho; crepitantes y sibilantes laterales y hepatomegalia (3 cm por debajo del reborde costal derecho).

Una radiografía de tórax tomada en ese momento presenta imagen radioopaca de 10-12 cm de diámetro con bordes nítidos y localización anterior (Fig. 1).

Ingresó con diagnóstico de neumonía derecha y derrame pleural derecho enquistado.

Se interconsulta al servicio de cirugía torácica y nuestra opinión fue de que se trataba de una masa tumoral ante-

rior. Durante las primeras horas de ingreso incrementa su dificultad respiratoria y al tomarse radiografía de tórax control se visualiza pequeño derrame pleural. Se practica punción torácica, extrayéndose 35 cc de líquido hemorrágico el cual es enviado a cultivar resultando negativo.

Por historia de contacto se piensa en posible tuberculosis y le instalan el tratamiento correspondiente.

En las 24 horas siguientes se incrementa la dificultad respiratoria por aumento del derrame pleural; se le coloca tubo de pecho, drenando abundante líquido hemorrágico que obliga a transfusión en tres ocasiones.

Es evaluado de nuevo por cirugía, servicio que reitera su primera impresión diagnóstica, agregando que por el sangrado considerábamos que se trataba de una neoplasia maligna. Recomendamos el retiro de las drogas antituberculosas y preparar para ser operado.

Se realiza esofagograma y tomografía axial computarizada, estudios que no aportaron datos adicionales a los documentados por la radiografía simple de tórax.

Mediante sonografía se plantea que se trata de un tumor sólido con poco líquido en el centro y líquido tabicado en pequeña cantidad por delante de la masa.

Se practicó toracotomía derecha, encontrándose tumoración anterior con múltiples mamelones y hemitórax tabicado por delante de la misma. Al disecar la tumoración ésta se abre drenando líquido hemorrágico, observándose salida de material tumoral friable con aspecto sarcomatoso. Se reseca alrededor del 85% del tumor, no pudiendo extirparse en su totalidad por extenderse hacia atrás y estar adherido a los grandes vasos.

Se envía el material extirpado a patología, revelándose estructuras glandulares y tubulares dentro de un estroma mesenquimatoso y en el interior de un estroma sarcomatoso, parecido al tumor de Wilms (Fig. 2).

El diagnóstico histopatológico: teratoma inmaduro del mediastino.

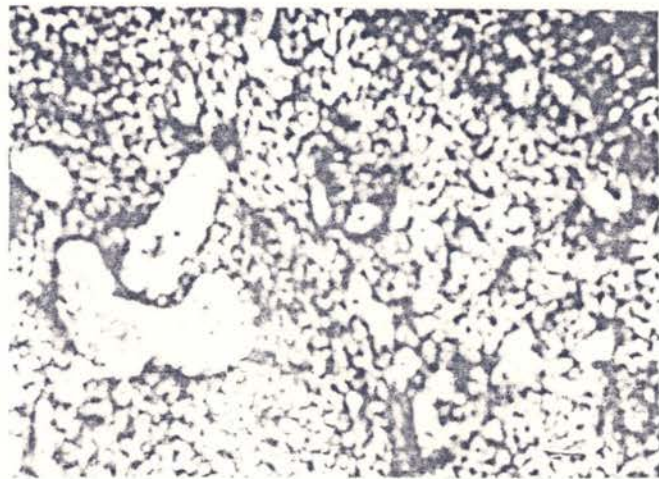


FIG. 2. Estructuras tubulares y glanduliformes dentro de un estroma de aspecto sarcomatoso parecido al tumor de Wilms.

## DISCUSION

A diferencia de los teratomas sacrocoxígeos que atacan más bien a niños menores de un año de edad, los mediastínicos afectan por igual a uno y otro sexo y personas de todas las edades.<sup>9,10</sup> Casi todas son estructuras quísticas simples que contienen derivados de más de una capa germinativa. Predominan por lo regular los derivados ectodérmicos y es común la calcificación.<sup>4,11</sup>

Las manifestaciones clínicas de nuestra paciente son similares a las señaladas por otros autores,<sup>1-10</sup> aunque es importante resaltar que estos enfermos pueden cursar asintomáticos resultando un hallazgo radiográfico casual.<sup>4</sup> Esto así porque el tórax es capaz en algunos casos de acomodarse notablemente bien al tumor sin producir interfe-



rencia apreciable con la función del corazón, los pulmones y demás estructuras del mediastino.<sup>12</sup>

Timoma, linfoma y quiste broncogénico son las más importantes lesiones del mediastino que deben ser consideradas al momento de hacer el diagnóstico diferencial.<sup>3,13</sup>

Se coincide en afirmar<sup>3,4</sup> que la presencia de calcificación en la radiografía de tórax es de gran ayuda para distinguir el teratoma de otras afecciones torácicas. Nuestro estudio radiográfico no mostró calcificación.

A pesar de que hay autores<sup>4,14</sup> que señalan que la tomografía axial computarizada es fundamental para definir las características del tumor, en nuestro caso no aportó nuevos datos de los observados en las radiografías simples A-P y lateral de tórax y en el esofagograma.

Las características macroscópicas del derrame pleural pueden ser orientadoras para pensar en la benignidad o malignidad de las tumoraciones torácicas. Se ha reportado<sup>5</sup> derrame serohemático en teratoma benigno; en el caso nuestro el derrame pleural era francamente hemorrágico. Aunque la irregularidad radiográfica de la masa nos puede hacer pensar en benignidad o malignidad, lo cierto es que sólo en el acto quirúrgico podemos tener un criterio acabado sobre el posible diagnóstico histopatológico.

La mayoría de los teratomas malignos son irreseccables debido a la invasión de órganos y otras estructuras intratorácicas.<sup>3,12</sup> En nuestro caso invadía los grandes vasos.

El pronóstico de los teratomas inmaduros es impredecible<sup>2</sup> y aunque se señala que en pacientes mayores de 15 años son más agresivos y tienen una evolución fatal;<sup>2,3,5</sup> en nuestro caso, a pesar de la edad de la afectada, el tumor tuvo un comportamiento agresivo, produciendo recidiva del tumor a los cuatro meses de ser intervenida y metástasis pulmonar, evolucionando hacia la muerte a pesar del adecuado tratamiento químico.

## RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un teratoma inmaduro del mediastino anterior en una paciente de tres años y seis meses de edad. Es el primer caso reportado en la literatura nacional y el único documentado por lo menos en los últimos 20 años en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Su sintomatología se instaló gradualmente desde dos meses antes. Fue tratada inicialmente como paciente afectada de tuberculosis. Los estudios radiográficos revelaron una imagen radiológica orientadora. Después de múltiples manejos se acoge diagnóstico quirúrgico confirmándose tumor de mediastino anterior, el cual se logra reseccar sólo en un 85%

debido a su adhesión a los grandes vasos. Se hace énfasis en los variados procedimientos diagnósticos y la necesidad de establecer diagnóstico diferencial.

Palabras claves: teratoma, tumor mediastínico, cirugía torácica pediátrica, cirugía oncológica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Leon-Maycotti J M: Teratoma de mediastino posterior. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986; 43(3): 188-191.
2. Billmire D F, Grosfeld J L: Teratomas in Childhood: Analysis of 142 cases. *J Pediatr Surg* 1986; 21 (6): 548-551.
3. Pokorny W J, Sherman J ): Tumores del mediastino. En Holder T M, Ashcraft K W: *Cirugía pediátrica*. Nueva Editorial Interamericana. México, 1984, p. 278.
4. Lampkin B C, Wong K Y, Kalinyak K A y col.: Solid malignancies in children and adolescents. *Surg Clin N Am* 1985; 65 (6): 1351-1384.
5. Grosfeld J L, Ballantine T V, Lowe D y col.: Benign and malignant teratomas in children: Analysis of 85 patients. *Surgery* 1976; 80: 297-305.
6. Tapper D, Lack E E: Teratomas in infancy and childhood. A 54 year experience at the children's Hospital Medical Center. *Ann Surg* 1983; 198 (3): 398-410.
7. King M R, Telander R L, Sithson W A, Banks P M, Hang M T: Primary mediastinal tumors in children. *J Pediatr Surg* 1982; 17: 512-520.
8. Thompson D P, Moore T C: Acute thoracic distress in childhood due to spontaneous ruptures of a large mediastinal teratoma. *J Pediatr Surg* 1969; 4: 416-423.
9. Whittaker L D, Lynn H B: Mediastinal tumors and cyst in the pediatric patient. *Surg Clin North Am* 1973; 53: 893-904.
10. Berry C L, Keeling J, Hilton C: Teratoma in infancy and childhood. A review of 1 case. *J Pathol* 1969; 98: 241-252.
11. Lobo J L, García I, Norza M, Vargas G: Tumores de la primera infancia: revisión. *Rev Med Hosp Nal Niños*. Costa Rica 1981; 16: (2): 12-142.
12. Salas M. Teratomas. En: *Las neoplasias en los niños*. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México 1968, p. 58.
13. Altman A J, Schwartz A D: *Malignant diseases of infancy, childhood and adolescence*. W.B. Saunders company Philadelphia, London, Toronto 1978. p.437.
14. Weinderg B, Rose J S, Efremidis S C, Kirschner P D, Gribetz D: Posterior mediastinal teratoma cystic dermoide. Diagnosis by computerized tomography. *Chest* 1980; 77: 694-695.