

## Teratoma quístico maduro. Presentación de un caso

Aura Lucía Rivera B, M.D.\*; Jorge Alberto Carrillo B. M.D.\*\*; Paulina Ojeda L. M.D.\*\*\*

Paciente de cinco meses de edad, atendido en otra institución por presentar cuadro de cuatro días consistente en tos seca y sialorrea. Se manejó inicialmente con diagnóstico de neumonía y derrame paraneumónico. Por deterioro respiratorio es remitido al Hospital Santa Clara. Al ingreso se encuentra paciente con dificultad respiratoria severa, tirajes intercostales y saturación de oxígeno del 89%, siendo necesario manejo inotrópico e intubación orotraqueal.

La radiografía de tórax inicial demostró una opacidad comprometiendo los dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo, con obliteración del ángulo costofrénico y desviación contralateral del cardiomediatino (Figura 1).

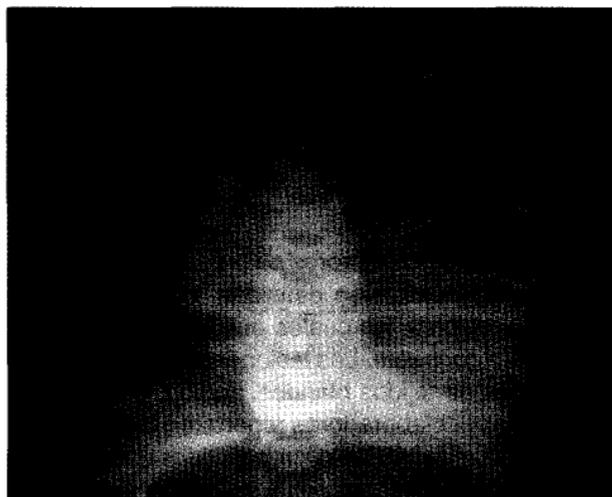
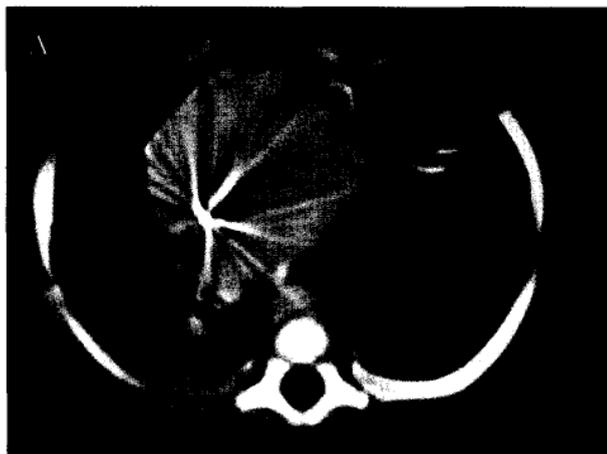


Figura 1. Radiografía de tórax al ingreso.

Con impresión diagnóstica de sepsis de origen pulmonar y sospecha de neumonía con derrame pleural asociado, se practicó toracostomía cerrada, obteniendo 60 cc de líquido cetrino. Por la persistencia de la opacidad basal izquierda en la radiografía de control, se practicó tomografía de tórax.

La tomografía contrastada evidenció una masa de densidad heterogénea, con coeficientes de atenuación correspondientes a tejidos blandos, grasa y calcio, de contornos redondeados, bien definidos en la base del hemotórax izquierdo, que por su localización medial y la imagen de compresión sobre el parénquima pulmonar, sugería origen mediastinal. Por la presencia de múltiples densidades y la localización de la lesión se planteó la posibilidad de teratoma quístico. (Figuras 2 A.B.C.D.).

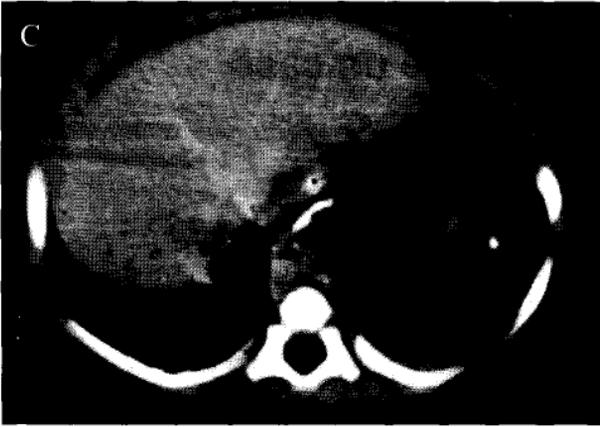


\* Médica Radióloga. Hospital Santa Clara. Universidad El Bosque.

\*\* Médico Radiólogo. Hospital Santa Clara. Universidad Nacional de Colombia.

\*\*\* Médica Patóloga. Hospital Santa Clara. Universidad El Bosque.

Correspondencia: Jorge Carrillo Bayona. Hospital Santa Clara. Carrera 15 # 1-59S - Tels: 2464606 - 2466581



El paciente es llevado a cirugía donde se encontró una masa intratorácica que se desplazaba hacia el retroperitoneo izquierdo, con límites bien definidos y contenido líquido mixto.

Se practicó resección de la masa, con rápida recuperación postoperatoria del paciente.

La anatomía patológica informó teratoma quístico maduro.

## REVISIÓN

Los teratomas quísticos maduros (quistes dermoides) son neoplasias de células germinales compuestas por derivados bien diferenciados de los tres tipos de tejido embriogénico (endodermo, mesodermo y ectodermo). Sólo el 3% de los tumores de células germinales comprometen el mediastino y de éstos el 75% corresponden a teratomas, los cuales se localizan principalmente en el mediastino anterior, siendo observados en el 3 a 8% de los casos ocupando el mediastino posterior (1, 2, 7). Los elementos que pueden conformar el quiste dermoide incluyen piel, dientes y pelo (ectodermo); hueso cartílago y músculo

(mesodermo) y epitelio bronquial y gastrointestinal del endodermo. Es característica la formación de quistes ocupados por material sebáceo configurando lesiones esféricas o lobuladas, multiquísticas y encapsuladas (1, 3).

Afectan principalmente a adultos jóvenes y adolescentes. Su presentación es poco frecuente en niños (4), siendo reportado en algunos trabajos como causa de masa mediastinal en el 10-19.8% de los casos (8, 9). Se han descrito series en neonatos donde la totalidad de los teratomas presentaron formas inmaduras (9). Las lesiones benignas no tienen predilección por sexo, encontrándose que su contraparte maligna es más frecuente en hombres.

La mayoría de los pacientes son asintomáticos y las lesiones tumorales son descubiertas incidentalmente. Cuando los quistes dermoides alcanzan mayor tamaño, se manifiestan con dolor torácico, disnea, tos y otros síntomas por compresión (2, 4, 6, 7, 10).

Radiológicamente los teratomas quísticos se presentan como masas redondeadas o lobuladas, usualmente bien definidas, localizadas en el mediastino anterior, las cuales pueden extenderse a la línea media o al hemitórax contralateral (2, 1), visualizándose en ocasiones calcificaciones, dientes u osificación. (2, 7).

En la TAC estos tumores se presentan como masas heterogéneas, bien definidas, con paredes de espesor variables, las cuales pueden realzar con el material de contraste. Las lesiones pueden contener densidades de tejidos blandos, líquido, grasa y calcio. Moeller y colaboradores reportaron la frecuencia con que visualizaban las diferentes densidades en los teratomas quísticos, encontrando que la atenuación de tejidos blandos estaba presente en la totalidad de los casos (serie de 66 pacientes), el líquido en el 88%, la grasa en el 76% y las calcificaciones en el 53%. La combinación de densidades más frecuente fue la de tejidos blandos, líquido, grasa y calcio en el 39% de los pacientes y los niveles líquido-grasa fueron el hallazgo más específico, presentándose en el 11% de los casos. (2, 7). Estas características imagenológicas se presentan más frecuentemente en las lesiones benignas, observándose un componente predominantemente sólido en las lesiones malignas (10).

Los quistes dermoides tienen un pronóstico excelente cuando se logra la resección quirúrgica completa. (5).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Gaerte SC, Meyer CA, Winer-Muram HT, Tarver RD, Conces DJ. Fat containing Lesions of the chest. *RadioGraphics* 2002;22:61-78.
2. Jeung MY, Gasser B, Gangi A, Bogorin A, Charneau D, Wihlm JM, Dietemann J-L, Roy C. Imaging of cystic masses of the mediastinum. *Radio Graphics* 2002;22:79-93.
3. Kim JH, Goo JM, Lee HJ, Chung MJ, Jung SI, Lim KY, Lee MW, Im Jg. Cystic tumors in the anterior mediastinum. Radiologic-pathological correlation. *J Comput Assist Tomogr.* 2003;27(5):714-23.
4. Boussetta K, Jaziri F, Bousnina D, Aloui N, Maherzi A, Kilani T, Kammoun Sellami N, Bousnina S. Apropos of a mediastinal teratoma invading the lung. *Arch Pediatr.* 2001 ;8(12):1344-7.
5. Smahi M, Achir A, Chafik A, al Aziz AS, el Messlout A, Benosman A. Mature teratome of the mediastinum. *Ann Chir.* 2000;125(10):965-71.
6. de Bournonville C, Maugendre S, Bellegic C, Corbineau T, Lena H, Desrues B, Delaval P. Mature teratoma of the mediastinum : apropos of 2 cases. *Rev Pneumol Clin;*1999 Jun;55(3):177-80.
7. Moeller KH, Rosado-de-Christenson ML, Templeton PA. Mediastinal mature teratoma: imaging features. *AJR Am J Roentgenol.*1997;169(4):985-90.
8. Akashi A, Nakahara K, Ohno K, Fujii Y, Maeda H, Miyoshi S, Matsumura A, Nakagawa K, Minami M, Matsuda H. Primary mediastinal tumors in children-comparison with mediastinal tumors in adults. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi.* 1993;41(11):2180-4.
9. Lakhoo K, Boyle M, Drake DP. Mediastinal teratomas:review of 15 pediatric cases. *J Pediatr Surg.* 1993;28(9):1161-4.
10. Quillin SP, Siegel MJ. CT features of benign and malignant teratomas in children. *J Comput Assist Tomogr.* 1992;16(5):722-6.



**¡Se puede lograr!**