

Resolución del caso presentado en el número anterior Teratoma mediastínico: la importancia de la sospecha y el diagnóstico precoz

Mediastinal teratoma: the importance of suspicion and early diagnosis

Federico Prado^a, Julieta Bogado^a, Eliana F. Laurino^a, María B. Leone^a, Marta Lavergne^a

RESOLUCIÓN DEL CASO

Niño de 10 años de edad consultó por dolor torácico. Dicho dolor presentaba un año y medio de evolución, se localizaba en hemitórax inferior, de aparición esporádica, evolucionó con aumento de la intensidad y persistencia. Era punzante, no irradiaba y cedía espontáneamente. Presentaba examen físico normal.

En la radiografía de tórax anteroposterior, se constató un aumento de la silueta cardíaca (Figura 1A). La ecografía transtorácica evidenció una imagen redondeada en íntimo contacto con el corazón, de límites definidos, heterogénea a expensas de múltiples septos que delimitaban cavidades anecoicas e hipoecoicas (Figura 1B). La tomografía computada de tórax (TC) con contraste intravenoso mostró una formación de 81 mm × 81 mm × 75 mm a nivel del espacio prevascular derecho, que ocupaba la porción anterior del hemitórax homolateral, redondeada, de límites bien definidos, multiloculada, con calcificaciones predominantemente periféricas, con efecto de masa que comprimía parcialmente la vena cava superior y aurícula derecha, y colapsaba el parénquima pulmonar adyacente (Figura 1C). Los marcadores tumorales, subunidad beta de gonadotropina coriónica

humana (b-HCG) y alfafetoproteína (AFP), resultaron negativos.

Por diagnóstico presuntivo de teratoma, se realizó exéresis completa por toracoscopia y se obtuvo una masa polilobulada (90 mm × 75 mm × 60 mm) (Figura 1D). La anatomía patológica confirmó teratoma maduro quístico (Figura 1E).

Siete meses después, el niño permanece asintomático y sin evidencia de recurrencia.

TERATOMA MEDIASTÍNICO

En la edad pediátrica, las masas mediastinales se originan en un 35 % a un 55 % de los casos en el mediastino anterior y solo un 3 % a un 8 % en el posterior.^{1,2} Los diagnósticos diferenciales de masas mediastínicas anteriores incluyen linfomas, teratomas y timomas, en orden respectivo de frecuencia.¹

Los teratomas son neoplasias derivadas de células germinales que contienen tejido de origen ectodérmico, endodérmico y mesodérmico.¹⁻³ Se localizan en la línea media, el 40-80 % de los casos en la región sacrococcígea, el 10 % en el mediastino, seguido por gónadas, retroperitoneo, región cérvico-facial e intracraneana.²

Cómo citar: Prado F, Bogado J, Laurino EF, Leone MB, Lavergne M. Teratoma mediastínico: la importancia de la sospecha y el diagnóstico precoz. Arch Argent Pediatr 2024;122(3):e202310235B.

^a Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Federico Prado: drpradofederico@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

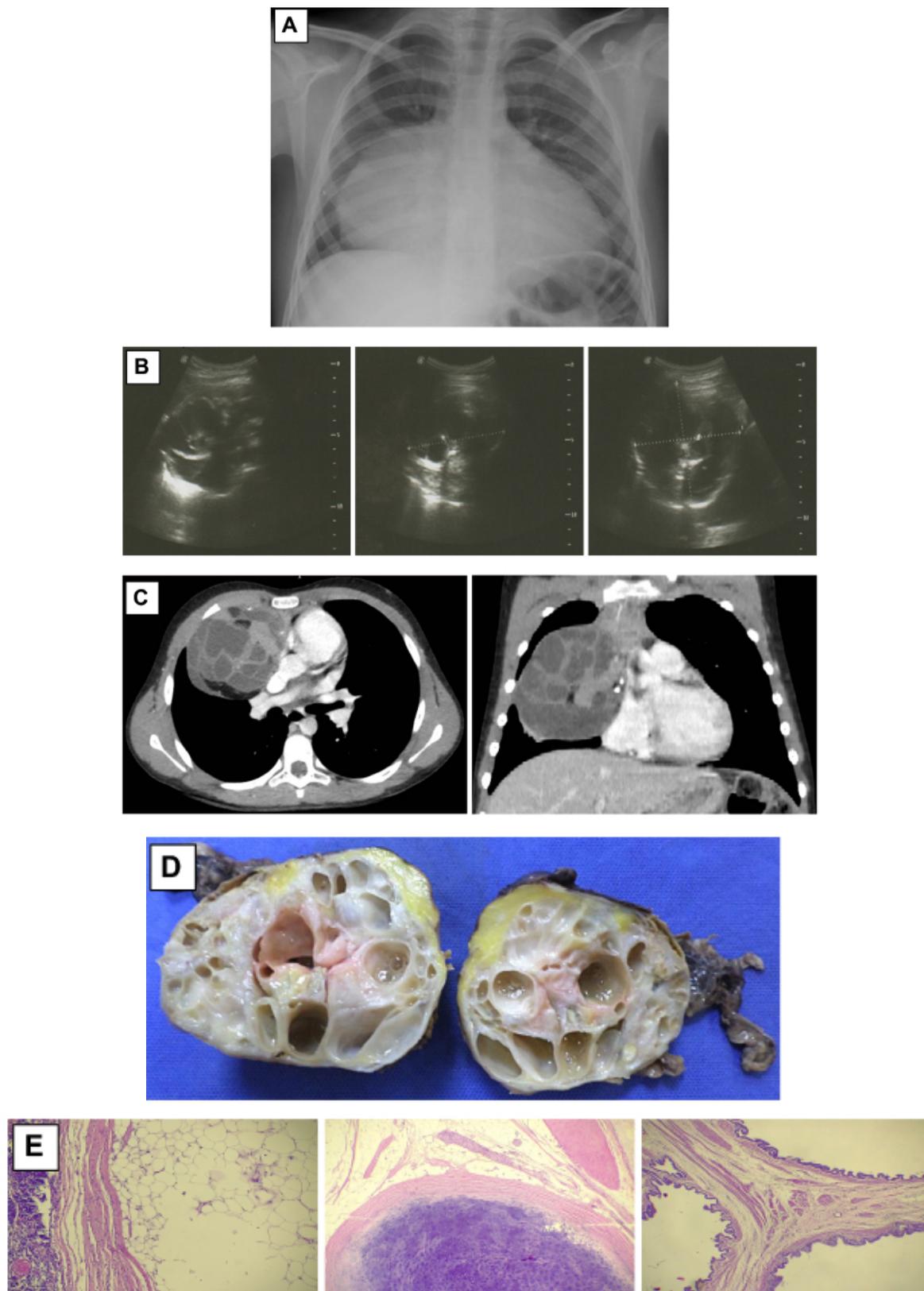
Recibido: 28-9-2023

Aceptado: 24-11-2023



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

FIGURA 1. Estudios complementarios y anatomía patológica



A. Radiografía de tórax anteroposterior. B. Ecografía transtorácica. C. Tomografía computada con contraste corte axial (izquierda) y coronal (derecha). D. Macroscopia del teratoma mediastinal al corte. E. Histopatología.

Su incidencia es del 8 % al 16 %; son más frecuentes en adultos jóvenes y raros en pediatría (proporción 5:1). Constituyen el 3 % de las neoplasias malignas en pediatría.^{2,3} Afectan a ambos sexos por igual.³

Los teratomas se clasifican en maduros, inmaduros, mixtos o con fenómeno de malignización, según las características histológicas y el grado de diferenciación.^{1,2} En pediatría, el 90 % son maduros, carecen de componentes premalignos o malignos, no producen marcadores tumorales y se diferencian hacia el ectodermo, pudiendo observarse zonas con piel, pelos, glándulas sebáceas, tejido dentario y/u óseo;^{1,2} se consideran benignos. Solo el 1 % son inmaduros, constituidos por tejido quístico y de parte blanda, sin diferenciación específica a un tejido ectodérmico. Presentan mayor recurrencia local y son potencialmente malignos.^{2,3}

El 50 % al 60 % de los casos se detectan incidentalmente por radiografía de tórax, encontrándose el paciente asintomático.^{1,3} Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño y del efecto de masa, que se da por compresión de estructuras cardiomediastinales (dolor torácico, tos y/o disnea).^{1,3} En los más voluminosos, puede haber síndrome de vena cava superior, disfagia, hemoptisis, taponamiento cardíaco, neumotórax o infecciones respiratorias recurrentes.^{1,3} El diagnóstico es tardío en los casos asintomáticos u oligosintomáticos, como nuestro paciente.

La TC de tórax con y sin contraste es el estudio de imagen de elección para el diagnóstico de masas mediastinales. Los teratomas presentan características típicas, como las halladas en nuestro paciente: una masa redondeada o lobulada, bien delimitada, heterogénea, con componente sólido, quístico o mixto, que incluye variedad de densidades que sugieren el diagnóstico (partes blandas, 100 %; densidad

líquida, 88 %; grasa, 76 % y/o calcificaciones, 53 %).^{1,3}

La b-HCG y la AFP son marcadores tumorales de malignidad y resultan negativos en los teratomas maduros.² En caso de ser positivos al inicio, son indicio de un componente inmaduro o potencialmente maligno. Permiten detectar actividad tumoral en el seguimiento posterior a la cirugía.²

El tratamiento del teratoma es la resección quirúrgica completa con abordaje mínimamente invasivo o convencional, sin necesidad de quimioterapia.^{2,3} La toracoscopia mostró resultados favorables y se reserva la toracotomía para grandes masas en íntima relación anatómica con estructuras vitales del mediastino.¹

El pronóstico, principalmente por recidiva, depende de la edad del paciente, la localización anatómica, el nivel de AFP, la integridad de la resección quirúrgica y la cantidad de elementos inmaduros.¹⁻³ La presentación en un menor de un año de edad, niveles elevados de AFP al diagnóstico, la resección quirúrgica incompleta y/o la presencia de histología inmadura se consideran factores de peor pronóstico.²

En el caso presentado, el pronóstico a largo plazo es excelente por ser un teratoma mediastínico maduro, con exéresis completa y marcadores tumorales negativos al diagnóstico.

Se destaca la importancia de la sospecha y el diagnóstico precoz en esta infrecuente patología para realizar un tratamiento efectivo. ■

REFERENCIAS

1. Barbosa-Sequeira J, Rui Correia M, Carvalho C, Paupério G, Carvalho F. Mediastinal teratoma in children: case report. *Port J Card Thorac Vasc Surg.* 2022;29(3):71-4.
2. Lozano C, Molina M. Teratoma tímico productor de b-HCG: una causa infrecuente de pubertad precoz periférica. *Rev Chil Pediatr.* 2018;89(3):373-9.
3. Hernández Dinza PA, Pérez Medina Y, Carranza Araujo MA. Adolescente con teratoma mediastinal y compromiso pericárdico. *Rev Inf Cient.* 2019;98(2):256-62.