REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXX | SAN JOSE, COSTA RICA Número 350 JULIO DE 1963 | Tomo XX

"Teratomas" (1)

Dr. Longino Soto Pacheco * Arnoldo Fernández Soto **
Dr. Juan Jaramillo Antillón ***

Los Teratomas, son tumores que por su localización en cualquier parte del organismo y por las consecuencias que de elic se deriven, deberán estar en la mente del cirujano siempre que tenga que intervenir un paciente con diagnóstico de tumor.

Siendo tan profusas las diversas localizaciones de estas tumoraciones en el organismo, sería práticamente imposible pretender abarcarlos en un trabajo como el que aquí se presenta. Es el deseo, exponer la experiencia clínica quirúrgica obtenida con tumores del tipo teratomas, que por su localización, hacen que no sea raro el que muchos cirujanos se vean abocados a intervenirlos quirúrgicamente en algunas oportunidades.

Al principio se hace una breve exposición sobre los teratomas en general y posteriormente una pequeña revisión bibliográfica sobre teratomas mediastínicos de tanta importancia clínica; otra sobre los teratomas abdominales y en especial los peritoneales y finalmente una sobre los ováricos que con tan gran frecuencia son encontrados en las intervenciones ginecológicas practicadas por quistes del ovario.

Al final se presenta cuatro casos de teratomas, clínica y anatomopatológicamente comprobados, operados en el Servicio de Cirugía A, del Hospital Central del Seguro Social, por nosotros. Casos estos seleccionados, porque en todos ellos existen datos de enorme interés médico-quirúrgico, que los colocan en una posición especial en relación con otros teratomas que también hemos tenido oportunidad de intervenir.

En todos los casos se siguió control postoperatorio, lo cual ha informado de su evolución posterior y de los resultados obtenidos con la intervención quirúrgica.

---

(1) Trabajo hecho en colaboración con el Hospital Central de la Caja del Seguro Social.

* Jefe del Servicio Cirugía A.
** Jefe de Clínica del Servicio Cirugía A.
*** Del Servicio de Cirugía A.

CONSIDERACIONES GENERALES

El término Teratomas, se aplica a un grupo de tumores compuestos por partes de tejidos y órganos complejos derivados de más de una capa germinal y dispuestos desordenadamente. Estos tumores embrionarios derivados de las diversas hojas blastodérmicas son: a) TERATOMAS TRIDERMICOS (Trifolioma o Tridermoma), que están constituidos por tejidos derivados de las tres hojas del blastodermo, tejido todavía embrionarios inclasificables, y aparte zonas en las que se reconoce: epidermis, tejido nervioso central, rudimentos de intestino, glándulas, células cartilaginosas jóvenes, óseas, folículos pilosos, glándulas sebáceas, grasa, pelos. etc. b) TERATOMAS QUISTICOS o QUISTES DERMOIDES (Teratomas quísticos benignos), que están constituidos casi siempre, por elementos propios del ectodermo mesodermo (1) y sus tejidos son generalmente de tipo adulto y no embrionario como en los teratomas tridérmicos.

Así pues, los tejidos de los teratomas pueden ser de tipo adulto o embrionario, y esos tumores son benignos por los elementos adultos y malignos por las formaciones embrionarios que tengan. Un principio importante del crecimiento de los teratomas, es la tendencia de un elemento ya adulto o ya embrionario a superar y suprimir a los otros.

Estos tumores los consideramos conjuntamente, pues la histogénesis de ambos es idéntica y aunque difieren en algunos detalles morfológicos, macro y microscópicos, y en su curso clínico, sin embargo son en verdad originados por el mismo motivo o estímulo disontogenéticos. Pese a esto, vamos a dar algunos caracteres diferenciales casi precisos que sirven para su diagnóstico-diferencial.

1) El teratoma por lo general es un tumor sólido, (aunque a veces muestra pequeños quistes). El Dermoide es un tumor quístico.

2) El Dermoide se caracteriza por el predominio de elementos ectodérmicos, aunque habitualmente se encuentran en él, tejido mesodérmico y en ocasiones incluso formaciones endodérmicas. El Teratoma por su parte, siempre muestra un conglomerado de elementos derivados de las tres capas embrionarias; pero es evidente a pesar de esto, que no se puede establecer una línea demarcadora clara entre los dos tumores, solo por los detalles señalados.

c) El quiste dermoide es por lo general benigno y por tal motivo se le llama, Teratoma Quístico benigno, y todos los elementos

anormales que lo constituyen se hallan bien diferenciados. El teratoma sólido debe clasificarse como maligno, siendo sus elementos fetales de tipo indiferenciados. Este carácter embrionario le da malignidad inminente que no sólo depende de la degeneración maligna de algunos de sus elementos, sino de su propia evolución. En este último, las recidivas, las metástasis y la muerte son frecuentes.

Esto no quiere decir, que a pesar de lo señalado, no haya casos de degeneración cancerosa del relieve dermoideo de los Teratomas quísticos. Se podría más bien decir, que los quistes dermoides son tumores de malignidad potencial y que en cambio el Teratoma sólido es un tumor francamente maligno.

Los quistes dermoides constituyen una variedad mucho más frecuente que los Teratomas sólidos.

Al estudiar la morfogénesis de los teratomas, debe admitirse que no puede trazarse una línea de separación precisa entre estos embriomas desordenados por una parte, y las implantaciones fetales por otra, así como los Teratoides complejos y los tumores mixtos por otras. El origen principal de los teratomas es probablemente la célula sexual aberrante. Sólo este origen explica, la predilección de los teratomas por las glándulas sexuales; además le observación de numerosas células sexuales desplazadas en toda la longitud del endodermo embrionario, ofrece orígenes abundantes para la mayoría de los teratomas abdominales o torácicos y no es raro que alguno de estos, representen neoformaciones metástasicas a partir de diminutos teratomas del ovario o testículo.

Para los teratomas faríngeos y sacros en cambio, no se puede aducir un modo único de origen. Para la mayoría de los teratomas extragenitales, algunos sostienen la teoría de que se originan desde blastómeras aisladas.

Según Ewing, se puede reconocer tres grupos principales de tumores que contienen órganos adultos o embrionarios en disposición desordenada; a) Teratomas derivados de célula sexual aberrante y encontrados principalmente en las glándulas sexuales. b) Teratomas extragenitales que pueden derivarse de blastómeros aislados, casi totipotentes o de una gemación precoz del blastodermo, proceden de blastómeros separados en un estadio precoz del desarrollo embrionario del paciente. c) Teratomas derivados de materia multipotente de tipos regionales distintos y reproduciendo los órganos de estas regiones. Estos tumores suelen estar asociados a un defecto en la formación de las partes de que nacen.

En los llamados tumores mixtos, se ha podido demostrar en muchos casos, la naturaleza tridérmica y teratomatosa de muchos

de ellos, por lo que se considera que bastantes de estos son teratomas modificados; de ahí que ahora, se aplique el término de tumores mixtos a neoplasias relativamente simples sobre todo embrionarios de origen puramente local, resultante de hipercrecimiento de tejido embrionario con desplazamiento o sin él. La mayoría de éstos no contienen derivados de las tres capas germinales, sino que son bidérmicos o monodérmicos, aunque se observan tumores tridérmicos de origen local, especialmente en las extremidades caudal y cefálica. Sin embargo, no siempre es posible determinar, si un tumor es un teratoma escasamente desarrollado de origen heteróctono o una neoplasia compleja de origen local. En el tumor mixto verdadero, el proceso blastomatoso afecta a ambos derivados germinales produciendo adenosarcoma o carcinosarcomas etc., y la tendencia a crecer más que los otros, parece menos marcada que en los teratomas. Por lo que se podrían definir como tumores embrionarios complejos de origen local, que reproducen el desarrollo normal de los tejidos y órganos de la parte afectada, pueden clasificarse según la región en que asientan. El ejemplo más típico de éstos se encuentro en las neoplasias mesodérmicas derivadas del riñón primitivo y los tejidos vecinos, llamados Adenomiosarcomas o Tumores embrionarios complejos congénitos del Riñón.

Los llamados dermoides complejos, en su mayoría son teratomas imperfectamente desarrollados, los dermoides mediastínicos y retroperitoneales pueden ser de estructura relativamente simples, pero en general es difícil referir dichas neoformaciones a un origen local.

1) TERATOMAS DEL OVARIO

Las variedades conocidas comúnmente son: el Teratoma Sólido y el Quiste Dermoide, llamado por algunos teratoma quístico benigno. Representan tipos embrionario y adulto respectivamente del mismo tumor, y aunque difieren en algunos aspectos como ya lo señalamos, tienen ambos el mismo origen y numerosas formas intermedias unen los casos extremos de cada tipo. La principal distinción reside en la malignidad clínica del Teratoma sólido y relativa benignidad del dermoide simple (2).

QUISTE DERMOIDE DEL OVARIO

Son quistes dermoide sdel 10 al 15% de todas las neoplasias ováricas (12) Un 25% de los dermoides son bilaterales (3). Aunque pueden presentarse en cualquier edad, incluso en niñas, son más propios de la vida reproductiva (mujeres jóvenes). Redon-

dos de superficie lisa y pared blanquecina, mate, gruesa y por palpación a veces se perciben zonas duras (nódulos calcificados) en ella. Son tumores quísticos de tamaño variable, desde muy pequeños hasta alcanzar a veces proporciones mayores que la cabeza de un adulto. Nacen dentro del ovario, destruyendo el órgano o dejando un pequeño nódulo que asienta sobre el quiste, sin embargo pueden nacer en el ligamento ancho o en el espacio retroperitoneal y ser normales ambos ovarios cuando el tumor se origina a partir de órganos supernumerarios.

El dermoide puede emigrar del ovario e implantarse en cualquier lugar. Procesos malignos se desarrollan según Ewing en un 3% de los casos e invaden el peritoneo, adoptando la forma de seudomixomas peritoneales o de neoplasmas de tipo sarcomatoso o carcinomatosos. Tantos los teratomas sólidos como los dermoides se asocian a menudo a Cistomas ováricos 14%, ya serosos ya seudomucinosos o ya revestidos de epitelio ciliado.

Al abrir un quiste dermoides se encuentra en su interior, además de la grasa (materia sebácea u oleosa), abundantes cabellos, la mayoría libres, largos y apelotonados. Además pueden aparecer otros anexos epidérmicos (ectodérmicos) sobre todo uno o varios dientes libres o insertados en la pared. Pueden haber también elementos mesodérmicos sobre todo cartílago o hueso. Si se observa cuidadosamente el quiste, se puede observar el relieve dermoideo, cuya pared superficial que sobresale dentro del quiste tiene aspecto de cuero cabelludo con el punteado de numerosas glándulas sebáceas (por esto se llama dermoideo). La sección de este relieve dermoideo muestra con frecuencia, tejido nervioso central, zonas grasas amarillentas o rojizas que al microscopio dejan reconocer a veces, intestino, tramos respiratorios, glándula tiroides, etc. Todos ellos en anárquica confusión y desviaciones estructurales de los mismos tejidos; pero el carácter más destacado es la presencia de tejidos cutáneos y sus anexos en la pared del quiste. El resto de la pared es una cápsula fibrosa y resistente. Obsérvese pues que en el dermoide hay tendencia oncológica a formar órganos con tejidos que tienen la edad de su portadora, es un tumor coetáneo o contemporáneo (5). En el teratoma hay una rica progresión de edades predominando la embrionaria y aún esta, con gran anarquía histológica.

El quiste dermoide es bien pediculado y de evolución para algunos dolorosa. Según Conill M., característica de gran valor para el diagnóstico diferencial con otros quistes del ovario. Unila-

terales en el 75% de los casos. La Roentgenografía es un excelente auxiliar diagnóstico en este quiste, pues la presencia de dientes o manchas óseas en el interior de una sombra circular abdominal baja, es concluyente (5).

El signo de Odquist y Laurell, que es la presencia de zonas claras casi transparentes en la placa que atribuyen a tejido adiposo, para algunos es de interés y más constante que el hallazgo de piezas dentarias a los RX. El Signo de Edeiken o la visualización radiográfica del contorno del tumor es otro dato de valor.

El ovario suele estar irritado y esto se traduce a veces por, algunos signos de tipo trastorno menstrual; amenorreas por persistencias lutelnicas, metrorrágicas erráticas por persistencia folicular con hiperplasia endometrial, etc.

TERATOMAS SOLIDOS DEL OVARIO

Es un tumor mucho menos frecuente que el dermoideo, casi podríamos decir que es raro, se observa a cualquier edad pero generalmente en sujetos más jóvenes que el quiste dermoide. (Mujeres jóvenes de menos de 20 años. Es rara en mujeres postmenopáusicas (12). Casi siempre unilateral, sólido predominantemente, duros con tendencia a perforar pronto la cápsula e invadir órganos vecinos, suelen causar metástasis amplias, de superficie nodular crecen con rapidez y alcanzar proporciones enormes, aunque de ordinario son pequeños. Si perforan la cápsula, infiltran los órganos adyacentes y causan amplias siembras en el peritoneo. Están constituidos por tejidos derivados de las tres capas de blastoderma; se distinguen de los dermoides por la ausencia de cavidades quísticas con pelos o sustancias sebáceas; aunque suelen contener numerosos quistes pequeños. En los tipos más complejos, pueden hallarse reproducidos trozos de todos los tejidos y órganos del cuerpo, aunque de ordinario en forma rundimentaria e imperfecta. En los tipos más evolucionados inclusive puede formarse a veces un feto imperfecto. Se han descrito cartílagos, dientes, (pequeños dientes de leche, mientras que los dermoides contienen de adultos), cerebros asas intestinales, ojo, tiroides, etc. A veces es tan compleja la estructura que hace imposible poder identificar macroscópicamente los rudimentos orgánicos.

El pronóstico es malo para los portadores de estos tumores ya que son sumamente malignos dando metástasis a órganos vecinos o distantes, ascitis, adherencias y la muerte.

La presencia de tipo tumoral es intermedios y la asociación de tejidos y embrionarios en el mismo tumor, indican que el der-

moides y el teratoma tienen el mismo origen. No obstante la diferencia estructural entre ambos no se ha aclarado satisfactoriamente. Para algunos los tejidos adultos del dermoide son de la misma edad que los del huésped, y los tumores son congénitos, mientras que los teratomas sólidos nacen más tarde, durante el curso de la vida y producen tejido embrionario.

Para otros, los dermoides congénitos con raros y todos nacen en adultos jóvenes, siendo posible que la variedad estructural dependa del grado de diferenciación de la célula sexual originaria.

Otras formas atípicas de Dermoides ováricos serían dados por la falta de una capa germinal, la proliferación de elementos únicos y las alteraciones secundarias, las cuales podrían dar origen a diversas subvariedades bien definidas como son.

Teratomas bidérmicos Atróficos, Dermoides múltiples, Corioma Ovárico, Bocio Ovárico, etc. Solamente daremos algunas características de este último.

STRUMA OVARII

Se debe a la presencia de tejido tiroideo en los tumores ováricos. Su origen es a partir de células tiroideas metastásicas o de de lageneración mucosa de un carcinoma. Se presenta en forma benigma y maligna. Todo el llamado relieve dermoideo de un tumor quístico o toda la superficie de sección de otro sólido, es tejido tiroideo o predomina éste, con gran ventaja sobre otro que forma el teratoma. Suele tratarse de tumores pequeños al microscopio se observa un cuadro típico de bocio coloide. Aparecen a los 42 años, como edad media, en un 50% de los casos se acompaña de datos clínicos de hipertiroidismo, cuadro este que remite una vez extirpado el tumor, si es que no coexiste bocio, lo cual sucede en 1/6 parte de los casos.

Producen también alteraciones menstruales y a veces ascitis, a veces invaden los tejidos vecinos y perilléricos con siembras a peritoneo y metástasis.

2) QUISTES DERMOIDES Y TERATOMAS PERITONTEALES MESENTERICOS Y EPIPLOICOS.

En el peritoneo aparecen cuatro variedades principales de tumor quístico.

1) Quistes Linfáticos o Quilosos; 2) Quistes Entéricos; 3) Quites Urogenitales; 4) Dermoides y Teratoides. (Nos referiremos a este último).

Los quites dermoides del mesenterio y del peritoneo son raros; asientan en cualquier porción de los mismos, desde el eje celíaco a la pelvis y sus dimensiones pueden ser considerables. En algunos casos está interesado o están insertados en el diafragma.

Otros se colocan en situación subhepática, pélvica, etc.
De ordinario revestidos de epitelio escamoso y contienen pelos y materia sebácea.

Otros más complejos contienen dientes y a veces inclusive tejido conjuntivo, cartílago y hueso.

Se han publicado algunos de teratomas peritoneales, no son frecuentes (como el operado por nosotros de situación subhepática). Parece que contribuyen varios factores a originar estos tumores. Se atribuyen a oclusión imperfecta de placas abdominales. Otros se consideran que derivan del ovario por separación de un tumor ovárico original o por desarrollo de un ovario supernumerario o por implantación a partir de un dermoideo ovárico perforado.

La posición de los dermoides complejos hace pensar que muchos de ellos pertenecen al grupo de Teratomas abdominales y que un examen más completo habría revelado una estructura tridérmica. Los teratomas Tridérmicos del peritoneo, con frecuencia asientan detrás o debajo del hígado. No es raro que sea difícil hacer una distinción precisa entre teratoma peritoneal y retroperitoneal. Se presentan en individuos jóvenes o adultos y alcanzan grandes proporciones, su estructura incluye porciones sólidas compuestas de huesos, cavidad medular, cartílago, grasa, músculo, tejido conjuntivo y porciones quísticas con cavidades que contienen pelos o moco y revestidos de epidermis o epitelio cilíndrico o ciliado.

Se encuentran a veces porciones de intestino, mesenterio, próstata, cerebro, etc. Y se han descrito zonas sarcomatosas o adenosarcomatosas derivados del endodermo y capaces de producir metástasis.

3) TERATOMAS DEL MEDIASTINO:

Tumores embrionarios de tamaño variable, desde unos pocos centímetros a grandes masas tumorales de 20 centímetros de diámetro o más (7). Son de forma más o menos redondeada y límites bastante definidos, de tipo quístico uni o multiloculares. La mayoría de ellos aparecen en adultos jóvenes y siguen un curso y de-

sarrollo lento. A veces faltan los síntomas, aunque la mayoría muestros los resultados de los fenómenos compresivos causados por el tumor. Se ha supuesto que permanecen inactivos hasta la adolescencia, época en que algún factor hormonal o de otro tipo estimula su crecimiento.

Su localización principal es el mediastino anterior (4) (13), y en Antero superior aunque menos frecuentes, también ocupan con gran frecuencia esa región.

Burch (12) señala que los Teratomas ocupan el segundo lugar en frecuencia entre los tumores que aparecen en el mediastino antero superior, siendo el primero el Bocio o Adenoma Tiroideo, lo cual está de acuerdo con nuestro medio. Peabody y Lawrence (10) después de estudiar una larga serie de casos de tumores mediastinales, indicaron que el primer lugar lo ocupaba el teratoma, con 20% de frecuencia sobre los otros tumores del mediastino anterior, les seguían con frecuencia los timomas 10,5% y los Bocios Intratoráxicos 6.9%. No vieron en las series estudiadas, ni un solo caso de Teratoma en el mediastino posterior.

Según su estructura pueden clasificarse en 1) Quistes Dermoides y 2) Teratomas Tridérmicos o sólidos. Con las características ya enumeradas en las generalidades del tema.

Lo grave de los Teratomas sólidos, es su tendencia a la degeneración maligna. Aunque la mayor parte del tejido suele ser de naturaleza benigna, la investigación detenida revela a veces zonas de malignidad. Son más propensos a este cambio los Teratomas sólidos y cuando se extirpan del 10 al 20% ya presentan cambios malignos (8) (10). Para Joanides (4) cambios malignos fueron observados en un 11% a 44% de los casos estudiados por ellos. Los teratomas cuando no están malignizados, son bien encapsulados y no adheridos a los tejidos vecinos (7), su tamaño no indica la tendencia a la malignidad, por lo que deben extirparse todos los tumores ya sean pequeños o grandes.

La progresión rápida de la sintomatología indica malignidad.

No puede excluirse un origen único mediante desarrollos unilaterales de Teratomas para todo el grupo, la mayoría de los autores consideran el tumor simple como derivado del tercero y cuarcos branquiales que produce los senos cervicales profundos y el timo, y que bajan al mediastino durante la evolución embriológica junto con los grandes vasos. (9)

En raras ocasiones un quiste se ulcera y se rompe a un bronquio, espectorándose su contenido, materia sebácea e incluso pelos, lo cual establecería el diagnóstico (6) (11).

Como se dijo, la sintomatología depende de: a) Tamaño del tumor, b) localización, c) tipo de tumor y tendencia o grado de malignidad. En relación con esto último, la cápsula a veces está mal definida e infiltrada de células sarcomatosas o carcinomatosas a menulo hay invasión local y metástasis.

La mayoría de esos tumores se descubren al practicar un examen radiológico del tórax de rutina o por cualquiera otra causa.

Los síntomas más frecuentes son: dolor crónico intermitente, disnea de esfuerzo producida por la compresión de las vías respiratorias o las venas pulmonares, tos por irritación bronquial ejercida por la presión del tumor sobre ellos o su ulceración.

A los RX. se ve una imagen tumoral regular, de crecimiento lento que infiltra o no los órganos vecinos, a veces niveles líquidos (capa de grasa que flota sobre la masa líquida, lo cual indica quiste dermoide, y a veces sombras características dadas por dientes y hueso (6). Otros signos son: el llamado "síndrome de vena cava superior", se debe a compresión de este vaso por la tumoración, generalmente indica malignidad, aunque a veces tumores benignos muy grandes pueden darlo. Se caracterica por: Disnea que aumenta progresivamente, ingurgitación yugular venosa, edema palpebral que luego extiende a la parte anterior y superior del tórax, la cara se hace voluptuosa y a veces cianótica, ronquera por compresión del recurente, cefálea constante, desmayos y vértigos.

El llamado síndrome de Horner; ptosis palpebral parcial, enoftalmos, miosis, calor y sequedad de la piel del lado afectado, y que es provocado por los teratomas altos del mediastino superior por compresión o invasión tumoral de los ganglios simpáticos cervicales inferiores o toráxicos superiores.

A los RX. se comprueba una sombra mediastinal difusa o irregular poco clara muy opaca que no rechaza los órganos sino que los invade, si se asocia a derrame pleural posterior nos está indicando malignidad.

Si la obstrucción de la cava, asienta por encima del orificio de la vena ácigos, los síntomas son menos graves. (14).

CASO Nº 1.—L. de C. V. M. Historia Clínica. 199265. H. C. S. S. 29 años. Femenino. Oficios domésticos. Antecedentes hereditarios y familiares sin importancia.

Antecedentes personales patológicos: normoreglada hasta hace 10 meses aproximadamente, desde entonces amenorrea secundaria. No ha tenido hijos, es casada. Alimentación deficiente en calidad y cantidad. Aunque no se detalla bien, relata haber sufrido un traumatismo abdominal hace unos 3 años (previo a la aparición de su padecimiento actual). Otros datos sin importancia.

PADECIMIENTO ACTUAL: Desde hace más de dos años, notó la aparición de dolor abdominal hipogástrico, tipo cólico de moderada intensidad irradiado a epigastrio, que calmaba a veces con la defecación, días después diarreas de heces amarillentas a veces verdosas sin sangre, fiebre diaria, escalofríos, sudoración, pérdida de peso progresiva severa, anorexia, astenia y adinamia. Permaneció así durante un año y medio época en que comenzó a notar aumento del volumen del abdomen de manera progresiva, hasta adquirir proporciones enormes, como la que presenta en la actualidad y que se puede apreciar en las fotografías. El dolor fue el único síntoma que calmó, el resto de los relatados a ido aumentando en todos los aspectos, edemas en miembros inferiores que aparecieron después del crecimiento abdominal y que últimamente han aumentado, disnea de esfuerzo, persiste la fiebre en agujas, y se encuentra en estado de excitación intensa, disuria y oliguria.

EXPLORACION FISICA: Paciente del sexo femenino, pálida, facies de angustia, desnutrida, encamada, conformación íntegra, con gran crecimiento abdominal que se aprecia a simple vista. PA: 120/70. P: 100 met. resp; 26 mt. Temp. 36,8° C (que luego subía y descendía irregularmente). Peso 140 libras.

Cráneo, cuello y tórax normales. Abdomen: aumentado de volumen, unas 6 veces lo normal, red venosa colateral en mesogastrio, con llenado de abajo hacia arriba. Parece existir líquido libre (¿ascitis?). Dolor en hipogastrio y FID. No esplenomegalia, si pareciera haber hepatomegalia, sin embargo la gran cantidad de líquido intraabdominal impide asegurarlo. No hay signo del témpano. A la percusión, matidez periférica y timpanismo central. Extremidades atrofia muscular en las superiores.

Una exploración ginecológica fue reportada como normal. A la paciente se le practicaron, en el servicio de medicina 2, donde se encontraba internada, tres paracentesis abdominales en el espacio de un mes, obteniéndose 5 litros de líquido amarillento oscuro café en la primera ocasión, y 3 litros y 3 y medio en la siguiente. El reporte de anatomía patológica dice: líquido con abun-

dante celularidad en la que predominan elementos materiales algunos de ellos con gránulos de color café, la mayoría de estas células presentan citoplasma vacuolado y núcleo pequeño lateral, hay además eritrocitos y pocos polimorfonucleares. No se encontraron elementos malignos ni bacilos B. K.

Citología: signos de irritación crónica peritoneal.

El laboratorio no reportó bacilos (tuberculosos) en el líquido y el cultivo fue negativo para B. K. y piógenos. Señaló:

Proteínas totales	3,3 gms%
Eritrocitos	muchos
Leucocitos	135 mm3.
Neutrófilos segmentados:	65%
Linfocitos	35%.

Galli mainini (—). Orina normal. Hb..... 10,5 gm. HT. 38% Leucograma: 10.300 mm3 diferencial normal. Heces: Ascaris. VDRL (—). Sangre a gota gruesa (—).

Glicemia (88 mgs%). Amilasemia. Proteínas totales, relación A. G., Urea Nitrógeno y total, creatinina, Colesterol Total. Fosfatasa alcalina. Transaminasas, Bilirrubinas. todos fueron normales. Protrombina de Quick. Electrolitos en sangre I retención de la Bromosulfaleína normales.

Radiología: RX de tórax: Normal. Esófagograma: normal.

Serie gastroduodenal: normal, excepto por rechazamiento de las asas del intestino delgado al lado izquierdo del abdomen.

Pielograma descendente: rechazamiento hacia arriba de las sombras renales. Los cálices presentan contornos engrosados de tipo inflamatorio, pelvicillas y uréteres de aspecto normal.

Electrocardiograma: normal.

Habiendo sido vista posteriormente en nuestro servicio de Cirugía, y dados los antecedentes y el hecho de que una exploración ginecológica no descartó la posibilidad de un quiste gigante del ovario, se le practicó Laparatomía, encontrando un enorme quiste del ovario izquierdo, adherido a los intestinos, pero no de manera tan íntima que no permitiera su separación, la cual se logró en su interior se encontraba abundante líquido mucinoso, se logró hacer resección total con ooforectomía izquierda. La evolución clínica fue

tormentosa, pero por fin 22 días después se le dió alta en buenas condiciones.

El reporte de Anatomía patológica fue: Teratoma quístico productor de mucus. Media 45 cms. de diámetro.

Fue controlada un año y 4 meses después (último control hecho a la fecha) y ha evolucionado sin ninguna molestia y se encuentra aparentemente sana. (Ver fotografías).

CASO N° 2.—A. A. A. Historia Clínica 45565. 36 años, sexo masculino. H. C. S. S.

Antecedentes hereditarios, familiares y patológicos: sin importancia.

Padecimiento actual: desde hace aproximadamente 4 años (nótese la cronicidad del padecimiento) ha venido notando dolor retroesternal de tipo pungitivo y de aparición ocasional, sin relación con los esfuerzos o alguna otra cosa, con irradiación hacia región epigástrica y al hombro derecho, con duración aproximada de un minuto y dando a veces la sensación de dolor pulsátil. Con estas características se mantuvo el dolor hasta hace dos meses en que de intermitente se hizo continuo, severo y que se exacerba con los ejercicios y la tos. Tos seca de tipo irritativo, disnea de grandes esfuerzos que ha ido creciendo hasta ser de medianos esfuerzos, pérdida de peso de 9 libras en 6 meses, astenia, adinacia, no fiebre y no hemoptisis.

Exploración física: paciente íntegro, normal, lúcido, en buen estado general. Actitud libremente escogida. PA. 130/80. Pulso 90 Temp. de 37° C. Respiración 22/mt.

Cráneo, cara, cuello y abdomen normales.

Tórax: forma y volumen normal, movilidad disminuida en el hemitórax derecho, disminución del murmullo vesicular en este lado, a la percusión no se reconocen datos patológicos.

Corazón normal. Leucocitos 7.900, diferencial normal. Orina (—). Heces (—).

Hb: 11,5 Gm%. Ht: 43% VDRL (—). Estudios radiológicos de pelvis y columna lumbar negativos.

RX de tórax: (P. A.) En hilio pulmonar derecho se aprecian dos gruesas sombras de forma ovoidea grande y de contorno

neto, que corresponden a masas tumorales del mediastino o de adenopatías. Ambos campos pulmonares despejados.

O. A. D. Sombras densas de contornos redondeados netos, que forman cuerpo con la sombra cardioaórtica en la región de la aorta ascendente de situación anterior.

Tomografías: La masa tumoral se aprecia más netamente en el cotre a 12 cm., y corresponde a la regiónhiliar, un poco anterior.

Con el diagnóstico de probable Teratoma se le practicó una Toracotomía derecha, encontrándose con un tumor que emergía del mediastino anterior por delante de la cava superior, del tamaño del puño de un hombre adulto sólidamente fijo en su base de implantación, profundamente situada en la columbra vertebral, retroaórtico y con proyección hacia el cuello.

Consistencia sólida y en parte renitente. Se hizo extirpación de la masa al parecer en su totalidad. El informe de anatomía patológica señalaba: Teratoma Tridérmico con transformación maligna focal de tipo carcinoma epidermoide. A juzgar por las muestras y el aspecto microscópico, la lesión está circunscrita.

Con estos datos, el paciente evolucionó en buenas condiciones saliendo 15 días después de operado, asintomático totalmente.

El paciente se mantuvo posteriormente tres meses asintomático, pero luego comenzó a presentar el síndrome compresivo de vena cava superior, que en un mes y medio lo llevó a la muerte, siendo la causa de ésta, una probable recidiva tumoral de la masa degenerada. Pese a que la extirpación aparentemente era radical, he aquí un ejemplo de la malignidad de este tipo de Teratomas.

CASO Nº 3. Ma. C. C. C. H. C. S. S. Historia Clínica 112923. 41 años, oficios domésticos.

Antecedentes: Esposo con Tuberculosis pulmonar. Dos hijos sanos. Reglas normales. Resto sin importancia para el padecimiento actual.

Padecimiento actual: Por estar su esposo sufriendo de Tuberculosis pulmonar, la paciente fue enviada a control al Hospital del S. S., donde al practicarle una RX de tórax se le diagnosticó una Masa Tumoral en el mediastino, localizada al mediastino anterior, de forma esférica, bordes regulares, bien limitados. Como síntoma de interés, la enferma sólo aquejaba presentar de manera oca-

sional dolores retroesternales leves que aparecían y desaparecían espontáneamente y sin relación con el esfuerzo u otra cosa.

Exploración física: del sexo femenino, bien conformada, íntegra, normal lúcida, actitud libremente escogida. PA 110/70. P:76. Temp 37º C. Resp. 22/mt.

Cráneo, Cara, Cuello y Abdomen, S. D. P.

Tórax: Corazón de tono y ritmo normal. Pulmones: discreta disminución de la transmisión de la voz, de las vibraciones vocales y del murmullo vesicular en base derecha, no soplos, no frotes, no estertores.

Exploración ginecológica: vulva y vagina normal, matriz con cuello cilíndrico, regular, duro. Utero en lateroversión derecha, fondo de saco izquierdo ocupado por una masa redonda regular, ligeramente móvil, semidura, no dolorosa. Matriz normal en tamaño y forma: Miembros: S. D. P. Electrocardiograma normal. Exámenes de laboratorio normales.

En vista de los datos obtenidos, de la presencia de dos masas, una en Ovario y otra en el mediastino, se planteó la posibilidad de Teratoma doble en esta paciente, lo cual hacía el caso sumamente interesante, dado lo distanciado de las reigones, y la impresión de ser totalmente independientes uno del otro.

Se le practicó primero laparatomía, encontrándose una masa tumoral, redonda, quística de color blanco grisácea que ocupaba el ovario izquierdo. Evolucionó perfectamente y un mes después de la tizo Toracotomía antero-lateral derecha, encontrando una masa tumoral de unos 6 cm de diámetro situada sobre el diafragma, en el ángulo pericardio diafragmático derecho en el mediastino anterior. Tenía en su interior líquido transparente y de consistencia blanda, se resecó en su totalidad y se le dio a la paciente salida en buenas condiciones 9 días después. Un año de control indica que la paciente se encuentra asintomática.

Reportes de anatomía patológica: Masa de 8 cm de ovario izquierdo que al corte contiene un cuerpo lóteo hemorrágico y que se diagnosticó como Quiste Dermoide (Teratoma Quístico). La masa quística del mediastino anterior se diagnosticó también como Quiste, formado por una pared fibrosa revestida por epitelio.

CASO Nº 4 O. L. M. G. H. Clínica Nº 186.063. H. C. S. S. 30 años. femenino.

Antecedentes: casada, maestra, 4 4hijos, último parto hace 9 meses reglas 30 x 3 regular. Ultima hace un mes. Resto de antecedentes sin importancia.

Padecimiento actual: Comenzó su enfermedad, hace un mes y días, con dolor a nivel del hipocondrio derecho, en forma al parecer continua, desde el principio y sensación de pesadez a nivel de esa región. Días después de aparecido el dolor, comenzó a presentar crecimiento abdominal con aparición de una tumefacción que ella relata localizada al lado derecho del abdomen, que duele al palparse y que ha crecido progresivamente con los días. El dolor ha aumentado de intensidad y persiste continuo. Anorexia, y astenia marcadas. No relata fiebre, no pérdida de peso, no vómitos, no diarrea, síntomas urinarios (—). Respiratorios, solamente leve asfixia al efectuar esfuerzos.

Exploración Física: Paciente del sexo femenino, íntegra, normal, lúcida, adelgazada, afebril, movimientos normales, con crecimiento abdominal notorio a simple vista. Cráneo, cuello tórax S. D. P. Abdomen. Se nota un aumento de volumen, provocado por una tumoración que abarca todo el hipocondrio derecho, extendiéndose, hacia abajo hasta la cresta ilíaca y por la parte media e inferior hacia el ombligo, por el lado izquierdo llega hasta el hipocondrio izquierdo mitad de esta región, de límites precisos con superficie irregular, muy sensible a la palpación de consistencia *firme se moviliza con dificultad, no se* pudo precisar si había líquido.

Exploración vaginal normal. PA: 110/64. Temp. 36,8 C. Resp. 23 mt.

Fueron normales los siguientes exámenes: Eritrosedimentación, Hb, Ht. *Leucocitos. Fosfatasas alcalina, Colesterol,* Esteres de Colesterol, Protrombina de Quick, Bilirrubina al minuto, Proteínas Totales y *Relación A. G. Fósforo. Orina, Heces, V. D. R. L.*

Radiología: RX: *Tórax* P/A. Elevación del hemidiafragma derecho que puede corresponder a un absceso hepático. Biligrafina para visualizar vías biliares: Hepatomegalia con imágenes aéreas en el tercio superior que podrían corresponder a un absceso hepático, o una fístula biliar. Sombra renal derecha se observa rechazada hacia abajo. Vesícula en situación interna pegada a la columna, aspecto normal.

Pielograma descedente: sombra renal derecha de tamaño aparentemente más pequeña que la izquierda, lo cual puede deberse a rotación. Existe una franca ptosis derecha, con acodadura de la unión uretero-pélvica. Hay una buena eliminación del medio de contraste, no hay hidronefrosis, no hay obstrucción ureteral, la sombra vesical aparece normal.

En el servicio de medicina se trató de hacer una biopsia a nivel del 9 espacio intercostal derecho, y al introducir la aguja con sorpresa se vio que salían alrededor de 4 litros de líquido fluído de color obscuro, que deja espuma blanca, disminuyendo francamente la tumoración abdominal, en casi toda su totalidad. Examen citológico no indicó células neoplásicas, ni parásitos ni B. K. el diagnóstico fue, exudado hemopurulento. Se reportó que habían micrococus piógenos variedad aureaus, con prueba de patogenicidad positiva. Aunque la tumoración con el drenaje del líquido disminuyó de tamaño, posteriormente volvió a aumentar pero sin llegar a tener el volumen anterior.

Con tales antecedentes se le laparatomizó con el diagnóstico probable quiste hepático. En la operación se le encontró un enorme quiste infrahepático, conteniendo alrededor de 5 litros de líquido con carácter grasoso café, que desplazaba el riñón y la vesícula y en su cara superior estaba íntimamente adherido a la cápsula de Glison.

Se logró extraerlo totalmente y la paciente evolucionó perfectamente bien, dándosele salida en buenas condiciones, un año después se encuentra asintomática.

Reporte de anatomía fue de Teratoma de origen Entomesodérmico.

CASO Nº 1.—(Teratoma Quístico del Ovario)

"Ver explicación de cada fotografía, en el resumen de la respectiva historia clínica."

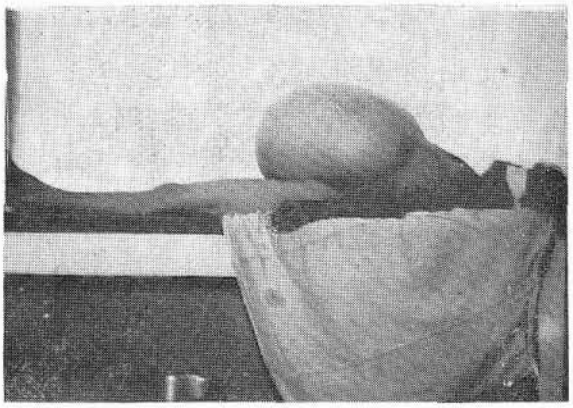
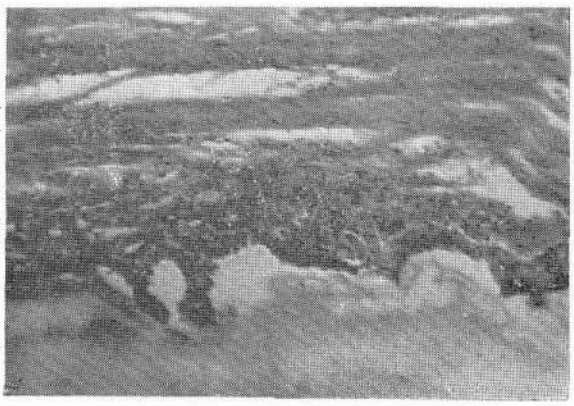


Foto de la paciente, donde se puede observar la enorme masa tumoral.

Histológicamente, se puede observar una pared fibrosa de haces paralelos, que por una cara está revestida de epitelio plano y por la otra de epitelio cilíndrico con formación de *mucus* en el extremo distal y esbozos de glándulas.

Diag.: Teratoma Quístico productor de Moco.



BIBLIOGRAFIA

1) **DOMARUS A V. y FARRERA P.** — Tumores Mediastínicos. Medicina Interna. Quinta edición. pg. 443. 1958.

2) **NOVAK. EDUMUND R.** — Teratoma of the Ovary. Novak's Texbook of Ginecolcgy, sixth edition. pg. 515. 1961.

3) **NOVAK, EMIL** — Tumores del Ovario. Ginecología y Obstetricia, primera edición. pg. 458. 1954.

4) **JOANNIDES, MINAS and LANGSTON, H. T.** — *Mediastinal Tumors and* Cysts in the adults. Diseases of the Chest. Vol. XXXVIII. September, Nº 3 pg. 243. 1960.

5) **CONILL MONTOBIO, V.** — Tumores del Ovario y del Paraovario. Tratado de *Ginecología. Tercera edición.* pg. 664. 1956.

6) **LINDSKOG, GUSTAF E.** — Tumores del *Mediastino. Medicina Interna*-Harrison. Segunda edición. II tomo, pg. 1355. 1962.

7) **MOORE, ALLAN R.** — Quistes y Tumores del Mediastino. Anatomía Patológica. Primera edición. pg. 278. 1957.

8) **HINSHAW, CORWIN H.** — Tumores del Mediastino. Enfermedades del Torax. Primera edición. pg. 278. 1957.

9) **BOYD P., DAVID** — Lesions of the Superior Medistinum. The Surgical Clinics *of North America.* pg. 827. June. 1953.

10) **PEABODY J. and LAWRENCE H. T.** — *Mediastinal Tumors.* A.M.A. Archives of Internal Medicine. Vol. 93. June. Nº 6. pg. 875. 1954.

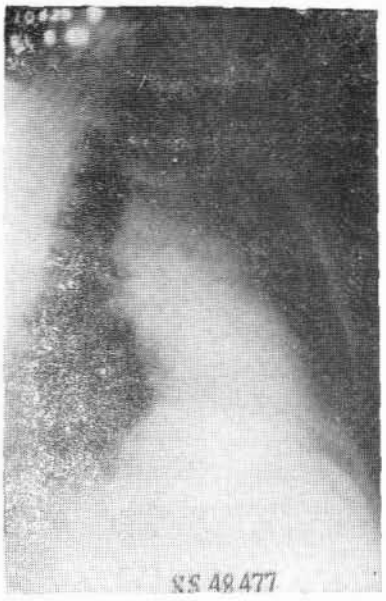
11) **HOMANS JOHN** — El Mediastino. Patología Quirúrgica. Primera edición. pg. 847. 1948.

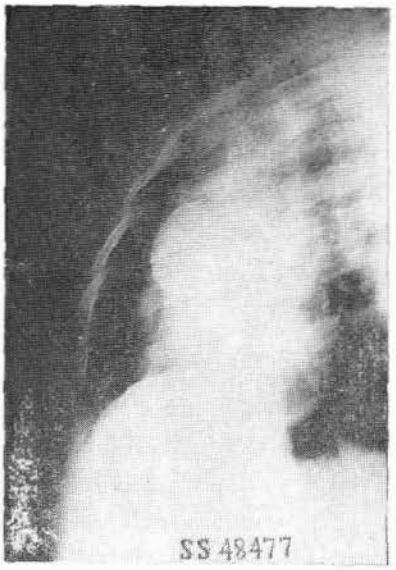
12) **BURCH. J. C.** — Tumores Ováricos. Tratados de Patología Quirúrgica (Christopher). Tomo II. pg. 930.

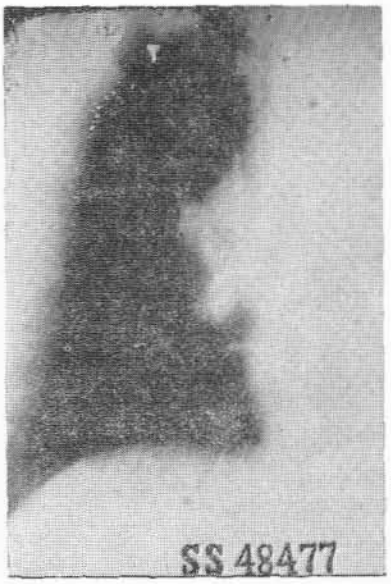
13) **MUSCHEIM CARL** — Quistes y tumores del Mediastino. Tratado de Medicina Interna Cecil. Octava edición. pg. 906. 1953.

14) **THOREK PHILIP** — *Mediastino.* Diagnóstico Quirúrgico. Primera edición. pg. 69. 1957.

CASO Nº 2.—(Teratoma Degenerado del Mediastino Anterior)

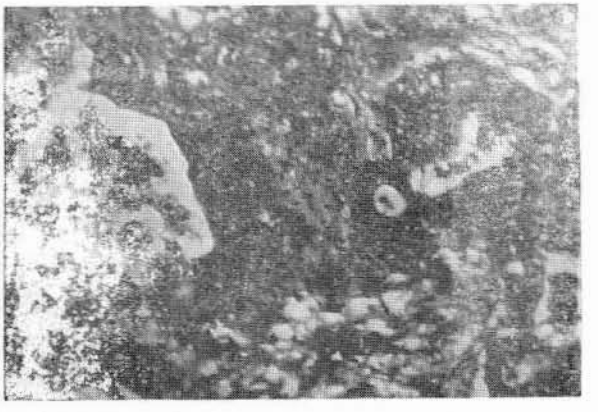






Ver descripción de las Rx en pg. 8

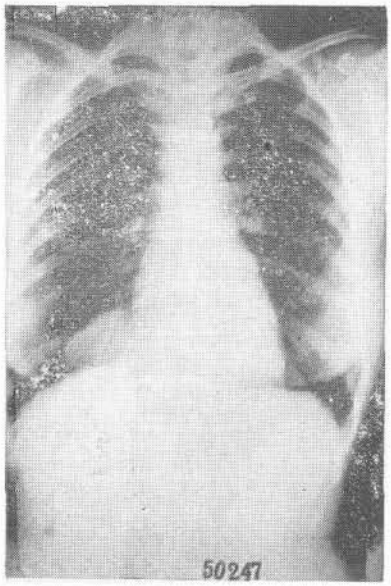
CASO Nº 2—

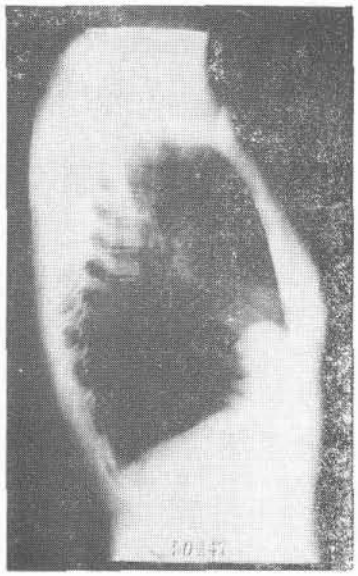


Estroma conjuntivo en cuyo espesor hay numerosas glándulas de epitelio cúbico o cilíndrico, también hay brotes de epitelio epidermoide con núcleos bien teñidos y bastante carioquinesis. Algunos de estos brotes tienen necrosis central con acúmulos de polinucleares. Hay zonas de tejido linfático. Diág.: Teratoma tridérmico con transformación maligna focal de tipo Carcinoma Epidermoide.

CASO Nº 3.—(Quiste del Mediastino)

Ver explicación pág. 9.





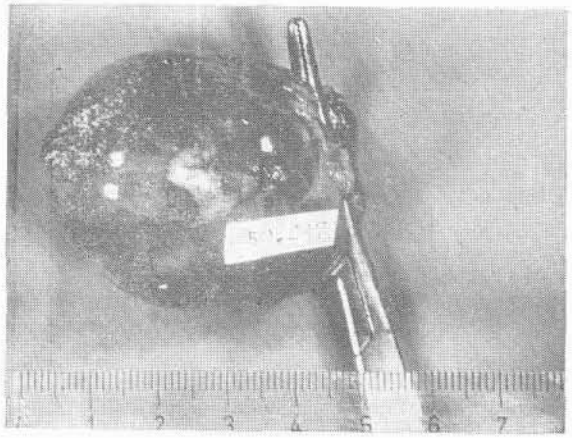
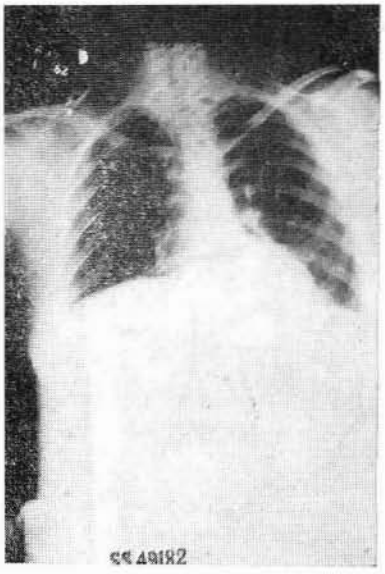
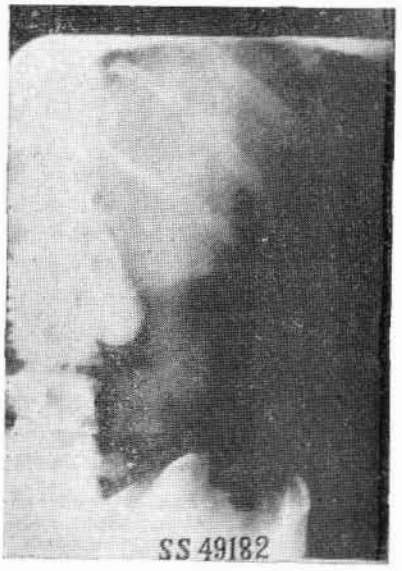


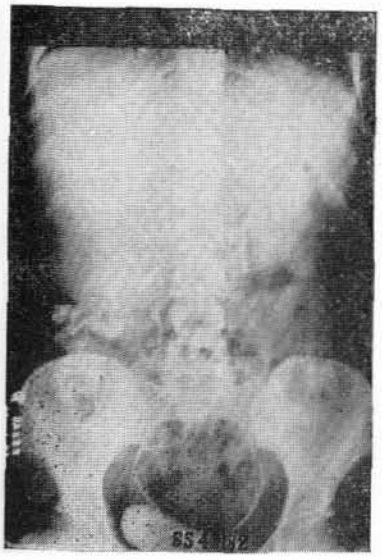
Foto transoperatoria, la flecha señala el tumor.

CASO Nº 4.—(Teratoma Subhepático)

Explicación de las fotos en página 10.

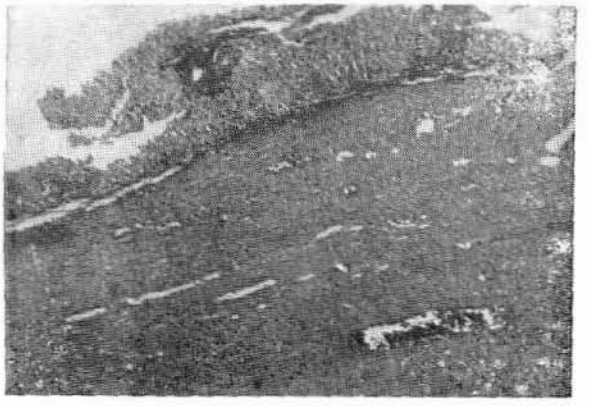






Por error fotográfico, la vesícula salió al lado izquierdo, en realidad se trata de una Colecistografía, en la cual se aprecia la vesícula rechazada totalmente contra la columna por la masa tumoral.

CASO Nº 4—



Pared del quiste formada fundamentalmente de fibras colágenas en haces paralelos. Hay pequeñas zonas en las que existen células claras en disposición epitelioide que recuerdan a la corteza suprarrenal. Por la cara interna se encontró una zona de epitelio cilíndrico alto.