

PRESENTACIÓN DE CASO

Teratoma maduro del mediastino anterior. Presentación de un caso**Mature teratoma of the anterior mediastinum. A Case presentation**José Alberto Puerto Lorenzo¹ Lidia Torres Aja¹¹ Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba**Cómo citar este artículo:**

Puerto-Lorenzo J, Torres-Aja L. Teratoma maduro del mediastino anterior. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2025 [citado 2025 Apr 1]; 23(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45354>

Resumen

Los teratomas del mediastino no son frecuentes. Representan alrededor del 5 % al 10 % de todos los tumores mediastinales. Pueden manifestarse por una variedad de síntomas, según sea su efecto sobre los órganos y estructuras adyacentes de acuerdo a la localización. Se presenta el caso de una paciente de 31 años de edad, quien acudió a Cuerpo de Guardia de Cirugía por un aumento de volumen en la región anterior del cuello, acompañado de dolor, disfagia a los alimentos sólidos y náuseas; síntomas presentes desde hacía varios meses. Al examen físico se constató tumoración en región anterior del cuello de cinco a seis centímetros de diámetro, móvil con la deglución, y de consistencia blanda. La paciente fue operada, y durante el acto quirúrgico se observó abundante pus, además del tumor que protruía por encima del manubrio esternal. No se realizó resección por la sepsis encontrada, solo se tomó cultivo para biopsia. La paciente quedó ingresada, con terapia antibiótica y pendiente de cirugía. Durante el ingreso, el tumor continuó creciendo hasta salir a la piel y necrosarse; se realizó entonces la resección definitiva, con una buena evolución. Se confirma con este caso que el tratamiento quirúrgico en los teratomas maduros tiene resultados altamente favorables.

Palabras clave: teratoma, mediastino, células germinativas

Abstract

Mediastinal teratomas are not common. They represent around 5% to 10% of all mediastinal tumors. They can manifest with a variety of symptoms, depending on their effect on adjacent organs and structures according to their location. It is presented a 31-years-old patient who came to the Surgery Emergency Room due to an increase in volume in the anterior region of the neck, accompanied by pain, dysphagia for solid foods, and nausea; symptoms that had been present for several months. On physical examination, a tumor of five to six centimeters in diameter was found in the anterior region of the neck, mobile with swallowing, and of soft consistency. The patient was operated on, and during the surgical procedure, abundant pus was observed, in addition to the tumor protruding above the sternal manubrium. Resection was not performed due to the sepsis found, only a culture was taken for biopsy. The patient remained hospitalized, with antibiotic therapy and awaiting surgery. During hospitalization, the tumor continued to grow until it emerged into the skin and became necrotic; definitive resection was then performed, with good progress. This case confirms that surgical treatment of mature teratomas has highly favorable results.

Key words: teratoma, mediastinum, germ cells

Aprobado: 2025-03-02 08:51:39

Correspondencia: José Alberto Puerto Lorenzo. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos josealbertopuertolorenzo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El mediastino es un compartimiento torácico donde se encuentran múltiples estructuras anatómicas, lo cual condiciona una amplia gama de tumores malignos y benignos, quísticos y sólidos; primarios y secundarios.^(1, 2)

El teratoma es la neoplasia embrionaria más común derivada de células pluripotenciales.⁽¹⁾ Entre sus componentes podemos encontrar resto de tejidos u órganos provenientes de las tres capas embrionarias: ectodermo, mesodermo y endodermo.⁽³⁾ Pueden ser benignos o malignos, que suelen estar compuestos por áreas de tejidos embrionarios maduros en grado variables.^(1, 4)

Los tumores mediastínicos de células germinales son raros y representan aproximadamente el 5 % de todas las neoplasias de células germinales.⁽⁵⁾ Los teratomas representan el 75 % de los tumores de células germinales mediastinales y ocurren generalmente en el mediastino anterior cerca del timo. No tiene preferencia por género, generalmente afecta a niños y adultos jóvenes.^(1, 5)

Los tumores germinales primarios del mediastino se clasifican en tres grandes grupos: teratomas, seminomas y tumores no seminomatosos.⁽²⁾ De todos estos, el más frecuente es el teratoma benigno o teratoma maduro.⁽¹⁾

Los pacientes suelen ser asintomáticos y el tumor puede ser descubierto incidentalmente en radiografías del tórax; aunque síntomas como la tos, disnea, dolor torácico o infección pulmonar son frecuentes.⁽⁶⁾

Cuando el tumor se localiza en el árbol bronquial puede producir hemoptisis y tos con la expectoración de pelo o material sebáceo, lo cual se produce por la formación de una fístula entre el tumor y el árbol traqueobronquial, lo que es patognomónico de un teratoma.⁽⁶⁾

Los teratomas se caracterizan por masas mediastínicas anteriores, redondeadas, lobuladas, bien definidas, que en general se insinúan hacia uno de los lados de la línea media.^(1, 7) Las radiografías de tórax exhiben calcificaciones en hasta el 26 % de los casos.^(8, 9) La tomografía axial computarizada (TAC) usualmente revela las densidades císticas, los tejidos blandos, las calcificaciones y la grasa.^(1, 10) La extirpación quirúrgica es curativa.^(11, 12)

El presente informe de caso tiene el objetivo de

describir el curso de un teratoma quístico maduro, entidad poco frecuente y cuyo tratamiento de elección es la cirugía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de paciente femenina de 31 años, piel blanca, procedencia rural, con antecedente de padecer de hipertensión arterial, para lo cual llevaba tratamiento médico, quien refirió aumento de volumen en la región anterior del cuello, doloroso, que le provocaba en ocasiones disfagia al ingerir alimentos sólidos; además de dolor y náuseas cuando presionaba la región superior del esternón.

Al examen físico se constató la presencia de una tumoración que ocupaba la región anterolateral derecha del cuello y parte de la región izquierda, de aproximadamente 5 a 6 cm de diámetro, movable con la deglución y de consistencia suave y blanda.

Se indicaron complementarios, los cuales mostraron los resultados siguientes: hemoglobina: 12,8 g/l; glucemia: 4,8 mmol/L; creatinina: 99 mmol/L; coagulograma: tiempo de sangrado 3 min, tiempo de coagulación 5 min, conteo de plaquetas $290 \times 10^9/\text{mm}^3$; electrocardiograma: normal; rayos X de tórax posterolateral: dentro de parámetros normales.

El ultrasonido de cuello indicó una de aspecto sólido, bordes regulares, de aproximadamente 52 x 61 mm de diámetro, localizada por encima de la horquilla esternal con proyección hacia el lóbulo derecho de la glándula tiroides.

La tomografía axial computarizada (TAC) contrastada de cuello corroboró lo observado en el ultrasonido, es decir, la masa mediastínica con líquido y grasa en su interior.

Con todas las evidencias aportadas por los estudios realizados, se decidió el tratamiento quirúrgico de manera electiva. En el acto quirúrgico se observó abundante pus en el cuello, además del tumor que protruía por encima del manubrio esternal. En esta ocasión solo se tomó cultivo para biopsia, sin realizar resección de la masa tumoral, para evitar diseminación de la sepsis. La paciente continuó ingresada para administrarles antibióticos y valorar una posterior cirugía. Durante su estadía en sala, el tumor siguió creciendo hasta que sobresalió a la piel a través de la incisión realizada y llegar a la necrosis. (Fig. 1 y Fig. 2).



Fig. 1- El tumor creció y salió a través de la incisión resultante de la cirugía.



Fig. 2- Tumor necrosado en el cuello.

Después de llevar tratamiento con antibióticos de amplio espectro, la paciente fue intervenida

quirúrgicamente; en esta ocasión se realizó la resección definitiva del tumor, con ligadura de su pedículo. (Fig. 3).

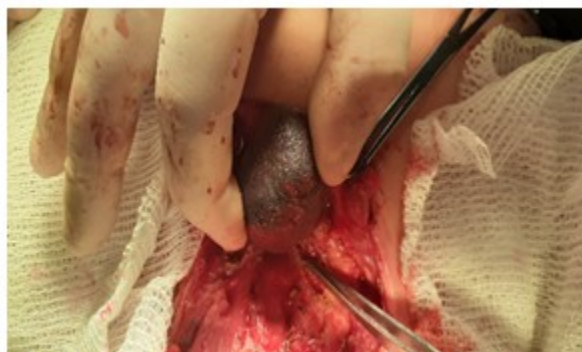


Fig. 3- Momentos de la resección del tumor.

La paciente fue egresada con evolución satisfactoria y seguimiento por consulta externa. El estudio anatomopatológico informó de la presencia de un teratoma quístico maduro con áreas de necrosis isquémica.

DISCUSIÓN

La mayoría de los teratomas mediastínicos son del tipo quístico maduro,^(1, 2) lo cual se pudo evidenciar en la paciente estudiada. Sus manifestaciones clínicas van a depender de la irritación, distorsión, desplazamiento, compresión y/o invasión de tejidos y órganos vecinos, en ocasiones con necrosis o infección agregada de la masa o distalmente a la obstrucción que produce,⁽⁴⁾ como sucedió en esta paciente, quien refirió disfagia a los alimentos sólidos, dolor y náuseas por compresión de la tráquea y en cuyo acto operatorio se observó sepsis a nivel del cuello, que posteriormente llegó a la necrosis.

Para realizar el diagnóstico del teratoma es necesario que el tumor contenga al menos dos de las tres capas germinales.⁽¹⁾ El tejido ectodérmico es generalmente predominante y se compone de dientes, piel, pelo y tejido neural. Los tejidos endodérmico y mesodérmico, tales como grasa, cartílago o hueso, son menos comunes.⁽⁵⁾ Lo anterior está en correspondencia con el caso estudiado, donde se apreció la presencia de pelo y de cartílago en la masa tumoral reseca.

La imagenología suele ser de gran utilidad en el diagnóstico de esta entidad, pues ayuda a determinar el tamaño, localización anatómica, densidad, relación con las estructuras circundantes y la composición de la masa.⁽⁹⁾ A la paciente objeto de este informe se le realizó ultrasonido de cuello y TAC contrastada, estudios que facilitaron la observación de las características de la lesión.

Para garantizar una disección segura, el acceso quirúrgico se debe adaptar a la extensión y tamaño del tumor. En este caso se estableció con éxito, a la cual se le realizó una incisión de Kocher en la región anterior del cuello, ya que la protrusión del tumor fue en la región anterior del cuello. El tratamiento quirúrgico en los teratomas maduros produce resultados altamente favorables, toda vez que garantizan la descompresión tumoral sobre los órganos adyacentes, el alivio de los síntomas; al contrario de los malignos, cuyo pronóstico es sombrío.^(11, 12)

En esta paciente, que refería disfagia a los alimentos sólidos; y dolor y náuseas ante la presión de la región superior del esternón, los síntomas y signos descritos desaparecieron luego de la intervención, y esto favoreció que pudiera retomar su rutina de vida normal.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

Conceptualización: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja

Curación de datos: José Alberto Puerto Lorenzo

Análisis formal: José Alberto Puerto Lorenzo

Investigación: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja

Redacción - borrador original: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja

Redacción - revisión y edición: Lidia Torres Aja

Financiación:

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuentes E. Teratomas del mediastino. Rev Cubana Cir[Internet]. 2020[citado 10/11/2024];59(3):[aprox. 15p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000300003&lng=es
2. Ramírez DA, Díaz AAR, Ortiz WM, Moreno MI. Tumores germinales mediastinales. RECIAMUC[Internet]. 2019[citado 10/11/2024];3(3):[aprox. 20p]. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/articula/view/279/540>
3. Willems E, Martens S, Beelen R. Robotically enhanced mediastinal teratoma resection: a case report and review of the literature. Acta Chir Belg. 2016;116(5):309-12.
4. Rodríguez C, Arce C, Amarilla L, Andreo T,

Araujo D, Arzamendia L, et al. Características clínicas y patológicas de los tumores de mediastino en un hospital universitario. Rev Cir Parag [Internet]. 2013 [citado 10/11/2024];37(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202013000200006&lng=es

5. Arce C, Ayala JD, Cuevas JF, Duarte AL, Garay CD, Gutiérrez GM, et al. Frecuencia, clasificación y patología de los tumores de mediastino. Rev Cir Parag [Internet]. 2018 [citado 10/11/2024];42(2):[aprox. 16p]. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202018000200017

6. Pamo Reyna OG, Bendezu LE, Chian García C. Teratoma quístico maduro mediastínico que se presenta como hemoptisis. Rev Soc Peru Med Interna [Internet]. 2019 [citado 10/11/2024];31(1):[aprox. 4p]. Disponible en: <https://www.revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/43>

7. Liew WX, Lam HY, Narasimman S, Navarasi S, Mohd Hamzah K. Mediastinal mature teratoma in a child- A case report. Med J Malaysia. 2016;71(1):32-4.

8. Tavares JG, Baptista B, Gonçalves B, Raimundo P, Velho HV, Horta AB. Mediastinum Teratoma Rupture: A Rare Manifestation. Eur J Case Rep Intern Med. 2019;6(2):001022.

9. Xiao Dong L, Li Z, Xiu Mei D, Ming Bo T, Xiao Cong W. Identification of a giant mediastinal teratoma by echocardiography: A case report. J Clin Ultrasound. 2019;47(6):380-3.

10. Kitami A, Sano F, Ohashi S, Suzuki K, Uematsu S, Suzuki T, Kadokura M. The Usefulness of Positron-Emission Tomography Findings in the Management of Anterior Mediastinal Tumors. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2017;23(1):26-30.

11. Hwang SK, Park SI, Kim YH, Kim HR, Choi SH, Kim DK. Clinical results of surgical resection of mediastinal teratoma: efficacy of video-assisted thoracic surgery. Surg Endosc. 2016;30(9):4065-8.

12. Acharya MN, De Robertis F, Popov AF, Anastasiou N. Surgical resection of a huge ruptured mature mediastinal teratoma. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2016;24(7):726-8.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS