

15

Teratoma retroperitoneal: Presentación de un caso



Dr. Raúl Norero Carkovic*
Dr. Gustavo Benítez Pérez**
Dr. Antonio París**
Br. Carmen Isabel Pérez G.***

INTRODUCCION

La primera descripción de teratomas originados en el retroperitoneo fue realizada en la segunda mitad del siglo XVIII por Morgagni y Benivieni⁷, quienes definieron el término como las lesiones limitadas al espacio anatómico comprendido por la hoja posterior del peritoneo por delante, por arriba el diafragma, por detrás la pared abdominal posterior y por debajo la pelvis, sin aparente conexión con los órganos ubicados en este espacio.

Palumbo⁸ y colaboradores revisaron la bibliografía en 1949 y encontraron 58 casos de Teratomas Retroperitoneales. Luego recopilaron los casos hasta 1976 encontraron una baja incidencia de este tipo de tumores. Autores como Sariñara¹⁰ estimaron una incidencia de 1 por cada 9431 admisiones con diagnóstico de tumores retroperitoneales, siendo ésta considerablemente alta en comparación con otras series que reportan una incidencia de 1 por cada 170.000 admisiones.

El grupo etario más frecuentemente afectado es variable, existiendo un pico alrededor de los 16 años y otro pico en la tercera década de la vida.

En este artículo se presenta un caso de Teratoma Retroperitoneal intervenido en el Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas.

CASO CLINICO:

Paciente femenina de 30 años de edad, natural y procedente de Yaracuy, asintomática hasta

Palabras claves:
TERATOMA RETROPERITONEAL.

noviembre de 1986, cuando presenta poliartalgias simétricas en medianas y pequeñas articulaciones, a predominio vespertino, de aparición espontánea, no exacerbada con el ejercicio, sin rigidez matutina ni impotencia funcional. Permanece con esta sintomatología por 5 meses cuando se intensifica el cuadro clínico, motivo por el cual consulta a este Hospital practicándose exámenes paraclínicos, diagnosticándosele tumor retroperitoneal.

EXAMEN FISICO: Sin evidencia de anormalidad.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Hb: 12,3 gr% Hct: 40% Leucocitos: 7800 por mm³ Urea: 28mg/dl Creatinina: 0,6 mgr/dl. Glicemia: 96 mgr/dl Na: 136 meq/lts.K: 36 meq/lts. Ca: 8 mgr/dl Fósforo: 3,39 mgr/dl. Bilirrubina Total: 0,6 mgr/dl. Fosfatasa alcalina: 120 U/l. Transaminasas: GOT: 24U/l. GPT: 20 U/l. Proteínas tot.: 7,28 gr%. Albumina: 4,52 gr/dl. Globulina: 2,76 gr/dl. Fibrinógeno: 341 mg%.

Examen de orina: glóbulos rojos 2-4 por campo.

VDRL: No reactivo.

Rx de Tírax y abdomen: Sin signos de anormalidad.

ECOSONOGRAMA: Entre el polo inferior del riñón derecho y el hilio renal se observa una imagen de ecos positivos, de 3cm de diámetro, que parece comprimir la vena renal y el hilio renal derecho.

* Instructor por concurso de la Cátedra de Cirugía III Hospital Universitario de Caracas.

** Profesor asociado de la Cátedra de Cirugía III Hospital Universitario de Caracas.

*** Estudiante de Pregrado. Facultad de Medicina, Escuela Luis Razetti.

Boletín del Hospital Universitario de Caracas
VOLUMEN 18 - CARACAS, DICIEMBRE de 1988 - Nº 25 / 15-18

TAC ABDOMINAL: Se aprecia una imagen tumoral bilobulada que se ubica en el retroperitoneo, hacia la pared ántero-externa del riñón derecho.

UROGRAFIA POR ELIMINACION: Se observa lesión de aspecto tumoral por encima del riñón derecho. Buena eliminación. Resto: dentro de límites normales.

INTERVENCION QUIRURGICA: Laparotomía Exploradora. Insición subcostal derecha. Movilización del colón derecho y duodeno. Resección del tumor, colocación de clips hemostáticos y drenaje del peritoneo con porto vac.

HALLAZGOS: Tumor de aspecto quístico de aproximadamente 6 x 5 cms. de diámetro, encapsulado, localizado por encima del riñón derecho adherido a la vena cava inferior. El resto de la cavidad abdominal dentro de límites normales.

Biopsia extemporánea reportó: Teratoma Quístico. Buena evolución. Egresó al cuarto día del post operatorio en buenas condiciones generales.

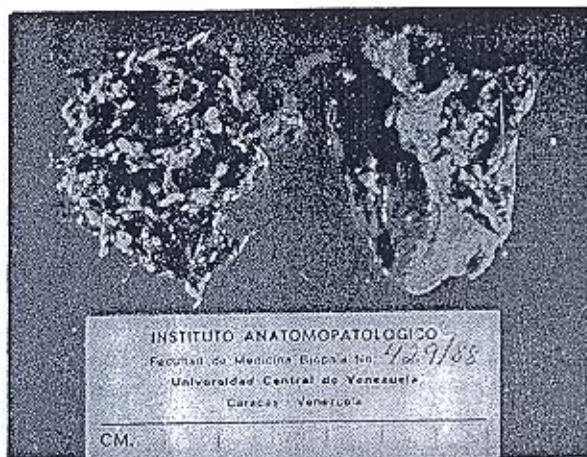


FIG. 1 - Aspecto macroscópico del Tumor Retroperitoneal.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Muestra de tejido de 6 x 4.5 x 3 cm. de forma irregularmente ovalada, de color rosada y consistencia blanda. Al corte, se aprecia salida de material de color amarillento, blando con gran contenido de pelos, la superficie interna es de color rosado brillante.

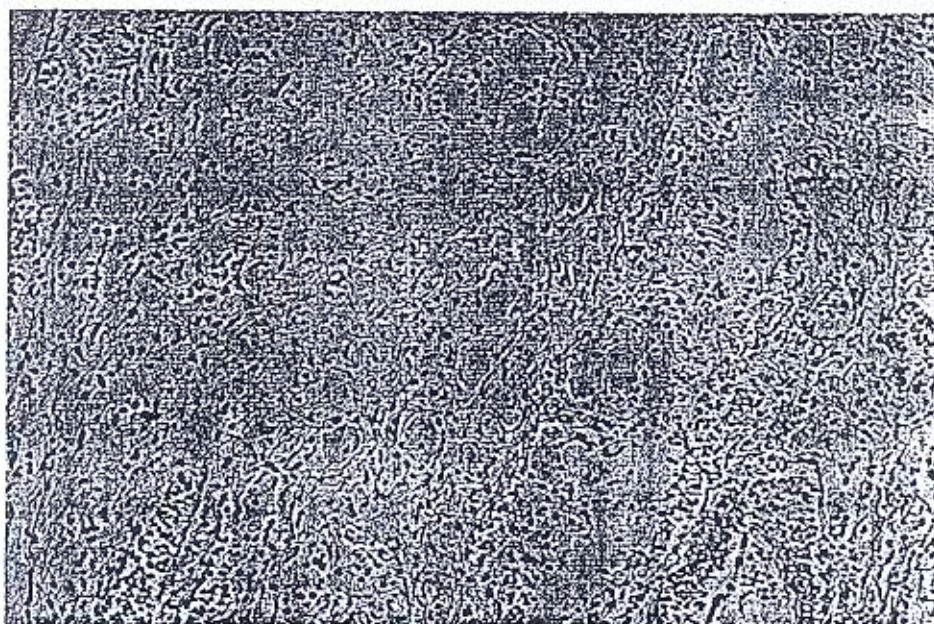


FIG. 2 - Aspecto microscópico del Tumor Retroperitoneal.

Diagnóstico definitivo: Teratoma Quístico Benigno.

COMENTARIOS:

El Teratoma Retroperitoneal es una patología poco frecuente, así lo señalan autores como Sariñara¹⁰ y Col, quienes estimaron una incidencia de 1 por cada 9.431 admisiones con diagnóstico de Tumor Retroperitoneal, y Palumbo⁸ y col quienes encontraron 58 casos de Teratomas Retroperitoneales en una revisión en 1949.

Con respecto al grupo etario existe un rango muy amplio, desde recién nacidos hasta individuos en la sexta década de la vida⁶, siendo la edad promedio los 16 años. Otros autores¹⁻²⁻⁶ coinciden en destacar la mayor incidencia en la tercera década de la vida.

Según Palumbo y Col⁸, las mujeres son más afectadas que los hombres, contrariando con los reportes de otros autores quienes indican una relación de 3:2 a favor de los hombres.

En la figura 3 se indican las localizaciones más frecuentes de los Teratomas según Tapper y

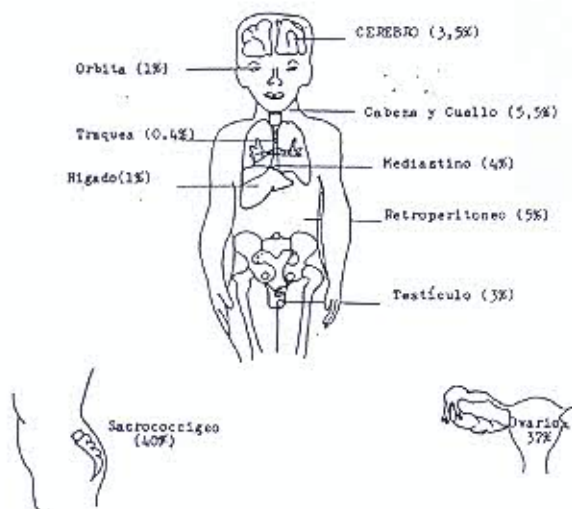


FIG. 3 - Localización más frecuentes de los Teratomas.

Jack¹¹. Podemos apreciar un mayor porcentaje para el área sacrococcigea y ovarios con 40 y 37% respectivamente. Los Teratomas Retroperitoneales tienen una incidencia de 5% y la ubicación más común en el retroperitoneo es en la proximidad del riñón y los ureteres. Dependiendo de esta localización y del tamaño del tumor se puede producir desplazamiento del riñón hacia abajo, elevación del hígado y rechazamiento anterolateral del intestino delgado.

Los estudios radiológicos por imagen son de gran ayuda para el diagnóstico, siendo frecuentemente mencionados como concomitantes del tumor, la presencia de una bien organizada calcificación de huesos y dientes².

La pielografía endovenosa constituye un método útil para evidenciar infiltración renal, distorsión de la pelvis y ureteres o compresión de los cálices renales. Los estudios con contraste del tracto genitourinario no aportan mucha información sobre la lesión.

En casos selectos la insuflación con dióxido de carbono del espacio retroperitoneal sirve para delimitar posición y relación con estructuras vecinas.

Por último, cabe destacar a la tomografía axial computarizada como el mejor método para hacer el diagnóstico de Teratomas Retroperitoneales.

En algunas instituciones se hace de rutina un survey óseo en todo paciente con tumor retroperitoneal, así como biopsias con aguja de la médula ósea con la finalidad de buscar metástasis en el caso que se sospeche de un teratoma maligno o un neuroblastoma.

Las biopsias con aguja del retroperitoneo representan un procedimiento riesgoso, debido a la posibilidad de diseminación del tumor, de hemorragia severa o de producir infección.

En cuanto a la anatomía patológica, estos tumores son frecuentemente encapsulados y com-



puestos por áreas quísticas y áreas sólidas. Las lesiones benignas son generalmente multiquísticas. Los quistes contienen pelos y queratina y pueden ser de tamaño variable. En una oportunidad se describió un tumor que desplazaba todas las estructuras vecinas y que alcanzó un peso de 26 libras (12 Kgr.).

En los tumores malignos, lo que se observa con mayor frecuencia es necrosis y hemorragia, pero sólo con el estudio histológico se puede determinar la malignidad o la benignidad del tumor.

El tumor maligno tiene tendencia a ser multilobulado, sólido y mal delimitado con áreas que sugieren diseminación extracapsular.

RESUMEN

Se presenta un caso de Teratoma Retroperitoneal en una paciente de 30 años de edad operada en el Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas.

Se evaluó el cuadro clínico, estudios preoperatorios, intervención quirúrgica y revisión de la literatura.

REVIEW

One patient with a case of Retroperitoneal Teratoma of thirty years old at Hospital Universitario de Caracas is presented.

Symptoms, clinical cases, surgery and literature review were analyzed.

AGRADECIMIENTO

Al Instituto de Anatomía Patológica por facilitar las fotografías de las biopsias del tumor retroperitoneal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACKERMAN, L. V.: Tumors of the Retroperitoneum, Mesentery, and Peritoneum, p. 15. Atlas of Tumor Pathology. First Series, Fascicle 23-24, Section VI. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1954.
- 2.- ARNHEIM, E. E.: Retroperitoneal Teratomas in infancy and childhood. *Pediatrics* 8: 309-327. 1951.
- 3.- BRAASCH, J. W. and MON, A. B.: Primary retroperitoneal tumor. *Sur. Clin. North Am.* 47: 663-678. 1967.
- 4.- CHARLES, D.: Retroperitoneal teratoma in infancy. *Arch. Dis Child.* 28: 147-148. 1953.
- 5.- KERAMIDAS, D. C. and VOYATZIS, N. G.: Retroperitoneal teratoma. *J. Pediatr. Surg.* 7: 434-435. 1972.
- 6.- MAMAKOS, M. S.: Retroperitoneal teratoma. Five - year survival in adolescence. *NY State J. Med.* 71: 1838-1840. 1971.
- 7.- MORGAGNI, G. B.: The Seat and Causes of Diseases Investigated by Anatomy, pp. 364-369. Vol. II, book III, epist. 39; Arts. 5-9. London: A. Millar. 1769.
- 8.- PALUMBO, L. T., Cross, K. R., SMITH, A. N. and BARONAS, A. A.: Primary teratomas of the lateral retroperitoneal spaces, *Surgery* 26: 149-159. 1949.
- 9.- PANTOJA, E. LLOBETR and GONZALEZ-FLORES B.: Retroperitoneal Teratoma: historical review. *J. Urol.* 115: 520-23. 1976.
- 10.- SARIÑARA, C., BERCOWSKY, J., HERNANDEZ LOZANO, J. L. and AMBROSIUS - DINER, K.: Teratomas Retroperitoneales. *Bo. Med. Hospital Infant Méx.* 31: 577-587. 1974.
- 11.- TAPPER, David, MD and LOCK, Ernest, MD: Teratomas in infancy and childhood. *Ann Surg.* September. 1983.