

¹Areli Karime Cuevas-Ocampo,
¹Sonia Tavares-García,
²Héctor Martínez-Gómez

Teratoma maduro del mesenterio en un hombre adulto.

Informe de un caso

¹Departamento de Patología
²Departamento de Cirugía

Comunicación con: Areli Karime Cuevas-Ocampo.
Tel: (55) 5627 6957.
Correo electrónico: karimecuevas@gmail.com

Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Resumen

El teratoma en el mesenterio en hombres adultos es un tumor extremadamente raro. Las lesiones quísticas en la cavidad abdominal masculina tienen diagnósticos diferenciales limitados en comparación con la femenina, lo que ocasiona un dilema diagnóstico en la práctica clínica. Se informa un caso clínico de esta neoplasia poco frecuente, la cual clínicamente puede ser causa de dificultad diagnóstica. Presentamos el caso de un hombre adulto con un teratoma originado en la raíz del mesenterio.

Palabras clave

teratoma
quiste mesentérico

Summary

Mesenteric teratoma matures in adulthood are extremely rare. The spectrum of differential diagnosis for intra-abdominal cystic lesions in male patients is limited and its occurrence is less than in female counterparts, being so a diagnostic problem for daily medical practice. The purpose of this study is to present this entity as an infrequent tumor, which can become a diagnostic challenge. Here we present a case of a mature teratoma occurring in the mesenteric root in a 50 year old man.

Key words

teratoma
mesenteric cyst

Introducción

El teratoma quístico maduro se desarrolla de células pluripotenciales de los remanentes embrionarios y por lo general se presenta como un tumor sólido quístico, el cual incluye elementos heterólogos como pelos, dientes, cartílago y apéndices dérmicos (folículos pilosos, glándulas sudoríparas y material sebáceo). Este tumor es frecuente en el ovario, pero puede localizarse en cualquier lugar de la migración celular ectodérmica, principalmente en la línea media y afecta cráneo, mediastino, retroperitoneo y región sacrococcígea. Se presenta principalmente en adultos jóvenes. El teratoma maduro de mesenterio es una neoplasia poco frecuente en hombres adultos, por lo general no se incluyen en el diagnóstico diferencial de tumores abdominales, con afección aparente a estructuras y órganos adyacentes.

Caso clínico

Hombre de 50 años de edad, quien inició su padecimiento seis meses previos al diagnóstico, con pérdida de peso y

autodetección de un tumor abdominal, sin sintomatología gastrointestinal o genitourinaria. Por ultrasonografía se corroboró lesión retroperitoneal en L2-L4 de 13 × 10 cm. La tomografía axial computarizada abdominopélvica mostró tumor abdominal y retroperitoneal, de 15 × 10 cm, heterogéneo, con imágenes de densidad cálcica y de tejido blando en su interior, septado, en contacto con el polo inferior de riñón izquierdo, probablemente dependiente de páncreas, el cual desplazaba las estructuras adyacentes (figura 1).

Se informaron varios marcadores tumorales con los siguientes valores: antígeno carcinoembrionario, 50.8; Ca 19-9, 368; B2-mic, 2045; gonadotropina coriónica humana, 0.02; alfafetoproteína, 1.82.

Se efectuó laparotomía exploradora y resección multiestructural con hallazgos quirúrgicos de tumor bilobulado de 25 cm de eje mayor, localizado en retroperitoneo que infiltraba mesocolon transversal y desplazaba lateralmente el riñón izquierdo sin infiltración, con sospecha de tumor del tracto gastrointestinal de mesenterio.

Se recibió en patología producto de resección multiestructural constituido por hemicolectomía izquierda de 31 × 3 cm, con

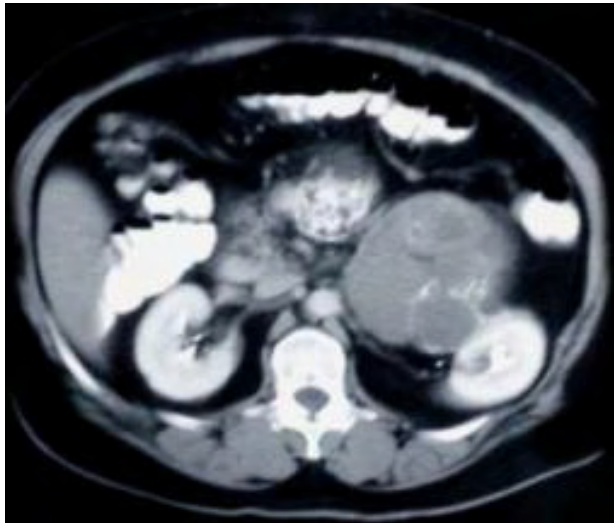


Figura 1 Tomografía computarizada axial abdominal con material de contraste oral e intravenoso donde se observa una masa tumoral que se extiende a retroperitoneo izquierdo, de 15 × 10 cm, con densidad de tejidos blandos y zonas quísticas (13 UH), realce heterogéneo y multiseptada, con calcificaciones en la pared y en los septos, que desplazaban los órganos adyacentes y en aparente continuidad con el riñón izquierdo, y la cola del páncreas

fragmento de mesocolon de 24 × 10 cm y a 6.9 cm del mesocolon lesión tumoral quística de 19 × 10 cm. La neoplasia estaba encapsulada y al corte presentó salida de material mucinoso, de aspecto fecaloide y no fétido, con espesor de pared de 0.2 cm, blanco amarilla con material blanco grumoso espeso adherido; se observó una zona sólida de 9 × 10 cm, la zona de transición sólida-quística midió 4 × 0.6 cm y presentaba septos de 0.2 a 0.3 cm de espesor. A los cortes seriados, en algunas paredes del quiste se identificaron proyecciones no-

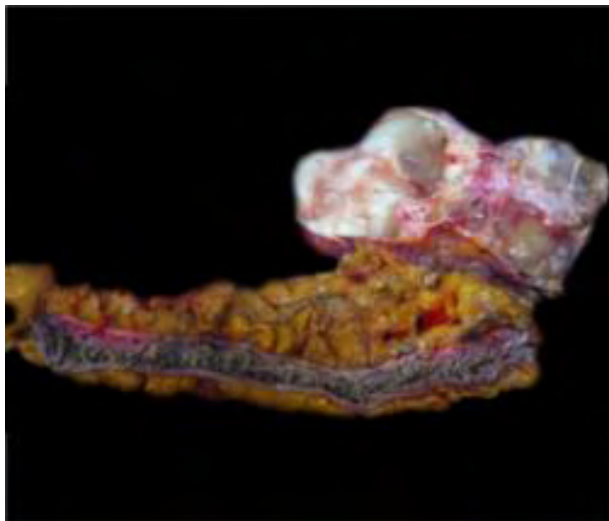


Figura 2 Resección de hemicolon izquierdo que muestra la lesión quística sólida, encapsulada, con abundante material mucinoso, no dependiente del colon

dulares de 1.3 cm y los septos presentaban zonas calcificadas y cartilaginosas de consistencia firme (figura 2).

En los cortes histológicos, teñidos con hematoxilina y eosina, se observó una lesión de pared fibrosa con zonas calcificadas y abundante moco adherido; así como diferentes tejidos originados de las tres capas germinales: glándula salival, pared intestinal, cartílago, gliosis, tejido fibroadiposo, tiroideo y glandular (figura 3); consistente con un teratoma quístico maduro de 19 cm originado en la raíz del mesenterio que comprimía parcialmente el colon transverso, el cual no presentó cambios histopatológicos de importancia. En el segmento de mesenterio se disecaron 12 ganglios linfáticos con hiperplasia linforreticular.

Discusión

El teratoma maduro se desarrolla de células pluripotenciales de remanentes embrionarios ectodérmicos que dan origen a neoplasias con elementos heterólogos. Los sitios de presentación son en las gónadas (ovarios y testículos) y de localización extragonadal en la línea media.¹

El diagnóstico diferencial para tumores quísticos de mesenterio u omento pueden incluir lesiones como linfangioma, quiste de duplicación entérica, quiste entérico, pseudoquiste, teratoma quístico, tumores quísticos de células fusiformes y mesotelioma quístico; de los cuales el más común es el linfangioma. Los linfangiomas quísticos de mesenterio pueden simular un teratoma quístico en los estudios de gabinete e imagen.^{1,2}

La presentación clínica no es específica, se puede manifestar con malestar abdominal por compresión de la vejiga o

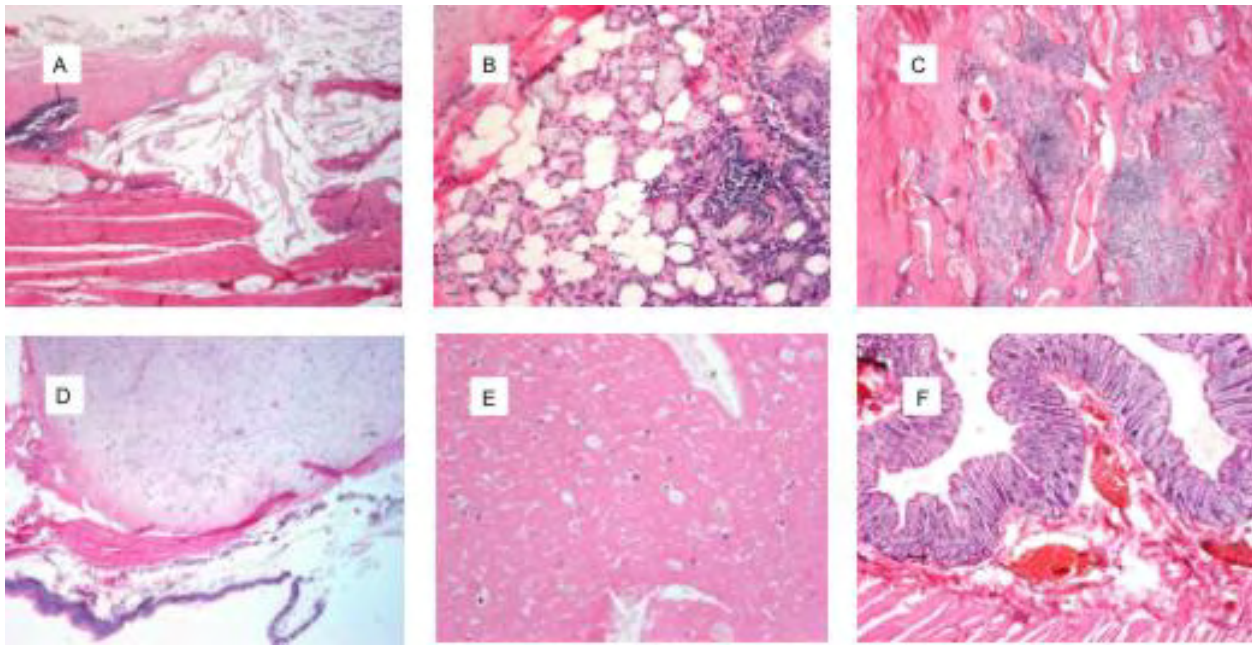


Figura 3 Cortes histológicos teñidos con hematoxilina-eosina. A) Pared fibrosa sin revestimiento epitelial con material mucinoso adherido que la diseca. B) Glándulas de aspecto salival, con tejido adiposo y linfocitario (40 x). C) Tejido tiroideo con espacios quísticos revestidos de epitelio cúbico y llenos de material coloide con infiltrado linfocitario (40 x). D) Cartílago maduro con haces de músculo liso, tejido fibroso laxo y segmento de epitelio cilíndrico pseudoestratificado mucoproliferativo (10 x). E) Tejido nervioso maduro con áreas de gliosis (40 x). F) Pared de colon con mucosa sin alteraciones, submucosa congestiva y edematosa y muscular propia sin cambios (10 x)

el tracto gastrointestinal.^{3,4} La especificidad de los estudios de gabinete es importante en este tipo de lesiones, pero lo principal es documentar la naturaleza quística de la lesión abdominal y su localización exacta. Se han informado varios casos de teratomas quísticos maduros e inmaduros en edad pediátrica localizados en el mesenterio, los cuales pueden causar obstrucción intestinal parcial o total.⁵⁻¹⁰ El teratoma de mesenterio es un tumor bien definido, sólido quístico que contiene varios tipos de tejido derivados de las tres capas

germinales. La transformación maligna puede ocurrir de 0.25 a 0.8 %.¹¹

En conclusión, se presentó un caso de teratoma maduro en un adulto localizado en la raíz del mesenterio, con obstrucción parcial del colon transverso y con impresión por estudios de imagen de lesión neoplásica retroperitoneal dependiente de páncreas; de tal forma que se propone tomar en cuenta esta lesión como diagnóstico diferencial de lesiones quísticas en la cavidad abdominal en adultos.

Referencias

- Hatten MT, Hamrick-Turner JE, Smith DB. Mesenteric cystic lymphangioma: radiologic appearance mimicking cystic teratoma. *Pediatr Radiol* 1996;26(7):458-460.
- Okada T, Sasaki F, Onodera Y, Oonishi S, Ichikawa N, Itoh T. Multiple mesenteric teratomas: usefulness of spiral computed tomography with 3-dimensional reconstruction. *J Pediatr Surg* 2006;41(4):868-871.
- Ratan S, Ratan J, Kaira R. Large benign cystic teratoma of the mesosigmoid causing intestinal obstruction: report of a case. *Surg Today* 2002;32(10):922-924.
- Desai N, Desai D, Ghag G, Waghela J, Rao RV, Sawant P. Giant mesenteric cyst of abdomen herniating into scrotum. *Indian J Gastroenterol* 2004;23(2):74-75.
- Prieto ML, Casanova A, Delgado J, Zabalza R. Cystic teratoma of the mesentery. *Pediatr Radiol* 1989;19(6-7):439.
- Chiba T, Iwami D, Kikuchi Y. Mesenteric teratoma in an 8-month-old girl. *J Pediatr Surg*. 1995;30(1):120.
- Marcolongo A, Divirgilio G, Bettilli G, Saverio CF, Fasoli L, Marradi P. Immature mesenteric teratoma in a male newborn infant: prenatal ultrasonographic diagnosis and surgical treatment. *Prenat Diagn* 1997;17(7):686-688.

8. Raychaudhari C, Prajapati H, Shah HK. Two cases of immature mesenteric teratoma. *Ind J Radiol Imag* 2006; 16(4):567-570.
9. Baviskar BP, Dongre SD, Karle RR, Sewlikar VN. Teratoma of lesser omentum in a male infant. *J Postgrad Med* 2006; 52(4):304-305.
10. Rattan KN, Ratan SK, Jhanwar A, Kaushik V, Magu S. Immature mesenteric teratoma causing intestinal obstruction. *Indian J Pediatr* 2007;74(2):207-208.
11. Bhattacharjee PK, Ray D, Sarkar AH, Biswas PC. Dermoid cyst of the mesentery in an infant. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2005;10(4):254-255.