

## TERATOMA SOLIDO DIFERENCIADO EN UN NIÑO DE CATORCE AÑOS

Dres. H. Pagliere, E.O. Soldano, C. Scorticati.

El teratoma es un tumor compuesto por múltiples tejidos ajenos al órgano total o parcialmente diferenciado.

De la escala de diferenciación de los tejidos, es de donde surgen los grados de malignidad. Sin embargo es importante recalcar, como lo establecen Collins y Pugh, el desconocimiento de su etiología, y, que el testículo como el ovario se vuelven diferenciados a partir de un estroma gonadal pluripotencial, de donde la disposición entre los elementos epiteliales y conjuntivos no son siempre claros.

Es por ello que los teratomas no pueden clasificarse como benignos por más diferenciación histológica que se observe, únicamente la clínica y la evolución son los que así pueden catalogarlo.

### Histogenesis.

Varias han sido las teorías histogenéticas sobre este tipo de tumor, y que a su vez a generado controversias.

Una, la más antigua, era la que sugería inclusiones o supresiones de gametos; otra, establecía que eran tumores esencialmente fetiformes y que se engendraban desde las células germinales, (teoría por muchos aceptada) y una tercera daba el origen del teratoma en un tejido primordial anormal formado al comienzo de la vida embrionaria. En la actualidad dos son las teorías más discutidas, la teoría americana de Dixon y Moore la cual establece que los teratomas tienen su origen en una célula germinal primordial, esta teoría es muy discutida y demostraría la potencialidad del huevo, no solo demostrando la presencia de tejidos fetales o adultos, sino también de tejidos embrionarios y extraembrionarios y formas embrioides uténticas.

La otra teoría, inglesa, la segunda en discordia actualmente, es la dada por Pugh y Collins, quienes consideran el origen de los tumores teratomatosos a partir de una célula totipotencial que ha escapado a la influencia de los organizadores proliferando en forma anárquica.

### Frecuencia.

Dixon y Moore promediaron, en un estudio realizado en personas seleccionadas en las fuerzas armadas de EE.UU., en el lapso comprendido entre los años 1940/47, el 2,88 por 100.000 hombres. Para Collins y Pugh la relación encontrada era de 2.3 por 100.000 en el lapso comprendido entre los años 1957/62.

La frecuencia con otros tumores para Dixon y Moore era del 0,64% y para el registro general de 0,52% entre los años 1938/39; Gilber y Hamilton en 1940 el 1,5 al 2%. En Londres según el reporter del St. Bartholomew Hospital sobre un total de 5.470 tumores, 53 fueron neoplasias testiculares, alrededor del 1%, en un lapso de casi 10 años (1948/57).

Sobre 995 tumores testiculares, presentados ante el Panel de Tumores de Testículos y Registro de la Sociedad de Patología de Gran Bretaña e Irlanda en asociación con la Campaña contra el Cáncer en el Imperio Británico, publicado en el British Journal of Urology de junio de 1964, 322 eran teratomas lo que representa un 32%, los cuales 13 o sea 4,3% eran teratomas diferenciados.

**Edad.**

La mayor incidencia, acorde en todas las publicaciones consultadas, se encuentra entre los 20 y 30 años, habiéndose encontrado en niños de hasta 6 meses y adultos de más de 70 años. Esto se debería, probablemente, al clima de la espermatogénesis. Parecería demostrarlo los experimentos realizados en la producción experimental en gallos, donde se constató que el proceso tumoral solamente se desarrolla en la primavera, período este en que es mayor actividad sexual.

**Factores Predisponentes.**

Como en todo proceso tumoral los factores traumáticos e irritativos están en primera línea, pero en el caso específico de los tumores que aquí tratamos el mal descanso testicular nos abre un interrogante. Para Pugh y Collins el 5,6% de los tumores testiculares presentados ante el Panel se encontraban en estas condiciones.

El caso que nos ocupa nos fué enviado por el Dr. Juan Carlos de la Torre, jefe del Centro Materno Infantil de Victoria, Provincia de La Pampa. Se trata de un niño de 14 años, R.S.: asistido en nuestro Servicio de Urología del Policlínico de San Martín HC 8497. El motivo de la consulta era el aumento del contenido escrotal del lado derecho que había notado 3 años atrás. El crecimiento fue lento, indoloro, y cursó siempre sin temperatura, elementos estos que hicieron que el paciente como sus familiares le restaran importancia. La primera consulta médica la realiza al Dr. de la Torre por ser llamativo el tamaño y la consistencia de la glándula testicular siendo enviado rápidamente a nuestro servicio para su tratamiento quirúrgico.

Como dato anamnésico de importancia, es un traumatismo testicular a los 2 años de edad. Al exámen el paciente presentaba una tumoración del testículo derecho de un tamaño aproximado de 7 por 5 por 4 cm. dura, pesada, indolora, con transluminación positiva en la región posteroinferior, y negativa en todo el resto de la glándula. La masa era móvil y el cordón se palpaba normal por encima de ella.

Al tacto no se podía identificar el epidídimo y el signo de Chevasou era positivo. No se encontraron adenopatías inguinales.

La radiografía de tórax era normal al igual que los análisis de laboratorio.

Con diagnóstico de tumor de testículo es intervenido el día 20-1-66.

Se realizó una incisión inguino escrotal derecha, bajo anestesia general. Se clampeó el cordón inguinal, como primera medida, procediéndose luego a exteriorizar la glándula afectada. La vascularización no estaba aumentada y la túnica vaginal se encontraba libre conteniendo en su interior 3 a 4 cm<sup>3</sup> de líquido citrino. La superficie del tumor era abollonada e irregular al igual que se consistencia. Se realizó la ectomía, ligando el cordón lo más alto posible por transfixión, cerrando el escroto en dos planos previa hemostasia minuciosa.

Inmediatamente se incindió la pieza operatoria por su línea media longitudinal constatándose la ausencia de estromas testicular normal, observándose pequeños quistes con contenido lactacentes y zonas de tejido calcificado con otras de aspecto y consistencia cartilaginosa, todo recubierto por un estroma de tejido compacto blanco amarillento.

El aspecto macroscópico de la pieza operatoria, estaba acorde con la descripción del teratoma diferenciado dado que en ello el tejido compacto envuelve formaciones quísticas de contenido que puede ser opalescente o hemorrágico, no encontrándose material sebáceo ni pelos como en los teratomas de ovario.

Las formaciones cálcicas y las cartilaginosas, que también se encontraron ponen de manifiesto la presencia del mesodermo de la cual derivan, no encontrándose formaciones organóideas pero sí, epitelios tubulares provenientes del endodermo, en la microscopía. El diagnóstico, dado por el Dr. Kiezarbaum, fue de teratoma sólido diferenciado. Hasta cierto punto el diagnóstico anatomopatológico, dió una tranquilidad, puesto que,

de todos los teratomas es el que mejor pronóstico tiene, pero queremos recalcar que su benignidad se puede demostrar unicamente por su clínica y por la evolución que así lo establecerá.

#### Conclusión.

Se presenta un típico caso de teratoma sólido diferenciado de testículo, en un niño de 14 años cuya evolución no se ha podido constatar por haberse ausentado de la ciudad donde habitaba con su familia, siendo imposible localizarlo hasta el momento pese a que la búsqueda continúa. Se enuncian las teorías histogenéticas más en boga y aún en discusión y se lo pone a consideración de los aquí presentes.

#### BIBLIOGRAFIA

- D.H. Collins and R.C.D. Pugh.: Classification and Frequency of testicular tumors. Brit. J. Urol. Supl. 36, 1964, 1-11.  
 R.C.B. Pugh and J. P. Smith.: Teratoma. Brit. J. Urol. 36, 1964, 28-43.  
 Meyer. M. Milicow.: The new classification of testicular tumor a correlation analysis and critiques.: J. Urol. 1965, 94, 64-68.  
 M.R. Abell and F. Holtz.: Testicular neoplasms in infants and children. (Tumor of germ cell origin) Cancer, 16, 1963, 965.