

Teratoma de tiroides en pediatría

Dres. M. Rubio, J. Gentile, V. Gutierrez, F. Lubieniecki, S. Iorcansky, R. Rubio

Servicio de Cirugía Infantil. Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina

Resumen

Se presenta una paciente de sexo femenino de 7 años y 6 meses de edad que presentó una masa en el lóbulo derecho de la glándula tiroides. Se realizó lobectomía derecha, evolucionando sin evidencia de lesiones secuelas postoperatorias. La anatomía patológica definió la lesión como un teratoma maduro de tiroides. El motivo de esta presentación es la inusual localización en tiroides de este tumor.

Palabras clave: *Tiroides - Teratoma*

Summary

A 7-year-old girl was referred to our clinic for surgical consultation due to a neck mass located in the right lobe of the thyroid gland. A right hemithyroidectomy was performed. No postoperative sequelae were observed. The pathology report was that of a mature teratoma of the thyroid gland. We herein present this unusual case and a review of the literature.

Index words: *Thyroid Gland - Teratoma*

Resumo

Apresenta-se uma paciente do sexo feminino, com 7 anos e 6 meses de idade, que apresentou uma massa no lóbulo direito da glândula tireóide. Realizou-se lobectomia direita, evoluindo sem seqüela pós-operatórias. A anatomia patológica mostrou um teratoma maduro de tireóide. O motivo desta apresentação é a localização não usual deste tumor na tireóide.

Palavras chave: *Tireóide - Teratoma*

Introducción

El teratoma es un tumor que deriva de las células germinales compuesto por endodermo, mesodermo y ectodermo, representa 3-5% de todos los tumores de la infancia¹. Las localizaciones más frecuentes son el ovario y la zona sacrococcígea representando el 75% del total².

El teratoma de tiroides, es una lesión localizada en el interior de la glándula cuyo análisis histológico demuestra tejido maduro o inmaduro de las tres líneas embrionarias².

La excepcional ubicación de este tumor en la glándula tiroides motivó el presente reporte.

Presentación del caso

Paciente de 7 años y 6 meses de edad, sexo femenino, previamente sana que consulta por la aparición de sangrado vaginal y con antecedentes de una hermana gemela que consultó 2 meses antes por la misma causa.

Fue evaluada por el servicio de Endocrinología, diagnosticando útero bicorne hallando en el examen físico un nódulo en lóbulo derecho de la glándula tiroides, de consistencia dura, de 3 cm de diámetro aproximadamente, de superficie irregular. No presentaba adenopatías sospechosas de invasión, aunque se palpaban algunas que impresionaban inespecíficas.

El estudio ultrasonográfico mostró a nivel del lóbulo derecho tiroideo, un nódulo de ecogenicidad mix-

ta, con formaciones quísticas y calcificaciones centrales, de 1.8 x 1.4 x 1.3 cm de diámetro.

El centellograma ilustró la existencia de un nódulo frío basal derecho, con un halo de tejido captante bien delimitado alrededor del mismo (Fig. 1). La paciente fue derivada a cirugía con diagnóstico presuntivo de teratoma de tiroides.

Previo a la intervención se efectuó una fibrolaringoscopia con visión normal de la vía aérea.

Se intervino quirúrgicamente bajo anestesia general, intubación con tubo endotraqueal espiralado. La paciente fue colocada en decúbito dorsal con el cuello en hiperextensión.

La incisión cutánea fue una cervicotomía transversa arciforme centrada en la línea media, siguiendo los pliegues normales de la piel. Abordaje subaponeurótico por la línea media sin sección muscular. Se llegó entonces a la celda tiroidea. Se disecó el tumor por el polo inferior, evidenciando el compromiso de prácticamente todo el lóbulo derecho por lo que se decidió realizar una lobectomía tiroidea derecha con vaciamiento ganglionar yugular derecho.

El tumor impresionaba heterogéneo, de consistencia mixta, móvil, y sin infiltración de planos adyacentes.

Durante la ligadura y sección del pedículo superior, se tuvo reparo de no lesionar el nervio laríngeo externo, rama del laríngeo superior, que a este nivel se horizontaliza. Y en el transcurso de la disección a nivel de la cara lateral y posterior del lóbulo tiroideo, se identificaron ambas glándulas paratiroides separándolas, preservando su irrigación. El nervio recurrente se disecó y separó hasta su ingreso en la laringe, por debajo del cricotiroideo, para evitar su lesión.

El tiempo operatorio fue de 1 hora 30 minutos.

Resultados

El tiempo de internación postoperatorio fue de 48 horas.

La paciente evolucionó sin evidencias de secuelas, sin presentar signos de hipocalcemia, o de afectación recurrente. La macroscopía evidenció una formación nodular de límites netos, mostrando al corte tejidos heterogéneos con lobulaciones amarillentas y blanquecinas, áreas pigmentadas y otras de aspecto cartilaginoso, con tejido tiroideo adyacente.

Histológicamente se observaron múltiples estructuras glandulares de variado tamaño, revestidas por

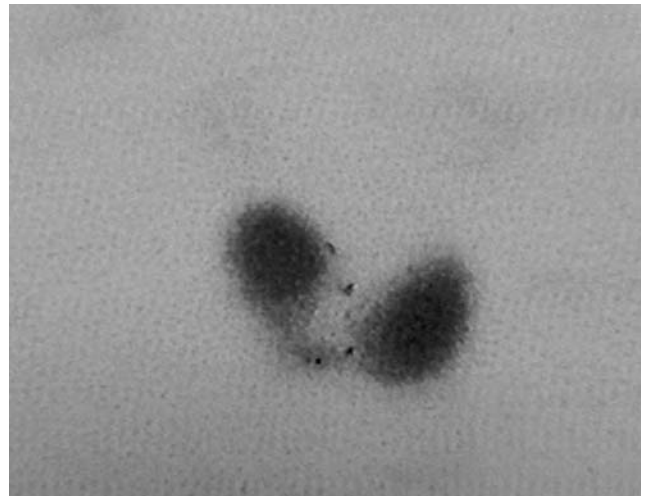


Fig. 1: Centellograma: nódulo frío basal derecho.

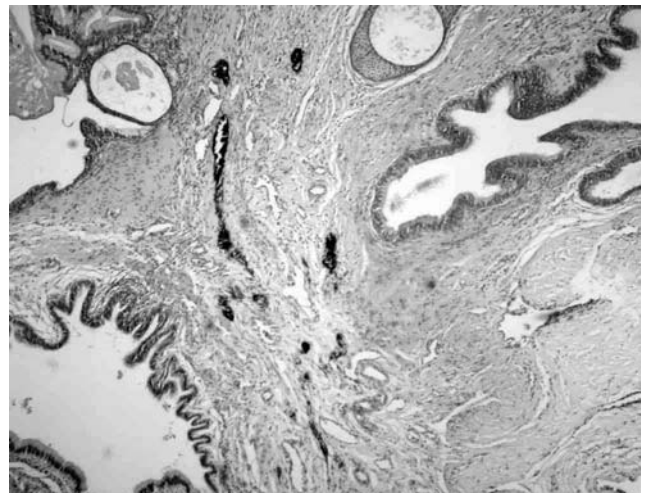


Fig. 2: Microscopía: obsérvese tejido epitelial cilíndrico ciliado, tejido intestinal con células caliciformes y pigmento melánico.

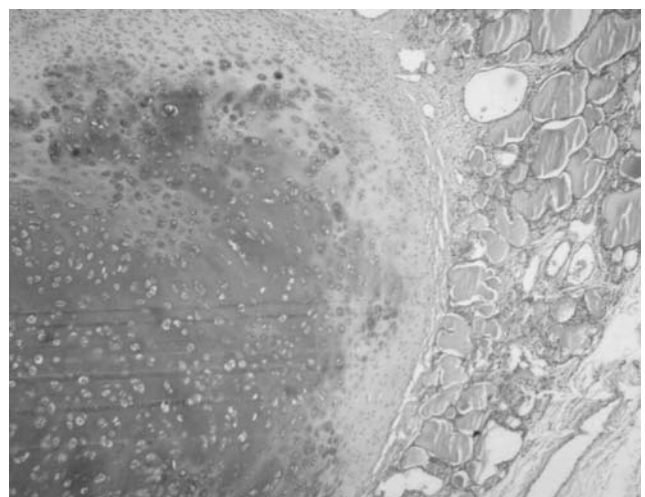


Fig. 3: Microscopía: obsérvese tejido glandular tiroideo normal adyacente al tejido cartilaginoso.

epitelio columnar o de tipo respiratorio, estroma con haces de músculo liso en la vecindad, placas de cartílago, tejido nervioso maduro, plexo coroideo y pigmento melánico. No se evidenciaron elementos inmaduros ni atípicos (Fig. 2 y 3).

La lesión se hallaba rodeada de parénquima tiroideo de aspecto conservado. El diagnóstico fue de teratoma maduro intratiroideo.

Actualmente en los controles ambulatorios de laboratorio y clínicos, se encuentra eutiroidea sin requerimientos de medicación, con adecuada cicatrización de la herida quirúrgica.

La hermana presentó también diagnóstico de útero bicorne y actualmente está siendo estudiada por una masa tiroidea de 1.5 x 2 cm.

Discusión

El término teratoma proviene de una descripción macroscópica realizada por Virchow, del griego teratos (monstruo) y onkoma (aumento de volumen).

La presencia de teratoma de tiroides en la infancia, aunque descripta, es realmente excepcional (menos de 100 casos de teratomas del cuello fueron descritos en la literatura). La frecuencia en cabeza y cuello ocurre en aproximadamente en 5% de todos los teratomas de la infancia³.

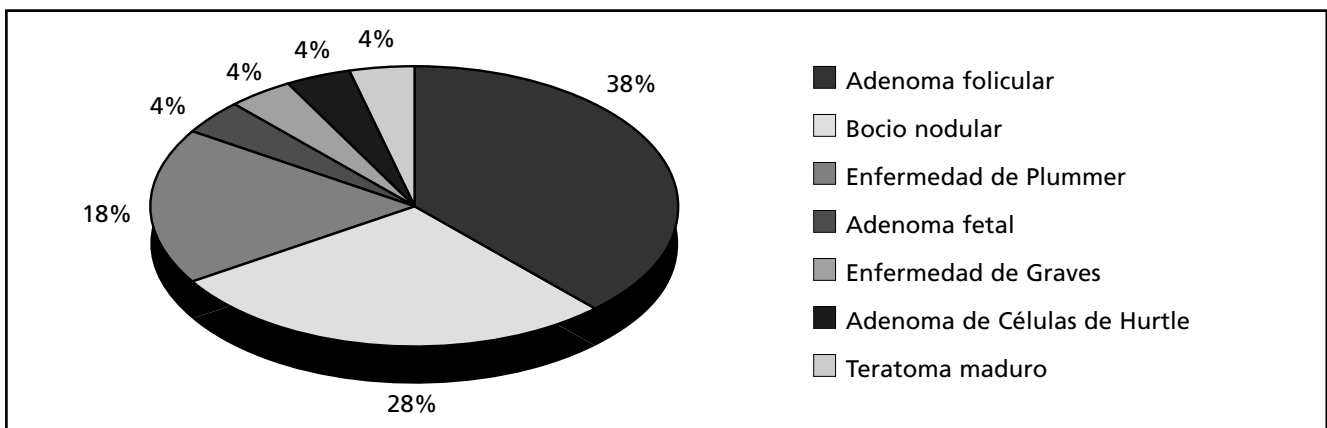
Durante el período comprendido entre enero de 1988 y agosto de 2002, se efectuaron 56 operaciones relacionadas con la patología tiroidea, de diversa etiología: 28 pacientes con patología benigna (50%) y 28 maligna (50%).

Describiendo el grupo de patología tiroidea benigna,

23 casos correspondieron al sexo femenino (82.1%) y 5 al masculino (17.9%). El rango de edad fue 6 a 19 años, con un promedio de 11.7 años. Las lesiones fueron: adenoma folicular en 39% (n:11), bocio multinodular 28.5% (n:8), enfermedad de Plummer 17.8% (n:5), y 1 caso de adenoma fetal, enfermedad de Graves, adenoma de células de Hurtle y teratoma maduro, representando cada uno un 3.5% del total de patología benigna (Cuadro N° 1). De 14 casos de tumores benignos, solo uno correspondió a teratoma maduro de tiroides (7.1%).

En un estudio clínico patológico de 30 casos de teratomas primarios de tiroides, relizado por Thomson, se incluyeron 15 pacientes femeninos y 15 masculinos, con una edad promedio de 12,4 años (rango días hasta 56 años). Observaron diversas variantes histopatológicas, 7 fueron tumores benignos (23.3%), 14 inmaduros (46.7%) y 9 de ellos (30%) malignos (todos los casos de este último grupo se presentaron sólo en la población adulta). Concluyeron que la evolución de estos tumores depende de la edad del paciente, el tamaño del tumor y el grado de madurez del tejido⁴.

Hay evidencia que el teratoma cervicofacial en neonatos es extremadamente raro. Según el trabajo presentado por Azizkhan y colaboradores, sobre un total de 20 casos a lo largo de 23 años muestran que este tipo de tumor reflejó una incidencia de 1 cada 20.000 a 40.000 nacidos vivos, representando el 5% de todos los teratomas neonatales, 12 de ellos fueron masculinos y 8 femeninos, el 80% fueron benignos⁵; concordando con nuestro trabajo acerca de la benignidad de estas lesiones en pediatría, hecho que también fue demostrado por Wakhlu⁷.



Cuadro 1: Patología Benigna de la Tiroides

Bibliografía

1. Ashcraft, Holder: Cirugía Pediátrica: 872-873, 1995.
2. Rosai J, Carcangiu M, DeLellis R: Tumors of the thyroid gland. In: Atlas of tumor Pathology. 3rd edition, 1992, pp 280-282.
3. Oldham K, Colombani P, Foglia R, et al: Surgery of Infants and Children: 853-854, 1996.
4. Thompson L, Rosai J, Heffels C, et al: Primary Thyroid Teratomas: A Clinicopathologic Study of 30 Cases. Cancer 39: 1149-1158, 2000.
5. Azizkhan R, Haase G, Applebaun H, et al: Diagnosis, Management, and Outcome of Cervicofacial Teratomas in Neonates: A Childrens Cancer Group Study. J Pediatr Surg 30: 312-316, 1995.
6. Wakhlu A, Wakhlu AK: Head and neck teratomas in children. Pediatr Surg Int 16:333-337, 2000.

Trabajo presentado en el 36° Congreso Argentino de Cirugía Pediátrica. Noviembre de 2002. Mar del Plata. Argentina.

Dr. Martín Rubio
Billinghurst 2487, 1° A
(1425) Buenos Aires
Argentina