

## Teratoma retroperitoneal en el niño

(Reporte de dos casos interesantes)

Por los Doctores:

LUIS FELIPE MENCIA\*

DAVID CAZANAS\*\*

PEDRO DIAZ JUAN\*\*

TRINIDAD VALDES\*\*\*

ANGEL MARTINEZ\*\*\*

ANTONIO GUERNICA\*\*\*\*

El teratoma retroperitoneal en el niño es raro y el teratoma retroperitoneal, presacro, es aún más raro. El motivo de este trabajo es el de aprovechar la oportunidad de haber tenido en nuestro Hospital, dos casos interesantes de esta afección, uno de ellos de localización presacra. Los dos casos estuvieron ingresados y fueron operados con dos meses de diferencia.

### NATURALEZA E HISTOGENESIS DE LOS TERATOMAS

a) La primera hipótesis vertida sobre el origen de los teratomas, predominó durante gran parte del siglo pasado. Está expresada con claridad y precisión por *Bland-Sutton*<sup>1</sup>: "Un teratoma es una masa conglomerada e irregular que contiene tejidos y fragmentos de vísceras, pertenecientes a un feto detenido en su desarrollo o frustrado, unidos a un individuo por lo demás normal". Sostiene la tesis del "fetus in fetus", el concepto del embrioma, hoy ya completamente desacreditado.

\* De los Servicios de Primera Infancia, Cirugía y Patología del Hospital Infantil "Angel A. Aballí".

\* Cirujano Jefe.

\*\* Jefe de Servicio.

\*\*\* Auxiliar de Servicio.

\*\*\*\* Patólogo Jefe.

b) Los estudios morfológicos, en su avance progresivo, dieron a esta rama de la investigación científica el lugar que indudablemente ocupó. Y así vemos como *Nicholson*, basado en criterios exclusivamente morfológicos, define al teratoma como: "Un feto sin forma humana; un cuerpo sin regiones; órganos sin sistemas, formas o proporciones; ausencia imposible de alguno, multiplicación antinatural de otros".

Aunque en esta definición se pone a un lado la fantasía y se atiende solo a la observación y a la descripción, no pasa de ser un criterio brillante, que no explica la esencia íntima del fenómeno.

c) Sería necesario la contribución moderna de la biología experimental y una personalidad científica como la de *Needham*, para arrojar mayor luz sobre este intrincado proceso. Este brillante investigador inglés, al definir los teratomas dice: "Lo que yace detrás de todo el extraño fenómeno que vemos en el teratoma, es el fracaso de la individualización, que en algún momento temprano del desarrollo no puede contrarrestar la acción de sustancias disociadoras".

Vemos aquí la conclusión afirmativa de un científico moderno, de un biólogo experimentado, que utiliza las concepciones y métodos actuales de investigación. En el teratoma ya constituido se echa de menos la presencia de una acción coordinadora del *todo* sobre sus partes. En lenguaje más científico: falta la acción dominante que preside la organización corporal.

#### P A T O L O G I A

El teratoma es una neoplasia o tumor congénito, compuesto por múltiples tejidos, ajenos a la parte del organismo donde aparece.

Los teratomas se pueden encontrar en muchas partes del cuerpo humano, aparecen por orden de frecuencia: en los ovarios, testículos, mediastino anterior, región retroperitoneal, región presacra, región sacrocóxigea, región pineal y otras localizaciones endocraneanas, cuello y vísceras abdominales. En los niños las localizaciones más frecuentes son en la región sacroxígea, en la región retroperitoneal y más raramente en la región presacra. Un hecho curioso es el que, salvo algunas excepciones los teratomas tienen lugar en los tejidos, que en su desarrollo ocupan posiciones preaxiales, medianas o muy cerca de la línea media<sup>2</sup>.

#### TERATOMA RETROPERITONEAL

Casi todos los teratomas son tridérmicos<sup>8</sup>, es decir, que tienen en su constitución tejidos del ectodermo, del mesodermo y del endodermo.

Los teratomas pueden ser: benignos o malignos, de acuerdo con su estructura o su comportamiento. Pueden ser también: sólidos o quísticos, aunque la mayor parte de ellos están formados por una mezcla de ambos tejidos, sólidos y quísticos.

En cuanto a la malignidad de los teratomas retroperitoneales, Palumbo y colaboradores<sup>5</sup> encontraron que de los casos revisados por ellos, solamente el 10% eran malignos.

Willis<sup>1</sup> en su libro sobre la patología de tumores, atendiendo al grado de malignidad, los divide en: 1) Completamente benignos; 2) Implantación peritoneal de ciertos teratomas ováricos; 3) Malignidad de uno de sus componentes, en un teratoma quístico benigno; 4) Malignidad total de todos sus componentes tisulares, en grado variable.

Según Arnheim<sup>7</sup> se encuentran con más frecuencia estos tumores en la niña que en el varón.

#### F R E C U E N C I A

En un estudio hecho por Donnelly<sup>4</sup> en 1946, donde reportan 95 casos de tumores retroperitoneales primitivos, solamente tuvieron dos casos de teratoma retroperitoneal.

En una revisión del tema que hacen Palumbo y colaboradores<sup>5</sup>, en 1949, encuentran que el 11% de los tumores retroperitoneales primitivos son teratomas. Estos tumores se encuentran más frecuentemente en el niño. En dicha revisión hecha por Palumbo y colaboradores, encontraron que el 30% de los pacientes estaban dentro del primer año de edad. El 55% en los primeros diez años de edad, el 10% en la segunda década, el 25% en la tercera década y solamente el 10% tenía más de 30 años de edad.

En 1951 Arnheim<sup>7</sup> hace una revisión de los teratomas retroperitoneales en el niño y encuentra que solamente había 44 casos, reportados en la literatura médica. En su estudio encuentra que en el 52.2% de los casos, la edad de los pacientes variaba de semanas a un año de edad.

Gross<sup>8</sup> en su libro de Cirugía Infantil, reporta solamente 11 casos de quistes o teratomas retroperitoneales, material que él encontró en el Hospital de Boston, desde el año 1929 hasta 1953.

Como se puede apreciar, el teratoma retroperitoneal en el niño, es un tumor relativamente raro.

#### S I N T O M A S

Como acabamos de ver los teratomas retroperitoneales se encuentran corrientemente en los niños de corta edad. Se ven sobre todo en los primeros meses de nacidos.

El síntoma más importante es la tumoración abdominal, casi siempre asintomática, silente, en su comienzo. Solamente cuando el tumor adquiere un tamaño considerable, es que empieza a dar síntomas. A veces, y en los niños mayores, se encuentra dolor abdominal o en región lumbar.

A la palpación del abdomen, se encuentra una tumoración de tamaño variable, que en algunas ocasiones distiende o deforma el pequeño abdomen del niño.

Otros síntomas que se pueden encontrar son: fiebre, vómito, pérdida de peso, anorexia y constipación. También pueden dar distorsión, desplazamiento o compresión del riñón, uréter o vejiga. Signos y síntomas que se producen por la compresión o desplazamiento de los órganos, vecinos al tumor retroperitoneal.

#### D I A G N O S T I C O

El diagnóstico de un tumor retroperitoneal se hace por la historia clínica, el examen físico y las placas radiográficas.

Las placas radiográficas necesarias son: placa simple de abdomen, en doble vista; placas de tractus digestivo (colon por enema y bario por ingestión); pielografía descendente y/o pielografía ascendente.

a) En la placa simple de abdomen se observa una sombra, generalmente hacia un lado del abdomen, pero a veces tiene una posición más bien central, que rechaza o desplaza las asas intestinales. En muchas ocasiones se ven algunas calcificaciones irregulares, huesos o dientes, dentro de la sombra o masa tumoral. Estos hallazgos son muy sugestivos de teratoma retroperitoneal.

#### TERATOMA RETROPERITONEAL

b) En las placas de tractus digestivo, colon por enema y si necesario examen radiográfico con bario por ingestión, podemos ver un gran desplazamiento o distorsión del colon, intestino delgado o estómago.

e) En la pielografía descendente o ascendente, se puede ver a veces el riñón desplazado, en el lado de la tumoración. En ocasiones puede haber también ligera hidronefrosis, por compresión o bloqueo uretral. Sin embargo, en el teratoma retroperitoneal no se ven las grandes distorsiones de la pelvis renal y cálices que se ven en los tumores de Wilms.

Otros estudios radiográficos que se pueden hacer son: el retro-neumoperitoneo, la insuflación de aire perirrenal, la aortografía abdominal y la venografía abdominal. No creemos que éstos sean necesarios.

El diagnóstico diferencial de un teratoma retroperitoneal hay que hacerlo principalmente con el tumor de Wilms o embrioma renal y con el neuroblastoma simpático. También se puede pensar en la posibilidad de un tumor adrenocortical o de un linfoma abdominal, muy raro.

Por orden de frecuencia, ocupan el primer lugar los tumores retroperitoneales es el tumor de Wilms, después el neuroblastoma simpático y en tercer lugar y mucho menos frecuente que los dos anteriores, el teratoma retroperitoneal.

El tumor de Wilms o embrioma renal y el neuroblastoma simpático se encuentran más bien hacia el final del primer año o más allá del primer año; siendo su mayor frecuencia entre los dos y los cuatro años.

En el neuroblastoma simpático los bordes o límites del tumor están muy mal definidos, cosa que no sucede con los teratomas retroperitoneales.

En la placa simple de abdomen, la presencia de calcificaciones hacen sospechar la posibilidad de un teratoma retroperitoneal. Aunque es posible ver calcificaciones, ocasionalmente, en los neuroblastomas; casi nunca en los tumores de Wilms. La presencia de un diente o un hueso, en la sombra tumoral, hará el diagnóstico positivo de teratoma retroperitoneal.

Si se encuentran metástasis en otras partes del cuerpo, las lesiones destructivas múltiples en cráneo o en huesos largos son caracte-

terísticas del neuroblastoma simpático. Las metástasis al pulmón son más sugestivas de tumor de Wilms<sup>8</sup>.

Frente a la sospecha de un teratoma retroperitoneal maligno, en la primera infancia, debe eliminarse la posibilidad frecuente de una metástasis en esa localización, procedente de un teratoma maligno testicular. No debe aceptarse pues, como primitiva, ninguna neoforación teratomatosa retroperitoneal maligna, sin antes examinar cuidadosamente los testículos.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento de los teratomas retroperitoneales es quirúrgico. La resección completa del tumor, aún cuando parezca ser muy grande, es la conducta correcta a seguir. Nosotros empleamos en nuestros dos casos una laparotomía paramedia, amplia y abordamos el tumor por vía transperitoneal. Es de extrema importancia el tener un buen campo operatorio.

En uno de nuestros casos tuvimos que usar además de la vía abdominal, una vía perineal, por ser el tumor muy bajo, presacro.

Veamos nuestros dos casos.

CASO No. 1.—M. N. R., de tres meses de edad, raza mestiza, sexo femenino, que ingresó en el Hospital Nacional Infantil "Angel A. Aballí" en Noviembre 27 de 1959.

Su motivo de ingreso fue: que la niña no orinaba hacía días y moderada distensión abdominal.

En la historia de la enfermedad actual, nos refirió la madre que desde hacía como un mes la niña venía teniendo dificultades al defecar, siendo necesario ponerle enemas o supositorios. Nos refirió también que desde hacía cuatro días la niña no orinaba. Ultimamente se le había hinchado un poco el vientre. No vómitos. No fiebre.

Los antecedentes patológicos personales y familiares fueron sin importancia. Nació de embarazo y parto normal, pesando 7 lbs.

El examen físico en el Cuerpo de guardia mostró una niña eutrófica, llorosa, intranquila, no febril. Abdomen: moderadamente distendido, suave, depresible, no doloroso; se palpaba en hipogastrio una tumoración de límites mal definidos, difusos, no dura, no dolorosa (aunque la niña estaba llorosa), más bien hacía lado izquierdo. El resto del examen físico fue esencialmente negativo.

Los exámenes complementarios que se hicieron estaban dentro de límites normales.

#### TERATOMA RETROPERITONEAL.

El día de su ingreso se hizo una placa simple de abdomen (ver fig. 1), donde se veían algunas asas intestinales moderadamente distendidas. Se le hizo también un estudio radiológico de colon por enema (ver figs. 2 y 3) comprobándose un rechazamiento del recto hacia adelante y un poco hacia la izquierda.

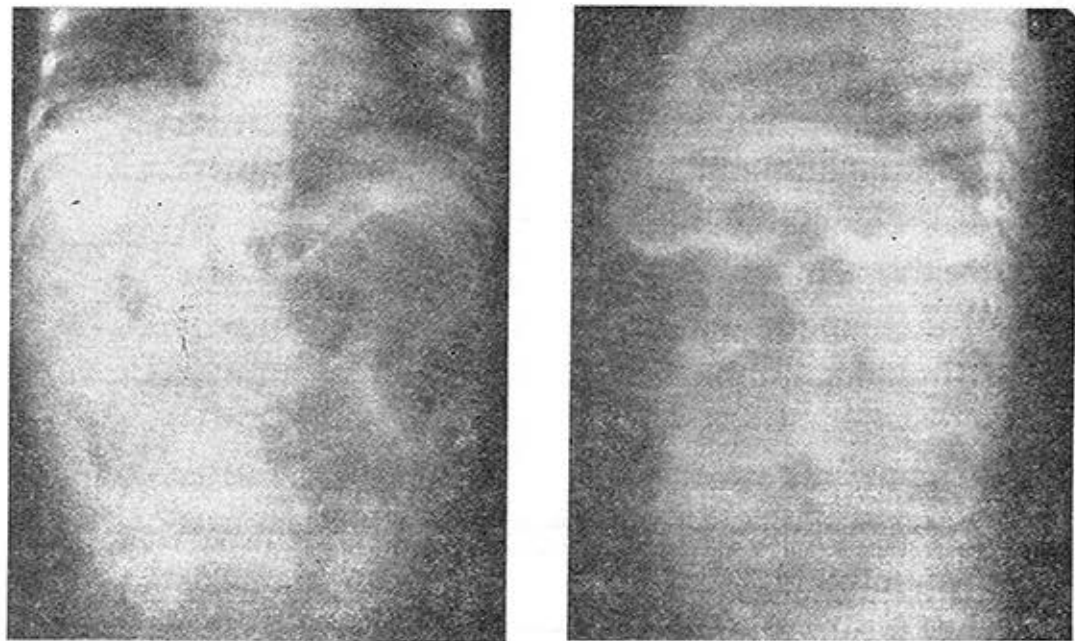
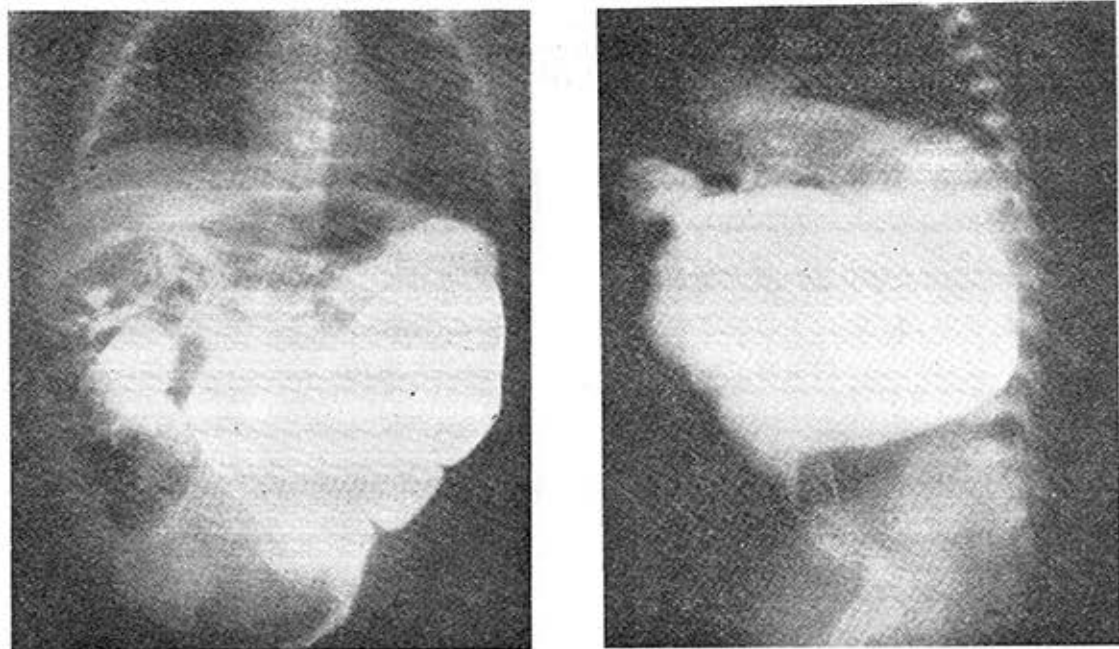


FIG. 1 (Caso N° 1), M. N. R.—Placas de abdomen en posición A-P y lateral, donde se ven algunas asas intestinales distendidas. Obsérvese pequeña imagen radio-opaca, por delante del sacro.

El mismo día de su ingreso se le pasó una sonda uretral a la vejiga y se obtuvieron unos 400 c.c. de orina, hiperconcentrada; después del cateterismo cesó el llanto y la intranquilidad. Durante su estancia en la sala, la niña no defecó y no orinó durante 48 horas. Se cateterizó de nuevo, eliminando unos 400 c.c. de orina, menos concentrada, se le dejó una sonda uretral permanentemente. Se le indicó un enema evacuante amplio, que le correspondió con dificultad, necesitando de masaje en la pared abdominal y sonda rectal. Al tercer día de ingresada fue vista por el Servicio de Cirugía, comprobándose la tumoración en hipogastrio, ovoídea, de límites mal definidos, más bien hacia fosa ilíaca izquierda, de consistencia firme. Se le hizo un



Figs. 2 y 3 (Caso N° 1), M. N. R.—Placas de colon por enema, en posición A-P y lateral, comprobándose un rechazamiento del recto hacia la izquierda y hacia delante.

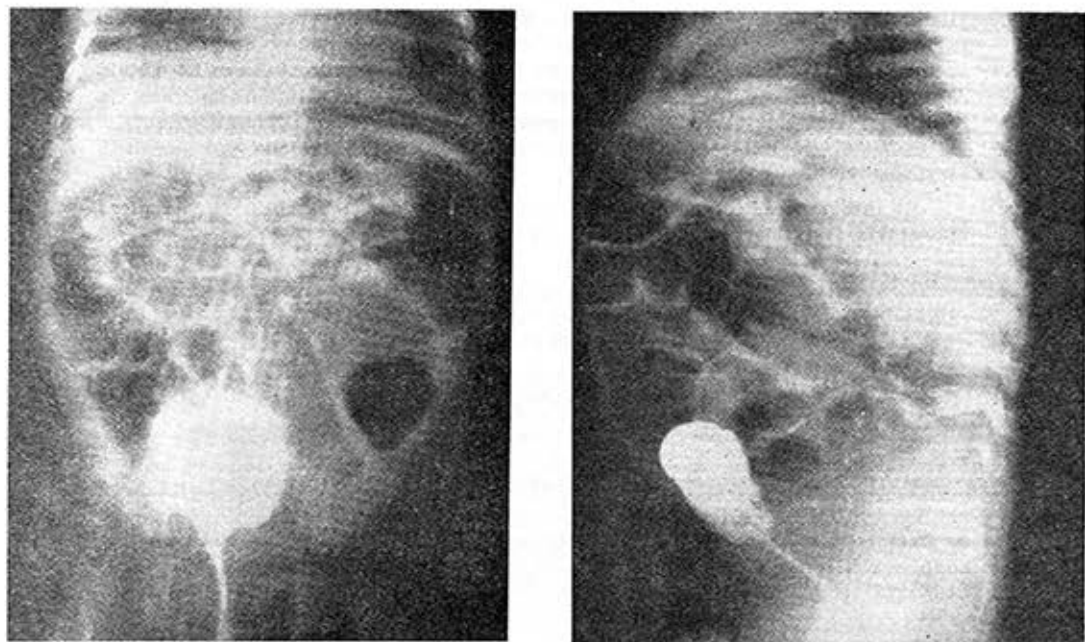
tacto rectal, encontrándose una tumoración quística, presacra, que se extendía por abajo como a un cm. del ano y por arriba no se podía llegar a su límite superior con el dedo; en la parte superior la tumoración era algo más dura. Se sugirió hacerle una cistografía (ver figs. 4 y 5), donde se comprobó que la vejiga estaba ligeramente rechazada hacia adelante. En la Sala se le retiró la sonda uretral y la niña no orinó durante 24 horas. Se volvió a cateterizar, obteniéndose de nuevo unos 300 c.c. de orina.

En estas condiciones, se plantearon los siguientes diagnósticos: que la niña tenía una tumoración retrorectal o presacra y se pensó que la niña podía tener una espina bífida con meningocele anterior, esto se descartó porque en la placa simple de columna, no se vio espina bífida alguna; en segundo lugar una duplicación digestiva, de recto; un teratoma retroperitoneal, presacro o un neuroblastoma simpático.

Se decidió que la niña debía ser intervenida quirúrgicamente y el 3 de Diciembre de 1959 se operó. Se le hizo una laparotomía paramedia derecha, supra e infraumbilical. Se encontró una gran tumoración que medía unos 8x4x4 cms., retroperitoneal, de consistencia quística, por delante del



#### TERATOMA RETROPERITONEAL



Figs. 4 y 5 (Caso N° 1), M. N. R.—Cistografía, en posición A-P y lateral, donde se ve la vejiga rechazada hacia delante.

sacro y coxis. La tumoración era polilobulada. Se puncionó y salió un líquido claro, incoloro. Se disecó todo lo más que se pudo por la vía abdominal y se cerró la herida por planos. Se colocó la niña en posición y se hizo una incisión en periné posterior, en el surco interglúteo. Se reseccó parte del coxis y con alguna dificultad se pudo terminar la disección y resección de la tumoración quística. Se extirpó la tumoración en su totalidad. Se cerró la herida perineal por planos. En el interior de la tumoración quística se palpó algo duro, como hueso, de un centímetro de diámetro.

Una vez que la niña salió del Salón de operaciones se le pasó una sonda de Levine para aspiración gástrica. En las primeras setenta y dos horas la niña evolucionó favorablemente, teniendo el abdomen ligeramente distendido y silente. Temperatura: de 37 a 37.5°C. Al cuarto día se le retiró la sonda gástrica y se le empezó a dar líquidos por la boca. La niña empezó a vomitar todo lo que ingería. Se llegó a la conclusión de que la niña tenía un íleo paralítico. Este se trató con Prostigmina y Mesuroil (parasimpático-mimético o colinérgico poderoso). La niña movió el vientre, aunque poca cosa. Al sexto y al octavo día se le quitaron los puntos de ambas heridas.

abdominal y perineal. La niña seguía sin tolerar nada por vía oral. En Diciembre 12 de 1959 hubo necesidad de llevarla de nuevo al Salón de Operaciones, por dehiscencia de las dos heridas, en abdomen y en periné. Se suturaron ambas heridas con puntos sueltos de Surgaloy. La niña siguió con su postoperatorio muy tormentoso, no pudiendo alimentarse por vía oral, solamente por venoclisis. Finalmente falleció el 22 de Diciembre de 1959. La causa de su muerte fue una superinfección, no controlada por los antibióticos.

El informe anatómico-patológico (por la Dra. Clara Trujillo) de la pieza operatoria fue: Teratoma benigno. (Ver fig. 6).

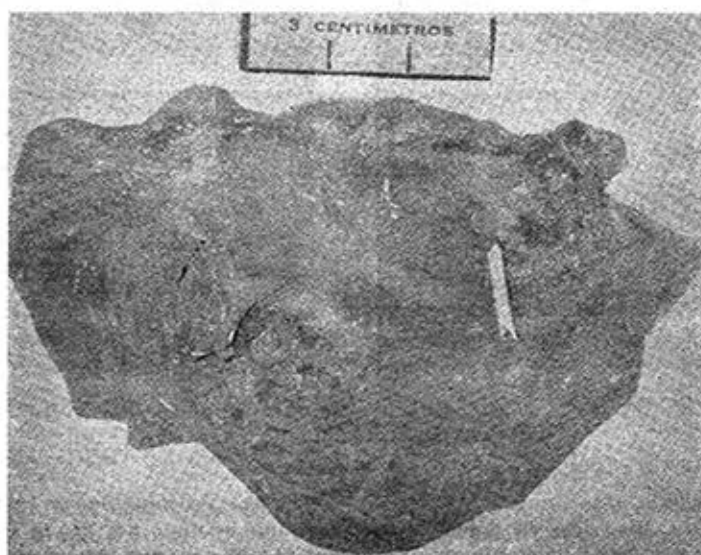


FIG. 6 (Caso N° 1). M. N. R.—Pieza operatoria, abierta. Marcado con una flecha hay un tejido óseo.

*Comentario.*—Lo interesante de este caso es la localización del teratoma retroperitoneal, presacro. Dicha tumoración comprimía el recto y dificultaba la defecación de la niña y además rechazaba hacia adelante la vejiga y comprimía la uretra, impidiendo que la niña pudiera orinar espontáneamente. En el acto quirúrgico no fue posible extirpar toda la tumoración quística por vía abdominal y fue necesario utilizar también la vía perineal, para poder reseccarla en su totalidad.

Caso No. 2.—L. M. A., de 46 días de nacido, raza blanca, sexo masculino, que ingresó en el Hospital Nacional Infantil "Ángel A. Aballí", en Febrero 1° de 1960.

#### TERATOMA RETROPERITONEAL.

Su motivo de ingreso fue: posible estenosis del sigmoides. En la historia de su enfermedad, nos refirió el padre que desde que el niño tenía 15 días de nacido, empezó a tener vómitos postprandiales y le empezaron a notar una pequeña tumoración en el flanco izquierdo del abdomen. La tumoración fue aumentando progresivamente de tamaño con el tiempo. Nos refirió también la abuela que el niño nunca había defecado espontáneamente, siendo necesario ponerle enemas y supositorios. Las deposiciones eran duras, escibalos, y en el momento de defecar se le notaba la tumoración en el abdomen. Pocos días antes de su ingreso fue visto por un médico particular, que le hizo unas placas radiográficas y lo remitió a nuestro Hospital, con el diagnóstico de una posible estenosis del sigmoide.

En los antecedentes patológicos personales, encontramos que el niño fue un prematuro de 7 meses y que pesó cinco libras al nacer. Padeció de vómitos frecuentes desde los 15 días de nacido.

En los antecedentes patológicos familiares, la madre padecía de asma. Fue su primer embarazo y primer hijo.

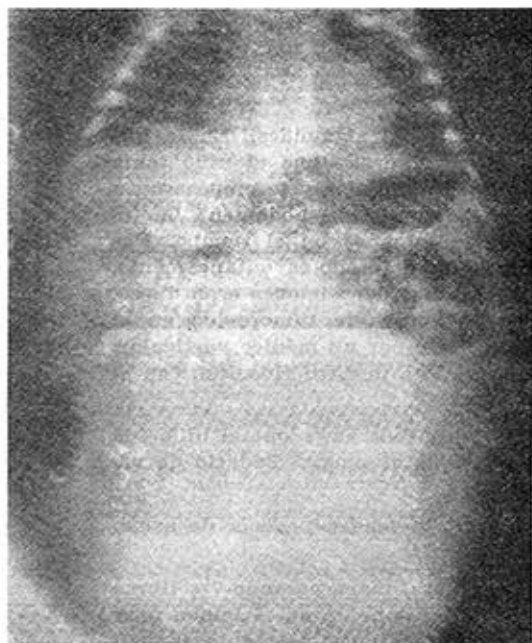
Al examen físico el niño tenía un estado general malo, pesando  $7\frac{1}{2}$  libras (46 días de nacido), llamando inmediatamente la atención un abdomen muy distendido, con circulación colateral supra e infradiaphragmática; a la palpación daba la sensación de tener líquido intra-abdominal; a la percusión había matidez en los  $\frac{2}{3}$  inferiores del abdomen, sólo había sonoridad en la parte superior del abdomen. A la palpación profunda del abdomen, daba la impresión de existir un tumor central, bajo, en la región del hipogastrio. Existía un edema marcado en miembro inferior derecho. El resto del examen físico era negativo.

Al niño se le hizo una placa simple de abdomen (ver figs. 7 y 8) el día de su ingreso, encontrándose las asas intestinales rechazadas hacia arriba y hacia los lados y una densidad redondeada, que ocupaba la mitad inferior del abdomen en su casi totalidad; dentro de dicha densidad y hacia el lado derecho, se observó una pequeña calcificación. Ese mismo día se le hizo una punción abdominal, en hipogastrio, extrayéndose 160 c.c. de líquido de aspecto serofibrinoso, que se mandó a analizar. El líquido era Rivalta negativo, tenía algunos hematíes y escasas células endoteliales.

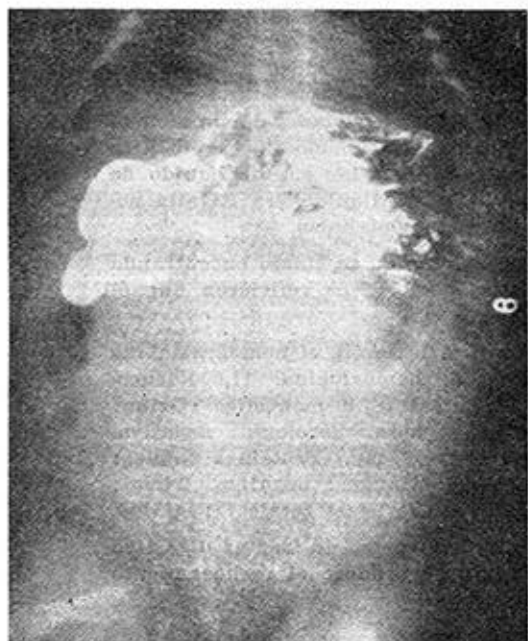
En la palpación, después de la punción abdominal, se siguió encontrando la tumoración redondeada, central, en hipogastrio. Nos refirieron que el niño orinaba espontáneamente.

En los exámenes complementarios que se le hicieron, el hemograma fue el siguiente: 2.900,000 hematíes, con 7 Gms. de hemoglobina. 11,000 leucocitos, 69 polisegmentados, 1 eosinófilo, 27 linfocitos, 3 monocitos. Orina: normal. Eritrosedimentación: 35 mm. a la 1ª hora. Serología: negativa. Glicemia: 76 mg. Urea: 30 mg. Colesterol: 150 mg. Proteínas totales: 6.20 gm. Serina: 4.70 gm. Globulina: 1.50 gm. Hanger: negativo. Timol: 3.5 unidades. Reserva alcalina: 50 vol. Examen de heces fecales: negativo.

Al día siguiente de su ingreso, se le hizo un examen de tractus digestivo con bario por ingestión (ver figs. 9 y 10) observándose el rechazamiento



FIGS. 7 y 8 (Caso N° 2), L. M. A.—Placas simple de abdomen, en posición A-P y lateral. Se observan las asas intestinales rechazadas hacia arriba; densidad redondeada que ocupa la mitad inferior de abdomen; dentro de dicha densidad y hacia la derecha, se observa pequeña calcificación.



FIGS. 9 y 10 (Caso N° 2), L. M. A.—Placas de tractus intestinal con bario por ingestión. Posición A-P y lateral. Rechazamiento de asas intestinales hacia arriba; sombra redondeada, densa, en hipogastrio; pequeña calcificación en lado derecho de abdomen.

#### TERATOMA RETROPERITONEAL

de las asas intestinales hacia arriba y la sombra redondeada, densa, en hipogastrio, así como una pequeña calcificación en el lado derecho del abdomen.

A las 48 horas de ingresado, como el niño orinaba muy poco, se le pasó una sonda uretral eliminando 75 c.c. de orina. Se le hizo una segunda punción abdominal y se extrajeron unos 10 c.c. de un líquido, que tenía un aspecto muy semejante al obtenido en la primera punción. Se mandó a analizar y el informe del Laboratorio fue igual al anterior.

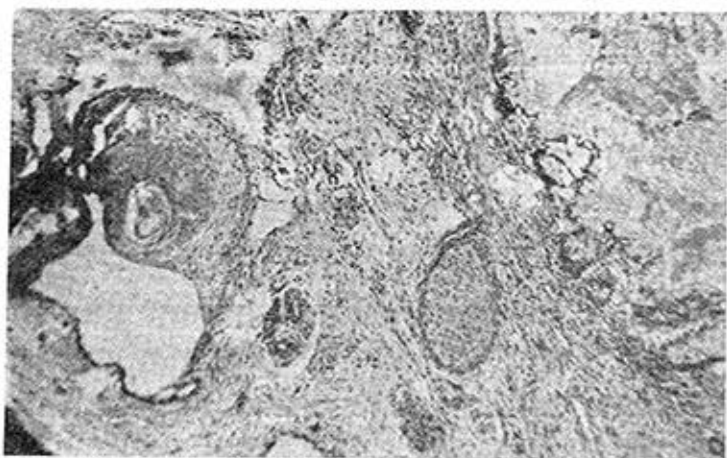


FIG. 11 (Caso N° 2), L. M. A.—Corte histológico de la pieza. Imagen a pequeño aumento, donde se ven tejidos representativos del ectodermo, mesodermo y endodermo.

En estas condiciones se plantearon, como diagnóstico provisional, un tumor de Wilms (embrioma del riñón), o un neuroblastoma simpático, ya que estos dos, son los tumores abdominales más frecuentes en la infancia. Se pensó también en un hipernefroma (carcinoma de célula renal) raro en el niño y por último en un teratoma retroperitoneal.

Dado el mal estado general del niño, no se hicieron más exploraciones complementarias y se decidió hacer la intervención quirúrgica. En febrero 3 de 1960, el niño fue operado por el Dr. Jacobo Albo Maya y se le hizo una laparotomía paramedia derecha, supra e infraumbilical. Se encontró una tumoración de consistencia quística, que ocupaba casi todo el abdomen; en la disección de dicha tumoración, ésta se lesionó y salió un líquido amarillento, que resultó ser orina. Se suturó pues la lesión en la vejiga, después de vaciarla. Detrás de la tumoración vesical se encontró una tumoración, retroperitoneal, redondeada, de consistencia blanda, de unos 15 cms. de diá-

metro, que comprimía la aorta, la vena cava inferior y la vena porta. Con dificultad se pudo disecar dicha tumoración y extirpar completamente. Se peritonizó todo lo mejor posible la región y se cerró la herida por planos. Se dejó una sonda uretral permanente. El niño toleró la operación bastante bien. Tuvo un postoperatorio muy tormentoso. La noche de la operación tuvo vómitos biliosos. A las 24 horas eliminaba orina normalmente por la sonda, sin embargo el vientre estaba algo distendido, duro y silente. A partir de entonces el niño se fue agravando, orinando muy poco por la sonda uretral, de 50 a 75 c.c. cada 24 horas, defecó poca cantidad, pastosa y amarilla. El vientre siguió distendido, falleciendo a la semana de su operación, en Febrero 10 de 1960.

El reporte anatomopatológico de la lesión fue: teratoma benigno (ver figs. 11 y 12).

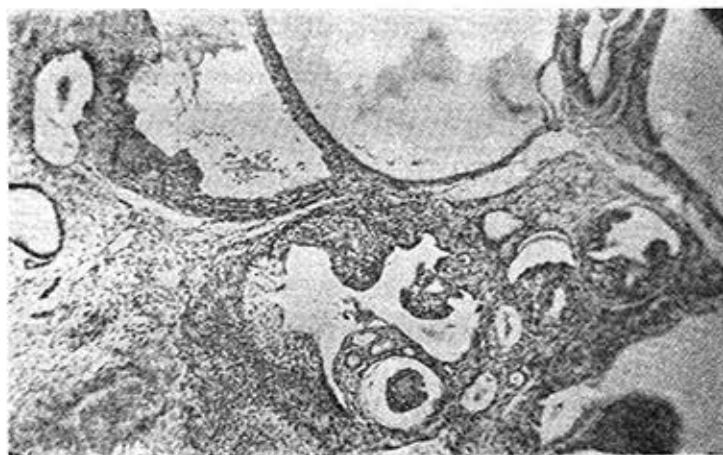


FIG. 12 (Caso N° 2), L. M. A.—Corte histológico de la pieza, a pequeño aumento. Obsérvanse zonas quísticas, alternando con partes sólidas.

*Comentarios.*—Lo interesante de este caso es como el niño fue ingresado por una posible estenosis del sigmoide, siendo sus síntomas principales, vómitos, tumoración abdominal y constipación. En el examen físico, casi seguro que la tumoración que se palpaba en el hipogastrio era una vejiga enormemente distendida y en la punción abdominal, que se hizo en dos ocasiones lo que se obtuvo fue orina. En el acto quirúrgico se abrió la vejiga y después de vaciada ésta, se comprobó que detrás de ella existía un teratoma retroperitoneal. Posiblemente la constipación del niño se debió a la compresión por delante, de una vejiga distendida y por detrás, el teratoma retroperitoneal.

#### TERATOMA RETROPERITONEAL

En la autopsia que se le hizo al niño cuando falleció, el tamaño de la vejiga ya estaba normal, pequeña, y no fue posible encontrar la sutura que en ella se hizo.

#### R E S U M E N

Se hace una revisión del tema "Teratoma retroperitoneal en el niño", estudiando su naturaleza e histogenesis, patología, frecuencia, síntomas, diagnóstico y tratamiento.

Se presentan dos casos interesantes, estudiados en el Hospital Nacional Infantil "Angel A. Aballí". Uno de ellos de localización presacra, dando como síntomas principales, el no poder orinar y dificultad para defecar. El otro tuvo como síntomas principales, vómitos y dificultad en la defecación, encontrándose también una gran distensión de vejiga.

Ambos casos fueron tratados quirúrgicamente, reseccándose completamente la tumoración quística retroperitoneal. El reporte anatómo-patológico de los dos casos fue: Teratoma benigno.

#### S U M M A R Y

We revised the subject "Retroperitoneal teratoma in children studying its nature and histogenesis, pathology, frequency, symptoms, diagnosis and treatment.

We present two interesting cases, that were studied at the National Children's Hospital "Angel A. Aballí". One of them was located in the pre-sacrum and gave as main symptoms, difficulty to urinate and to defecation. The other one had as main symptoms, vomitus and difficulty to defecation, having also a great distention of the bladder.

Both cases were treated surgically, completely removing the retroperitoneal cystic tumor. The pathologic report in both cases was: benign teratoma.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—*Willis, R. A.*—"Pathology of tumors". Butterworth and Co., Ltd., London, pags. 949, 952, 975. 1948.
- 2.—*Willis, R. A.*—"Teratomas". Atlas of tumor pathology. Section III. Fascicle 9. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D. C. 1951.
- 3.—*Hansmann, G. H. and Budd, J. W.*—"Massive unattached retroperitoneal tumors". J.A.M.A. 98:6, 1932.
- 4.—*Donnelly, B. A.*—"Primary Retroperitoneal Tumors". S. G. O., 83:705, 1946.
- 5.—*Palumbo, L. T.; Cross, K. R.; Smith, A. N. and Baronas, A. A.*—"Primary teratomas of the lateral retroperitoneal spaces". Surgery, 26:149, 1949.
- 6.—*Cohen, H. J.; Marcus, M. and Sherwin, B.*—"Retroperitoneal teratoma in infancy". Am. J. Dis. Child., 80:75, 1950.
- 7.—*Arnheim, E. E.*—"Retroperitoneal teratomas in infancy and childhood". Pediatrics, 8:309, 1951.
- 8.—*Gross, R. E.*—"The surgery of infancy and childhood". W. B. Saunders Company, Phila. Chapter 47, pag. 626, 1953.
- 9.—*Pack, G. T. and Ariel, I. M.*—"Tumors of the Soft Somatic Tissues". Hoeber-Harper book, N. Y., pag. 729, 1958.
- 10.—*Willis, R. A.*—"The borderland of Embryology and Pathology". Butterworth and Co., Ltd., London, pag. 430, 1958.