

Carta al editor

Cúcuta, 10 de agosto de 2014.

Doctor

Luis Fernando Gómez U.

Director IATREIA.

iatreia@medicina.udea.edu.co

Apreciado colega:

Con mucho interés leí la revisión del teratoma retroperitoneal en niños, suscrito por el equipo liderado por el connotado patólogo y dilecto amigo, el doctor Carlos Cortés, en IATREIA 2014, 27(2):189-197. Felicito a los autores pues no es costumbre entre nosotros informar estas curiosidades clínico-patológicas, que ilustran la universalidad de las lesiones y estimulan la mente. En honor a la verdad, al interés que el asunto suscita y a la difusión de su prestigiosa revista que llega a estudiantes de medicina de diversos niveles, permítame hacer un par de anotaciones:

1) Los autores citan "*la clasificación de Azizkhan que aunque no es la única, fue la utilizada en el presente estudio.*" clasificación que alude a la presencia del tejido inmaduro que define la neoplasia descrita. Ocurre que, como anotan Neyssa M. Marina y col. citados en la referencia # 50, las características microscópicas de esta lesión fueron descritas por un célebre patólogo del Massachusetts General Hospital, el doctor Robert E. Scully, (1921-2012) reconocido internacionalmente como "el arquitecto de la clasificación moderna de los tumores ováricos", coautor de la clasificación de la OMS y del AFIP, referencia obligada cuando de estas neoplasias se trata; luego fueron modificadas y convertidas en criterios por Henry Norris, M.D. y col. (1). Más importante aún es aclarar que la aseveración "*se tiene en cuenta la presencia de tejidos inmaduros por campo de menor aumento(x100)*" debe ser un error de redacción o de edición, pues es a menor aumento, X40, como se cuentan los campos microscópicos con tejido inmaduro para establecer la gradación del teratoma. Observando en las microfotografías (figuras 3 y 4) los numerosos elementos neuropiteliales, a los cuales no les hace justicia el pie de foto pues son estructuras ectodérmicas, muy osadamente por supuesto, le subiría un grado. Señalo que Richard Azizkhan M.D. es un distinguido cirujano pediatra que trabaja en el Cincinnati Children's Hospital, autor de varias publicaciones sobre oncología quirúrgica, pero no es reconocida autoridad en cuanto a la clasificación histológica de los tumores de células germinales.

2) "*Se tomó una muestra para cuantificar el nivel de alfa-fetoproteína que fue de 33.062 UI/mL.*" Esta cifra en sangre es sumamente elevada y se relaciona, como lo anotan los autores, con el pronóstico. Suponiendo un estado I y aunque la AFP cayó dramáticamente, el marcador es detectado ocho meses después de la cirugía, lo cual es anormal, salvo valores de referencia del laboratorio, que no se mencionan. Dicen los autores que "*son útiles los marcadores tumorales como la alfa-fetoproteína y las gonadotropinas*", pero no informan los niveles de la β -hCG,

clásico marcador del trofoblasto, útil en el diagnóstico y pronóstico de los tumores de células germinales. Rodríguez y Godoy (2) tocan este aspecto, que a continuación tabulo con alguna modificación.

TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES NO SEMINOMATOSOS METASTÁSICOS

Riesgo	Bajo	Medio	Alto
Sobrevivientes (5 años) %	91	79	48
Alfa-fetoproteína (UI/L)	≤ 1.000	1.000 - 10.000	≥10.000
HCG (UI/L)	≤ 5.000	5.000 - 50.000	≥50.000
LDH	≤ 1,5 veces lo normal	1,5-10 veces lo normal	≥10 veces lo normal
Primario	Testicular Retroperitoneal	Testicular Retroperitoneal	Mediastinal
Metástasis viscerales no pulmonares.	Ausentes	Ausentes	

Sin otro particular, agradezco la atención que preste a esta.

Dr. Jorge Mogollón Torres

Patólogo jubilado.

1. Norris HJ. Zirkin HJ et. al. Immature (malignant) teratoma of the ovary. A clinical and pathologic study of 58 cases. Cancer 1976; 37: 2359-2372.
2. Rodríguez Y. Godoy J. Tumor de células germinales. Rev. Fac. Med. 2008; 16(2): 200-214.