

SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES: UNA FORMA DE MALTRATO INFANTIL

Daniel Gómez-Sánchez (1), Víctor Mateu-Beitia (1) Sandra Llinares-Ramal (2),
Jose Miguel Sequi-Canet (3) Nelson Orta-Sibú (4).

Recepción: 11/01/2022
Aceptación: 25/02/2022

RESUMEN

El síndrome de Münchausen por poderes constituye una particular forma de maltrato infantil cuya gravedad radica en su potencialmente elevada morbi-mortalidad, en gran parte debida a su difícil diagnóstico y manejo. Se reporta la experiencia de dos casos de este síndrome de características extraordinariamente similares, y con cuadros clínicos extremos dada la diversidad de manifestaciones narradas, el número de diagnósticos, la gran cantidad de consultas y el elevado número de ingresos; todo ello denota la dificultad en el diagnóstico y manejo de esta patología, cuyo retraso implica un gran peligro para el niño a nivel psicológico, físico y social. En ambos casos el agente causal es la madre, con un nivel socioeconómico bajo e importante disfunción familiar.

Palabras Clave: Münchausen, Trastorno facticio impuesto en otro, Maltrato infantil, Síndrome de Münchausen por poderes.

MÜNCHAUSEN SYNDROME BY PROXY: A FORM OF CHILD ABUSE.

SUMMARY

Münchausen syndrome by proxy is a particular form of child abuse whose severity lies in its high morbidity and mortality, due to its difficult diagnosis and management. We provide the experience of two suggestive cases of this syndrome with extraordinarily similar characteristics and with extreme clinical presentations due to the variety of manifestations, the elevated number of diagnosis, consultations and admissions to the hospital. The aim of this presentation is to highlight the difficulty in the diagnosis and management of this pathology, whose delay implies a great danger for the child at a psychological, physical and social level. In both cases the causal agent is the mother, with a low socioeconomic level and significant family dysfunction.

Key Words: Münchausen, Child abuse, Münchausen syndrome by proxy, Factitious disorder imposed on another.

INTRODUCCIÓN

El “Síndrome de Münchausen por poderes” (SMPP) ó “Trastorno Fáctico impuesto en otro”, consiste en un patrón conductual del cuidador de un (a) niño, frecuentemente la madre, quien da información falsa, con el objetivo de simular una enfermedad (1-4).

El cuadro es variable (1-3), y el diagnóstico se sospecha por conductas anómalas del paciente o del cuidador. Es necesaria acuciosidad diagnóstica para la seguridad del paciente (2,5) y los criterios de Rosenberg constituyen una herramienta valiosa (6).

Se reportan dos casos clínicos extremos y aspectos resalantes del SMPP.

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

Caso 1: Niña de 6 años, producto de I embarazo a término, anemia gestacional, parto eutócico. Peso 3.340 grs y talla 50 cms al nacer; pruebas metabólicas convencionales normales. Lactancia materna exclusiva 3 meses, consultas en atención primaria y urgencias por “lactancia ineficaz”, alimentación complementaria difícil por “rechazo a aceptar” nuevos alimentos; curvas de peso y talla en percentiles 3 y 25 durante las etapas de lactante y preescolar; desarrollo psicomotor normal, vacunas completas, escolarización con cambios de colegio por “no adaptación” con los profesores.

Antecedentes: Madre 40 años, en tratamiento por depresión; padre 41 años, alcoholismo moderado.

Motivos de consulta: Digestivos: dolor abdominal, diarrea e intolerancia oral, -manifestaciones que propiciaban hospitalización-, sin detectarse durante el ingreso. Examen clínico y pruebas complementarias eran normales (hidratación, volumen urinario, electrolitos, equilibrio ácido base y funcionalismo renal); en una ocasión, los padres aportaron foto de supuesto vómito sobre un mantel, sospechándose escenario preparado. Otros: “dermatitis”, fiebre de origen desconocido y síntomas respiratorios (tos persistente y crisis de sofocación).

- (1) Pediatra. Hospital Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España.
Orcid 0000-0002-9594-6071 - Correo: dgomezsan@gmail.com
- (1) Pediatra. Hospital Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España
Orcid: 0000-0003-3725-498X - Correo: victormateubeitia@gmail.com
- (2) Pediatra. Centro de Salud de Paterna. Valencia. España
Orcid: 0000-0001-9912-3884 - Correo: sandrallinares87@gmail.com,
- (3) Jefe Clínico de Pediatría. Hospital Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España.
Orcid: 0000-0001-9350-8425, - Correo: sequi_jos@gva.es
- (4) Profesor Titular de Pediatría. Univ de Carabobo. Valencia. Venezuela.
Profesor Visitante y Asesor de Investigación “Hosp Universitario “Francisco de Borja”. Gandia. Valencia. España.
Orcid: 0000-0003-3725 - Correo: nelson.orta@gmail.com

Autor corresponsal:
Nelson Orta Sibú. Correo: nelson.orta@gmail.com. Teléf.: +34 642965234

Caso 2: Niña de 6 años, producto de embarazo a término, parto eutócico. Peso y Talla al nacer: 3790 grs y 50 cms. Pruebas metabólicas normales. Lactancia materna exclusiva 40 días, regurgitadora habitual y ganancia ponderal adecuada; consultas por “problemas de lactancia”. Curva de peso y talla en percentil 50. Desarrollo psicomotor: normal, escolarización sin incidencias, asistencia a revisiones pediátricas e inmunizaciones completas. Madre: 33 años, y padre 32 años sanos.

Motivos de consulta frecuentes: Neurológicos: problemas del sueño, irritabilidad y movimientos anormales tipo crisis convulsivas, crisis de hipotonía y ausencias. Otros: diarrea, dolor abdominal, vómitos incoercibles, tos, fatiga y fiebre sin foco. Todo ello llevo a realizar pruebas analíticas, Tomografía axial computarizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y, en una ocasión punción lumbar.

Los dos casos han tenido 34 y 25 visitas a urgencias, respectivamente, con múltiples ingresos, más de 200 contactos cada uno en atención primaria, más de 30 diagnósticos en historial clínico y varias hospitalizaciones (Tabla I)

TABLA I. Síndrome de Munchausen por poderes.
Datos relevantes de los casos

	CASO 1	CASO 2
Primer contacto	“Lactancia ineficaz”	“Lactancia ineficaz”
Edad actual	6 años	6 años
Visitas a urgencias hospitalarias	34	25
Contactos en atención primaria	>200	>200
Diagnósticos activos	31	36
Hospitalizaciones	7	8

Las madres se mostraron colaboradoras con el equipo de salud, con conocimiento de términos médicos y rechazo a dejar a sus hijas con otros cuidadores (2,3,5). Durante los ingresos, al disminuir el tiempo que pasaban madre-hija juntas (otro familiar al cuidado) mejoraba la sintomatología y, si se les insinuaba contactar con servicios sociales, ambas madres reaccionaban con enfado y durante meses, no acudían a consultas (7) o acudían a otra área de servicios de salud.

DISCUSIÓN

Karl Friedrich Hieronymus, barón de Münchausen, alemán que se alistó en el ejército ruso, al retornar, narró aventuras increíbles (8). A partir de estas “hazañas”, que incluían: cabalgar sobre una bala de cañón o salir de una ciénaga tirándose de su propia coleta, Rudolf Erich Raspe creó un personaje literario en el cual se basó el nombre del síndrome.

En 1977 Roy Meadow acuñó el término SMPP y describió

2 casos. En uno de ellos la madre colocaba sangre en orina del hijo, y en el otro la madre administraba cantidades excesivas de sal (8).

En este síndrome se superponen invención y creación de síntomas con maltrato activo. El niño puede ser pasivo o colaborador, dado que ha crecido con este esquema, y es fácil que lo adopte como suyo. En los casos motivo de este reporte, la diversidad de motivos de consulta complica la valoración y diagnóstico, lo que dificulta el manejo, como ha sido reportado (2,3,5). No se encuentran datos sobre incidencia en España (1-4).

Es una forma sutil y enigmática de maltrato infantil, en la cual un (a) cuidador (a), en aparente preocupación y ocupación al cuidado del menor, simula enfermedad, manipula a los médicos, hasta convertirlos en protagonistas involuntarios del maltrato, por el uso innecesario de técnicas invasivas, como ocurrió con los dos casos presentados a quienes se le practicaron múltiples exámenes incluyendo estudios avanzados de imágenes como TAC y RMN y en un caso punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo, reportado en casos aislados (1-5). No hay cuadro clínico característico, pero sí patrones de conducta que permiten sospecharlo (6), lo cual es importante, para evitar procedimientos (1-3).

El modo más frecuente de SMPP abarca la fabricación facticia de síntomas como: convulsiones, retención de heces, vómitos, diarrea, asma, alergias, infecciones, etc (1,3). Existe criterio compartido, que esta forma de maltrato requiere de un vínculo patológico hacia el menor y de capacidad de manipulación hacia el médico (2,6).

El médico, acaba siendo víctima de su preocupación por no precisar el diagnóstico, siente cuestionada su habilidad médica y puede abusar de medios diagnósticos, como ocurrió en estos dos pacientes, tratando de encontrar una patología inexistente (4,5).

La literatura relativa al SMPP describe a las madres como personas agradables, colaboradoras, que están a favor de la buena asistencia médica, inteligentes e informadas médicamente (4). La figura paterna suele estar poco integrada en la familia. Una característica de la figura paterna, en estos casos, es la mera confirmación de los hechos (1-3). No obstante, existe descripción de casos en los que es el padre quien ve la enfermedad en el hijo y consulta (1-3).

Los criterios de sospecha del SMPP fueron definidos por Rosenberg (6).

- Niño llevado de forma repetida al médico
- Prueba o evento positivo en cuanto a engaño con situación médica del niño
- Positividad de la prueba o del evento no es consecuencia de un error de esta, de una comunicación o de un mal tratamiento
- No existe otra explicación médica posible respecto a dicha positividad que la falsificación de la enfermedad.
- Ningún hallazgo excluye la falsificación de la enfermedad de forma creíble.

En el síndrome se describen los signos de alarma de Meadow (8) una enfermedad persistente o recurrente que no se explica desde el saber médico y los síntomas llevan a dudar de la patología ya que no pueden ubicarse en ninguna enfermedad conocida: los síntomas desaparecen cuando se logra que los padres permanezcan alejados, pero ellos son reticentes a alejarse, hasta por breve lapso; los tratamientos médicos dan escasos resultados, el médico considera el cuadro orgánico del niño como enfermedad extraña y los padres presentan menos signos de preocupación que el equipo tratante, como ocurrió en estos dos casos (1-4,9,10).

La enfermedad se puede presentar de dos maneras: (2,3)

- a) Enfermedad inducida o producida: esfuerzos activos para crear síntomas de enfermedades, a veces serias (sofocación, envenenamiento intencional)
- b) Enfermedad simulada: información falsa en relación a síntomas inexistentes y contaminar muestras de laboratorio.

El pronóstico varía dependiendo de la gravedad y de la intervención temprana de los profesionales involucrados (1-3).

Un diagnóstico tardío conlleva frecuentemente a comorbilidades psiquiátricas y psicológicas potencialmente graves en la edad adulta, como trastornos de personalidad, reproducción del síndrome con sus hijos, trastornos afectivos y somatomorfos (4).

El tratamiento va encaminado a buscar protección del menor, en el ámbito más cercano y menos restrictivo posible (1-3). Si se garantiza la seguridad del niño, no debe ser separado del seno familiar para garantizar esta asistencia y seguridad y se debe monitorizar desde atención primaria y especializada para detectar signos de alarma que pongan en riesgo al menor. El trabajo multidisciplinario es muy importante con participación de psiquiatría y psicología, servicios sociales y, de ser necesario, cobertura de aspectos legales. En estos pacientes se siguió este protocolo (1,4,5,6).

El objetivo del inductor es falsear o provocar síntomas para conseguir que el niño reciba tratamientos potencialmente dañinos, consiguiendo, a través de la atención médica benéfico emocional inconsciente (aunque es consciente de la realización de dichos actos) (7). Por ello, es importante subrayar que en este trastorno existe una conducta dañina voluntaria, pero con motivación no consciente, a diferencia del maltrato clásico, en el que la motivación es consciente (5).

Estos casos ilustran el diagnóstico complicado, siendo imprescindible atender aspectos psicosociales del entorno del niño, cuando la patología parezca repetitiva o dudosa (1-3,5).

En ocasiones la simulación de patologías puede ser casos banales como contaminación fecal de muestras (10) o lesiones cutáneas (11) y en otros casos graves como hemorragia digestiva (12), hasta enfermedades crónicas como lupus eritematoso sistémico (13).

La figura del pediatra es muy relevante en esta forma de

maltrato, dado que existe el riesgo de ser involucrado en la dinámica disfuncional, y pasar a ser sujeto activo inconsciente del daño al paciente, llevado por la motivación de solucionar el cuadro clínico que el niño parece presentar (1,3,5).

Del análisis de estos casos, se deriva que el “SMPP” o “Trastorno Facticio Impuesto en otro” es una patología subdiagnosticada, por lo cual es necesario mayor información a los pediatras. Es labor y responsabilidad del pediatra de atención primaria investigar los casos sospechosos y coordinarse con otros profesionales (1,2,15) para mejorar la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Abeln B, Love R. An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *Nurs Clin North Am* 2018;53(3):375-384.
2. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Review. Lancet* 2014;383(9926):1412-1421
3. Sousa Filho D, Kanomata EY, Feldman RJ, Maluf Neto A. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo)*. 2017;15(4):516-521.
4. Sevillano-Benito I, Geijo-Urbe S, Mongil-López B, Imaz Roncero C, Uribe-Ladrón De Cegama F; Ruiz Sanz F et al. Between the sanitary complacency and the factitious disorder by proxy. *Actas Esp Psiquiatr* 2016;44(3):113-118.
5. Stirling J. Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007;119:1026-1030.
6. Rosenberg D. Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl*, 2003;27: 421-430
7. Burton MC, Warren MB, Lapid MI, Bostwick JM. Munchausen syndrome by adult proxy: a review of the literature. *J Hosp Med*. 2015;10(1):32-35
8. Meadow R. ABC of child abuse. Munchausen syndrome by proxy. *Review BMJ*. 1989;299(6693):248-250.
9. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl* 2003;27(4):431-451.
10. Şahin A, Dalgıç N, Tekin A, Kenar J, Yükcü B. Munchausen by Proxy Syndrome Associated with Fecal Contamination: A Case Report. *CNS Spectr* 2020.10:1-11
11. Sirka CS, Pradhan S, Mohapatra D, Mishra BR. Cutaneous Munchausen Syndrome by Proxy: A Diagnostic Challenge for Dermatologist. *Indian Dermatol Online J*. 2018; 9(6):435-437.
12. Özdemir F, Karakök B, Yalçın S. Factitious Disorder Presented by Haematemeses. Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA): A Case Report *Turkish J of Psychiatry* 2020;31(2):137-142
13. Kuhne AC, Pitta AC, Galassi SC, Gonçalves AMF, Cardoso AC, Paz JA et al. Munchausen by proxy syndrome mimicking childhood-onset systemic lupus erythematosus *Lupus*. 2019;28(2):249-252.
14. Abel B, Love R. An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy *Nurs Clin North Am* 2018; 53(3):375-384.
15. Abdurrachid N, Gama Marques J. Munchausen syndrome by proxy (MSBP): A review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *CNS Spectr* 2020. 10;1-11.

TERATOMA QUÍSTICO MADURO TESTICULAR EN UN PREESCOLAR CON CRIPTORQUIDIA, INFORME DE UN CASO.

Jorge Alejandro Oliveros-Rivero (1), Orquídea Chang-Fung (2),
Rostit Macor Zanotty-Morales (3), Arelys Rivero de Oliveros (4)

Recepción: 21/01/2022
Aceptado: 20/02/2022

RESUMEN

Los tumores testiculares son poco frecuentes en niños menores de 15 años y representan del 2 al 4% de todos los cánceres infantiles, la criptorquidia es el principal factor de riesgo para el desarrollo posterior de tumores de células germinales testiculares. Preescolar de 5 años de edad, con antecedente de criptorquidia izquierda sin tratamiento, desde hace 1 año presenta aumento progresivo de volumen en región inguinal izquierda la cual se extendía hasta la región escrotal izquierda, de consistencia pétreo, no doloroso a la palpación, sin adenomegalias, marcadores tumorales negativos, la ecografía testicular reporta: tumor quístico izquierdo, la tomografía de abdomen inferior reporta: tumor testicular izquierdo. Se realizó orquiectomía radical izquierda y orquidopexia derecha, con evolución satisfactoria. Se confirma el diagnóstico de teratoma quístico maduro por biopsia e inmunohistoquímica. Es importancia del diagnóstico y manejo precoz de la criptorquidia para evitar futuras neoplasias.

Palabras claves: criptorquidia, teratoma maduro, tumor testicular.

Testicular mature cystic teratoma in a preschool with cryptorchidism. Case report.

SUMMARY

Testicular tumors are rare in children under 15 years of age and represent 2 to 4% of all childhood cancers, cryptorchidism is the main risk factor for the later development of testicular germ cell tumors. 5-year-old preschool boy, with a history of left cryptorchidism without treatment, for the last year he has presented a progressive increase in volume in the left inguinal which extended to the left scrotal region, of petrified consistency, not painful on palpation, without adenomegaly, negative tumor markers, testicular ultrasound reported: left cystic tumor, lower abdomen tomography reported: left testicular tumor. A left radical orchiectomy and right orchidopexy were performed, with satisfactory evolution. The diagnosis of mature cystic teratoma is confirmed by biopsy and immunohistochemistry. Early diagnosis and management of cryptorchidism is important to avoid future neoplasms.

Keywords: cryptorchidism, mature teratoma, testicular tumor

INTRODUCCIÓN

La criptorquidia es una de las anomalías congénitas más frecuentes que afectan a los neonatos a términos ocurriendo entre el 1-4% y entre el 1-45% de los prematuros (1). Los tumores testiculares son poco frecuentes en niños menores de 15 años y representan del 2 al 4% de todos los cánceres infantiles (2).

A pesar que la criptorquidia tiene una alta tasa de resolución espontánea durante el primer año de vida, esta firme-

mente establecido como el principal factor de riesgo para el desarrollo posterior de tumores de células germinales testiculares, los tumores testiculares en paciente prepúberes con criptorquidia son raros y difieren en histología tanto de los tumores de pacientes pospúberes con criptorquidia como de los tumores en testículos normalmente descendidos (1,3).

Se desconoce el motivo del incremento del riesgo de tumores testiculares en pacientes con criptorquidia, sin embargo, se han descrito dos teorías para tratar de explicarlo, la primera se basa en el potencial carcinógeno del ambiente en que se encuentra un testículo no descendido y la otra teoría atribuye el riesgo de malignización a una disgenesia testicular, postulando que existe una etiología hormonal o disgenética, que favorece simultáneamente la criptorquidia y el tumor testicular (4).

El objetivo de este artículo es informar un caso de teratoma quístico maduro testicular en un preescolar con antecedente de criptorquidia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Preescolar, masculino, de 5 años de edad, quien es traído a la consulta del servicio de cirugía pediátrica con el antecedente de haber sido valorado en otro centro de salud donde evidencian testículo izquierdo en el tercio inferior del canal inguinal izquierdo siendo diagnosticado como criptorquidia

- 1 Médico residente de cirugía pediátrica Hospital Dr. Rafael Calles Sierra
Correo: jorgealejandroliveros@hotmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0824-0864>
- 2 Cirujano Pediatra. Adjunto al servicio de cirugía pediátrica Hospital Dr. Rafael Calles Sierra
Correo: ochangfung@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9404-704X>
- 3 Médico residente de neurocirugía Hospital Dr. Rafael Calles Sierra
Correo: rostittf@gmail.com @hotmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9822-4472>
- 4 Pediatra (jubilada), Hospital Dr. Jesús García Coello, Punto Fijo, Venezuela.
Correo: arelysoliveros@hotmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8534-1095>

Autor Corresponsal: Jorge Alejandro Oliveros-Rivero
Correo: jorgealejandroliveros@hotmail.com / Teléfono: 04146952846

izquierda a los 2 años de edad sin tratamiento, y que desde hace 1 año presenta aumento progresivo de masa que se extiende desde el tercio distal de la región inguinal izquierda hasta la región escrotal izquierda la cual ha aumentado de tamaño progresivamente, de consistencia pétrea, no doloroso a la palpación, sin adenomegalias, además no se palpa ninguna estructura adicional que permita sospechar en la existencia del testículo izquierdo, no ha presentado hiporexia, fiebre ni pérdida de peso.

Los exámenes de laboratorios reportan: hemoglobina: 12,3 mg/dl; hematocrito: 36,5%; leucocitos: 7700 μ l ; neutrófilos: 49,4%; linfocitos: 40,3 %; plaquetas: 315000 μ l ; Glicemia: 86 mg/dl, urea: 26 mg/dl, creatinina: 0,5 mg/dl, uroanálisis: no patológico; alfa feto proteínas (AFP): 0,99 IU/ml (limite normal: 0,5-5,5); β -HCG (gonadotropina coriónica humana): < 1.00 mIU/ ml (valor normal 0,0-5,0), La iso-enzima de la lactato deshidrogenasa (LDH): 258 U/L.

Se realiza ecografía testicular cuya impresión diagnóstica reportó: 1) Tumor quístico izquierdo degenerado vs Tumor sólido en hemiescrotos izquierdo, 2) Adenopatía inguinal izquierda

Se realiza tomografía de tórax y abdomen superior sin anomalías; Tomografía de abdomen inferior reporta: lesión

ocupante de espacio testicular izquierdo (figura 1), hidrocele derecho de moderado volumen.

El paciente es llevado a intervención quirúrgica donde se realiza un abordaje inguinal izquierdo ya que el tumor se extiende desde el escroto hasta el tercio inferior del canal inguinal izquierdo, cuyo tamaño era de aproximadamente 5x4x4 cm, al no diferenciar el tumor del tejido testicular normal, se decide realizar la orquiectomía radical izquierda. Se evidencia que el tumor macroscópicamente es de; superficie externa de aspecto quístico, de color blanquecino; en su interior zonas heterogéneas, de color blanco nacarado, amarillento, con tejido fibroso, cartilaginoso con cabellos, de consistencia dura y sin contenido líquido (figura 2a,b); se realiza exploración de la región inguinal en la cual no se palpa ni se observan ganglios linfáticos, además se realiza orquidopexia del testículo derecho. El paciente fue dado de alta a las 24 horas del postoperatorio sin complicaciones y en su control por la consulta externa al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses ha permanecido con buena evolución.

El estudio histopatológico (figura 3) reportó: teratoma quístico maduro, sin evidencia de malignidad, se realiza inmunohistoquímica (figura 4) el cual reportó tumor testicular izquierdo (teratoma quístico maduro).

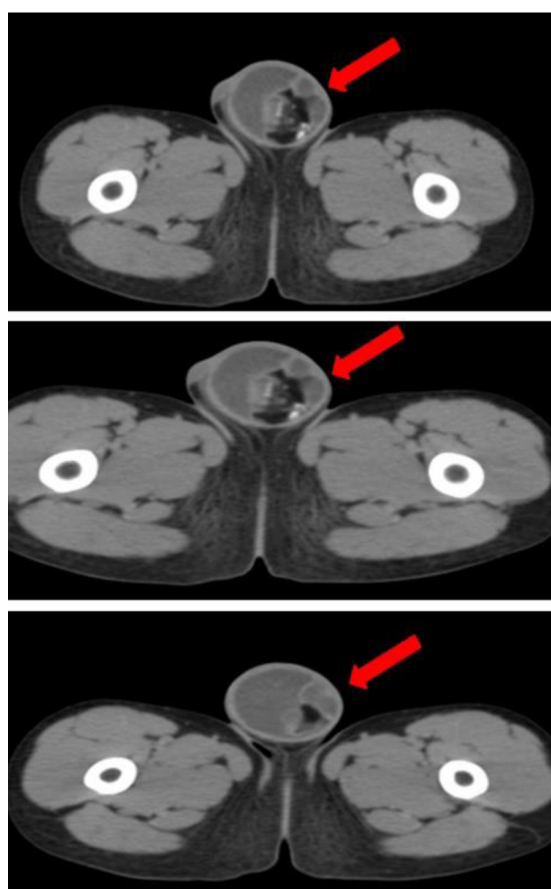


Figura 1. Tomografía axial computarizada donde se evidencia masa testicular izquierda

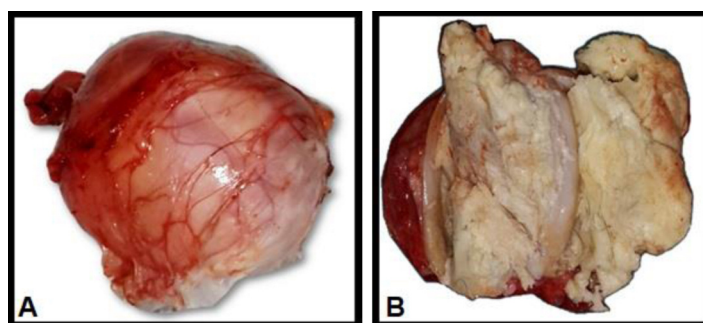


Figura 2. A) Tumor de testículo izquierdo sin escindir, B) Tumor de testículo izquierdo después de aperturar la capsula.

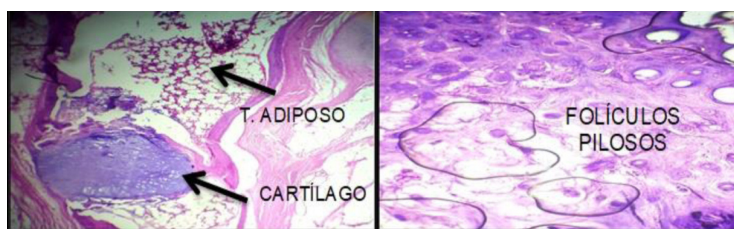


Figura 3. Estudio de biopsia

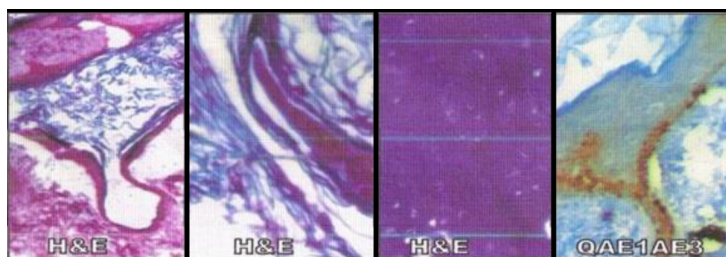


Figura 4. Estudio de inmunohistoquímica

DISCUSIÓN

El teratoma testicular es el tipo histológico más común en los niños encontrándose en aproximadamente el 50% de los tumores prepúberes, algunos autores consideran que los tumores del saco vitelino son más comunes en los niños, sin embargo, en una serie de estudios recientes, representan solo entre el 10-18% de los casos (5).

Los factores de riesgo que se han descrito para el desarrollo de tumores testiculares en todas las edades son: antecedentes de criptorquidia, síndrome de Klinefelter, antecedentes de cáncer de testículo en familiares de primer grado, presencia de tumor contralateral e infertilidad (6), siendo la criptorquidia el único que presentó nuestro paciente.

La criptorquidia incrementa el riesgo de presentar un tumor testicular en la edad adulta, desde 2 a 8 veces más que la población general, el riesgo de malignización varía en función de la localización original del teste criptorquídico, presentándose en el 1% para testes inguinales y 5% para intraabdominales, además es importante tener en cuenta que en pacientes con criptorquidia el 20% de los tumores aparecen en el teste contralateral normodescendido (7).

La presentación clínica de los tumores testiculares en prepúberes son diversos e inespecíficos, pero en general se describe una masa testicular indolora como hallazgo más común en un niño con un tumor testicular, el hidrocele se puede presentar en el 9% de los tumores testiculares (8) ambas se presentaron en nuestro paciente.

Los marcadores séricos tumorales pueden proporcionar información valiosa con respecto a los tumores de células germinales testiculares, la AFP, β -HCG y la LDH son tres marcadores tumorales séricos que siempre se deben solicitar ante la sospecha clínica de tumores testiculares (9), en el caso de nuestro paciente se solicitaron encontrándose dentro de límites normales por ser un teratoma maduro testicular.

La ecografía como ayuda diagnóstica es importante ya que ayudará a estudiar las características de la lesión como sólida, quística o inflamatoria y a descartar lesiones testiculares contralaterales (10), como fue el caso de nuestro paciente.

En nuestro paciente como parte de su estudio se solicitó lo que recomienda la literatura mundial en el caso de pacientes con tumores testiculares como fue una tomografía de tórax, abdomen y pelvis para evaluar la presencia y extensión de posibles metástasis ganglionares, con especial atención a los ganglios linfáticos retroperitoneales (11,12).

El tratamiento realizado en este caso fue la orquiectomía radical, con ligadura alta a través de la vía inguinal, como lo recomiendan las guías internacionales para este tipo de patología, también recomiendan el control vascular del testículo antes de la movilización, logrando un margen proximal del cordón espermático de 5 cm y evitando la resección transescrotal ya que este abordaje presenta elevadas tasas de recurrencias, tampoco se recomienda la biopsia con aguja (9,13).

La histopatología e inmunohistoquímica confirmaron el

diagnóstico de teratoma quístico maduro del testículo izquierdo, ubicándolo en el estadio I según la clasificación de la Pediatric Oncology Group y el Children's Cancer Group sobre tumores testiculares (14).

Se sugiere que los padres sean interrogados adecuadamente y los niños sean examinados exhaustivamente durante su consulta pediátrica y estar atento a cualquier anomalía y en el caso de patologías tan graves como la criptorquidia proporcionarle la importancia necesaria que este amerite por el gran porcentaje que este tiene en convertirse en una neoplasia, es por esto que se hace énfasis en la referencia inmediata de estos pacientes al cirujano pediatra o urólogo pediatra.

CONCLUSIÓN

Los pacientes pediátricos diagnosticados y no tratados con criptorquidia pueden presentar posteriormente tumores benignos o malignos, por lo cual a pesar de ser una patología poco frecuente debe ser conocida por el personal médico pediatra para su manejo y referencia oportuna, además de brindarle una adecuada orientación a los padres.

REFERENCIAS

- Mittal D, Agarwala S, Yadav DK, Pramanik DD, Sharma MC, Bagga D. Testicular Tumors in Undescended Testes in Children Below 5 y of Age. *Indian J Pediatr*. 2015;82(6):549-52. doi: 10.1007/s12098-014-1667-1.
- Sangüesa C, Veiga D, Llavador M, Serrano A. Testicular tumours in children: an approach to diagnosis and management with pathologic correlation. *Insights Imaging*. 2020;11(1):74. doi: 10.1186/s13244-020-00867-6.
- Banks K, Tuazon E, Berhane K, Koh C, De Filippo R, Chang A, et al. Cryptorchidism and testicular germ cell tumors: comprehensive meta-analysis reveals that association between these conditions diminished over time and is modified by clinical characteristics. *Front Endocrinol*. 2013;3: 182. doi: 10.3389/fendo.2012.00182.
- Cebrián Muñíos C. Criptorquidia y patología testículo-escrotal en la edad pediátrica. *Pediatr Integral* 2019; XXIII (6): 271–282.
- Epifanio M, Baldissera M, Esteban FG, Baldisserotto M. Mature testicular teratoma in children: multifaceted tumors on ultrasound. *Urology*. 2014;83(1):195-7. doi: 10.1016/j.urology.2013.07.046.
- Romo Muñoz MI, Núñez Cerezo V, Dore Reyes M, Vilanova Sánchez A, González-Peramato P, López Pereira P, et al. Tumores testiculares en la edad pediátrica: indicaciones de la cirugía conservadora. *An Pediatr*. 2018;88(5):253-258. doi: 10.1016/j.anpedi.2017.05.009.
- Haid B, Rein P, Oswald J. Undescended testes: diagnostic algorithm and treatment. *Eur Urol Focus*. 2017; 3: 155-157.
- Wu D, Shen N, Lin X, Chen X. Prepubertal testicular tumors in China: a 10-year experience with 67 cases. *Pediatr Surg Int*. 2018;34(12):1339-1343. doi: 10.1007/s00383-018-4366-6.
- Aldrink JH, Glick RD, Baertschiger RM, Kulaylat AN, Lautz TB, Christison-Lagay E, et al. Update on pediatric testicular germ cell tumors. *J Pediatr Surg*. 2021; S0022-3468(21)00295-5. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2021.04.001.
- Tallen G, Hernaiz Driever P, Degenhardt P, Henze G, Riebel T.

- High reliability of scrotal ultrasonography in the management of childhood primary testicular neoplasms. *Klin Padiatr* 2011;223(3):131–137. doi:10.1055/s-0031-1271813.
11. Kreydin EI, Barrisford GW, Feldman AS, Preston MA. Testicular cancer: what the radiologist needs to know. *AJR Am J Roentgenol* 2013;200(6):1215–1225. doi:10.2214/AJR.12.10319.
 12. Pierorazio PM, Cheaib JG, Tema G, Patel HD, Gupta M, Sharma R, et al. Performance Characteristics of Clinical Staging Modalities for Early Stage Testicular Germ Cell Tumors: A Systematic Review. *J Urol*. 2020;203(5):894-901. doi: 10.1097/JU.0000000000000594.
 13. Rescorla FJ, Ross JH, Billmire DF, Dicken BJ, Villaluna D, Davis MM, et al. Surveillance after initial surgery for Stage I pediatric and adolescent boys with malignant testicular germ cell tumors: Report from the Children's Oncology Group. *J Pediatr Surg*. 2015;50(6):1000-3. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2015.03.026.
 14. Caballero Mora FJ, Muñoz Calvo MT, García Ros M, Rodríguez de Alarcón J, Fernández Pérez ML, Casco F, et al. Tumores testiculares y paratesticulares en la infancia y adolescencia. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78(1):6-13. doi: 10.1016/j.anpedi.2012.05.018.