



CASO CLÍNICO

Teratoma sacrococcígeo gigante, distocia y preeclampsia. Análisis de un caso clínico y posmortem

A. Juárez^{a,*}, A.M. Rivera^a, M.A. Durán^b, S.E. Tellez^c, R. Buitron^a y L.P. Islas^d

^a Servicio de Ginecología, Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, México D.F., México

^b Servicio de Anatomía Patológica, Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, México D.F., México

^c Enfermera, Servicio de Ginecología Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, México D.F., México

^d Servicio de Pediatría, Centro de Esterilidad y Ginecología Integral, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de México, México D.F., México

Recibido el 17 de febrero de 2010; aceptado el 30 de marzo de 2010

Disponible en Internet el 21 de enero de 2011

PALABRAS CLAVE

Teratoma
sacrococcígeo;
Tumor germinal

Resumen El teratoma sacrococcígeo es la principal neoplasia germinal extragonadal de la infancia. Generalmente se detecta en la edad neonatal y puede estar propenso a malignizarse. El tratamiento es quirúrgico, su incidencia es baja y el diagnóstico puede efectuarse *in utero*, pero solo la correlación histopatológica nos dará el pronóstico. Su importancia perinatal radica en que por su tamaño provocan una alta mortalidad fetal y perinatal, condicionando distocia y complicaciones como polihidramnios, parto pretérmino, ruptura del tumor y preeclampsia.

Existe el riesgo de transformación maligna en un 5% de los teratomas maduros. La resección completa del tumor es la modalidad terapéutica de elección y su vigilancia con marcadores tumorales es indispensable.

Se presenta un caso de teratoma sacrococcígeo gigante, así como su análisis posmortem y su implicación perinatal.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Sacrococcygeal
teratoma;
Germ cell tumor

Giant sacrococcygeal teratoma, dystocia and preeclampsia. Case report and postmortem analysis

Abstract Sacrococcygeal teratoma is the primary extragonadal germ cell neoplasm in childhood. This tumor is usually detected in the neonatal period and may become malignant. Treatment is surgical. The incidence of this entity is low and diagnosis can be made *in utero*. However, prognosis is given by histopathologic correlation only. The perinatal importance of this entity lies in its size, which causes high fetal and perinatal mortality and complications such as dystocia, polyhydramnios, preterm labor, rupture of the tumor and preeclampsia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arjuarez@yahoo.com.mx (A. Juárez).

There is a risk of malignant transformation in 5% of mature teratomas. The treatment of choice is complete tumor resection and surveillance of tumoral markers is indispensable. We report a case of giant sacrococcygeal teratoma and discuss the postmortem analysis and perinatal implications.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El teratoma sacrococígeo es el tumor gonadal más común en el periodo neonatal. Los teratomas sacrococígeos gigantes hipervasculizados conforman un subgrupo dentro de los tumores congénitos. Su importancia desde el punto de vista obstétrico radica en que provocan una alta mortalidad fetal y perinatal, ya que debido a su gran tamaño (su peso muchas veces es mayor que el del feto) desencadena distocia y ruptura del tumor, hay además una mayor incidencia de polihidramnios que favorece el parto prematuro e hipervascularización del tumor que genera un estado hiperdinámico en el feto, provocando insuficiencia cardiaca. Otras implicaciones perinatales son la presencia de parto pretérmino, prematuridad y ruptura del tumor. Todas estas características deberán tomarse en cuenta para establecer el diagnóstico prenatal más preciso y así mismo mejorar el pronóstico fetal.

El teratoma sacrococígeo se ha documentado como la causa más frecuente de neoplasia germinal extragonadal en el recién nacido, con una incidencia de 1 en 40.000 nacidos vivos.

Los teratomas se clasifican desde el punto de vista histopatológico en maduros, inmaduros y malignos^{1,2}. Los de tipo maduro contienen elementos bien diferenciados y de aspecto clínico benigno. Los teratomas inmaduros son reconocidos por la presencia de tejido embrionario con o sin elementos maduros, y sin elementos malignos (tumor de senos endodérmicos, coriocarcinoma, etc.). La histología se ha informado como el principal factor pronóstico de los teratomas¹.

Presentación del caso

Se trata de un caso sin antecedentes heredofamiliares de importancia para su padecimiento final. Hijo de madre de 32 años aparentemente sana y padre de 32 años igualmente sano, los cuales iniciaron su vida sexual activa a los 23 años, con gestación 3, para 2, abortos 0, cesáreas 0; con producto de la gesta 1 masculino, con peso de 3.500 g., gesta 2 masculino de 3.800 g. Hace 6 y 5 años, aparentemente sanos y sin alteraciones. Esta gestación con control prenatal en 6 ocasiones, con grupo sanguíneo B+, cursó con infección de vías urinarias una semana antes del parto, para la cual no recibió tratamiento. Además hubo preeclampsia leve durante 7 días, que remitió a base de hidralazina.

Nace mediante distocia por presentación de cara, recién nacido de sexo masculino, de 35 semanas de edad gestacional, obtiene calificación Apgar de 4/6, peso de 3.500 g y talla 47 cm. Se observa la presencia de tumoración en región sacrococígea de 20x16 cm, con zona de laceración de 5x4 cm, aumento de la vascularidad, zonas equimóticas de consistencia blanda, que deforma la región perianal; resto sin alteraciones.

El recién nacido cursa con evolución tórpida a nivel respiratorio y con descompensación hemodinámica por sangrado masivo desde el sitio de la tumoración. Finalmente muere a pesar de soporte inotrópico y transfusional. Diagnóstico clínico: recién nacido pretérmino con peso elevado para la edad gestacional, síndrome anémico secundario, síndrome de dificultad respiratoria y sepsis.

Se practica autopsia la cual informa: es el cuerpo de un producto del sexo masculino, de longitud cabeza-cóccix 25 cm y cabeza - talón 22 cm. El perímetro cefálico es de 31 cm, el torácico 26 cm y el abdominal 25,5 cm.

Se observa tumor de 15x12 cm con solución de continuidad de 7x4 cm localizada en cara lateral derecha, se observa red venosa colateral; dicho tumor se localiza en la región sacrococígea cubierta de piel, de consistencia multilobular de aproximadamente 6x6 cm cada una, al corte dichas lesiones son de aspecto quístico, al microscopio se observan células mesenquimatosas inmaduras caracterizadas por células grandes, citoplasma claro, y núcleos con cromatina dispersa; células neuroectodérmicas inmaduras caracterizadas por aspecto estrellado, citoplasma claro, núcleos grandes con cromatina dispersa, en algunas áreas existe la formación de rosetas; se observa músculo liso inmaduro alrededor de algunos vasos sanguíneos; epitelio escamoso inmaduro y la formación de algunos espacios quísticos recubiertos por epitelio, concluyentes de teratoma sacrococígeo³.

Comentario

El pronóstico de aquellos casos de teratoma sacrococígeo gigante es mejor realizarlo después de la semana 30 de gestación, ya que generalmente para esta edad gestacional hay complicaciones como hidrops, polihidramnios, amenaza de parto pretérmino y enfermedad hipertensiva del embarazo tipo preeclampsia. *Se desconoce el mecanismo para la presentación de preeclampsia, pero se ha relacionado con esta entidad.*

Se recomienda el nacimiento por vía abdominal cuando los teratomas son mayores de 5 cm, para evitar distocia, ruptura del tumor y hemorragia tanto de la tumoración como de la cavidad uterina. Así mismo, es de suma importancia el uso de la ultrasonografía convencional y el doppler color⁴ para confirmar el estado hiperdinámico, el tamaño tumoral y el polihidramnios de los teratomas, así como la fisiopatología de las entidades malformativas fetales. El manejo por un equipo especializado permiten la sobrevida de pacientes que hasta hace poco tiempo fallecían en el 100% de los casos y al mismo tiempo ofrecemos un aporte desde el punto de vista perinatal al abordaje de nacimiento.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Guitierrez UJ, Calderón EC, Ruano AJ. Teratoma sacrococígeo informe de 20 casos. *Acta Mèdica Grupo Angeles.* 2003;1: 81-6.
2. Martínez F, Vito L, Zapaterio JL, Margulies ND, Inguelmo P, Barrios C, Bailez M, Bonifacino G, Sanchez JM. Manejo perinatal del teratoma sacrococígeo gigante hipervasculatizado. *Rev Cir Infant.* 1995;5:34-9.
3. Villa JC, Visintine J, Berghella V. Teratoma sacrococígeo fetal gigante complicado con un cuadro de ruptura prematura de membranas y preeclampsia materna. *Rev Coloma Obstet Ginecol.* 2007;58:322-7.
4. Stuart HV. Pasado, presente y futuro de la cirugía fetal. *Rev Fac Med Bogota.* 2007;15:1-5.