

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"26 DE DICIEMBRE"
REMEDIOS, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TERATOMA SACROCOCCÍGEO

Por:

Dr. Jesús René Guerra Perera

Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Hospital General Docente "26 de Diciembre". Remedios, Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e-mail: renereini@capiro.vcl.sld.cu

Descriptor deCS:

TERATOMA/cirugía
REGION SACROCOCCIGEA

Subject headings:

TERATOMA/surgery
SACROCOCCYGEAL REGION

Los tumores en la niñez representan del 1 al 2 % de todos los tumores en medicina, con una incidencia de 1 por cada 10 000 menores de 15 años; estos pueden ser congénitos, y algunos de los que aparecen en el período neonatal tienen su origen en restos embrionarios, como son los teratomas¹.

Los teratomas son neoplasias derivadas de las tres hojas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo), que se encuentran en el tumor en distintos grados de madurez. Su localización es amplia, pero con frecuencia ocurren cerca de la línea media en la infancia temprana, o en las gónadas después de la pubertad; se localizan más en la región sacrococcígea, seguida por la ovárica, mediastínica, intracraneal, testicular, retroperitoneal y, finalmente, el cuello y la cara^{2,3}.

El teratoma sacrococcígeo es el más frecuente de todos los teratomas y es el tumor sólido más observado en el recién nacido⁴; se presenta como una gran tumoración que protruye desde el cóccix hacia fuera y desplaza el ano hacia delante; son raramente malignos y no producen limitaciones funcionales, las que ocurren solo cuando se extienden al interior de la pelvis; se asocian con anomalías genitourinarias y malformaciones vertebrales; se debe diferenciar de mielomeningoceles, abscesos rectales, neuroblastomas pélvicos, quiste pilonidal, entre otros. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, y debe realizarse tan pronto como sea posible⁵⁻⁷.

El objetivo de este trabajo es informar sobre un paciente al cual se diagnosticó un teratoma sacrococcígeo durante una misión internacionalista, enfermedad infrecuente en nuestro país.

Presentación del paciente

Recién nacida que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital de referencia nacional "Nyangabwe" en Francistown, Botswana, por presentar una tumoración en la región sacrococcígea (Figs 1,2); nació de parto distócico (cesárea) a las 40,5 semanas de gestación, con un peso de 4 800 g, una talla de 52 cm y una circunferencia cefálica de 36 cm, Apgar 8/9 al primero y quinto minutos de vida, respectivamente; su madre, de 26 años, tuvo dos embarazos y un parto, VDRL y VIH negativos, inadecuado control prenatal, sin antecedentes maternos o perinatales de importancia; al examen físico, se destacó una tumoración en la región sacrococcígea de 19 cm x 10 cm, de superficie rugosa, consistencia pétreo, que desplazaba el ano hacia delante; no se encontraron otros hallazgos positivos al realizar el examen físico. Se

diagnosticó un teratoma sacrococcígeo, y se realizó estudio radiográfico de pelvis y de región sacra (Fig 3); no se observó extensión del tumor dentro de la pelvis, ni daño o afectación del cóccix; al tercer día de vida le fue realizada la exéresis quirúrgica de un tumor sólido con múltiples imágenes quísticas en su interior (Fig 4). La paciente evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones (Fig 5).



Fig 1 Recién nacido con teratoma sacrococcígeo en decúbito supino.



Fig 2 Recién nacido con teratoma sacrococcígeo en decúbito prono.



Fig 3 Rayos X de pelvis y región sacra.



Fig 4 Corte del tumor.



Fig 5 Recién nacido después de la intervención quirúrgica.

Comentario

El teratoma sacrococcígeo, según la mayoría de los autores, representa del 30 al 35 % de todos los teratomas; en las hembras es de dos a cuatro veces más frecuente que en los varones y del 60 al 70 % son benignos^{8,9}, aspectos que coinciden con nuestro caso: una recién nacida del sexo femenino. Al realizarle la exéresis quirúrgica, se comprobó que no existía afectación intrapélvica, ni de órganos ni huesos, y los estudios anatomopatológicos demostraron la benignidad del tumor; por ello, la paciente evolucionó satisfactoriamente, sin limitaciones orgánicas ni funcionales.

Referencias bibliográficas

1. Jun Le, Guo Hui, Shen Su. Prenatal Ultrasound Findings of fetal neoplasms. Korean J Radiol. 2002;3(1):64-73.
2. Jones KL. Dysmorphology approach and classification. En: Smith's Recognizable patterns of Human Malformation. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders. 2006. p. 1-62.
3. Baserga M, Rogido M. Patologías congénitas y sus consecuencias neonatales. En: Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Argentina: Científica Interamericana. 2005. p. 36-44.
4. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson. Textbook of Paediatrics. Philadelphia: Saunders; 2004.
5. Ferrero Oteiza ME, Pérez Mateo MT, Álvarez Fumero R, Rodríguez Peña L. Comportamiento clínico-epidemiológico de los defectos congénitos en la Ciudad de La Habana. Rev Cubana Pediatría. 2005;77(1):13-8.
6. Mills JL, Signore C. Sacrococcygeal Teratomas. Birth Defects. Clin Genet. 2004;70(11):844-5.
7. Paulino L. Teratoma sacrocoxígeo gigante en una recién nacida. Rev Méx Pediat. 2004;31(1):91-5.
8. Gonzáles R. Tumores embrionarios. Casos clínicos. Rev Obst- Ginecol Caracas. 2005;1:21.
9. Judge CM, Chasan- Taber L, Gensburg L, Nasca PC, Marshall EG. Physical exposures during pregnancy and congenital malformations. Paediatr Perinat Epidemiol. 2004;18(5):352-60.

Recibido: 12 de noviembre de 2009

Aprobado: 6 de enero de 2010