

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO  
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y LA PEDRAJA”  
CAMAJUANÍ, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TERATOMA EN LA REGIÓN CERVICAL

Por:

Dr. Daniel Enrique Borges Díaz<sup>1</sup>, Dra. Mayelín Casas Padrón<sup>2</sup> y Dra. Yoanna Rodríguez Pérez<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Policlínico Docente “Octavio de la Concepción y la Pedraja”. Camajuaní, Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e-mail: [danielenrique@capiro.vcl.sld.cu](mailto:danielenrique@capiro.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente “Octavio de la Concepción y la Pedraja”. Camajuaní, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Hospital General Docente “26 de Diciembre”. Remedios, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

*Descriptor DeCS:*

TERATOMA/DIAGNÓSTICO  
NEOPLASIAS  
DOLOR DE CUELLO

*Subject headings:*

TERATOMA/DIAGNOSIS  
NEOPLASMS  
NECK PAIN

Los tumores en la niñez representan del 1 al 2 % de todos los tumores en medicina<sup>1</sup>, 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: los teratomas<sup>2</sup>.

El término teratoma deriva de teratos, que significa “monstruo”. También llamados quistes dermoides, deben su nombre a la descripción hecha por Leblanc en 1831, de una lesión encontrada en la base del cráneo de un caballo, la cual semejaba la piel<sup>3</sup>. Son neoplasias formadas por distintos tejidos parenquimatosos que representan más de una de las tres capas germinativas, a menudo las tres<sup>4-6</sup>. Nacen de células totipotenciales<sup>1</sup> y, como es lógico, se encuentran sobre todo en las gónadas, aunque a veces aparecen restos de las células que quedarán secuestradas en otros lugares. Las células totipotenciales se diferencian hacia varias líneas germinales, y producen estructuras que pueden identificarse como piel, músculo, tejido adiposo, epitelio intestinal, elementos dentarios o cualquier tejido del organismo<sup>1</sup>. Con amplia localización, pero usualmente ocurren cerca de la línea media en la infancia temprana, o en las gónadas después de la pubertad, la localización más frecuente es la sacrococcígea, seguida por la ovárica, mediastínica, intracraneal, testicular, retroperitoneal, el cuello y la cara<sup>2,5-7</sup>.

El tratamiento es primariamente quirúrgico, tan pronto como sea posible<sup>6-10</sup>.

En este trabajo se presenta a un paciente que fue diagnosticado durante el cumplimiento de una misión internacionalista, enfermedad que resulta infrecuente en nuestro país.

Presentación del paciente

Paciente masculino, de piel negra, de tres años de edad, que ingresa en la sala de pediatría del hospital provincial Akiem Oda de la República de Ghana, por presentar una tumoración en la región cervical (Fig. 1). Nacido de parto eutócico, a las 39 semanas de gestación, con un peso de 4 200 g,

una talla de 50 cm y una circunferencia cefálica de 38 cm, Apgar 8/9 al primero y quinto minutos de vida, respectivamente, de una madre de 30 años que tuvo tres gestaciones y tres partos, con VDRL y VIH negativos, adecuado control prenatal, sin antecedentes maternos o perinatales de importancia; al realizar el examen físico se destacó una tumoración en la región cervical derecha, en el triángulo posterior, de 13 cm x 10 cm, de superficie lisa, consistencia gelatinosa, que desplazaba el músculo esternocleidomastoideo hacia delante; no se encontraron otros hallazgos positivos al examen físico. Se practicaron todos los estudios preoperatorios, cuyos resultados mostraron valores normales; se practicó exéresis de la tumoración, con múltiples imágenes quísticas en su interior y un contenido gelatinoso, la cual rechazaba a los grandes vasos del cuello. El informe anatomopatológico demostró que la masa tumoral correspondía a un teratoma maduro de la región cervical derecha; la apariencia microscópica mostró las tres capas embrionarias representadas por la piel (ectodermo) en la parte superior, cartílago (mesodermo) hacia el centro e izquierda, y una glándula colónica (endodermo) hacia la derecha (Fig. 2). El paciente evolucionó satisfactoriamente y sin complicaciones.

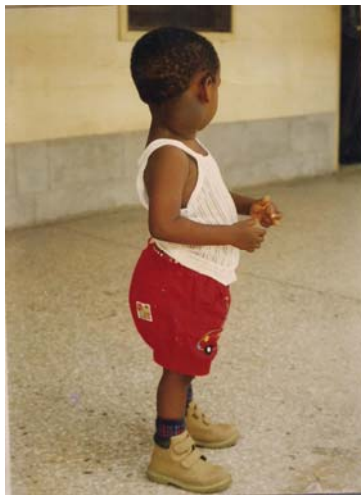


Fig. 1 Niño de tres años de edad con teratoma benigno en la región cervical.

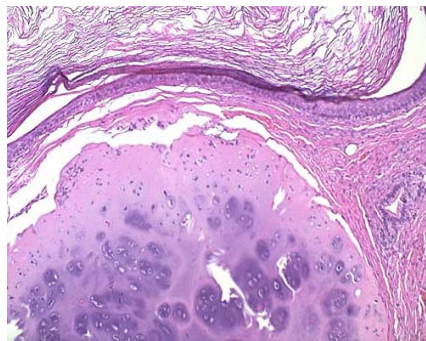


Fig. 2 En el examen histopatológico se observan las tres capas embrionarias.

#### Comentario

El teratoma cervical representa el 6 % de todos los teratomas<sup>8</sup> y del 60 al 70 % son benignos, aspectos que coinciden en este paciente que presentamos. Los teratomas cervicales congénitos se manifiestan generalmente como una masa única, aunque también se han informado teratomas multifocales<sup>1,3</sup>. El diagnóstico diferencial lo constituyen los higromas quísticos, pero no es fácil diferenciarlos; se encuentran en pacientes con un rango similar de edad, tienen un tamaño análogo, y su localización y características clínicas pueden ser similares<sup>1</sup>. En el 50 % de los

teratomas se pueden evidenciar imágenes cálcicas, lo que no sucede en los higromas quísticos; casi todos los linfangiomas se originan en el triángulo cervical posterior, aunque cuando son grandes es realmente difícil diferenciar su origen; algunos hemangiomas están compuestos también por tejido quístico y blando. Otros diagnósticos diferenciales son: el quiste tirogloso, el quiste branquial, el neuroblastoma, el carcinoma de tiroides, el quiste de tiroides, el bocio congénito y el tumor de parótida.

Entre las imágenes diagnósticas, la ecografía es el método de elección; la tomografía computarizada ocupa el segundo lugar para imágenes de cuello; en algunos informes se encuentra el uso de la resonancia magnética, la cual disminuye considerablemente la irradiación en el recién nacido; todos estos métodos permiten evaluar el tamaño y la textura del tumor e, incluso, elaborar un adecuado plan quirúrgico; el diagnóstico definitivo se realiza mediante examen histopatológico. La completa y pronta resección del tumor constituye el tratamiento de elección en todos los tipos de teratoma, y se puede asociar a quimioterapia en caso de lesiones irresecables que tengan un componente maligno. El seguimiento evolutivo de los teratomas malignos debe hacerse mediante el estudio de los niveles de alfafetoproteína.

### **Referencias bibliográficas**

1. Gómez M, Luengas JP. Teratoma gigante de cuello en un lactante. Univ Méd [Internet]. 2006 Jul.- Sept [citado 10 Mar 2010];47(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xml&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660>
2. Fuenmayor Meza CE, García MG. Teratoma quístico mediastinal: Reporte de dos casos. Invest Clín [Internet]. 2007 Dic [citado 10 Mar 2011];48(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0535-51332007000400010&lng=es&nrm=iso>.ISSN 0535-5133](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332007000400010&lng=es&nrm=iso>.ISSN 0535-5133)
3. Merino OP, de Jourdan HF, Valenzuela MP, Gejman ER, Pomés CC, Durruty VG, et al. Manejo quirúrgico del teratoma maduro: ¿laparoscopia o laparotomía? Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 10 Mar 2011];73(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262008000100008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000100008&lng=es)
4. De los Ríos JF, Castañeda JD, Bolívar LD, Ramos VE, Mesa A. Resección laparoscópica de 13 teratomas ováricos y un quiste simple en una misma paciente: reporte de caso. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2007 Mar [citado 10 Mar 2011];58(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342007000100012&lng](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000100012&lng)
5. Fuenmayor Meza CE, García Ruiz M, Marin C. Lactante con masa abdominal teratoma renal vs nefroblastoma teratoide. Rev Venez Oncol [Internet]. 2008 Dic [citado 10 Mar 2011];20(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-05822008000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0582](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822008000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0582)
6. Couto Wilson J, Gross Jefferson L, Deheinzelin D, Younes Riad N. Tumores de células germinativas primarios do mediastino. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2006 Jun [citado 10 Mar 2011];52(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302006000300020&lng](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000300020&lng)
7. Chaves YS, de Sousa Jânio S, Feldner PC, Cruz Reisson S, Sartori Marair GF, Girão BC, et al . Teratoma congénito de orofaringe: relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2005 Feb [citado 10 Mar 2011];27(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032005000200008&script=sci_arttext)
8. Orrego J, Jaramillo ML, Ballesteros A, López JI, Torres MC, Lasso RE. Teratoma cervical congénito: reporte de casos. CES Med [Internet]. 2009 Ene -Jun [citado 10 Mar 2011];23(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en:
9. Paz F, Linarez B, Soler D, Romero S. Teratoma quístico maduro de tiroides: a propósito de un caso. Col Med Estado Táchira [Internet]. 2007 Ene - Mar [citado 10 Mar 2010];16(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xml&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IscScript=../cgi>

10. Seabra D, Faria E, Machado R, Quarteiro R, Teodósio R, Bianco M. The unusual and potentially fatal growing teratoma syndrome. Appl Cancer Res [Internet]. 2008 Oct .- Dic [citado 10 Mar 2010];28(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en:  
<http://appliedcr.org.br/iuhjyindex.php/appliedcr/article/viewFile/145/207>

Recibido: 24 de marzo de 2011

Aprobado: 8 de julio de 2011