

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Teratoma sacro coccígeo en un feto de embarazo múltiple Sacrococcygeal teratoma in a fetus from a multiple pregnancy

Dra. Alegna de la Caridad Ochoa Hidalgo\*, Dra. Glenys Katuska Silva González\*\*, Dra. Bertha de la Caridad Hernández Almaguer\*\*\*

\*Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. \*\*Especialista de Primer Grado en Genética Clínica. Máster en Atención Integral al Niño. Investigadora Agregada. Profesora Asistente. \*\*\*Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente. Centro Provincial de Genética Médica. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Alegna de la Caridad Ochoa Hidalgo, correo electrónico: alegna@ltu.sld.cu.

Recibido: 22 de marzo de 2016

Aprobado: 18 de abril de 2016

#### RESUMEN

El teratoma es el tumor más común en los recién nacidos. A pesar de alcanzar proporciones enormes y contener grandes vasos sanguíneos, que privan de sangre al feto en desarrollo, presentan baja mortalidad en el período neonatal. Se presenta un caso donde se emplea la ultrasonografía fetal, para el estudio de un embarazo múltiple trillizo triamniótico bicorial, en el que se detectó en uno de los fetos una masa tumoral mixta, a predominio ecogénica de bordes bien definidos a nivel sacro de 5,8 mm, sugestiva de meningocele o teratoma sacro coccígeo. A los 15 días la tumoración era de 16,4 mm. Ante la ausencia de signos cerebrales de la enfermedad de Arnold Chiari se consolida la sospecha de un teratoma sacro coccígeo. El embarazo se interrumpe por cesárea a las 35 semanas de gestación. El neonato con la anomalía congénita recibió tratamiento quirúrgico corrector con resultados satisfactorios, pero con necesidad de nuevas reintervenciones.

**Palabras clave:** TERATOMA; DIAGNÓSTICO PRENATAL; ULTRASONOGRAFÍA FETAL.

**Descriptores:** TERATOMA; DIAGNÓSTICO PRENATAL; ULTRASONOGRAFÍA PRENATAL.

#### SUMMARY

Teratoma is the most common tumor in newborns. In spite of reaching huge proportions and containing big blood vessels which deprive the growing fetus of blood, they show low mortality in the neonatal period. This is a presentation of a case where fetal ultrasonography is used for the study of a dichorionic tri-amniotic triplet multiple pregnancy, in which a mixed tumoral mass, predominantly echogenic, with well defined borders, measuring 5, 8 mm, suggesting meningocele or sacrococcygeal teratoma, at the sacral level, was detected in one of the fetuses. After 15 days the tumor measured 16, 4 mm. In view of the absence of cerebral signs of Chiari's disease, the suspicion of a sacrococcygeal teratoma grows stronger. The pregnancy was interrupted by cesarean section at 35 weeks of gestation. The neonate with the congenital anomaly underwent corrective surgical treatment with satisfactory results, but necessity of new surgical interventions.

**Key words:** TERATOMA; PRENATAL DIAGNOSIS; FETAL ULTRASONOGRAPHY.

**Descriptors:** TERATOMA; PRENATAL DIAGNOSIS; ULTRASONOGRAPHY, PRENATAL.

#### INTRODUCCIÓN

Los embarazos gemelares han aumentado su incidencia en los últimos tiempos, desde uno por 100 nacidos vivos a uno por 70 nacidos vivos, se

describe un incremento del 40 % en la tasa de embarazos gemelares y un aumento de tres a cuatro veces en embarazos múltiples de alto orden. (1) Por otra parte, han sido asociadas distintas

Citar como: Ochoa Hidalgo Ad, Silva González GK, Hernández Almaguer Bd. Teratoma sacro coccígeo en un feto de embarazo múltiple. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(5). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/763>.



enfermedades a los embarazos gemelares, que afectan a la embarazada y a los productos de la concepción, entre ellas, los defectos congénitos de origen multifactorial, que han sido descritos con gran frecuencia en estos embarazos, debido a limitaciones en el crecimiento intrauterino. (2)

El teratoma sacro coccígeo es un tumor ubicado casi siempre en la línea media, desde el cerebro hasta el área coccígea, y son más frecuentes en esta zona, porque al final de la tercera semana del desarrollo la línea primitiva se acorta y desaparece. Tiene una incidencia de uno cada 35 000 a 40 000 nacimientos y es el tumor más común en los recién nacidos. (3) Predomina en el sexo femenino, pero en el sexo masculino la degeneración maligna es más frecuente. Estos tumores pueden adquirir proporciones enormes y contener grandes vasos sanguíneos, que privan de sangre al feto en desarrollo. La lesión puede ser sólida, un quiste simple grande (quiste dermoide, teratoma quístico maduro) o multiquístico. (4, 5)

La base genética aun no es bien conocida y puede o no estar vinculado a otras anomalías y malformaciones, sobre todo del tubo digestivo y del tractus genitourinario. Existe una predisposición a aparecer en una misma familia, con gran nexo en familias con antecedentes patológicos familiares (APF) de embarazos gemelares. Sin embargo, el comportamiento biológico de los teratomas es altamente variable, y las características morfológicas solas parecen resultar insuficientes para predecir su curso clínico. (6)

A continuación se relata un caso clínico, que se considera portador de esta anomalía congénita, teniendo en cuenta las consideraciones imagenológicas encontradas. Se cuenta con el consentimiento informado dado por la familia para su publicación, teniendo en cuenta lo novedoso del caso en el territorio y la utilidad, como un medio de enseñanza para las ciencias médicas.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 28 años de edad, que llega al Departamento Provincial de Genética Médica de Las Tunas con un embarazo de 12,3 semanas de gestación, remitida desde su área de salud por el asesor genético, al detectarse en la valoración ultrasonográfica un embarazo múltiple, con tres fetos y bajo la sospecha de la presencia de una tumoración en uno de ellos. Es atendida en consulta de ultrasonografía prenatal y en consulta genética prenatal.

En la valoración de la historia se recogen como antecedentes personales la Historia Obstétrica Anterior de gestación 1, parto 0, aborto 0. No existen antecedentes familiares de anomalías congénitas, y en los personales sólo se recoge que padece de cefalea migrañosa; por las condiciones valoradas, a partir de los hallazgos imaginológicos

encontrados, la paciente se clasifica de alto riesgo genético.

En el departamento de genética provincial se repite la ultrasonografía fetal por el ultrasonidista especializado, a través de un equipo marca ALOKA, corroborándose la sospecha diagnóstica, se evidenció la presencia de un embarazo múltiple trillizo triamniótico bicorial y en uno de los fetos se detectó una masa tumoral mixta, a predominio ecogénica, de bordes bien definidos a nivel sacra de 5,8 mm, sugestiva de meningocele o teratoma sacro coccígeo.

Luego del diagnóstico es asesorada genéticamente en Centro Provincial de Genética Médica de las Tunas y se decide repetir exploración ultrasonográfica a los quince días; en esta ocasión se visualiza la tumoración de 16,4 mm, que ante la ausencia de signos cerebrales de la enfermedad de Arnold Chiari se consolida la sospecha de un teratoma sacro coccígeo.

Se discute la paciente en colectivo con presencia de los genetistas y ultrasonidistas, se decide por la continuidad del embarazo, se consulta con el Centro Nacional de Genética, donde se mantiene el mismo criterio, aún con pronóstico reservado para el feto afectado, pero sí la existencia de dos sin alteraciones morfofuncionales del desarrollo; se mantiene el seguimiento cada 21 días para evaluar evolución intraútero del feto afectado y de los otros dos hasta el momento del término. La **imagen 1** muestra la tumoración tomada a las 31,6 semanas de gestación.

### IMAGEN 1. Imagen tumoral mixta a predominio ecogénico, de bordes regulares de 80 x 69 mm en región sacro coccígea a las 31,6 semanas de gestación



El embarazo se interrumpe por cesárea a las 35 semanas de gestación. La **imagen 2** muestra al neonato II, con una masa tumoral en región sacra coccígea de más de 100 mm de diámetro.

**IMAGEN 2. Neonato II del embarazo múltiple, con presencia de masa tumoral a nivel sacrococciógea**



**DISCUSIÓN**

El teratoma sacro coccióge es una tumoración que se origina de células pluripotenciales, procedente de las tres capas germinales (ectodermo, mesodermo y endodermo), en su composición hay una amplia variedad de tejidos extraños al órgano o sitio anatómico del cual ellos surgen, la localización sacra cocciógea es la más frecuente entre 45 y 65 % de los casos. (5, 7)

Como se ha descrito, aun la base genética se encuentra en investigación, algunos autores han referido hallazgos en estudios citogenéticos de pacientes portadores de esta anomalía, encontrando delección alélica en la región 12q13, teorizando que la disregulación de genes, localizado en o cerca de estos genes en la posición 12q13, es un punto de referencia que debe ser relacionado con el desarrollo de los teratomas sacrales, (8) pero la mayoría de los artículos revisados defienden un origen multifactorial, donde las limitaciones en el crecimiento intrauterino ha sido un factor valorado, más cuando es un embarazo múltiple, en el que se comparte espacio durante el crecimiento intrauterino. (7)

Este es un defecto mayor, con pronóstico reservado para el feto, y al presentarse en un feto de un embarazo múltiple (trillizos) complejiza las decisiones, convirtiéndose en un caso de importancia

para la consulta prenatal genética. En este caso los otros dos fetos no presentaban ninguna anomalía en el desarrollo y se decide dar seguimiento a todos los fetos hasta su momento a término.

La ultrasonografía fetal fue de gran utilidad en este seguimiento, primero para el diagnóstico del defecto congénito, de hecho la tasa de detección de anomalías congénitas durante el primer trimestre, entre las semanas 11 y 14, es del 23 %, aunque algunos autores reportan sensibilidades hasta el 50 % durante este período; (9) permite además la localización de otras anomalías asociadas, facilitando el diagnóstico de síndromes o el diagnóstico de enfermedades portadoras de defectos.

Como segundo aspecto, constituyen un instrumento para el monitoreo del crecimiento y desarrollo fetal, está demostrado que la biometría fetal sistemática, a través de la ultrasonografía, puede predecir el peso al nacer con muy poco rango de error, así como para la detección de alteraciones en la madurez placentaria o cualquier otro aspecto relacionado con el embarazo.

El seguimiento prenatal permitió monitorear la aparición de complicaciones posibles, contribuyó a la evolución exitosa del embarazo múltiple hasta la etapa posnatal. En este caso se logró un embarazo que se interrumpe por criterios obstétricos a las 35 semanas de gestación, a través de una cesárea sin complicaciones perinatales, se logran tres recién nacidos con peso por debajo del peso ideal pero sin riesgo para la supervivencia (recién nacido I, 1659 gr; recién nacido II, con el teratoma, 2100 gr; recién nacido III con 1700 gr).

El neonato con la anomalía congénita recibió tratamiento quirúrgico corrector con resultados satisfactorios, pero con necesidad de nuevas reintervenciones a realizar bajo monitoreo por equipo multidisciplinario, por otra parte se mantiene en seguimiento en consulta de genética clínica teniendo en cuenta la posibilidad de recidiva, (10) hasta el momento de este reporte no se registra recidiva del tumor en el paciente.

En este caso, la ultrasonografía fetal del primer trimestre facilitó el diagnóstico. El seguimiento en consulta genética prenatal garantizó una evolución satisfactoria del embarazo múltiple, llegando a término para sus tres productos.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Valenzuela M P, Becker V J, Carvajal C J. Pautas de manejo clínico de embarazos gemelares. Rev. chil. obstet. ginecol [revista en internet]. 2009 [citado 28 de abril 2016]; 74(1): 52-68. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717).
2. Chen M J, Macias C G, Gunn S K, Dietrich J E, Roth D R, Schlomer, B J, et al. Intrauterine growth restriction and hypospadias: is there a connection? Journal of Pediatric Endocrinology [revista en internet]. 2014 [citado 28 de abril 2016]; 2014(1): 20. Disponible en: <http://www.jpeonline.biomedcentral.com>.

3. Karaca L, Sade R, Kantarci M, Ogul H, Bayraktutan G, Yuce I. Giant immature teratoma. Spine Journal [revista en internet]. 2015 [citado 28 de abril 2016]; 15(12): e35-e36. Disponible en: [http://www.thespinejournalonline.com/article/S1529-9430\(15\)01160-2/abstract](http://www.thespinejournalonline.com/article/S1529-9430(15)01160-2/abstract).
4. Sarmiento Portal Y, Piloña Ruiz S, Crespo Campos A, Sánchez Monterrey IA, Portal Miranda ME, Iglesias Castro D. Teratoma sacrococccígeo: revisión de la literatura a propósito de un caso. Rev Cub Pediat [revista en internet]. 2010 [citado 28 de abril 2016]; 82(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312010000300008script=sci\\_arttexttIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312010000300008script=sci_arttexttIng=es).
5. Rojas Ampudia LA, Oriolo Estrada MA, Sotolongo de la Cruz M, Sanabria Negrín JG, Bencomo García Alvaro L. Presentación de un caso: teratoma sacrococccígeo. Rev Ciencias Médicas [revista en internet]. 2014, Ago [citado 28 de abril 2016]; 18(4): 682-689. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000400014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400014&lng=es).
6. Gurda GT, VandenBussche CJ, Yonescu R, Gonzalez-Roibon N, Ellis CL, Batista DA, Netto GJ. Sacrococcygeal teratomas: clinico-pathological characteristics and isochromosome 12p status. Modern Pathol [revista en internet]. 2014 [citado 28 de abril 2016]; 27: 562-568. Disponible en: <http://www.nature.com/modpathol/journal/vaop/ncurrent/full/modpathol2013171a.html>.
7. Márquez Espriella C, Mora Fol JR, Fernández Murguía J, Dávila Díaz R. Reconstrucción mediante expansores tisulares posterior a resección de teratoma sacrococccígeo: reporte de un caso. Cirugía Plástica [revista en internet]. 2009 [citado 28 de abril 2016]; 19(1-3): 40-43. Disponible en: [http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2009/cp091\\_3h.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2009/cp091_3h.pdf).
8. Veltman I, van Asseldonk M, Schepens M, Stoop H, Looijenga L, Wouters C, van Kessel A. A novel case of infantile sacral teratoma and a constitutional t(12;15)(q13;q25) pat. Cancer Genet. Cytogenet [revista en internet]. 2002 [citado 28 de abril 2016]; 136(1): 17-22. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165460801006665>.
9. Navarro Ruíz M. Estudio clínico, epidemiológico y etiopatogénico de las cardiopatías congénitas en Villa Clara. Tesis presentada en opción a la categoría de Doctor en Ciencias de la Salud. La Habana; 2014. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu>.
10. Vana PG, Yong S, Hayden D, Saclarides T, Slogoff M, Boblick W, Eberhardt. Recurrent retrorectal teratoma. J Case Rep Med [revista en internet]. 2014 [citado 28 de abril 2016]; 2014: 491605. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/crim/2014/491605/abs/>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.