

# TERATOMAS SACROCCÍGEOS

Jiménez Velázquez, Raquel; García Campaña, Encarnación; Peñalver Parres, Carolina; Pertegal Ruiz, Miriam; Arteaga Moreno, Alicia; Puig Marzal, Isabel, Nieto Díaz, Anibal  
UNIDAD MATERNO FETAL-HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

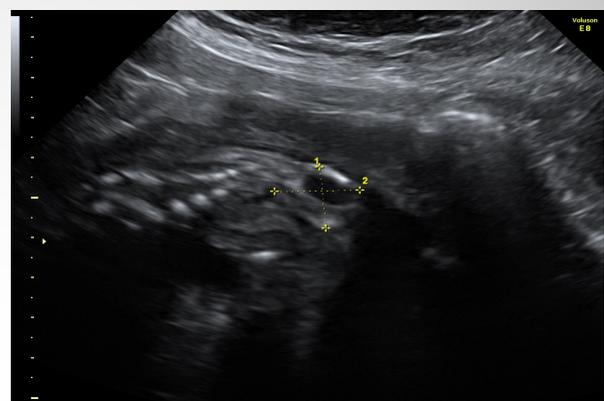
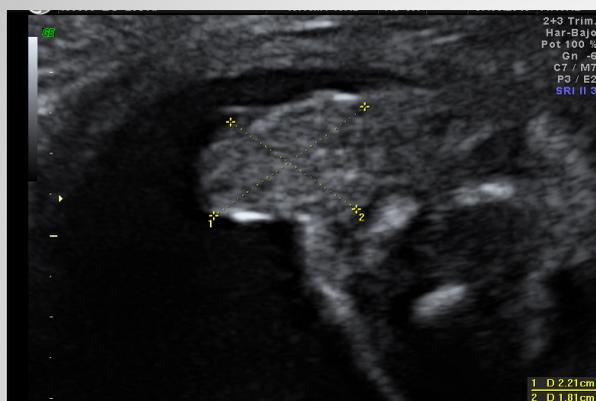
## INTRODUCCIÓN

El teratoma sacrococcígeo es la neoplasia más frecuente en el feto y neonato. Tiene una incidencia de 1/40.000 nacimientos y con femenino.

Deriva de células pluripotenciales del nódulo de Hensen y contienen tejidos derivados de las 3 capas germinales (endodermo, mesodermo y ectodermo). Pueden aparecer en cualquier localización de la línea media desde el polo cefálico al caudal, siendo más frecuente en el cóccix.

Es la neoplasia más frecuentemente diagnosticada intraútero. Se clasifican en maduros, inmaduros y malignos y la lesión puede ser sólida, quística o multiquística.

Ensombrece el pronóstico la aparición de hidrops consecuencia de los efectos compresivos de la masa sobre los vasos umbilicales. Representa hemodinámicamente un shunt arteriovenoso de alto gasto creando un estado hiperdinámico fetal provocando insuficiencia cardíaca fetal y eclampsia materna.



## CASOS CLÍNICOS

Presentamos dos casos de teratomas sacrococcígeos diagnosticados en la ecografía morfológica en la semana 20 en la UMF. Ambos eran fetos femeninos y con resto de estudio morfológico normal. El primer caso se trata de un teratoma de 16 mm que se mantuvo estable hasta el final de la gestación, finalizando ésta en cesárea electiva naciendo una niña de gramos. Se realizó exéresis de la tumoración tipo I de Altman. El segundo caso se trata de un teratoma sacrococcígeo de 20 mm y que fue aumentado de tamaño a lo largo de la gestación llegando a alcanzar 6 cm, con estudio de sobrecarga cardíaca normal. Finalizó en cesárea electiva naciendo una niña de gramos. Se realizó exéresis del teratoma tipo II de Altman. Ambas niñas se encuentran en seguimiento sin recidiva.

## DISCUSIÓN

El teratoma sacrococcígeo es la neoplasia congénita más frecuentemente diagnosticada intraútero la American Association of Pediatrics los clasifica en función de la extensión del tumor. Se distingue entre tipo I cuando la masa es externa predominantemente, tipo II si es una masa externa con componente interno significativo, tipo III si la masa es predominantemente interna con componente externo pequeño, y tipo IV si es presacra.

En cuanto al pronóstico, a pesar de que el 80% de los casos son tumores benignos, éstos se asocian con una elevada morbilidad y mortalidad neonatal. Las complicaciones más frecuentes son: parto pretérmino por polihidramnios, parto distócico o traumático por el tamaño de la masa, anemia o exsanguinotransfusión por hemorragia del tumor, fallo cardíaco por fenómenos de secuestro y prematuridad

El tratamiento es quirúrgico. Recidiva 4% en los tres primeros años y su manejo quirúrgico y quimioterápico debe ser prioritario.

La finalización de la gestación debe ser mediante cesárea cuando el tumor sea mayor de 5 cm o cuando exista polihidramnios, independientemente del tamaño del tumor.

## Bibliografía

- Estévez Suárez L. Plasencia Acevedo, W. Castellano Medina, M. Zubiria Pineda A. *Teratoma sacrococcígeo: diagnóstico y seguimiento*. Prog Obstet Ginecol. 2007;50(4):224-30
- Hernández-Higareda, S. Alejandro Pérez-Pérez, O., 2 Adriana Balderas-Peña, LM. Martínez-Silva, MG. González-Amador, Y. García de Alba-García, J. *Teratoma sacrococcígeo: reporte de un caso y revisión de la bibliografía*. Ginecol Obstet Mex 2013;81:668-673.

