

Teratoma de la cara anterior del cuello. Presentación de un caso.

Teratoma of the anterior side of the neck. Presentation of a case.

Rosaralis Arrieta García,^I Amaralis Trull Martínez,^{II} Alberto Pam Pino,^{III} Yanetsy Lago Melgarejo,^{IV} José Miguel Arrieta Morales.^V

Resumen

Se presenta un caso con teratoma en la cara anterior del cuello, diagnóstico realizado en la etapa prenatal con el empleo de las técnicas imagenológicas en el primer trimestre del embarazo.

Abstract

We report the course and outcome of pregnancy with a fetal neck teratoma, which was diagnosed by ultrasound scan in the first trimester of pregnancy.

Palabras clave: Teratoma Cervical, Tumores Fetales, Diagnóstico Prenatal.

Keywords: Prenatal Diagnosis, Fetal tumor, Cervical Teratoma.

Introducción:

Las técnicas imagenológicas empleadas para la detección precoz de alteraciones en la morfología y desarrollo fetal, emergen como herramientas útiles para el diagnóstico prenatal. El ultrasonido como método no invasivo permite desde etapas tempranas del embarazo identificar trastornos severos de la morfogénesis, tal es el caso de los tumores fetales, donde los hallazgos ultrasonográficos y su ubicación anatómica permiten el diagnóstico. Estos son entidades muy raras, pero generalmente implican un compromiso severo para la vida del futuro individuo.

Los teratomas son los tumores fetales más frecuentes, tienen una incidencia de 1 por cada 20 000 a 40 000 nacimientos y alrededor del 6% se localizan en la región cervical.¹ Por su histología pueden estar formados por células pluripotenciales y tejido germinal derivado de las tres capas embrionarias: ectodermo, mesodermo y endodermo. Usualmente son consideradas lesiones benignas aunque la transformación a tejido neoplásico ha sido reportada en la literatura.^{1,2}

Presentación del caso:

Gestante de 34 años de edad, esposo de 38 años, no

consanguíneos, con una historia obstétrica de siete gestaciones: dos nacidos vivos sanos y cinco interrupciones. No refirió antecedentes de enfermedades crónicas o agudas en este embarazo. Negó exposición a teratógenos físicos, químicos o biológicos. No tiene antecedentes familiares de procesos tumorales benignos o malignos. En ambos miembros de la pareja hay antecedentes de familiares de 2^{do} y 3^{er} grado con embarazos múltiples. Acudió a consulta remitida desde su área de salud por imagen de aspecto mixto con zonas ecogénicas y otras ecolúcidas que se ubican en la cara anterior del cuello y mantiene la cabeza fetal en hiperextensión (Figura 1). No se hallaron otras alteraciones de las estructuras fetales y se encontró coincidencia entre la biometría fetal en el estudio imagenológico y la edad gestacional por amenorrea. Este ultrasonido se realizó en el primer trimestre de la gestación con un equipo Aloka 4000 y con transductor de 3.5 MHz. Las imágenes que aparecen en el presente trabajo tuvieron la aprobación de la pareja para mostrarlas.

Por lo descrito en el ultrasonido se plantea el diagnóstico de teratoma del cuello, se brinda asesoramiento genético a la pareja la cual solicita la interrupción del

^I Máster en Ciencias en Atención al Niño con Discapacidad. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Genética Clínica. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Centro Provincial de Genética Médica. Camagüey, Cuba. E-mail: roarga@finlay.cmw.sld.cu

^{II} Máster en Ciencias en Atención Integral a la Mujer. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Radiología. Centro Provincial de Genética Médica. Camagüey, Cuba.

^{III} Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

^{IV} Máster en Ciencias en Asesoramiento Genético. Licenciada en Enfermería. Servicio Municipal de Genética Médica de Vertientes. Camagüey, Cuba.

^V Doctor en Medicina. Especialista de Segundo Grado en Radiología. Profesor Titular y Consultante. Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

embarazo a las 17 semanas.

El informe de anatomía patológica reportó: feto de sexo femenino, con peso de 300 gramos, se realiza

exéresis de tumor en la cara anterior del cuello con masa que recuerda al tejido cerebral con zonas quísticas en su interior, no otras estructuras (Figura 2 y 3).

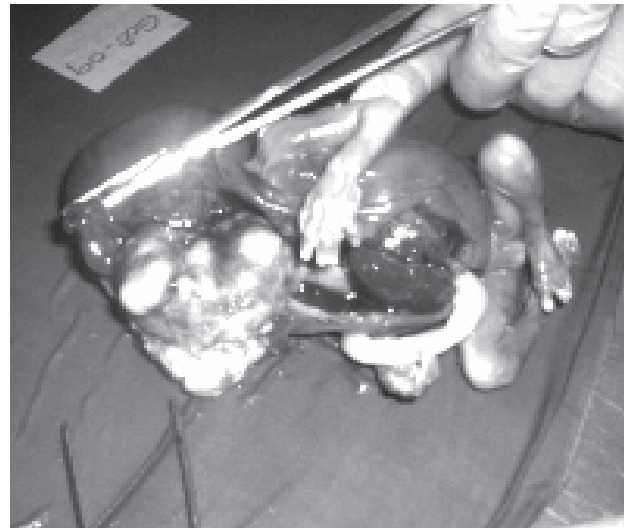
Figura 1. Imagen donde se muestra masa tumoral de aspecto mixto en la región anterior del cuello con hiperextensión de la cabeza.



Figura 2. Obsérvese masa tumoral localizada en la región anterior del cuello.



Figura 3. En la tumoración se muestra tejido que recuerda al tejido cerebral. No se hallaron otras estructuras como cartílagos o huesos.



Discusión del Caso:

Alrededor del 40% de los teratomas fetales se localizan en la región sacrococcígea, y su segunda localización más frecuente es intracraneal.¹ No se describen con frecuencia la asociación con otros defectos congénitos en estos casos, aunque por el crecimiento tumoral puede aparecer deformidad en las vías áreas cuando se localizan en el cuello. Los hallazgos sonográficos que más se describen son las imágenes

mixtas con componentes de ecogenicidad variable, formando una masa heterogénea.¹

En otros reportes, a diferencia de este, el diagnóstico fue hecho en el 2^{do} y 3^{er} trimestre de la gestación.^{2, 3-6} Se plantea para algunos tipos de estos tumores mayor incidencia en un sexo con relación a otro. El sexo femenino predomina en los de localización sacrococcígea y en los epignatos, mientras que para los teratomas cervicales la asociación con el sexo masculino

es mayor con una frecuencia 3:1. Las complicaciones más frecuentes son el aborto en el 17% de los casos reportados y la obstrucción de las vías aéreas en el 35%. Otras complicaciones que pueden aparecer en el transcurso de la gestación son el polihidramnio debido a la compresión extrínseca del esófago en el 30% de los casos y el desarrollo del hidrops fetal.⁷

En un estudio sobre tumores fetales en diferentes localizaciones, la asociación de estos con aberraciones cromosómicas numéricas se presentó solo en el 3,6% casos. También se reportaron otros defectos asociados como la agenesia del cuerpo calloso, anomalías menores del cordón umbilical como la arteria única y el hemangioma del cordón.⁸

Los teratomas tienen una tasa de sobrevivencia baja. Estudios recientes apuntan que los detectados prenatalmente presentan tres veces mayor tasa de mortalidad que aquellos diagnosticados en la etapa postnatal.⁹ Por otra parte la etiología de los mismos no ha sido definida hasta el momento.¹⁰

El diagnóstico diferencial incluye el higroma quístico del cuello, linfangioma y hemangioma, meningocele cervical, quiste del conducto tirogloso, divertículo esofágico, quiste dermoides, epignato y los quistes de los arcos branquiales.¹ Es importante tener en cuenta que los teratomas se ubican en la región anterior con relación a la línea media, mientras que los otros tumores vasculares se sitúan en una posición más posterolateral. El epignato se localiza desde la cavidad oral de la cual protruye al exterior y puede tener extensión intracraneal.^{7,11-13}

Para establecer el diagnóstico es de gran utilidad el ultrasonido; otra técnica imagenológica empleada en el diagnóstico diferencial de estos tumores fetales es la resonancia magnética (RMN). En muchos artículos la RMN es considerada muy útil en la evaluación de las anomalías del sistema nervioso central, para la caracterización de imágenes complejas del ultraso-

nido, pues facilita una definición más evidente de la anatomía de los tumores de partes blandas. Además permite definir la conducta y establecer las pautas en el tratamiento prenatal.¹⁴

En la actualidad son varios los informes que abordan la importancia del diagnóstico para precisar el manejo del tratamiento, aún en el claustro materno, con el uso de la técnica conocida por sus siglas en inglés como EXIT (*ex utero intrapartum treatment*), utilizada en fetos con severo compromiso respiratorio. Esta técnica está diseñada para permitir un parto fetal parcial, a través de una cesárea y el establecimiento de una vía fetal parcial, mediante broncoscopia, traqueostomía, al mismo tiempo que se mantiene la circulación útero placentaria. Este método requiere la participación de varias especialidades médicas, y ha tenido resultados alentadores en los casos en los cuales se ha practicado.¹⁵

Los teratomas del cuello siguen siendo a pesar del desarrollo alcanzado con las técnicas de cirugía fetal un gran reto, debido a las consecuencias del crecimiento tumoral sobre los órganos ubicados en esta región provocando la distorsión e hipoplasia de las estructuras anatómicas vecinas.¹⁶ En el manejo del asesoramiento genético debe tenerse en cuenta la alta mortalidad a la que se asocia por el compromiso para la vida del feto desde la etapa prenatal y la evolución hacia otras complicaciones obstétricas que empeoran el pronóstico materno fetal. Hasta ahora no hay evidencia que sugiera la acción de teratógenos ambientales, no se han encontrado anomalías cromosómicas en estos teratomas cervicales, ni existe asociación con otros defectos congénitos que indiquen modos mendelianos o poligénicos de herencia. El hecho de que no se haya reportado la recurrencia en gestaciones posteriores, apunta a que el riesgo de que reaparezca la lesión es bajo.¹⁷

Referencias Bibliográficas.

1. Axt Flidner R, Hendrik HJ, Ertan K, Remberger K, Schmidt W. Ultrasound Obst Gynecol. 2001;18:543-6.
2. Jordan RB, Gauderer MWL. Cervical teratomas: an analysis. Literature review and proposed classification. J Pediatr Surg. 1988;23:583-91.
3. Gagnon AL, Bebbington MW, Kamani A, Solimano A. Prenatally diagnosed fetal neck teratoma. Fetal Diagn Ther. 1998;13:266-70.
4. Shoenfeld A, Ovadia J, Edelstein T, Liban E. Malignant cervical teratoma of the fetus. Acta Obstet Gynecol Scand. 1982;61:7-12.
5. Trecet JC, Claramunt V, Larraz J, Ruiz E, Zuzuarregui M, Ugalde FJ. Prenatal ultrasound diagnosis of fetal teratoma of the neck. J Clin Ultrasound. 1984;12:509-11.
6. Patel RB, Gibson JY, D'Cruz CA, Burkhalter JL. Sonographic diagnosis of cervical teratoma in utero. AJR Am J Roentgenol. 1982;139:1220-2.
7. Herman TE, Siegel SJ. Cervical Teratoma. Journal of Perinatology. 2008;28:649-51.

8. Kamil D, Tepelmann J, Berg A, Heep R, Axt – Fliedner R, Gembruch U, Geipel A. Spectrum and outcome of prenatally diagnosed fetal tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008;31:296–302.
9. Isaacs H, Jr. Perinatal (fetal and neonatal) germ cell tumors. *J Pediatr Surg.* 2004;39: 1003-13.
10. Vranic S, Caughron SK, Djuricic S, Bilalovic N, Zaman S, Suljevic I, Lydiatt W, Emanuel J, Gatalica Z. Hamartomas, teratomas and teratocarcinosarcomas of the head and neck: Report of 3 new cases with clinico-pathologic correlation, cytogenetic analysis, and review of the literature. *BMC Ear Nose Throat Disord.* 2008;8:8-10.
11. Woodward PJ, Sohaey R, Kennedy A, Koeller K. Comprehensive Review of fetal tumors with pathologic correlation. *Radiographics.* 2005;25:215–42.
12. Muscatello L, Giudice M, Feltri M. Malignant cervical teratoma; report of a case in a newborn. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2005;11:899–904.
13. Pothari PR, Jiwan A, Kulkarni B. Congenital nasopharyngeal teratoma with cleft palate J. *Indian Assoc Pediatr Surg.* 2004;9:42–5.
14. Knox EM, Muamar B, Thompson PJ, Lander A, Chapman S, Kilby MD. The use of high resolution magnetic resonance imaging in the prenatal diagnosis of fetal nuchal tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;26(6):672–75.
15. Pellicer M, Fumarola F, Peiro JL, Martínez V, García J, Carreras E, Manrique S, Vinzo J, Perelló E. procedimiento EXIT en el manejo de fetos con severo compromiso respiratorio. La perspectiva del otorrinolaringólogo pediátrico. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007 Dec;58(10):487-90.
16. Jhonson N, Shah PS, Shannon P, Campisi P, Windrin R. A challenging delivery by EXIT procedure of a fetus with a giant cervical teratoma. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009 Mar;31(3):267-71.
17. Daskalakis G, Efthimiou T, Pilalis A, Papadopoulos D, Anastasakis E, Fotinos G, Antsaklis A. Prenatal Diagnosis and Management of Fetal Pharyngeal Teratoma: A Case Report and Review of the Literature. *Journal of Clinical Ultrasound.* 2007;35(3):159-63.