



Revista Peruana de Ginecología y  
Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y  
Ginecología  
Perú

Miranda Flores, Alan Francis; Obando Rodríguez, Juan Aurelio  
Teratoma sacrococcígeo: reporte de caso  
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 61, núm. 4, octubre-diciembre, 2015,  
pp. 423-426  
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología  
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323443430012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# CASO CLÍNICO

## TERATOMA SACROCOCÍCEO: REPORTE DE CASO

Alan Francis Miranda Flores<sup>1</sup>, Juan Aurelio Obando Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico Ginecólogo Obstetra, Asistente del Servicio de Obstetricia, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú

Fuente de financiamiento:  
Autofinanciado

Conflictos de intereses: Los autores expresan no tener algún conflicto de interés.

Artículo presentado en la sección Temas Libres del XX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, 30 de setiembre al 3 de octubre de 2014.

Correspondencia:  
Dr. Alan Francis Miranda Flores  
Dirección: Urb. Amancaes Mz G Lote 15  
Rímac  
Celular: 998738467

✉ alanmiranda04@hotmail.com

### RESUMEN

El teratoma sacrococígeo es el teratoma más frecuente del periodo neonatal. Ocasiona alta mortalidad feto-neonatal debido a su gran tamaño. Presentamos el caso de una paciente de 27 años, de 25 semanas de gestación, que acudió por consultorio externo del Instituto Nacional Materno Perinatal con el diagnóstico de teratoma sacrococígeo y fue hospitalizada para estudio. Durante su internamiento presentó ausencia de latidos fetales. La culminación del parto fue vía vaginal. La paciente no presentó complicaciones, siendo dada de alta a las 24 horas.

**Palabras clave:** Teratoma sacrococígeo, tumor germinal.

### SACROCOCYGEAL TERATOMA: CASE REPORT

#### ABSTRACT

Sacrocoxygeal teratoma is the most common teratoma in the neonatal period. Fetal and neonatal mortality is high due to its large size. The case of a 27 year-old patient, 25 weeks gestation, who was admitted to the Perinatal Maternal National Institute with the diagnosis of sacrocoxygeal teratoma is reported. During her hospitalization there was absence of fetal heartbeats. Delivery was vaginal and the patient did not present any complications; she was discharged in 24 hours.

**Keywords:** Sacrocoxygeal teratoma, germinal tumor.

## INTRODUCCIÓN

El teratoma sacrococcígeo representa la neoplasia más frecuente en el feto y neonato <sup>1</sup>. Su incidencia es 1 en 35 000 a 40 000 nacidos vivos. En la mayoría de los casos se trata de tumores benignos, pero se relacionan con una elevada morbilidad y mortalidad neonatal, y son responsables de un elevado porcentaje de complicaciones obstétricas y perinatales <sup>(1,2-5)</sup>.

La mayoría de los casos es diagnosticada intraútero. Según su aspecto en la ecografía, el teratoma sacrococcígeo puede ser quístico, sólido o mixto <sup>(3,4)</sup>. Si la masa tumoral tiene aspecto heterogéneo, esto puede deberse a áreas mixtas de necrosis tumoral, degeneración quística, hemorragia o calcificación, pudiéndose establecer su pronóstico.

El seguimiento y el estudio de la masa intraútero es clave para el manejo de estos fetos <sup>(6)</sup> y constituye unas de las indicaciones más frecuentes de cirugía fetal en los centros especializados de cirugía posnatal.

Se reporta el caso de una gestante cuyo feto presentó un teratoma sacrococcígeo.

## REPORTE DE CASO

Paciente de 27 años, primigesta, sin antecedentes familiares, personales o quirúrgicos, con 3 controles prenatales, grupo sanguíneo A Rh +, HIV no reactivo, RPR no reactivo, con embarazo de 25 semanas por FUR. Acudió a consultorio externo del Instituto Materno Perinatal el 13 de noviembre de 2013, con ecografía realizada por la unidad de medicina fetal de nuestra institución, donde informaban gestación única activa de 18 semanas, malformación congénita compleja: teratoma sacrococcígeo gigante (82x42 mm, tumoración mixta a nivel sacro). No se descartaba síndrome de regresión caudal. Oligohidramnios severo (ILA 1 cm), mal pronóstico fetal.

La paciente fue hospitalizada en el Servicio de Obstetricia D para completar estudios. Durante su primer día de hospitalización, el examen de orina mostró leucocitos 3-5 por campo, hemoglobina 8,2 g/dL, leucocitos 7 490 células x mL, abastados 1%, perfil de coagulación dentro de parámetros normales, glucosa 109 mg/dL, urea 13 mg/dL, creatinina 0,65 mg/dL. Al examen físico tenía

altura uterina de 16 cm, con latidos cardiacos fetales presentes y funciones vitales dentro de parámetros normales.

Al segundo día, se halló ausencia de latidos fetales, por lo que se decidió la maduración cervical para la expulsión del producto. Al tercer día la paciente presentó parto vaginal, obteniéndose feto de 404 gramos, sexo indiferenciado, Ápgar 0. Se observó en el feto adherencia a la placenta y siringomielia (figuras 1, 2 y 3). Se realizó legrado uterino por alumbramiento incompleto.

La paciente no presentó complicación alguna, siendo dada de alta a las 24 horas.

FIGURA 1. FETO CON TERATOMA SACROCOCÍGEO.



FIGURA 2. VISTA POSTERIOR.



FIGURA 3. FETO MUESTRA SIRINGOMIELIA Y PLACENTA ADHERIDA.





## DISCUSIÓN

El teratoma sacrococcígeo es la causa más frecuente de neoplasia germinal extragonadal en el recién nacido<sup>(1,2)</sup>. La mayoría es de sexo femenino, pero en el sexo masculino la degeneración maligna es más frecuente<sup>(6)</sup>. En nuestro caso, el sexo fue indeterminado.

Se origina a partir de una acumulación de células pluripotenciales localizadas en el nódulo de Hensen. En condiciones normales, a partir de los 18 días de la embriogénesis se localiza caudalmente en el disco embrionario y, posteriormente, estas células sufren migración y degeneración<sup>(1)</sup>. En ocasiones persisten restos que proliferan y llegan a formar estos tumores, que pueden contener tejidos derivados de las 3 capas germinales (endodermo, mesodermo y ectodermo)<sup>(1)</sup>. Pueden aparecer en cualquier localización de la línea media, desde el polo cefálico al caudal, pero la más frecuente es en el cóccix, lo cual ocurrió en nuestro caso.

Histológicamente, se les clasifica en maduros, inmaduros y malignos<sup>(6)</sup>. Hay una clasificación propuesta por la *American Association of Pediatric Surgeons* en función de la extensión del tumor. De esta forma, se distingue el tipo I (47%), cuando la masa es externa predominantemente, tipo II si se trata de una masa externa con un componente interno significativo (34%), tipo III (9%) si la masa es predominantemente interna con un componente externo pequeño, y tipo IV si es presacra (10%)<sup>(1,6,7)</sup>. El grado de extensión se relaciona con el pronóstico<sup>(6)</sup>.

En cuanto a las características ecográficas, los tumores pueden ser quísticos (el 20% y la mayoría de ellos malignos), sólidos y mixtos. Las calcificaciones están presentes en aproximadamente 35% de los casos<sup>(1,3,4)</sup>. Las masas pueden ser de gran tamaño y desplazar y distorsionar las estructuras vecinas, como la vejiga y el recto. Nuestro caso se trató de una tumoración gigante mixta.

No se asocia a ninguna anomalía específica y se puede encontrar alteraciones musculoesqueléticas, del sistema nervioso central, renal, intestinal, cardíaca, entre otras. Tampoco se relaciona con alteraciones cromosómicas. En nuestro caso, el feto presentó siringomielia y no se pudo determinar otros datos, ya que la paciente no autorizó la necropsia respectiva.

El pronóstico depende del tamaño del tumor, su histología y la ubicación y la edad del paciente. El teratoma maduro muestra una tasa de curación de 95% con la resección quirúrgica completa, incluyendo el cóccix. Los inmaduros se asocian con mayor incidencia de comportamiento maligno e impredecible.

En conclusión, el teratoma sacrococcígeo es el tumor de células germinales extragonadales más frecuente en el periodo neonatal. Se presenta con más frecuencia a nivel sacro. El pronóstico va a depender del tamaño y el tipo histológico, generalmente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estévez L, Plasencia W, Zubiría A, Castellano M. Teratoma sacrococcígeo: diagnóstico y seguimiento. *Prog Obstet Ginecol*. 2007;50(4):224-30.
2. Martínez F, Voto L, Zapaterio L, Ingelmo P, Barrios C. Manejo perinatal del teratoma sacrococcígeo gigante hipervascularizado. *Rev Cir Infantil*. 1995;1.
3. Roman AS, Monteagudo A, Timor-Tristch I, Rebarber A. First trimester diagnosis of sacrococcygeal teratoma: the role of three-dimensional ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;23:612-4.
4. Auni FE, Guiband L, Robert Y, Segers V. MR imaging of fetal sacrococcygeal teratoma. Diagnosis and assesment. *Am J Roentgenol*. 2002;178:179-83.
5. Hedrik HL, Flake AW, Crombleholme TM, Howell LJ, Jonson MI, Wilson RD, et al. Sacrococcygeal teratoma: prenatal assessment, fetal internention and outcome. *J Pediatr Surg*. 2004;39:430-8 [discussion 430-8].
6. Gutiérrez J, Calderón E, Ruano A, Vásquez G, Duarte V, Barraza L. Teratoma sacrococcígeo: informe de veinte casos. *Acta Médica Grupo Angeles*. 2003;1(2):81-6.
7. Villa JC, Visintine J, Vincenzo B. Teratoma sacrococcígeo fetal gigante complicado con un cuadro de ruptura prematura de membranas y preeclampsia materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007;58(4):322-7.
8. Benachi A, Durin L, Maurer SV, Aubr y MC, Parat S, Herlicoviez M, et al. Prenatally diagnosed sacrococcygeal teratoma: a prognostic classification. *J Pediatr Surg*. 2006;41:1517-21.
9. Asdrubal F, Gándara C, Ferraz P, Bruno S. Teratoma sacrococcígeo: reporte de tres casos. *Arq Neuro-Psychiatr*. 2004;62(2).



10. Bobarin G, Salinas S, Moscoso M, Rasguido C. Teratoma sacrococcígeo. A propósito de un caso. Rev Inst Med Su. 2008;73(131).
11. Morales R, Calderón E, Ruano A, Palacios A, De León B, Mora T, Peralta B. Teratoma sacrococcígeo. Acta Pediatr Méx. 1997;18(4):157-61.