Teratoma Sacrococcigeo:
Experiencia del Hospital Infantil de México en 18 pacientes

** Dr. José Gerardo Godoy Murillo, ** Dr. Jaime Nieto Zermeño, *** Dr. Jorge Arturo Osorio Murillo*

RESUMEN

Se publica la experiencia en Teratoma Sacrococcigeo del Hospital Infantil de México; años enero 1974 a diciembre 1991. (18 años).

Se obtuvieron 18 casos con diagnóstico anatomo patológico de Teratoma Sacrococcigeo.

El sexo femenino fue el más afectado 72% de los casos. La edad más frecuente fue el período neonatal (55.5%), con clínica de tumoración en región perineal (66%), acompañándose de malformaciones agregadas en el 50% de los casos y de estas las malformaciones vertebrales predominaron (22%).

Según la clasificación de Alunan el estadio I fue el más común (44%).

La cirugía efectuada en la mayoría, de los casos (67%) fue la resección por vía perineal exclusiva, con escasas complicaciones postquirúrgicas.

Anatomía patológica reportó 17 casos como benignos y la mortalidad fue de un 11%.

Se efectúa seguimiento en 70% de los casos sin recaídas ni transtornos de malformación ano rectal.

Palabras clave: Teratoma, Malformación, Sacrococcigeo

• Pediatra y Cirujano Pediatra, Hospital Escuela, Tegucigalpa/ Honduras.

*• Subdirector de Asistencia Quirúrgica, Hospital Infantil de México.

*** Residente de Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa/ Honduras.

SUMMARY

We publish the experience of sacrococcigeal teratoma in México Children's Hospital; from January, 1974 to December 1991. (Eighteen years).

Eighteen charts were gotten with the diagnostic of sacrocciccigeal teratoma.

Females were more affected, 72% of the cases.

The neonatal presentation was more frecuent (55%), with tumor in the perineal región (66%) along with additional malformations in 50% of the cases, of them vertebral malformations were more common (22%).

According to Altman's classif ication, the grade I was more frecuent (44%).

The type of surgery performed in most of the cases was the resection by exclusive perineal roture with a few postsurgical compíications.

Patologyreportl7benign cases, and the mortality was 11%. Up to know we have been following up 70% of the cases without relapses or anorectal malfuntion.

Key words: Teratoma, Malf ormation, Sacrococcigeal.

INTRODUCCIÓN

El Teratoma Sacrococcigeo es una neoplasia de origen embrionario formada por tejidos que provienen de las 3 capas germinales.(1)

Esta neoplasia es más frecuente en edad pediátrica y puede ser benigna, maligna o una mezcla de ambos componentes. (1,2)

Ocurren Teratomas en diversos órganos, pero en el 60% de los casos se localizan en la región Sacrococcigea. (2)

El Teratoma Sacrococcígeo representa el 3% de todas las neoplasias en pediatría, se reporta un caso por cada 40,00 nacidos vivos. (3)

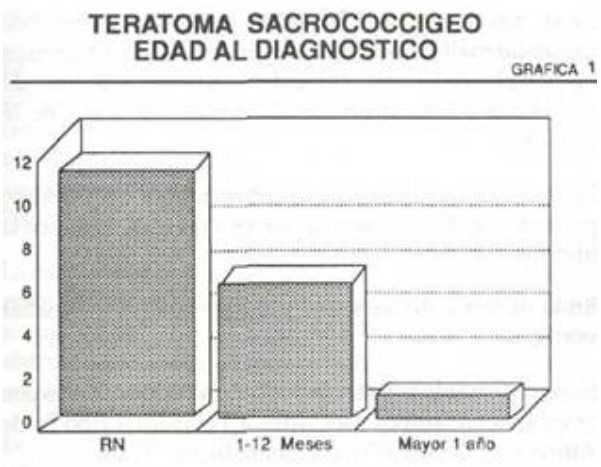
MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva, de los expedientes clínicos de aquellos pacientes con diagnóstico anatomopatológico de Teratoma Sacrococcígeo; atendidos en el Hospital Infantil de México durante el período de tiempo comprendido desde enero 1974 hasta diciembre de 1991. (18 años)

Se hizo énfasis en aspectos relacionados con el cuadro clínico, técnica quirúrgica y evolución postoperatoria, los resultados se analizaron a nivel descriptivo porcentual.

RESULTADOS

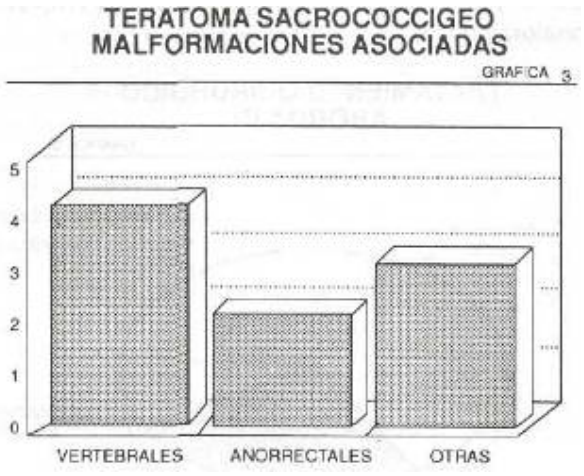
En el período de tiempo que comprendió la revisión fueron diagnosticados y tratados un total de 18 pacientes. Trece casos (72%) para el sexo femenino y 5 pacientes (28%) del sexo masculino, (gráfica 2)



En la gráfica 1 se presentan las edades al momento del diagnóstico clínico. En 10 pacientes el diagnóstico se realizó en etapa neonatal lo cual representa un 55.5% , 38.8% de los casos, se diagnosticaron durante el período de lactante menor y sólo un paciente fue mayor de 1 año de edad al diagnóstico.

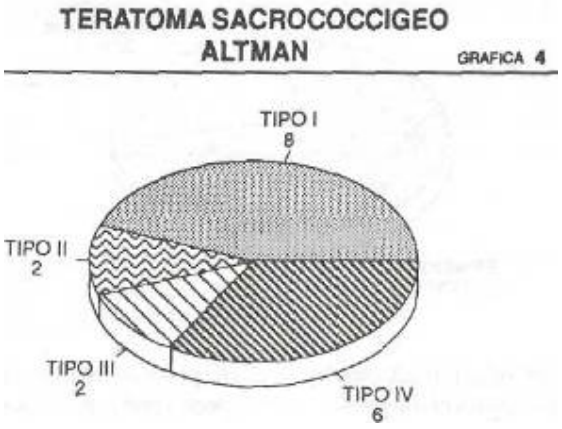
En relación al cuadro clínico predominante, en 12 pacientes el diagnóstico se sospechó por la presencia de una tumoración en la región perineal, 4 pacientes debutaron como obstrucción intestinal o de vías urina rías y en 2 casos el diagnóstico preoperatorio fue atresia rectal; siendo el Teratoma Sacrococcígeo un hallazgo fortuito durante la cirugía.

En la gráfica 3 vemos como predominaron las malformaciones vertebrales (4 pacientes), anorrectales (2).



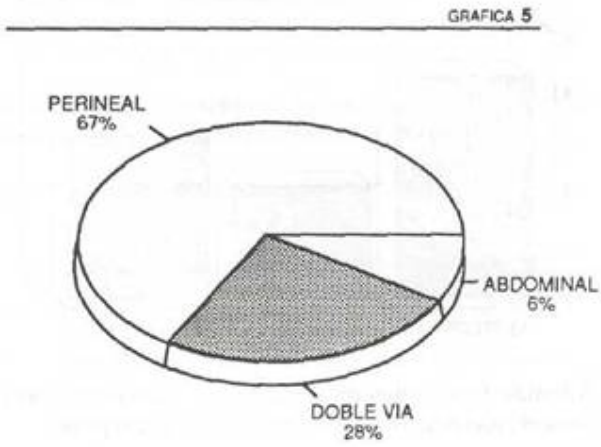
Además 3 pacientes presentaron anomalías menores, para el caso dedos supernumerarios y pie equino.

De acuerdo a la clasificación de Altman (Gráfica 4) observamos que la mayor parte de los casos fueron tipo I (8 pacientes) seguidos por tipo IV con 6 casos y por los tipos II y III con dos casos cada uno respectivamente. El 100% de lo pacientes fue sometido a cirugía y en todos ellos logró realizarse resección completa de la tumoración y coccigectomía.



En el gráfico 5 vemos que a 12 pacientes (67%) les fue resecado el tumor por vía perineal exclusiva, en 5 casos (28%) fue necesario utilizar doble vía (abdomino- perineal) y 1 solo paciente fue abordado por vía abdominal.

En cuanto a las complicaciones del tratamiento quirúrgico podemos observar como en 12 casos (67%) no existió ningún tipo de complicación perioperatoria. En 1 paciente se produjo fístula de líquido cefaloraquideo.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
ABORDAJE

En otro paciente el curso postoperatorio se complicó con infección de la herida quirúrgica y estenosis rectal. Asimismo vemos como la tasa de recurrencia en esta serie correspondió a 17% (3 casos).

Anatomía patología reportó 17 especímenes como benignos y 1 maligno.

La mortalidad fue de 11% es decir 2 pacientes.

DISCUSIÓN

La incidencia global del Teratoma Sacrococcigeo es baja.

En ésta serie presentamos 18 casos recolectados durante 18 años (1 caso por año), recordemos que el Hospital Infantil de México es un centro asistencial de tercer nivel y que recibe pacientes de las diferentes regiones de la República Mexicana.

En nuestros pacientes el diagnóstico se sospechó en etapa neonatal en el 56% de los casos (gráfica 1). La mayoría de las revisiones coinciden en lo anterior; ya que ésta es la neoplasia más frecuente en recién nacidos. (3,4)

Este tipo de tumor presenta franca predilección por el sexo femenino (1,2,3,4,5); se refiere una relación 3:1. El 72% de los casos se ubicó en pacientes femeninas (gráfica 2)

Existe un riesgo de 2.5% de la población general de presentar malformaciones congénitas; en estos pacientes habitualmente se reportan altos Índices de malformaciones congénitas asociadas; alrededor de 18 20% (5,6)

El tipo de malformaciones observadas en nuestros pacientes (gráfica 3) son similares a las reportadas en la literatura. (4,7)

En la mayoría de las series predominan las anomalías vertebrales.

Si es importante resaltar la presencia de 2 pacientes con atresia rectal; ambos asociados a Teratomas tipo IV de Altman; es decir exclusivamente intrapélvicos.

Holder (7) en 1974 ya había reportado dicha asociación, por ello en todo paciente con atresia rectal debe

considerarse la posibilidad de que exista ésta neoplasia asociada.

En 1974. Altman (5) diseñó una clasificación en 4 tipos; la cual es mundialmente aceptada. De los 398 casos que comprendía ésta serie el 82% correspondió a tumores I

El tipo I predominó (47%); dato similar con nuestros pacientes (45% Tipo I), llama la atención la incidencia tan alta que encontramos de pacientes con tipo IV (34%). ya que en o tras series sólo es de alrededor del 10% (4,5,6) los tipos II y III aportarán el 22% de los pacientes (gráfica 4).

En 12 de nuestros pacientes *(67%)* el diagnóstico clínico fue evidente por la presencia de una tumoración visible en la región perineal; lo cual es congruente con lo reportado en la mayor parte de la literatura consultada (5,6,8,).

En 4 pacientes predominaron los datos de obstrucción a nivel gastrointestinal o urinario; todos ellos pacientes con estadio avanzado y localización pélvica. Además recordemos que en dos pacientes el diagnóstico se realizó durante una cirugía por atresia rectal.

Robert Gross (9) en 1951, propuso la resección de estos tumores por vía perineal y destacó la importancia de realizar coccigectomía para así disminuir las recurrencias. Además señaló los pasos para la reconstrucción del periné. Han transcurrido 40 años y esta conducta quirúrgica se mantiene aún vigente.

En la gráfica 5 vemos como en el 67% se realizó resección completa utilizando exclusivamente la vía perineal en 5 casos; todos ellos tumoraciones gigantes con gran extensión intrapelvica. la resección total sólo pudo lograrse utilizando abordaje doble vía (Abdomino-Perineal)

La mortalidad intraoperatoria se ha reportado que oscila entre 2 y 5% (5,10). La causa principal es hemorragia exanguinante y algunos autores (11) inclusive sugieren abordaje abdominal inicial para tener acceso a la arteria aorta justo por arriba de la bifurcación de las iliacas.

En nuestra experiencia no existió mortalidad intraoperatoria y afortunadamente la hemorragia transsoperatoria no constituyó un problema importante.

En la gráfica 6 vemos como el *67%* de nuestros pacientes

no presentó ningún tipo de complicación. También vemos como se produjo recurrencia tumoral en 3 casos; todos ellos era estadio IV y diagnosticados después de los 2 meses de edad. Una serie importante (5) reportó tasas de recurrencia entre 50 y 66% en los que se realizo el diagnóstico después de los dos meses de edad.

En todos nuestros pacientes se realizó coccigectomia, Grosfeld (10) encontró tasas de recurrencia hasta de 36% en aquellos casos en que se preservaba el coxis. La mortalidad en ésta serie fue de 11 % (2 pacientes) uno de ellos presentaba extensión intramedular, ameritando laminectomía; posteriormente desarrolló una fístula de líquido cefaloraquideo, meningitis y choque séptico.

El otro paciente se diagnosticó y operó inicialmente a los 14 meses de edad; el diagnóstico inicial fue Teratoma benigno, a los 4 meses de operado recidivó como carcinoma embrionario y el paciente falleció por complicaciones en relación con la quimioterapia; básicamente inmunosupresión y sepsis.

En el resto de los pacientes existe seguimiento completo en alrededor del 70% de ellos, no se reportan recaídas ni trastornos en la función anorectal.

BIBLIOGRAFÍA

1- Grosfeld J. L.,Thomas V. N., Lowe D. Etal: Beningand Malignant Teratomas in Children: Analysis of 85 patients. Surgery 1976,80 (3):297-305.

2- Woolley M.M.: Teratomas in Ashcraft Kw, Holder T.M. PediatricSurgery, Second Editíon, Philadelphia: Saunders 1993:

3- Izant R. L, Filston H.C.: Sacrococcigeal Teratomas AM. J. Surg. 1975. 130: 617-621.

4- Raffensperger J.G., Teratoma in Swenson's Pediatric Surgery Fifth Edition, Connecticut: Appleton eindlange: 1990:383-391.

5- Altaman R. P, Randolph J.G., Lilly Jr.: Sacrococcigeal Teratoma: American AcademyofPedriatrics, surgical section survey-1973 J. Ped. Surg. 1974. 9 (3): 389-398.

6- Irving I.M: Sacrococcigeal Teratoma in Listcr J. Neonatal Surgery Third Edition. London: Butterworths, 1989: 142-152.

7- Ashcraft K.W. Holder T. M., Hcreditary Prcsacal Teratoma J. Ped Surg. 1974. 9: 691-697.

8- Wooley$_i$ M.M: Teratoma, in Welch K.J. Pediatric Surgery, Vol. 1, Fourth Edition, Year Book Medical publishers, Chicago, 1989: 265-276.

9- Grooss R., Clatworthy H. W. }r., Meeker LA JR. Sacrococcigeal Teratomas in Infants and Children: Areportof40cases. Surg. Gynecol, Obst. 1951. 92: 341-356.

10- Billmire D. F., Grosfeld J. L.: Teratomas in Childhood: Analysisiof 142 cases. J. Ped. Surg. 1986. 21. (6): 548-551.

11- Lindahl H,: Giant Sacrococcigeal Teratoma: A Mcthod of Simple Intraoperative Control of Hemorrhage.J. Ped. Surg. 1988. Vol.23, N#l, PP. 1068-1069.

... (Llamado de urgencia, Abrenuncio desmintió (a superstición popular de que los arrabiados terminaban por ser iguales al animal que los mordió. Comprobó que la niña tenía un poco de fiebre, y aunque ésta se consideraba una enfermedad en sí misma y no un síntoma de otras males, no la pasó por alto. Le advirtió al atribulado señor que la niña no estaba a salvo de cualquier mal, pues el mordisco de un perro, con rabia o sin ella no preservaba contra nada. Como siempre, el único recurso era esperar. El marqués le preguntó:

"¿Es lo ultimo que puedes decirme?"

"La ciencia no me ha dado los medios para decirle nada mas", le replico el medico con la misma acidez.

Pero si no cree en m le queda todavía un recurso. Confié en Dios

Gabriel García Márquez
Del Amón y otros Demonios, 1994

Imagen en la Práctica Clínica

Dr. Javier Sánchez Midence*

Fig. 1 Traumatismo craneoencefálico por objeto cortopunzante (Puñal de cazador)

Fig. 2 Radiografía anteroposterior de cráneo que muestra objeto corto punzante.

Fig. 3 Postoperatorio inmediato luego de extracción de puñal mediante craniectomía parietal derecho.

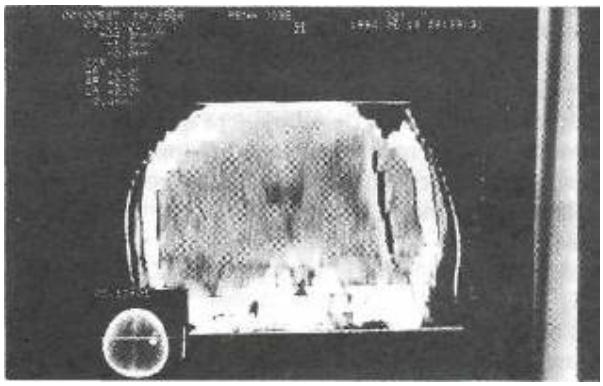


Fig. 4 Corte coronal de tomografía cerebral que muestra trayecto de herida sobre lóbulo parietal y temporal derecho.

Se invita a los lectores médicos a enviar su colaboración a ésta nueva sección de la Revista Médica Hondureña.

Especialista en Neurocirugía
Hospital Viera, Hospital Escuela e IHSS
Profesor titular 111 Dirección Científica UNAH.