

Teratoma cervical del recién nacido: Tratamiento y táctica quirúrgica.

Dres. J. Irigoyen, M.B. de Santos, V. Ortolani, C. Ortolani, E. Gorostizú, E. Antunez.

Hospital Materno Infantil. Mar del Plata, Argentina.

Resumen

El teratoma cervical en el recién nacido es una entidad poco frecuente. Se presenta un paciente con una forma gigante del tumor y su esquema terapéutico. El diagnóstico precoz, la intubación orotraqueal inmediata, la cirugía adecuada sin demora y el seguimiento a largo plazo con determinación de la curva de alfa-fetoproteína, definen la sobrevida de estos pacientes.

Palabras clave: Teratoma cervical - Neonato.

Summary

Cervical teratoma in the neonate is an unusual entity. We present herein a patient with a giant tumor and the treatment offered to him. Early diagnosis, prompt endotracheal intubation after delivery and immediate surgery are essential for prognosis. Serum alpha fetoprotein is useful for follow up.

Index words: Cervical teratoma - Newborn.

Resumo

O teratoma cervical no recém-nascido é uma entidade pouco frequente. Apresenta-se um paciente com uma forma gigante do tumor e seu esquema terapêutico. O diagnóstico precoce, a entubação orotraqueal imediata, a cirurgia adequada sem demora e o seguimento a longo prazo com a determinação da curva de alfa-feto proteína, definem a sobrevida destas pacientes.

Palavras chave: Teratoma cervical - Neonato.

Introducción

El teratoma cervical del recién nacido es una enfermedad poco frecuente cuyo desconocimiento y el tratamiento inadecuado pueden llevar a un desenlace fatal debido a insuficiencia respiratoria.

Presentación del caso

Recién nacido de término y peso adecuado para su edad gestacional, nacido por cesárea, que fue derivado a las 7 hs. de vida. Presentó depresión moderada con Apgar 1'4, 5'6, 10'8, requirió intubación orotraqueal por apnea y asistencia respiratoria mecánica



ig. 1: imagen del tumor cervical previo a la cirugía.

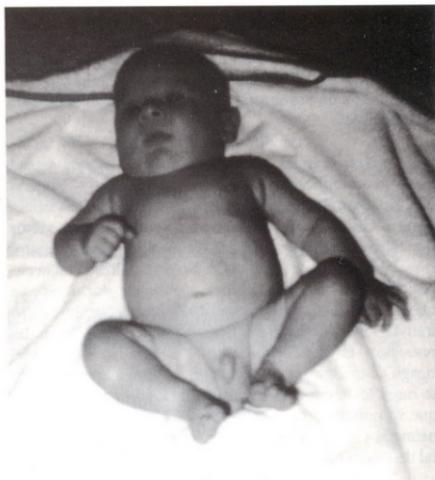


Fig. 3: control del paciente luego de la cirugía.



Fig. 2: tumor de 950 g, luego de la resección.

con parámetros mínimos en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Presentaba en la zona anterolateral del cuello una masa de tamaño similar al de su cabeza, de superficie irregular y consistencia mixta, que comprometía la dinámica respiratoria por compresión traqueal (Fig. 1).

Los análisis (Hto, Glucemia, KPTT y tiempo de protrombina) fueron normales, salvo el recuento de plaquetas de 138.000/mm³. No se utilizó tratamiento con corticoides en el prequirúrgico. El examen citológico fue normal.

A las 48 hs. de vida, a través de una incisión arciforme sobre el centro del tumor, simétrica, transversa en la línea media del cuello, se resecó el gran tumor. Se diseccionó cuidadosamente sin dañar las estructuras vecinas. Se dejó un drenaje en el lecho y se resecó la piel sobrante para lograr un cierre estético.

El tumor medía 17,5 cm x 13 cm x 11 cm, pesaba 950 grs. era encapsulado y la anatomía patológica reveló tejidos maduros derivados de las tres capas embrionarias, con presencia de cartilago, nidos escamosos, pequeños quistes revestidos por epitelio respiratorio, tejido adiposo y fibroblástico con algunas mitosis típicas. El diagnóstico fue teratoma maduro (Fig. 2).

El paciente fue extubado al tercer día. Fue dado de alta a las tres semanas después de la intervención, luego de la resolución espontánea de un gran hematoma en el lecho tumoral.

A los seis meses de vida evolucionaba favorablemente. La centellografía tiroidea, los dosajes de T3, T4, TSH, parathormona, calcio, fósforo y la TAC de cuello eran normales, al igual que la alfa-fetoproteína según la curva de Tsuchida¹ y Lahdenne².

Discusión

Los teratomas cervicales son tumores en donde el adecuado tratamiento clínico y quirúrgico inmediato son de primordial importancia para la sobrevivida del paciente¹.

La dificultad respiratoria es un índice para realizar el tratamiento quirúrgico sin demora¹ y para evitar las complicaciones respiratorias⁴. Jordan y Gauderer han propuesto una clasificación⁵. Este paciente correspondería al Grupo II. Hay un número no cuantificado de fetos que fallecen por la compresión traqueal, distress respiratorio y apnea al nacer (grupo I)^{3,5}. No coincidimos con la necesidad de lobectomía tiroidea aconsejada por otros³, ya que se trata de tumores encapsulados sin crecimiento infiltrativo, salvo que el lóbulo tiroideo sea parte del tumor. La resección en el período neonatal es curativa^{4,6} y evita el riesgo de malignización secundaria^{5,8}. Son extremadamente raros los teratomas cervicales inmaduros metastásicos, que se presentan con invasión y metástasis en el período neonatal y hasta permiten el diagnóstico ecográfico prenatal de diseminación⁷.

Esto los diferencia claramente de los teratomas cervicales de los adultos donde la malignidad es de un 43%⁵.

El diagnóstico ecográfico prenatal es de suma utilidad para planificar el nacimiento, que generalmente será por cesárea por la incompatibilidad con el canal de parto y el tratamiento precoz del recién nacido⁵. A través de la atención multidisciplinaria entre el neonatólogo, ecografista, anestesiólogo pediátrico y cirujano infantil, se puede reducir la mortalidad^{9,10}.

Se han descrito complicaciones quirúrgicas en los grandes tumores como la lesión del nervio y extirpación de las glándulas paratiroideas^{3,4}. Para evitar los hematomas importantes, es necesaria una disección cuidadosa, respetando los planos y efectuando una hemostasia prolija. El gran tamaño del tumor puede modificar, por desplazamiento, la ubicación anatómica normal de las estructuras vitales¹.

Bibliografía

1. Johnston PW: The diagnostic value of alpha-fetoprotein in an infant with sacrococcygeal teratoma. *J Pediatr Surg* 23:862-863, 1988.
2. Lahdeme P, Kausela P, Siimes M et al: Biphasic reduction and aconanavalin A binding properties of serum alpha-fetoprotein in preterm and term infants. *J Pediatr* 118:272-276, 1991.
3. Gundry SR, Wesley JR, Klein MP et al: Cervical teratomas in the newborn. *J Pediatr Surg* 18:382-386, 1983.
4. Benedicetti JL, Chavarría O, Gutiérrez C: Teratoma cervical en el recién nacido. *Rev de Cir Infantil* 3:119-122, 1993.
5. Jordan RB, Gauderer MW: Cervical teratomas: An analysis. Literature review and proposed classification. *J Pediatr Surg* 23:583-591, 1988.
6. Tapper D, Lack E: Teratomas in infancy and childhood. A 54-year experience at the Children's Hospital Medical Center. *Ann Surg* 198:398-409, 1983.
7. Bauman FR, Nerlich A: Metastasizing cervical teratoma of the fetus. *Pediatr Pathol* 13:95-98, 1993.
8. Kelly MF, Berenholz L, Rizzo KA et al: Approach for oxygenation of the newborn with airway obstruction due to a cervical mass. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 99:179-182, 1990.
9. Hester TO, Camnitz PS, Albermar MS et al: Superficial carotid artery secondary to cervical teratoma. *Ear Nose Throat J* 70:524-526, 1991.
10. Zerella JT, Finberg FJ: Obstruction of the neonatal airway from teratomas. *Surg Gynecol Obstet* 170:126-131, 1990.

Trabajo aceptado para su publicación en julio de 1995.

Dr. J. Irigoyen

Hospital Materno Infantil
Mar del Plata
Argentina