

CASOS CLÍNICOS

Teratoma maduro craneo facial derecho: presentación de un caso clínico inusual

Dr. Jorge Brun Sanjinés *, Dr. Oscar Portugal Gutiérrez **, Dr. Luis Tamayo Meneses ***
Dra. Ruth Fernandez Hinojosa ****, Dr. Berti Omar Moreno Lagos *****

RESUMEN

El Teratoma Maduro es una patología que se presenta con poca frecuencia en región craneo facial ya que en la literatura se describen con mayor frecuencia los teratomas en región sacro coccigea. En niños aparece a muy corta edad y en niñas cerca de la pubertad de localización ovárica. Estos tumores deben ser sometidos a resección quirúrgica, tratando de extirparlo en su totalidad para evitar su recidiva.

Presentamos el caso de un neonato de 4 días de edad que ingresa al Hospital del Niño de la ciudad de La Paz por presentar una tumoración en región craneo facial lateral derecha, de consistencia mixta, base no movable, con una dimensión de 10cm x 10 cm.

A objeto de llegar a un diagnóstico que permita la exéresis del tumor, se realizaron varios exámenes complementarios los cuales finalmente posibilitaron su retiro quirúrgico, correspondiendo el tumor a un teratoma maduro craneo facial derecho. Se publica el presente caso por su localización y dimensiones inusuales.

PALABRAS CLAVE

Rev. Cuadernos 2007: 52 (1): 64 - 68 / Teratoma craneo facial, exéresis, cirugía reparadora y reconstructiva.

ABSTRACT

The ripe teratoma is a pathology that appears seldom in the craneo facial region, since in the literature the teratomas in the sacro coccigeal area are described more often. In boys it appears at a very young age, and in girls close to puberty being localized in the ovaries. These tumours must be surgically excised, trying to extirpate them totally in order to avoid reappearance of the growth.

We present the case of a 4 days old newborn who was admitted to the Hospital del Niño in La Paz, due to a tumour in the right lateral craneo facial region, of mixed consistence, base not movable, with a dimension of 10 cm x 10 cm.

With the purpose to arrive at a diagnose that permitted the excision of the tumour, various complementary examinations were carried out which finally made the surgical extirpation possible being the tumour a ripe right craneo facial teratoma. We publish the present case because of its unusual localization and dimensions.

KEY WORDS

craneo facial teratoma, excision, surgery of reparation and reconstruction

INTRODUCCION

Si bien los teratomas son el tipo histológico más frecuente dentro de los tumores cerebrales en fetos y recién nacidos ^{1,2} el Teratoma Maduro es muy poco frecuente en región craneo facial, estos suelen presentarse en el ovario o en sitios extra gonadales; son el subtipo histológico más común de tumores de células germinales en la infancia ^{3,4}

Los teratomas suelen contener tejidos bien diferenciados de las capas de células germinales ectodérmica, mesodérmica y endodérmica, pudiéndose encontrar cualquier tipo de tejido dentro del tumor. Los teratomas maduros son benignos, aunque algunos teratomas maduros e inmaduros pueden secretar enzimas u hormonas, incluso insulina, hormona del crecimiento, andrógenos, prolactina y vasopresina ^{5,6}

En la publicación realizada por Isaacs sobre 250 tumores perinatales, los teratomas cerebrales representan el 29.6% del total. Le siguen en frecuencia los tumores neuroepiteliales, el astrocitoma, meduloblastoma, ependinoma, papiloma de plexos coroideos ² (Tabla 1).

Dentro la clasificación histológica de los teratomas tenemos: teratomas maduros, teratomas inmaduros, tumores malignos de células germinales.

*Jefe del Servicio de Neurocirugía – Hospital Del Niño- La Paz Bolivia
Correo electrónico:

** Jefe del Servicio de Cirugía Plástica - Hospital Del Niño –La Paz Bolivia

*** Pediatra Hospital del Niño – La Paz Bolivia – Docente Emérito UMSA

**** Médico Patólogo, Hospital del Niño/La Paz Bolivia - Docente Emérita UMSA

***** Médico Cirujano. Diplomado en Gestión Estratégica en Servicios de Salud - Universidad Mayor de San Andrés.

Tabla 1 Tipos histológicos más frecuentes en 250 tumores cerebrales fetales y neonatales.

TUMOR	%
Teratoma	29,6
Astrocitoma	18,8
Tumores neuroectodérmicos primitivos	13,2
Tumor de plexos coroideos	13,2
Craniofaringioma	6,8
Tumor meníngeo	5,6
Tumor ependimal	4,4
Ganglionioma	2,0
Spongioblastoma	1,2
Méduloepitelioma	1,2
Tumor rabdoide	0,8
Astroblastoma	0,8
Hemangioblastoma	0,8
Oligodendroglioma	0,8
Teratoide/rabdoide atípico	0,4
Hamartoma hipotalámico	0,4

Fuente: Isaacs H. *Pediatr Neurol* 2002;27:249-61

Teratomas inmaduros también contienen tejidos de las tres capas de células germinales, pero tienen, además, tejidos inmaduros, especialmente neuroepiteliales. Los teratomas inmaduros pueden clasificarse en grados de 0 a 3 basándose en la cantidad de tejido inmaduro que se encuentre en el espécimen⁷. Los tumores de grado alto son más propensos a tener focos de tumor del saco vitelino⁸. Los teratomas inmaduros se presentan principalmente en sitios extragonadales en los niños de corta edad y en los ovarios en las niñas alrededor de la pubertad, pero no existe correlación entre el grado del tumor y la edad del paciente^{8,9}.

Tumores malignos de células germinales contienen tejidos que se originan en las células germinales (es decir, tumores del saco vitelino, germinoma, carcinomas embrionarios o coriocarcinomas), raras veces, tejidos de origen somático. Los elementos malignos aislados pueden constituir una pequeña fracción de un teratoma predominantemente inmaduro^{9,10}. Los tumores del saco vitelino producen alfa-fetoproteína (AFP), mientras que los germinomas y especialmente los coriocarcinomas producen beta-gonadotropina coriónica humana, lo que se traduce en concentraciones séricas elevadas de estas sustancias.

CASO CLINICO

Producto de segundo embarazo, de cuatro días de edad, nacido en domicilio atendido por médico de área con referencia de llanto inmediato al nacimiento.



Fig. Nº 1 Vista frontal



Fig. Nº 2 Vista pósterolateral e inferior

El examen físico muestra un neonato a término, AEG, que presenta una tumoración lobulada de consistencia firme, aparentemente no dolorosa, de 10 x 10 cm de dimensión, ubicada en región temporal derecha, aspecto quístico de consistencia sólida, que puede corresponder a hueso temporal; la valoración por neurocirugía sugiere aparente teratoma; a la palpación huesos frontal, parietal y temporal izquierdos normales con suturas y fontanela anterior abierta, no tensa; desviación de párpado y comisura labial del mismo lado, (Figuras 1 y 2). En el resto del examen, fuera de una discreta ictericia, no se hallan particularidades.

Se solicitaron los siguientes exámenes complementarios: ecografía de la tumoración que reporta masa quística en región frontotemporoparietal derecha, **sin comunicación** con parénquima cerebral; ecografía craneal transfontanelar, normal.

Para ratificar lo anterior se realiza angiografía cerebral carotídea y TAC de cráneo a fin de descartar el diagnóstico de un encefalocele, higroma quístico o linfangioma.

