

# Teratoma cervical congénito, utilidad de la resonancia magnética (RM) para el abordaje multidisciplinario.

Autores: Mestas Nuñez M.; Covini  
D.; Ritacco L.; Adri D.; Otaño L.;  
Aiello H.

## Introducción

Los **teratomas cervicales** representan entre 3-5% del total de los teratomas, con una incidencia de entre 1/20.000 a 1/40.000 nacidos vivos.

A pesar de ser en su mayoría benignos, debido a su crecimiento pueden comprometer estructuras vecinas dando polihidramnios y/o obstrucción de la vía aérea, siendo esta última la principal causa de su alta morbi-mortalidad.

El **ultrasonido** (US) y la **resonancia magnética** (RM), dan una detallada información del tumor y sus relaciones anatómicas, permitiendo planificar la maniobras terapéuticas al momento del nacimiento.

## Presentación del Caso

Presentamos un caso diagnosticado por ultrasonido (US) en **semana 20** de gestación, el cual evidenció masa cervical anterior, sólido-quística compatible con teratoma entre los diagnósticos diferenciales.

Para mayor caracterización de la formación, su extensión y relación con estructuras vecinas se realizó **RM fetal** confirmando el diagnóstico y objetivando hiperextensión cervical con oclusión de la vía aérea principal.

Como complicaciones presentó polihidramnios, hidrops fetal y muerte a las 29 semanas. La anatomía patológica describió un **tumor mixto germinal** con **metástasis pulmonares**, no detectadas por imágenes prenatales.

## Hallazgos Imagenológicos

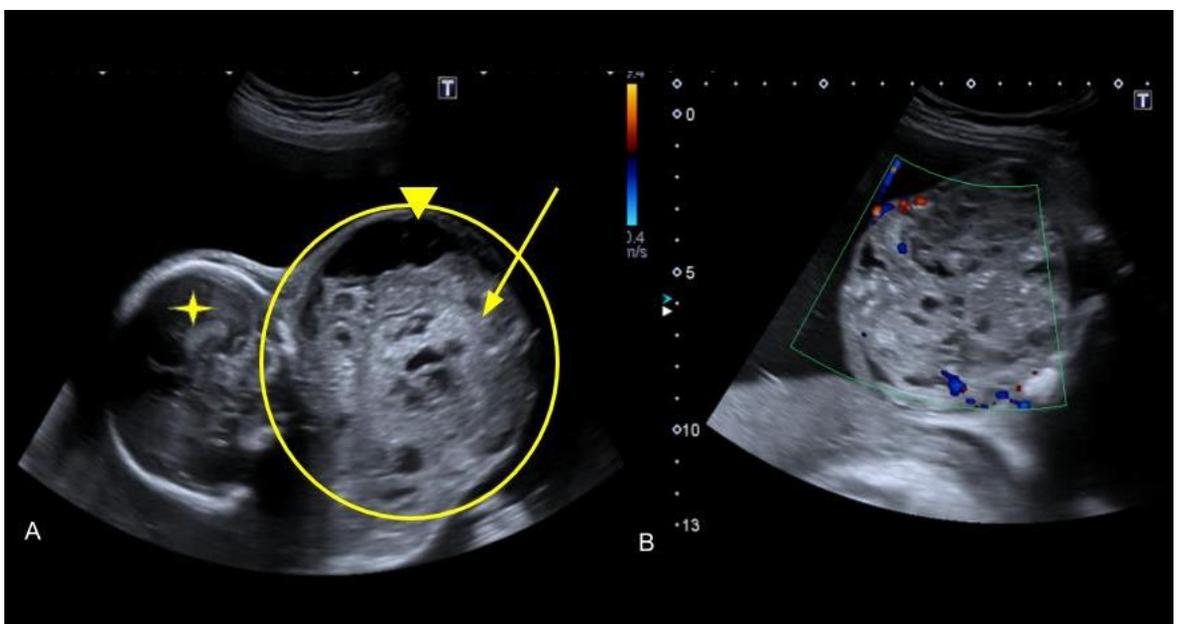


Fig. 1 Ecografía 2do Trimestre. (A) Se evidencia formación de bordes definidos de localización cervical anterior (círculo), presenta estructura heterogénea con áreas sólidas (flecha) y quísticas (cabeza de flecha), hacia posterior se identifica el encéfalo fetal (estrella) . Al examen Doppler color (B) no se evidencia vascularización de la lesión descrita.

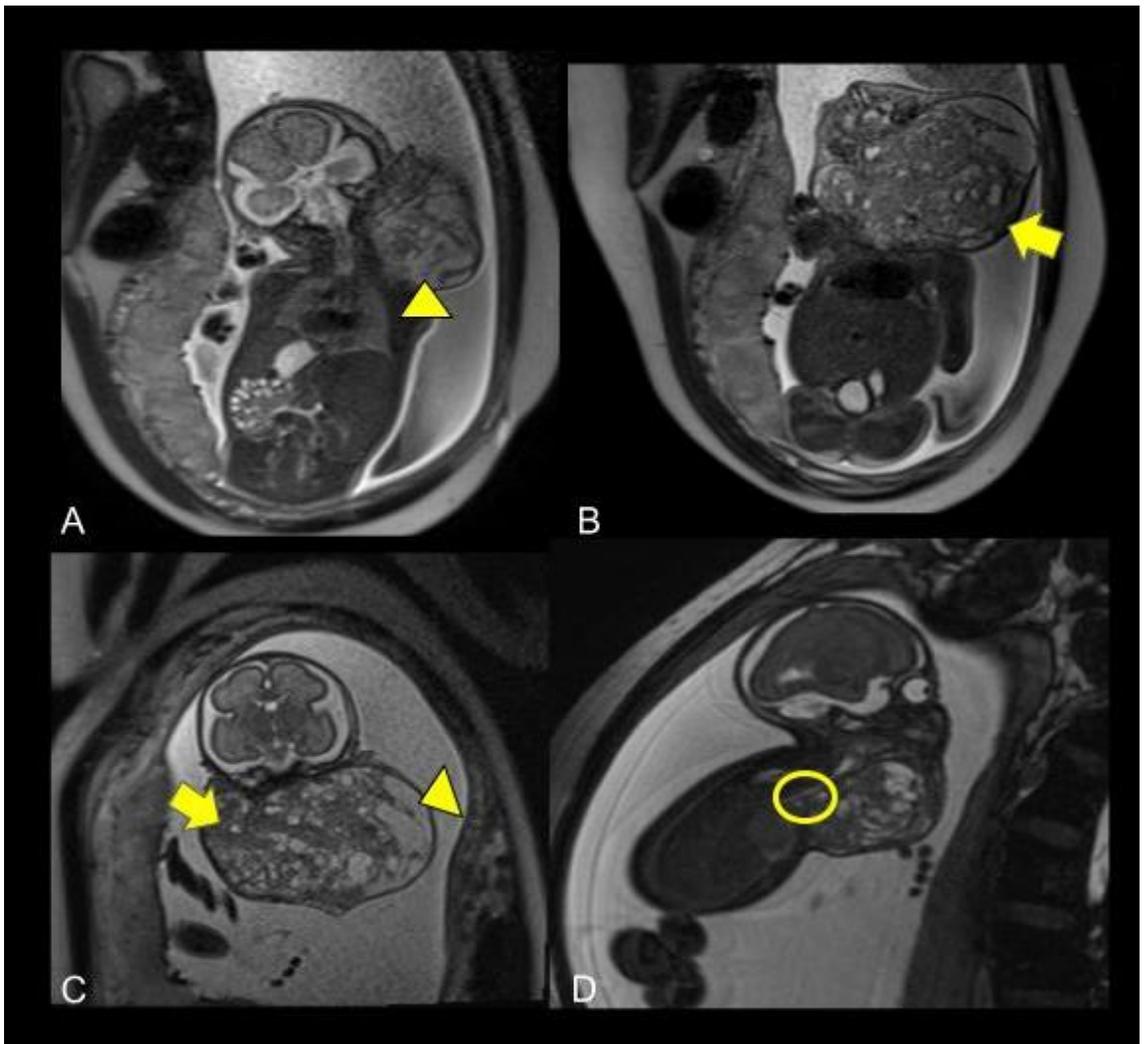


Fig. 2 Imágenes de RM Fetal en secuencias ponderadas en T2, que confirma formación cervical lateral izquierda de 10 cm aproximadamente, con señal heterogénea, con áreas sólidas (flecha) y quísticas (cabeza de flecha). D) Se observa la relación de la masa tumoral con la vía aérea principal. Se señala (círculo) compresión del tercio distal de la tráquea.

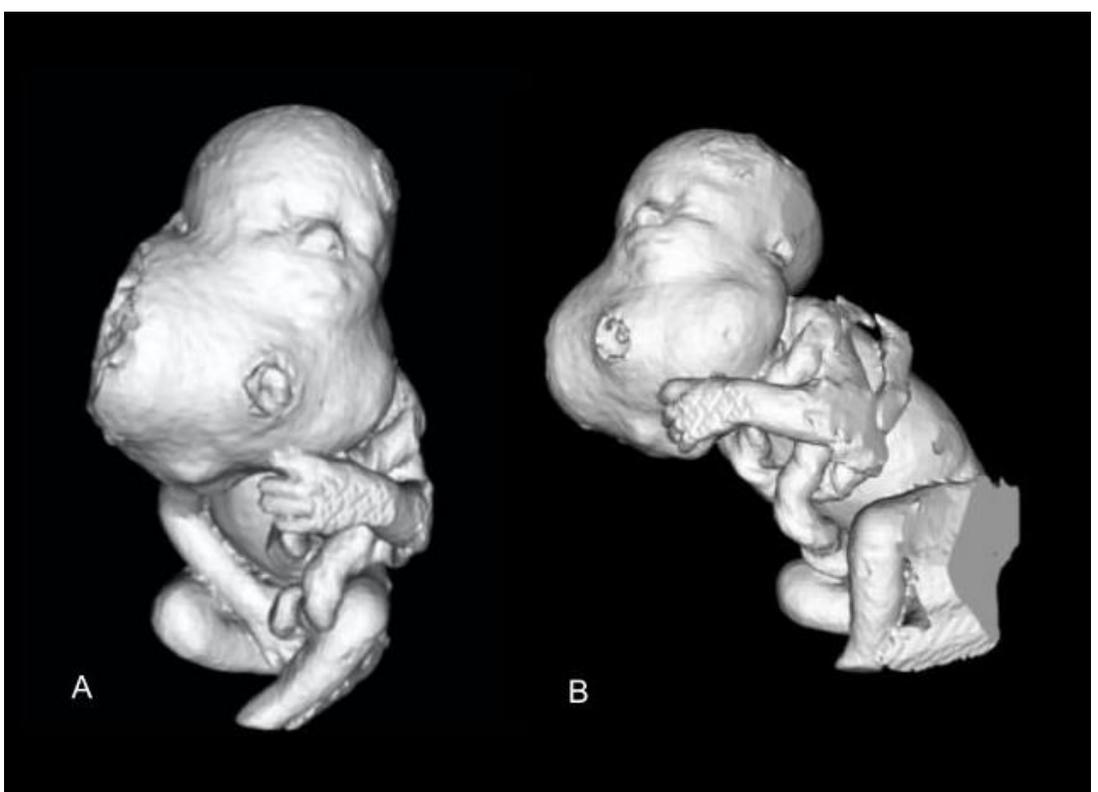


Fig. 3 Reconstrucciones 3D a partir de volúmenes obtenidos por IRM.

## Discusión

Los teratomas se hallan comúnmente en la región anterior del cuello, lo que ayuda a diferenciarlos de otros tumores como los hemangiomas, generalmente laterales, y malformaciones linfáticas usualmente posteriores.

Son **masas multilobuladas**, de bordes bien delimitados, que suelen adquirir gran tamaño (entre 5 y 12 cm), como en el caso presentado.

Pueden ser caracterizados a través de US y RM, como masas bien delimitadas, con componentes quísticos y sólidos. Las **calcificaciones** son consideradas patognomónicas, aunque de difícil visualización por RM. La presencia de **grasa** es también un hallazgo importante para diferenciarlo de otras entidades, visualizándose como sectores de intensidad intermedia - hiperintensa en secuencias ponderadas en T1. La RM permite conocer su localización y extensión exacta con respecto al resto de las estructuras anatómicas y, sobre todo, el grado de compromiso de la vía aérea para un correcto planeamiento quirúrgico. La **compresión** de la **vía aérea** plantea la necesidad de planificar prenatalmente procedimientos de alta complejidad como el EXIT (ex-útero intrapartum therapy) que comprende asegurar la vía aérea del feto mientras aún mantiene la circulación placentaria durante la cesárea bajo anestesia general de la madre.

## Conclusión

El rol de las imágenes es fundamental, no solo para la caracterización de las lesiones cervicales sino que además, para valorar la extensión. Asimismo, la RM se destaca por su capacidad de discriminación tisular siendo posible delimitar la relación del tumor y estructuras vecinas, con sus limitaciones inherentes.

Ante el compromiso de la vía aérea como en el caso aquí presentado, las imágenes adquiridas por US, RM y reconstrucciones 3D, permiten una planificación multidisciplinaria con la finalidad de ofrecerle al paciente un óptimo manejo.

# Bibliografía

- Dunn, C. J., D. L. Nguyen, and J. C. Leonard. 1992. *"Ultrasound Diagnosis of Immature Cervical Teratoma: A Case Report."* American Journal of Perinatology 9 (5-6): 445–47.
- Jordan, R. B., and M. W. Gauderer. 1988. *"Cervical Teratomas: An Analysis. Literature Review and Proposed Classification."* Journal of Pediatric Surgery 23 (6): 583–91.
- Kornacki, Jakub, and Jana Skrzypczak. 2017. *"Fetal Neck Tumors - Antenatal and Intrapartum Management."* Ginekologia Polska 88 (5): 266–69.
- Nagarajan, Murali, Kedar G. Sharbidre, Sudeep H. Bhabad, and Sharon E. Byrd. 2018. *"MR Imaging of the Fetal Face: Comprehensive Review."* Radiographics: A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc 38 (3): 962–80.
- Muscatello, Luca, Marco Giudice, and Maddalena Feltri. 2005. *"Malignant Cervical Teratoma: Report of a Case in a Newborn."* European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies : Affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery 262 (11): 899–904.
- Olivares, Emily, Justin Castellow, Jamil Khan, Susanne Grasso, and Victor Fong. 2018. *"Massive Fetal Cervical Teratoma Managed with the Ex Utero Intrapartum Treatment (EXIT) Procedure."* Radiology Case Reports 13 (2): 389–91.
- Smirniotopoulos, J. G., and M. V. Chiechi. 1995. *"Teratomas, Dermoids, and Epidermoids of the Head and Neck."* Radiographics: A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc 15 (6): 1437–55.
- Tonni, Gabriele, C. De Felice, G. Centini, and C. Ginanneschi. 2010. *"Cervical and Oral Teratoma in the Fetus: A Systematic Review of Etiology, Pathology, Diagnosis, Treatment and Prognosis."* Archives of Gynecology and Obstetrics 282 (4): 355–61.
- Touran, Touraj, Harry Applebaum, Daniel B. Frost, Robert Richardson, Paddy Taber, and John Rowland. 1989. *"Congenital Metastatic Cervical Teratoma: Diagnostic and Management Considerations."* Journal of Pediatric Surgery 24 (1): 21–23.