

Medicentro Electrón. 2012 oct.-dic.;16(4)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
«DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Por:

Lic. Tamara Baldomir Mesa¹, Dr. Rafael Castillo García² y Dr. Javier Ernesto Lagomasino Hidalgo³

1. Especialista de I Grado en Histología. Dpto. de Morfofisiología. Asistente. UCM-VC. e-mail: tamarabm@ucm.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Hospital Universitario «Dr. Celestino Hernández Robau». Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
3. Residente de Cirugía General. Hospital Universitario «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara, Villa Clara.

Descriptores DeCS:

TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO
NEOPLASIAS DEL MEDIASTINO/diagnóstico
NEOPLASIAS DE CÉLULAS GERMINALES Y
EMBRIONARIAS

Subject headings:

ENDODERMAL SINUS TUMOR
MEDIASTINAL NEOPLASMS/diagnosis
NEOPLASMS, GERM CELL AND
EMBRYONAL

El tumor de seno endodérmico gonadal fue descrito por primera vez en el año 1959, por Teilum¹. La localización más frecuente es a nivel gonadal, aunque se sabe que un 20 % son extragonadales. Puede afectar diversas zonas: área sacrococcígea, vagina, retroperitoneo, hígado, sistema nervioso central y mediastino^{2,3}.

Los tumores de seno endodérmico extragonadal derivan del endodermo extraembrionario y se pueden desarrollar en cualquier área de la línea media; son tumoraciones más frecuentes en varones de edades tempranas, y en muchas ocasiones se asocian a otras neoplasias, principalmente hematológicas⁴.

Desde el punto de vista clínico, son tumores que no ocasionan síntomas ni signos por sí mismos, y constituyen un hallazgo casual tras adquirir grandes dimensiones y comprimir estructuras adyacentes.

La complejidad de estos tumores, en cuanto a su análisis histopatológico y ubicación⁵, así como su infrecuencia, nos motivó a presentar este caso.

Presentación del paciente

Paciente masculino de 42 años de edad, piel blanca que ingresa en el servicio de Oncología con el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón, para recibir tratamiento de quimioterapia.

Se le realiza tomografía axial computarizada (TAC) de pulmón, donde se observan múltiples imágenes hiperdensas, polilobuladas que conforman un conglomerado a nivel de la región supraclavicular derecha en relación con adenomegalia, con imagen hiperdensa de 20 x 45 mm de aspecto tumoral que provoca ensanchamiento paramediastínico superior, medio e inferior derecho, se introduce en el hemiabdomen superior y ocupa los compartimientos anterior, medio y posterior del mediastino, de densidad heterogénea, sin calcificaciones en su interior, de contornos

262

irregulares, que mide 13 x 9 x14 cm. Dicho proceso provoca compresión y desplazamiento de la tráquea, la aorta ascendente y la vena cava superior, sin derrame pleural. Hacia la base izquierda existen dos pequeños nódulos espiculados, el mayor mide 15 mm; se acompaña, además, de imágenes hiperdensas, sugestivas de adenomegalia, localizadas por delante del cayado de la aorta, interbronquiales, intertraqueales e hiliares izquierdas, la mayor de 23 x 18 mm. Se visualizan segmentos de hígado, páncreas y bazo que son normales, así como las glándulas suprarrenales, y no se observa erosión ósea.

Posteriormente, el paciente comienza a presentar una marcada toma del estado general, cefalea, vómitos, vértigos, astenia, anorexia, déficit motor, con disminución de la presión de la pinza muscular, por lo que es hospitalizado nuevamente. Se le indica TAC de cráneo, donde se observan múltiples lesiones focales ocupativas nodulares, hipodensas, con halo hiperdenso, bordeadas por edema, en número de 6, localizadas en el hemisferio cerebeloso izquierdo, región occipital y temporal derecha, izquierda y frontoparietal izquierda; existe un ligero colapso del sistema ventricular derecho y ligero desplazamiento de la línea media derecha izquierda, que impresiona corresponder con lesiones de metástasis; no se encuentran alteraciones óseas.

Se le indica radiografía de tórax, en la que se observa imagen radiopaca polilobulada, en íntimo contacto con el área cardíaca, que ocupa el mediastino medio e inferior. Se le realiza ultrasonido y se observa imagen ecogénica de contornos lobulados que mide 127 x 75,4 mm. Diagnóstico: Tumor mediastinal.

Es remitido a la consulta multidisciplinaria de tumores torácicos. Se valora a un paciente que refiere aumento de volumen en la región derecha del cuello, que se acompaña de dolor y falta de aire.

Al realizar el examen físico general, se constata: piel y mucosas húmedas y normocoloreadas, tejido celular subcutáneo no infiltrado. En el examen físico regional, se detectan adenopatías en la región supraclavicular derecha, de consistencia pétreas, que forman una masa de aproximadamente 4 - 6 cm.

Aparato respiratorio: Expansibilidad torácica normal, no circulación colateral, ni presencia de tumores o nódulos superficiales; murmullo vesicular conservado, no se auscultan estertores. Frecuencia respiratoria: 18 x min.

Aparato cardiovascular: Se perciben ruidos cardíacos rítmicos y bien golpeados, no se auscultan soplos; frecuencia cardíaca: 79, tensión arterial: 110/70 mmHg.

Abdomen: No se encuentran alteraciones.

Sistema nervioso central: paciente consciente y orientado.

Hemograma: Hemoglobina: 12,6 g/l; plaquetas: $180 \times 10^{12}/l$; leucocitos: $8 \times 10^9/l$; eritrosedimentación: 49 mm.

Por la presencia de adenopatías cervicales, se le realiza ultrasonido de cuello, la región supraclavicular derecha se encuentra tomada por gruesos conglomerados de adenopatías en íntimo contacto con la arteria subclavia, muy vascularizados. Se le realiza biopsia, cuya muestra se corresponde con el diagnóstico de tumor del seno endodérmico (Figura).

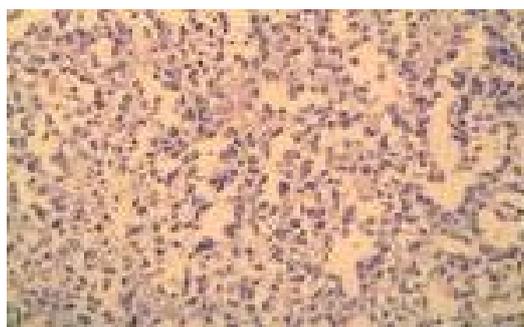


Figura Tumor del seno endodérmico con células inmaduras e indiferenciadas. Hematoxilina y eosina. 40X.

Inmunohistoquímica: alfafetoproteína positivo, CK positivo, TTF1-Negativo.

Se decide iniciar tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Comentario

Las características clínicas de los tumores de células germinales dependen de su localización anatómica y de su variedad histológica. Desde el punto de vista clínico, son tumoraciones asintomáticas por sí mismas; se encuentran de forma casual cuando adquieren grandes dimensiones y comprimen estructuras adyacentes⁶.

Entre las características clínicas de los tumores de células germinales en el mediastino, se ha informado una frecuencia relativa de un 6 %, y se describen síntomas de tos, disnea y masa en mediastino anterior⁷.

Estos tumores de localización mediastínica constituyen una entidad diagnóstica poco frecuente y ocupan aproximadamente el 20 % de las lesiones tumorales de esta área. De los tumores de células germinales en el mediastino, los más frecuentes son los teratomas quísticos maduros y los seminomas; son asimismo los menos frecuentes los tumores de seno endodérmico, y entre estos últimos, los que son puros².

Mediante técnicas de imagen radiodiagnóstica, se comprueba que son tumoraciones no encapsuladas y mal delimitadas.

El tumor de células germinales más común es el que se origina en las células germinales intratubulares.

Al realizar el histodiagnóstico, muestran una celularidad inmadura, indiferenciada. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, la celularidad es positiva en las pruebas de citoqueratina y alfafetoproteína².

En los tumores de células germinales, los marcadores tumorales están mejor caracterizados y son de mayor utilidad para esclarecer el diagnóstico. Estos marcadores pueden ser detectados por coloración inmunohistoquímica de fragmentos de tejido o mediciones en sangre⁶.

La principal marca histológica de estos tumores es la presencia de inclusiones citoplasmáticas eosinofílicas, con tinción de PAS (periodic acid shiff) positiva.

La alfafetoproteína desaparece del suero hacia los tres meses de vida. Se eleva en estos tumores y tiene una vida media de cinco días; debe regresar a un valor normal (menos de 20 mg/ml) en el siguiente mes después de la cirugía. Se pueden presentar falsos positivos de la alfafetoproteína por disfunción hepática⁸.

El único tratamiento es la escisión quirúrgica completa del tumor, pero debido a lo tardío de su diagnóstico, lo más frecuente es la recurrencia⁵.

El tumor puro de seno endodérmico extragonadal tiene un pronóstico desfavorable y en distintas series se ha observado una supervivencia media de 23 meses, al contrario de lo que ocurre con otros tumores de células germinales extragonadales, como el seminoma y el teratoma quístico maduro⁸.

Referencias bibliográficas

1. Shibata K. Establishment and Characterization of an Ovarian Yolk Sac Tumor Cell Line Reveals Possible Involvement of Nkx2.5 in Tumor Development Oncology. 2008;74(1):104-11.
2. Pérez Suárez JC, Cabrera Morales MM, González González K, Martínez Rabasa M. Tumor del seno endodérmico primario en mediastino. Presentación de un caso. Congreso de Anatomía Patológica. España [Internet]. 2005 [citado 12 mar. 2012]. Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/314.pdf>
3. Verma M, Al Hakim A, Berney D. Late recurrence of an ovarian yolk sac tumour as a carcinosarcoma. Pathology. 2007;39(6):601-3.
4. Rosai J. Mediastinum: germ cell tumors. En: Rosai and Ackerman's. Surgical Pathology. Barcelona: Mosby; 2004. p. 1436-41.
5. Ojeda Díaz O. Tumor del seno endodérmico: Presentación de un caso. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2012 [citado 15 sep. 2012];16(2):[aprox. 5 p]. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Posada Díaz A. Tumores de células germinales. En: Uribe Restrepo FL, Arango Rave ME. Cirugía Pediátrica [Internet]. Colombia: Universidad de Antioquia; 2002 [citado 15 mar. 2012]. Disponible en: http://books.google.com.cu/books?id=LM_HxZyJSoAC&pg=PA195&lpg=PA195&dq=&source=b&f=false
 7. Cao Avellaneda E, Alarcón Martínez H, Fuster Soler JL, López Cubillana P, Llinares Riestra E, Pérez Albacete M. Tumores testiculares y paratesticulares prepuberales. Experiencia en nuestro centro y revisión de la literatura. Actas Urol Esp. 2005 abr. [citado 12 mar. 2012];29(4):[aprox. 4 p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=en OK
 8. García Velasco A. Valor pronóstico del estudio molecular en tumores de células germinales y su relación con la resistencia al cisplatino [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2009. [citado 18 mar. 2012]. Disponible en: <http://www.thesisde.com/d/Tesis/6515/Ok>

Recibido: 9 de abril de 2012

Aprobado: 30 de junio de 2012