

Tumor del Seno Endodérmico: a propósito de un caso

Autores: Avalos Ma. Victoria, Blanco Ma. Agustina, Pattin Alejandro

Hospital Churruca Visca

Correspondencia

María Victoria Avalos
e-mail: mvavalos83@gmail.com

Recibido: 22.02.2016

Aceptado: 08.06.2016

Caso clínico

Paciente masculino de 27 años, tabaquista de 5 pack/year. Consulta porque presenta dolor torácico. No refiere otra sintomatología acompañante. Niega poseer otros antecedentes.

Se realiza radiografía de tórax frente, la cual evidencia formación redondeada de contornos netos radiopaca ubicación parahiliar izquierdo, que muestra signo de la silueta (Figura 1).

En la tomografía de tórax, se puede ver comprometiendo el mediastino anterior con extensión

hacia el hemitórax izquierdo, masa de densidad de partes blandas, entre 30 y 50 HU, con refuerzo heterogéneo tras la administración de contraste. No se observan adenopatías. (Figuras 2, 3 y 4).

El laboratorio evidencia LDH 440, AFP 6583, BHCg < 2.

Se realiza toma de muestra por punción aspiración con aguja fina, guiada por tomografía.

Se diagnostica tumor de Seno Endodérmico. Se inicia quimioterapia con cisplatino, etopósido y bleomicina.

Discusión clínica

El mediastino se localiza en la porción central del tórax, usualmente se divide en anterior, medio y posterior. Los tumores se localizan con mayor frecuencia en mediastino anterior¹.

Los tumores extragonadales de células germinales pueden ser benignos o malignos. Los malignos se dividen en seminomatosos y no seminomatosos. El Tumor de Seno Endodérmico, es un tumor de células germinales no seminomatoso^{2,3}. Su incidencia se estima en 5% de los tumores de mediastino⁴.

El 90% de estos tumores se desarrollan en varones de entre 25 y 30 años de edad. Presentan síntomas escasos: disnea (25%), dolor torácico (25%), tos (17%), fiebre (13%), descenso de peso



Figura 1



Figura 2

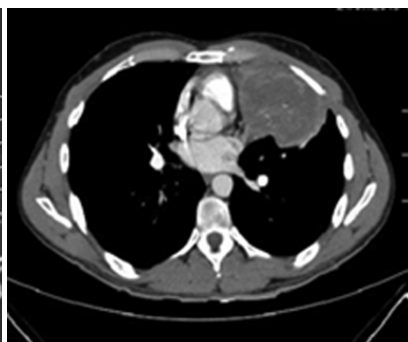


Figura 3



Figura 4

(11%). En las distintas descripciones predomina el dolor torácico⁵.

Usualmente son productores de alfa fetoproteína (AFP), beta gonadotropina (BHCG) y elevación de LDH. La elevación de los marcadores tumorales tiene valor diagnóstico, pronóstico e implicancia terapéutica⁵.

Los tumores no seminomatosos presentan metástasis en el 50% de los casos en el momento del diagnóstico, siendo más frecuente la invasión locoregional al pericardio, bronquios, grandes vasos y pared torácica y la diseminación hematológica a pulmones, hígado y huesos⁴. Se suelen asociar a enfermedades oncohematológicas. 20% de los pacientes presenta asociación con Síndrome de Klinefelter³. Los pacientes tienen un riesgo de desarrollar en un 10% tumor testicular metacrónico a los diez años⁴.

Radiológicamente se manifiestan como grandes masas del mediastino anterior. Tomográficamente como extensas áreas centrales de necrosis, hemorragias, o formaciones quísticas pudiendo desplazar la silueta cardiaca y los grandes vasos. La determinación de las unidades Hounsfield (HU) proporciona información para conocer la densidad de los tejidos que se encuentran en el tumor o masa mediastinal¹.

La resonancia no es indispensable para el diagnóstico. Está indicada cuando la tomografía no ha dado información anatómica o caracterización del tejido, o cuando hay alergia al contraste, siendo útil

cuando hay extensión al canal medular o compresión o invasión de vasos y nervios⁶.

Los diagnósticos diferenciales deberían realizarse con teratoma, timoma, tumor de tiroides y seminomas⁵.

El tratamiento inicial es quimioterápico con cisplatino, etopósido y bleomicina. El tratamiento quirúrgico se indica en pacientes que presentan tumor residual y que han negativizado los marcadores tumorales¹.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el tema de esta publicación.

Bibliografía

1. Strollo DC, Rosado-de-Christenson ML, Jett J. Primary mediastinal tumors: tumors of the anterior mediastinum: Part I. *Chest* 1997; 112: 511-22.
2. Vuletin JC, Rosen Y, Brigati DJ, Gourin A. Endodermal sinus tumor of the mediastinum. Ultrastructural study. *Chest* 1977; 72: 112-4.
3. Roche Albornas C., Ramos Valdes J., Artiles Martínez D. Tumores de células germinales mediastinales. Presentación de cuatro casos. Informe de caso. *Acta Médica del Centro*, Vol. 6, N° 1, 2012.
4. Lima Guerra A., Gassiot Nuño Cs. Tumor germinal mediastinal extragonadal. *Neumol Cir Trax* 2012; 71: 36-9.
5. Serman Daniel. Tumor of Mediastinum. *Chest* 2005; 128: 2893-2909.
6. Ibarra-Pérez C, Kelly-García J, Fernández-Corzo MA Guía diagnóstico-terapéutica: Tumores y masas del mediastino. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2001; 14 (3): 172-7.