

## SEMINOMA PRIMARIO DE MEDIASTINO: A PROPOSITO DE UN NUEVO CASO

A. TAURONI GARCIA, G. GONZALEZ RODRIGUEZ  
y A. BENCOMO ASCANIO

Hospital de las Enfermedades del Tórax.  
Santa Cruz de Tenerife. OFRA.

### Introducción

La publicación de un nuevo caso de seminoma de mediastino parece reforzar la creencia de los autores que lo consideran como una verdadera entidad<sup>1</sup>, a pesar de las dificultades tanto clínicas como histológicas, que a veces se presentan para encuadrarlos como tumores primitivos del mediastino anterior y no como metástasis de tumores testiculares, en ocasiones microscópicos<sup>1-5</sup>.

Se han registrado un centenar largo de casos en la literatura mundial, incluyendo tres casos recientes en nuestro país<sup>6-7</sup>.

Nuestro interés es el de aportar otro nuevo caso de características similares a los publicados anteriormente.

### Caso clínico

Paciente de 28 años de edad, con antecedentes familiares sin interés y antecedentes personales de fumador de 40 cigarrillos al día, bebedor moderado.

Desde 6 meses antes de su ingreso viene observando mareos al cambio postural, que aumentan con el transcurso del tiempo hasta la fecha. Junto a ello y desde dos meses atrás, comienza a notar hinchazón de la cara, que empieza por el maxilar derecho y posteriormente se extiende al cuello; es más importante por las mañanas y decrece progresivamente a lo largo del día hasta de-

saparecer. Esta sintomatología se acompaña de tos escasa y sin expectoración, no existiendo fiebre, ni disnea, ni dolor torácico. El paciente no refiere astenia, ni anorexia, ni pérdida de peso.

A la exploración observamos un paciente joven de aspecto asténico, con buena coloración de piel y mucosas y buen estado de nutrición e hidratación. Se aprecia cuello engrosado y edematoso, con ingurgitación de ambas yugulares y abundante circulación colateral en la región anterosuperior del tórax. No se aprecian adenopatías.

Los ruidos cardíacos son rítmicos a 60 latidos por minuto, no se auscultan soplos, ni se aprecian edemas maleolares ni pretibiales. La auscultación pulmonar se encuentra dentro de límites normales. Abdomen a menor nivel que tórax, blando, depresible y sin puntos dolorosos; no se palpa hepato ni esplenomegalia.

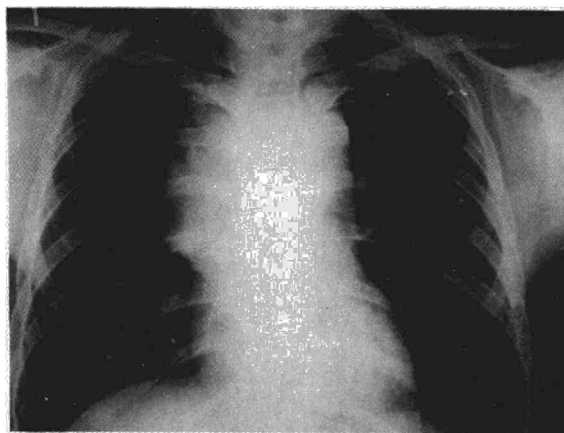


Figura 1

Recibido el día 1 de octubre de 1981.

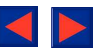


Figura 2

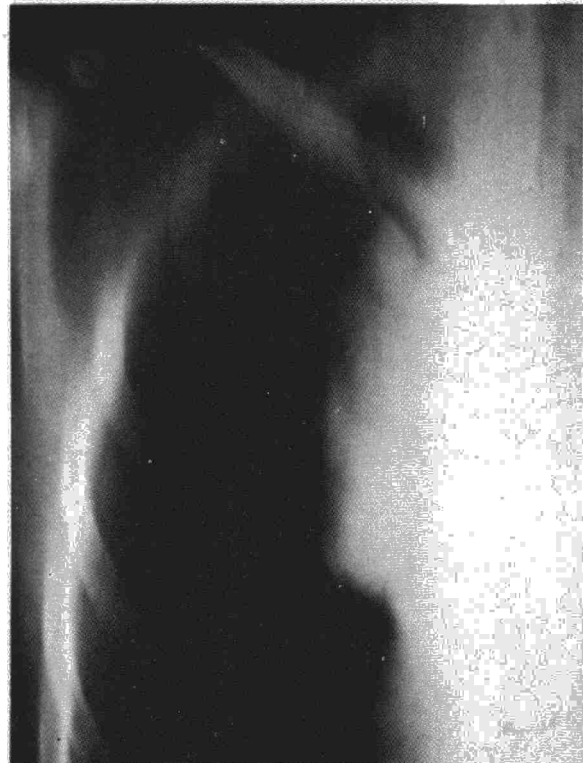


Figura 4



Figura 3

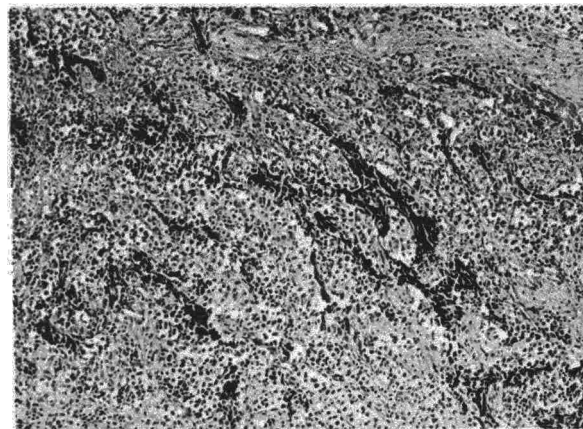


Fig. 5. Primera biopsia. Material defectuoso, en el que se aprecian nidos tumorales de células pálidas, parcialmente separados por delgados tractos de estroma muy oscurecidos por una celularidad con muchos artefactos.

Analítica: Sangre: hematíes 4.700.000, Hb 14,8 gr, Hc 45 %, leucocitos 9.000 por mm<sup>3</sup>, N 74 %, L 21 %, M 2 %, E 3 %, VSG 84-104, Th 1' 30'', Tc 7, grupo sanguíneo A Rh positivo. Orina: densidad 1.020 pH 5. Sedimento: no se observa nada anormal. ECG: dentro de límites normales.

Radiología de tórax: Se aprecia condensación mediastínica anterior derecha, de bordes regulares, colocada paralela al esternón según su eje mayor, abarcando desde la unión costoesternal de la primera a la tercera costilla (fig. 1).

En la serie tomográfica, dicha masa se visualiza desde el plano 7 hasta el 11,5 (figs. 2, 3 y 4).

Se practica fibrobroncoscopia, encontrándose una mucosa traqueobronquial muy vascularizada sin otra signología que reseñar.

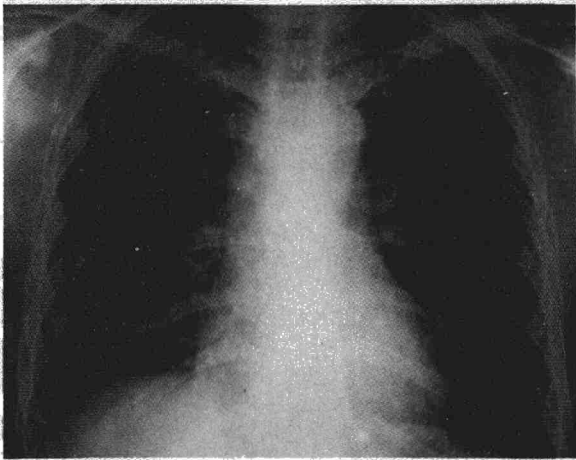


Figura 6



Figura 9

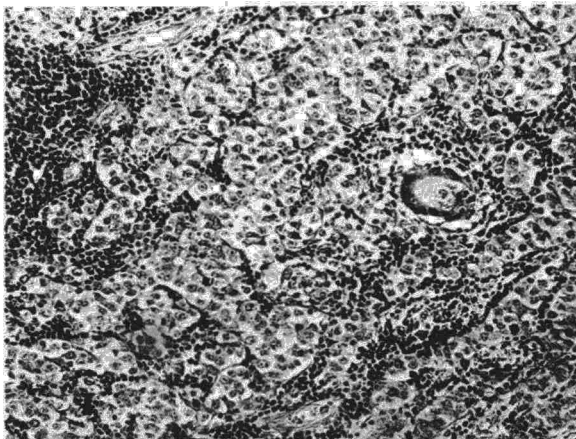


Fig. 7. Segunda biopsia. En la microfotografía se observa que la tumoración se compone de acúmulos de células epiteliales con citoplasma claro, mientras que los intersticios aparecen recorridos por regueros de linfocitos maduros. Puede observarse una célula gigante multinucleada tipo Langhans.

Posteriormente se efectúa citología de varias muestras de esputos, encontrándose en una de ellas células metaplásicas ligeramente atípicas.

Se practica biopsia preescalénica, estrayéndose grasa y algunos ganglios de poca significación. El estudio anatomopatológico de los mismos sólo revela una linfadenitis reactiva inespecífica.

Dada la negatividad de las pruebas antes descritas, se procede a una mediastinotomía para la toma de material de biopsia. Se abre la pleura parietal y se reconoce una tumoración muy dura, abollonada, que se biopsia, extirpándose un ganglio de la cadena mamaria interna. El estudio anatomopatológico de las muestras extraídas encuentra tejido con proliferación tumoral, constituido por dos tipos diferentes de células. Uno formado por linfocitos maduros y el otro por células de citoplasma claro y núcleo pequeño central e hiperromático. Estas últimas células se encuentran agrupadas en nidos y cordones delimitados por trama de reticulina. No se evidencian figuras de mitosis. Diagnóstico: timoma (fig. 5).

Ante este diagnóstico se decide practicar la extirpación del tumor abordándolo por mediastinotomía media. Se descubre así una tumoración dura y abollonada que infiltra ambas pleuras y pericardio, englobando la vena cava superior. Se extirpa parte de la masa tumoral, siendo imposible liberar la cava (fig. 5).



Figura 8



Figura 10



El estudio histológico de la pieza operatoria revela una proliferación tumoral formada por células de citoplasma claro y núcleo pequeño hiper cromático, donde se observa el nucleolo; las células se distribuyen en acúmulos rodeados por tractos conjuntivos donde ocasionalmente existe un componente linfocitario y algún granuloma formado por células gigantes multinucleadas. Diagnóstico: seminoma (fig. 7).

Ante esta discrepancia diagnóstica se solicita del servicio de anatomía patológica nueva remisión de las muestras, rectificándose así el primer diagnóstico y ratificando definitivamente el de seminoma.

Se decide aplicar tratamiento cobaltoterápico, efectuándose previamente una tomografía axial computarizada, en la que se comprueba un resto de tumoración mediastínica, no observándose otros crecimientos ni adenopatías (fig. 8).

Asimismo se realizan pruebas urológicas y linfográficas (fig. 9), que se consideran normales.

Se practica cobaltoterapia, administrándose 4.000 rads, en cuatro semanas y se comprueba como el resto de la tumoración va disminuyendo de tamaño hasta desaparecer al final del tratamiento, observándose solamente con tomografía computarizada la existencia de un resto no valorable (fig. 10).

### Conclusión

Queremos resaltar las características principales de este caso, algunas de ellas ya reseñadas en la literatura.

- 1.º Aparición en hombres jóvenes.
- 2.º Debut de los síntomas como síndrome de cava superior.
- 3.º Inespecificidad clínico-radiológica de estos tumores, que hacen necesaria la mediastinotomía y la biopsia para el diagnóstico<sup>5</sup>.
- 4.º La dificultad en la interpretación histológica en una muestra de biopsia y la conveniencia, cuando ello sea posible, de intervención quirúrgica, con el objeto de extirpar la mayor cantidad de masa tumoral posible, facilitando con ello el concienzudo estudio anatomopatológico de estas neoformaciones, en muchas ocasiones de difícil clasificación<sup>3</sup>.
- 5.º Es preciso tener en cuenta que estos tumores al igual que otros de células germinales, pueden contener una mezcla de dichos elementos, siendo muy importante su conocimiento desde el punto de vista terapéutico y pronóstico, ya que la evolución de estos casos va paralela al elemento más maligno presente en la tumoración.
- 6.º Confirmar la radiosensibilidad y la radiocurabilidad del seminoma mediastínico primario cuando se efectúa precozmente.

### Resumen

Se presenta el caso de un paciente varón de 28 años de edad, sin antecedentes patológicos valorables, con un síndrome de cava superior de lenta aparición, en el cual se hace un diagnóstico clínico de tumoración mediastínica, de timoma por biopsia, y posteriormente un estudio detallado de la masa tumoral nos remite al diagnóstico de seminoma primitivo de mediastino.

A los quince meses de su diagnóstico, la resección parcial y la cobaltoterapia permiten al paciente estar sin vestigios de enfermedad.

### Summary

#### PRIMARY MEDIASTINAL SEMINOMA: ONE NEW CASE REPORT

The authors describe a 28-year-old man without pathological antecedents and a slowly appearing superior caval syndrome, initially diagnosed as a mediastinal tumor mass resulted in a definite diagnosis of primary mediastinal seminoma.

Partial resection and cobalt therapy were curative and fifteen months later, the patient remains well and symptom free.

### BIBLIOGRAFIA

1. Cox JD: Primary malignant germinal tumors of the mediastinum. A study of 24 cases. *Cancer* 1975; 36: 1162-1168.
2. Lajos JZ, Chamelte EJP, Farr JA: Primary Mediastinal Seminoma. *Chest* 1971; 59, 5: 575-578.
3. Schantz A, Gwall W, Castleman B: Mediastinal germinoma. A study of 21 cases with an excellent prognosis. *Cancer* 1972; 30: 1189-1194.
4. Fraser RG, Paré JAP: Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Ed. Salvat, 1977; p. 1137.
5. Jones KW, Cietra G, Sabiston Jr DC: Primary neoplasia and cysts of the mediastinum. En Alfred P. Fishman: *Pulmonary diseases and disorders* 1980; 1503-1504.
6. García J, Girón S, Rodríguez Paniagua JM, Canseco González F, Varela G, Hernández Ortiz C, Casillas Pajuelo M: Seminoma de mediastino. *Arch Bronconeumología* 1981; 17: 72-75.
7. Margayo E, Martínez B, Fernández JJ, Ferrando J, García J, Mayol MJ: Seminoma primitivo de mediastino. Presentación de dos casos. *Arch Bronconeumología* 1981; 17.