

PRESENTACIÓN DE CASOS

**Presentación de un caso de seminoma mediastinal**

Presentation of a patient presenting with mediastinal seminoma

**Dra. Marleny Viera García, Dra. María de los Ángeles Pinto Correa, Dra. María de Lourdes Menéndez Villa, Dra. Yelena Sifontes Martínez**

Hospital Clínicoquirúrgico "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

---

**RESUMEN**

Se estudió un paciente masculino, de 20 años de edad, que sólo refería como síntoma dolor en hombro izquierdo de 1 año de evolución. De forma fortuita se le realiza rayos X de tórax y se observa ensanchamiento mediastinal. Se diagnosticó, por citología, un seminoma extragonadal de localización mediastinal.

**Palabras clave:** Tumor de células germinales mediastinal, seminoma.

---

**ABSTRACT**

A male patient aged 20 was studied presenting a painful symptom in his left shoulder of a year of course. In a causal way he undergoes thorax Ray-X observing mediastinum widening. According to cytology an extra-gonadal seminoma of mediastinum location was diagnosed.

**Key words:** Germinal mediastinum cell tumor, seminoma.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de células germinales extragonadales son raros, constituyen un pequeño porcentaje de todos los tumores de este tipo. Se presentan en adultos jóvenes, son neoplasias muy agresivas. Representan del 10 al 15 % de los tumores del mediastino anterior en adultos.<sup>1</sup> Los síntomas son muy variados, puede crecer lentamente y adquirir gran tamaño antes de dar síntomas, como: dolor o malestar retroesternal, tos y disnea, síndrome vena cava superior, fiebre y pérdida de peso. Suele hacer metástasis regionales, en pleura o pulmón, más que a distancia;<sup>2</sup> sin embargo, existe un porcentaje no despreciable de pacientes asintomáticos, de manera tal que el diagnóstico de la presencia del tumor suele ser fortuito, casi siempre a través de una radiografía de tórax. El desarrollo tecnológico ha permitido que el diagnóstico sea más frecuente y certero.<sup>3</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 20 años de edad, que acude al cuerpo de guardia, remitido de su área de salud, porque desde hace aproximadamente 1 año venía presentando dolor en hombro izquierdo, de poca intensidad, que se mantenía durante todo el día, tratado en múltiples ocasiones con antiinflamatorios y relajantes musculares; sin lograr mejoría significativa.

Mediante el interrogatorio se recoge el dato de una pérdida de peso de, aproximadamente, 20 lib en los últimos 6 meses.

El examen físico realizado resultó normal.

En los exámenes complementarios se reportó hematócrito: 47 vol %, VSG: 32 mm/h, leucocitos:  $9,7 \times 10^9$ , polimorfonucleares: 0,67, linfocitos: 0,30, eosinófilos: 0,03, GGT: 96, FAL: 349, proteína totales: 84,2. Los valores de glucemia, creatinina, TGO, TGP, colesterol, triglicéridos, bilirrubina total y directa y ácido úrico se encontraban dentro de límites normales.

En los rayos X de tórax posteroanterior y lateral se visualiza ensanchamiento del mediastino medio izquierdo, que en la vista lateral se proyecta en mediastino medio-anterior, con imagen de aspecto tumoral (figs. 1 y 2).

En los cortes de tomografía lineal se observa una masa radiopaca que se corresponde con los órganos del mediastino medio (figs. 3).

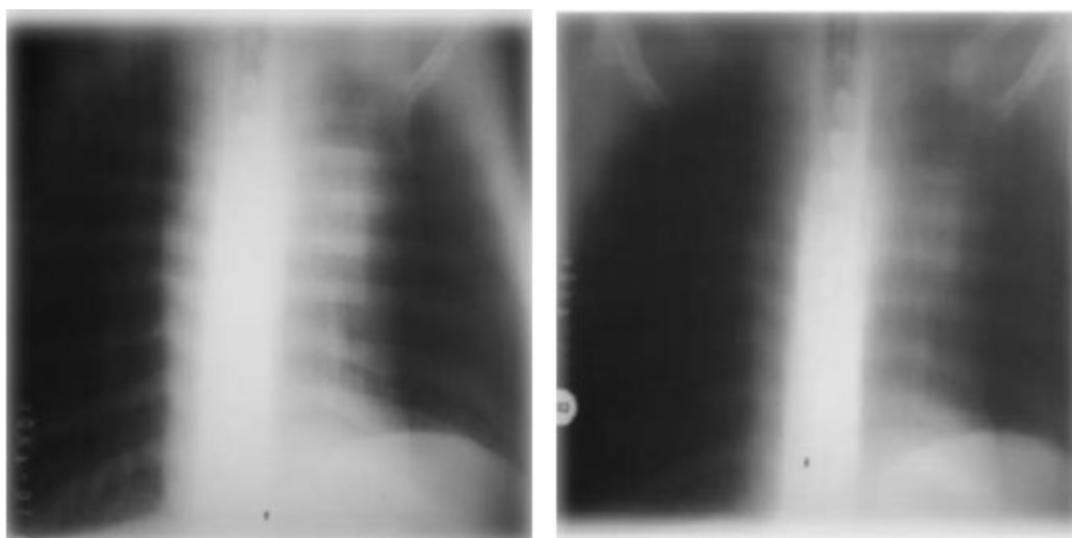
La tomografía computarizada de tórax muestra la existencia de una gran masa tumoral localizada en mediastino medio izquierdo, de bordes bien definidos (fig. 4).



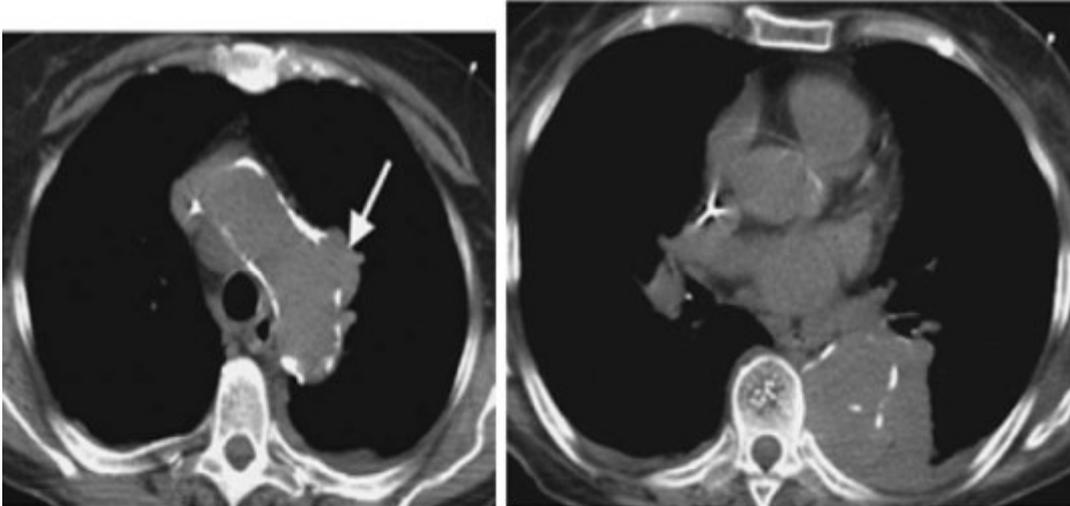
**Fig. 1.** Radiografía posteroanterior de tórax donde se observa masa tumoral en mediastino medio izquierdo.



**Fig. 2.** Radiografía de tórax, vista lateral izquierda, donde se observa masa mediastinal.



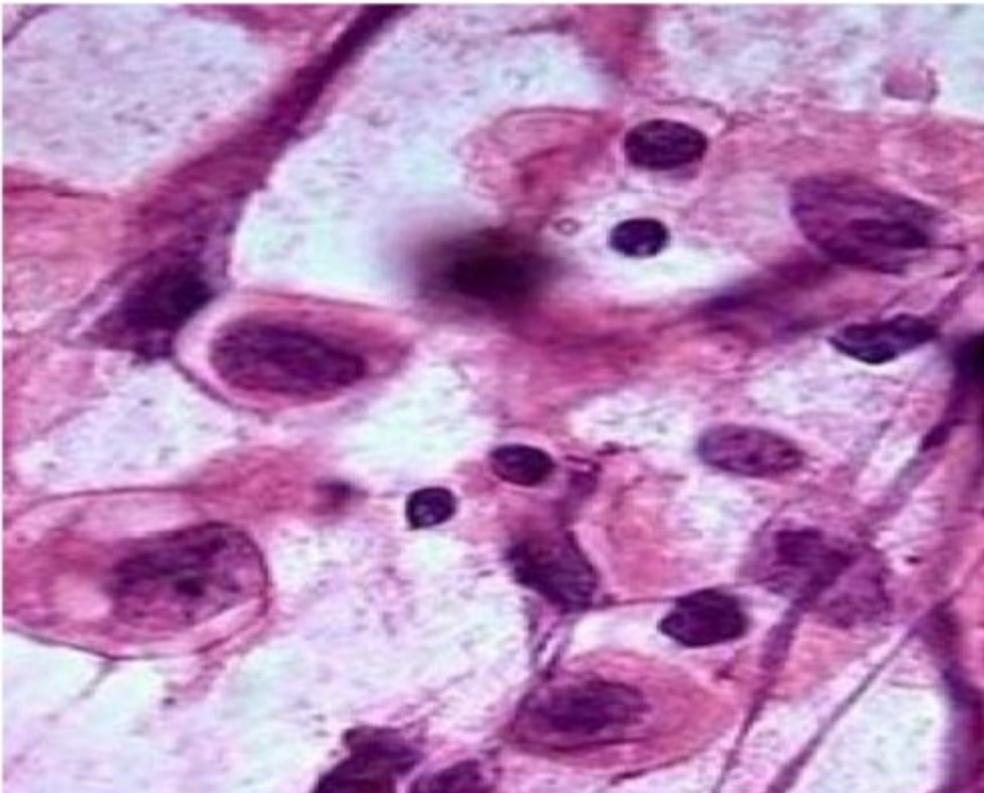
**Fig. 3.** Cortes de tomografía lineal donde se observa una masa radiopaca que se corresponde con los órganos del mediastino medio.



**Fig. 4.** TAC de tórax, en estas imágenes se observa gran masa tumoral localizada en mediastino medio izquierdo.

El ultrasonido abdominal y el de testículo resultaron normales.

La citología con aguja fina transtorácica de la lesión permitió el diagnóstico de tumor de células germinales (seminoma clásico) con reacción granulomatosa (fig. 5).



**Fig. 5.** PAAF de mediastino. Seminoma. Presencia de células grandes de citoplasma abundante y núcleo con nucléolo prominente, entremezclado con linfocitos. H/E X400.

## COMENTARIO

Durante la embriogénesis temprana existen malformaciones, a punto de partida de la célula germinal primitiva, que pueden constituir neoplasias benignas o malignas, entre las que tenemos los tumores de células germinales localizados en el mediastino, ya sean teratomas, seminomas o tumores de células germinales malignas no seminomatosos. Los tumores de células germinales extragonadales, desde el punto de vista histológico, son idénticos a su equivalente gonadal, se presenta en pacientes jóvenes. Son característicos por su poder citológico de definición.<sup>4,5</sup>

Los seminomas son tumores de crecimiento lento que producen escasos síntomas, lo que explica por qué muchos han alcanzado gran tamaño cuando son detectados. El seminoma primario de mediastino es un tumor maligno que supone el 35 % de los tumores malignos mediastinales de células germinales.<sup>6</sup> Son frecuentes en hombres, pero pueden verse en mujeres.<sup>7</sup> También, pueden aparecer en cualquier parte del organismo, pero surgen preferentemente en la línea media (mediastino, retroperitoneo y glándula pineal). Se debe excluir cuidadosamente el origen gonadal mediante examen físico y ultrasonido de testículo. El diagnóstico puede ser muy difícil y se debe considerar en todo paciente con tumor maligno epitelial pobremente diferenciado, sobre todo si son personas jóvenes con masas tumorales en la línea media, que aparecen fortuitamente o presentan dolor torácico referido.<sup>8</sup>

El dolor torácico pleurovisceral se produce por el reflejo viscerosensitivo y el visceromotor. La contractura y el dolor de una zona de la pared torácica o abdominal nos permiten localizar la zona de parénquima pulmonar o de pleura visceral de donde parte el reflejo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ibarra-Pérez C, Kelly-García J. Tumores del mediastino. Oncología del tórax. México: UNAM, OUIS, Coordinación de la Vinculación, MA Porrúa, 1999:109-40.
2. Ibarra-Pérez C, Kelly-García J, Fernández-Corzo MA. Guía diagnóstico-terapéutica: Tumores y masas del mediastino. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2001;14:172-7.
3. Dubashi B, Cyriac S, Tenali SG. Clinicopathological analysis and outcome of primary mediastinal malignancies. A report of 91 cases from a single institute. Ann Thorax Med. Jul 2009;4(3):1402.
4. Linder J, Olsen GA, Johnston WW. Fine needle aspiration biopsy of the mediastinum. Am J Med. 1986;81:10058.
5. Dappo F, Markarian E, Colmenares I, Pineda S, Castro M. Seminoma primario en mediastino anterior: a propósito de un caso. Rev Venez Oncol. oct-dic 2003;15(4):226-30.
6. Mayordomo JI, Paz-Ares L, Rivera F. Ovarian and extragonadal malignant germ-cell tumors in females: a single-institution experience with 43 patients. Ann Oncology. 1994;5(3):225-31.

7. Greco FA, Vaughn WK, Hainsworth JD: Advanced poorly differentiated carcinoma of unknown primary site: recognition of a treatable syndrome. Ann Internal Med.1986; 104(4):547-53.

8. Hainsworth JD, Greco FA. Extragonadal germ cell tumors and unrecognized germ cell tumors. Sem Oncol. 1992;19(2):119-27.

Recibido: 9 de junio de 2011.

Aprobado: 10 de junio de 2011.

Dra. *Marleny Viera García*. Hospital General «Enrique Cabrera», Calzada de Aldabó y Calle E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba. [marleny@infomed.sld.cu](mailto:marleny@infomed.sld.cu)