



Tumor del Seno Endodérmico Primario en Mediastino. Presentación de un Caso.

Julio César Pérez Suárez*, **Mylene Memh Cabrera Morales***, **Kenia González González***, **Mercedes Martínez Rabaza***

* Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende" .Cerro. Ciudad Habana. Cuba CUBA

Resumen

Introducción: El tumor del seno endodérmico es una neoplasia de células germinales no seminomatosas, de alto grado que puede presentarse en localización gonadal o extragonadal, afecta más frecuentemente a hombres entre la 3 er y 4ta década de la vida, los síntomas más frecuentes en la forma mediastinal son disnea, tos, dolor torácico, gran derrame pleural y gran masa mediastinal, asociado con niveles séricos elevados de AFP, generalmente irresecables en el momento del diagnóstico, las metástasis a múltiples órganos son frecuente y los pacientes fallecen a los pocos meses del diagnóstico. **Objetivo:** Describir e ilustrar un caso de tumor del seno endodérmico primario de mediastino. **Material y Método:** Paciente masculino, blanco, de 34 años de edad con antecedentes de salud anterior, que acude por presentar, tos y disnea. Se le realizan estudios imagenológicos que demuestran la presencia de una gran lesión tumoral a nivel del mediastino, el resultado del PAAF fue tumor maligno de células redondas. A los pocos días el paciente empeora y fallece. En la autopsia se encuentra derrame pleural 1000 cc, y un tumor de 25 cms que infiltraba pleura y pulmón derecho se tomaron fragmentos del mismo y se sometieron a procesamiento y coloración habitual con hematoxilina y eosina. **Resultado:** En los cortes histológicos se observa lesión tumoral maligna con patrón glandular, presencia de cuerpos de Schiller Duval y glóbulos hialinos intra y extracitoplasmáticos. **Conclusión:** El tumor del Seno Endodérmico puede presentarse primariamente en mediastino.

Introducción

El tumor del seno endodérmico es una neoplasia maligna de células germinales no seminomatosa descrita por primera vez en el año 1959 por Teillum 1, que puede presentarse como un tumor primario gonadal o extragonadal sobre todo afectando a estructuras localizadas a nivel de la línea media 1 - 4. En este trabajo pretendemos ilustrar y describir un caso que estudiamos en nuestro servicio de anatomía patológica del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr Salvador Allende .

Material y Métodos

Paciente masculino, blanco, de 34 años de edad con antecedentes de salud anterior, que acude por presentar, tos y disnea. Se le realiza radiografía de tórax que muestra la presencia de una gran lesión tumoral a nivel del mediastino y derrame pleural derecho, se le indica una PAF guiada por ultrasonido dando como resultado: tumor maligno de células redondas y se le sugiere una biopsia por toracoscopia para diagnóstico definitivo. A los pocos días el paciente fallece, no pudiéndose realizar dicho estudio.

Resultados

En la autopsia se encuentra derrame pleural 1000 cc y tumor de 25 cm no encapsulado, de color amarillo con áreas de hemorragia y necrosis que infiltraba pleura, pulmón derecho y estructuras mediastinales. Se tomaron fragmentos del mismo que se sometieron a

procesamiento y coloración habitual con hematoxilina y eosina. Microscópicamente: En los cortes histológicos se observa lesión tumoral maligna con patrones glandular, focos sólidos tipo blastemal, microquístico y tipo seno endodérmico con presencia de cuerpos de Schiller Duval , citológicamente compuesto por células tumorales cúbicas o columnares que muestran hiper cromasia , pleomorfismo nuclear, anisocitosis, mala relación núcleo -citoplasma y en ocasiones nucleolo prominente en un estroma mixoide con áreas de hemorragia, necrosis y presencia de glóbulos hialinos intra y extracitoplasmáticos . Diagnóstico definitivo: Tumor del seno endodérmico (Yolk Sac tumor).

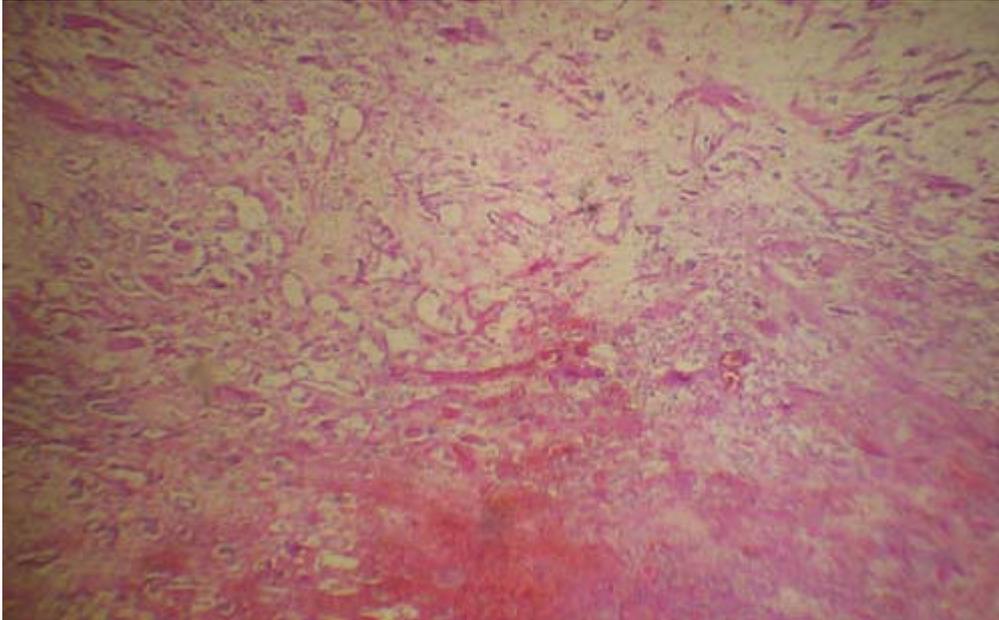


Figura 1 - H/E x 10: Se observa patrón de crecimiento microquístico y glandular, con áreas de hemorragia y necrosis.

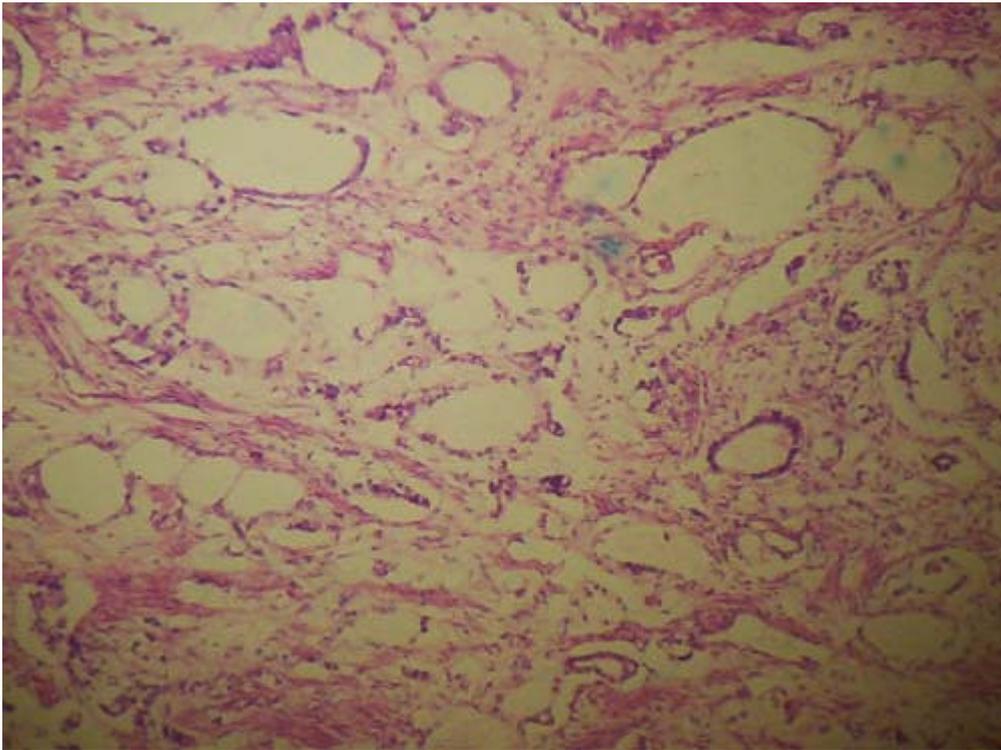


Figura 2 - H/E x 40: Presencia de áreas quísticas y glandulares en un estroma mixoide.

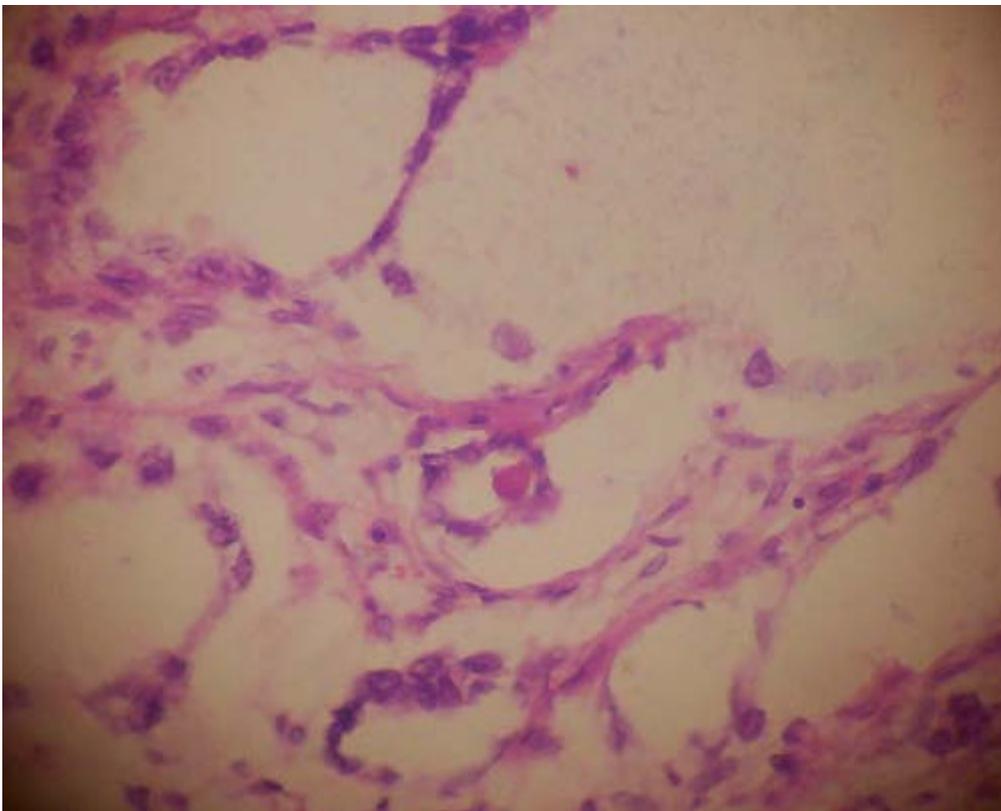


Figura 3 - H/E x 100: Células tumorales cuboidales revistiendo estructuras glandulares y presencia de glóbulos hialinos

extracitoplasmáticos.

Discusión

El tumor del seno endodérmico es una neoplasia maligna de células germinales no seminomatosas que se diferencia en estructuras típicas del seno endodérmico, alantoides y del mesénquima extraembrionario^{1, 2, 3, 4}. La localización habitual es la gonadal, pero pueden ser encontrados en cualquier región a nivel de la línea media entre ellas el mediastino^{11,13-18}. Se reportan casos esporádicos en todas las razas, sexo y grupos de edades; siendo el tumor maligno más frecuente del testículo en edades prepuberales^{1, 20}. Las formas puras de este tumor son frecuentes en edades tempranas disminuyendo su incidencia en etapas tardías de la vida donde se presenta como una neoplasia maligna mixta de células germinales^{1, 2, 21}. Los síntomas que generalmente refieren los pacientes cuando su localización es mediastinal son disnea, dolor torácico, fiebre y síndrome de la vena cava superior. En ocasiones puede haber antecedentes patológicos personales de tumor testicular^{10, 21}. En el momento del diagnóstico una gran parte de los pacientes se encuentran en un estadio avanzado de la enfermedad (III o IV), con derrame pleural, masa mediastinal en ocasiones irsecable, con metástasis a múltiples órganos y niveles séricos elevados de la alfafeto proteína, lo que repercute desfavorablemente en el pronóstico^{1-3,21, 22, 23, 24}. Los estudios imagenológicos son de gran utilidad para el diagnóstico y pronóstico, al igual que la determinación sérica de alfafeto proteína. Desde el punto de vista macroscópico son tumores grandes, no encapsulados de color gris-amarillento, blandos, que infiltran las estructuras vecinas (pleura, pulmón y los grandes vasos), asociándose a derrame pleural. Al corte las áreas de necrosis y hemorragia son frecuentes. Microscópicamente pueden presentar una gran variedad de patrones histológicos: microquístico (reticular), macroquístico, sólido tipo blastemal, perivascular, polivesicular vitelino, glandular, entérico, papilar, hepatoide y sarcomatoide en un estroma generalmente mixoide, áreas de necrosis y hemorragias son frecuentes. Los elementos celulares pueden variar dependiendo del patrón en, cúbicas, columnares, sarcomatoides o redondas, siendo común en ellas la atipia celular^{24,25}. El hallazgo de estructuras glomeruloides (cuerpos de Schiller Duval) y los glóbulos hialinos redondos facilitan el diagnóstico histológico^{1,2}. Los marcadores inmunohistoquímicos del tipo de la alfafetoproteína muestran un patrón similar al de su homólogo en el testículo, confirmando así su diferenciación en células del saco vitelino^{2, 3,12,19, 21, 26}.

Conclusiones

En nuestro caso el tumor del seno endodérmico, se presentó a forma mediastinal, en estadio avanzado con infiltración de órganos vecinos comportándose con un mal pronóstico, El patrón de crecimiento fue principalmente quístico con áreas glandulares y blastemales. La presencia de glóbulos hialinos y los cuerpos de Schiller Duval apoyaron el diagnóstico histológico.

Bibliografía

- Ulbright TM, Amin MB, Young RH. Atlas of de Tumor Pathology. Tumors of the Testis, Adnexa Spermatic cord and Scrotum.3.ed. Washington. AFIP, 1999: 7:235 – 290.
- Sternberg S S. Diagnostic Surgical Pathology. Third Edition.Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
- Damjanov I.Mael Reproductive System. Andersons Pathology. Damjanov I, Linder J. tenth edition. Mosby year book. 1996. 67: 2166 - 2193.
- Rosai J. Male reproductive sistem. En: Rosai J. Ackerman`s Surgical Pathology. 8. ed. St Louis Missouri: Mosby 1996: 18: 1221-1319.
- Eps Epstein J I. Johns Hopkins Atlas of Surgical Pathology on CD-ROM.
- Michel M, Pratt JW. Anterior mediastinal nonseminomatous germ cell tumor with malignant transformation: a case report. Curr Surg. 2004 Nov-Dec; 61(6):576-9.
- Landolsi A, Tarmiz H, Ben Fatma L, Kallel L, Gharbi O, Kraiem C, Korbi S, Ben Ahmed .[Diagnosis and treatment of primary germ cell tumors of the mediastinum. Report of six cases Tunis Med. 2003 Jun; 81(6):419-24.
- Coskun U, Gunel N, Yildirim Y, Memis L, Boyacioglu ZM. Primary mediastinal yolk sac tumor in a 66-year-old woman.Med Princ Pract. 2002 Oct-Dec; 11(4):218-20.
- Cates CA, EtcHELLS DE, Dorrell ED, Hussein K. Horner's syndrome in yolk sac tumour of the mediastinum. Br J Ophthalmol. 1999 Dec; 83 (12):1406.
- Hartmann JT, Nichols CR, Droz JP, Horwich A, Gerl A, Fossa SD, Beyer J, Pont J, Fizazi K, Einhorn L, Kanz L, Bokemeyer C. Hematologic disorders associated with primary mediastinal nonseminomatous germ cell tumors. J Natl Cancer Inst. 2000 Jan 5; 92(1):54-61.
- Weidner N.Germ-cell tumors of the mediastinum. Semin Diagn Pathol. 1999 Feb; 16(1):42-50.
- Suster S, Moran CA, Dominguez-Malagon H, Quevedo-Blanco P.Germ cell tumors of the mediastinum and testis: a comparative immunohistochemical study of 120 cases. Hum Pathol. 1998 Jul; 29(7):737-42.
- Seki Y, Ishida I.Primary endodermal sinus (yolk sac) tumor of the anterior mediastinum: a report of a successfully treated eleven-year-old boy. Jpn J Clin Oncol. 1991 Dec; 21 (6):440-3.
- Hira M, Caron F, Goujon JM, Lambard D, Martigne C, Patte F.[Viteline tumor: a rare tumor of the mediastinum] Rev Pneumol Clin. 1994; 50(6):338-41.
- Konishi T, Fujino S, Chino Y, Asada Y, Asakura S, Kato H, Mori A, Okabe H. Posterior mediastinal endodermal sinus (yolk sac) tumor in a female patient. Ann Thorac Surg. 1994 Jul; 58(1):244-5.
- Nakajima T, Ishibashi K, Komoda K, Kawazoe K, Sasoh S, Sasaki T.[A case of yolk sac tumor of the anterior mediastinum]Nippon Kyobu Geka

Gakkai Zasshi. 1994 Aug; 42(8):1203-7. 17. Albuquerque KV, Mistry RC, Deshpande RK, Desai PB. Primary germ cell tumours of the mediastinum. Indian J Cancer. 1994 Dec; 31(4):250-6 18. Theegarten D, Philippou S, Zaboura G. [Primary germ cell tumors of the mediastinum] : Pneumologie. 1995 Dec; 49(12):674-7. 19. Moran CA, Suster S. Mediastinal yolk sac tumors associated with prominent multilocular cystic changes of thymic epithelium: a clinicopathologic and immunohistochemical study of five cases. Mod Pathol. 1997 Aug; 10(8):800-3. 20. Moran CA, Suster S. Primary germ cell tumors of the mediastinum: I. Analysis of 322 cases with special emphasis on teratomatous lesions and a proposal for histopathologic classification and clinical staging. Cancer. 1997 Aug 15; 80(4):681-90. 21. Moran CA, Suster S, Koss MN. Primary germ cell tumors of the mediastinum: III. Yolk sac tumor, embryonal carcinoma, choriocarcinoma, and combined nonteratomatous germ cell tumors of the mediastinum-a clinicopathologic and immunohistochemical study of 64 cases. Cancer. 1997 Aug 15; 80(4):699-707. 22. Bath LE, Walayat M, Mankad P, Godman MJ, Wallace WH. Stage IV malignant intrapericardial germ cell tumor: a case report. Pediatr Hematol Oncol. 1997 Sep-Oct; 14(5):451-5. 23. Terashima H, Saitoh M, Takahashi T, Shimada T, Hirayama K. [The necessity of mediastinal lymph node dissection for yolk sac tumor of the anterior mediastinum] Kyobu Geka. 1997 Sep; 50(10):826-8. 24. Moran CA, Suster S. Yolk sac tumors of the mediastinum with prominent spindle cell features: a clinicopathologic study of three cases. Am J Surg Pathol. 1997 Oct; 21(10):1173-7. 25. Moran CA, Suster S. Hepatoid yolk sac tumors of the mediastinum: a clinicopathologic and immunohistochemical study of four cases. Am J Surg Pathol. 1997 Oct; 21(10):1210-4.

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28