

Tumor germinal mixto mediastinal

INTRODUCCIÓN

Los tumores de células germinales (TCG) extragonadales se originan a partir de células con migración anormal durante el desarrollo embrionario.¹

Predomina en hombres (90% del total).^{2,4} La localización mediastinal rara. Constituye de 2% a 5% de todos los tumores germinales, pero de 50% a 70% de todos los TCG extragonadales).⁵

Aparecen en la tercera década de la vida, principalmente en el mediastino anterosuperior.³ Al igual que los tumores de origen testicular, los TCG mediastínicos pueden elevar marcadores tumorales séricos. El 80% de los TCG, de estirpe no seminomatosa, elevan la alfa-fetoproteína (AFP), la beta-HCG o ambos.⁵

Los tumores del saco vitelino (*yolk-sac*), carcinomas embrionarios y teratomas malignos suelen elevar la AFP sérica, pero no la beta-HCG. Los coriocarcinomas elevan la beta-HCG, pero no suelen elevar la AFP.⁵

Los niveles séricos de estos marcadores tumorales (AFP, beta-HCG y LDH) tienen valor pronóstico, lo que permite monitorizar la respuesta al tratamiento y detectar posibles recidivas tumorales en el seguimiento.⁵

CASO

Anamnesis

Paciente varón de 12 años procedente de Piura. Sin antecedentes patológicos individuales ni familiares. Niega hábitos nocivos.

Enfermedad actual de cuatro meses, de **inicio** insidioso y **curso** progresivo. Con tos y disnea progresiva, desde hace dos meses presenta además debilidad de miembros inferiores que progresa a parestesia y paraparesia, así como falta de control de esfínteres.

Examen clínico

Adelgazado, regular estado general, de hidratación y nutricional, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Funciones biológicas: temperatura, 36,4 °C; presión arterial, 120/70 mmHg; peso, 28,5 kg;

Tórax: murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho, pasa bien en hemitórax izquierdo; sibilantes espiratorios e inspiratorios y roncales difusos.

Neurológico: déficit motor y sensitivo en miembros inferiores; no control de esfínteres.

Estudio de imágenes

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN INCIDENCIA FRONTAL Y LATERAL IZQUIERDA

Muestra una opacidad heterogénea que ocupa la totalidad del hemitórax derecho y presenta imágenes de mayor densidad en su interior en relación a calcificaciones. Así mismo, se observan opacidades nodulares en ambas bases pulmonares de tipo secundario. Figura 1.

TOMOGRAFÍA DE TÓRAX EN CORTES AXIALES CON ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIA DE CONTRASTE ENDOVENOSO EN VENTANA MEDIASTINAL Y PARENQUIMAL

Muestra tumoración heterogénea sólida con áreas necróticas y gruesas calcificaciones en su interior; dependiente del mediastino, en íntimo contacto con el pericardio y la estructura cardiaca, la que se encuentra ligeramente desplazada; se asocia a lesiones nodulares de localización subpleural y a nivel de ambas bases pulmonares, las que son de naturaleza secundaria. Figuras 2 y 3.

TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN EN CORTES AXIALES CON ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIA DE CONTRASTE ENDOVENOSO

Muestra lesión sólida heterogénea paravertebral izquierda, la cual infiltra el cuerpo vertebral de L3 y

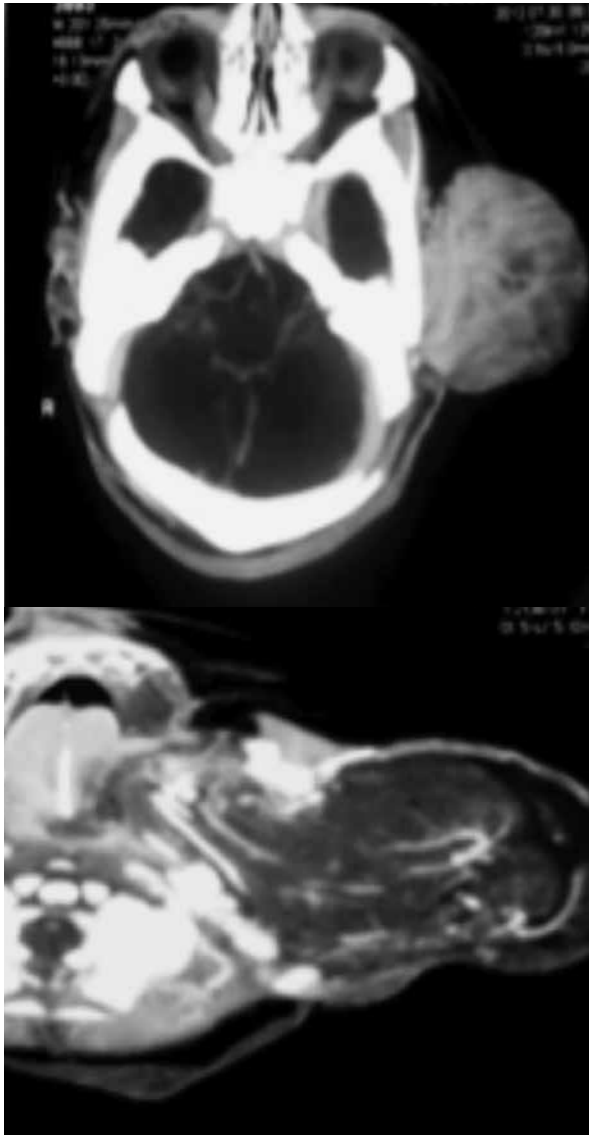


Figura 3. Tomografía. Lesión de densidad heterogénea encapsulada lobulada, a predominio hipodenso, con pequeñas áreas hiperdensas puntiformes con vasos sanguíneos que se realzan al contraste.

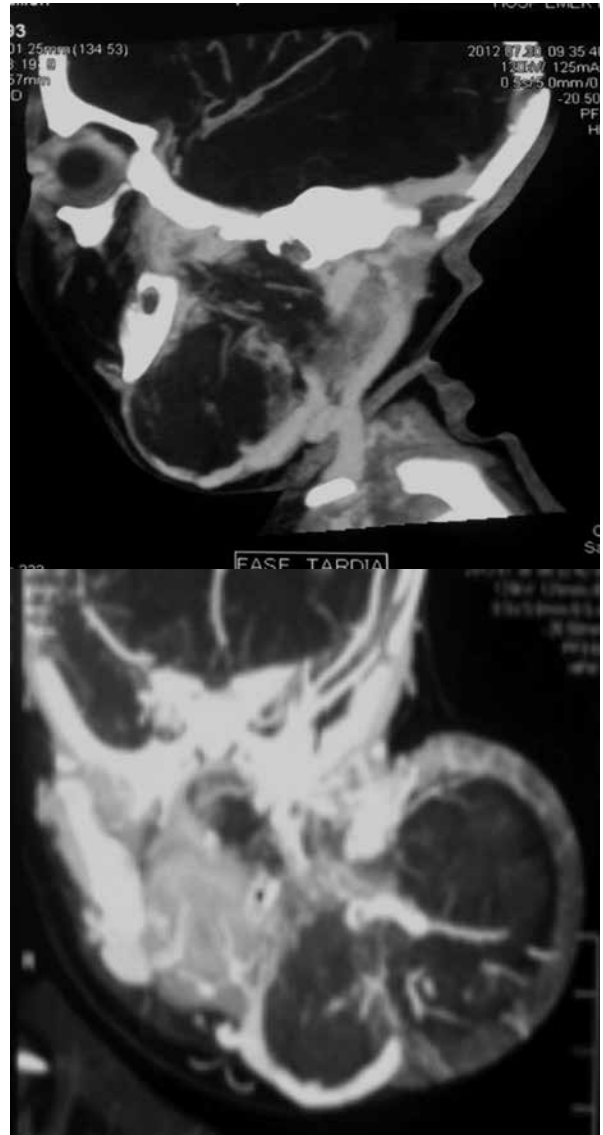


Figura 4. Tomografía en sagital y coronal. Lesión se ubica en la región cervical izquierda desde la base de la lengua al cuello invadiendo partes blandas adyacente (tumoración mixta). Diagnosticos a descartar: Quemodectoma, teratoma, heterotopía de tejido cerebral.

y de hemorragia. No se observa mitosis. Posibilidad de oligodendroglioma u oligoastrocitoma. Se sugiere estudio inmunohistoquímico, para herotopia de tejido cerebral cervical con degeneración maligna.

CONCLUSIONES

Uno de los diagnósticos diferenciales en tumores a nivel cervical que se debe de tener en cuenta, a pesar que es poco frecuente, es la heterotopía de tejido cerebral con degeneración maligna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anjaneyulu C, Deka RC. Heterotopic neuroglial tissue in hard palate. *Indian J Pediatr.* 2004;71(5):451-452.
2. Lotfi M, Iranpour P, As'ad K. Cervical meningocele associated with subependymal nodular heterotopia. *Clin Imaging.* 2011; 35(3):214-6.
3. Shigeaki K, Tabata H, Nakajima K. Neuronal migration in cortical development. *J Child Neurol.* 2005;20(4):274-279.

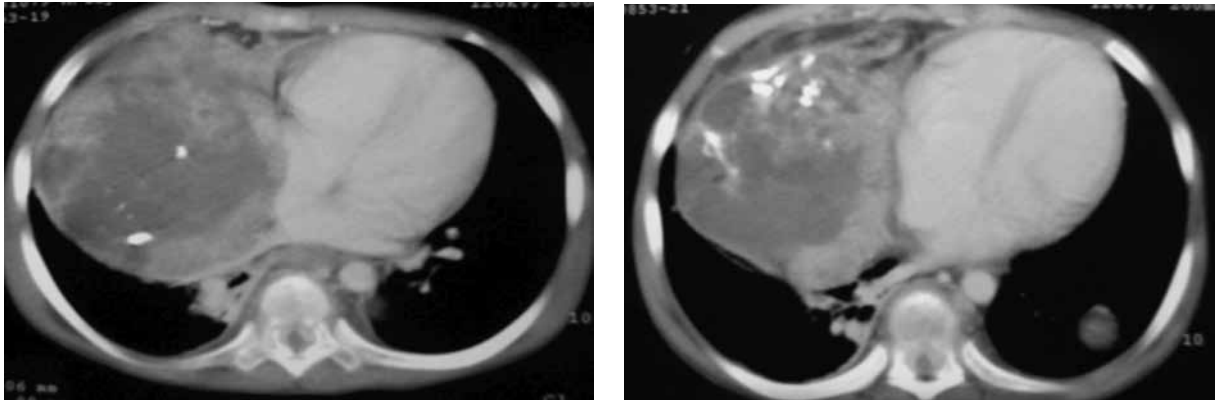


Figura 3. Tomografía axial computarizada de tórax. Ventana mediastinal

Diagnóstico diferencial

Incluye tumores mediastinales y/o pulmonares, por la presencia de la extensa lesión en hemitórax derecho y de múltiples lesiones de menor tamaño en el resto del parénquima pulmonar ipsilateral y contralateral.

Entre los tumores mediastinales anteriores, sarcoma, linfoma, masas tiroideas, masas tímicas y lipomas.¹ Entre los tumores pulmonares, sarcoma de pulmón y carcinosarcoma. Además, metástasis de otro tumor primario, por los compromisos óseo y hepático y pulmonar.

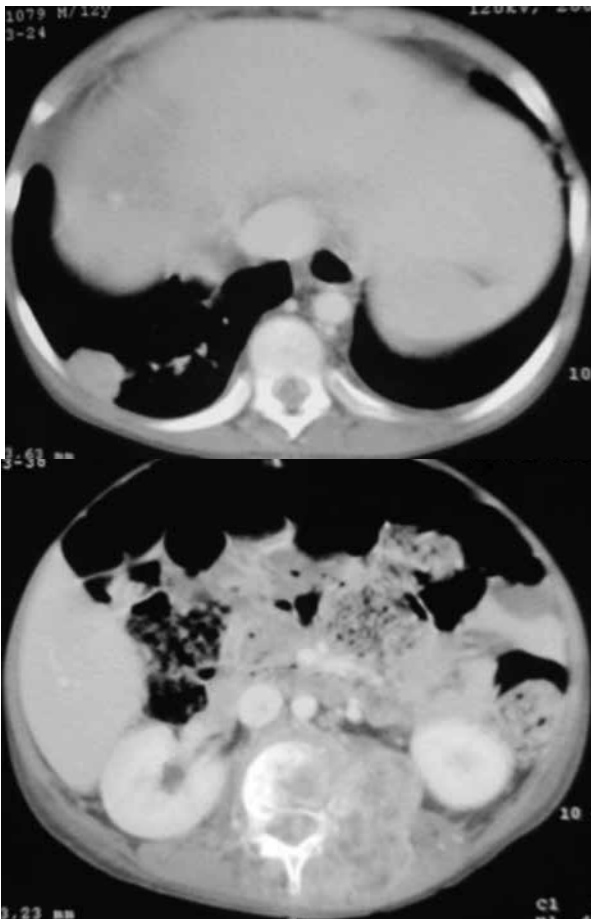


Figura 4. Tomografía axial de abdomen a nivel de parénquima hepático y renal.

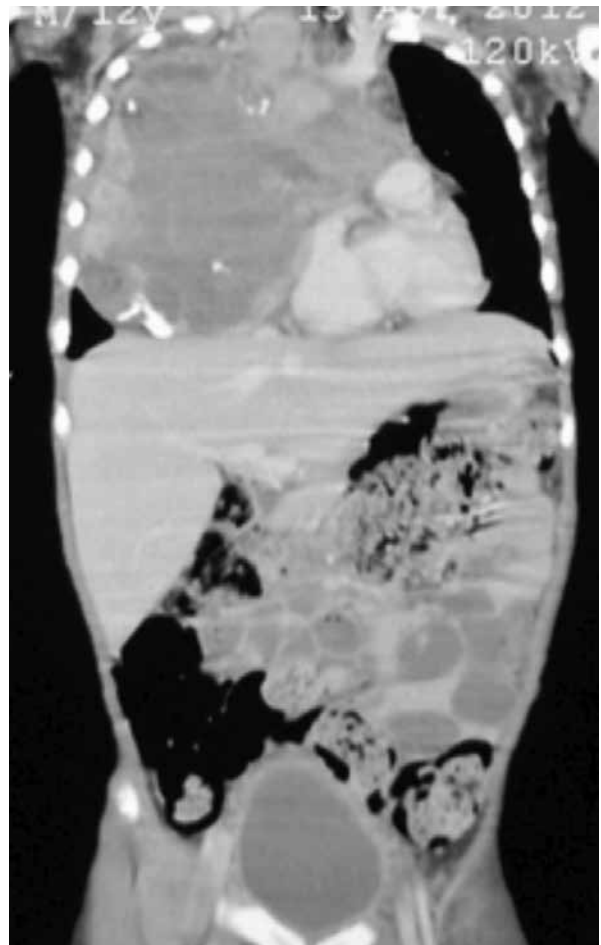


Figura 5. Estudio tomográfico en reformación coronal.



Figura 1. Radiografía de tórax. Frontal y lateral.

los músculos paravertebrales adyacentes en relación a metástasis. Se observa, además, lesiones hipodensas heterogéneas en parénquima hepático, en relación con implantes secundarios. Figuras 4 y 5.

Análisis de laboratorio

AFP, 192 560; HCG, 1,74.

Diagnóstico anatomopatológico

Se realiza biopsia *true cut* /biopsia quirúrgica, procedimientos que fueron bien tolerados.

El estudio anatomopatológico muestra tumor germinal mixto mediastinal (tumor del seno endodermal con componente de teratoma).

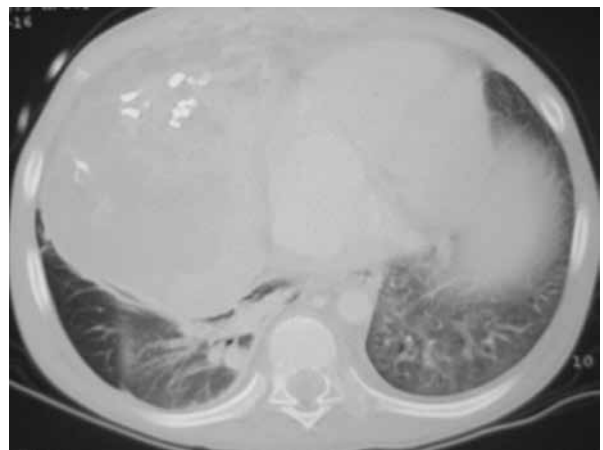
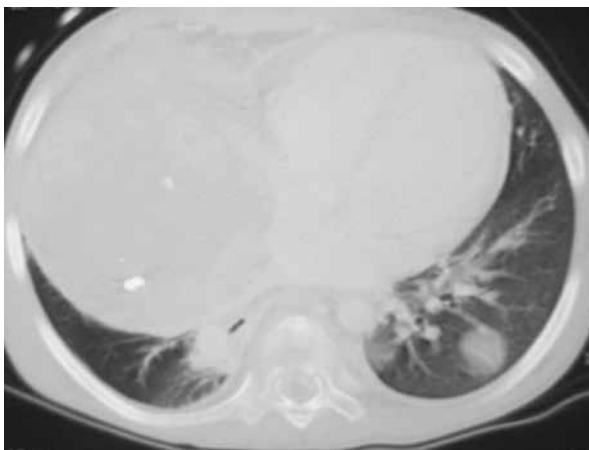


Figura 2. Tomografía axial de tórax. Ventana parenquimal.