

Tumor del mediastino anterior en hombre joven

VÍCTOR RUIZ PIÑA*
JOSÉ MORALES GÓMEZ†
ELIO GERMÁN RECINOS CARRERA§
CARLOS IBARRA-PÉREZ||

* Servicio Clínico Núm. 2. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

† Subdirector de Cirugía, INER Ismael Cosío Villegas.

§ Departamento de Anatomía Patológica INER Ismael Cosío Villegas

|| Editor Médico, Rev Inst Nal Enf Resp Mex.

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre joven con tumor sólido del mediastino anterior y superior, con elevación de algunos marcadores tumorales. El diagnóstico anatomo-patológico fue seguido de quimioterapia.

42

Palabras clave:

Marcadores tumorales, síndrome de vena cava superior, tumor de mediastino anterior.

Key words: Anterior mediastinal tumor, seminoma, superior vena cava syndrome.

ABSTRACT

A young man presented with a solid mass in the anterosuperior mediastinum and superior vena cava syndrome. Some tumor markers were elevated. Diagnosis was followed by chemotherapy.

Hombre de 27 años. Durante 5 años tuvo exposición laboral a ácido sulfúrico, ácido sulfhídrico y sosa; desde hace 9 meses trabaja en construcción de casas de madera. Desde hace aproximadamente 4 años tiene malestar o dolor opresivo leve continuo, retroesternal, vago, irradiado a miembro superior derecho; desde hace 9 meses notó esputo hemoptoico ocasional y pérdida de 9 kg de peso. Recientemente apareció edema de cara al agacharse. Se encontró hipotrofia testicular izquierda.

Se tomaron radiografías simples y tomografía computarizada (TC) de tórax (Figura 1). Ecocardiograma con leve insuficiencia tricuspídea funcional. Alfafetoproteína (α FP) 2.01 ng/mL (normal 0.67-3.2), antígeno carcinoembrionario (ACE) 1.59 ng/mL (normal en hombres 0.37-6.3), gonadotropina coriónica humana (GCH) 5.54 mUI/mL (normal en hombres < 2.5), deshidrogenasa láctica 601 UI/L (normal 240-480), fosfatasa alcalina 169 UI/L (normal 39-117). TC de cráneo y US de hemiabdomen superior sin datos anormales.

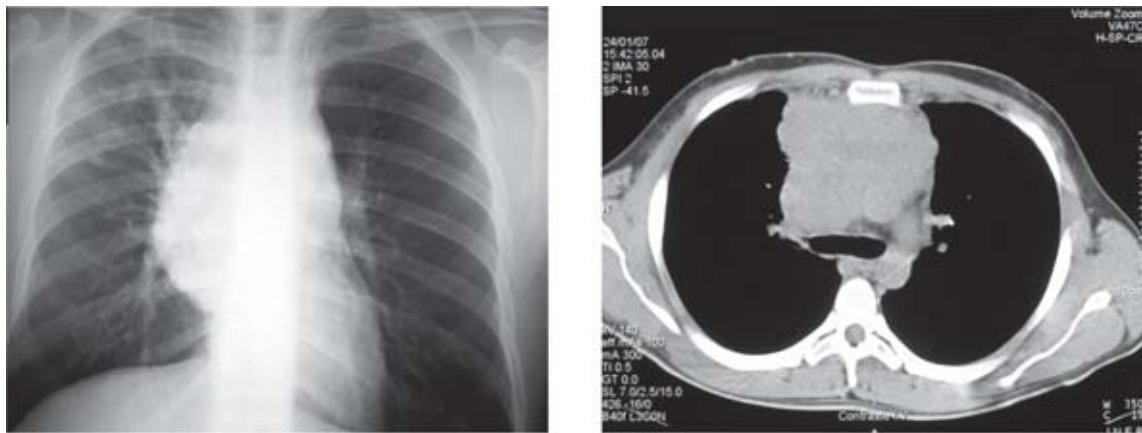


Figura 1. a) Radiografía posteroanterior de tórax; muestra opacidad mediastinal superior derecha, b) Corte de tomografía computada; el tumor se localiza en el mediastino anterior.

Se practicó toracotomía encontrando masa tumoral firmemente adherida e invadiendo a lóbulo superior derecho, esternón, hilio pulmonar y estructuras del mediastino, de la que se tomó un fragmento para biopsia, encontrando material blanquecino, friable, fácilmente sanguíneo; se cerró el tórax con una sonda y evolucionó favorablemente. El estudio transoperatorio de la pieza fue reportado como abundante tejido fibroso.

En el estudio definitivo anatomía patológica identificó una lesión neoplásica de estirpe germinal, maligna, constituida por trabéculas anastomosadas y nidos sólidos inmersos en un estroma de tejido fibroso acompañado de infiltrado linfoide disperso, con las células grandes, poligonales, con citoplasma eosinófilo amplio y algunas vacuolas en la periferia, núcleos pleomórficos con cromatina granular periférica, de uno a cuatro nucléolos prominentes y mitosis atípicas. Se realizó inmunohistoquímica que mostró α FP, GHC y vimentina todas positivas en el citoplasma de las células neoplásicas, proteína S-100 positiva focalmente en el núcleo de las células neoplásicas; ACE, EMA, CQ 8, CQ 12, CD 45, CD 20, CD 3, CD 15 y CD 30 todos negativos.

Se elaboró el diagnóstico integral de tumor del mediastino anterior de tipo germinal, variedad seminoma.

DISCUSIÓN^{1,2}

En los adultos, los tumores germinales malignos se presentan con mayor frecuencia en hombres de los 20 a los 35 años; en el Departamento de Cirugía de Tórax del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional son la segunda causa más frecuente de tumores en el mediastino anterior; pueden ser seminomatosos y no seminomatosos. La mayoría de los enfermos acude por síntomas, como el nuestro; los más frecuentes son tos irritativa, disnea y dolor retroesternal; no es rara la presencia de síntomas y síndromes asociados secundarios a la misma presencia física del tumor, como disfonía, estridor, compresión de vena cava superior (el enfermo tenía edema de cara), así como secundarios a la producción de sustancias con efecto hormonal, como ginecomastia e hipogonadismo. Los seminomas pueden elevar la GCH y la DHL pero no la α FP; sin embargo, cuando ésta se eleva en un seminoma confirmado se debe sospechar la presencia de un componente no seminomatoso. Los tumores no seminomatosos elevan la GCH y la DHL y pueden elevar la α FP cuando tienen componente embrionario o de senos endodérmicos. El tratamiento debe iniciar con quimioterapia (QT), seguida en algunas ocasiones por radioterapia, con resección de la masa residual.

El enfermo está recibiendo QT.

REFERENCIAS

1. **Ibarra-Pérez C, Kelly-García J.** Tumores del mediastino. En: *Oncología del tórax*. México: UNAM, OUIS, Coordinación de la Vinculación, MA Porrúa, 1999:109-140.
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;14:172-177.

Correspondencia:

Dr. Víctor Ruiz Piña
Servicio Clínico Núm. 2
Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias Ismael Cosío Villegas
Calzada de Tlalpan 4502,
Col. Sección XVI,
México, D.F. 14080
E-mail:panteras1943@yahoo.com.mx