



Tumor mediastinal de células germinales en un paciente con melanoptosis

Mediastinal germ cell tumor in a patient with melanoptosis

Tumor de células germinativas mediastinais em paciente com melanoptise

Juan Pablo López-Salazar, MD¹ , *Josué Delgado-Serrano, MD²* 

1. Médico en Servicio Social Obligatorio, ESE Sor Teresa Adele, Paujil, Caquetá, Colombia.
2. Médico General, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Santander, Colombia.

Correspondencia. Josué Delgado Serrano, Médico General, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Email. jdelgado48@unab.edu.co

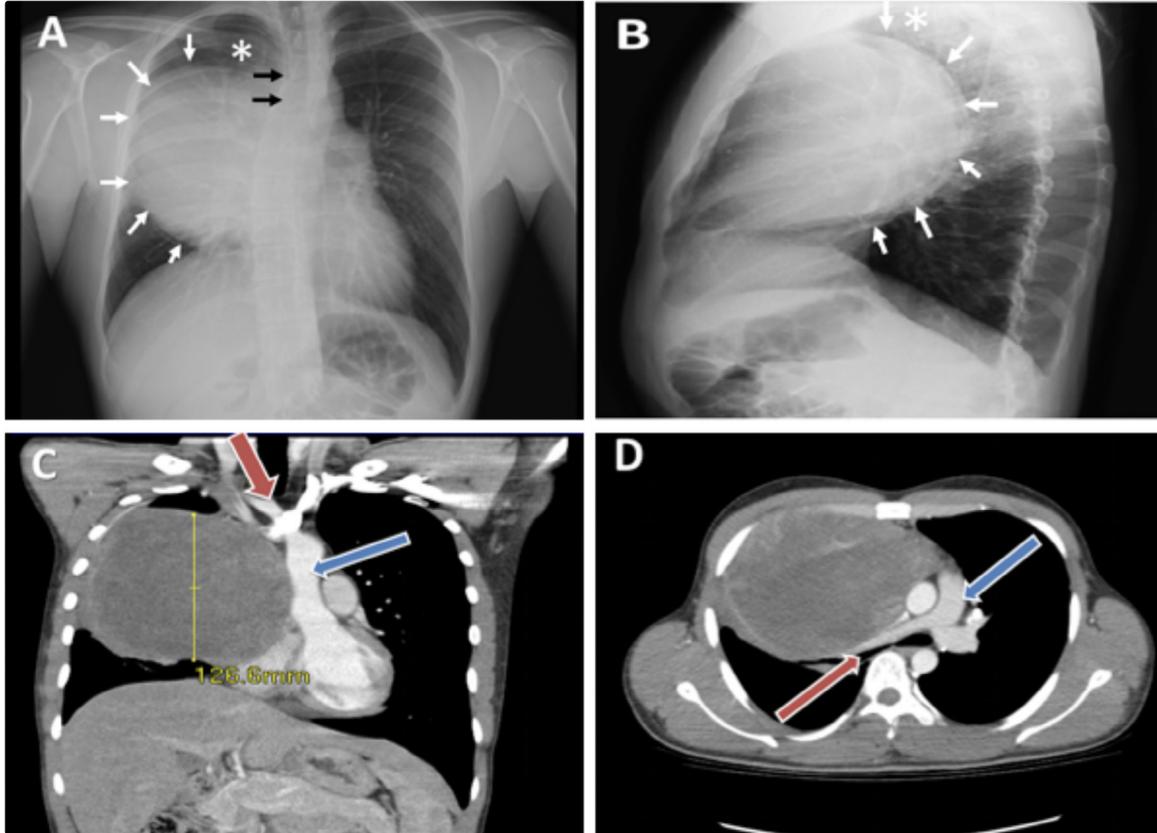
INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 31 de octubre 2019
Artículo aceptado: 07 de junio 2020
DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3748>

Cómo citar. López-Salazar JP, Delgado-Serrano J. Tumor mediastinal de células germinales en un paciente con melanoptosis. MedUNAB. 2020;23(2): 191-194. doi:10.29375/01237047.3748



Figuras A Y B: Radiografía de Tórax Anteroposterior (AP) y Lateral. Presencia de gran lesión al parecer del mediastino medio (Flechas blancas), con diámetros de 11 x 15 x 12 cm, de densidad homogénea, con efecto de masa y desviación de todas las estructuras (Flechas negras) y compresión sobre el lóbulo superior derecho (*), sin calcificaciones en su interior. **Figura C.** Tomografía computarizada de tórax con contraste corte coronal. En la región central del mediastino anterior, se identifica una masa hipodensa, heterogénea, con densidad de predominio de tejido blando, con algunas imágenes de densidad cálcica en su interior, de 14.3 x 10.2 x 12.6 (Línea amarilla) cm, que se encuentra desplazando la aorta ascendente, con trayecto



Fuente: Suministrada por el servicio de radiología previo consentimiento informado del paciente.

tortuoso (Flecha azul), la flecha roja señala el tronco braquiocefálico. **Figura D.** Tomografía computarizada de tórax corte axial en ventana mediastinal. Masa hipodensa, heterogénea, con densidad de predominio de tejido blando, con algunas imágenes de densidad cálcica en su interior, la cual se encuentra desplazando y ocupando gran parte de la porción anterior del hemitórax derecho. Así mismo se encuentra desplazando estructuras mediastinales como el tronco de la pulmonar (Flecha azul), esta masa se encuentra generando atelectasia pasiva del lóbulo medio derecho (Flecha roja).

Figures A and B: Anteroposterior (AP) and Lateral Chest X-ray. Presence of a large mass, apparently from the middle mediastinum (white arrows), diameters of 11 x 15 x 12 cm, homogeneous density, with the mass effect on other mediastinal structures (black arrows) and compression on the right upper lobe (*), without inner calcifications. **Figure C.** Chest Computed Tomography, coronal section. In the anterior mediastinum it shows a hypodense, heterogeneous mass, with predominance of soft tissue density, with some calcifications inside, diameters of 14.3 x 10.2 x 12.6 (yellow line) cm, displacing the ascending aorta (blue arrow), the red arrow indicates the brachiocephalic trunk. **Figure D.** Computed tomography of the chest, axial section. Hypodense, heterogeneous mass, with predominance of soft tissue density, with some calcifications inside, which occupying a large part of the anterior right hemithorax. It is also displacing mediastinal structures such as the trunk of the pulmonary artery (blue arrow), this mass is generating passive atelectasis of the right middle lobe (red arrow).

Figuras A e B: Radiografía de tórax (anteroposterior (AP) e lateral). Presença de grande massa, aparentemente do mediastino médio (Setas brancas), diâmetros de 11 x 15 x 12 cm, densidade homogênea, com efeito de massa em outras estruturas mediastinais (setas pretas) e compressão no lobo superior direito (*), sem calcificações internas. **Figura C.** Tomografia computadorizada de tórax, corte coronal. No mediastino anterior, mostra uma massa hipodensa e heterogênea, com predominância da densidade de partes moles, com algumas calcificações internas, diâmetros de 14,3 x 10,2 x 12,6 (Linha amarela) cm, deslocando a aorta ascendente (seta azul), a seta vermelha indica o tronco braquiocefálico. **Figura D.** Tomografia computadorizada de tórax, corte axial. Massa hipodensa, heterogênea, com predominância da densidade de partes moles, com algumas calcificações internas, que ocupam grande parte do hemitórax anterior direito. Também está deslocando estruturas mediastinais, como o tronco da artéria pulmonar (Seta azul), essa massa está gerando atelectasia passiva do lobo médio direito (Sseta vermelha).

Hombre de 28 años sin antecedentes, con clínica de dos meses de tos y dolor torácico intermitente, quien en la última semana presentó disnea y fiebre no cuantificada, con posterior aparición de síntomas leves de obstrucción de vena cava superior, hemoptisis y melanoptisis, por lo que consultó a urgencias. Inicialmente se sospechó neumonía vs. tuberculosis (TBC), sin embargo, la baciloscopia seriada, el hemograma y los reactantes de fase aguda fueron normales. La radiografía de tórax mostró masa proveniente de mediastino medio (**Figuras A y B**). La tomografía reportó lesión en mediastino anterior derecho, descrita en las **figuras C y D**. Se reportó Alfa fetoproteína > 5,000 UI/mL. Se tomó biopsia por fibrobroncoscopia y se hizo diagnóstico de tumor de células germinales, variedad seno endodérmico. Se inició quimioterapia con esquema estándar de Bleomicina, Etopósido y Cisplatino (BEP), primera sesión con adecuada tolerancia, y fue dado de alta para continuar ambulatoriamente. No fue posible hacer seguimiento.

Este caso pretende resaltar la importancia de considerar estas neoplasias en el abordaje del paciente con síntomas respiratorios y melanoptisis, así como exponer mediante imágenes los hallazgos radiológicos más representativos.

El mediastino se ubica en la porción media del tórax y contiene el corazón, los grandes vasos, nódulos linfáticos, el timo, el esófago y la tráquea. Las neoplasias mediastinales más frecuentes son el timoma, el tumor tiroideo, el linfoma y el tumor de células germinales (1). De los tumores de células germinales, el 90% se presenta en las gónadas, y del 10% restante, menos de una tercera parte se presenta en el mediastino (2). Entre estos tumores, que representan el 15% de las masas mediastinales, los más frecuentes son los teratomas, mientras que los tumores del seno endodérmico, como el presentado en este reporte, son menos comunes (3).

En el paciente reportado presentó algunos síntomas frecuentes como la tos, el dolor torácico, la disnea y la hemoptisis (4), reportados previamente en casos similares (5–7). Sin embargo, el síndrome de vena cava superior aparece en menos de un 10% de los casos (8), mientras que la melanoptisis es un hallazgo que se asocia más frecuentemente a patologías del intersticio pulmonar (9) y su presentación en tumores mediastinales, como el del presente caso, es excepcional.

En estos tumores, es frecuente la elevación de alfa feto proteína, sin otras alteraciones de laboratorio (1), como se registró en este caso.

Aunque la radiografía es útil para detectar la masa, el estudio que mejor la caracteriza es la TAC de tórax, la cual muestra masas redondeadas, bien definidas, heterogéneas, con escasa captación de contraste, escasas calcificaciones,

dependientes de mediastino anterior, con compromiso variable de estructuras vecinas (3). Estas características son similares a las del caso presentado.

Estas neoplasias por lo general son de buen pronóstico y no requieren manejo quirúrgico a menos que se identifique masa residual. En general, se manejan con esquema BEP de quimioterapia (1) el cual se utilizó con buena tolerancia en este paciente, infortunadamente, sin datos del seguimiento. En conclusión, este caso resalta la importancia de considerar las neoplasias mediastinales como diagnóstico diferencial ante síndromes respiratorios en pacientes jóvenes, así como de reconocer las principales características radiológicas de estas lesiones.

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Almeida PT, Heller D. Anterior Mediastinal Mass. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546608/>
2. Ronchi A, Cozzolino I, Montella M, Panarese I, Marino FZ, Rossetti S, et al. Extragonadal germ cell tumors: Not just a matter of location. A review about clinical, molecular and pathological features. *Cancer Med.* 2019;8(16):6832-40.
3. Juanpere S, Cañete N, Ortuño P, Martínez S, Sanchez G, Bernardo L. A diagnostic approach to the mediastinal masses. *Insights Imaging.* 6 de diciembre de 2012;4(1):29-52.
4. Overview of Benign and Malignant Mediastinal Diseases | Adult Chest Surgery, 2e | AccessSurgery | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://accesssurgery.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=72437105&bookid=1317>
5. Yamasaki N, Yoshida A, Ooshima T, Hashiguchi K. [Two cases of primary mediastinal germ cell tumor]. *Kyobu Geka.* diciembre de 1996;49(13):1081-4.
6. Tabuchi A, Katsumura T, Fujiwara T, Doko S, Inada H, Masaki H, et al. [A case of primary mediastinal germ cell tumor, successfully treated with chemotherapy and curative resection]. *Kyobu Geka.* marzo de 1995;48(3):236-8.
7. Wong V, Geynisman DM. Incidentally discovered primary mediastinal germ cell tumor. *J Am Acad PAs.* abril de 2020;33(4):35–37.
8. Rosti G, Secondino S, Necchi A, Fornarini G, Pedrazzoli P. Primary mediastinal germ cell tumors. *Semin Oncol.* 1 de abril de 2019;46(2):107-11.

9. Martínez-Girón R, Mosquera-Martínez J, Martínez-Torre S. Black-pigmented sputum. *J Cytol Indian Acad Cytol.* 2013;30(4):274-5.