

SEMINOMA EXTRAGONADAL METASTASICO A S.N.C. A PROPOSITO DE UN CASO

DR. CARLOS PAZ G.; DR. JOSE R. PEREZ T.; DR. CARLOS SUCRE; DRA. LUDITH GOLLO, DR. BLAS SOSA;
DRA. M. PENSO; DRA. JANETH PEREZ

RESUMEN: los tumores germinales extragonadales representan menos del 10% de estos tumores en el varón, cuya localización más frecuente es mediastínica y retroperitoneal. Las mt cerebrales ocurren aproximadamente 2% a 8% de los pacientes con tumores de testículo, e invariablemente son asociados con recaídas a otros sitios, más comúnmente pulmón o como un evento terminal. Nosotros presentamos a continuación un caso: se trata de paciente masculino de 31 años, quien inicia E.A. en mayo 95, caracterizado por dolor en el hemitórax izquierdo y región external, leve intensidad, sin irradiación, concomitante presenta episodio de pérdida de conocimiento, seguido de hemoptisis; motivo por el cual se inician los estudios correspondientes y en la TAC de tórax se evidencia "Extensa lesión neoproliferativa de mediastino antero-superior y lateral izquierdo"; por lo que es referido al I.O.L.R. el 17-11-95, ingresando por admisión el 05-12-95. Antecedentes de importancia: pérdida de 10 kg. en 2 meses, hábitos tabáquicos acentuados. El examen físico de ingreso mostraba un pac. en RsCsGs, una adenopatía de 1 cm en la región yugular superior izquierda y otra de 1 cm en la región yugular superior derecha, las fosas supraclaviculares y las axilas eran negativas, los Rs Resp Ptes en As hemotórax y disminuidos en As bases sin agregados, quiste de epidimo derecho, Ptiriasis simple. Es evaluado por el Servicio de Cirugía de Tórax, en enero 96 deciden hospitalizarlo para tratamiento quirúrgico, el 23-1-96 se le practica Esternotomía media y el tumor es considerado irreseccable, por su relación con los grandes vasos, se tomó biopsia. Evaluado en conferencia del Servicio de M.I.O. 02-2-96 se decide, solicitar marcadores tumorales, Inmunohistoquímica e iniciar quimioterapia con esquema BEP. Los marcadores fueron negativos, y no se realizó inmunohistoquímica, pero la revisión de láminas reportó "Tu. Germinal, Seminoma". El 11-2-96 presentó Sx. Comprensión Vena Cava Superior, iniciándose el tratamiento el día 12-2-96, mejorando notablemente y evolucionando satisfactoriamente. El día 27-2-96 presenta neutropenia febril, instaurándose tratamiento, a pesar de no existir foco de infección, con Cefoperazona-Sulbactam, Amikacina y Fluconazol, 24 horas después el paciente presenta alteración del estado de conciencia, Glasgow 3, y rigidez de nuca, falleciendo posteriormente. Se practicó autopsia clínica la cual determinó como causa de muerte, enclavamiento por hipertensión endocraneana debido a infección del SNC (Meningitis). Otros hallazgos, quiste de epidimo derecho. Cultivos posteriores de la secreción, encontrada aislaron *Listeria monocytogenes*. El estudio anatomopatológico reveló la presencia de metástasis de Seminoma en el Sistema Nervioso Central. La literatura revisada al respecto reporta que las mt cerebrales ocurren en 2% a 8% de los pac. con tumores de testículo. Hay estudios japoneses que reportan aproximadamente 6 casos de pac. con mt cerebrales, reportes individuales. Otro estudio japonés habla de una incidencia de 2% de mt cerebrales por tumor de testículo. Un estudio realizado en la India reporta una incidencia del 15%. En nuestro Instituto constituye el primer caso de mt cerebral por tumores de testículo, de un total de 28 pacientes tratados desde 1986.

INTRODUCCION

Los tumores germinales extragonadales representan menos del 10% en el varón, y su localización más frecuente es mediastínica y retroperitoneal^(1,2).

Las metástasis cerebrales ocurren en aproximadamente 2% a 8% de los pacientes con tumor de células germinales del testículo⁽³⁾, e invariablemente están asociados con recaídas a otros sitios, más comúnmente en pulmón, o como un evento terminal de la enfermedad^(3,4).

Presentamos este caso que constituye el primer paciente con metástasis cerebral por tumor germinal en el I.O.L.R; de un total de 28 pacientes tratados, desde 1986⁽⁵⁾.

CASO

Se trata de paciente masculino de 31 años, quien inicia E.A. en mayo 95, caracterizada por dolor en hemitórax izquierdo y región esternal, leve intensidad, sin irradiación, concomitante presenta episodio de pérdida de conocimiento, seguido de hemoptisis; motivo por el cual acude al Hospital General de San Fernando de Apure, iniciándose los estudios correspondientes y en la TAC de tórax; se evidencia "Extensa lesión neoproliferativa de mediastino antero-superior y lateral-izquierdo"; por lo que es referido al I.O.L.R. el 17-11-95, ingresando por admisión el 05-12-95. Antecedentes de importancia, pérdida de 10Kg en dos meses, hábitos tabáquicos acentuados. El examen físico de ingreso mostraba un paciente en Rs Cs Gs, una adenopatía de 1 cm. en región yugular superior izquierda y otra de 1 cm. en la región yugular superior derecha, las fosas supraclaviculares y las axilas eran negativas, los Rs Resp Ptes en As hemitórax y disminuidos en As bases sin agregados, quiste de epididimo derecho, Ptiriasis simple. Es evaluado por el servicio de Cirugía de Tórax en enero 96, deciden hospitalizarlo para tratamiento quirúrgico, el día 23-1-96 se le practica esternotomía media y el tumor

es considerado irreseccable, por su relación con los grandes vasos, se toma biopsia. Evaluado en conferencia del servicio M.I.O. 02-2-96 se decide solicitar marcadores tumorales, inmunohistoquímica, e iniciar quimioterapia con esquema BEP. Los marcadores fueron negativos y no se realizó la inmunohistoquímica, pero la revisión de láminas reportó "Tu. germinal, Seminoma". El 11-2-96 presentó Sx. Comprensión Vena Cava Superior, iniciándose el tratamiento el día 12-2-96, mejorando notablemente y evolucionando satisfactoriamente. El día 27-2-96 presenta neutropenia febril, instaurándose tratamiento, a pesar de no existir foco de infección clínicamente, con Cefoperazon-Sulbactam, Amikacina y Fluconazol. 24 horas después el paciente presenta alteración del estado de conciencia, Glasgow de 3 puntos, y rigidez de nuca, falleciendo 2 horas después de iniciada la clínica neurológica. Se practicó autopsia clínica la cual determinó como causa de muerte, enclavamiento por hipertensión endocraneana debido a infección del Sistema Nervioso Central (Meningitis). Cultivos posteriores de la secreción, encontrada en las meninges, aislaron *Listeria monocytogenes*. El estudio anatomopatológico reveló la presencia de metástasis de Seminoma en el Sistema Nervioso Central.

DISCUSION

Los tumores de células germinales pueden aparecer, además del testículo, en áreas extragonadales, especialmente en estructuras de línea media, como el mediastino, retroperitoneo, y glándula pineal; las localizaciones mediastínicas y retroperitoneales representan menos del 10% de estos tumores en el varón^(1,2); aparecen en estos tejidos posiblemente por migración incompleta de las células germinales⁽¹⁾; para que un tumor germinal sea considerado extragonadal se precisan al menos dos criterios:

- Un diagnóstico histológico compatible con tumor de células germinales, y

- Ausencia de tumor primario testicular al realizar la ecografía de ambos testículos.

La mayoría de los autores⁽¹⁾, aceptan que casi todos los tumores germinales de asiento retroperitoneal, se originan en lesiones testiculares de muy pequeño tamaño o que incluso han desaparecido tras padecer un proceso de autoinvolución. Por el contrario, la gran mayoría de los tumores germinales de presentación mediastínica, son originarios de dicha zona; en general estos tumores son detectados en un estadio bastante avanzado, con masas superiores a los 5 cm, y se comportan con gran agresividad^(1, 7, 8, 9, 10).

Las metástasis al sistema nervioso central son poco frecuentes, menos del 5% de todos

los pacientes con estadio III (afectación mediastínica y/o supraclavicular, y/o cervicales, y/o axilares) según un estudio realizado por el M. D. Anderson⁽¹¹⁾. La universidad de Indiana reportó un total de 5 pacientes con metástasis al sistema nervioso central⁽¹⁾. Estudios realizados en la India reportan una incidencia de 8% a 15%⁽³⁾. Estudios realizados en Japón mostraron una incidencia, de metástasis cerebrales por tumores de testículos, del 2%⁽¹²⁾. Los Japoneses, son los que últimamente, con mayor frecuencia han realizado informes de casos, de pacientes con tumores germinales de testículos y metástasis al sistema nervioso central^(13,14,15).

Este paciente constituye el primer caso, documentado, de metástasis del sistema nervioso central por tumor de testículos⁽⁵⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Einhorn, et al: Cancer of the testis. In Cancer: Principles and practice of oncology. Ed De Vita; Lippincott Company, 1071-98, 1989.
2. Mostofi, FK: Testicular tumors: idemiologic, etiologic and pathologic features. Cancer, 32:1186-201; 1973
3. Raina, V; et al: Brain metastasis as the site of relapse in germ cell tumor on testis. Cancer, 72:2182-5; 1993
4. Takano, S; et al: Brain metastasis of testicular yolk sac tumor with massive hemorrhage: case report. No-Shinkei-Geka.; 21:533-7; 1993.
5. Martínez, C; Yordi, G; et al: Tumores testiculares en el I.O.L.R.. En preparación.
6. Richardson, R; et al: The unrecognized germ cell cancer syndrome. Ann. Intern. Med., 94:81-6; 1981.
7. Droz, J; et al: Prognostic factors in metastatic disease. Semin. Onc. 19:181-9; 1992.
8. Droz, J; et al: Prognostic factors in advanced seminomatous testicular cancer. A Multivariate Logistic Regression Analysis. Cancer, 62:564-8; 1988.
9. Geller, N; et al: Prognostic factors for relapse after complete response in patients with metastatic germ cell tumors. Cancer, 63:440-5; 1989.
10. Birch, R; et al: Prognosis factors for favorable outcome in disseminated germ cell tumors. J. Clin. Oncol. 4:400-7; 1986.
11. Logothetis, C; et al: The management of brain metastases in germ cell tumors. Cancer. 49:1278-81; 1982.
12. Aizawa, T; et al: Two cases of testicular tumor with brain metastasis. Hinyokika-Kiyo. 40:1027-32; 1994.
13. Onishi, T; et al: Initial chemotherapy followed by orchietomy and retroperitoneal lymphadenectomy: a case of seminoma with a testicular tumor and enlarged regional lymph nodes. Hinyokika-Kiyo. 40:151-4; 1994.
14. Kanematsu, E; et al: Successful management of choriocarcinoma of the testis with brain metastasis: a case report. Hinyokika-Kiyo. 38:1195-9. 1992.
15. Izumi, H; et al: Pure yolk sac tumor of the testis brain metastasis: report of an adult case. Hinyokika-Kiyo. 38:1071-4; 1992.