

METÀSTASI DE TUMOR GERMINAL EN PACIENT JOVE

N.Pardo Matamoros; E.Fernández Monclús; J.Esquiús Soriguera.
Servei d'Anatomia Patològica; Fundació Privada Hospital Asil de Granollers; Granollers.

CAS CLÍNIC

Home de 28 anys amb antecedents patològics de síndrome psicòtica no especificada actualment sense tractament ni seguiment, que de l'ABS remetien a UDR de l'hospital per quadre de dolor lumbar de característiques mecàniques d'un més d'evolució i que s'irradia a EID i aparició de tumoració a hipocondri esquerre dolorós a la palpació i de ganglis supraclaviculars esquerres, de fins a 2cm, de consistència dura. En TAC: Conglomerat adenopàtic mediastínic de disposició subcarinal, paratraqueal superior D i E que s'estén fins a regió supraclavicular esquerra i conglomerat adenopàtic d'uns 15cm, heterogeni amb àrees hipodenses, situat des de tronc celíac fins a bifurcació. Pulmons, fetge, pàncrees, suprarenals, ronyons i bufeta sense alteracions. No líquid lliure intrabdominal. Amb l'orientació de Síndrome limfoproliferativa, demanen PAAF de gangli supraclavicular Esquerra.

Citologia

Extensions molt cel·lulars constituïdes per moc (Figura 1.A) i agregats de cèl·lules epitelials amb cèl·lules cilíndriques en plaques discretament desordenades (Figura 1.B) i palissades (Figura 1.C). Nuclis rodons o ovalats amb lleu polimorfisme i cromatina fina. Absència d'altres tipus de cèl·lules i de limfòcits.

Diagnòstic: Extensions de fons mucoide amb cèl·lules epitelials glandulars amb atípia lleu (a valorar en el context clínic)

Diagnòstic diferencial: Per la localització de l'adenopatia, la presència de moc, la configuració dels grups i la morfologia cel·lular, es planteja la possibilitat de metàstasi d'origen gastro-intestinal, sense poder descartar altres diagnòstics com un carcinoma mucoepidermoide, malgrat no observar cèl·lules intermitges ni epidermoides.

La semiologia clínica és molt rellevant en diagnòstic citològic. Per això, malgrat el diagnòstic de la PAAF, per l'edat del pacient i la distribució de les adenopaties, es considera la possibilitat d'un tumor germinal, pel que es demanen marcadors de tumor germinal en sang, amb el resultat de HCG, alfafetoproteïna i LDH elevades i ecografia testicular que mostra varicocele a testicle esquerre i tumoració sòlida heterogènia de 18mm a testicle dret. Es realitza orquiectomia dreta.

Orquiectomia:

Tumoració de 1,8cm que al tall era bruna i amb focus hemorràgics. Histològicament tumor compost per epiteli intestinal, cartílag i focus de carcinoma embrionari.

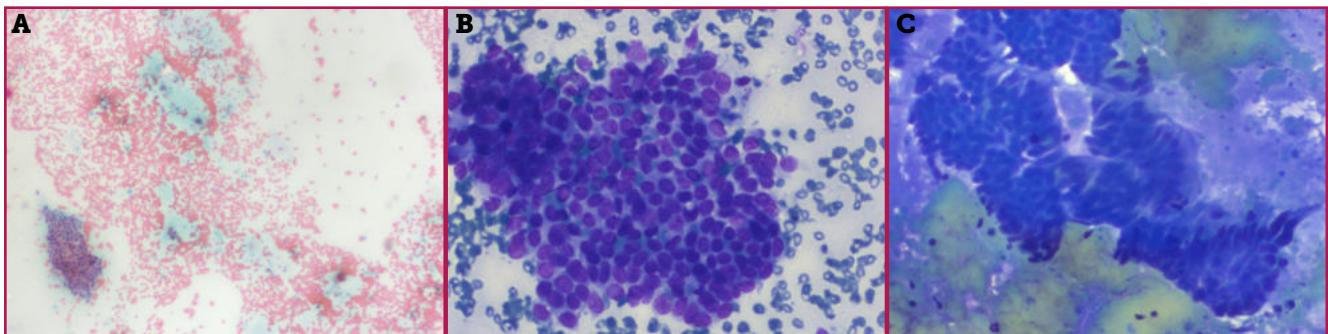


Figura 1. Imatge de les extensions cel·lulars

Diagnòstic: Tumor germinal de 1,8cm mixt amb component de teratoma postpuberal (80 %), carcinoma embrionari (20 %), a més de neoplàsia germinal intratubular (pT1)

Seguiment

El pacient ha fet 4 cicles de QT radical. Posteriorment exèresi de massa ganglionar retroperitoneal amb nefrectomia esq (ronyó i adrenal englobats pel tumor adenopàtic) i pròtesi d'aorta infrarenal. En un segon temps, cèrvico-toracotomia esq amb resecció de tumor i toracotomia lateral dreta i exèresi d'adenopaties. El diagnòstic histològic en les 2 intervencions ha estat de tumor germinal compatible amb metastasi de primari testicular en forma de teratoma.

El pacient pateix insuficiència suprarenal en tractament substitutiu i insuficiència renal d'etiologia pre-renal

DISCUSSIÓ

El càncer testicular és la neoplàsia maligna més freqüent en homes de 20 a 35 anys, suposa l'1 % de totes les neoplàsies en homes i el 20-30 % dels tumors en infants.

Els tumors de cèl·lules germinals del testicle es clasifiquen en 2 grups principals, seminomatosos i no seminomatosos (carcinoma de cèl·lules embrionàries,

tumor del sac vitel·lí, coriocarcinoma i teratoma), que en la majoria de casos s'identifica més d'un patró histològic. La combinació més freqüent és la que inclou carcinoma embrionari, tumor del sac vitel·lí i teratoma.

Hi ha 4 subtipus de teratomes testiculars segons la composició histològica: madurs, immadurs variants monodèrmiques i, com en el nostre cas, amb àrees malignes. Aquests, són generalment immadurs amb sobrecreixement d'alguna segona neoplàsia de cèl·lules no germinals: sarcoma, carcinoma (adenocarcinoma i carcinoma epidermoide) o ambdós. La presència d'aquest component maligne en un teratoma en el testicle no altera el pronòstic, però si les metastasis contenen carcinoma o sarcoma derivats del teratoma, el pronòstic és molt dolent.

Malgrat que el teratoma és histològicament benigne, té un potencial biològic variat, pot presentar creixement agressiu local, disseminació a distancia i transformació en una neoplàsia maligna somàtica, per això, s'ha de considerar com una tumoració maligna.

CONCLUSIÓ

Davant un pacient jove, amb una afectació adenopàtica important, un cop descartat un procés limfoproliferatiu, sempre s'ha de tenir en compte els tumors germinals, encara que les característiques citològiques no siguin les esperades. ■

Bibliografia

1. Carver BS, Al-Ahmadie H, Sheinfeld J. Teratoma testicular adulto y pediátrico. Urol. Clin. N. Am. 2007; 34:245-251.
2. Leibovitch I, Foster RS, Ulbright TM, Donohue JP. Adult primary pure teratoma of the testis. The Indiana experience. Cancer, 1995; 75:2244-2250.