

REACCION SARCOIDAL MEDIASTINAL EN EL SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE CON SEMINOMA

GUSTAVO JANKILEVICH¹, JAVIER MENDIZABAL¹, MIGUEL A. MASSA², ANALIA PEDERNEIRA³,
MIGUEL GALMES⁴, NESTOR SPIZZAMIGLIO⁴

¹Servicio de Oncología y ²Servicio de Urología, Hospital Carlos G. Durand; ³División de Patología, Hospital E. Tornú; ⁴Servicio de Cirugía torácica, Hospital Carlos G. Durand, Buenos Aires

Resumen El cáncer de células germinales de testículo es el modelo de neoplasia curable. Las complicaciones a largo plazo son bien conocidas y el seguimiento incluye la pesquisa no sólo de la recaída, sino también de la aparición de segundos tumores y secuelas del tratamiento empleado. Un aumento de la incidencia de lesiones con granulomas tipo sarcoidosis se ha descrito en las últimas dos décadas en pacientes curados quienes en el seguimiento se presentan con nódulos pulmonares o adenopatías mediastinales. Se presenta el caso clínico de un paciente de 28 años quien durante el seguimiento clínico por un tumor seminomatoso, muestra en la tomografía axial computada y radiografía de tórax la presencia de adenopatías en mediastino, sin evidencia de enfermedad en abdomen y pelvis, el otro testículo normal y marcadores negativos. Ante esta peculiar situación, se realiza mediastinoscopia diagnosticándose reacción sarcoidal en ganglio mediastinal. Durante el seguimiento de pacientes con tumores germinales de testículo la presencia de adenopatías mediastinales exige contar con el diagnóstico histológico y tener en cuenta a la sarcoidosis en el diagnóstico diferencial.

Palabras clave: sarcoidosis, seminoma

Abstract *Mediastinal sarcoidal reaction in follow up for seminoma.* Testicular germ cell tumors constitute a model for curable neoplasia. Long-term complications are well-known and follow-up includes not only awareness of relapse, but also of the development of secondary tumors and treatment sequelae. In the last two decades, an increase in sarcoidosis incidence has been described in cured patients, who at follow-up present lung nodules or mediastinal lymph nodes. A 28 year-old patient who, on clinical follow up of a seminomatous tumor, presented mediastinal lymph nodes on CT scan and chest x-ray, without evidence of disease in pelvis or abdomen is presented. His other testicle was normal and he had negative tumor markers. Because of this rare presentation, a mediastinoscopy was performed and sarcoidosis like reaction was diagnosed. During follow-up of patients with testicular germ cell tumors, the presence of mediastinal lymph nodes requires a histological diagnosis and sarcoidosis should be considered as differential diagnosis.

Key words: sarcoidosis, seminoma

Los tumores de células germinales de testículo (TCGT) son considerados una de las neoplasias más frecuentes en varones adultos jóvenes. Se los clasifica en seminomas y no seminomas. Muchos de estos pacientes son diagnosticados cuando la enfermedad se halla localizada en el testículo, en cuyo caso la tasa de curaciones se aproxima al 97%, y desde el advenimiento de la quimioterapia basada en cisplatino aun en casos avanzados es mayor al 70%¹.

Debido al elevado porcentaje de curabilidad, las complicaciones en el seguimiento cobran importancia médica y social. En la mayoría de los casos desarrollan vida

normal y tienen descendencia sin inconvenientes, sin embargo un grupo presentará complicaciones en el futuro. Estudios poblacionales documentan mayor incidencia de problemas cardiovasculares, dislipidemias, neuropatía y segundos tumores, frente a una población similar en sexo y edad^{2,3}.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 28 años, sin antecedentes de relevancia clínica, que consulta en febrero de 2003 por aumento del tamaño del testículo derecho. Se realiza ecografía testicular que revela lesión de características malignas por lo que se solicitan marcadores tumorales (alfa fetoproteína, subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana - β HCG- y LDH). Se procede a la funiculoorquiectomía por vía inguinal en el mes de marzo.

Los marcadores en el pre y post quirúrgico fueron normales.

Recibido: 23-XI-2005

Aceptado: 27-VIII-2006

Dirección Postal: Dr. Gustavo Jankilevich, Ciudad de la Paz 1069,
1426 Buenos Aires, Argentina
Fax (54-11) 4824-3131

e-mail: violejanki@gmail.com

El informe patológico describió un seminoma de 3.3 x 3.6 cm y focos de neoplasia intratubular asociada. La tomografía axial computada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis utilizada como estudio de extensión no halló lesiones patológicas. Se indica radioterapia sobre retroperitoneo y se realiza consejo sobre fertilidad en el futuro.

La radioterapia se realiza sin inconvenientes. Procede al seguimiento establecido con clínica, iconografía y marcadores tumorales en rango normal.

En el mes de mayo de 2004 aparecen adenopatías mediastinales en la TAC (Fig. 1).

Se realiza mediastinoscopia sin complicaciones y se obtiene material de ganglios mediastinales, en octubre de 2004. Las secciones muestran formaciones ganglionares con alteraciones en su citoarquitectura en un 70% y reemplazo por nódulos y granulomas tuberculoideos de diferente tamaño, que contactan entre sí, con material fibrinoideo, no caseificante, corona linfoepiteloide y células gigantes centrales. Se realizan exámenes para bacilos ácido alcohol resistentes y micosis, los cuales fueron negativos (Fig. 2).

Actualmente el paciente prosigue asintomático y realiza una vida normal.

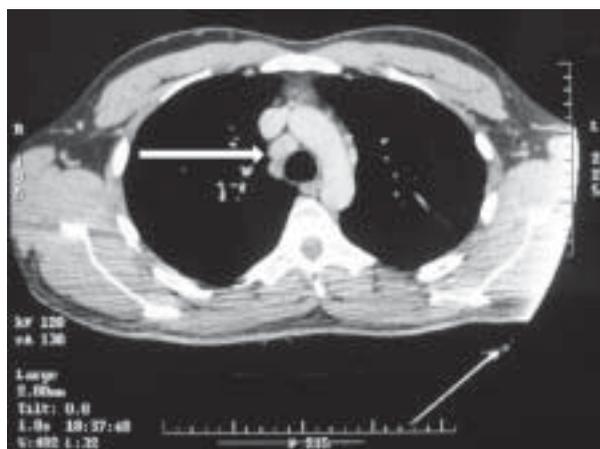


Fig. 1.— TAC de tórax que muestra la lesión pretraqueal retrocava

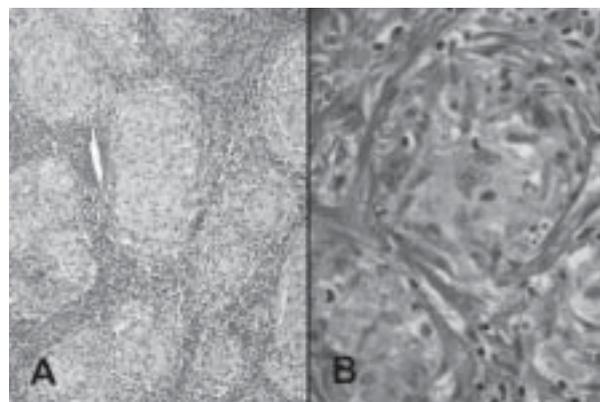


Fig. 2. — A) Tinción con hematoxilina-eosina a 10x. B) Tinción PAS a 40x.

Discusión

La efectividad de la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia en el TCGT ha puesto en relieve la importancia de la correcta evaluación y el seguimiento en los pacientes con respuesta completa posterior al tratamiento.

El seguimiento de los pacientes con TCGT tratados mediante estrategias curativas plantea como objetivos primordiales la detección de recurrencias y el diagnóstico temprano de complicaciones surgidas del tratamiento empleado. Entre las patologías que suelen simular recurrencias se describen las lesiones granulomatosas símil sarcoidosis, las cuales no aparentan ser secuela de tratamiento^{4, 7-9, 11, 12}.

Suelen asociarse antes y después del diagnóstico de TCGT y casi siempre afectan al mediastino (ganglios paratraqueales) y pulmones, siendo más raras otras localizaciones^{7, 12}.

Hasta la fecha, ningún método por imágenes ha resultado capaz de diferenciar entre recurrencia y sarcoidosis cuando se halla afectado el mediastino.

Informes tempranos con el uso de la tomografía de emisión de positrones no han dado resultados satisfactorios^{5, 6}. Ello resulta en la elección de un método invasivo para el correcto diagnóstico, dadas las implicancias pronósticas y de tratamiento que acarrea. En la mayoría de las series el método de elección para obtener material ha sido la mediastinoscopia^{5, 10, 12}.

Nuestro paciente presentó adenopatías mediastinales durante el seguimiento de un seminoma operado, y la ausencia de adenopatías retroperitoneales y marcadores negativos llevó a un procedimiento invasivo para diagnóstico. La presencia de lesiones granulomatosas tipo sarcoidosis en pacientes con TCGT ha dejado de ser un hallazgo casual y luego de informes aislados se ha logrado establecer un aumento de su incidencia en estos pacientes, en especial en aquellos con diagnóstico de seminoma⁸. Tal asociación no puede explicarse de manera definitiva.

Algunos investigadores hablan de “reacción tipo sarcoidosis” frente a la presencia de micrometástasis y la sindicaron como una forma de respuesta inmune que conlleva un buen pronóstico⁵.

Sin embargo, en los informes que hablan del hallazgo de enfermedad micrometastásica no se ha estipulado cuál es el valor de tal hallazgo y si debiera generar un gesto terapéutico.

Como consideración final, la presencia de lesiones adenomegálicas mediastinales con o sin lesiones pulmonares, junto a marcadores negativos en el seguimiento de pacientes con TCGT debe incluir a lesiones granulomatosas sarcoidales en el diagnóstico diferencial de recurrencia.

No debiera iniciarse tratamiento alguno en estos casos hasta no tener el informe patológico¹⁰. El seguimiento clínico y la evaluación por un equipo entrenado es esencial.

Bibliografía

1. Bosl GJ, Bajorin DF, Sheinfeld J, et al. Cancer of the testis. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds.: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2001, pp 1491.
2. Huddart RA, Norman A, Shahidi M, et al.: Cardiovascular disease as a long-term complication of treatment for testicular cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 1513-23.
3. Osanto S, Bukman A, Van Hoek F, et al.: Long-term effects of chemotherapy in patients with testicular cancer. *J Clin Oncol* 1992; 10: 574-9.
4. Klumpen HJ, Westermann AM. Diagnostic dilemma in a man with seminoma. *Lancet* 2004; 31; 364: 2230.
5. Karapetis CS, Strickland AH, Yip D, et al. PET and PLAP in suspected testicular cancer relapse: beware sarcoidosis. *Ann Oncol* 2001; 12: 1485-8.
6. Muggia FM, Conti PS. Seminoma and sarcoidosis: a cause for false positive mediastinal uptake in PET? *Ann Oncol* 1998; 9: 924.
7. Tjan-Heijnen VC, Vlasveld LT, Pernet FP, et al. Coincidence of seminoma and sarcoidosis: a myth or fact? *Ann Oncol* 1998; 9: 321-5.
8. Rayson D, Burch PA, Richardson RL. Sarcoidosis and testicular carcinoma. *Cancer* 1998; 83: 337-43.
9. Leatham EW, Eeles R, Sheppard M, et al. The association of germ cell tumours of the testis with sarcoid-like processes. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 1992; 4: 89-95.
10. Kok TC, Haasies JG, Splinter TA, et al. Sarcoid-like lymphadenopathy mimicking metastatic testicular cancer. *Cancer* 1991; 68: 1845-7.
11. Toner GC, Bosl GJ. "Sarcoid-like lymphadenopathy" and testicular germ cell tumors. *Am J Med* 1990; 89: 651-6.
12. Fossa SD, Abeler V, Marton PF et al. Sarcoid reaction of hilar and paratracheal lymph nodes in patients treated for testicular cancer. *Cancer* 1985; 56: 2212-6.

Why is it that the most respectable evidence today for PK [PsychoKinesis], the work of Helmut Schmidt and Robert Jahn, involves sophisticated statistical analyses of thousands of repeated events? The skeptic's answer is that when a supposed PK effect is so weak that it can be detected only by statistics, many familiar sources of bias creep into the laboratory. In the case of S. G. Soal, once hailed as England's top parapsychologist, we know now that the bias was outright fraud. Even when researchers are totally honest, it is as difficult to control the effect of passionate desires on methods of getting and analyzing data as it is to keep sealed flasks free from bacterial contamination.

¿Por qué la hoy más respetable evidencia de PK [PsychoKinesis], el trabajo de Helmut Schmidt y Robert Jahn implica sofisticados análisis estadísticos de miles de repetidos eventos? La respuesta del escéptico es que cuando un supuesto efecto PK es tan débil que sólo puede ser detectado por la estadística, muchas fuentes familiares de sesgo se han infiltrado en el laboratorio. En el caso de S G. Soal, en un tiempo aclamado como el mejor parapsicólogo de Inglaterra, el sesgo era directamente, fraude. Aun cuando los investigadores sean totalmente honestos, es difícil controlar los efectos de apasionados deseos sobre los métodos de obtener y analizar datos, tan difícil como mantener tubos de cultivo sellados libres de contaminación bacteriana.

Martin Gardner

Wonders of science. En: *The New Age. Notes of a fringe watcher*.
Buffalo, NY: Prometheus, 1988, p 101-2