

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR Y TROMBOSIS DE VENA YUGULAR SECUNDARIAS A SEMINOMA DE LÍNEA MEDIA

DR. PABLO RENÉ RIVERA VARGAS

Hospital San Pedro de Alcántara

Tutor: Dr. Ricardo Collado Martín

INTRODUCCIÓN

Los **tumores de células germinales del varón** habitualmente se originan en los testículos. Sin embargo, en el **2-5%** de los casos pueden **aparecer de forma primaria en localizaciones extragonadales**, sin evidencia de un tumor testicular. Esta infrecuente entidad suele aparecer en la línea media corporal, predominantemente en el **mediastino y en el retroperitoneo**. Los **tumores germinales extragonadales mediastínicos (TGEM)** deben incluirse en el **diagnóstico diferencial de cualquier tumor mediastínico de origen desconocido**. Un diagnóstico exacto es fundamental, debido a que son tumores potencialmente curables con quimioterapia. El tratamiento de elección de los TGEM es la **quimioterapia seguida de la resección** de las masas residuales. Los esquemas de tratamiento son similares a los usados en los tumores germinales de origen testicular. Cuando se inicia el tratamiento temprano, las tasas de supervivencia son **> 90% de supervivencia a los 5 años**. Los seminomas mediastínicos a menudo tienen un patrón de crecimiento muy lento, tienen un potencial limitado para metastatizar, los síntomas no son muy característicos y muchos pacientes a menudo son asintomáticos con hallazgos incidentales.

Un paciente diagnosticado con un seminoma mediastínico generalmente no presentará

El Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS) se presenta hasta en un 19% de los pacientes con seminomas mediastínicos y otros autores describen la incidencia de 6% al 30%.

ningún síntoma, pero puede tener **síntomas secundarios a la compresión de los órganos** circundantes, debido a su naturaleza voluminosa. Algunos pacientes pueden presentar SVCS debido a la naturaleza de crecimiento del tumor.

El Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS) se presenta hasta en un 19% de los pacientes con seminomas mediastínicos y otros autores describen la incidencia de 6% al 30%. El tamaño de los tumores puede oscilar entre 4,5 y 18 cm en la mayor dimensión, lo que sugiere que crecen durante mucho tiempo antes de que los pacientes desarrollaran síntomas. El nivel de **β -hCG** está **elevado en el 38% de los pacientes**.

El SVCS generalmente no pone en peligro la vida del paciente, sin embargo la Vena Cava Superior es susceptible a la obstrucción debido a sus paredes delgadas y su proximidad a los ganglios linfáticos que pueden causar compresión externa con su agrandamiento. Los síntomas y signos incluyen disnea, edema de la cara, brazos y cuello, tos, cambios en la visión y el oído, fatiga, distensión de la vena yugular y derrame pleural, todos los cuales tienen un inicio de duración variable y pueden ser exacerbados por cambios de posición.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

ANTECEDENTES

Varón de 55 años, fumador (20 paquetes al año). Sin otros antecedentes personales de interés. Acudió a urgencias por cuadro de dolor torácico de tipo opresivo sin irradiación ni cortejo vegetativo y disnea de moderados esfuerzos de ocho días de evolución. Niega otra sintomatología.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

En la exploración física se observó: ECOG 0, hemodinámicamente estable, fascies pletórica, eritema y edema a nivel de cuello anterior y región supraclavicular. Eupneico en reposo. Resto de la exploración sin hallazgos relevantes. Se realizaron pruebas complementarias: analítica básica y electrocardiograma (ECG) sin hallazgos de interés. En radiografía (RX) de tórax se observa ensanchamiento mediastínico con masa a nivel de mediastino anterior. En tomografía axial computarizada (TAC) torácica (**Figura 1**) se observa masa en mediastino anterior de 8,7x4,5x12 cm, que ocasiona efecto de masa sobre vena cava superior (VCS) y trombosis de vena yugular interna y subclavia izquierdas.

El paciente ingresó en Servicio de Neumología con el diagnóstico de **masa mediastínica** a estudio y **Síndrome de Vena Cava Superior**

Grado I. Se inició **anticoagulación con heparina de bajo peso molecular** (HBPM). Tras obtener biopsia para estudio anatomopatológico se diagnosticó de **Seminoma**.

Con diagnóstico de seminoma, el paciente pasó a cargo del Servicio de Oncología para valoración de inicio de tratamiento. Se completó estudio con ecografía testicular sin encontrar hallazgos patológicos. Presentó gonadotropina coriónica humana (β -hCG) y lactato deshidrogenasa (LDH) elevadas, con alfafetoproteína (AFP) normal. Se completó estudio de extensión, descartando enfermedad metastásica a distancia. Con el diagnóstico de **Seminoma de Línea Media Estadio IIIB** (cTON3M0), se planteó tratamiento sistémico mediante esquema **cisplatino, etopósido y bleomicina** por cuatro ciclos.

SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

Durante el ingreso, se administró el primer ciclo con buena tolerancia y mejoría de la sintomatología congestiva. El paciente fue dado de alta con HBPM y corticoides. Se comentó con Radiología Intervencionista para valorar colocación de stent en vena cava. Sin embargo, dada la mejoría clínica con el tratamiento quimioterápico, se descartó. En el seguimiento en las consultas externas, presentó excelente tolerancia al tratamiento y disminución progresiva de LDH y β -hCG. Tras completar los cuatro ciclos de tratamiento, se solicitó primero TAC de evaluación de respuesta donde se observó lesión residual a nivel de mediastino anterior de 5x1 cm, posteriormente se solicitó tomografía de emisión de positrones-TAC (PET-TAC), donde se evidenció en región tímica, lesión residual con las mismas medidas y baja captación de radiofármaco (SUV Max 3) (**Figura 2**). Se completó estudio con resonancia magnética (RM) torácica para confirmar resecabilidad y la Unidad de Cirugía Torácica planteó **resección quirúrgica** de dicha masa.



Figura 1. Imagen de TAC torácica.



Figura 2. Imagen de PET-TAC torácica.

CONCLUSIONES

- ▶ Resulta importante realizar un manejo adecuado del SVCS según su etiología, ya que esto se correlaciona con mejoría en supervivencia de tumores potencialmente curables como los del paciente presentado en este caso clínico.

COMENTARIOS DEL TUTOR

El presente caso de un paciente estudiado por síntomas opresivos y congestivos, en relación con seminoma mediastínico, resulta interesante y práctico para repasar el manejo adecuado del SVCS asociado a trombosis y de los Seminomas de línea media.

Es fundamental el manejo multidisciplinar de los pacientes con este tipo de tumores ya que, al ser poco frecuentes, es necesaria la participación de diversos especialistas para una correcta actitud diagnóstico terapéutica, como en este caso, en el que se decidió iniciar quimioterapia, con muy buena respuesta tanto clínica como radiológica tras cumplir el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Muñoz de la Espada VM, Khosravi Shahi P, Hernández Marín B, Encinas García S, Arranz Arijá JA, Pérez-Manga G. Tumores germinales mediastínicos [Mediastinal germ-cell tumours]. *An Med Interna*. 2008; 25(5):241-3.
2. Bishop MA, Kyriakopoulos C. Mediastinal Seminoma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
3. Napieralska A, Majewski W, Osewski W, Miszczyk L. Primary mediastinal seminoma. *J Thorac Dis*. 2018; 10(7):4335-4341.
4. Wanous A, McPhail IR, Quevedo JF, Sandhu NP. Mediastinal seminoma presenting with superior vena cava syndrome. *BMJ Case Rep*. 2017; 2017:bcr2016218282.