

## Metástasis retroperitoneal gigante de un tumor del saco de Yolk

### Giant retroperitoneal metastasis from a Yolk sac tumor

José Luis González González<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9783-1238>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [joseluis@infomed.sld.cu](mailto:joseluis@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

Paciente con antecedentes de cirugía de tumor testicular, con biopsia de tumor de saco de Yolk y con diagnóstico de un tumor metastásico retroperitoneal irresecable. Un año más tarde de este último diagnóstico es remitido a nosotros, con un aumento considerable de dicha lesión y se logra su exéresis satisfactoriamente. Se realizó una revisión de la literatura, las indicaciones y técnicas en el tratamiento de la metástasis retroperitoneal de un tumor del saco de Yolk y se presentan los resultados de un paciente diagnosticado e intervenido en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, en el año 2016. La diseminación metastásica retroperitoneal del tumor del saco de Yolk es poco frecuente, muy poco reportado a nivel mundial y con pocas experiencias en su tratamiento. Se realizó una técnica de resección de una lesión gigante con quimioterapia adyuvante posoperatoria. No hubo complicaciones relacionadas con el proceder.

**Palabras clave:** tumor de saco de Yolk; metástasis retroperitoneal gigante; tumor testicular.

#### ABSTRACT

Patient with a history of testicular tumor surgery, with a Yolk sac tumor biopsy and with a diagnosis of an unresectable retroperitoneal metastatic tumor. One year after this last diagnosis, he was referred to us, with a considerable increase in this lesion and his excision was successfully achieved. A review of the literature, indications and techniques for the treatment of retroperitoneal metastasis from a Yolk sac tumor was performed, and the results of a patient diagnosed and operated on at the "Hermanos Ameijeiras" Clinical

Surgical Hospital, in the year 2016. Retroperitoneal metastatic spread of Yolk sac tumor is infrequent, very little reported worldwide and with few experiences in its treatment. A giant lesion resection technique was performed with postoperative adjuvant chemotherapy. There were no complications related to the procedure.

**Key words:** Yolk sac tumor; giant retroperitoneal metastasis; testicular tumor.

Recibido: 11/03/2018

Aceptado: 19/03/2018

## **Introducción**

Los tumores testiculares son los tumores más frecuentes en el hombre joven (15-35 años) y representan cerca del 25 % de los cánceres diagnosticados en ese rango de edad. Sin embargo, gracias a la alta tasa de curación de estos tumores, representan solo el 5 % de mortalidad. Su incidencia se ha duplicado en los últimos 30 años, sin conocerse la causa; pero es uno de los pocos tumores sólidos con posibilidades de curación aun después de metastatizar. Los factores de riesgo más frecuentes para la aparición de estos tumores incluyen la criptorquidia (10-15 veces) y la historia familiar de tumores testiculares (8-10 veces).<sup>(1,2)</sup>

La mayoría de los tumores testiculares son tumores de células germinales, e incluyen varias categorías: seminomas, carcinoma embrionario, teratoma, tumores del saco de Yolk y coriocarcinomas.<sup>(1,2,3)</sup>

La historia natural de los seminomas y teratomas suelen diferir y presentarse en etapas distintas y con patrones de diseminación diferentes. Típicamente se presentan como masas testiculares que pueden ser dolorosas o no, atrofia testicular, ginecomastia, mastalgia e infertilidad. En las etapas avanzadas, con dolor de espalda, adenopatías supraclaviculares, fenómenos tromboembólicos o síntomas respiratorios.<sup>(4)</sup>

Exponer el resultado del tratamiento quirúrgico de una metástasis retroperitoneal gigante de un tumor del saco de Yolk.

## Presentación del caso

Paciente masculino de 20 años de edad, venezolano, que fue operado dos años antes de su ingreso, por una tumoración testicular izquierda, en esa ocasión se realizó orquiectomía izquierda. La biopsia fue compatible con tumor de saco de Yolk. Un año previo a su ingreso en la institución, había sido estudiado por dolor dorsal, pérdida de peso y sensación de plenitud. Con estudios de hemoquímica normales, se le realizaron estudios de imágenes (Fig. 1) que mostraron la presencia de una gran tumoración retroperitoneal, a la izquierda de la línea media, de bordes bien definidos, con un componente líquido y graso asociado de 10x12 cm, de posible origen neoplásico, con desplazamiento de las estructuras vecinas, en íntimo contacto con la aorta abdominal, las estructuras vasculares renales izquierdas y la vena mesentérica inferior.

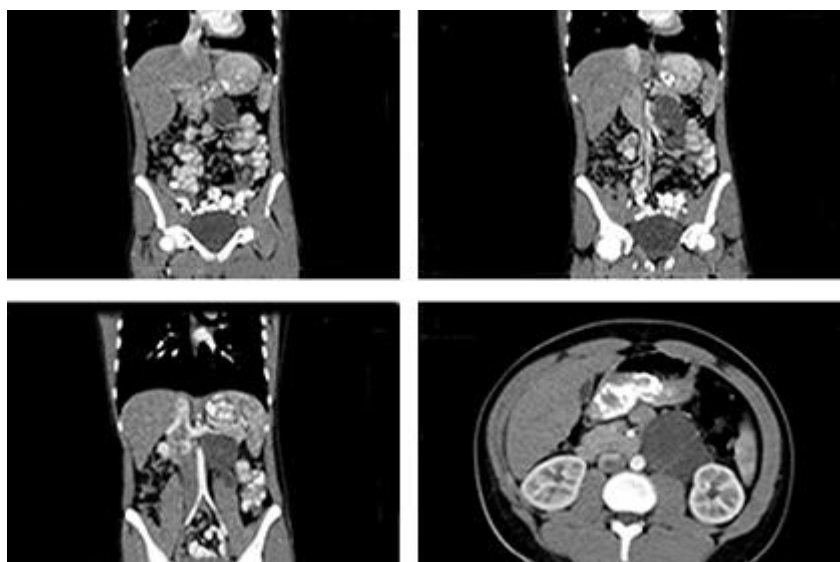


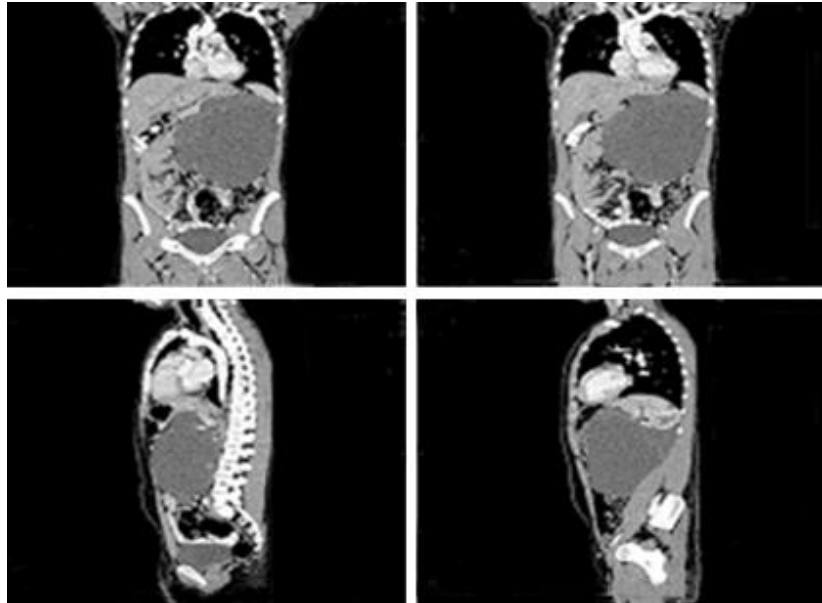
Fig. 1- Reconstrucción lineal de Tomografía axial.

Es considerado una siembra metastásica irresecable en su país y refractaria a la quimioterapia, y, al año, continúa con tratamiento sintomático.

Al año de evolución de este diagnóstico, presenta un estado general bastante aceptable, aunque con una pérdida de peso referida de más de 20 lb, dolor dorsal y sensación de repleción que apenas le permite alimentarse.

El paciente aporta un estudio tomográfico reciente, donde se aprecia un marcado crecimiento de la lesión anteriormente descrita, con un importante desplazamiento de todo el intestino hacia la derecha de la línea media, el riñón, bazo y páncreas hacia arriba

y marcada compresión gástrica. La lesión presenta íntimo contacto con el psoas iliaco, aorta, hilio renal izquierdo y vasos portales, aunque con flujo conservado de estas estructuras. Las dimensiones actuales son de 25x20x14 cm (Fig. 2).



**Fig. 2-** Reconstrucción anterior y lateral de Tomografía.

Se discute en conjunto con oncólogos y, a pesar de las grandes proporciones de la lesión, se decide intentar una resección quirúrgica. Se realiza una laparotomía amplia y se encuentra que la lesión se encuentra encapsulada, bien vascularizada y en estrecho contacto, sobre todo en su plano posterior, con importantes estructuras vasculares retroperitoneales. Presenta una íntima relación con la vena renal, pero sin infiltrarla, lo que permite una resección completa sin necesidad de extirpación de órganos ni reconstrucciones vasculares. La pieza quirúrgica excedía los 30 cm (Fig. 3).



**Fig. 3-** Hallazgos operatorios.

La evolución fue altamente satisfactoria, por lo que requirió de poca analgesia en el posoperatorio. La alimentación por vía oral se reinició de forma precoz y fue dado de alta al cuarto día de la intervención.

El resultado de la biopsia fue: metástasis de tumor de saco endodérmico (saco vitelino) de probable origen testicular con zonas de necrosis.

Inmunohistoquímica:

- Alfa 1 antitripcina +++
- Alfa fetoproteína +++
- KI 67 + 70 %

Al dar el alta se recomendó seguimiento con quimioterapia en su área de salud, en Venezuela.

## Discusión

Las masas residuales y secundarias después de la quimioterapia en pacientes con tumores testiculares de células germinales no seminomas, pueden tratarse de fibrosis (45-50 %) teratoma (40-45 %), o cáncer viable (10 %). Los estudios radiográficos, incluyendo la Tomografía por Emisión de Positrones (PET por sus siglas en inglés), no pueden diferenciar eficazmente estas entidades.<sup>(3,5)</sup>

Por ello, cuando sea quirúrgicamente factible, todas las masas residuales deben ser extirpadas. Esto puede incluir lesiones pulmonares, hepáticas y retroperitoneales. La elevación de los marcadores tumorales séricos seguido de la quimioterapia no es una contraindicación para la resección, pero debe considerarse la quimioterapia inicial si la tendencia es a elevarse.<sup>(2,3,5)</sup>

Los elementos teratomatosos de los tumores de células germinales no seminomas, suelen ser altamente resistentes a la quimioterapia, por lo que, si no se resecan, pueden transformarse en carcinomas y sarcomas. Estas resecciones pueden ser técnicamente difíciles y de alto riesgo, por lo que deben ser realizadas por cirujanos con gran experiencia.<sup>(3,5,6,7)</sup>

## Consideraciones finales

La diseminación metastásica retroperitoneal del tumor del saco de Yolk es poco frecuente, muy poco reportado a nivel mundial y con pocas experiencias en su tratamiento. Se realizó técnica de resección de una lesión gigante con quimioterapia adyuvante posoperatoria. No hubo complicaciones relacionadas con el proceder.

## Referencias bibliográficas

1. Schmoll HJ, Souchon R, Krege S. European consensus on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the European Germ Cell Cancer Consensus Group (EGCCCG). *Ann Oncol.* 2004;15(9):1377–99.

2. Stephenson AJ, Sheinfeld J. The role of retroperitoneal lymph node dissection in the management of testicular cancer. *Urol Oncol.* 2004;22(3):225–33.
3. Oldenburg J, Alfsen GC, Lien HH. Postchemotherapy retroperitoneal surgery remains necessary in patients with nonseminomatous testicular cancer and minimal residual tumor masses. *J Clin Oncol.* 2003;21(17):3310–7.
4. National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Testicular Cancer Treatment; 2014.
5. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Practice Guidelines in Oncology: Testicular Cancer. Version 1. 2015 [acceso 08/01/2018]. Disponible en: [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/testicular.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/testicular.pdf)
6. Olofsson SE, Tandstad T, Jerkeman M. Population-based study of treatment guided by tumor marker decline in patients with metastatic nonseminomatous germ cell tumor: A report from the Swedish-Norwegian Testicular Cancer Group. *J Clin Oncol.* 2011;29:2032-2039.
7. Pagliaro LC, Logothetis CJ. Cancer of the testis. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 10th edition. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. p. 988-1004.

### **Conflicto de intereses**

El autor declara no tener conflicto de intereses.