



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (2) : 134-137

CASO CLÍNICO

Tumor de Krukenberg

MARISSA LIMAS, DAVID HUARAZ

Introducción

El término tumor de Krukenberg debe reservarse para aquellas metástasis que contiene cantidades importantes de células en anillo de sello con producción intracelular de mucina y reacción sarcomatoide difusa del estroma ovárico.

Esta limitación es importante, porque los tumores con estas características microscópicas también tienen características anatomopatológicas macroscópicas y clínicas claras.

Casi todos han hecho metástasis a partir del estómago, aunque algunos proceden de la mama, del intestino o de otros órganos que contienen glándulas mucosas^{1,2}.

El objetivo del presente trabajo es aportar datos a la casuística nacional presentando las características clínicas, diagnósticas, terapéuticas y pronóstico de este tumor.

Historia clínica

Paciente mujer de 37 años, alfabeta, casada y 48 kg de peso (peso habitual: 68 kg, hace 1 año), transferida del Hospital de Huánuco-IPSS. Enfermedad de 1 año de evolución. Presentó dolor abdominal urente localizado en epigastrio, al inicio leve y que progresivamente fue aumentando de intensidad.

Examen físico

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. En epigastrio se palpa discreto empastamiento. No se palpó tumoración.

Resto del examen clínico normal.

Antecedentes: no contributorios

11/92 Endoscopia: Esófago normal. Estómago: lesión infiltrante submucosa extensa antral y subcardial, compatible con linfoma gástrico, descartar adenocarcinoma gástrico; bulbo duodenal y segunda porción duodenal normales.

Anatomía patológica.- Estómago, biopsia endoscópica: Carcinoma de células en anillo de sello.

11/92 Radiografía de esófago, estómago, duodeno: Amplias imágenes por defecto de relleno en cuerpo y antro gástrico, con relación a neoplasia gástrica infiltrante. Rigidez de la región pilórica. Bulbo duodenal irritable.

Laboratorio: Hemograma y hemoglobina normal, grupo sanguíneo 0, Rh +, pruebas bioquímicas y hematológicas dentro de valores normales.

11/92 Operación: Gastrectomía total y omentectomía (Resección R II). Esofagoyeyuno anastomosis término-lateral en Y de Roux con autosutura.

12/92 Anatomía patológica. Estómago: Gastrectomía. Carcinoma de células en anillo de sello, infiltrante hasta muscular profunda. Bordes quirúrgicos sin neoplasia.

Bordes de esófago: libres de neoplasia.



Ganglio cólico medio: (0,2) sin neoplasia; ganglio grupo 4: (0,1) sin neoplasia; ganglio mesentérico superior: (0,1) sin neoplasia.

12/92 Último control por consultorio externo de cirugía: paciente en aparente buen estado general.

05/94 Paciente presenta distensión abdominal y sensación de presión y pesadez en hipogastrio, y ambos flancos; al palparse hemiabdomen inferior, nota zonas de consistencia sólida y blanda refiriéndolas como nodulaciones que flotaban dentro del líquido con cierta movilidad y moderado dolor.

Baja de peso aproximadamente 2 kg en 5 meses.

Examen clínico preferencial.

Abdomen muy distendido, blando y depresible. En hemiabdomen inferior se palpa tumoraciones de consistencia sólida de gran tamaño, que rebotan dentro, del líquido ascítico, móviles y que causan moderada dolorabilidad. No visceromegalia.

Tacto vaginal: en fondo de saco de Douglas se palpa abombamiento por tumoración de consistencia sólida, que despierta dolor.

Tacto rectal: pared anterior y laterales ocupados por masas tumorales sólidas a predominio izquierdo.

05/94 Estudio endoscópico: Anastomosis esófago-yeyunal permeable, bordes regulares, no evidencia de recidiva neoplásica. Asa yeyunal aferente y eferente con luz permeable, sin alteraciones.

05/94 Urograma excretor: se aprecia opacidad difusa con densidad de partes blandas que ocupa casi todo el abdomen, cuyo borde superior llega hasta el cuerpo de L1 y condiciona el desplazamiento de las asas intestinales, sugestiva de tumoración quística o grasa intraabdominal. Adecuada eliminación del contraste por los riñones. Uréteres permeables. Vejiga desplazada hacia abajo.

05/94 Ecografía abdominal: presencia de moderada cantidad de líquido libre en cavidad. Resto del examen no muestra alteraciones morfológicas.

05/94 TAC de abdomen y pelvis: presencia de abundante líquido ascítico y de formaciones tumorales sólidas con componente quístico en su interior (tumores mixtos) que ocupan el hemiabdomen inferior y la pelvis. Útero desplazado a la izquierda, sin cambios.

05/94 Rx de anastomosis esofagoyeyunal: adecuado pasaje del contraste por dichos segmentos, con permeabilidad en la anastomosis esofagoyeyunal. No imágenes infiltrativas.

05/94 Líquido ascítico, Papanicolaou: positivo a células neoplásicas compatible con adenocarcinoma.

05/94 Operación: Laparotomía exploratoria más histerosalpingooforectomía bilateral.

Hallazgos: abierta cavidad peritoneal se aprecia: abundante líquido ascítico de color amarillo citrino en volumen de 5000 mL, un tumor en cada ovario de aspecto sólido, de forma arrifionada, de superficie lisa y de color rojo vinoso, con formaciones quísticas en su interior: el derecho de 25 x 15 x 15 cm y el izquierdo de 20 x 15 x 15 cm. Útero de tamaño normal. Trompas uterinas normales adosadas a tumoraciones ováricas. Luego de extirpados alcanzaron un peso total de 4,430 g. No existía adherencia de los tumores a órganos vecinos, siendo de superficie lisa. No se observa ni se palpa compromiso ganglionar. Hígado, páncreas y bazo de caracteres normales, adherencias en hemiabdomen superior impiden exploración de anastomosis esofagoyeyunal.

05/94 Anatomía patológica. Macroscopia: Útero y trompas sin alteraciones macroscópicas. En ambos ovarios se observa formaciones tumorales de superficie pardo oscura. Al corte, tejido pardo claro, con áreas grisáceas y cavidades quísticas con contenido líquido citrino; resto de parénquima sólido.

Microscopia: cervicitis crónica quística. Endometrio inactivo. Ovario derecho e izquierdo: Carcinoma de células en anillo metastásico.

05/94 Gammagrafía ósea: normal. Rx Tórax: normal.

06/94 Alta con indicaciones.



10/94 Reingreso al Servicio de Medicina por aumento de volumen abdominal progresivo, que dificulta la marcha y la respiración en forma leve.

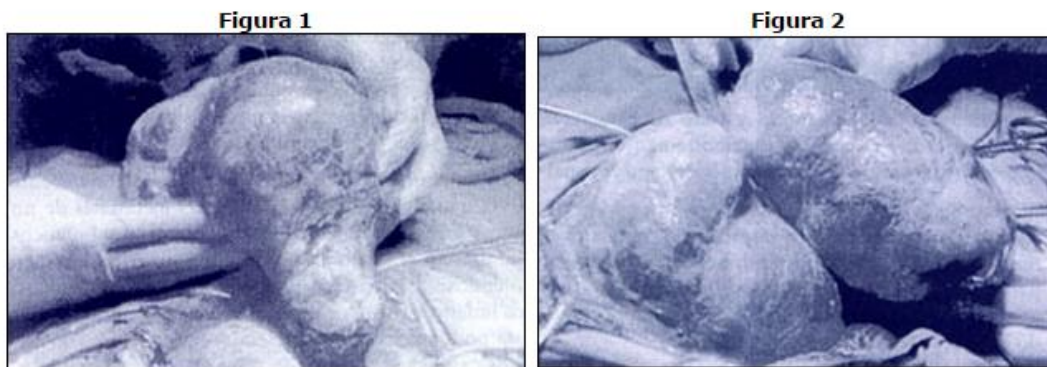
10/94 Oncología: Paciente tributaria de tratamiento sintomático y paracentesis evacuatoria.

11/94 Alta con transferencia a Hospital de Huánuco-IPSS, lugar donde fallece.

Discusión

El ovario es una localización frecuente de metástasis de determinados carcinomas primarios. Alrededor del 10% de los tumores ováricos no son de origen primario^{3, 4}.

En el caso presentado observamos la característica inherente de esta neoplasia ovárica secundaria, con masas sólidas ováricas bilaterales (Figuras 1, 2 y 3).



La paciente tiene el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma de células en anillo de sello; el cual se ha hecho cada vez más común y hoy en día constituye un tercio de los casos. Se comporta como el cáncer tipo difuso y ocurre con mayor frecuencia en mujeres jóvenes.

El diagnóstico diferencial más importante debe hacerse con los adenocarcinomas mucinosos primarios del ovario, cuyo índice general de supervivencia a los 5 años es aproximadamente 31%, que es significativamente superior a la del tumor de Krukenberg, que en general es menor de un año, desde su diagnóstico. Agregaremos que sólo la cuarta parte de los adenocarcinomas mucinosos primarios son bilaterales, tratándose de tumores de mayor tamaño, en su mayoría quísticos. Entonces, la presentación bilateral en estos tumores debe siempre hacer pensar en la posibilidad que estemos ante un tumor metastásico^{5,6}.

Existen cuatro posibles vías de diseminación para los tumores de ovario: continuidad directa; papilación superficial, metástasis linfáticas y diseminación hematogena. Las metástasis linfáticas son sin duda la vía más frecuente de diseminación al ovario. La rica red de ganglios y conductos linfáticos existentes en la pelvis, explica fácilmente la vía metastásica de los tumores del útero y del ovario contralateral.

Hasta ahora, nadie ha descrito de modo convincente la vía que siguen hasta el ovario, las metástasis de un cáncer gástrico. Se sabe que los conductos linfáticos que drenan al tracto gastrointestinal superior terminan uniéndose a la cadena lumbar de ganglios linfáticos. Los linfáticos ováricos drenan en los ganglios lumbares. Esta podría ser la vía de diseminación a los ovarios en estos casos^{7,8}.

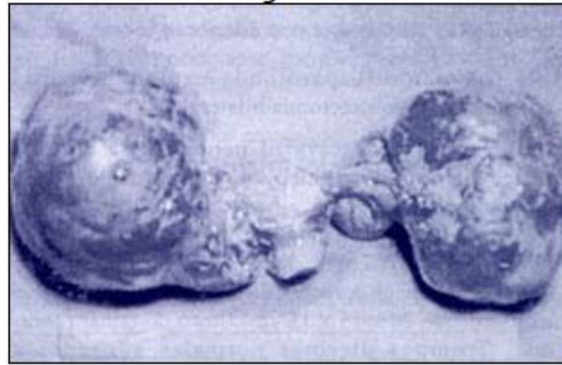
Todos los autores concuerdan en el pronóstico oscuro de este tumor. Se subraya también el carácter metastásico del tumor de Krukenberg, cuya lesión primitiva es muy frecuentemente digestiva⁹.

Debemos afirmar que las tres cuartas partes de los pacientes con cáncer gástrico tienen metástasis cuando se ven por primera vez, por lo que recomendamos a través del presente trabajo realizar biopsia de ovario en forma rutinaria; ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico es tardío por estudio histológico de la pieza operatoria¹⁰.

La única esperanza de mejora consiste en la extracción tan pronto como sea posible del tumor primario seguido de un tratamiento radical del tumor ovárico. La contribución del tratamiento complementario es cuestionable; sin embargo, la quimioterapia adyuvante es eficaz de acuerdo a ciertos autores^{7,11-15}.



Figura 3



Referencias bibliográficas

1. Gordon MD, Ireland K. New developments in sex cordstromal and germ cell tumors of the ovary. *Clin Lab Med* 1995; 15(3): 595-610.
2. Bohdiewicz Pj, jUnijE, Ball D, Dworkin H. Krukengerg tumor and lung metastasis from colon carcinoma diagnosed with F-18 FDGPET. *Clin Nucl Med* 1995; 20(5): 419-20.
3. Ha HK, Back SY, Kim SH, Kim H, Chung EC. Krukenberg's tumor of the ovary: MR imagin features. *AJR Am Roentgenol* 1995; 164(6): 1435-9.
4. Mazor M, Huesh S, Gersell D. Metastases to the female genital tract. *Cance* 1984; 53: 1978-84.
5. Harlozinska A, Bar JK, Jothy S, Sedlaczek P, Slesak B, Richter. Carcinoembryonic antigen isotypes in tissue section and loose cyst fluid cells of ovarian neoplasm. *Turnout Biol* 1993; 14(1): 1-8.
6. Disaia PJ, Creasman WT. *Oncología Ginecológica Clínica*. Mosby/Doyna Libros; 1.a ed.; 1994; 449-51.
7. Chahtanc A, Dehaymi M, Ferhad D ' Rhrab B, Lakhdar A, Kharback A Chaoui A. Krukenberg's tumors 9 cases. Review of the literature. *Rev Fr. Gynecol Obstet* 1993, 88(5): 321-4.
8. Thompson JD, Roch JA. *Ginecología Quirúrgica*. Edit. Med Panamericana 7.a ed.; 1994; 1185-908.
9. Silveira GG, Guedes Neto EP, Roclia AO, Gadret R, Siqueira DP, Basso A Fuhrmeister F, Monteggia P. Tumor de Krukenberg. *Rev. Med. Minas Gera* 1994; 4(4): 20-2
10. Shet TM, Phatak AM, Harclikar JV. Gastric carcinorna presenting as solitary cutaneous metastasis. *Indian J Gastroenterol* 1994; 130(4): 146-7.
11. Chahtane A, Baydada A, Rhrab B, Dehaymi M, Ferhati D, Jirari A, Kharback A, Chaoui A. Krukenberg's tumor: 9 case reports (review of the literature). *Tumis Med* 1993; 71(l): 25-9.
12. Genadry RR, Kurman RJ, Saba GP, Kramer CE. A 45 -year- old female with abdominal pain, ascites and bilateral uterine adnexal masses (clinical conference). *Md Med J* 1992; 41(5): 418-25.
13. Marangoni AA, Oulton CA. Tomografía computada y ecografía en evaluación del tumor de Krukenberg: A propósito de una observación. *Rev Argent Radiol* 1991; 55(2); 123-5.
14. De Palma P, Wronski M, Bifermino V, Bovam I. Krukenberg's tumor in pregnancy with virilization. A case report. *Eur Gynecol* 1995; 161(1): 50-64.
15. El Mansouri A, Moumen M, Loauhli A, El Fares F. Krukenberg's tumor: still a somber prognosis, 4 cases. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1993; 22(5): 497-500.