

INFORME DE CASO**Tumor de Krukenberg. Presentación de un caso****Krukenberg tumor. Report of a case**

Dr. Gilberto Suárez Labori¹, Dr. Alberto Leyva Soler², Dr. Adrian Salvent Tames³

- ¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia, Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba
² Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia, Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba
³ Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba
-

RESUMEN

El tumor de Krukenberg representa del 1 al 2 % del total de neoplasias ováricas, se considera que se diagnostica en alrededor del 30 % de los cánceres metastáticos al ovario, se caracterizan por la presencia de células en anillo de sello y su origen más frecuente es aparato digestivo y mama. El pronóstico de una paciente con este tumor es extremadamente pobre. Se presenta un caso de una paciente femenina de 47 años que ingresó por dolores abdominales bajos y tumor abdominal palpable a la que se le realizó laparotomía con diagnóstico de tumor de ovario. El informe anatomopatológico arrojó un tumor de Krukenberg, confirmándose su origen en un adenocarcinoma de colon bien diferenciado.

Palabras clave: tumor de Krukenberg, cáncer de ovario, células en anillos de sello

ABSTRACT

The Krukenberg tumor represents 1 to 2 % of all ovarian cancers, its diagnosis is considered to be in approximately 30 % of metastatic to the ovary cancers, and are characterized by the presence of cell-ring and its most common source is digestive tract and breast. The prognosis of a patient with this tumor is extremely poor. A case of a female patient aged 47 was admitted for lower abdominal pain and palpable abdominal tumor, she was underwent laparotomy with a diagnosis of ovarian tumor. The pathology report showed a Krukenberg tumor, confirming its origin in a well-differentiated adenocarcinoma colon.

Keywords: Krukenberg tumor, ovarian cancer, cells as rings

INTRODUCCIÓN

El tumor de Krukenberg es una metástasis de aspecto típica caracterizada por presencia de células en "anillo de sello, repletas de moco, acompañada de una proliferación sarcomatosa del estroma ovárico.¹

El tumor es generalmente secundario a un cáncer gástrico, pero puede originarse en cualquier órgano en que aparezcan carcinomas mucinosos (mama, intestino). En raros casos se encuentra en el ovario una neoplasia aparente primitiva con la estructura de un tumor de Krukenberg.¹⁻⁴

La Organización Mundial para la Salud (OMS) ha elaborado dos criterios básicos para el diagnóstico de tumor de Krukenberg:

- a) Metástasis ovárica caracterizada por la presencia de células malignas de estirpe epitelial mucosecretoras en «anillo de sello»
- b) Existencia de proliferación pseudo-sarcomatosa del estroma ovárico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente JML de 47 años, de la raza blanca, con antecedentes de salud y obstétricos de 4 gestaciones, dos partos y dos abortos provocados, con fecha de última menstruación no precisada, nos refiere que hace 4 meses aproximadamente comenzó con dolor en el bajo vientre y cuando menstruaba. Recibió tratamiento en el servicio de Ginecología de su

área de salud, allí se constató que la paciente tenía un dispositivo intrauterino (DIU) insertado hacia 10 años aproximadamente, según referencia de la paciente por los exámenes realizados, se infirió que la misma era portadora de un tumor en el ovario derecho y se decidió remisión al Hospital "General Docente Dr. Agostinho Neto". Se le realiza ultrasonido ginecológico que confirma lo anterior.

Examen físico positivo:

Hiperhirsutismo con presencia de esbozos de bigotes, distribución del vello pubiano en forma romboidea que se extiende hasta el ombligo.

Abdomen: tumor que ocupa mesogastrio y que alcanza ambas fosas iliacas a predominio de la derecha, de consistencia renitente, fijo e impresiona irregular.

Tacto vaginal: tumor de aproximadamente 12 cm de diámetro que ocupa la pelvis derecha, dura, fija, dolorosa que se une al útero el cual se encuentra aumentado de tamaño.

Tacto rectal: parametrios libres, tumor de similares características descritas en el tacto vaginal.

Exámenes complementarios:

Informe de ultrasonido transvaginal:

Ovario derecho: imagen compleja a predominio sólido de contornos lobulados que desplaza estructuras periféricas incluyendo vejiga y útero, el cual no es posible definir. Presencia de ligera a moderada cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas (Figura 1).



La imagen mide 140 x 103 mm, presenta tabiques internos de 5 mm de grosor (Figura 2).



Figura 2. Ovario derecho (otra vista) se observan gruesos tabiques el mayor de ellos de 5 mm que separa imágenes ecolúcidas tipo quísticas.

Otros complementarios: hemograma completo, química sanguínea, Radiografía de tórax vista AP, estando todos en los límites normales, se presentó elevado el CA-125 67,8 uml (VN 0-35 uml).

Anunciándose con el diagnóstico de tumor de ovario derecho, para realizar laparotomía exploradora.

Informe operatorio: tumor bilateral de ovario, complejo, predominantemente sólido que infiltra epiplón, anexectomía bilateral.

Biopsia por congelación: ovario izquierdo y derecho cistoadenocarcinoma papilar seroso con marcada necrosis tumoral e infiltración capsular del ovario izquierdo.

Histerectomía total abdominal, omentectomía y apendicetomía por encontrarse la misma en íntimo contacto con el tumor del ovario derecho.

Superficie hepática, del bazo y ambos hemidiafragmas libres de siembras metastásicas.

Informe de biopsia:

Parafina: tumor de Krukenberg bilateral.

Inmunohistoquímica: CK20, CEA, EMA, CA19.8 (positivos)

Estudios de las vías digestivas:

Panendoscopia: negativa de lesión tumoral.

Colonoscopia: se tomó biopsia de tres formaciones polipoideas nivel del colon transverso la cual informó: Adenocarcinoma de colon bien diferenciado.

Como la paciente tiene familias en la Ciudad de la Habana que desea su seguimiento por allá, se decide remitir al Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) para tratamiento con cirugía radical de tumor primario y quimioterapia.

DISCUSIÓN DEL CASO

Se reporta que el tumor de Krukenberg ocupa entre el 1 al 2 % de todos los tumores del ovario, en el INOR se reportaron solo 10 casos en los últimos 5 años, ocupando el 2.2 % de todos los tumores del ovario.^{1,3,5}

La edad promedio coincide con la literatura revisada donde aparecen estos tumores a los 45 años⁶ con un rango de edad entre 13 y 84 años, con el 43 % por debajo de los 40 años, siendo muy poco frecuente en embarazadas reportándose solo 15 casos reportados en la literatura consultada.^{6,7}

La sintomatología puede ser muy variada, la paciente acudió por dolor bajo vientre y dolor menstrual, pero pueden presentarse síntomas gastrointestinales altos como: náuseas, sensación de plenitud gástrica, pudiendo aparecer signos de carcinosis peritoneal y sintomatología baja dados por episodios de diarreas que alternan con constipación o puede presentarse como una oclusión intestinal, esto depende del lugar de asiento de la neoplasia primaria y de su estadio clínico, en estudios revisados resultó la ascitis como uno de los signos de presentación, también se observaron signos de virilización e hirsutismo.³⁻⁶

En nuestro caso el patrón más común del tumor correspondió a una masa ovárica sólida con algunas lesiones quísticas, bien demarcadas y con paredes en el informe de ultrasonido y tomografía axial computarizada (TAC). El tumor imagenológicamente es indistinguible de las neoplasias del ovario pues carece de signos patognomónicos, no se coincide con los autores^{2,3,4} que plantean que el patrón quístico predomina sobre el sólido en las neoplasias de origen colónico y el sólido en la de origen gástrico.

Se plantea por algunos autores^{1,5,8} que solo en el 46 % de los casos se conoce el tumor primario, siendo más frecuente en estómago seguido de colon y recto. En esta paciente el tumor primario estaba en el colon transversal.

Se registran muy pocos casos en el mundo de tumor de Krukenberg, a pesar de su descubrimiento en el siglo XIX, no existen estudios prospectivos que avalen un esquema de tratamiento para este tipo de tumor, el mismo debe ser individualizado en cada caso, se coincide con los autores^{1,3,8,10} que la cirugía radical que incluye el tumor primario y las metástasis, complementado con quimioterapia es el tratamiento más acertado hasta el momento.

El pronóstico es muy precario con una supervivencia de 3 a 10 meses pudiendo a llegar a los dos años solo el 10 % de las pacientes.^{8,9,10}

El tumor de Krukenberg es indistinguible clínica e imagenológicamente de otras neoplasias del ovario. No existe evidencia científica suficiente para plantear un esquema de tratamiento eficaz para el control de la enfermedad, su tratamiento debe ser individualizado. La supervivencia continúa siendo muy baja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández D, Díaz O, Capote R, Ruiz R, Castillo D. Tumor de Krukenberg. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011[citado 27 Abr 2012]; 37(3):414-419. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300014&lng=es
2. Varela C, Castro P, Labra A, Bravo Juan. Tumor de krukenberg: historia, definición actual y manifestaciones morfológicas en tomografía computada. Rev chilena radiol [Internet]. 2006 [citado 27 Abr 2012]; 12(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

[93082006000100005&lng=esdoi:10.4067/S0717-93082006000100005](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082006000100005)

3. Sandhu S, Arafat O, Patel H, Lall C. Krukenberg Tumor: A Rare Cause of Ovarian Torsion. J Clin Imaging Sci [Internet] 2012 [citado 23 Abr 2012]; 2:6. Disponible en : <http://www.clinicalimagingscience.org/text.asp?2012/2/1/6/93038>
4. Mederos O, Barrera A, Castellanos J, Cantero A. Adenocarcinoma mucoproducente de colon con infiltración de estómago y metástasis ováricas (tumor de Krukenberg). Rev Cubana de Cirug[Internet]. 2011 [citado 27 Abr 2012] ;50(4):576-583. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
5. Baldomir T, Castillo R. Tumor de Krukemberg. Presentación de un caso. Acta Médica del Centro[Internet]. 2012 [citado 27 Abr 2012]; 6(2). Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_12/krukemberg.htm
6. Pérez S, Partal A, Campo J, Pallares C, Alcalde D, Mena T y Torres J. Tumor de Krukenberg secundario a carcinoma de colon durante el embarazo. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(3):121–124.
7. Dueñas O, Díaz M, Chanana C. Bilateral Ovarian Krukenberg Tumor in a Full-Term Pregnancy. ISRN Obstetrics and Gynecology[Internet]. 2011 [citado 27 Abr 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5402/2011/620380>
<http://www.hindawi.com/journals/isrn.obgyn/2011/620380/>
8. Beltrán CL, Blanco J, Bolívar FD, Adolfo H. Tumor de krukemberg: pronóstico y tratamiento. Revista Facultad de Salud –Universidad Surcolombiana - Neiva – Huila. RFS [Internet]. 2010 [citado 23 Abr 2012]; 2(2):93-7. Disponible: <http://es.scribd.com/doc/97053053/12-Tumor-de-Krukenberg>
9. Contreras L, Moreno M, Rodríguez T, Ricci P, Contreras M. Fibroma ovárico con células estromales en anillo de sello: un tumor extremadamente infrecuente. Diagnóstico diferencial del tumor de Krukenberg. Rev Chil Obstet Ginecol 2013; 78(6): 460 – 464.
10. De Silva J, Sadie H, Ernest L, Wakabayashi M. Krukenberg Tumors from Colorectal Cancer: Presentation, Treatment and Outcomes. 2011 The American Surgeon; 77: 1381-1385.

Recibido: 17 de julio de 2014

Aprobado: 5 de noviembre de 2014

Dr. Gilberto Suárez Laborí. Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo. Cuba. **Email:** albertols@infosol.gtm.sld.cu