

Tumor de Krukenberg

DAVID HUARAZ¹, MARISSA LIMAS², HÉCTOR DÍAZ³

¹Servicio de Cirugía N° 5, ²Servicio de Ginecología y Obstetricia,

³Servicio de Gastroenterología. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - IPSS. Lima - Perú.

RESUMEN

Se reporta el caso de una mujer de 37 años de edad, atendida en el Servicio de Cirugía General N° 5 del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - IPSS, con carcinoma metastásico en el ovario de origen extragenital: tumor de Krukenberg, con células en anillo de sello en un estroma celular derivado del estroma ovárico. La neoplasia primaria fue cáncer gástrico siendo sometida a gastrectomía total más omentectomía (Resección R II) con esófago-yeyuno anastomosis termino-lateral en Y de Roux con autosutura.

A los 18 meses tuvo una nueva intervención: histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral, observándose ascitis y masa sólidas ováricas bilaterales *sui generis*, de gran tamaño. La sobrevida de esta paciente fue de 24 meses después de la primera intervención quirúrgica.

Palabras claves: Tumor de Krukenberg, Células en anillo de sello.

KRUKENBERG'S TUMOR

SUMMARY

We report the case of a 37-years-old woman, who was treated for a metastatic carcinoma located at the ovary, from extragenital source: Krukenberg's tumor, at the Surgery Department N° 5, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - IPSS. The tumor showed signet ring cells in cellular stroma, derivated from ovarian stroma. The primary neoplasm was gastric cancer and has been submitted to total gastrectomy plus omentectomy (R-II Resection) with esophagus-jejunum lateral end anastomosis in Y of Roux with autosuture.

After 18 months, she undergoes a second intervention: total abdominal hysterectomy and bilateral salpinx oophorectomy, showing ascitis and bilateral enlarged solid ovarian masses. Her survival was 24 months after the first intervention.

Key words: Krukenberg's tumor, Signet ring cells.

INTRODUCCIÓN

El término tumor de Krukenberg debe reservarse para aquellas metástasis que contienen 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.

En casi todos los casos las metástasis fueron 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 pronósticos de este tumor.

HISTORIA CLINICA

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 en relación a neoplasia gástrica infiltrante.

Correspondencia:

Dr. David Huaraz, Loyola
Facultad de Medicina de San Fernando
Av. Grau 755 Lima 1 - Perú

Rígidez de la región pilórica. Bulbo duodenal irritable.

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

11/92 Operación: Gastrectomía total y omentectomía (resección R II). Esófago-yeyuno 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 Alta con evolución favorable.

04/93 Último control por Consultorio Externo de cirugía, paciente en aparente buen estado general.

05/93 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 de aproximadamente 2 Kg. en 5 meses.

EXAMEN CLÍNICO PREFERENCIAL

Abdomen muy distendido, blando y depresible. En hemiabdomen inferior se palpan 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 deformaciones 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 esofago yeyunal. No imágenes infiltrativas.

05/94 Líquido ascítico, Papanicolaou: positivo a células neoplásicas compatibles con Adenocarcinoma.

05/94 Operación: Laparatomía exploratoria más histerosalpingo-orectomía 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 arrionada, 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 iverinas normales adosadas a tumoraciones ováricas. Luego de extirpados alcanzaron un peso total de 4.430 gr. No existían adherencias 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 esófago - yeyunal.

05/94 Anatomía patológica: Macroscopía: 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.

Microscopía: Cervicitis crónica, quística. Endometrio inactivo. Ovario derecho e izquierdo: Carcinoma de células en anillo metastásico.

05/94 Gammagrafía osca: Normal. Rx Torax: Normal.

06/94 Altas 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 (^{5,6}).

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

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 cancer 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 krukemberg, 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 linfática y diseminación hematogena. las metástasis linfáticas son sin duda la

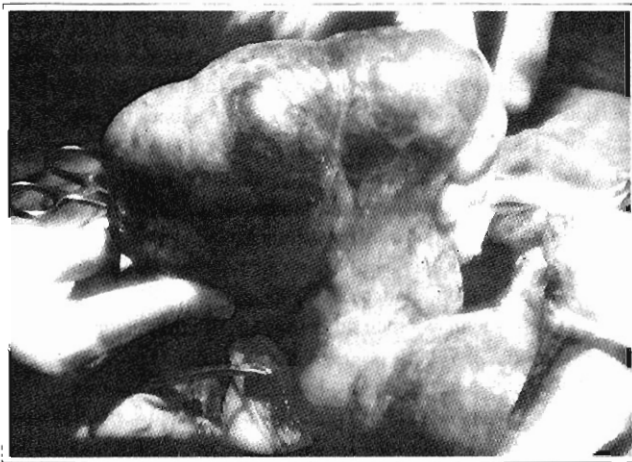


Fig. N°1 . Ovario con Tumor de Krukenberg

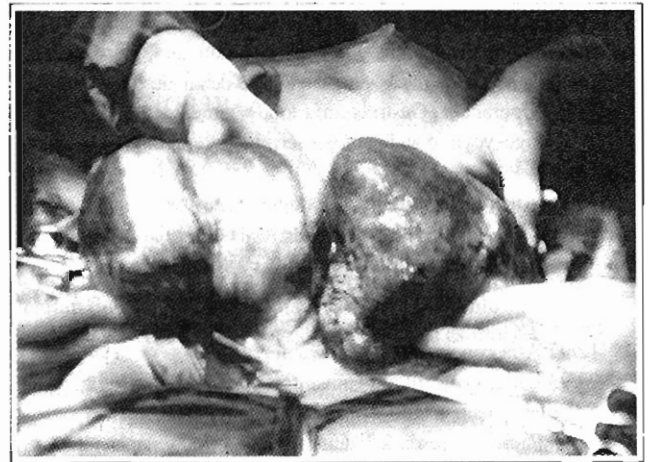


Fig. N° 2.- Ovarios con Tumor de Krukenberg

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 digestiva (9).

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 histopatológico de la pieza operatoria (10).

La única esperanza de mejora consiste en la extracción tan pronto 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 (7,10,11,11,15).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon MD, Ireland K. New developments in sex cord-stromal and germ cells tumors of the ovary. *Clin. Lab. Med.* 1995; 15(3): 595-610.
2. Bohdiewicz PJ, Juni JE, Ball D, Dworkin H. Krukenberg's tumor and lung metastasis from colon carcinoma diagnosed with F-18 FDG PET. *Clin Nucl. Med* 1995; 20(5): 419-20.

3. Ha HK, Baek SY, Kim SH, Kim H, Chung EC. Krukenberg's tumor of the ovary: MR imaging features. *AJR Am. of Roentgenol* 1995; 164 (6): 1435-9.
4. Mazor M, Hsueh S, Gersell D. Metastase to the female genital tract cancer 1984. 53: 1978-84.
5. Harlozinska A, Bar JK, Jothy S, Sedlacek P, Slesak B, Richter R. Carcinoembryonic antigen isotypes in tissue sections and loose cyst fluid cells of ovarian neoplasia. *Tumour Biol* 1993; 14(1): 1-8.
6. Disafa PJ, Creasman WT. *Oncología Ginecológica Clínica*. Mosby/Doyma Libros; 1era. ed.; 1994; pág. 449-51.
7. Chahtane A, Dehaymi M, Ferhati D, Rhrab B, Lakhdar A, Kharbaek A, Chaoui A. Krukenberg's tumors. 9 cases. Review of the literature. *Rev. Fr. Gynecol Obstet* 1993; 88(5): 321-4.
8. Thompson JD, Rock JA. *Ginecología Quirúrgica*. Edit. Med. Panamericana 7ma. ed. ; 1993; pág. 1185-908.
9. Silveira GG, Guedes Neto EP, Rocha AO, Gadrel R, Siqueira DP, Basso A, Fuhrmeister F, Monteggia P. Tumor de Krukenberg. *Rev. Med. Minas Gerais* 1994; 4(4): 20-2.
10. Shet TM, Phatak AM, Hardikar JV. Gastric carcinoma presenting as solitary cutaneous metastasis. *Indian J. Gastroenterol* 1994; 13(4): 146-7.
11. Chahtane A, Baydada A, Rhrab B, Dehaymi M, Ferhati D, Jirari A, Kharbaek A, Chaoui A. Krukenberg's tumor. 9 case reports (Review of the literature). *Tunis Med* 1993; 71 (1): 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 computarizada 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, Bonavi I. Krukenberg's tumor in pregnancy with virilization. A case report. *Eur Gynecol* 1995; 16(1): 59-64.
15. El Mansouri A, Mzoumen M, Loahbia A, El Fares F. Krukenberg's tumor: still a somber prognosis. 4 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1993; 22 (5): 497-500.