

HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE
“COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TUMOR DE KRUKENBERG. A PROPÓSITO DE UN CASO

Por:

Dr. Abraham Dimas Reyes Pérez¹, Dr. Javier Cruz Rodríguez² y Dr. José Antonio Marrero Martínez³

1. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara.
2. Médico General. Policlínico “Capitán Roberto Fleites”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. ISCM-VC. Hospital Ginecoobstétrico “Mariana Grajales”. Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:

TUMOR DE KRUKENBERG
NEOPLASMAS OVARICOS

Subject headings:

KRUKENBERG TUMOR
OVARIAN NEOPLASMS

Los tumores de ovario son una de las neoplasias más frecuentes en la mujer y constituyen el 6 % de todos los cánceres en este sexo. Su incidencia lo ubica en el tercer lugar entre los cánceres del aparato reproductor femenino, superado por los carcinomas de cuello uterino y los de endometrio¹. El ovario es el principal órgano del aparato reproductor femenino que es afectado por metástasis de tumores malignos extragenitales. Los tumores metastásicos de ovario constituyen del 5-6 % del total, y proceden con más frecuencia de las vías genitales femeninas, las mamas o el tracto gastrointestinal^{2,3}.

Una interesante neoplasia de ovario es, sin dudas, el denominado tumor de Krukenberg (TK), que puede llegar a constituir del 30-40 % de los cánceres metastásicos en este órgano². Debe su nombre al ginecólogo alemán Friedrich E. Krukenberg, quien describió en 1895 los tumores bilaterales de ovario y los diferenció de los quísticos, pues consideró que se trataba de sarcomas⁴. Aunque pueden aparecer a cualquier edad, es más común alrededor de los 40 años, y es raro en la menopausia. Su evolución clínica se caracteriza por el crecimiento rápido; el proceso ocurre de manera bilateral en un 80 % de los casos. Desde el punto de vista macroscópico, constituyen tumores sólidos que tienden a conservar la forma general de los ovarios; su superficie es lisa, aunque puede ser nodular. Además, aunque hayan alcanzado un tamaño considerable, están propensos a quedar libres, sin adherencias a estructuras circundantes^{4,6}. Al examen microscópico, se observa una infiltración difusa de los ovarios por células en anillo de sello, que contienen abundante mucina^{2,6}.

Se han descrito varias vías de propagación: por contigüidad, sanguínea, linfática y transperitoneal. El pronóstico de un paciente con TK, por lo general, es desfavorable, ya que puede fallecer a causa de la enfermedad en el plazo de un año^{2,4,6}.

Presentación del paciente

Paciente del sexo femenino y 32 años de edad, con antecedentes de úlcera péptica desde hace dos años, para lo que realizaba tratamiento médico. Ingresa en nuestro centro por sangramiento digestivo alto, con estadía de 18 días; se le realiza intervención quirúrgica (transfixión de vaso arterial sangrante, vagotomía anterior más gastroyeyunostomía), pues a pesar del cuadro clínico, en la endoscopia de urgencia se informó úlcera yuxtapilórica con estigma de sangramiento reciente. A los 16 días se reinterviene porque presenta fiebre de 38°C mantenida, dolor abdominal hacia hipocondrio derecho y ruidos hidroaéreos ausentes, hemoglobina en 80 g/l, por lo que se plantea resangramiento de la úlcera, lo cual fue comprobado; egresó a los siete días.

A los dos meses regresa con distensión abdominal por ascitis, astenia, anorexia, pérdida de peso y dolor en bajo vientre; manifiesta tener muchos gases y trastornos menstruales consistentes en manchas intermenstruales; no presentaba vómitos ni fiebre. Se le realiza el estudio del líquido ascítico que resultó ser positivo de células neoplásicas (adenocarcinoma). Se discute en colectivo y se decide practicar laparotomía con el fin de buscar el tumor primitivo, tomar biopsia y, de ser posible, realizar operación citorreductora. En el acto quirúrgico se encuentra gran ascitis que se evacua, y tumor bilateral de ovarios con signos de incipiente carcinosis peritoneal, por lo que se realiza exéresis de ambos ovarios.

El informe de anatomía patológica revela adenocarcinoma poco diferenciado, con células de anillo de sello, que sugiere, dado el cuadro clínico y los antecedentes, que el tumor primitivo se encuentra en el estómago (tumor de Krukenberg). Dos meses más tarde la paciente falleció.

Comentario

Los tumores de ovario suelen evolucionar silenciosa y libremente hacia el abdomen sin producir molestias, hasta tanto adquieran un mayor tamaño. No resulta extraño que se consulte por aumento de volumen del vientre, o que sea detectado al azar durante un examen abdominal. Los tumores ováricos metastásicos suelen producir dolor en el abdomen inferior, aumento de volumen abdominal y signos de compresión sobre órganos vecinos⁶.

El TK ha sido objeto de especial interés por su mal pronóstico, ya que no se descubre por lo general hasta que está muy avanzada la enfermedad primaria y, por tanto, la mayoría de las pacientes fallecen en el plazo de un año^{2,3}.

El tumor primario que con mayor frecuencia metastatiza hacia los ovarios y origina el TK es el carcinoma gástrico^{1,2}. Desgraciadamente no existen síntomas tempranos de carcinoma de estómago, el cual, con frecuencia, se encuentra en estadios avanzados cuando estos se presentan, y se han producido metástasis en el momento del diagnóstico. En muchas ocasiones se observa un retraso de seis meses o más entre la aparición de los síntomas iniciales y el diagnóstico. También conspira contra el diagnóstico precoz del cáncer gástrico, el hecho de que puede pasar inadvertido durante la palpación abdominal^{7,9}. El factor pronóstico más importante es la presencia y extensión del tumor más allá de los ovarios. La diseminación abdominal frecuentemente se asocia con ascitis, la cual es un signo pronóstico desfavorable⁶ que podría explicar la corta supervivencia de la paciente.

El carcinoma gástrico se encuentra en el mundo con relativa frecuencia, y existen grandes diferencias en las distintas regiones. Los países asiáticos (fundamentalmente Japón) son los más afectados. En Cuba, este tipo de carcinoma no figura entre las diez primeras causas de muerte⁸; sin embargo, es necesario tenerlo en cuenta para realizar actividades de prevención en la atención primaria de salud. Aunque es difícil realizar su diagnóstico precoz, consideramos que una correcta anamnesis, seguida de un meticuloso examen físico y la realización de los complementarios apropiados, entre ellos: la esofagogastroduodenoscopia y el ultrasonido abdominal (ya al alcance de los médicos comunitarios), pueden contribuir a su detección más temprana, lo que limitaría la posibilidad de su evolución hacia la metástasis y haría más favorable el pronóstico de las pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Crum CP. Aparato genital femenino. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robins. Patología estructural y funcional. 6^{ta} ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2000. p. 1079-136.
2. Berek JS, Fu YS, Hacker NF. Enfermedad intraepitelial de cuello uterino, vagina y vulva. En: Berek JS, Hillard PA, Adashi EY, editores. Ginecología de Novak. 12^{ta} ed. México: Mc Graw-Hill; 1997. p. 1155-230.
3. Bannura G, Soto D, Contreras J, Peñaloza P. Metástasis ovárica sincrónica por cáncer de recto. Rev Chil Cir. 2004;56(4):350-6.
4. Tamayo Lien T, Couret P. Tumor de Krukenberg. A propósito de 1 caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(2):93-5.
5. Ávila P, Riffo P, Suárez C, Reyes D, Morales M, Morales C. Adenocarcinoma gástrico con metástasis ovárica (Tumor de Krukenberg) en paciente de 14 años. Rev Chil Cir. 2005;57(1):76-80.
6. Aparato genital femenino. En: Patología quirúrgica de Ackerman. La Habana: Científico Técnica; 1986. p. 935-1108.
7. Ashley SW, Evoy D, Daly JM. Estómago. En: Schwartz SI, editor. Principios de cirugía. 7^{ma} ed. México: Mc Graw-Hill; 2000. p. 1261-98.
8. Cáncer gástrico. En: Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. Temas de medicina interna. 4^{ta} ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 184-92.
9. Crawford JM. Aparato gastrointestinal. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robins. Patología estructural y funcional. 6^{ta} ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2000. p. 809-80.