



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2001; 47 (2) : 124-127

Caso clinico

TUMOR DE KRUKENBERG Y GESTACIÓN

Pedro Albújar

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 26 años, primigesta de 21 semanas con cáncer de ovario secundario a una metástasis de cáncer primario de estómago (tumor de Krukenberg). Se revisa las características clínicas de un tumor de Krukenberg asociado con gestación, así como la epidemiología, hallazgos de laboratorio, anatomía patológica, la actitud terapéutica tanto para el tumor como para la gestación y el pronóstico sombrío en una mujer gestante portadora de un cáncer tan agresivo como es el tumor de Krukenberg.

Palabras claves: Tumor de Krukenberg, gestación.

Summary

We present the case of a 26 years old woman with a 21 weeks pregnancy who had a secondary ovarian cancer to a primary gastric cancer (Krukenberg tumor). We review the clinical features associated to a Krukenberg tumor with pregnancy and epidemiology, laboratory findings, pathology, further therapeutic attitude with the tumor and pregnancy, gloomy prognosis.

Key words: Krukenberg tumor, pregnancy.

Introducción

La aparición de una tumoración pélvica coincidente con gestación plantea un gran problema para el ginecoobstetra, en cuanto al diagnóstico diferencial y la actitud terapéutica a tomar, debiendo siempre informar a la paciente de las distintas posibilidades terapéuticas, así como de los riesgos y beneficios que pueden derivarse de las mismas¹.

La asociación de tumores ováricos con gestación varía de 1/328 a 1/1000 partos². La posibilidad de que esta tumoración sea maligna es remota (1/22 000 partos³).

Más del 90% de los cánceres de ovario es primario; sólo 5 a 10% de los casos son secundarios a metástasis a distancia de los órganos, siendo el estómago el primero en frecuencia (75%) (llamándose en este caso tumor de Krukenberg), seguido de mama, colon, timo y otros órganos que contengan en su estructura glándulas mucosas y que, muchas veces, se desconoce el origen primario⁴.



El tumor de Krukenberg se define como aquella tumoración ovárica metastásica que contiene células en anillo de sello, con producción de mucina y reacción sarcomatoide difusa del estroma ováricos.

El objetivo del presente trabajo es el de mostrar las características clínicas, diagnosticas, terapéuticas y pronóstico de una asociación muy infrecuente, tumor de Krukenberg y gestación.

Historia clínica

Paciente mujer de 26 años, procedente de Pilcomayo, Huancayo. Gestante de 19 semanas, quien refiere presentar una tumoración a nivel del hemiabdomen inferior (fosa iliaca derecha y flanco derecho) de dos meses de evolución, asociado a edema de miembros inferiores, cefalea y escotomas. Ingresa el 20/10/2000.

Antecedentes

- Fecha de ultima regla (FUR): 09/06/2000; fecha probable de parto (FPP): 16/03/2001
- Edad gestacional: 19 semanas. Primigesta.
- Niega enfermedades anteriores, como hipertensión, tuberculosis, diabetes mellitus, asma y otros.
- Diagnóstico ecográfico de quiste anexial derecho, a las cinco semanas.
- Antecedentes familiares no contributorios.

Examen físico al ingreso

Presión arterial: 150/90 mmHg; frecuencia cardiaca: 80 latidos/min; frecuencia respiratoria: 22 respiraciones/min ; temperatura: 37 ° C

Palidez leve en piel y mucosas.

Edema de miembros inferiores bilateral a nivel de rodillas, fóvea positiva

Abdomen: Ocupado por útero grávido. Se palpa tumoración dura de bordes lisos de aproximadamente 20 x 25 cm a nivel de fosa iliaca derecha, que se extiende a flanco derecho e hipocondrio derecho. Reflejos osteotendinosos: 2+/4+ bilateral. Resto del examen general: normal

Ginecoobstétrico: Altura uterina, 18 cm. Feto en lateral cefálica derecha. Latidos cardiacos fetales: 148 x minuto

No sangrado vaginal, no perdida de líquido. Dinámica uterina ausente; tacto vaginal: cérvix posterior, orificios cervicales externo e interno cerrados, se palpa tumoración dura, móvil, que parece depender de anexo derecho.

Exámenes auxiliares

- 21/10/00 (fecha de ingreso)

Hematocrito: 33,3%; plaquetas: 98000/mm³. Proteínas totales: 4,65 g/dL; albúmina: 2,89 g/dL.

Resto de pruebas hepáticas y renales dentro de los parámetros clínicamente aceptados.



Úrea: 25 mg/dL; creatinina: 0,8 mg/dL; transaminasa glutámico oxalacética: 30 U/mL; transaminasa glutámica pirúvica: 35 U/mL.

Bilirrubina total: 0,8 mg/dL; bilirrubina indirecta: 0,5 mg/dL; bilirrubina directa: 0,3 mg/dL.

Ecografía abdominopélvica: Tumoración heterogénea a predominio quístico de 187 x 113 mm, con tabiques internos y nódulos de aspecto sólido en el lado derecho, y algunos ecos internos que corresponden al anexo derecho, el cual se extiende hacia el abdomen superior; liquido libre en el Morrison y espacio supradiafragmático. Útero gravido de 19 semanas con feto activo, móvil.

- 22/10/00

Hematócrito: 34%; plaquetas: 96 000/mm³; fibrinógeno: 232 mg/dL

Tiempo de coagulación: 7'30"; tiempo de sangría: 2'30".

- 23/10/00

Hematócrito: 32,4%; plaquetas: 106 000/mm³. Proteínas en orina de 24 horas: 93 mg en 24 horas

- 27/10/00

Hematócrito: 28%; plaquetas: 140 000/mm³; tiempo de protrombina: 16"

Tiempo parcial de tromboplastina: 24,1"

- 30/10/00

Hematócrito: 29%; plaquetas 150 000/mm³; fibrinógeno: 410 mg/dL; tiempo de coagulación: 3'00"; tiempo de sangría: 2'45". Deshidrogenasa láctica: 1000 UI/mL; reticulocitos: 1,7%.

Elisa para quiste hidatídico: negativo.

- 03/11/00

Dosaje de Ca-125: 189,5 UI/mL (VN = 32 UI/mL)

- 05/11/00

Hematócrito postransfusión de una unidad de sangre: 3,4%; plaquetas: 108 000/mm³.

Evolución, manejo y tratamiento

- Metildopa 750 mg/día vía oral con lo cual la presión arterial se estabilizó.
- Manejo expectante de la plaquetopenia, por no dar manifestaciones clínicamente significativas.
- Recibió transfusión de una unidad de sangre un día antes de ingresar a sala de operaciones.
- El día 03/11/00, en una junta médica se decide laparotomía exploratoria, llevándose a cabo el 07/11/00.



- Líquido ascítico: aproximadamente 1000 mL.
- Tumoración gigante dependiente de ovario derecho encapsulado, el cual se extiende por fosa iliaca derecha, flanco derecho, hipocondrio derecho y epigastrio, ocupando gran parte del abdomen, de unos 30 por 40 cm, aproximadamente de 5 kg, de contenido mixto, con zonas pétreas y endurecidas.
- Hígado y estructuras intraabdominales sin signos microscópicos de metástasis; útero grávido de 21 semanas.

Procedimiento

- Incisión mediana infraumbilical.
- Exéresis de la tumoración ovárica derecha más salpingectomía derecha.
- Se toma muestras para biopsia de epiplón.
- Lavado de cavidad con 3 litros de CINA 0,9%.
- Cierre de cavidad, dejándose útero grávido intacto.

Posterior a la cirugía (tres días después), la presión arterial se controla sin necesidad de utilizar medicación antihipertensiva.

El hematócrito se mantuvo en 35%; las plaquetas aumentaron a 400 000/mm³.

Ecografía pélvica de control (13/11/00): feto vivo podálica de 22 semanas por biometría y placenta y líquido amniótico dentro de los límites normales, fosas iliacas bilaterales libres.

- 14-/11/00

Informe de Anatomía patológica: adenocarcinoma indiferenciado metastático, con primera probabilidad de loco primario tubo digestivo (estómago); se observa células en anillos de sello, reacción desmoplástica (tumor de Krukenberg).

- 15/11/00

Se decide transferencia al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú, en donde se decide continuar la gestación hasta llegar a los 30 semanas, con un control obstétrico estricto, y terminar el embarazo en dicha fecha, continuando el tratamiento según el protocolo que se tiene estipulado en dicho hospital.

- 28/12/00

Resultado de endoscopia gástrica revela adenocarcinoma indiferenciado de estómago.

- 08/01/01

Se procede a culminar la gestación. Se obtiene un producto de 30 semanas de gestación, con un peso de 1200 g con Apgar 8 al minuto. La paciente tolera el acto quirúrgico y es transferida al servicio de Ontología Ginecológica para tratamiento.

Discusión

El cáncer durante el embarazo plantea graves problemas médicos, éticos y morales de difícil solución y casi siempre existen dudas sobre cuando y como interrumpir la gestación



y sobre la posibilidad de que se pueda producir metástasis, tanto en la madre como en el feto⁶.

El ovario es una localización frecuente de metástasis de determinados carcinomas primarios, siendo alrededor del 5 al 10% de los tumores ováricos de origen no primario. Se encuentra con una mayor frecuencia, dentro de este grupo, el adenocarcinoma gástrico (80%), seguido del colon, mama, ciego, apéndice y otros órganos que contengan glándulas secretoras de moco⁴⁵.

La presencia del embarazo no altera aparentemente el pronóstico de las neoplasias ováricas.

En el presente caso, observamos la asociación infrecuente entre tumor de Krukenberg secundario a un adenocarcinoma gástrico y una gestación activa de 21 semanas, que se manifiesta como una tumoración de consistencia mixta, unilateral.

La paciente tiene el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma en anillo de sello, el cual se comporta como el cáncer de tipo difuso y ocurre con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, estando entre el 25 y 44% de los casos presente en menores de 40 años y, generalmente, es bilateral⁹.

El diagnóstico diferencial más importante debe hacerse con los adenocarcinomas mucinosos primarios del ovario, cuyo índice general de supervivencia a los cinco años es aproximadamente 31%, el cual es significativamente superior a la del tumor de Krukenberg, que en general es menor de un año desde su diagnóstico. Se debe agregar que solo 25% de los adenocarcinomas mucinosos primarios es bilateral^{10,11}, siendo también de gran tamaño, motivo por el cual se planteó inicialmente

la posibilidad diagnóstica de este tumor en la paciente, ya que se tenía a favor la edad, tamaño del tumor, la unilateralidad, los niveles elevados de Ca-125 (cinco veces mayor de su valor normal) y las características ecográficas del ingreso, además de la falta de signos y síntomas de compromiso de otros aparatos y sistemas, que nos hicieran pensar en la posibilidad de una metástasis.

Por lo tanto, el diagnóstico fue realizado en el postoperatorio, a través de la anatomía patológica, y que sirvió posteriormente para la búsqueda del tumor primario, que resultó un foco gástrico.

Existen cuatro posibles vías de diseminación para los tumores de ovario; continuidad directa, palpación superficial, metástasis linfáticas y diseminación hematógena. Las metástasis linfáticas son sin duda la vía más frecuente de diseminación al ovario. Hasta ahora, nadie ha descrito en forma convincente la vía que sigue hasta el ovario la 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^{12,13}.

El pronóstico es oscuro, con lo cual todos los autores concuerdan, cuya única esperanza de mejoría consiste en la extracción tan pronto como sea posible del tumor primario, seguido de un tratamiento radical del tumor ovárico, siendo el tratamiento complementario cuestionable^{12,14,15}.

En el caso presentado, inicialmente se realizó exéresis del tumor ovárico, ya que el diagnóstico del tumor de Krukenberg fue posterior al acto quirúrgico y porque no se encontraba foco primario aparente de metástasis. Siendo la paciente primigesta y con la gestación avanzada, se decidió esperar hasta llegar a una edad gestacional en la cual el producto fuera viable. Ya que el embarazo no condiciona mayor deterioro o mala evolución respecto al problema tumoral.