



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Tumor de Krukenberg primario ovárico: un hallazgo infrecuente

Á. Luengo-Tabernero^{a,*}, V. Zornoza-García^a, V. Álvarez-Sierra^a,
A. Fernández-Corona^a y J.S. Salas-Valián^b

^aServicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Asistencial de León, León, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Complejo Asistencial de León, León, España

Recibido el 22 de octubre de 2007; aceptado el 5 de noviembre de 2007

Disponible en Internet el 12 de febrero de 2009

PALABRAS CLAVE

Tumor de Krukenberg;
Neoplasias ováricas;
Neoplasias metastásicas

KEYWORDS

Krukenberg tumor;
Ovarian neoplasms;
Metastatic neoplasms

Resumen

El tumor de Krukenberg es un adenocarcinoma ovárico raro que tiene una anatomopatología peculiar. Aunque habitualmente representa una metástasis de origen digestivo, en este estudio se presenta un caso con análisis morfológico e inmunohistoquímico de Krukenberg sin que demostrara la existencia de tumor primario extraovárico.

© 2007 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Primary ovarian Krukenberg tumor: an infrequent finding

Abstract

Krukenberg tumor is a rare ovarian adenocarcinoma with characteristic histopathological features. Although this tumor usually represents metastasis from a digestive carcinoma, we present a case morphologically and immunohistochemically identified as ovarian Krukenberg tumor, no extraovarian primary tumor was detected.

© 2007 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Krukenberg describió este tumor en 1896, posteriormente Schlaggenhoffer lo definió como una metástasis¹. Se trata de un adenocarcinoma que afecta a mujeres jóvenes. Tiene una histología característica: células llenas de mucina positiva al ácido peryódico de Schiff que desplaza el núcleo («células

en anillo de sello»). Se rodea de estroma ovárico con atipia reactiva, cuya replicación acelerada puede producir hiperestrogenismo (metrorragia irregular o posmenopáusica) e hiperandrogenismo (virilización e hirsutismo).

Caso clínico

A continuación se presenta el caso de una mujer menopáusica de 51 años que presentó una tumoración abdominal que ocupaba toda la pelvis hasta la zona umbilical. En la

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a_luengo@yahoo.com (A. Luengo-Tabernero).

ecografía se visualizó una imagen anecoica de 15 cm, con un tabique grueso en su polo superior y en su parte inferior, ecogenicidad mixta positiva según Doppler. Los marcadores tumorales fueron normales, salvo el marcador tumoral monoclonal del cáncer de ovario y ciertos linfomas (CA 125), que fue de 35,7. Se procedió a una laparotomía exploradora con anexectomía izquierda, que informó intraoperatoriamente tumor de Krukenberg (TdK). Se realizó histerectomía total, anexectomía derecha y linfadenectomía. No se encontraron lesiones en la superficie hepática y se desestimó omentectomía por impresionar tumoración en la curvatura menor del estómago. Tras gastroscopia, colonoscopia y nueva ecografía en las que no hubo hallazgos patológicos, se realizó nueva laparotomía con omentectomía.

El estudio anatomopatológico mostraba un patrón histológico característico de TdK, limitado al ovario izquierdo. En el estudio inmunohistoquímico, el antígeno CD57-leu7 y el antígeno carcinoembrionario fueron positivos en células aisladas; la cromogranina A, la enolasa neuronal específica, la sinaptofisina y la tiroglobulina fueron negativas.

En la revisión posquirúrgica, la exploración física, la gammagrafía tiroidea, la mamografía y la resonancia magnética (RM) fueron normales. Se realizó tomografía por emisión de positrones con F¹⁸-fluorodesoxiglucosa, que asimismo fue normal.

Se diagnosticó TdK primario ovárico. La mujer no desarrolló lesiones nuevas tras 2 años y actualmente continúa en seguimiento.

Discusión

El origen del TdK es digestivo en el 90% de los casos: estómago (especialmente píloro), colon, recto, apéndice, ampolla de Vater, etcétera. Se describen otros orígenes, como mama, tiroides, vejiga urinaria, etcétera^{2,5}. La lesión ovárica puede ser significativamente más grande que el tumor primario^{3,4}; para este diagnóstico resultan útiles la ecografía, la tomografía computarizada y la RM⁶.

Se denomina TdK primario cuando las lesiones muestran las características típicas y no se halla un tumor primario. En algunas series supone hasta el 10,7% de los TdK⁵. Es posible que se trate de tumores primarios minúsculos que permanecen asintomáticos durante años tras la resección de la metástasis única⁴.

Mientras que el pronóstico del TdK metastásico es desfavorable a corto plazo, el TdK primario muestra una buena supervivencia tras cirugía⁶.

Entre los diagnósticos diferenciales del TdK primario se encuentran:

- Tumor carcinoide primario de ovario⁷. Es poco frecuente y raramente maligno. Puede producirse como un polo quístico en el interior de un teratoma quístico maduro.
- Tumor estromal de ovario en anillo de sello⁸. Es raro, unilateral y benigno. No posee diferenciación epitelial (glándulas, cordones, etcétera), al contrario del TdK que la tiene, al menos, focalmente. La inmunohistoquímica es de ayuda en su identificación.

Conclusión

El TdK primario es un fenómeno infrecuente. La búsqueda exhaustiva de un tumor extraovárico es fundamental. Se recomienda realizar fibroscopia digestiva a toda mujer con carcinoma ovárico bilateral, así como descartar lesiones ováricas en todo cáncer de estómago (algunos autores recomiendan incluso ooforectomía profiláctica en mujeres menopáusicas)⁹. Estas actitudes mejoran el pronóstico¹⁰.

Bibliografía

1. Krukenberg F. Uber das fibrosarcoma ovarii mucocellulare carcinomatodes. *Arch Gynaek.* 1896;50:287-9.
2. Kwang HK, Chang DK, Hong SL, Jin HH, Young SK, In SK. Bilateral ovarian carcinoma metastatic from the ampulla of Vater: a rare Krukenberg tumor. *J Korean Med Sci.* 1999;14(2):220-2.
3. Singh N. The pathology of metastases in the ovary. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2004;9:96-102.
4. Mandai M. Krukenberg tumors. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2004;9:112-4.
5. Turan T, Aykan B, Koc S, Boran N, Tulunay G, Karacay O, et al. Analysis of metastatic ovarian tumors from extragenital primary sites. *Tumori.* 2006;92(6):491-5.
6. Kim JD, Yook JH, Kim YM, Choi WY, Kim YJ, Lim JT, et al. Clinical analysis of 61 Krukenberg tumors. *J Korean Gastric Cancer Assoc.* 2004;4(2):126-30.
7. Tallerman A. Carcinoid tumors of the ovary. *J Cancer Res Clinical Oncol.* 1984;107(2):125-35.
8. Vang R, Bague S, Tavassoli F, Prat J. Signet-ring stromal tumor of the ovary: clinicopathologic analysis and comparison with Krukenberg tumor. *Int J Gynecol Pathol.* 2004;23(1):45-51.
9. McGill FM, Ritter DB, Rickard CS, Kaleya RN, Wadler S, Greston WM, et al. Krukenberg tumors: can management be improved? *Gynecol Obstet Invest.* 1999;48(1):61-5.
10. Benâaboud I, Ghazli M, Kerroumi M, Mansouri A. Tumeur de Krukenberg: à propos de 9 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002;31(4):365-70.