

329/145 - TUMOR DE KRUKENBERG

A. Ruiz Urrutia¹; D. Martínez Revuelta²; I. Rivera Panizo²; L. Rodríguez Vélez³; R. Taipe Sánchez⁴.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochoico. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 34 años sin antecedentes previos de interés que presenta cuadro de hiporexia, molestias en epigastrio e intolerancia digestiva con sensación de plenitud, acompañado de pérdida de 6 kg de peso de 10 meses de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física, presenta buen estado general, auscultación cardiopulmonar normal y el abdomen era blando, depresible no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal y no se palpan masas ni megalías. Analíticamente, el único dato destacable era la Hb de 8,6 g/dl. El perfil bioquímico y nutricional se encontraban dentro de la normalidad. Ante los hallazgos analíticos y clínica de la paciente, se realizó una gastroscopia donde se observó: zona, edematosa y ulcerada con abundante contenido necrótico en su interior en curvatura menor antro gástrico de la que se tomaron biopsias y cuyo estudio anatomo-patológico, confirmó la presencia de un adenocarcinoma gástrico HER2 negativo. Se realizó TC corporal como estudio de extensión observándose engrosamiento a nivel gástrico junto con masa sólida de 97x57mm muy vascularizada a nivel anexial izquierdo. Se plantea IQ en la que se objetiva implantes neoplásicos en peritoneo parietal a nivel de ambas cúpulas diafragmáticas, en FII y fondo de saco de Douglas. Se realiza gastrectomía total paliativa por obstrucción y sangrado tumoral con reconstrucción en Y-Roux. Se solicitó PDL1 para inclusión en ensayo clínico MK-3475-062 que resultó negativo por lo que no se consideró candidata para el mismo y se propone tratamiento con cisplatino-capecitabina con intención paliativa.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico Her2 negativo con diseminación peritoneal y tumor de Krukenberg.

Diagnóstico diferencial: Ante una dispepsia, tendremos que tener en cuenta los siguientes: úlcera péptica, reflujo gastroesofágico, cáncer de estómago, pancreatitis crónica o cáncer de páncreas. Debemos establecer una buena historia clínica. Al momento del examen físico, un paciente dispéptico presenta un escaso valor diagnóstico, ya que el dolor epigástrico que se produce a la palpación no permite una clara diferenciación de otras patologías por lo que habrá que realizar endoscopía digestiva alta si existen signos de alarma.

Comentario final: El origen del tumor de Krukenberg, se encuentra en el tracto genital femenino, las mamas o el tracto gastrointestinal. Tiene una tasa de mortalidad significativamente alta. No se han mostrado grandes diferencias en la tasa de sobrevida respecto al origen del cáncer. El sitio de origen primario de esta metástasis ovárica que más frecuentemente se encuentra corresponde a origen gástrico en un 70-90% y en un 14% de origen colónico. En un menor porcentaje son de origen pancreático o biliar (5%) y apendicular (2%). El

tumor de Krukenberg es un tumor relativamente infrecuente. Sin embargo, ésta puede variar dependiendo de la frecuencia del carcinoma gástrico en la población analizada.

Bibliografía

- 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