

Tumor de Krukenberg secundario a carcinoma gástrico en una gestante de ocho meses

A. Cosme^a, E. Ojeda^b, L. Bujanda^a, J. Torrado^c y J. Barrio^a

^aServicio de Digestivo. ^bServicio de Medicina Interna. ^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Aránzazu. San Sebastián.

RESUMEN

La asociación de cáncer gástrico y embarazo es infrecuente. Los casos publicados por autores no japoneses son escasos. El diagnóstico del tumor suele establecerse en estadios avanzados ya que la gestación enmascara los síntomas de la neoplasia gástrica. Se presenta el caso de una mujer de 43 años que en el octavo mes del embarazo fue diagnosticada de un tumor de Krukenberg secundario a un carcinoma gástrico. Tras la inducción del parto y nacimiento de una niña sana, se realizó quimioterapia y cirugía, falleciendo a los 12 meses del diagnóstico.

KRUKENBERG'S TUMOR SECONDARY TO GASTRIC CARCINOMA IN THE EIGHTH MONTH OF PREGNANCY

The association of gastric cancer and pregnancy is rare. The cases reported by non-Japanese authors are unusual. Tumors tend to be in advanced stage when diagnosed since the symptoms of gastric cancer are easily presumed to be secondary to those of normal pregnancy. We report the case of a 43-year-old female with gastric carcinoma presenting as a Krukenberg's tumor in the eighth month of gestation. A healthy child was born and after delivery, partial gastrectomy was performed and adjuvant chemotherapy was administered. The patient died 12 months after diagnosis.

(*Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 63-65)

El tumor de Krukenberg (TK) es una variedad de cáncer metastásico de estirpe epitelial, mucosecretor, que infiltra el estroma ovárico. Krukenberg descubrió esta entidad en 1896¹. El TK simultáneo con el embarazo es raro. En las gestantes, el origen más frecuente del TK es el tracto gastrointestinal, sobre todo el estómago, seguido por el co-

lon. Los síntomas del tumor gástrico se confunden con las náuseas y los vómitos de la embarazada, por lo que el diagnóstico en la mayoría de los casos es tardío y el pronóstico, malo.

Se presenta el caso de una mujer en el octavo mes de gestación con un TK secundario a carcinoma gástrico. En la bibliografía nacional sólo hemos encontrado descrito el caso de una mujer de 28 años con cáncer gástrico sin invasión ovárica, que fue diagnosticado en el puerperio tras persistir con síntomas digestivos durante el embarazo².

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 43 años con 3 gestaciones normales, que en noviembre de 1976 acudió a nuestro hospital tras presentar adenopatías cervicales, cansancio y dolor en hipogastrio, durante el octavo mes de gestación. Tenía antecedentes de sintomatología dispéptica desde 3 años antes para la que no había realizado ningún control y refería astenia, anorexia y una tumoración en el cuello desde hacía algunos meses.

La exploración física revelaba una paciente con mal estado general y palidez importante de piel y mucosas. En la fosa supraclavicular izquierda se palpaba un paquete ganglionar de 7 x 5 cm que infiltraba planos profundos y en el abdomen, una hepatomegalia de 2 cm por debajo del reborde costal, ascitis y una masa móvil en hipogastrio de 5 cm, dura y no dolorosa, junto a un embarazo de 8 meses.

Entre los datos de laboratorio destacaban: hematócrito, 21%; hemoglobina, 6,7 g/dl, y VSG de 78 mm a la primera hora. En la radiografía de tórax y abdomen se observó derrame pleural derecho, ascitis y una masa en hipogastrio. Se realizó una biopsia de las adenopatías cervicales que fue compatible con carcinoma indiferenciado. La gastroscopia puso de manifiesto una tumoración vegetante subcardial en cara anterior y posterior del estómago (fig. 1). Se tomaron biopsias de la lesión en las que se confirmó un adenocarcinoma pobremente diferenciado.

Se induce el parto y nace una niña sana de 3,1 kg. Posteriormente se practican 3 ciclos de 5-FU y doxorubicina, y a los 6 meses gastrectomía 4/5, tipo Billroth II. Se comprueba invasión tumoral ovárica bilateral (fig. 2) y se practica anexectomía bilateral. La enferma fallece a los 12 meses del diagnóstico con metástasis en hígado, peritoneo, pleura y pulmón.

DISCUSIÓN

La asociación de carcinoma gástrico y embarazo es inusual. Hasta 1991, en Japón, donde son comunes los estudios a gran escala de la población para la detección temprana de esta neoplasia, se habían recogido 104 casos de cáncer gástrico durante el embarazo o en los 12 meses siguientes al parto³. Los casos publicados por autores no japoneses son escasos⁴⁻⁷.

Correspondencia: Dr. A. Cosme Jiménez.
Carlos I, 5, 8.º C. 20011 San Sebastián. Guipúzcoa.

Recibido el 8-5-2000; aceptado para su publicación el 4-9-2000.

Fig. 1. Estómago con tumoración vegetante subcardial.

Fig. 2. Infiltración de parénquima ovárico por células en anillo de sello (HE, $\times 400$).

La distinta frecuencia del TK depende de los criterios clínicos seguidos para su inclusión. En 1992, Gilliland y Giel⁸ reseñan que la incidencia es de 0,16 casos por 100.000 habitantes en Irlanda del Norte. En una serie quirúrgica de 1.021 mujeres con cáncer de estómago o de colon, la frecuencia de TK fue de 7 casos (0,7%), dos de ellos en gestantes⁷. De 270 mujeres con carcinoma gástrico ingresadas en nuestro hospital entre 1972 y 1988, 5 tuvieron un TK y en una se asociaba a un embarazo⁹. Hasta 1995, se han publicado más de 40 casos de TK asociado a embarazo¹⁰. La edad media de las gestantes era 30,1 años (18-42 años) y el origen más común del tumor el estómago (28 pacientes de 32 con datos valorables).

Entre las características del cáncer gástrico en las mujeres jóvenes destaca: *a)* la mayor frecuencia del tipo IV de Borrmann y del adenocarcinoma pobremente diferenciado con patrón de crecimiento en escirro, y *b)* el aumento significativo de las metástasis peritoneales. Estos rasgos son más pronunciados en las jóvenes con cáncer de estó-

magos que están embarazadas¹¹. Se cree que el desarrollo y crecimiento del tumor se halla favorecido por los cambios hormonales que suceden durante la gestación y/o parto.

Las náuseas, los vómitos, el crecimiento del feto y la distensión abdominal persistentes durante la gestación suelen enmascarar la presencia de un tumor gástrico con metástasis ováricas en la cavidad pélvica. Los síntomas y signos habituales de estas pacientes son masa palpable en hipogastrio, de tamaño mediano y bilateral, junto con dolor abdominal (60,5% de los casos¹⁰). Cuando existen otras manifestaciones clínicas como hemorragia digestiva¹², obstrucción intestinal, perforación o pérdida de peso¹³, el diagnóstico se realiza con mayor facilidad.

El estroma ovárico modificado por el tumor metastásico puede secretar estrógenos o andrógenos y originar menstruaciones irregulares, dismenorrea o signos de virilización. Si ocurre en el transcurso de un embarazo, puede inducir virilización progresiva de la madre entre el tercer y octavo mes de la gestación, desapareciendo tras la cirugía ovárica o el parto. De los 11 casos publicados¹⁴⁻¹⁶ de virilización por TK en el embarazo, en 7 el tumor primario era gástrico y en 6 la virilización afectó al feto.

El diagnóstico de TK es histológico, las técnicas de imagen son de gran utilidad^{10,17}, pero es prácticamente imposible con ellas precisar el tipo de tumor ovárico virilizante¹⁸. De los 4 tipos histológicos de TK (clásico en «anillo de sello», tubular, esclerosante y mixto), el carcinoma difuso mucocelular indiferenciado es el más frecuente en mujeres jóvenes, mientras que la existencia de receptores estrogénicos es común en las que han tenido embarazos recientes^{5,19}. El tratamiento del TK se basa en cirugía radical más quimioterapia sistémica, asociada o no a quimioterapia intraperitoneal. Existen casos puntuales con buena respuesta a la administración intraperitoneal de CDDP y 5-FU oral, y supervivencias superiores a 3 años^{20,21}.

El pronóstico es malo cuando se diagnostica un TK en el embarazo^{10,16,22}, como sucedió en nuestro caso. Depende del estadio del cáncer gástrico, del tratamiento realizado durante la gestación y de la positividad de los receptores hormonales. Durante las primeras 24 semanas se puede realizar cirugía del estómago sin necesidad de interrumpir el embarazo. A partir de las 30 semanas, lo esencial es, dada la viabilidad del feto, inducir el parto y al mismo tiempo o después iniciar el tratamiento quirúrgico del carcinoma gástrico. De la semana 25 a la 29 la decisión terapéutica es compleja y varía en relación con la resecabilidad del cáncer y el riesgo para el feto.

De la serie de 61 mujeres embarazadas con cáncer gástrico³, sólo 2 tenían un carcinoma gástrico precoz. La tasa de resecabilidad fue del 47,5% y la supervivencia a los 4 años, después de la gastrectomía, del 5,3%. La supervivencia superior a 3 años en las gestantes con TK secundaria a cáncer gástrico es excepcional⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krukenberg F. Über das Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes) Arch Gynaekol 1896; 50: 287-321.
2. Martínez-Salazar FJ, Requena A, Herrera M, González-González A. Cáncer gástrico y gestación. Prog Obst Gin 1996; 39: 754-756.

3. Ueo H, Matsuoka H, Tamura S, Sato K, Tsunematsu Y, Kato T. Prognosis in gastric cancer associated with pregnancy. *World J Surg* 1991; 15: 293-298.
4. Tamussino K, Schöll W, Reich O, Winter R. Gastric carcinoma presenting as a Krukenberg tumor in the 24th week of gestation. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol* 1995; 62: 251-252.
5. Mackey JR, Hugh J, Smylie M. Krukenberg tumor complicated by pregnancy. *Gynecol Oncol* 1996; 61: 153-155.
6. Scharl A, Huber P, Lorenzen J, Göhring UJ. Gastric cancer during early pregnancy. Two case reports. *Arch Gynecol Obstet* 1996; 258: 151-154.
7. McGill FM, Ritter DB, Rickard CS, Kaleya RN, Wadler S, Greston WM. Krukenberg tumors: can management be improved? *Gynecol Obstet Invest* 1999; 48: 61-65.
8. Gilliland R, Gill PJ. Incidence and prognosis of Krukenberg tumour in Northern Ireland. *Br J Surg* 1992; 79: 1364-1366.
9. Cosme A, Bujanda L, Ojeda E, Berdejo L, Galvany A, Castiella A. Tumor de Krukenberg secundario a neoplasias gástricas. *Rev Esp Enf Digest* 1997; 89: 230-231.
10. Chou MM, Ho SC, Lin NF, Lee YH. Color Doppler sonographic appearance of a Krukenberg tumor in pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 11: 459-460.
11. Maeta M, Yamashiro H, Oka A, Tsujitani S, Ikeguchi M, Kaibara N. Gastric cancer in the young, with special reference to 14 pregnancy-associated cases: analysis based on 2,325 consecutive cases of gastric cancer. *J Surg Oncol* 1995; 58: 191-195.
12. Hirabayashi M, Ueo H, Okudaira Y, Matsumata T, Hanawa S, Sugimachi K. Early gastric cancer and concomitant pregnancy. *Am Surg* 1987; 53: 730-732.
13. Ekblad U, Maenpää J. Carcinoma of the stomach associated with the pregnancy: two case reports. *Eur J Obstet Gynecol Oncol* 1991; 41: 81-84.
14. Fung M, Vadas G, Lotocki R, Heywood M, Krepart G. Tubular Krukenberg tumor in pregnancy with virilization. *Gynecol Oncol* 1991; 41: 81-84.
15. De Palma P, Wronski M, Bifernino V, Bovani I. Krukenberg tumor in pregnancy with virilization. A case report. *Eur J Gynecol Oncol* 1995; 16: 59-64.
16. Vauthier-Brouzes D, Vanna Lim-You K, Sebah E, Lefebvre G, Darbois Y. Tumeur de Krukenberg associée à la grossesse avec virilisation maternelle et foetale: un diagnostic difficile. A propos d'un cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1997; 26: 831-833.
17. Takemori M, Nishimura R, Obayashi C, Sugimura K. Magnetic resonance imaging of Krukenberg tumor from gastric cancer. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 47: 161-163.
18. Manganiello PD, Adams LV, Harris RD, Ornvold K. Virilization during pregnancy with spontaneous resolution postpartum: a case report and review of the english literature. *Obstet Gynecol Surv* 1995; 50: 404-410.
19. Furukawa H, Iwanaga T, Hiratsuka M, Imaoka S, Ishikawa O, Kabuto T. Gastric cancer in young adults: Growth accelerating effect of pregnancy and delivery. *J Surg Oncol* 1994; 55: 3-6.
20. Alcobendas F, Vallet J, Sierra J, Osorio A, Sarró M. Tumor de Krukenberg de origen gástrico. Revisión del concepto y presentación de tres casos. *Neoplasia* 1993; 10: 64-66.
21. Ohsako M, Sakoda K, Tabata M, Mizouchi J, Sakamoto H, Yamaguchi A. A case of advanced gastric cancer surviving 3 years and 6 months after resection of Krukenberg's tumor. *Gan to Kagaku Ryoho* 1994; 21: 873-876.
22. Sandmeier D, Lobrinus JA, Vial Y, Delaloye JF, Genton CY. Bilateral Krukenberg tumor of the ovary during pregnancy. *Eur J Gynecol Oncol* 2000; 21: 58-60.