

Metástasis ováricas en adenocarcinoma gástrico

García Cegarra Paloma M., García Soria Vanesa, García Teruel M.Paz, Garre Alcázar Carmen, Gómez Leal Paloma, Hernández Ríos M.Inés, Jiménez Díaz Sandra, López Molina José

INTRODUCCIÓN

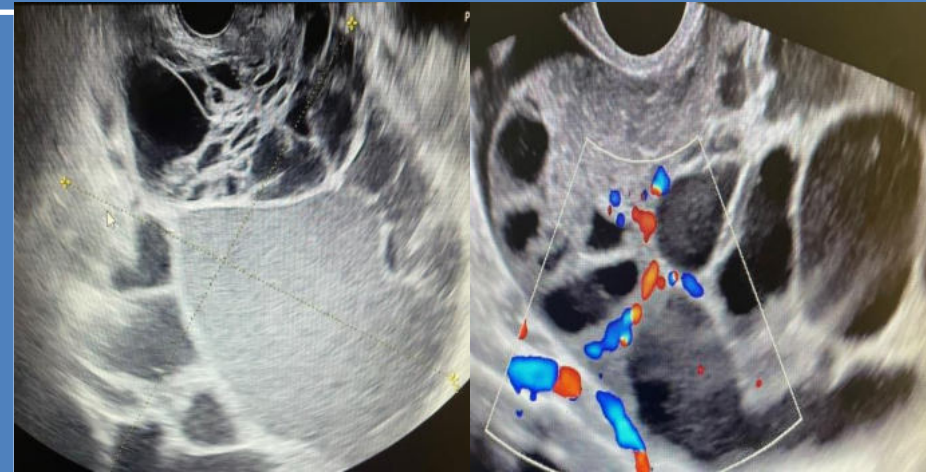
El tumor de Krukenberg fue descrito por primera vez en el año 1896 por Friedrich Ernst Krukenberg y hace referencia a la metástasis de un adenocarcinoma, generalmente del aparato digestivo (con células en anillo de sello), en tejido ovárico. Las principales localizaciones del tumor primario suelen ser el estómago, seguido del colon y el recto). Su incidencia dentro de todos los tumores de ovario es del 1-2%, por lo que es bastante infrecuente. Representa el 1-2% de los tumores ováricos. Los signos y síntomas clínicos para su diagnóstico suelen ser inespecíficos, por que el diagnóstico mediante eco-Doppler y TAC abdominopélvico suele ser tardío. El Doppler ultrasonográfico puede ayudar a diferenciar los tumores ováricos benignos de los malignos, siendo el mejor método para el diagnóstico inicial de estos tumores.

El tratamiento debe ser quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años, que consulta por disfagia a sólidos y líquidos y pérdida de peso. Se realiza gastroscopia y TAC TAP con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico estadio IV por afectación hepática, peritoneal y adenopática. Inicia tto quimioterápico. En TAC de control a los 6 meses aparece una lesión sólido-quística con tabiques, situada en el fondo de saco de Douglas con un tamaño aproximado de 11cm x 8 cm, sugestiva de metástasis ovárica. Se realiza ecografía transvaginal con eco Doppler para valorar vascularización.

Se decide en comité de tumores anexectomía bilateral dado que la paciente presenta dolor abdominal. Los hallazgos operatorios son: tumoración gigante, sólido quística, de unos 30 cm y dependiente de ovario derecho; anejo izquierdo de unos 5 cm que no impresiona de malignidad. El resultado anatomo-patológico es: ambos ovarios muestran infiltración por neoplasia epitelial de patrón glandular con secreción PAS diastasa resistente, las células adoptan morfología balonzante y en "anillo de sello". El tumor es positivo para CK7, CK20, CDX2 y negativo para PAX8, WT1, SATB2 y Herceptest.



CONCLUSIONES

Aunque su incidencia es difícil de evaluar, hemos de tenerlo en cuenta en mujeres con tumor primario en aparato digestivo mucosecretor.

La fisiopatología de la diseminación metastásica es controvertida, ya que no se debe a la propagación transperitoneal, linfática, hematogena...Se cree que el aumento vascular de los ovarios fértiles o la superficie cicatrizada por la reciente ovulación sea una causa del aumento del número de tumores de Krukenberg en mujeres premenopáusicas..

El diagnóstico se debe basar en la clínica y en las imágenes que proporciona tanto la ecografía como el TAC o la RMN.

El Doppler ultrasonográfico es un buen método para diferenciar tumores ováricos malignos y benignos.

El tratamiento debe ser quirúrgico, realizando anexectomía bilateral.

Bibliografía

Chahtane A, Dehayni M, Ferhati D, Rhrab B, Lakhdar A, Kharbach A et al..Tumeurs de Krukenberg. A propos de 9 observations. Revue de la littérature..Rev Fr Gynécol Obstét, 88 (1993), pp. 331-334
Cosme A, Bujanda L, Ojeda E, Berdejo L, Galvany A, Castiella A et al..Tumor de Krukenberg secundario a neoplasias gástricas..Rev Esp Enferm Digest, 89 (1997), pp. 230-231