
GINECOLOGÍA

Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro"

TUMOR DE KRUKENBERG. A PROPÓSITO DE 1 CASO

Dra. Tania Tamayo Lien¹ y Dra. Patricia Couret²

RESUMEN: Se presentó un caso de tumor de Krukenberg en una paciente de 45 años de edad, que se intervino quirúrgicamente en el Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro". Se anunció como posible mioma uterino complicado y se identificaron en el transoperatorio ambos ovarios tumorales; al localizar una tumoración en vía digestiva se sospechó entonces el diagnóstico clínico. Se concluyó como tumor de Krukenberg al realizar el estudio anatomopatológico.

DeCS: TUMOR DE KRUKENBERG/cirugía; TUMOR DE KRUKENBERG/patología; CARCINOMA DE CELULAS DE ANILLO CON SELLO; METASTASIS DEL NEOPLASMA; NEOPLASMAS OVARICOS/cirugía.

Información previa

Friedrich E. Krukenberg, ginecólogo alemán,¹ describió en 1895 los tumores bilaterales de ovario y los diferenció de los quísticos, pensando que se trataba de sarcomas.²

Los tumores metastásicos de ovario pueden ser de útero, trompas, mama^{3,4} o de aparato digestivo (Krukenberg).⁵⁻⁸ Estas formas secundarias son muchísimo menos frecuentes que el carcinoma primario, pero los tumores de Krukenberg son los más interesantes.⁵ El cáncer metastásico de los

ovarios constituye del 1-1,5 % de todos los tumores de ovario,² algunos autores reportan del 5 al 10 % de las tumoraciones malignas que asientan en el ovario,^{2,9} aunque otros autores plantean cerca del 20 %.¹⁰

Aparecen a cualquier edad, predominantemente entre 30 y 40 años.^{2,10} Es raro en la menopausia.² La evolución clínica se caracteriza por el crecimiento rápido del tumor,¹⁰ el proceso degenerativo es con frecuencia bilateral y se acompaña de ascitis. Macroscópicamente, constituyen tumores sólidos que tienden a conservar la forma general de los ovarios y reproducen a gran

¹ Residente de 3er Año de Obstetricia y Ginecología.

² Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.

escala las convoluciones superficiales advertidas en los ovarios normales.^{2,5,9,10} Además, aunque hayan alcanzado un tamaño considerable, tienden a quedar libres, sin adherencias a estructuras circundantes.

Se trata de un tumor raro, más por la manera de producirse que por su aparición. Primeramente fue clasificado como sarcoma, y así lo parece por su composición histológica, esto motivó a que se clasificara como un tumor conjuntivo (*carcinoma sarcomatodes metastaticum*).⁵ Sólo la demostración de un cáncer digestivo hace que este tumor se pueda clasificar como epitelial. Microscópicamente, presenta (entre las formaciones celulares fusiformes) unas células dispuestas con el núcleo ubicado en forma de anillo de sello, por lo cual los alemanes les han llamado Siegelringzellen (células de anillo de sello).^{2,5,9,10}

Se han descrito varias vías de propagación: por contigüidad, sanguínea, linfática y transperitoneal.^{2,10} El pronóstico por lo general es desfavorable, aunque se han reportado casos que viven más de 5 años.¹⁰

Métodos

Se trata de una paciente de 45 años de edad, que refiere dolor bajo vientre de varios meses de evolución, sin trastornos menstruales, al tacto vaginal se constata aumento de tamaño del útero de 13 cm, superficie irregular y múltiples nódulos en cara anterior y lateral. Se indican estudios preoperatorios y entre los exámenes se realiza ecografía: el ultrasonido inicial demuestra un mioma en cara anterior de 22×24 mm y anejos engrosados; se repite uno evolutivo con 3 meses de diferencia y se observa

entonces una tumoración aparentemente uterina de 90×98 mm, con signos de degeneración.

ACTO QUIRÚRGICO

Se comprueba que, además del útero miomatoso, predomina tumoración ovárica, sólida, con anejo izquierdo de 12 cm y algunas adherencias a epiplón, así como ovario derecho de aproximadamente 7 cm. Al revisar epiplón se constata metástasis a este nivel, luego se localiza tumor primitivo, de 4 cm, en aparato digestivo (ciego).

OPERACIÓN REALIZADA

Histerectomía total abdominal con técnica de vasos cerrados, doble anexectomía y omentectomía.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

- B 100- 1444: Tumor de ovario con aspecto macroscópico y microscópico de Krukenberg. Infiltración neoplásica de cuello uterino y epiplón. Leiomiomas. Trompas sin alteraciones.
- Descripción microscópica: Haces de tejido conectivo que se infiltran por verdaderas cisternas de *mucus*, en algunas de las cuales se notan células tumorales pequeñas de citoplasma eosinófilo; con mucha menos frecuencia, células en anillo de sello y algunas formaciones glandulares neoplásicas.

SUMMARY: A 45-year-old patient with Krukenberg tumor that underwent surgery at "Ramón González Coro" Gynecobstetric Hospital is presented. At first it was considered as a possible complicated uterine myoma and both tumoral ovaries were identified in the transoperative.

The clinical diagnosis was suspected on localizing a tumor in the digestive tract. It was confirmed as a Krukenberg tumor through the anatomopathological study.

Subject headings: KRUKENBERG TUMOR/surgery; KRUKENBERG TUMOR/pathology; CARCINOMA, SIGNET RING CELL; NEOPLASM METASTASIS; OVARIAN NEOPLASMS/surgery.

Referencias bibliográficas

1. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984:552.
2. Beher R, Lee S, Yera G de la. Tumor de Krukenberg, presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol 1976;2(1):73-9.
3. Le Bouedec, De Latour M, Levrel O, Dauplat J. Krukenberg tumors of breast origin. 10 cases. Presse Med 1997;26(10):454-7.
4. Krulik M. Krukenberg tumors and ovarian metastases of breast cancer. Presse med 1997;26(10):452-3.
5. Botella Llusíá J, Clavero Nuñez J. Tumores ováricos. 13 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1980:775-9.
6. Loke TK, Lo SS, Chan CS. Krukenberg tumors arising from a primary duodenoyejunal adenocarcinoma. Clin Radiol 1997;52(2): 154-5.
7. Csomr S, Melczer Z. Data to the clinical manifestation of the Krukenberg tumor. Acta Chir Hung 1998;37(1-2):101-6.
8. Kim SH, Kim WH Park KJ, Lee JK, Kim JS. CT and MR findings of Krukenberg tumor: comparison with primary ovarian tumors. J Comput Assist Tomogr 1996; 20(3):393-8
9. Te L, Richard W. Ginecología operatoria. 5 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1980:732.
10. Peterson B. Oncología. Moscú: Editorial Mir, 1987:375-6.

Recibido:31 de mayo de 2000. Aprobado: 30 de junio de 2000.

Dra. *Tania Tamayo Lien*. Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro" calle 21 No. 854 entre 4 y 6, Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. CP 10400.