

METÁSTASIS A DISTANCIA DE UN TUMOR GÁSTRICO OCULTO

OCCULT GASTRIC CANCER WITH DISTANT METASTASIS

M.M. Díaz-Alcázar¹, A. Martín-Lagos Maldonado¹, A. Benavente-Fernández², S. Pérez-Moyano², C. Diéguez-Castillo¹, A. Roa-Colomo¹

¹Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

²Hospital Básico de Baza. Granada.

Resumen

Presentamos la imagen de tomografía computarizada abdominal de una mujer que consulta por distensión abdominal, en la que se objetivan masas ováricas bilaterales. Tras completar estudio, es diagnosticada de tumor de Krukenberg con tumor primario gástrico.

El tumor de Krukenberg es una entidad infrecuente y de rápida progresión. Se trata de un tumor metastásico de ovario caracterizado por la presencia de células neoplásicas en anillo de sello productoras de mucina, cuyo origen más frecuente es el cáncer gástrico. Debe diferenciarse del tumor primario del ovario, y la identificación de la neoplasia origen es crucial para su manejo.

Palabras clave: tumor de Krukenberg, ovario.

Caso clínico

El tumor de Krukenberg es la afectación metastásica del ovario de un tumor primario de otro origen con presencia de células neoplásicas en anillo de sello. Representa el 1-2% de las neoplasias ováricas y suele aparecer a edades más tempranas que los tumores primarios de ovario o los tumores primarios del mismo origen sin afectación ovárica, y su pronóstico es peor al del cáncer primario ovárico, más aún cuando el origen es gástrico.

Mujer de 42 años sin antecedentes de interés que consulta por distensión abdominal de una semana de evolución. Presenta palidez mucocutánea y abdomen distendido, con oleada ascítica, y doloroso difusamente. La analítica muestra únicamente una discreta anemia microcítica (hemoglobina 10,9 mg/dL). Los marcadores tumorales (CEA, Ca19,9, Ca125) fueron normales. Se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica que informa de sendas masas ováricas sólido-quísticas y abundante ascitis abdominopélvica (**Figura 1**). La resonancia pélvica confirma dichos hallazgos y determina la presencia de implantes peritoneales retrovesicales y en el peritoneo visceral. Se lleva a cabo una paracentesis diagnóstica que aísla células en anillo de sello con positividad en el estudio inmunohistoquímico para queratinas AE1/AE3, 7 y 20. Con la sospecha de un tumor de Krukenberg se realiza en primer lugar una gastroscopia con hallazgo en curvatura mayor gástrica de un área con pliegues gástricos engrosados, sin

CORRESPONDENCIA

María del Mar Díaz Alcázar
Hospital Universitario San Cecilio
Avda. Dr. Oloriz, s/n - 18012 Granada
mmardiazalcazar@gmail.com

Fecha de envío: 08/10/2017

Fecha de aceptación: 20/10/2017

lesión ulcerada evidente, con patrón de Kudo IV NICE 3 cuyas biopsias son compatibles con adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello. La paciente fue diagnosticada de un síndrome de Krukenberg con tumor primario gástrico y ascitis carcinomatosa, recibiendo tratamiento con quimioterapia.

El tumor de Krukenberg fue descrito por primera vez en 1896 por Friedrich Ernst Krukenberg como un fibroma primitivo que se distingue por células mucosecretoras en forma de anillo de sello. En 1902, Schlagenhauser planteó que no se trataba de un tumor primario del ovario, sino de la afectación metastásica de una neoplasia epitelial de otro origen, en su mayoría de un adenocarcinoma gástrico¹. En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como la afectación metastásica del ovario de un tumor primario de otro origen con presencia de células neoplásicas en anillo de sello productoras de mucina y proliferación sarcomatoide del estroma ovárico².



Figura 1

Tomografía axial computarizada con contraste intravenoso. En zona anexial derecha se observa masa compleja sólido-quística midiendo en su totalidad 87x63x72 mm y en la zona anexial izquierda observamos otra masa de similares características midiendo 75x61x45 mm. Abundante ascitis abdominal y pélvica.

El tumor de Krukenberg representa el 1-2% del total de neoplasias ováricas (0,16/10.000/año)². Suele afectar a mujeres premenopáusicas, a edades más tempranas que los tumores primarios de ovario o los tumores primarios del mismo origen sin afectación ovárica, y su pronóstico es peor al del cáncer primario ovárico, más aún cuando el origen es gástrico.

Esta entidad es un ejemplo raro de siembra selectiva de un cáncer. En Europa, el 39% de los casos tienen un origen gastrointestinal (la mayoría en el estómago), el 28% cerebral y el 20% endometrial³. La mayoría de las células en anillo de sello son del tipo AMPFDT (del inglés, absorptive and mucus-producing functional differentiation type), con una alta expresión de receptores estrogénicos, lo que podría justificar la diseminación selectiva gastro ovárica⁴. La vía linfática parece ser la forma más probable de extensión, incluso en estadios precoces del cáncer gástrico.

Hasta el 70% de los tumores de Krukenberg son bilaterales. Sus síntomas no son específicos, y en el 30% de los casos pueden ser la primera manifestación de la neoplasia primaria, incluso varios años antes⁵. La clínica puede ser muy variada, desde signos de virilización, hirsutismo o alteración del ciclo menstrual, hasta dolor abdominal, masa pélvica, debutar con una complicación hemorrágica o ascitis carcinomatosas en fase avanzada^{4,6}.

En el proceso diagnóstico de un tumor de Krukenberg existen dos aspectos claves: diferenciarlo de una neoplasia primaria del ovario y averiguar el tumor de origen. Aunque los hallazgos de imagen no son específicos, los tumores primarios del ovario suelen ser unilaterales, mayores a 12 cm, peor definidos y a menudo asociado a otras patologías del ovario. En la afectación metastásica se observa con mayor frecuencia el signo del vaso en el estudio Doppler, es decir, la presencia de grandes vasos penetrando en la masa desde la periferia y ramificándose en su interior⁵.

Pese a estos datos, el estudio histológico resulta imprescindible, pues en base a la definición de la OMS existen dos datos patognomónicos que excluyen el origen primario ovárico: presencia de células en anillo de sello y proliferación del estroma ovárico y material coloide. La inmunohistoquímica también resulta útil para el diagnóstico diferencial. El inmunofenotipo CK7+/CK20- apoya el origen primario del ovario, mientras que el perfil CK7-/CK20+ o CK7+/CK20+ sugiere metástasis de un carcinoma gastrointestinal⁷. En el caso de que el tumor primario no sea conocido, se aconseja iniciar el estudio con una gastroscopia.

El tratamiento óptimo para los tumores de Krukenberg no se ha establecido, en parte debido a la variedad del tumor primario en estos casos. La cirugía radical con exéresis del tumor primitivo y de las metástasis ováricas asociadas a quimioterapia e inmunoterapia parece prolongar la supervivencia siempre que no exista ascitis u otra diseminación, sobre todo en Krukenberg de origen gástrico frente al origen colorrectal o cerebral⁸. El papel de la cirugía citorréductora resulta efectivo en los tumores primarios del ovario, pero su beneficio en el tumor de Krukenberg es controvertido. En nuestro caso la paciente presentaba ya al diagnóstico una carcinomatosis peritoneal por lo que se optó por quimioterapia.

En conclusión, el tumor de Krukenberg es una entidad infrecuente y de rápida progresión. Es imprescindible diferenciarlo de los tumores primarios del ovario así como conocer su origen para planificar el abordaje médico-quirúrgico.

Bibliografía

1. Jiang R, Tang J, Cheng X, Zang RY. Surgical treatment for patients with different origins of Krukenberg tumors: outcomes and prognostic factors. *EJSO*. 2009;35(1):92-7.
2. Qiu L, Yang T, Shan XH, Hu MB, Li Y. Metastatic factors for Krukenberg tumor: a clinical study on 102 cases. *MO*. 2011;28(4):1514-9.

3. De Waal YR, Thomas CM, Oei AL, Sweep FC, Massuger LF. Secondary ovarian malignancies: frequency, origin, and characteristics. *Int J Gynecol Cancer*. 2009; 19:1160-5.
4. Lee SH, Lim KY, Song SY, Lee HY, Sung CP, Kang CD, et al. Occult gastric cancer with distant metastasis proven by random gastric biopsy. *World J Gastroenterol*. 2016;22(16):4270-4.
5. Spinelli C, Liloia C, Piscioneri J, Clara Ugolini, Strambi S. An unusual evolution of Krukenberg tumor: a case report. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(10):7-11.
6. Suárez Labori G, Leyva Soler A, Salvent Tames, A. Tumor de Krukenberg. Presentación de un caso. *Rev Inf Cient*. 2015;89(1):162-8.
7. Al-Agha OM, Nicastrì AD. An in-depth look at Krukenberg tumor: an overview. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130(11):1725-30.
8. Rosa F, Marrelli D, Morgagni P, Cipollari C, Vittimberga G, Framarini M, et al. Krukenberg tumors of gastric origin: the rationale of surgical resection and perioperative treatments in a multicenter western experience. *World J Surg*. 2016;40:921-8.