



P-196 - TUMOR DE KRUKENBERG: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

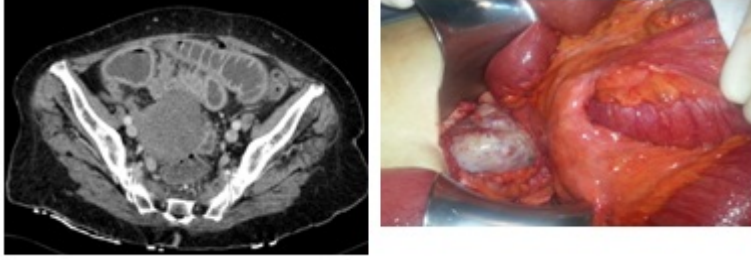
P.R. Cruz Romero, L. Arriero Ollero, S. Martínez Cortijo, M.C. Carballo López, L. Gómez Ruiz, J.C. Santiago Peña y J. Timón Peralta

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: El tumor de Krukemberg se define como adenocarcinoma metastásico al ovario que contenga células en anillo de sello productoras de mucina. Representa entre el 1-2% de todas las tumoraciones de ovario y el principal sitio de origen es el tracto gastrointestinal, siendo de pronóstico desfavorable debido al estadio clínico del tumor primario.

Caso clínico: Paciente mujer de 81 años con antecedentes: FA anticoagulada con Sintrom. Temblor esencial. Intervenido de quiste seroso en ovario izquierdo con ooforectomía en 2005. Exéresis de pólipos en vejiga (feb. 2014). Refiere cuadro de más de 5 meses de evolución de dolor en epigastrio, falta de apetito y pérdida de peso de hasta 15 kg y acude a Urgencias por empeoramiento de la clínica asociado a vómitos y ausencia de deposición desde hace 3 días. A la exploración: afebril, hemodinámicamente estable. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. TR: fecaloma en ampolla rectal. No masas ni alteraciones patológicas. Analítica: leucocitos 12.100 (N: 75,2%), Hb: 16,9, Pla. 243.000, INR 1,67. Rx abdomen: discreta dilatación de asas de ID con niveles HA. TAC abdominal urgente: masa uterina y anexial derecha heterogénea de 68 mm × 70 mm × 95 mm (AP, transversal y CC respectivamente). Dilatación de asas de intestino delgado, en el cual se observa un cambio de calibre en el yeyuno distal sin visualizar causa subyacente. Se identifica líquido en el interior de asas de intestino delgado dilatadas y engrosamiento mural con realce, sugerente de sufrimiento de asas. Se decide laparotomía exploradora. Pequeña LMSIU hallando nódulo de hermana María José, masa anexial derecha grande, carcinomatosis peritoneal observando implante a nivel de yeyuno distal que produce anillo estenótico con dilatación de asas de yeyuno a nivel proximal, y otro implante estenótico a nivel de válvula ileocecal. Líquido libre serohemático escaso. Resección de implante a pared abdominal y biopsia de implante peritoneal a nivel de meso de yeyuno. Se realiza bypass yeyuno-colónico (transverso) con anastomosis latero-lateral mecánica. Evolución post-operatoria satisfactoria. AP: Infiltración por adenocarcinoma bien diferenciado con inmunofenotipo CK20, EMA, CEA positivo. CK7, vimentina y S100 negativos, sugestivo de origen gastrointestinal.



Discusión: Este tipo de tumor posee manifestaciones clínicas y diagnósticas estrechamente relacionadas con la de otras masas ováricas, siendo un importante diagnóstico diferencial para éstas. El intervalo entre el diagnóstico de la neoplasia primaria y el compromiso ovárico generalmente es de unos seis meses o menos, por otro lado cuando el primer hallazgo es la tumoración ovárica, es común que la tumoración primaria sea pequeña y pase desapercibida por mucho tiempo. En nuestro caso no se evidenció tumoración primaria, pero la paciente presentaba clínica sugerente de cáncer gástrico, debutando con una obstrucción intestinal y una inmunohistoquímica en la pieza de anatomía patológica (CK7-/CK20+) que favorece el diagnóstico de carcinoma gastrointestinal metastásico. El tumor de Krukenberg es una patología infrecuente, sin embargo es importante tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial al evaluar masas ováricas.