



CADI2022

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

22 AL 24 DE SEPTIEMBRE

CEC:



POLICLÍNICO
MODELO DE
CIPOLLETTI

N° 422

TUMOR DE KRUKENBERG

REPORTE DE UN CASO

Jorgelina Belén Ibañez; Melisa Verónica Bet;
Felicitas María Alsina; Carlos Ernesto Sontag.
POLICLÍNICO MODELO DE CIPOLLETTI.
Río Negro, Argentina.

Los autores declaran no presentar conflicto de interés.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

N° 422

Paciente de sexo femenino de 28 años de edad, sin antecedentes de relevancia.

Consulta por guardia por dolor abdominal de una semana de evolución.

Al examen físico buen estado general.

Se solicita laboratorio y Tomografía de Abdomen con contraste endovenoso por guardia.

HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS:



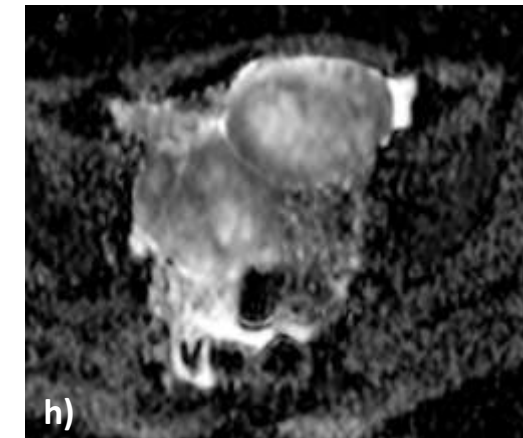
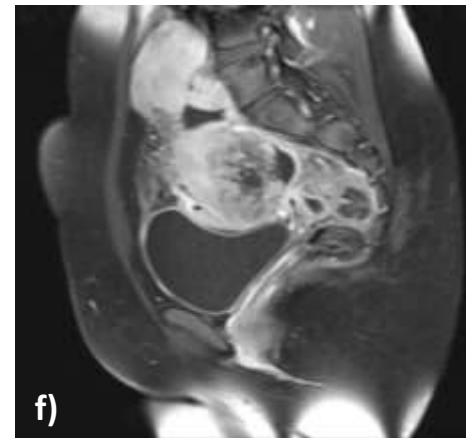
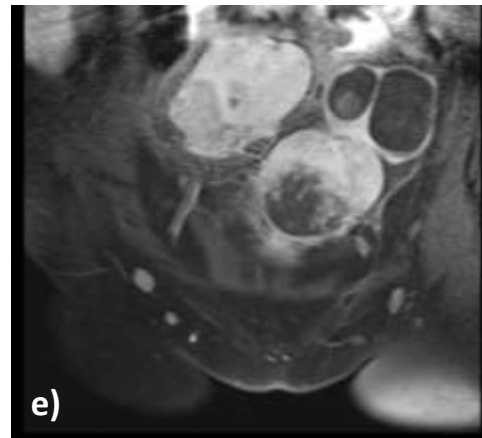
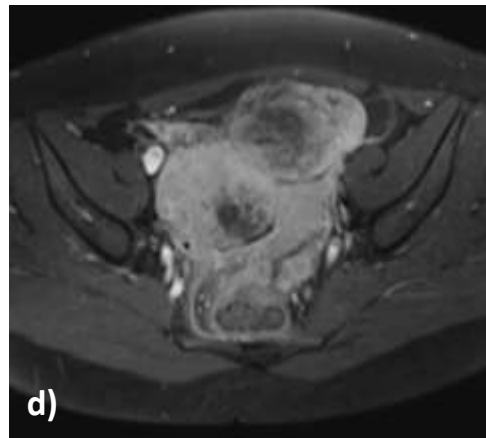
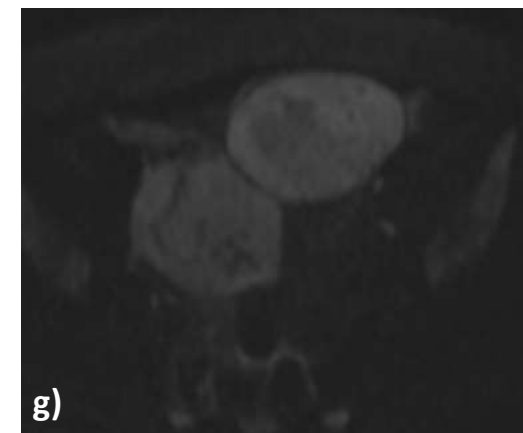
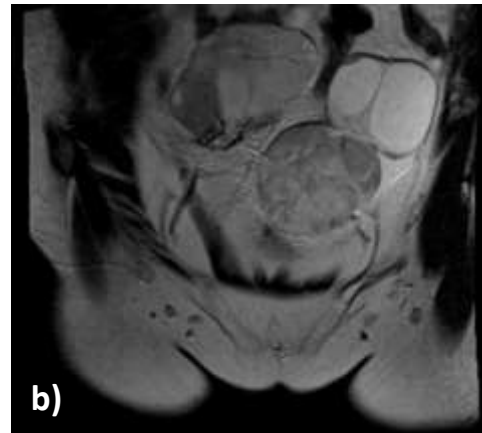
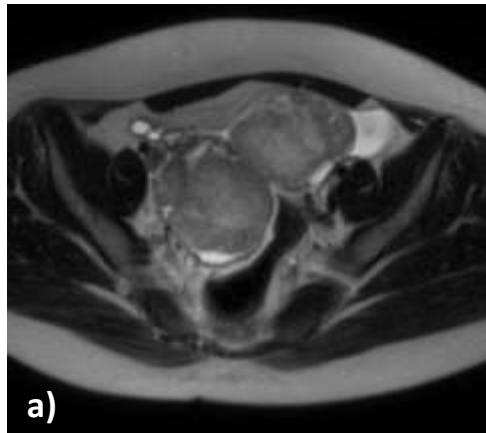
Tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso, cortes axiales (Fig. a y b) y sagital (Fig. c).

Engrosamiento circunferencial de las paredes del colon transverso que compromete a un segmento de aproximadamente 9 cm de extensión. (Fig. a)

Masa polilobulada solido-quística localizada en la pelvis de aproximadamente 14 cm de tamaño, la cual presenta realce heterogéneo tras la administración del contraste endovenoso, asociada a cambios inflamatorios de la grasa adyacente. (Fig. b y C)

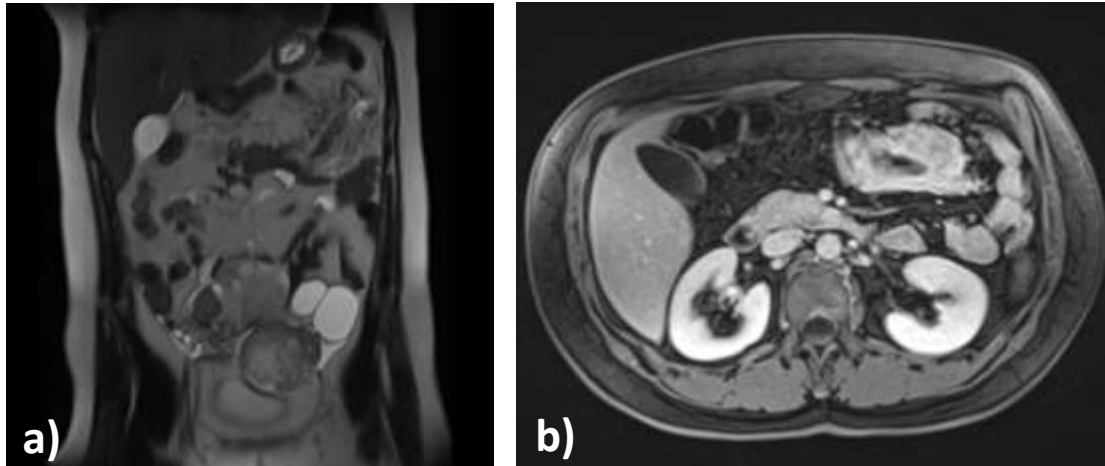
Los hallazgos mencionados son sugestivos de patología primaria de colon transverso asociado a lesiones secundarias en ambos ovarios.

Ante los hallazgos tomográficos, se solicitó RM de abdomen y pelvis con Gadolinio y colonoscopia con toma de biopsia.

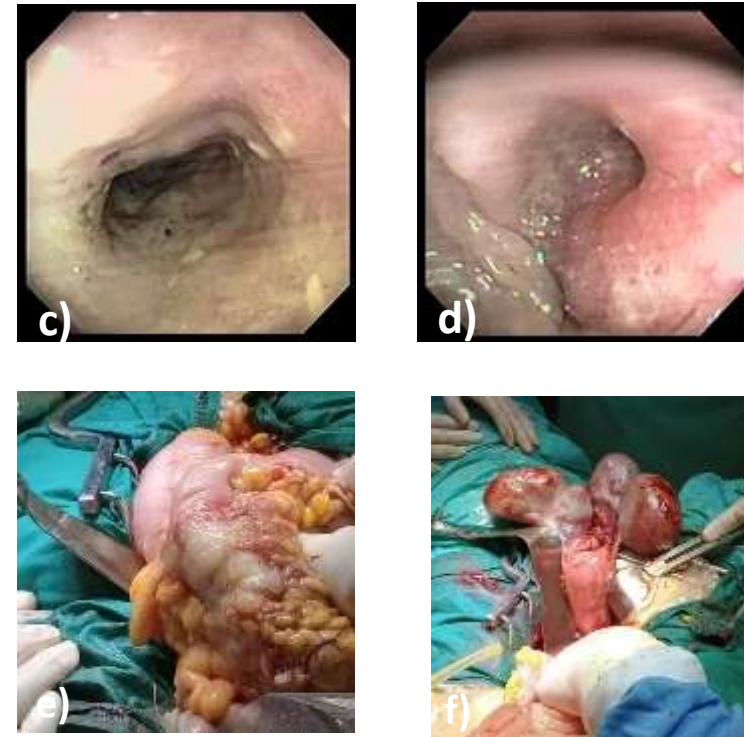


RM de pelvis con Gadolinio. Secuencias T2 en los cortes axial (Fig. a), coronal (Fig. b) y sagital (Fig. c); secuencias T1 con supresión grasa tras la administración de contraste endovenoso en los cortes axial (Fig. d), coronal (Fig. e) y sagital (Fig. f). Secuencia Difusión b1000 (Fig. g) y mapa de ADC (Fig. h).

Masas ováricas bilaterales y heterogéneas, de 13 cm la derecha y 10 cm la izquierda, que muestran realce tras la administración del contraste y signos de restricción en Difusión.



RM de abdomen y pelvis con contraste. Coronal T2 (Fig. a) donde se aprecian las voluminosas masas anexiales bilaterales sólido-quísticas asociadas al engrosamiento del colon transverso próximo al ángulo esplénico del mismo. **Axial T1 con supresión grasa tras la administración del contraste EV (Fig. b)** donde se aprecia el realce homogéneo que muestra el engrosamiento circunferencial y difuso de un segmento del colon transverso.



Colonoscopia: a 90 cm del margen anal se visualiza lesión mamelona y estenosante, infranqueable, de la cual se toman biopsias. (Fig. c y d)

Anatomía patológica: adenocarcinoma invasor.

Ante los hallazgos imagenológicos e histológicos, se llega al diagnóstico de Tumor de Krukenberg cuyo primario se localiza en el colon transverso.

Se realiza colectomía transversa (Fig. e) y anexohisterectomía total (Fig. f) mas omentectomía.

Actualmente la paciente se encuentra a 10 meses de realizada la cirugía, en buen estado general, en tratamiento quimioterápico.

Se denomina Tumor de Krukenberg a las metástasis en ovario generadas por células mucinosas de estirpe epitelial que característicamente presentan núcleo excéntrico en “anillo de sello” en los cortes histológicos, asociado a proliferación pseudosarcomatosa del estroma ovárico.

En el 90% de los casos el tumor primario es de origen gastrointestinal; siendo los mas frecuentes el origen gástrico (70%), colon (14 %), pancreático (4%) y apendicular (1%).

El 10% restante es de origen extradigestivo (mama, tiroides, pulmón).

Son poco frecuentes, representa al 1-2% de los tumores de ovario; pero corresponden al 30-40% de las metástasis en ovario.

Suelen afectar a mujeres jóvenes, de aproximadamente de 40 años.

Tienen un pobre pronóstico, con una sobrevida a 3-10 meses.

En los estudios de imágenes (TC y RM) suelen verse como masas ováricas bilaterales, generalmente sólidas o sólido-quísticas, de bordes delimitados y que presentan realce tras la administración del contraste endovenoso.

En RM, característicamente muestran una mezcla de intensidad alta y baja debido a su compleja estructura.

En T1 las porciones sólidas suelen ser isointensas al músculo. Puede existir áreas hiperintensas debido a la mucina o hemorragia tumoral. En T2 el componente sólido suele ser hipointenso debido a la reacción estromal densa, mientras que las áreas quísticas presentan hiperintensidad de señal. Tras la administración del contraste se observa un realce intenso de las porciones sólidas y de las paredes de los quistes.

El Tumor de Krukenberg es una patología infrecuente y de pobre pronóstico, que es necesario considerarlo ante la presencia de masas ováricas bilaterales de gran tamaño en mujeres jóvenes.

Es de suma importancia su diagnóstico temprano para iniciar el tratamiento oportuno y mejorar la sobrevida.

BIBLIOGRAFIA:

- Abdominal-pelvic MRI Semelka 3era Edición. 2010 Vol. 2. 1547-1550.
- MRI and TC of the Female Pelvis. B. Hamm – R. Forstner. 2007.
- Hallazgos Radiológicos del Tumor de Krubenberg. SERAM. 36 Congreso Nacional. Málaga. 2022.
- Tumor de Krukenberg. ¿Podemos llegar a reconocerlo?. SERAM 2012. S-1563.
- Tumor de Krukenberg. Historia, Definición actual y manifestaciones morfológicas en Tomografía Computada. Revista Chilena de Radiología. Vol. 12 N° 1, 2006.