

PE 095

TUMOR DE KRUKENBERG

Carta (6)
R

TUMOR DE KRUKENBERG

2

Jair Volney Carlos Teixeira

Paulo Cherem Stocco

Sérgio Luís Lencir.

- Doutorandos de medicina,
11a. fase, da U.F.S.C..

An Professor Luis Carlos
e Parente Jr.
Analisarem quanto
a forma e conteúdo
Deverá ser reunidas
do dia 5/12.

N.

Florianópolis, 78.2

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	2
II. DESENVOLVIMENTO	
1. Histórico	3
2. Definição	3
3. Incidência	4
4. Patogenia	5
6. Patologia	
A- Aspectos Macroscópicos	6
B- Aspectos Microscópicos	7
6. Quadro clínico	8
7. Diagnóstico	9
8. Tratamento	9
9. Prognóstico	10
III. CONCLUSÕES	11
IV. SUMÁRIO, RÉSUMÉ, SUMMARY	12
V. BIBLIOGRAFIA	13

I. INTRODUÇÃO.

O ovário é sede frequente de metástases de carcinomas primários de várias partes do organismo. Aproximadamente 10% dos tumores ovarianos são secundários (3). Entre estes está o tumor de Krukenberg, descrito pela primeira vez em 1896, cuja incidência se salienta por apresentar uma série de características peculiares, mormente histológicas. Desde sua primeira descrição até os dias atuais, a denominação de tumor de Krukenberg tem sido largamente usada mas não há ainda uma conceituação bastante clara acerca do mesmo.

Embora se admita, em geral, que os tumores de Krukenberg quase sempre são metastáticos, Woodruff e Novak constataram que 20%, aproximadamente, parecem de índole primária (5). Em vista da alta incidência do tumor de Krukenberg e da sua conseqüente importância, teceremos a seguir algumas considerações acerca do mesmo.

Nos propusemos, ao iniciar o presente trabalho, elucidar toda a polêmica criada em torno da conceituação de "Tumor de Krukenberg". Buscamos ainda maiores informações acerca da gênese, disseminação, clínica, tratamento e prognóstico dos tumores metastáticos de ovário, dada a sua importância em termos de incidência.

O objetivo essencial, todavia, é reunir nesta monografia o que há de mais recente em termos de tumor de Krukenberg, de acordo com os vários autores.

II. DESENVOLVIMENTO.

1. Histórico:

Em 1896 Krukenberg descreveu 5 casos do que ele pensou, erroneamente então tratar-se de um tipo peculiar de tumor ovariano primário e que denominou "fibrossarcoma mucocelular carcinomatodes". Em outras palavras, tal tumor foi descrito inicialmente como um sarcoma primário do ovário. Posteriormente, todavia, continuando seus estudos, veio a suspeitar de que o referido sarcoma se tratava de um carcinoma metastático de estômago.

Só em 1902, todavia, é que Schlagenhauffer reconheceu a origem epitelial destes tumores e provou que os mesmos, na maioria dos casos, são secundários a um carcinoma extra-ovariano, mais frequentemente gastrintestinal.

2. Definição:

"O que é tumor de Krukenberg?". Com esta interrogação Novak inicia o capítulo sobre tumores metastáticos de ovário em seu "Tratado de Ginecologia", edição de 1958. O que podemos verificar é que de 1896 até hoje, esta pergunta continua no ar. Os diversos autores adotam, cada um em particular, um conceito próprio na tentativa de caracterizar tal quadro nosológico, com o que ainda não se chegou a um ponto comum. Fica-nos, então, uma indefinição algo imprecisa entre a dos clínicos e a dos patologistas.

Pela definição de Krukenberg seria um tumor ovariano secundário (embora inicialmente ele o tenha tomado por primário), sólido, de volume habitualmente moderado,

geralmente bilateral, de superfície lisa ou granulosa, de coloração branca, amarelo rosada ou violácea, às vezes de aspecto edematoso ou gelatinoso. Outros autores empregam este termo para designar todos os tumores metatáticos com origem no tracto gastrointestinal. Alguns, todavia, estendem o termo a todos os tumores secundários de ovário, seja qual for sua origem.

Para efeitos de estudo e demais considerações adotamos, neste trabalho, em concordância com a maioria dos autores - e inclusive com a bibliografia mais recente que tivemos em mãos: de Ancel Blaustein, 1977⁽³⁾ a conceituação de que tumor de Krukenberg é o tumor ovariano metastático, geralmente de origem gastrintestinal. Não excluimos, assim, a origem a partir de outros órgãos da economia. Esta denominação teria, então, base histológica. O tumor de Krukenberg é uma variedade especial de carcinoma ovariano secundário com características específicas.

3. Incidência:

É relativamente alta a incidência de tumores secundários do ovário. De acordo com a recente estatística de Ancel Blaustein, 1977, estes tumores representam 10% de todos os tumores ovarianos.

O envolvimento do ovário por tumores secundários pode ocorrer em qualquer idade, com a estatística maior, todavia, em torno da quinta década de vida (6). Consta-se também que em dois terços dos casos estes tumores metastáticos ocorrem bilateralmente em concomitância.

O sítio de origem, ou seja, o carcinoma primário está mais frequente situado no tracto gastrintestinal, mama, útero e pulmão.

Registrámos aqui, mais a título de curiosidade, a ocorrência de 2 casos de tumor de Krukenberg em pacientes grávidas, conforme assinalam Lawrence, Larson e Haugge (5).

≠ Não encontramos estatísticas de incidência quanto à raça nem quanto à hábitos de vida. c

4. Patogenia:

O tumor secundário de ovário sucede através do envolvimento das gônadas por tumores primários de tecidos ou órgãos adjacentes ou de áreas distantes da economia. O mecanismo de envolvimento tem sido sempre um fértil campo de controvérsias e discussões.

Das várias vias de disseminação, no entanto, concordam a totalidade dos autores pesquisados que a mais co- ^{quais} mum é a linfática. Foi provado, inclusive, através de cortes histológicos realizados sobre o trajeto dos linfáticos. Tal procedimento revelou a existência de grumos de células tumorais nos linfáticos da parede gástrica, nos sub-pilóricos, nos linfáticos que correm paralelamente aos ligamentos ovarianos e ainda nos linfáticos do hi- [?] lo ovariano (2). Esta propagação através dos linfáticos se faz por via retrógrada depois do bloqueio dos ca- [?] nais linfáticos pelas células cancerosas. Os tumores dos órgãos situados na parte superior do abdome e os tumores da mama atingem os linfáticos retroperitoniais, os [?] quais se comunicam - sabe-se - com os linfáticos ovarianos. Isto explica o caracter frequentemente bilateral em se tratando de metástases para ovário (80%).

Para os tumores primitivos de origem gástrica aventou-se a hipótese da propagação das células neoplásicas através do líquido peritonal. Esta hipótese é, contudo,

bastante combatida e, acerca da mesma, Novak e Woodruff, lançam o seguinte questionamento: como é que as células atravessariam a parede gástrica? Por que estas células teriam um tropismo todo particular pelo ovário e não, antes, pelas outras vísceras intraperitoniais? E por que as metástases atingem preferentemente as camadas profundas do ovário e respeitam a cortical? Cremos que, com estas perguntas, o raciocínio nos leva a refutar esta hipótese.

As metástases por contiguidade ocorreriam em casos de tumores primários localizados em útero, tecidos pélvicos, trompa de Falópio, intestino delgado, intestino grosso e porção baixa do aparelho urinário.

Há ainda evidências de disseminação hematogênica: estudos histológicos revelaram a presença de células provenientes de carcinomas gástricos, mamários e endometriais em vasos ovarianos. Esta via pode, em muitos casos, assumir o papel de maior importância (5).

5. Patologia:

A- Aspectos Macroscópicos:

São tumores sólidos, com tendência a conservar o contorno primitivo do ovário, vale dizer, ovóides ou riniformes. Podem atingir até 20 ou 30 cm no maior diâmetro. Sua superfície é lisa, embora às vezes possa apresentar aspectos ligeiramente lobulado. Ao corte revela-se macroscopicamente homogêneo (2) e, às vezes, heterogêneo (5), matizado, mostrando com frequência zonas hemorrágicas, císticas ou de consistência algo gelatinosa. Possui capsula de superfície externa lisa, sem aderências, que o delimita bem. Dependendo da presença ou não de he-

morragia, e também de degeneração, o tumor apresentará coloração cinza, amarelo, marrom ou vermelho.

B- Aspectos Microscópicos:

Geralmente o tumor ovariano secundário apresenta aspecto similar ao seu correspondente primário. A estrutura do tumor de Krukenberg é bem caracterizada e o diagnóstico só depende, inclusive, da imagem histológica, e não de uma lesão gastrintestinal anterior ou associada. Pequenos ninhos ou ácinos de células epiteliais aparecem distribuídas no estroma fibroso ou miomatoso, e particularmente típicas são chamadas "células em anel de selo", nas quais o acúmulo de substância mucóide no citoplasma desloca o núcleo para a periferia (5). Pode haver hiperplasia intensa do estroma que faça pensar num sarcoma, e foi isto, inclusive, que levou Krukenberg a descrever tal tumor, primária e erroneamente, de "sarcoma ovariano mucocelular" (3).

O epitélio germinativo é conservado. Generalizando, poderíamos dizer que o tumor é constituído por um aspecto alveolar, separado por finas travessas conjuntivas (2).

Em certos casos, todavia, o aspecto histológico é variável. Nem sempre corresponde ao tumor primário e pode ser mais ou menos diferenciado. Esta variação de estrutura pode ser encontrada mesmo em diferentes zonas de um mesmo tumor.

6. Quadro Clínico:

O início desta afecção é quase sempre insidioso e do tipo silencioso. Em consequência, os sintomas mais importantes do tumor metastático de ovário aparecem tardiamente.

Na grande maioria dos casos o quadro clínico é dominado pela presença de tumoração localizada na pelve ou baixo ventre, acompanhada de sensação de peso ou dor.

Podem suceder transtornos menstruais. Se a paciente se encontra ainda em período de atividade sexual, pode acontecer hemorragia e, eventualmente, ligeira metrorragia, embora tal quadro costume ser muito raro. Um pequeno número de pacientes na pós-menopausa se dão conta da presença de uma hemorragia ligeira ou fluxo sanguinolento, que pode ser sinal de metástase uterina. Uma tromboflebite de origem inexplicável, pode ser causada por tumor silencioso localizado na proximidade das grandes veias.

Em outros casos dominam os sintomas de compressão, do reto ou da bexiga: constipação, tenesmo retal, poliúria.

A grande maioria dos autores ainda cita como sintoma do tumor de Krukenberg, o derrame ascítico concomitante ao tumor ovariano. Outros autores, no entanto, falam da ascite como a principal complicação decorrente desta doença. Importa, todavia, que ela está presente. Karsh, em um estudo realizado em 72 autópsias, chegou à conclusão de que em 47,3% dos casos há fluido peritoneal suficiente para detectar a ascite clinicamente.

(nº?)

→ u/97ka
no u/97ka
?

7. Diagnóstico:

Três circunstâncias podem levar o clínico ao diagnóstico de tumor de Krukenberg:

a) Presença de um carcinoma gástrico em uma mulher em período de atividade sexual. Se apresentar sintoma característicos, impõe-se a pesquisa sistemática, clínica e ou cirúrgica, de um tumor de ovário.

b) Uma mulher que procura o médico com sintomas de patologia ginecológica: a anamnese pode revelar alguns sintomas digestivos e, através de exploração radiológica, detecta-se tumor do aparelho digestivo.

c) Paciente operada de tumor maligno de estômago e que volta à consulta com dores pélvicas, sugestivas de metástase ovariana de aparecimento secundário.

Generalizando, a partir destas 3 situações acima expostas, podemos concluir que deve-se suspeitar de tumor metastático ovariano em qualquer situação em que há sintomas de envolvimento ovariano concomitante a um carcino ma localizado em qualquer ponto da economia, mormente em tracto gastrintestinal ou mamas.

Como já dissemos anteriormente, porém - e volta - mos a frisar aqui - o que sela o diagnóstico de tumor de Krukenberg é a histologia.

8. Tratamento:

Não nos alongaremos neste tópico, porquanto o tratamento não faz parte dos objetivos deste trabalho. ?

Gostaríamos de registrar aqui, todavia, que o tratamento do tumor de Krukenberg é eminentemente cirurgico. Quando o processo está confinado ainda aos ovários, são indicadas a salpingo-ooforectomia ou a histerectomia. (?)

Ademais, são aqui respeitadas todas as indicações, restrições e cuidados de qualquer cirurgia oncológica. Indica-se ainda a radioterapia pós-operatória.

7

9. Prognóstico:

O prognóstico do tumor de Krukenberg é bastante grave. Via de regra, a morte sobrevém após um período de tempo relativamente curto.

Uma estatística apresentada por G. Chevallier, em 1966, demonstra que, de 32 pacientes com tumor de Krukenberg, 2 tiveram óbito em questão de semanas, 29 faleceram num prazo de menos de 2 anos e apenas 1 apresentou sobrevida de 6 anos sem sinais evidentes de recidiva.

(?)

refunir
bibliografia? (u?)

III. CONCLUSÕES.

*nao foi dada a conclusões -
pelas 1. vez do autor
do trabalho. No 0*

O presente trabalho nos fez chegar à várias conclusões, das quais destacaremos as seguintes:

1. O conceito atual de tumor de Krukenberg tem base histológica, tendo sofrido, a partir de 1896, várias modificações. -?
2. Apesar de ter sido descrito pela primeira vez por Krukenberg, foi Schlagenhauer que reconheceu a origem epitelial destes tumores. -?
3. É alta a incidência de tumores secundários de ovário, o que os torna importantes em termos de clínica. -?
4. A via mais comum de disseminação é a linfática, o que explica, inclusive, a localização bilateral do tumor em 80% dos casos. -?
5. O diagnóstico de tumor de Krukenberg é eminentemente histológico, pelo achado de células típicas denominadas "em anel de selo". -?
6. O carcinoma primário está mais frequentemente situado no tracto gastrintestinal e mamas. -?
7. O tumor ovariano secundário geralmente conserva microscopicamente, o aspecto similar ao seu correspondente primário. -?
8. O quadro clínico é geralmente constituído de tumoração localizada na pelve, acompanhada de sensação de peso ou dor e derrame ascítico. -?
9. O prognóstico do tumor de Krukenberg é grave. -?

SUMÁRIO

Trata-se o presente trabalho de um resumo de assunto sobre tumor metastático de ovário. Os autores esclarecem, sobretudo, a polêmica em torno da conceituação de "tumor de Krukenberg". Analisam também os principais aspectos relacionados com a incidência, a patogenia, o estudo histocitopatológico e a clinica do mesmo.

RÉSUMÉ

Il sagit, ce travail là, d'un résumé de matière , sur tumeur metastatique d'ovaire. Les auteurs éclairent, surtout, la polémique sur l'idée actuel de "tumeur de Krukenberg". Ils analysent aussi certaines aspects qui ont des relations avec l'incidence, la pathogénie, l'étude de histopathologique et leur tableaux clinique.

SUMARY

The present work is a sumary about metastatic ovarian tumours aspect. The authors tell us, yet, the polemic around the conceituations of "Krukenberg tumours". They also analyse the principal aspects related with the incidence, the pathogenie, the histopathological aspect and its clinic.

BIBLIOGRAFIA

Referencias bibliográficas

1. Novak, E.R.: "Gynecologic and Obstetric Pathology".
6 th ed., 1967.
2. Encyclopédic Médico-Chirurgicale: "Tumeurs de l'ovaire". Paris, Editions Techniques, 1966.
3. Blaustein, A.: "Pathology of the Female Genital Tract". 1 rst ed., New York, Springer - Verlag New York Inc., 1977.
4. Ashley, D.J.B.: "Evans Histological Appearances of tumours." 3 rd ed., Edinburgh, London and New York ,
Churchill Livingstone, 1978.
5. Novak, E. R.: "Tratado de Ginecología". 7ª ed, Buenos Aires, Editorial Interamericana S.A., 1968.
6. Herbut, P.A.: "Gynecological and Obstetrical Pathology". Philadelphia, Lea & Febiger, 1953.
7. Anderson, W.A.D.: "Pathology", volume two. 6 th ed.,
St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1971.
8. Ahumada, J.C. and cols.: "Tratado Elementar de Ginecología", tomo II. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan ,
1954.

**TCC
UFSC
PE
0095**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0095

Autor: Teixeira, Jair Vol

Título: Tumor de Krukenberg..



972802665

Ac. 253739

Ex.1 UFSC BSCCSM