

Tumor de Krukenberg: Metástase Ovariana Bilateral Secundária a Adenocarcinoma Gástrico

Krukenberg Tumor: Bilateral Ovarian Metastasis Secondary to Gastric Adenocarcinoma

Eduardo Fernandes Portes

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
dudu_portes@hotmail.com

Guilherme Maciel da Cunha Lopes

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
guimmm651298@gmail.com

Caio Miranda Oliveira

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
mcaiom@gmail.com

RESUMO

Este artigo descreve o caso de uma paciente de 36 anos diagnosticada com Tumor de Krukenberg, uma metástase ovariana secundária a adenocarcinoma gástrico. A paciente foi admitida com dor abdominal, perda ponderal e sintomas gastrointestinais. Exames laboratoriais iniciais foram discretos, mas a tomografia evidenciou massas pélvicas e linfonodomegalias, sugerindo disseminação neoplásica. A endoscopia digestiva alta revelou lesão ulceroinfiltrativa gástrica, confirmada por biópsia como adenocarcinoma com células em anel de sinete. A análise imunohistoquímica corroborou a origem gastrointestinal. O manejo incluiu suporte sintomático e encaminhamento para cuidados oncológicos e paliativos. O caso reforça a importância de investigação ampla em pacientes com massas ovarianas bilaterais e sintomas inespecíficos, destacando o valor da abordagem multidisciplinar para diagnóstico precoce e manejo adequado do Tumor de Krukenberg.

Palavras-chave: Tumor de Krukenberg; Neoplasias Ovarianas; Adenocarcinoma Gástrico; Metástase Neoplásica; Diagnóstico Diferencial

ABSTRACT

This article presents the case of a 36-year-old female diagnosed with Krukenberg tumor, a secondary ovarian metastasis from gastric adenocarcinoma. The patient was admitted with abdominal pain, weight loss, and gastrointestinal symptoms. Initial laboratory tests were unremarkable, but imaging revealed pelvic masses and retroperitoneal lymphadenopathy, suggesting neoplastic dissemination. Upper gastrointestinal endoscopy identified an ulceroinfiltrative gastric lesion, confirmed by biopsy as adenocarcinoma with signet-ring cells. Immunohistochemical analysis supported a gastrointestinal origin. Management included symptomatic support and referral for oncological and palliative care. This case highlights the importance of thorough investigation in patients with bilateral ovarian masses and nonspecific symptoms, emphasizing the value of a multidisciplinary approach for early diagnosis and appropriate management of Krukenberg tumors.

Keywords: Krukenberg Tumor; Ovarian Neoplasms; Gastric Adenocarcinoma; Neoplasm Metastasis; Differential Diagnosis

1 CONTEXTO

O Tumor de Krukenberg é uma neoplasia metastática ovariana de grande relevância clínica, destacando-se pela complexidade de sua apresentação e pelas implicações prognósticas e terapêuticas. Historicamente, é caracterizado por células em anel de sinete ricas em mucina. Predominantemente, origina-se de adenocarcinomas do trato gastrointestinal, especialmente do estômago, embora também possa derivar de outros sítios como cólon, mama, apêndice e trato biliar (Aziz et al., 2025). Apesar de raro, com incidência entre 1% e 21% dos tumores ovarianos, é mais prevalente em países asiáticos, possivelmente pela alta incidência de câncer gástrico. A apresentação clínica é geralmente inespecífica, manifestando-se com sintomas como dor abdominal e ascite, o que dificulta o diagnóstico precoce e impacta negativamente no prognóstico (Aziz et al., 2025).

Diante desse cenário, a literatura científica contemporânea ressalta a necessidade de métodos diagnósticos mais refinados, capazes de diferenciar com maior precisão os Tumores de Krukenberg das neoplasias ovarianas primárias. Nesse contexto, destaca-se o estudo de Xie et al. (2021), que propôs um modelo diagnóstico integrado, baseado em variáveis clínicas e bioquímicas — como níveis séricos de CA-125 e CEA —, além de fatores radiográficos. Tal abordagem demonstrou acurácia promissora na distinção entre essas entidades, sendo especialmente relevante, pois impacta diretamente nas decisões terapêuticas e na definição do manejo clínico mais apropriado.

O tratamento do Tumor de Krukenberg apresenta desafios consideráveis. Embora a quimioterapia sistêmica seja amplamente empregada, sua eficácia é limitada, o que muitas vezes justifica a indicação de cirurgia paliativa, como a ooforectomia, em casos selecionados. A ausência de diretrizes terapêuticas padronizadas e a variabilidade clínica reforçam a necessidade urgente de pesquisas que estabeleçam protocolos mais consistentes e eficazes (Xie et al., 2021). Diante disso, a relevância clínica do Tumor de Krukenberg e as dificuldades inerentes ao seu diagnóstico e tratamento sustentam a importância da publicação de estudos que abordem casos clínicos, estratégias diagnósticas inovadoras e abordagens terapêuticas atualizadas, com o objetivo de melhorar o prognóstico e a qualidade de vida das pacientes.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente relato faz parte do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, sob o CAAE 30457714.1.0000.5237.

Paciente do sexo feminino, 36 anos, previamente hígida, com antecedente obstétrico de cesariana e laqueadura tubária há dois anos, foi admitida no serviço em 14/05/2024 com queixa de dor epigástrica irradiada para todo o abdome há cerca de dois meses, associada a perda ponderal não quantificada. Relatou piora do quadro há um dia, com dor localizada em hipocôndrio direito, acompanhada de náuseas, vômitos e calafrios. Negava comorbidades, alergias medicamentosas, tabagismo e etilismo. Antecedente familiar de irmão com tumor de hipófise e tia materna com câncer de mama. Ao exame físico inicial, apresentava-se lúcida, orientada, hidratada, normocorada, hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. O abdome era flácido, doloroso à palpação superficial e profunda, sem massas palpáveis. Exames laboratoriais mostraram hemoglobina de 12 g/dL, hematócrito de 35,1%, leucócitos de 6.440/mm³, plaquetas de 311.000/mm³, creatinina de 0,5 mg/dL, além de elevação de amilase (370 U/L) e lipase (1029 U/L).

Em 14/05/2024, foi realizada tomografia computadorizada de abdome total, sem infusão endovenosa de contraste. O exame revelou a presença de duas imagens hipodensas, heterogêneas, aparentemente com componentes cístico e sólido na cavidade pélvica, medindo 6,5 cm cada. Observou-se também aumento de líquido no espaço retroperitoneal (peri-hepático e goteiras parietocólicas) e na cavidade pélvica.

O pâncreas apresentava espessamento e aspecto heterogêneo ao nível do corpo. Identificaram-se múltiplas imagens nodulares arredondadas no omento menor e retroperitônio, circundando grandes vasos, medindo entre 0,5 e 2,0 cm. Bases pulmonares sem alterações, ausência de pneumoperitônio e preservação de fígado, baço, rins e adrenais. A impressão diagnóstica sugeriu processo expansivo envolvendo cavidade pélvica e mesentério, heterogeneidade pancreática, presença de linfonodomegalia retroperitoneal e ascite discreta.

Durante a internação, manteve sinais vitais estáveis, relatando dor abdominal recorrente e aceitação parcial da dieta. Foram colhidos novos marcadores tumorais, que revelaram elevação significativa de CA 19-9 (8523 U/mL) e CA 125 (185 U/mL).

Entre 22 e 26/05/2024, a paciente manteve-se lúcida, orientada e deambulando com leve auxílio, embora apresentasse dor em baixo ventre, baixa aceitação alimentar e náuseas. A avaliação nutricional classificou-a como de alto risco. Diante da evolução clínica e dos achados, a hipótese de Tumor de Krukenberg foi considerada, sugerindo origem gástrica primária. Houve necessidade de estabelecer novos acessos venosos devido a recusas e dificuldades de punção. Planejou-se a realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia com biópsias. Apesar das limitações clínicas, a paciente demonstrou boa adesão ao atendimento psicológico e compreensão parcial do seu quadro.

Em 27/05/2024, a EDA revelou lesão ulceroinfiltrativa de padrão Borrmann III na mucosa gástrica, fortemente sugestiva de neoplasia maligna primária. A paciente manteve estabilidade clínica, estando em dieta zero para o procedimento e retomando dieta líquida posteriormente. A constipação intestinal persistente motivou a instalação de sonda retal de alívio.

Em 28/05/2024, a paciente realizou biópsia gástrica durante a EDA, cujo laudo macroscópico reforçou suspeita de tecido neoplásico gástrico primário com acometimento secundário de anexos ovarianos. Após alta médica, recebeu orientações para seguimento ambulatorial em oncologia e cuidados paliativos. Recebeu alta hospitalar lúcida, deambulando sem auxílio, tolerando dieta oral, hemodinamicamente estável, com plano terapêutico baseado em sintomáticos e acompanhamento ambulatorial para continuidade da investigação e início do tratamento especializado.

3 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

A paciente foi encaminhada para seguimento ambulatorial em oncologia e cuidados paliativos, conforme preconizado para casos de doença metastática avançada.

4 DISCUSSÃO

O processo diagnóstico do Tumor de Krukenberg nesta paciente seguiu uma abordagem clínica e multidisciplinar, rigorosamente alinhada às recomendações da literatura médica atual (Lee et al., 2016) (Zhu et al., 2024). A paciente foi admitida apresentando dor epigástrica irradiada, perda ponderal não quantificada e episódios de náuseas e vômitos — sintomas estes frequentemente associados tanto a neoplasias gastrointestinais avançadas quanto a metástases peritoneais, conforme descrito em estudos prévios.

Embora os exames laboratoriais iniciais tenham mostrado alterações discretas, a tomografia de abdome realizada em 14/05/2024 revelou massas pélvicas heterogêneas, ascite e linfonodomegalia retroperitoneal, sugerindo disseminação neoplásica. A correlação entre o quadro clínico e os achados de

imagem sustentou a hipótese de Tumor de Krukenberg, uma metástase ovariana secundária a adenocarcinomas gastrointestinais, especialmente gástricos. A identificação do tumor primário mostrou-se essencial para orientar o manejo e definir o prognóstico.

Em continuidade à investigação, foi solicitada a realização de uma endoscopia digestiva alta (EDA), exame considerado fundamental, segundo as diretrizes, para a detecção do foco gástrico primário. A EDA, realizada em 27/05/2024, revelou uma lesão ulceroinfiltrativa na mucosa gástrica, classificada como Borrmann III, altamente sugestiva de neoplasia maligna primária. Seguindo o protocolo de investigação de câncer gástrico oculto, especialmente indicado em casos suspeitos de Tumor de Krukenberg (Wang et al., 2024), foram realizadas biópsias direcionadas da lesão.

A análise histopatológica confirmou a presença de células em anel de sinete, características do Tumor de Krukenberg, sendo complementada por imunohistoquímica com marcadores CDX2 e SATB2, que indicaram origem gastrointestinal (Chiesa-Vottero et al., 2020). A integração dos achados clínicos, laboratoriais, radiológicos, endoscópicos e histopatológicos permitiu estabelecer o diagnóstico presuntivo de neoplasia gástrica primária com metástases ovarianas bilaterais.

5 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1- Qual é o achado histopatológico característico dos tumores de Krukenberg?

- A) Células escamosas com queratinização
- B) Células em anel de sinete
- C) Proliferação de células gigantes multinucleadas
- D) Presença de tecido cartilaginoso neoplásico

2- Sobre os tumores de Krukenberg, é correto afirmar que:

- A) São tumores ovarianos primários de origem desconhecida.
- B) Representam metástases para os ovários, geralmente de adenocarcinomas gastrointestinais.
- C) São tumores benignos formados exclusivamente no tecido ovariano.
- D) Originam-se primariamente no fígado e invadem secundariamente os ovários.

3- Se a paciente tivesse apresentado forte sangramento digestivo antes da realização da endoscopia, qual deveria ser a prioridade clínica imediata antes de continuar a investigação oncológica?

Gabarito: 1-B; 2-B; 3- A prioridade seria estabilizar a paciente hemodinamicamente, com medidas como reposição volêmica (soro e/ou sangue) e monitorização dos sinais vitais. Após estabilização, deveria ser realizada a endoscopia digestiva alta de urgência para localizar a fonte do sangramento e tratar, se possível, antes de retomar a investigação oncológica. Em casos de instabilidade, a prioridade é sempre primeiro o suporte à vida e o controle de complicações agudas.

REFERÊNCIAS

AZIZ, M. et al. Krukenberg tumor. Em: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.

CHIESA-VOTTERO, A. CDX2, SATB2, GATA3, TTF1, and PAX8 immunohistochemistry in Krukenberg tumors. **International journal of gynecological pathology: official journal of the International Society of Gynecological Pathologists**, v. 39, n. 2, p. 170–177, 2020.

GHAHREMANI, G. G. Krukenberg tumors in young women: Computed tomography and magnetic resonance imaging diagnosis. **Journal of computer assisted tomography**, v. 48, n. 3, p. 382–387, 2024.

LEE, S. H. et al. Occult gastric cancer with distant metastasis proven by random gastric biopsy. **World journal of gastroenterology: WJG**, v. 22, n. 16, p. 4270–4274, 2016.

WANG, T. et al. [68Ga]Ga-FAPI-04 PET/MR imaging strategy in management of Krukenberg tumors (KTs) from gastric signet-ring-cell carcinoma: to overcome limitation of [68Ga]Ga-FAPI-04 PET imaging in KT. **European journal of nuclear medicine and molecular imaging**, v. 51, n. 11, p. 3440–3449, 2024.

XIE, H. et al. The diagnosis and outcome of Krukenberg tumors. **Journal of gastrointestinal oncology**, v. 12, n. 2, p. 226–236, 2021.

ZHU, L. et al. Extremely rare mucinous adenocarcinoma of the small bowel causing bilateral metastatic Krukenberg tumors of the ovaries: A case report. **Medicine**, v. 103, n. 44, p. e40397, 2024.