

CASOS CLÍNICOS

Endometriosis umbilical

**E. Lorenzo^a, A. Fernández-Corona^a, A. Ferrero^a, M. García-Merayo^a, S. Salas^b
y J.L. Hernández-Rodríguez^a**

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de León. León. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de León. León. España.

ABSTRACT

Umbilical endometriosis is a very rare disease, but should be considered in the differential diagnosis of umbilical lesions.

A 32-year-old woman with periodic pain of the umbilicus was found to have umbilical endometriosis. She had not been pregnant and had never had pelvic surgery.

ra con la menstruación. Se trata de una paciente sin antecedentes personales de interés, nuligesta, de profesión enfermera, que toma anticonceptivos hormonales orales (ACHO), no presenta signos de sospecha de endometriosis pélvica, y sin antecedentes de cirugía laparoscópica ni laparotómica, a la que se realiza una exéresis completa umbilical. La anatomía patológica confirma la presencia de un nódulo endometriósico (figs. 1 y 2).

DISCUSIÓN

La frecuencia real de la endometriosis es desconocida, y su prevalencia es difícil de determinar porque la enfermedad se presenta en muchos casos de forma asintomática. Se estima que afecta a 1 de cada 5 mujeres en edad fértil, y su aparición es rara antes de la menarquía y después de la menopausia. Predomina en mujeres de raza blanca, con un pico de incidencia entre los 35 y 45 años, aunque la edad del diagnóstico es más temprana y es más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico elevado. El peso, la talla y el consumo de tabaco no parecen tener una relación epidemiológica, pero el ejercicio físico habitual podría proporcionar un resultado protector atribuido al efecto hipoestrogénico de las deportistas¹.

Parece haber un componente hereditario hasta en un 10% de los casos, y hay una mayor incidencia en las mujeres que presentan anormalidades anatómicas del aparato genital, sobre todo con defectos en la fusión de los conductos de Müller¹.

Entre el 26 y el 39% de las pacientes con esterilidad primaria padecen endometriosis, y del 12 al 25% presentan una esterilidad secundaria; son infériles el 30-50%¹.

Se observa endometriosis en el 50% de las adolescentes sometidas a laparoscopia diagnóstica para evaluar un dolor pélvico crónico o dismenorrea².

Se han propuesto algunas teorías para explicar la histogénesis de la endometriosis y parece que el sistema inmunitario desempeña una función, aunque no muy clara, respecto a su patogenia².

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como un proceso invasivo, no neoplásico, caracterizado por la presencia de un endometrio ectópico. Hay 2 grandes tipos de endometriosis: la adenomiosis, que se caracteriza por la presencia de focos ectópicos de endometrio localizados en el miometrio, y la endometriosis propiamente dicha, o endometriosis externa clásica, que agrupa al endometrio ectópico presente en cualquier otra ubicación del organismo¹.

Este cuadro ha sido descrito en la mayor parte del organismo, aunque se observa con mayor frecuencia en la pelvis. Dentro del abdomen, la localización más frecuente es en el ovario y en la serosa peritoneal. Con menor frecuencia afecta al cérvix, la vagina, la vulva y la pared abdominal. Excepcionalmente, pueden aparecer lesiones en los nódulos linfáticos, el tracto gastrointestinal, el aparato urinario, los pulmones, el páncreas, el hígado, el cerebro y la piel¹.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 35 años de edad, con un nódulo indurado umbilical de color violáceo, que le produce onfalitis de repetición y empeo-

Aceptado para su publicación el 10 de mayo de 2004.

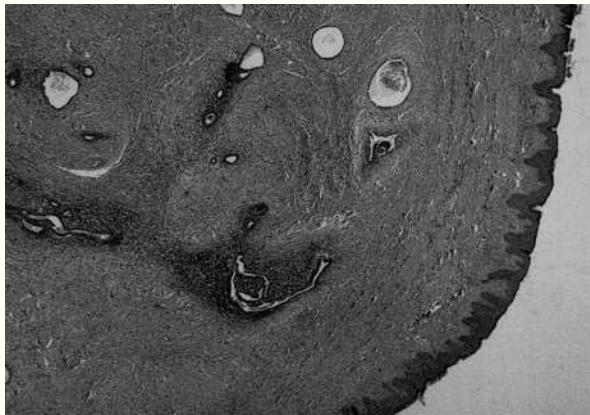


Fig. 1. Acumulación de glándulas y estroma endometrial en la dermis (HE, 10).

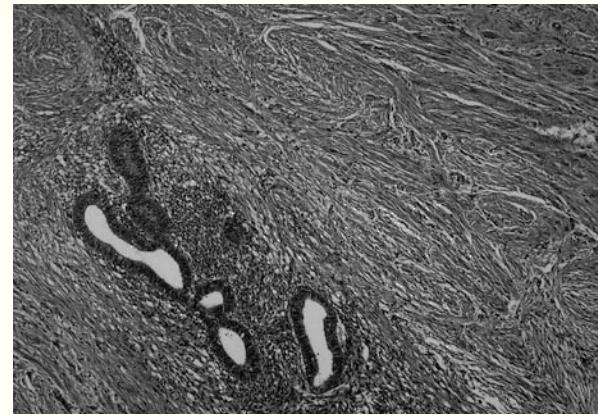


Fig. 2. Glándulas endometriales bien formadas, sin atipia y rodeadas de estroma endometrial en el espesor de la dermis (HE, 20).

Las teorías que tratan de explicar el origen de la enfermedad pueden agruparse en 2 categorías: *a*) por trasplante o diseminación de fragmentos o de células endometriales, y *b*) por metaplasia¹. Probablemente, la teoría de las metástasis linfáticas y vasculares pueda explicar que una mujer sin antecedentes de cirugía y sin signos de endometriosis pélvica presente un nódulo endometriósico en el ombligo, como ocurre en este caso.

La clínica de la endometriosis se caracteriza, fundamentalmente, por la presencia de dolor e infertilidad. En segundo plano quedan las hemorragias uterinas disfuncionales y las manifestaciones clínicas propias de las localizaciones atípicas, como el dolor cíclico que acompaña a los implantes cutáneos en el área umbilical¹.

El tipo y la gravedad de los síntomas dependen de la extensión de la enfermedad, la localización y los órganos afectados². Ningún grupo de signos o síntomas es patognomónico de la endometriosis², y se sospecha en toda mujer con clínica característica. La presencia de lesiones pigmentadas (en general azul-violáceas) en una cicatriz, en el área genital o en el ombligo (como le sucedía a nuestra paciente), especialmente si aumentan de tamaño o sangran coincidiendo con la menstruación, sugieren la presencia de una endometriosis³.

A través de la ecografía transvaginal se pueden identificar endometriomas ováricos, pero esta prueba tiene poca utilidad para diagnosticar los implantes peritoneales². Otras técnicas de imagen, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, han sido aplicadas en el diagnóstico y el estudio de la endometriosis y, aunque tienen un valor limitado como

métodos diagnósticos directos o primarios, resultan útiles para investigar la posible afección de los ovarios, el tracto urinario, el colon, el espacio retroperitoneal y el tabique rectovaginal³. Se ha empleado también el radioinmunoanálisis para el marcador de tumor CA 12.5, pero la prueba no es lo bastante sensible y el resultado puede ser positivo en pacientes con enfermedades distintas de la endometriosis². Se encuentra en estudio un test predictivo de la endometriosis, el Metriotest, basado en la valoración de los resultados en sangre de CA 12.5, y el estudio de las poblaciones leucocitarias en el tejido endometrial por citometría de flujo, con valores predictivos positivos del 91% y negativos del 75%⁴.

La mejor manera de diagnosticar la endometriosis es la observación directa y/o la biopsia del sitio donde se sospecha la afección². La laparoscopia es la forma más simple y directa de inspeccionar la cavidad peritoneal y, por tanto, representa la técnica de elección. Se debe efectuar una exploración completa y detallada de toda la pelvis, identificar las lesiones atípicas, inspeccionar las habituales ubicaciones «ocultas» de la enfermedad y basarse en la confirmación histopatológica si se duda de las lesiones observadas³.

Para el tratamiento de la endometriosis se intentará suprimir los síntomas, las lesiones visibles, restaurar la fertilidad y evitar la progresión^{1,4}. Hoy por hoy, no hay ningún tratamiento capaz de lograr estos 4 objetivos básicos^{3,4}. El tratamiento médico sólo ha demostrado ser eficaz en la reducción de las algias pélvicas crónicas, de una forma parcial y durante un período corto⁴. Son muchos los tratamientos médicos que lo han intentado: hormonales (estrógenos o estropoges-

tágenos), danazol, análogos de la gonadoliberina, bisfosfonatos, tibolonas, etc., pero el 5-10% de los implantes carecen de receptor y lo único que hacen es frenar de manera transitoria la progresión de la enfermedad³.

Las mujeres asintomáticas no necesitan tratamientos, ya que se cree que los ACHO no evitan la progresión e incluso aumentarían los endometriomas tras un año de su utilización⁴.

Tampoco se aconseja el tratamiento médico para las mujeres con endometriosis avanzadas y adherencias, o con deseos gestacionales².

La cirugía ha sido también ampliamente utilizada para el tratamiento de la endometriosis. Se han reportado muchos casos en la bibliografía desde que en 1995 apareció la primera publicación que relacionaba la cirugía abdominal con la presencia de focos endometriósicos extrapélvicos y se relacionó el incremento de la endometriosis umbilical con el auge de la laparoscopia⁶⁻⁸.

El objetivo del tratamiento quirúrgico conservador es la extirpación de todos los focos endometriósicos en el abdomen y la pelvis y, en su caso, la restauración de la anatomía normal. Por el contrario, la cirugía radical implica no sólo la extirpación de la endometriosis sino también de los ovarios y, en general, del útero.

Para la cirugía conservadora se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: la vía de acceso de elección es la laparoscópica, no hay evidencia de que ninguno de los instrumentos utilizados para el tratamiento de los implantes (tijeras, cauterio, láser o bisturí ultrasónicos) sea superior a los otros en eficacia y reducción de complicaciones, y no parece haber diferencias significativas en cuanto al empleo de la escisión, la vaporización o la fulguración de los implantes^{3,5}.

El tratamiento de la endometriosis umbilical debe ser quirúrgico⁹. Para Mazzola et al la escisión del nódulo es suficiente y efectiva¹⁰. En nuestro caso, la biopsia escisional no sólo sirvió para el diagnóstico: también curó satisfactoriamente a la paciente.

CONCLUSIONES

La endometriosis es un proceso benigno, de evolución casi siempre crónica, con diversidad de formas de presentación anatopatológica, cuya presencia

no va ligada siempre a la aparición de síntomas, pero puede producir una importante sintomatología en presencia de lesiones mínimas. Tiene una elevada prevalencia, y se carece de un tratamiento definitivo para esta enfermedad, especialmente si se desea preservar la fertilidad³.

RESUMEN

La endometriosis umbilical es una enfermedad rara, pero debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales en las lesiones umbilicales.

Se presenta el caso de una mujer de 35 años de edad, con dolor periódico en el ombligo debido a una endometriosis umbilical. La paciente es nulígesta y no presenta antecedentes de cirugía pélvica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dueñas Diez JL. Endometriosis: concepto y clasificación. Epidemiología. Etiopatogenia. Anatomía patológica y clínica. En: Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. 1.^a ed. Madrid: Médica Panamericana, 2003; p.1120-228.
2. Schenken Robert S. Endometriosis. En: Danforth, editor. Tratado de obstetricia y ginecología. 8.^a ed. México: McGraw-Hill, 2000; p. 703-10.
3. Balasch Cortina J. Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. Adenomiosis. En: Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. 1.^a ed. Madrid: Médica Panamericana, 2003; p. 1229-36.
4. Suñol J. Endometriosis. Epidemiología y clínica. En: XI curso intensivo de formación continuada. Endocrinología ginecológica, reproducción, suelo pélvano e IUE y cirugía ginecológica no oncológica. 1.^a ed. Madrid: Ergon, 2004; p.13-8.
5. Vanrell JA. Cirugía de las algias pélvicas y de la endometriosis del tabique recto-vaginal. En: XI curso intensivo de formación continuada. Endocrinología ginecológica, reproducción, suelo pélvano e IUE y cirugía ginecológica no oncológica. 1.^a ed. Madrid: Ergon, 2004; p.179-83.
6. Healy JT, Wilkinson NW, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. Am Surg 1995;61:962-3.
7. Koninckx PR, Donders G, Vandecruys H. Umbilical endometriosis after unprotected removal of uterine pieces through the umbilicus. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000; 7:227-32.
8. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. Dig Dis Sci 2002;47:456-61.
9. Sataloff DM, La Vorgna KA, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: clinical reports and review of the literature. Surgery 1989;105:109-12.
10. Mazzola F, Castellini C, Tosi D, et al. Endometriosis of umbilical cicatrix: a clinical case. Chir Ital 2001;53:259-62.