

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Correspondencia:

Dra. A. Becerro Cortizas.
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Donostia.
San Sebastián. España.
Correo electrónico: abeccor@terra.es

Fecha de recepción: 18/11/05.

Aceptado para su publicación: 13/1/06.

RESUMEN

Las metástasis cutáneas umbilicales, o «ganglio de la hermana María José», son un signo poco común y de mal pronóstico asociado con tumores malignos intraabdominales. Aparecen junto a tumores ginecológicos como segunda causa en frecuencia, después de las neoplasias del tracto gastrointestinal. Aunque su histología más frecuente es el adenocarcinoma, en este artículo presentamos el caso de una mujer de 70 años diagnosticada de un carcinoma escamoso de cérvix con diagnóstico sincrónico de metástasis umbilicales.

PALABRAS CLAVE

Metástasis umbilicales. «Ganglio de la hermana María José». Carcinoma de cérvix.

ABSTRACT

Umbilical cutaneus metastases, also termed Sister Mary Joseph's node, is a very uncommon sign and it has poor prognosis. It is associated with malignant intraabdominal tumours and, in some

«Ganglio de la hermana María José»

Sister Mary Joseph's node

cases is the only manifestation of internal malignancy. The most frequently cancer associated are gastrointestinal cancer, and secondly gynaecological cancers. Despite it's most common histology is adenocarcinoma, we present, in this article, a case report of a seventy years old woman with an squamous cervical cancer and with a diagnostic of syndromic umbilical metastases.

KEY WORDS

Umbilical cutaneus metastasis. Sister Mary Joseph's node. Cervical Squamous cancer.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis umbilicales son también conocidas con el nombre de «ganglio de la hermana María José». Fue Hamilton Bailey, en 1949, quien acuñó por primera vez este término en la undécima edición de su libro *Physical Signs In Clinical Surgery* en honor a su descubridora, la hermana María José (1856-1939), que como ayudante quirúrgica del Dr. William Mayo en el St. Mary Hospital de Rochester, actualmente la Clínica Mayo, se percató de la relación

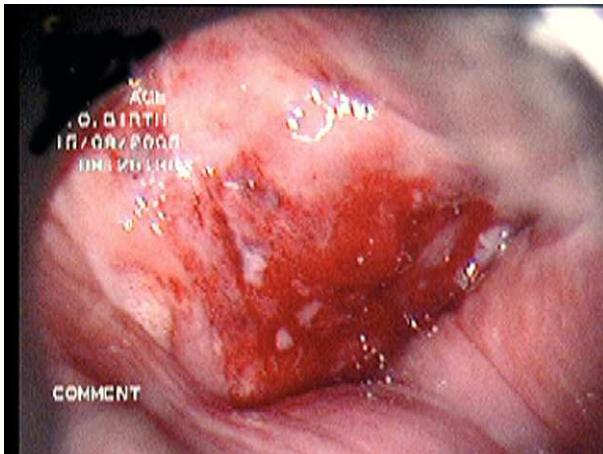


Figura 1.



Figura 2.

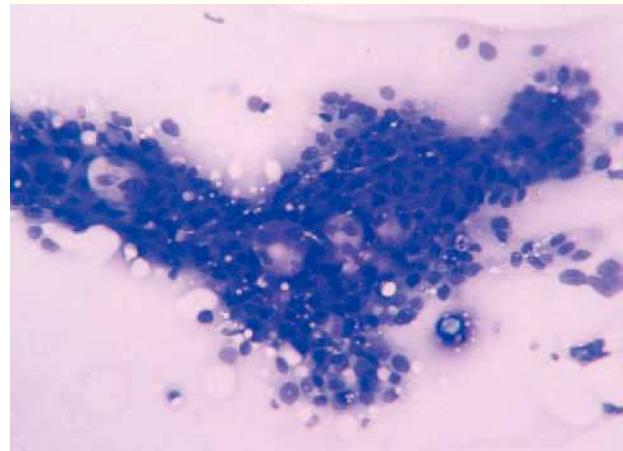


Figura 3.

entre la presencia de estos nódulos periumbilicales y tumores malignos abdominales¹⁻³.

CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años de edad, que consulta por leu-correa abundante acuosa de unos meses de evolución y presencia de «hernia umbilical progresiva». Es una paciente obesa y entre sus antecedentes destaca hipertensión y diabetes no insulinodependiente de 12 años de evolución. Respecto a los antecedentes ginecológicos, menarquía a los 11 años, menopausia a los 60 años; 7 embarazos, 6 partos y un aborto. Durante la exploración ginecológica se constata la presencia de una tumoración cervical de más de 4 cm (fig. 1), que afecta al tercio superior de la vagina y que se biopsia, con resultado de carcinoma escamoso infiltrante de cérvix. En el abdomen, donde la paciente creía tener una hernia umbilical, destacan varias nodulaciones periumbilicales (fig. 2), duras, adheridas y no dolorosas, indicativas de metástasis, confirmadas en el estudio anatomo-patológico (fig. 3). Se realiza estudio de extensión con resonancia magnética (RN) abdominopélvica, que permite visualizar numerosas adenopatías sospechosas en ambas cadenas ganglionares ilíacas, el retroperitoneo y el espacio perirectal anterior. La cistoscopia no fue concluyente, informándose de un área mucosa edematosa en la cara lateral izquierda sostenida de invasión extrínseca. Se realiza una colo-

noscopia con resultado negativo. Con todos estos datos, la paciente fue diagnosticada de carcinoma escamoso IVA de la clasificación de la FIGO, y se decide tratamiento con radioterapia y quimioterapia.

DISCUSIÓN

Las metástasis umbilicales, o «ganglio de la hermana María José», se han descrito como nódulos subcutáneos, indurados, de consistencia fibrosa y apariencia avascular, generalmente no dolorosos y poco pruriginosos, en ocasiones con fisuras o ulcerados y secreción serosa, purulenta o sanguinolenta. Se puede asociar a distensión abdominal, pér-

dida de peso, astenia o ascitis. En nuestro caso, la paciente aquejaba un bultoma periumbilical de unos meses de evolución, que consideraba una hernia umbilical de reciente aparición.

Aproximadamente el 60% de las tumoraciones umbilicales tiene etiología maligna. Se han descrito tumores umbilicales primarios, como melanoma, carcinoma de células escamosas, miosarcoma y adenocarcinomas⁴; no obstante, los tumores malignos umbilicales son en su mayoría secundarios a otros tumores. Según estudios epidemiológicos, es más frecuente en la mujer⁵. La etiología tiene origen digestivo en el 55% de casos, a expensas del carcinoma gástrico (25-30%), carcinoma colorrectal y páncreas. Los tumores genitourinarios son la segunda etiología en frecuencia a expensas del ovario (10-12%) y menos frecuentemente, el endometrio.

La histología más frecuente es el adenocarcinoma⁶. En este artículo, en cambio, presentamos un origen muy infrecuente de carcinoma escamoso de cérvix. El tumor primario puede ser de múltiples localizaciones⁷, aunque entre un 15 y un 30% no se llega a conocer su origen⁸.

Se han descrito múltiples mecanismos de diseminación: por extensión directa de la superficie peritoneal anterior, vía linfática, venosa o sistema portal. También está descrita la embolización arterial o a lo largo de los ligamentos embrionarios^{9,10}. En los tumores ginecológicos se han descrito mecanismos hematológicos, linfáticos y venosos.

El pronóstico es, en general, malo, dado que la presencia del ganglio de la hermana María José es signo de neoplasia maligna avanzada, y en muchos casos el tratamiento ya no es quirúrgico. La etiología del tumor primario influirá claramente en el pronóstico¹¹.

La supervivencia estimada según los estudios es de 2-11 meses, con una mejor supervivencia media si el diagnóstico de las metástasis umbilicales se realizó antes del tumor primario que posteriormente a él, de 9,7 y 7,6 meses, respectivamente¹².

En cuanto al tratamiento, clásicamente se consideraba el tratamiento paliativo de forma casi exclusiva, pero se ha observado que la combinación de tratamientos más agresivos con cirugía y quimioterapia aporta una mejor supervivencia que la cirugía sola o quimioterapia sola. Será la situación clínica del paciente lo que limitará en estos casos la agresividad del tratamiento.

CONCLUSIONES

Las metástasis umbilicales se asocian generalmente con neoplasias malignas intraabdominales avanzadas. Son más frecuentes en la mujer y su histología es habitualmente adenocarcinoma. En general, el tratamiento es paliativo, pero el tratamiento individualizado de cada caso clínico ofrecerá los mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hill M, O'Leary JP. Vignettes in medical history. Sister Mary Joseph and her node. *Am Surg*. 1996;62:328-9.
2. Schwartz IS. Sister Mary Joseph's nodule. *N Engl J Med*. 1987;316:1348-9.
3. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. A retrospective study of 7316 cancer patients. *J Am Acad Dermatol*. 1990;22:19-26.
4. Fourati M, El Euch D, Haouet H, Boussen H, Haouet S, Mokni M, et al. Adenocarcinoma of the umbilicus. *Ann Dermatol Venereol*. 2004;131:379-81.
5. Touraud JP, Lentz N, Dutronc Y, Mercier E, Sagot P, Lambert D. Umbilical cutaneous metastasis, or Sister Mary Joseph's nodule, disclosing an ovarian adenocarcinoma. *Gynecol Obstet Fertil*. 2000;28:719-21.

6. Poncelet C, Bouret JM, Boulay I, Tsatsaris V, Ferrand J, Mintz JP, et al. Umbilical metastasis of an endometrial adenocarcinoma: «Sister (Mary) Joseph's nodule». Review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1996;25:799-803.
7. Dornier C, Reichert-Penetrat S, Barbaud A, Kaise W, Schmutz JL. Lymphoma presenting as Sister Mary-Joseph's nodule. *Ann Dermatol Venereol*. 2000;127:732-4.
8. Rodríguez JM, Sanz Peláez O, Santana L, Rey A, Suárez Ortega S, Betancor Leon P. The Sister Joseph's nodule-like manifestation of carcinoma of unknown origin: presentation of one case. *An Med Interna*. 2005;22:285-7.
9. Gabriele R, Conte M, Egidi F, Borghese M. Umbilical metastases: current viewpoint. *World J Surg Oncol*. 2005;3:13.
10. Ikeda SI, Yajima M, Hida K, Hattori M, Shimizu S, Umezaki I, et al. Sister Joseph umbilical nodule coexisting with endometriosis from endometrial carcinoma. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;10:1-3.
11. Majmudar B, Wiskind AK, Croft BN, Dudley AG. The Sister (Mary) Joseph nodule: its significance in gynecology. *Gynecol Oncol*. 1991;40:152-9.
12. Liro M, Kobierski J, Brzoska B. Isolated metastases of cervical cancer to the abdominal wall: a case report. *Ginekol Pol*. 2002;73:704-8.