

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Endometriosis cutánea: a propósito de un caso

Nieves Maira González ^{a,*}, Fabián Vidal Santana ^b, Antonio Castro Sánchez ^b
y Begoña Vieites Pérez Quintela ^a

^a Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Virgen de las Montañas, Villamartín, Cádiz, España

Recibido el 17 de mayo de 2012; aceptado el 6 de julio de 2012

Disponible en Internet el 24 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Endometriosis;
Piel;
Endometrioma

Resumen La endometriosis es una entidad que consiste en la existencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Es una enfermedad relativamente frecuente en mujeres en edad reproductiva. La localización más frecuente es la ovárica, aunque se han descrito en la literatura múltiples sitios, incluyendo la piel. La endometriosis cutánea frecuentemente está en relación con la cirugía previa abdominopélvica y su lugar de aparición suele ser la cicatriz. Ante la existencia de una formación nodular en una cicatriz de cirugía en edad reproductiva, una buena anamnesis dirigida al determinar si presenta dolor e incremento de tamaño cíclico, puede orientarnos al diagnóstico. El tratamiento debe ser siempre su exéresis para diagnóstico de confirmación, que pasa invariablemente por su estudio histopatológico.

© 2012 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Endometriosis;
Skin;
Endometrioma

Cutaneous endometriosis: a case report

Abstract Endometriosis consists of the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. This entity is relatively common in women of reproductive age. The most frequent location is the ovary but multiple sites have been described in the literature, including the skin. Cutaneous endometriosis is often related to previous abdominal and pelvic surgery and the site of occurrence is often a surgical scar. In women of reproductive age with a nodule in a surgical scar, a thorough history to determine if there is pain and a cyclical increase in size can guide the diagnosis. Treatment should always be resection for diagnostic confirmation, which is always histopathological.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La endometriosis es una condición que viene definida por la existencia de glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nievesmg2@yahoo.es (N. Maira González).

Aunque la localización más frecuente es la cavidad abdominal-pélvica, en ocasiones podemos encontrarla fuera de ella.

La localización en piel ha sido descrita en la literatura, aunque este es un hallazgo extremadamente raro¹.

Presentamos el caso de una endometriosis cutánea a nivel de la cicatriz de una laparotomía previa realizada 3 años antes.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 38 años, que acude a consulta por la aparición de un nódulo a nivel de cicatriz de laparotomía previa realizada 3 años antes.

En anamnesis dirigida, la paciente asocia un incremento de tamaño y dolor, coincidiendo con el ciclo menstrual.

Fue intervenida quirúrgicamente en octubre de 2011 para escisión de la lesión.

Desde el punto de vista histopatológico, la lesión, macroscópicamente presentó un aspecto nodular de 3 × 4 cm, con una coloración pardo-rojiza.

A la hemisección de la pieza, se identificó un área de aspecto hemático rodeado de una corona de tejido fibrótico (fig. 1).

El estudio microscópico mostró las características típicas de la endometriosis cutánea (fig. 2) revelando la existencia de elementos epiteliales que formaban estructuras glandulares en el espesor de un estroma edematoso, constituido por células fusiformes y estrelladas, que recuerda al estroma endometrial. Las paredes de la cavidad glandular estaban tapizadas por capas de epitelio columnar alto. No se identificaron atipias, mitosis, ni áreas de necrosis. No fue necesario el uso de técnicas inmunohistoquímicas.

El diagnóstico definitivo histopatológico fue de endometriosis cutánea.

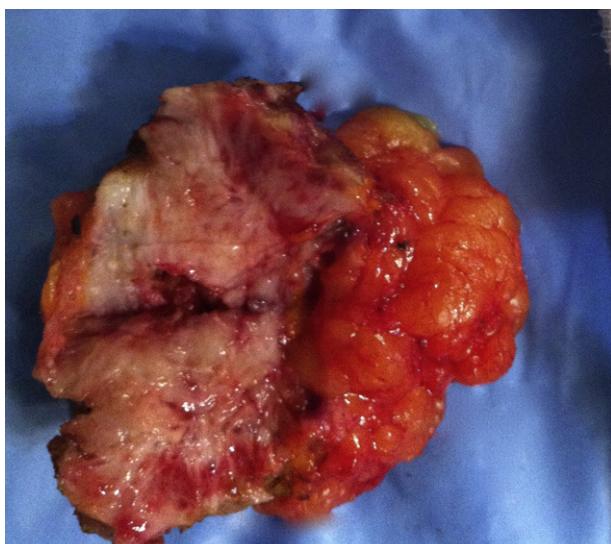


Figura 1 Imagen macroscópica de la lesión una vez extirpada. Muestra un área de aspecto hemático rodeado de una corona de tejido fibrótico.

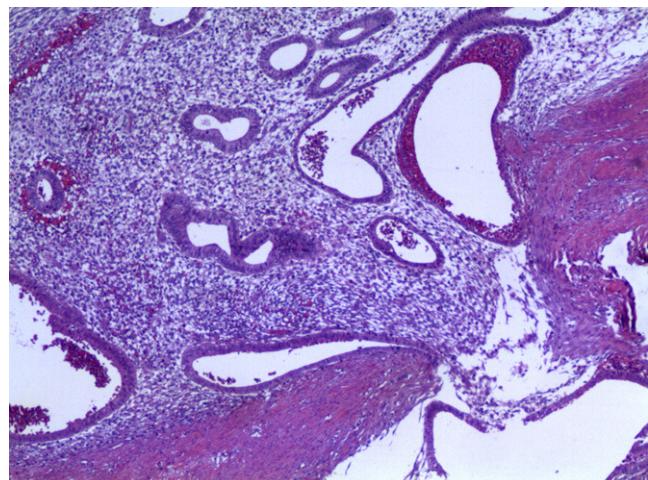


Figura 2 Imagen histológica en la que se identifican glándulas endometriales acompañadas de un estroma similar al endometrial, en el espesor de la dermis.

Discusión

La endometriosis consiste en un cuadro clínico que viene definido por la existencia de estroma endometrial fuera de la cavidad uterina, afectando a aproximadamente el 15% de las mujeres en edad reproductiva¹.

Las localizaciones más frecuentes son la ovárica y la tubárica (88%), aunque también han sido descritas en mesenterio, intestino, peritoneo, pulmón, SNC, hueso, páncreas, sistema urinario, cavidad nasal y piel²⁻⁷.

La endometriosis cutánea representa en torno al 1% de todos los casos de endometriosis⁸.

En función de su etiología existen 2 tipos de endometriosis cutánea.

La endometriosis secundaria aparece tras la intervención quirúrgica de abdomen o pelvis en procesos como cesáreas, laparotomías, herniorrafias o episiotomías⁹. Esta es la forma de presentación más frecuente. La endometriosis cutánea primaria o espontánea no se origina debido a ningún tipo de procedimiento quirúrgico y en este último caso tiene predilección por la zona umbilical. Este último se denomina nódulo de Villar¹⁰. En el caso que nos ocupa parece tratarse de un caso de endometriosis secundaria, dado que la paciente había sido sometida a laparotomía previa, cicatriz en la cual aparece el nódulo extirpado.

La teoría etiopatogénica más ampliamente aceptada de la endometriosis cutánea secundaria, es la implantación directa de células endometriales en el transcurso de una intervención quirúrgica. No obstante, también se han barajado otras teorías como la embolización sanguínea o linfática¹¹.

La forma clínica de presentación de la endometriosis cutánea, es la aparición de una formación nodular en ocasiones multilobulada, que puede presentar una coloración variable desde rojiza a más azulada, en función de la cantidad de sangre presente en su interior y el grado de penetración de la misma. Suele tener una consistencia firme o elástica y un tamaño que varía entre milímetros y varios centímetros¹².

Esta formación suele cursar con dolor e incremento cíclico de tamaño coincidiendo con el ciclo menstrual, aunque se han descrito casos en los que esto no ocurre, o incluso se pueden presentar de manera asintomática¹³.

Nuestro caso presentó tanto en la clínica como en su forma de presentación las características típicas descritas en la literatura.

El diagnóstico de certeza pasa invariablemente por el estudio histopatológico de la pieza.

La existencia en el fragmento resecado de tejido endometrial ectópico con estructuras glandulares y estroma endometrial confirma el diagnóstico.

Las glándulas endometriales están constituidas por epitelio columnar alto, con citoplasmas amplios basófilos y núcleos basales formando una luz endometrial irregular¹², como en el caso estudiado. En ocasiones podemos encontrar mitosis dependiendo de la fase del ciclo en la que se encuentre. No pudimos encontrar mitosis en este caso, ya que la imagen reflejó un endometrio en fase no proliferativa, siendo la fase proliferativa el momento del ciclo menstrual en el cual estas pueden identificarse en las células epiteliales endometriales. Puede también presentar cambios metaplásicos epiteliales (tubárico, mucinoso y papilar sincitial), así como estromales (músculo liso, deciduación o elastosis)¹⁴. Aunque tampoco hallamos estos cambios en el caso que presentamos.

El estudio inmunohistoquímico puede ser de ayuda en casos dudosos, ya que las estructuras glandulares expresan citoqueratina 7, receptores de estrógenos y progesterona, los mismos inmunomarcadores del endometrio normal^{15,16}. No fue necesario su uso para el diagnóstico en esta ocasión, ya que la imagen histológica no ofrecía dudas al respecto.

Clínicamente el diagnóstico diferencial incluye nevus melanocíticos, melanomas, lipomas, abscesos, tumores anexiales, quistes, hernias, tumores desmoides y metástasis¹. Este amplio diagnóstico diferencial y su vital trascendencia en algunos de los procesos nombrados, hace importante su exéresis y posterior diagnóstico histopatológico.

El tratamiento de la endometriosis cutánea es la escisión quirúrgica. La terapia hormonal también ha sido utilizada con resultados variables¹⁷.

En conclusión, la endometriosis cutánea es una entidad que debe ser tenida en cuenta ante la aparición de formaciones nodulares en piel, sobre todo en cicatrices de laparotomías en mujeres en edad reproductiva. Una buena anamnesis dirigida puede hacernos sospechar de su existencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2010;362:2389–98.
2. Ichida M, Gomi A, Hiranouchi N, Fujimoto K, Suzuki K, Yoshida M, et al. A case of cerebral endometriosis causing catamenial epilepsy. *Neurology.* 1993;43:2708–9.
3. Giangarra C, Gallo G, Newman R, Dorfman H. Endometriosis in the biceps femoris. A case report and review of the literature. *J Bone Joint Surg Am.* 1987;69:290–2.
4. Calderón-Andrade HF, Murillo-Olivas ME. Ureteral endometriosis: a case report. *Rev Mex Urol.* 2010;70:123–6.
5. Baram A, Bagan P, Danel C, Badia A, Riquet M. Pleural endometriosis: an unusual presentation. *Rev Mal Respir.* 2005;22: 677–80.
6. Saadat-Gilani K, Bechmann L, Frilling A, Gerken G, Canbay A. Gallbladder endometriosis as a cause of occult bleeding. *World J Gastroenterol.* 2007;13:4517–9.
7. Laghzaoui O, Laghzaoui M. Nasal endometriosis: a propos of one case. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2001;30:786–8.
8. Masson JC. Present conception of endometriosis and its treatment. *Tras West Surg Ass.* 1945;53:35–50.
9. Purvis RS, Tyring SK. Cutaneous and subcutaneous endometriosis. *J Dermatol Surg Oncol.* 1994;20:693–5.
10. Michowitz M, Baratz M, Stavorovsky M. Endometriosis of the umbilicus. *Dermatologica.* 1983;167:326–30.
11. Ichimiya M, Hirota T, Muto M. Intralymphatic embolic cells with cutaneous endometriosis in the umbilicus. *J Dermatol.* 1998;25:333–6.
12. Weedon D. Endometriosis. En: Weedon D, editor. *Skin Pathology.* 2^a ed. Edinburg: Churchill Livingston; 2002. p. 514.
13. Ramsanahie A, Giri SK, Velusamy S, Nessim GT. Endometriosis in a scarless abdominal wall with underlying umbilical hernia. *Ir J Med Sci.* 2000;169:67.
14. Elder D, Elenitsas R, Ragsdale B. Cutaneous endometriosis. En: Elder D, Elenitsas R, Ragsdale B, Johnson B, editors. *Lever's Histopathology of the Skin.* 8th ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1997. p. 796.
15. Mechsnier S, Bartley J, Infanger M, Lodenkemper C, Herbel J, Eber AD. Clinical management and immunohistochemical analysis of umbilical endometriosis. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 280:235–42.
16. Campbell F, Herrington CS. Application of cytokeratin 7 and 20 immunohistochemistry to diagnostic pathology. *Current Diagnostic Pathology.* 2001;7:113–22.
17. Fernández-Acenero M, Córdoba S. Cutaneous endometriosis: review of 15 cases diagnoses at a single institution. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283:1041–4.