

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Tumor del ombligo

Mónica Alejandra Gaviria Muñoz<sup>a</sup> y Rodrigo Restrepo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Dermatóloga. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. <sup>b</sup>Patólogo. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. Colombia.

**Figura 1.** Nódulos umbilicales y periumbilicales.



393

**Figura 2.** Hematoxilina-eosina ( $\times 40$ ): en la dermis se observan estructuras tubulares irregulares y células con núcleos atípicos.

Mujer de 64 años de edad, residente en Medellín, ama de casa. Hipertensa en tratamiento con captopril e hidroclorotiazida y ex fumadora de 30 paquetes/año.

#### Enfermedad actual

Hospitalizada por ascitis, astenia, adinamia y anorexia de 3 meses de duración y lesiones cutáneas en el abdomen de un mes de evolución.

#### Examen físico

Paciente con aparente buen estado general, con un abdomen globoso y presencia de ascitis. En la región umbilical y periumbilical, se observaban varios nódulos de tinte amarillo-rosado, superficie lisa, duros, asintomáticos y menores de 1 cm de diámetro (fig. 1).

Correspondencia: M.A. Gaviria Muñoz.  
Universidad Pontificia Bolivariana-Clínica Universitaria Bolivariana.  
Calle 78 B # 72 A 109. Medellín. Colombia.

**Figura 3.** Coloración CEA ( $\times 40$ ) positiva en las estructuras descritas en la coloración de hematoxilina-eosina.

#### Exámenes complementarios

Las pruebas hepáticas (GOT, bilirrubina directa y fosfatases alcalinas) estaban aumentadas, y las proteínas totales y albúmina disminuidas; el CA 125 era de 2.501 (rango de normalidad, 0-18,7).

La radiografía de tórax revelaba una elevación del hemidiafragma derecho, y la ecografía del hígado y las vías biliares, una ascitis; la endoscopia digestiva puso de manifiesto la presencia de esofagitis, pangastritis y duodenitis, y la citología del líquido ascítico células mesoteliales reactivas y papillas epidérmicas; la TC abdominopélvica evidenció una carcinomatosis peritoneal.

#### Histopatología

Con la tinción de hematoxilina-eosina se observaron en la dermis unas estructuras tubulares de contornos irregulares y células con núcleos atípicos, nucléolos visibles y figuras mitóticas; además, se hicieron coloraciones de PAS y CEA con los mismos hallazgos (figs. 2 y 3).

## DIAGNÓSTICO

Cáncer metastásico umbilical o «nódulo de la hermana Joseph».

## Evolución

La paciente continuó en tratamiento en el servicio de oncología, pero falleció al poco tiempo, por lo que el tumor primario no pudo ser identificado, aunque la evidencia clínica favorecía su localización en el ovario.

## COMENTARIO

Los primeros reportes fueron realizados por Walshe, en 1846, y Storer, en 1864; posteriormente, la hermana Joseph (1856-1939) en el Hospital St. Mary (inicios de la Clínica Mayo) observó un nódulo umbilical firme en los pacientes con cáncer abdominal y se lo comentó a su jefe, el Dr. William Mayo. En 1960 Hamilton Bailey sugirió el nombre de «nódulo de la Hermana Joseph» en honor a ella, por su contribución a la medicina.

La frecuencia de metástasis cutáneas fluctúa entre el 5 y el 9%, y las metástasis umbilicales son raras. El ombligo, por sus relaciones anatómicas y abundantes conexiones vasculares y embrionarias, es susceptible de recibir células neoplásicas. Los posibles mecanismos fisiopatológicos indican una propagación a través de los canales linfáticos, venosos o arteriales, una extensión por vecindad o a través de remanentes embrionarios, metástasis a una hernia umbilical o en forma iatrogenica.

Clínicamente, es más frecuente en mujeres, cursa generalmente con nódulos umbilicales, solitarios o múltiples, irregulares, dolorosos, indurados, menores de 2,5

cm de diámetro, con crecimiento progresivo y asociación a fisura, exudado o ulceración en su superficie.

Su presencia es signo de malignidad intraabdominal metastásica, apareciendo antes, durante o después del diagnóstico del tumor primitivo o como recurrencia; es signo de mal pronóstico, ya que generalmente en esta fase el tumor es inoperable, se requiere un tratamiento agresivo o sobreviene la muerte en corto tiempo (de 11 meses como promedio).

Los reportes de la bibliografía indican un origen en el tracto gastrointestinal o genitourinario, específicamente neoplasias de estómago, colon, páncreas, intestino delgado, peritoneo, útero, cérvix, vagina, endometrio, mama, ovario (constituyen el 63,4% de los tumores malignos ginecológicos con metástasis umbilical), o tienen un origen desconocido, como en nuestro caso.

Mediante la histopatología de muestras obtenidas por biopsia o por aspirado con aguja fina intralesional se observa más frecuentemente un adenocarcinoma tubular, productor de mucina y moderadamente diferenciado, pero no es posible definir su origen a pesar del uso de marcadores específicos. Con menor frecuencia, se hallan carcinomas escamocelulares.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Dubreuil A, Dompierre A, Barjot P, Louvet S, Leroy D. Umbilical metastasis or Sister Mary Joseph's nodule. *Intern J Derm* 1998;37:7-13.
- Johnson WC. Metastatic carcinoma of the skin, En: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson Jr B, editors. *Lever's histopathology of the skin*. Philadelphia-New York: Lippincott-Raven, 1997; p. 1011-8.
- Khan AJ, Cook B. Metastatic carcinoma of umbilicus: Sister Mary Joseph's nodule. *Cutis* 1997;60:297-8.
- Powell FC, Cooper AJ, Massa MC, Goellner JR, Su WP. Sister Mary Joseph's nodule: a clinical and histologic study. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:610-5.