



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Endometriosis umbilical

Manuel Ángel Veiga^{a,*}, Verónica Míguez^a, Silvia Rodríguez^a, María Teresa Mosquera^b,
María Calaza^a y Javier M-P-Mendaña^a

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Arquitecto Marcide, Área Sanitaria de Ferrol, Ferrol, A Coruña, España

Recibido el 12 de julio de 2011; aceptado el 20 de junio de 2012

Disponible en Internet el 24 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Endometriosis;
Endometriosis umbilical;
Nódulo umbilical

KEYWORDS

Endometriosis;
Umbilical endometriosis;
Umbilical node

Resumen La endometriosis umbilical es la forma clínica más común de endometriosis extrapélvica y el tipo más habitual de endometriosis cutánea. Puede ser primaria o secundaria. Las endometriosis umbilicales secundarias se producen sobre cicatrices de laparotomías o laparoscopias en las que ha habido exposición al tejido endometrial. La endometriosis umbilical es relativamente rara, pero se debe tener en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial de lesiones de localización umbilical. Presentamos un caso de endometriosis umbilical en una mujer de 39 años sin antecedentes de cirugía abdominal previa.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Umbilical endometriosis

Abstract Umbilical endometriosis is the most common clinical form of extrapelvic and cutaneous endometriosis and can be primary or secondary. Secondary umbilical endometriosis is produced in surgical scars from laparotomy or laparoscopy with exposure to endometrial tissue. Umbilical endometriosis is a rare disease but must be considered in the differential diagnosis of an umbilical node. We report a case of umbilical endometriosis in a 39-year-old woman without previous abdominal surgery.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La endometriosis es la presencia de glándulas y/o estroma endometriales fuera de la cavidad endometrial. Fue descrita

por Rokitansky en 1860. Se estima que afecta al 5-10% de las mujeres en edad reproductiva^{1,2}. La mayoría de las veces se produce en órganos pélvicos y puede ser asintomática o causar dolor pélvico crónico, dispareunia, dismenorrea y esterilidad. Se han descrito lesiones de endometriosis en casi todos los órganos y tejidos del cuerpo humano, incluidos el cerebro y los pulmones.

La endometriosis umbilical (EU) es una forma de endometriosis extragenital descrita por Villar en 1886. Su incidencia se estima entre el 0,5 y el 1,2% de todas las pacientes con

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuel.angel.veiga.tuimil@gmail.com,
manuel.angel.veiga.tuimil@sergas.es (M.Á. Veiga).

endometriosis³ y representa el 20% de las endometriosis extragenitales³. Puede ser espontánea, también llamada primaria, o secundaria. La EU secundaria se produce en cicatrices quirúrgicas, sobre todo de laparotomías (cesáreas, histerectomías, ...) o de laparoscopias, en las que ha habido exposición a tejido endometrial⁴⁻⁷. La EU secundaria es relativamente rara y la EU primaria es todavía menos frecuente⁸.

La EU es la forma clínica más habitual de endometriosis extrapélvica³ y el tipo más frecuente de endometriosis cutánea⁹.

Presentamos un caso de EU primaria.

Descripción del caso

Mujer de 39 años de edad, diagnosticada de síndrome del ovario poliquístico (criterios ESHRE 2003), sin antecedentes quirúrgicos. Tuvo un embarazo y un parto normal a los 28 años. Refiere que desde hace 9 meses presenta dolor y sangrado en el ombligo coincidiendo con la menstruación. En la exploración se observa un nódulo de 5 milímetros de coloración azulada, doloroso a la palpación, que está sangrando (fig. 1). El médico de atención primaria lo había criocoagulado sin mejoría. Ante el diagnóstico de sospecha de EU, se realizó la extirpación quirúrgica del nódulo con anestesia local. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de endometriosis. En las figuras 2 y 3 se aprecian células y glándulas endometriales en el seno de un tejido dérmico.

No se encontró evidencia clínica o ecográfica de endometriosis en la pelvis o en otras localizaciones. La paciente pidió un método anticonceptivo seguro y se le prescribieron anovulatorios orales (etinilestradiol 20 µg/drosperinona 3 mg, 24



Figura 1 Nódulo umbilical endometriósico.

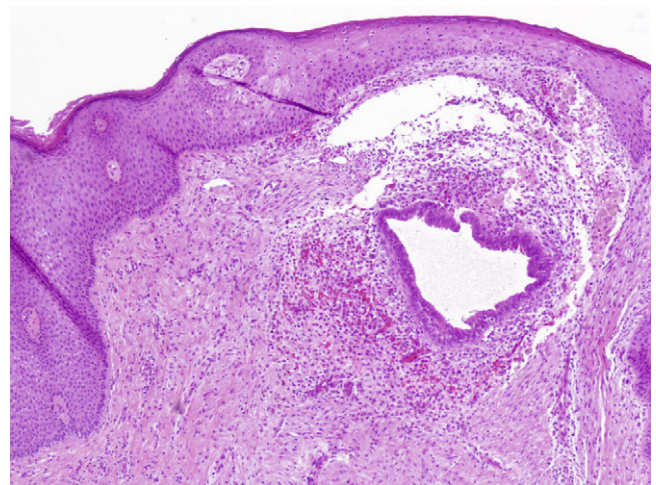


Figura 2 Tinción con hematoxilina. Glándulas y células endometriales en el seno de un tejido dérmico.

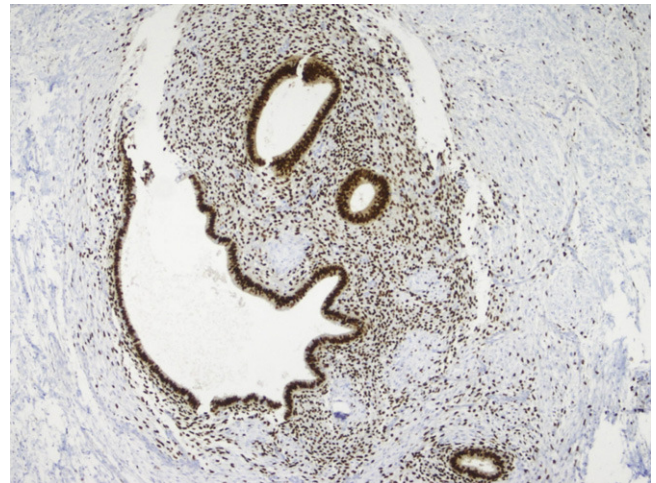


Figura 3 Tinción para receptores de estrógenos. Glándulas y células endometriales en el seno de un tejido dérmico.

días por ciclo). Tras 4 años de seguimiento, no volvieron a aparecer lesiones umbilicales ni hubo evidencia clínica o ecográfica de endometriosis en otras localizaciones.

Discusión

La EU es un trastorno poco frecuente. Hasta 2007 se habían publicado en las revistas científicas en lengua inglesa 231 casos, recopilados en una revisión hecha por Victori et al. en 2007³. En un subgrupo de 68 de estas pacientes había datos suficientes en las publicaciones para poder analizar la clínica. La forma de presentación de la EU fue muy variada, incluso 2 pacientes estaban asintomáticas. El 90,9% presentaba un nódulo umbilical quístico, de tamaño y coloración muy variable. El color de la lesión podía ser, por orden de frecuencia, marrón, azul, púrpura, rojo, negro o normal, y la piel circundante frecuentemente estaba eritematosa. El 81,5% presentaba dolor, habitualmente cíclico, que empeoraba progresivamente; el 49,2% presentaba sangrado umbilical,

que coincidía casi siempre con la menstruación. La mayoría de las pacientes que tenían dolor también sangraban. Para Victori et al., la EU se presenta característicamente como un nódulo umbilical de tamaño y coloración variable asociado a dolor y sangrado umbilical, que suele tener relación con la menstruación. Consideran esta forma de presentación patognomónica³. En nuestro caso, aunque el nódulo era muy pequeño el modo de presentación fue típico.

Aunque el ombligo es el lugar más frecuente de endometriosis extrapélvica espontánea, la EU es poco común. En la primera mitad del siglo xx, la mayoría de los casos publicados eran EU primarias¹⁰. Actualmente, debido al gran aumento de los procedimientos quirúrgicos abdominales, es mucho más frecuente la EU secundaria⁴⁻⁷. Nuestra paciente nunca había sido intervenida quirúrgicamente.

La etiología y la patogenia de la endometriosis permanecen inciertas². Todavía no existe acuerdo acerca del origen celular o molecular de la enfermedad¹¹. La mayoría de los casos pélvicos se podrían explicar por la teoría de la menstruación retrógrada, planteada por Sampson en 1927¹². Otras teorías, como la de la diseminación hematógena o linfática, la de la metaplasia celómica, el origen a partir de células pluripotenciales de la médula ósea o la diseminación iatrogénica durante procedimientos quirúrgicos con exposición al endometrio explicarían el resto de los casos¹³. Cuando existe endometriosis pélvica concomitante, la EU primaria se podría explicar por diseminación linfática o vascular⁴. En el resto de los casos, la mayoría, se ha sugerido que podría ser debida a metaplasia de restos embrionarios del uraco¹⁴. La endometriosis secundaria se debe a implantes endometriales en cicatrices de laparotomías o de laparoscopias en pacientes sometidas a cirugía con exposición al endometrio⁴⁻⁷.

El riesgo de degeneración maligna de las lesiones endometriósicas umbilicales es extremadamente bajo^{3,14}.

Aunque se han utilizado múltiples métodos de imagen (ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética), ninguno es específico. El diagnóstico definitivo de la endometriosis es anatomopatológico¹⁵. Aunque algunos autores realizan punción aspiración con aguja fina, la sensibilidad es baja y los resultados habitualmente no son concluyentes^{4,16}.

El tratamiento de elección es la extirpación de la lesión^{3,14}. Tras la cirugía, la tasa de recurrencias es muy baja. Aunque hay muy pocos casos publicados, el tratamiento médico con progesterona, danazol, gestrinona o noretisterona, en general, no ha sido eficaz. El uso de análogos de la GnRH preoperatorios se asocia a resección incompleta de la lesión¹⁷.

Solo el 15% de las EU primarias se asocian a endometriosis pélvica confirmada³. Debido a esta baja tasa de endometriosis pélvica simultánea, la laparoscopia diagnóstica solo está indicada en pacientes con síntomas o signos de enfermedad genital.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con hernia umbilical, quiste del uraco, granulomas piógenos o por cuerpo

extraño, nevus dérmico, malformaciones congénitas del conducto onfalomesentérico, carcinoma umbilical metastásico o primario, melanoma umbilical, eventración, hematoma, absceso...

Como conclusión, se debe decir que la EU primaria es una entidad poco frecuente pero que se debe tener en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial de lesiones localizadas en el ombligo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Waller KG, Lindsay P, Curtis P, Shaw RW. The prevalence of endometriosis in women with infertile partners. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993;48:135-9.
2. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet.* 2004;364:1789-99.
3. Victori R, Diamond MP, Johns A. Villar's nodule: a case report and a systematic literature review of endometriosis externa of the umbilicus. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14:23-32.
4. De Giorgi V, Massi D, Mannone F, Stante M, Carli P. Cutaneous endometriosis: non-invasive analysis by epiluminescence microscopy. *Clin Exp Derm.* 2003;28:315-7.
5. Teh W-T, Vollenhoven B, Harris PI. Umbilical endometriosis, a pathology that gynecologists may encounter when inserting the Veres needle. *Fertil Steril.* 2006;86:17641-2.
6. Koninckx PR, Donders G, Vandercruys H. Umbilical endometriosis after unprotected removal of uterine pieces through the umbilicus. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7:227-32.
7. González-Santín V, Robres J, Farreras N, Ortiz de Zárate L, Buqueras C, Bachs E, et al. Endometriomas de la pared abdominal. Revisión de una serie de 17 casos. *Clin Invest Gin Obst.* 2008;35:2-6.
8. Hidalgo LA, Heredia A, Fantova MJ, Badia JM, Suñol X. Endometriomas de pared abdominal: aspectos diagnósticos. *Cir Esp.* 2001;70:34-7.
9. Albrecht LE, Tron V, Rivers JK. Cutaneous endometriosis. *Int J Dermatol.* 1995;34:261-2.
10. Steck WD, Helwig EB. Cutaneous endometriosis. *JAMA.* 1965;191:167-70.
11. Bulum SE. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2009;360:268-79.
12. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol.* 1927;14:422-69.
13. Sasson IE, Taylor HS. Stem cells and the pathogenesis of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1127:106-15.
14. Latcher JW. Endometriosis of the umbilicus. *Am J Obstet Gynecol.* 1953;66:161-8.
15. ACOG. Management of endometriosis. *ACOG Practice Bulletin n.º 114.* *Obstet Gynecol.* 2010;114:223-35.
16. Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;90:218-22.
17. Agarwal A, Fong YF. Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J.* 49:704-9.