

Endometriosis umbilical: a propósito de un caso clínico.

CÉSAR ALEXANDER SALCEDO ROSA

Médico residente de segundo año de Dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

MANUEL COCHÓN ARANDA

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

FÉLIX DE JESÚS PADILLA

Médico patólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia: alexandersalcedo_1@hotmail.com

Resumen. La endometriosis ectópica consiste en el crecimiento de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Su localización suele limitarse a la cavidad pélvica, habiéndose descrito la afectación en cualquier órgano excepto, corazón y bazo. La endometriosis cutánea, pese a ser poco habitual, constituye la localización extrapélvica más frecuente presentándose dos formas: primarias o espontáneas y secundarias. Las formas secundarias son mucho más frecuentes que las primarias y se corresponden con aquellos casos surgidos sobre cicatrices de cirugías abdomino-pélvicas previas (cesáreas, laparotomías, histerectomías). La localización más frecuente de la forma ectópica es el ombligo. Palabras clave: endometriosis umbilical, ectópica, ombligo.

Umbilical endometriosis: case report

Summary. Ectopic endometriosis is the growth of endometrial tissue outside the uterine cavity. Its location is usually limited to the pelvic cavity, the involvement of any organ except the heart and spleen have been described. Cutaneous endometriosis, despite being rare, is the most common extrapelvic location presenting in two forms: primary and spontaneous or secondary. The secondary forms are much more frequent than the primary, corresponding to cases arising on pelvic-abdominal scars from previous surgeries (Caesarean sections, laparotomy, hysterectomy). The most common site of ectopic form is the navel. **Key words:** umbilical endometriosis, ectopic, navel.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis ectópica es la presencia de glándulas y/o estroma endometrial fuera de la cavidad endometrial. Fue descrita por Rokitansky en 1860. Un año más tarde, Villar describió la endometriosis umbilical primaria.¹

La endometriosis de pared abdominal suele ser un hallazgo inesperado para el dermatólogo, y con frecuencia se confunde con otras patologías sobre todo en los casos en los que la sintomatología no se presenta de forma cíclica en relación con el periodo menstrual.^{2,3}

Se realizó una revisión de datos en el archivo del departamento de histopatología, para estadificar los pacientes con diagnóstico histopatológico de endometriosis umbilical. Se registraron 3 casos de endometriosis umbilical.

Dos (2) de los casos (67%) correspondieron al rango de edad de 20-30 años, mientras que 1 caso (33%) al rango de 31-41 años. En relación al tiempo de evolución de las lesiones, las 3 pacientes presentaban la lesión por más de 1 año.

De acuerdo a los antecedentes quirúrgicos, 2 de los casos tuvieron antecedentes de cesáreas.

La sintomatología predominante encontrada en los tres casos fue el dolor durante la fase premenstrual y post menstrual.

El diagnóstico por clínica se realizó en 2 casos y un caso por diagnóstico histopatológico.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 30 años de edad, unión libre, comerciante, fototipo IV de Fitzpatrick, procedente y residente en Bonaó, con antecedentes personales patológicos, heredo-familiares y alérgicos no contributarios. Antecedentes ginecológicos G3,P3,A0,C0, refiriendo ciclos menstruales regulares. Acude a la consulta por dermatosis que afecta región umbilical de 8 meses de evolución, dolorosa, con sangrado ocasional.

Al examen físico de piel se observa una dermatosis constituida por neo formación única de color marrón pardo, redondeada, de superficie multilobulada, de 1 cm de diámetro. *Figura 1*

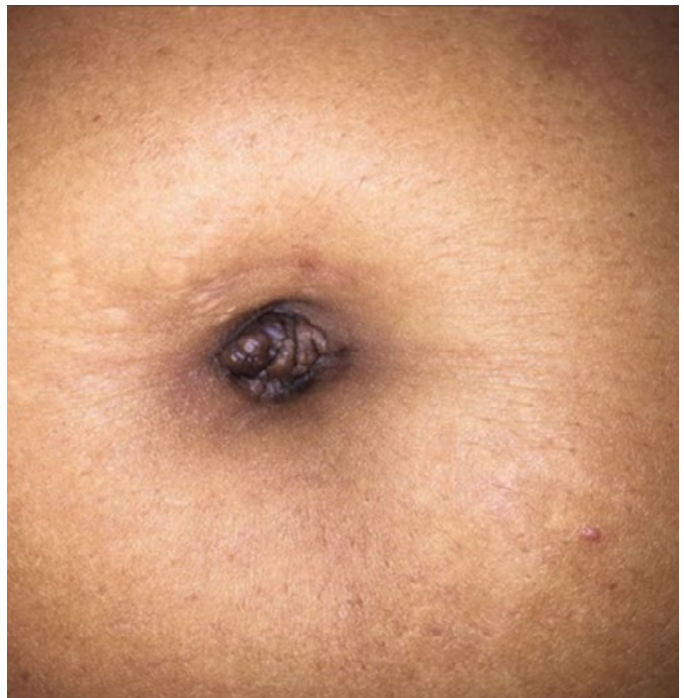


Fig. 1. Neoformación única de color marrón pardo, redondeada, de superficie multilobulada, de 1 cm de diámetro.

Se toma biopsia de piel, con hallazgos de Endometriosis umbilical. (Figura 2 y 3).

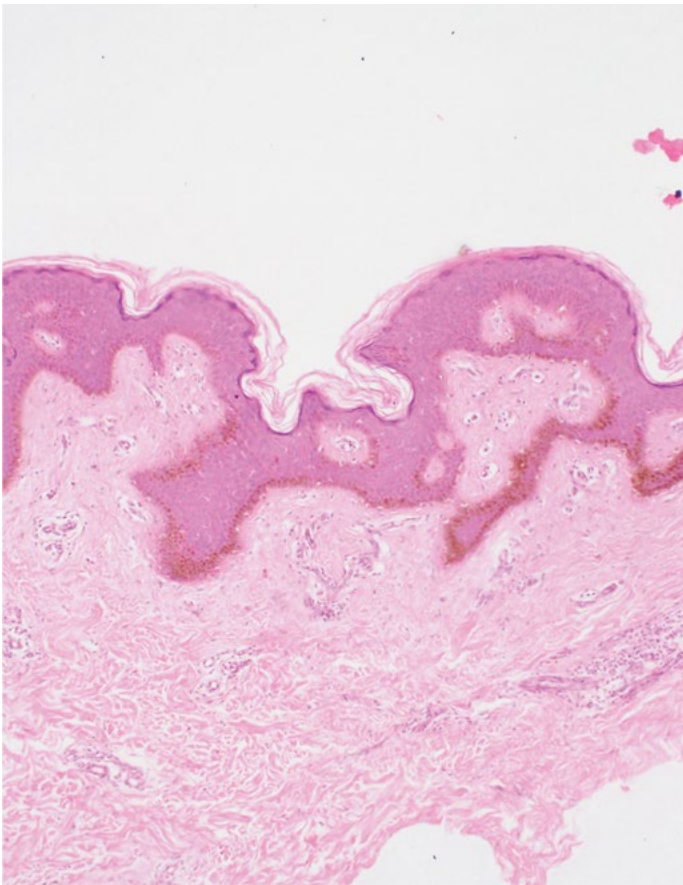


Fig. 2. Piel de región Umbilical, con marcada Acanthosis. HE. 20X

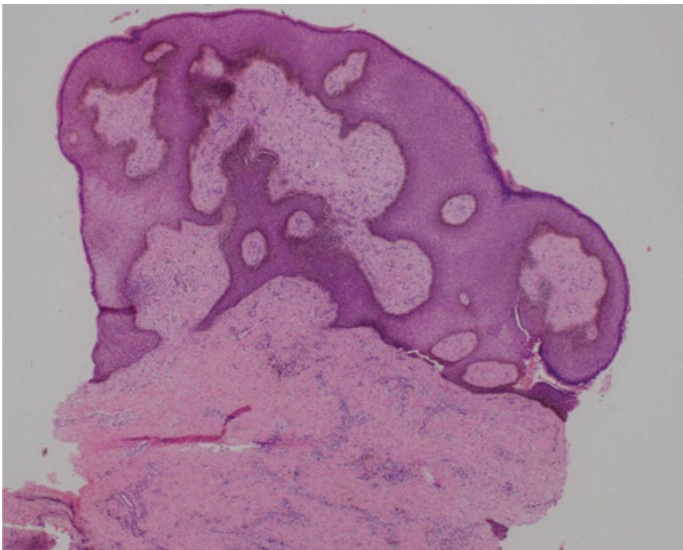


Fig. 3. Se destaca presencia de tejido endometrial ectópico (Glándulas y estroma) en dermis profundo. HE. 40X

Las analíticas de laboratorio las cuales estaban dentro de los límites de referencia, instaurándose tratamiento con esteroide intralesional (Triamcinolona) 10 mg/5ml vial (3 cc diluido en 3 cc de lidocaína al 2% sin epinefrina) cada 21 días, presentándose notable mejoría del cuadro a los 2 meses.

DISCUSIÓN

La endometriosis umbilical es una entidad poco frecuente con una incidencia estimada del 1%, y es la localización más frecuente de la endometriosis la extrapelvica.¹ La mayoría de los casos de endometriosis umbilical se presenta en mujeres en edad fértil con intervenciones quirúrgicas previas.

La patogenia no es del todo clara. Se acepta la “hipótesis de la migración” retrógrada dentro de la cavidad endometrial.^{2,3} Otra teoría posible es la transformación de tejido mesotelial a endometrio bajo la influencia de endotelio regurgitado (teoría de inducción).^{1,4,5} Existe además la hipótesis de la “metaplasia celómica” la cual está basada en que el epitelio celómico es capaz de diferenciarse en células endometriales y peritoneales.

Clínicamente se presenta en forma de nódulo de tamaño variable, cuya coloración varía de rojo a azul o negro. La sintomatología suele tener un carácter cíclico en forma de dolor o aumento de volumen durante el período premenstrual o menstrual, como se evidenció en los tres casos estudiados.

Histológicamente se caracteriza por la presencia de los 2 componentes del tejido endometrial típico (glándulas revestidas de epitelio cilíndrico o estroma). Habitualmente se observan hallazgos de la fase secretora y proliferativa del endometrio uterino, pero existe una escasa correlación entre el aspecto histológico de la endometriosis y el ciclo menstrual.^{6,7}

El diagnóstico definitivo de la endometriosis es anatómo-patológico, aunque puede establecerse la sospecha clínica mediante una anamnesis convenientemente dirigida ante la presencia de una tumoración umbilical en una mujer en edad fértil con supuración crónica inespecífica o dolor cíclico.

El diagnóstico diferencial es amplio, debiendo considerar diversas patologías benignas como hernias, quistes de uraco, granulomas piógenos o granulomas por cuerpo extraño. También deberán descartarse procesos malignos como metástasis de neoplasias internas y enfermedad de Crohn.^{4,8}

El estudio de dicha entidad debe incluir un estudio ginecológico completo y la realización de diversas pruebas de imágenes, estando indicadas tanto la ecografía transvaginal y abdominal como la resonancia magnética. En aquellos casos en los que exista sintomatología abdominal o pélvica estará también indicada la exploración laparoscópica.⁸

El tratamiento recomendado en estos casos es la extirpación de la lesión, y aunque nuestro caso presentó mejoría, el tratamiento médico no ha mostrado eficacia curativa. La recurrencia es frecuente y la presencia de rasgos atípicos parecen ser factores de riesgo de malignidad.^{9,10}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrio A, García Bustos MF, Mora MC, Parodi CM, Ramos F, Moreno S., Basombrio MA. Identificación por PS-PCR de especies de Leishmania y su correlación con características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas en Salta, Argentina). Rev Argent Salud Pública 2009; 1: 30-3.
2. Lainson R, Shaw JJ. Evolution, classification and geographical distribution. In: Peters W, Killick - Kendrick R, editors. The leishmaniasis in biology and medicine. London: Academic Press; 1987 pp. 1-120.
3. Zeegelaar JE, Faber WR. Imported tropical infectious ulcers in travelers. J Clinical Dermatology . .2008; (9): 219-32
4. Arenas R. Atlas de dermatología: diagnóstico y tratamiento. México: Interamericana-McGraw Hill, 2005.
5. Wolff K, Johnson R. Fitzpatrick color atlas and synopsis of clinical dermatology. 6 ed. New York: McGraw Hill : 2009.
6. Magill AJ. Cutaneous leishmaniasis in the returning traveler. Infect Dis Clin North Am 2005;19:241-66.
7. Rodríguez Toro, G.: Leishmaniasis Difusa. Rev. Sociedad Colombiana Dermatología. 2000; 8: 33-40.
8. Consenso sobre leishmaniasis. Sociedad Argentina Dermatología Año 2008
9. Acosta, A.C.; Restifo, E.J.: Apuntes sobre leishmaniasis. Actualización 2008. Arch Argent Dermatol 2008; 48: 47-54.
10. Samson de Querio, R.; Vasvari, J.L.; Marco, D.: Leishmaniasis mucocutánea diseminada. Dermatología Argentina 2004; 10: 149-150.