

Tumor umbilical

Umbilical tumor.

Luz Stella Parra,¹ Adriana de Palma,¹ José G. Casas² y Alberto Saponaro³

Caso clínico

Paciente de 29 años, de sexo femenino, con antecedentes patológicos de ovarios poliquísticos y sin procedimientos quirúrgicos abdominales. Consultó por la presencia de un tumor en región umbilical de dos años de evolución, levemente doloroso a la palpación.

Examen físico: tumor eritematoso de 1 cm de diámetro localizado en región umbilical, de consistencia duro-elástica (foto 1).

Estudio histopatológico: a nivel hipodérmico se observaron estructuras glandulares maduras que asentaban sobre un estroma hipercelular (foto 2) (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(5): 409-410).



Foto 1. Tumor eritematoso en región umbilical.

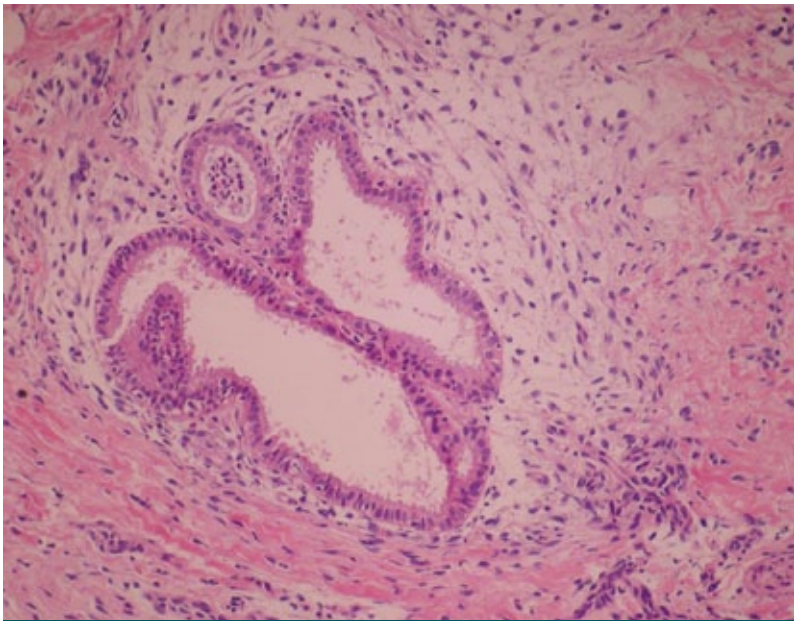


Foto 2. En hipodermis, glándulas maduras en un estroma hipercelular.

Fecha de recepción: 04/07/2010 | Fecha de aprobación: 12/08/2010

¹ Médica de planta del Servicio de Dermatología

² Profesor consultor del Servicio de Anatomía Patológica

³ Jefe interino del Servicio de Dermatología

Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia: Alberto Saponaro, Servicio de Dermatología del Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, CP 1280, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. saponaroalberto@yahoo.com.ar

Diagnóstico

Endometriosis cutánea espontánea.

Comentario

La endometriosis se define como la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. Es una patología ginecológica común que afecta hasta el 22% de las mujeres. La endometriosis extragenital o extrapélvica es una condición menos frecuente con pocos casos descritos en la literatura.

La edad de aparición más frecuente es en la cuarta década de la vida. Su localización predominante, hasta en el 60% de los casos, es sobre cicatrices abdominales, producto de la implantación iatrogénica de endometrio luego de cirugías uterinas; la cesárea es el antecedente más común.^{1,2}

Cuando no hay antecedentes quirúrgicos, como ocurrió en la paciente descrita, se denomina endometriosis cutánea espontánea. La patogenia es desconocida, pero se proponen posibles mecanismos como: 1) metaplasia celómica, basado en la observación que el epitelio celómico es capaz de diferenciarse de células endometriales y peritoneales;³ 2) la extensión directa de células endometriales a través del ligamento redondo o ducto patente onfalomesentérico; 3) la presencia congénita de tejido endometrial ectópico; 4) la siembra mecánica endometrial vía linfática o vascular.¹ Otros autores sugieren que el ombligo actuaría como una cicatriz fisiológica con predilección por el tejido endometrial.⁴

Se manifiesta como un tumor pigmentado, eritematoso o color piel normal, que puede aumentar de tamaño, sangrar y provocar dolor en forma cíclica. Esta signosintomatología cíclica puede estar ausente, como ocurrió en nuestra paciente, por lo cual no es considerada patognomónica de esta entidad.^{5,6}

Para el diagnóstico no hay hallazgos distintivos, pero algunos autores consideran de utilidad la resonancia magnética o la epiluminiscencia microscópica para diferenciar la endometriosis umbilical de otras lesiones pigmentadas.^{6,7} La aspiración con aguja fina para citología rara vez es utilizada, aunque puede ayudar a resolver el dilema diagnóstico.⁸

En el estudio histopatológico con tinciones de hematoxilina y eosina se aprecian glándulas y estroma endometrial sobre un fondo de tejido fibroadiposo. En nuestra paciente se observó mucosa endometrial constituida por estroma citógeno con leve edema y glándulas con metaplasia tubaria o salpingioide. En caso de dificultad diagnóstica, se pueden realizar tinciones inmunohistoquímicas para detectar receptores de estrógeno o progesterona.⁹

La transformación maligna es rara, pero hay informes, especialmente en pacientes con una larga historia de endometriosis recurrente. El tumor maligno más frecuente es el carcinoma de células claras, seguido del carcinoma endometrial. También se ha descrito el adenocarcinoma y el adenosarcoma.¹⁰ Los diagnósticos diferenciales incluyen al melanoma, nódulo de la hermana María José, lipoma, absceso, quiste y hernia. La cirugía es el tratamiento de elección. En el mismo acto quirúrgico se determina la profundidad exacta de la endometriosis cutánea para evitar recidivas.

Bibliografía

1. Agarwal A., Fong Y.F. Cutaneous endometriosis, *Singapor Med. J.*, 2008, 49: 704-709.
2. Douglas C., Rotimi O. Extragenital endometriosis – a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations, *J. Obstet. Gynaecol.*, 2004, 24: 804-808.
3. Matsuura K., Ohtake H., Katabuchi H., Okamura H. Coelomic metaplasia theory of endometriosis: evidence from in vivo studies and an in vitro experimental model, *Gynecol. Obstet. Invest.*, 1999, 47: 18-22.
4. Chatzikokkinou P., Thorfinn J., Angelidis I.K., Papa G. et al. Spontaneous endometriosis in an umbilical skin lesion, *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat.*, 2009, 18: 126-130.
5. Victory R., Diamond M.P., Johns D.A. Villar's nodule: a case report and systematic literature review of endometriosis externa of the umbilicus, *J. Minim. Invasive Gynecol.*, 2007, 14: 23-32.
6. Balleyguier C., Chapron C., Chopin N., Helenon O. et al. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: Results of magnetic resonance imaging, *Gynecol. Obstet. Invest.*, 2003, 55: 220-224.
7. De Giorgi V., Massi D., Mannone F., Stante M. et al. Cutaneous endometriosis: non-invasive analysis by epiluminiscence microscopy, *Clin. Exp. Dermatol.*, 2003, 28: 315-317.
8. Catalina-Fernández I., López-Presa D., Sáenz-Santamaría J. Fine needle aspiration cytology in cutaneous and subcutaneous endometriosis, *Acta Cytol.*, 2007, 51: 380-384.
9. Terada S., Miyata Y., Nakazawa H., Higashimori T. et al. Immunohistochemical analysis of an ectopic endometriosis in the uterine round ligament, *Diag. Pathol.*, 2006, 1: 27.
10. Slomovitz B.M., Soslow R.A., Chang R.C., Golub R. et al. Serous adenocarcinoma of the inguinal region arising from endometriosis followed by a successful pregnancy, *Gynecol. Oncol.*, 2002, 87: 152-154.