

Lesión umbilical supurativa en paciente previamente sana

Suppurative umbilical lesion in a previously healthy patient

María Laura Sanz¹, Agustina Fernández Capiet², Alejandro Sanz³ y Silvana Alejandra León⁴

¹ Médica Residente

² Médica, Jefa de Residentes

³ Médico de Planta

⁴ Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital Churrucá Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Contacto de la autora: María Laura Sanz

E-mail: mlaurasanz@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 20/3/2025

Fecha de trabajo aceptado: 1/10/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 93-94

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 86 años, con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico en 2011 y demencia senil, que consultó en nuestro servicio por presentar una lesión umbilical de 8 semanas de evolución.

Al examen físico se observaba una lesión nodular eritematosa, con secreción serosa, infiltrada, de 1,3 cm de diámetro, levemente dolorosa, localizada en la región umbilical (Foto 1). A la dermatoscopia se observaban algunas áreas rojo lechosas y blanquecinas, vasos puntiformes y secreción serosa. Adyacente a esta, se evidenciaba una segunda lesión nodular eritematosa, de superficie lisa, infiltrada, de 0,5 cm, de un mes de evolución, que presentaba una superficie brillante, no secretante, surcada por telangiectasias (Foto 2). Al interrogatorio dirigido, la familiar presente refirió ashenia y pérdida de peso asociados a las lesiones, de 2 meses de evolución.

Se solicitaron diferentes estudios complementarios: laboratorio con marcadores tumorales, ecografía abdominal y biopsia por *punch* de la lesión para estudio histopatológico. En el laboratorio se evidenció una eritrosedimentación de 32 mm como único dato positivo, y dentro de los marcadores tumorales, el CA-125 300 U/ml (valor normal hasta 35 U/ml). La ecografía abdominal mostró una imagen heterogénea de 131x87 mm en contacto con el útero. El estudio histopatológico informó células epiteliales con irregularidad de tamaño y forma, nucleolos redondos con moderado pleomorfismo y algunas mitosis aisladas. Fuera del área de proliferación endotelial, en el tejido conectivo se observaban vasos con elementos atípicos en su interior (Foto 3). Con respecto a la inmunohistoquímica, la queratina 7, el CAM 5.2 y el PAX8 fueron los marcadores positivos.



FOTO 1: Lesión nodular eritematosa en la región umbilical.



FOTO 2: Lesión de menor tamaño de superficie lisa surcada por telangiectasias.

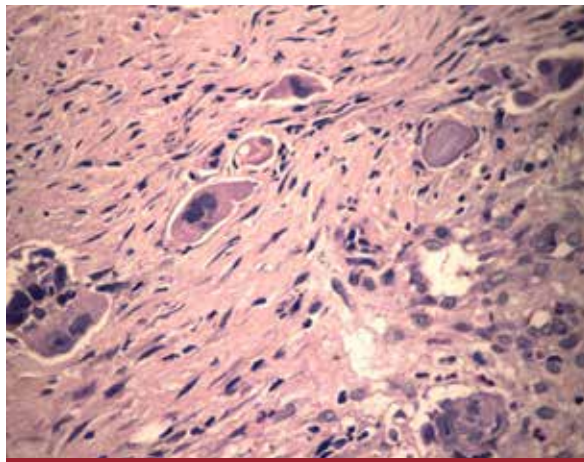


FOTO 3: Vasos con elementos atípicos en su luz compatibles con embolias tumorales.

DIAGNÓSTICO

Nódulo de la Hermana María José (metástasis de adenocarcinoma poco diferenciado).

Evolución

El diagnóstico histopatológico confirmó una metástasis de adenocarcinoma de bajo grado. Se realizó una interconsulta con el Servicio de Ginecología de nuestro hospital donde se solicitaron estudios complementarios adicionales y se arribó al diagnóstico de adenocarcinoma de ovario en estadio avanzado. La paciente falleció a las pocas semanas luego de que se decidiera, en conjunto con sus familiares, el inicio de tratamiento paliativo.

COMENTARIOS

El nódulo de la Hermana María José (NHMJ) es un signo de naturaleza metastásica, nombrado a partir de la Hermana María José Dempsey (1856-1939) quien trabajaba como asistente del Dr. William James Mayo cuando descubrió una asociación entre los pacientes con nódulos umbilicales y malignidades abdominopélvicas al prepararlos para sus respectivas cirugías¹.

La lesión se presenta clínicamente como un nódulo firme, de color rojizo o blanquecino, de tamaño variable (entre pocos milímetros hasta 10 cm), que

puede ser doloroso o ulcerado, y secretar líquido seroso o purulento^{2,3}. A la dermatoscopia se pueden observar diferentes patrones vasculares que pueden relacionarse con la neovascularización asociada a la neoplasia³.

Es una entidad poco frecuente cuya incidencia varía entre 1-3% de aparición en pacientes con neoplasias abdominopelvianas, con predominio en mujeres, y una edad promedio de presentación de 50 años. En primer lugar, el sitio de origen es digestivo y, en segundo lugar, ginecológico, como en el caso de nuestra paciente^{2,4}. La vía de diseminación habitual es la linfática, pero en los casos de neoplasias primarias de origen abdominal que tienen afección peritoneal, la infiltración suele ser directa⁵.

El NHMJ presenta diferentes diagnósticos diferenciales a descartar. Dentro de los tumores benignos de similares características se encuentran los angiomas, el dermatofibroma, el granuloma piógeno, las cicatrices queloides, la endometriosis o los granulomas por cuerpo extraño. Los tumores malignos, como el carcinoma basocelular y el melanoma amelanótico, deben tenerse en cuenta, por lo que el estudio histopatológico de la lesión debe solicitarse a la brevedad^{1,2,6}.

En un 30% de los casos, el NHMJ es la primera manifestación de la neoplasia, por lo que el diagnóstico suele ser tardío y el pronóstico sombrío². Los estudios de imágenes (como una tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis o una resonancia magnética) permiten establecer la extensión y el tratamiento de cada paciente. La tasa de supervivencia se estima entre 4-10 meses, siendo el tratamiento paliativo la única opción para la mayoría de los pacientes. Sin embargo, existen casos publicados donde la combinación del tratamiento quirúrgico y el quimioterápico ha conseguido buenos resultados^{2,7}.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Graciela Luján Carabajal, Médica de Planta del Servicio de Anatomía Patológica, y al Dr. Miguel Ángel Mazzini, Médico consultor del Servicio de Dermatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tso S, Brockley J, Recica H, Ilchysyn A. Sister Mary Joseph's nodule: an unusual but important physical finding characteristic of widespread internal malignancy. *Br J Gen Pract.* 2013;63:551-552.
2. González-Romero N, Aza-Martínez I, Cancho-Galán G, Gómez-Muga S, et al. Nódulo de la Hermana María José. Serie de casos. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2019;47:139-143.
3. Garrido-Colmenero C, Blasco-Morente G, Pérez-López I, Tercedor-Sánchez J. Dermatoscopia del nódulo de la Hermana María José. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106: 511-512.
4. Roque MA, Villar M, Pascual, Blasco R, et al. Nódulo de la Hermana María José. Manifestación inicial de un carcinoma de ovario. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2008;35:98-100.
5. Ramia JM, de la Plaza R, López-Marcano A, Kuhnhardt A, et al. Sister Mary Joseph's nodule: umbilical metastasis from gallbladder cancer. *Gastroenterol Hepatol.* 2016;39: 302-304.
6. Bai XL, Zhang Q, Masood W, Masood N, et al. Sister Mary Joseph's nodule as a first sign of pancreatic cancer. *World J Gastroenterol.* 2012;18:6686-6689.
7. López-Corral F. Nódulo de la Hermana María José y cáncer de páncreas. *Soc Esp Med Rural Gen.* 2011;37:433-435.