

Lesión tumoral pigmentada sobre cicatriz de cesárea

Pigmented tumor lesion on a cesarean scar

Marina Soledad Bustinduy¹, Ana Edith Bonafe², Daniela Bresolin Tuduri² y Ada Matilde Vaccarezza³

¹ Médica Residente de 4° año de Dermatología

² Médica de Planta

³ Jefa de la Unidad de Dermatología
Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Donación
Francisco Santojanni, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

Contacto de la autora: Marina Soledad Bustinduy

E-mail: bustinduymarina@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 4/4/2025

Fecha de trabajo aceptado: 14/10/2025

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 169-171

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 30 años, sin antecedentes patológicos de relevancia y con antecedente personal de cesárea realizada 3 años antes, que consultó a nuestro servicio por una dermatosis que ocasionalmente resultaba dolorosa y que se asociaba a inflamación y sangrado coincidente con el ciclo menstrual.

Al examen físico, en la región del pubis, presentaba una cicatriz correspondiente a la cesárea y, sobre ella, una lesión tumoral de 2 cm, de aspecto nóduloide, coloración pardo-negruzca, superficie lisa y brillante, y consistencia firme a la palpación (Foto 1).

Se practicó biopsia por *punch* para estudio histopatológico que reveló epidermis con leve acantosis y,

en dermis media y profunda, presencia de glándulas irregulares acompañadas de un estroma hiper celular con extravasación sanguínea. Se evidenció la histología clásica de estas glándulas: una monocapa de células basófilas cilíndricas con eritrocitos intraluminales y un estroma con marcada vascularización, hiper celularidad y macrófagos cargados de hemosiderina, hallazgo indicativo de hemorragias previas (Foto 2).

Asimismo, la inmunohistoquímica mostró positividad del receptor de estrógenos en el 100% de los núcleos evaluados (Foto 3), mientras que la CK7 (citoqueratina) resultó positiva con expresión en la membrana de las células glandulares (Foto 4).



FOTO 1: Lesión tumoral de aspecto nóduloide sobre cicatriz de cesárea previa.

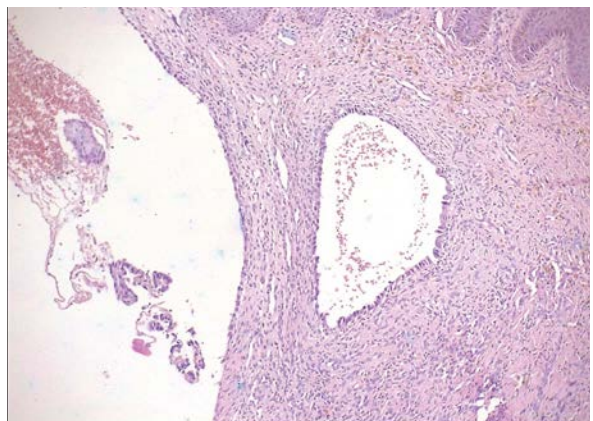


FOTO 2: Presencia de glándula con monocapa de células basófilas cilíndricas con eritrocitos intraluminales y estroma hiper celular con extravasación sanguínea.

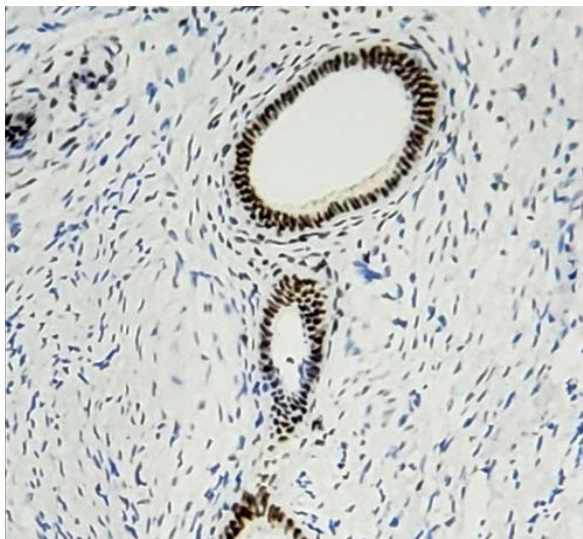


FOTO 3: Receptor de estrógenos positivo en núcleos (IHQ, 10X).

DIAGNÓSTICO

Endometriosis cutánea secundaria.

COMENTARIOS

La endometriosis cutánea constituye una manifestación infrecuente de la enfermedad, caracterizada por la implantación ectópica de tejido endometrial a nivel de la piel. Representa aproximadamente el 1% de los casos descritos. Desde el punto de vista etiológico, se distingue una forma primaria, de aparición espontánea, y otra secundaria, considerablemente más prevalente, asociada a procedimientos quirúrgicos en la región abdominopélvica, como laparotomías, cesáreas u operaciones de hernia¹.

Clínicamente se presenta como una formación nodular que en ocasiones puede ser multilobulada, de tamaño y coloración variable (de rojiza a más azulada en función de la cantidad de sangre que presente en su interior) y de consistencia elástica². Esta formación suele cursar con dolor e incremento cíclico de su tamaño que coincide con el ciclo menstrual; sin embargo, se han descrito casos en los que se presenta de manera asintomática. La endometriosis cutánea puede provocar dolor, inflamación y prurito durante el período premenstrual, ya que el tejido endometrial ectópico responde cíclicamente a las hormonas ováricas³.

Esta patología puede confundirse fácilmente con cuadros como cicatrices queloides, dermatofibromas o bien puede simular neoplasias malignas como el dermatofibrosarcoma protuberans, metástasis cutáneas como el nódulo de la Hermana María José o melanoma nodular⁴. El diagnóstico diferencial entre estas entidades suele ser complejo, especialmente cuando las pacientes no presentan síntomas vinculados con el

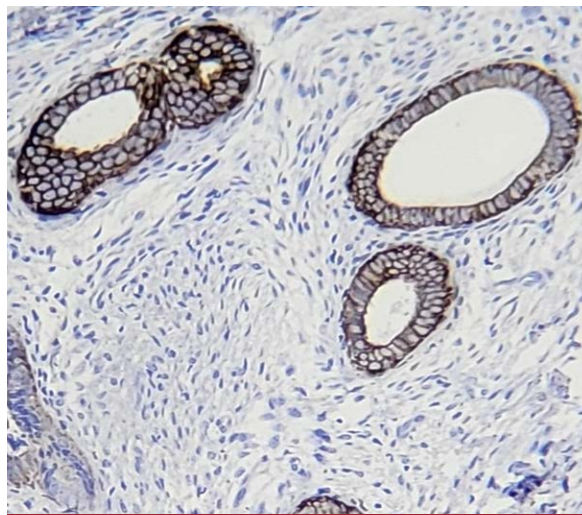


FOTO 4: CK 7 (citoqueratina) positiva, marcando la membrana de las células glandulares.

ciclo menstrual. Por esta razón, y debido a la importancia de descartar procesos malignos, se recomienda la exéresis de la lesión y su posterior análisis histopatológico a fin de establecer el diagnóstico definitivo. En la histopatología se observa la presencia de glándulas endometriales rodeadas de estroma hiper celular y extravasación de glóbulos rojos. Se pueden realizar técnicas de inmunohistoquímica ya que las estructuras glandulares expresan citoqueratina⁷, receptores de estrógenos y progesterona, mismos inmunomarcadores del endometrio normal⁵.

El tratamiento de elección de la endometriosis cutánea es la resección quirúrgica con márgenes amplios⁶. Algunos estudios sugieren que, en los casos en los que las lesiones sean de gran tamaño, se puede realizar su reducción con tratamiento hormonal antes de la cirugía. Los fármacos más utilizados son el danazol, los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y los anticonceptivos orales. Las hormonas reducen el tamaño de las lesiones al inhibir la proliferación cíclica del tejido endometrial. La tasa de recurrencia es muy baja si se realizó la extirpación completa de la lesión⁷.

En conclusión, es importante destacar que la endometriosis cutánea secundaria es una afección benigna y poco frecuente que debe tenerse en cuenta ante la aparición de tumores de aspecto nodular en la piel, sobre todo sobre cicatrices abdominales en mujeres en edad fértil que fueron sometidas a algún tipo de intervención quirúrgica abdominal y/o pelviana. Si bien los síntomas y el tamaño de la lesión suelen variar con los ciclos menstruales, la ausencia de esta característica no descarta su diagnóstico debido a la gran variabilidad clínica con la que se presenta⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huang QF, Jiang B, Yang X, Yu B, et al. Primary versus secondary cutaneous endometriosis. Literature review and case study. *Heliyon*. 2023;9:e20094.
2. Gentile B, Chessé C, Vidal J, Innocenti C, et al. Endometriosis asociada a cicatriz de episiotomía. *Dermatol Argent*. 2019;25:115-118.
3. Olvera-Cortés V, Pulido-Díaz N, Quintal-Ramírez M, Navarro-García W. Primary cutaneous endometriosis: Case report. *Dermatología CMQ*. 2016;14:32-34.
4. Raffi L, Suresh R, McCalmont TH, Twigg AR. Cutaneous endometriosis. *Int J Womens Dermatol*. 2019;5:384-386.
5. González NM, Vidal-Santana F, Castro-Sánchez A, Pérez-Quintela BV. Endometriosis cutánea: a propósito de un caso. *Prog Obstet Ginecol*. 2013;5:156-158.
6. Panizzardi A, Vallarín C, Vargas A, Casas J, et al. Endometriosis umbilical primaria. *Dermatol Argent*. 2014;20:130-132.
7. Agarwal A, Fong YF. Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J*. 2008;49:704-709.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

Mitos y verdades. PSORIASIS

Florencia Eilé Palacios, María Jimena Díaz, Julieta María Campos

Residentes de 1° año de Dermatología Clínica, Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina



ENUNCIADOS

1. "Existen factores ambientales que pueden ser desencadenantes".
2. "La psoriasis no tiene riesgo cardiovascular".
3. "La psoriasis no genera manifestaciones mucosas".

RESOLUCIÓN

1. **VERDAD.** Existen diversos factores que pueden desencadenar o agravar la psoriasis. Entre ellos se destacan los hábitos tóxicos, como el consumo de alcohol y tabaco. Las infecciones bacterianas, micóticas y virales pueden actuar como desencadenantes o agravantes de la psoriasis al estimular la respuesta inmunológica en personas susceptibles. Las infecciones bacterianas, especialmente las estreptocócicas, se asocian con la psoriasis en gota, ya que inducen una intensa activación inmunitaria. Los traumatismos físicos o químicos también pueden actuar como desencadenantes. El fenómeno de Koebner explica la aparición de lesiones psoriásicas en áreas de piel previamente sana tras una agresión local. El estrés emocional, tanto agudo como crónico, puede provocar una respuesta neuroendocrina

a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo que desencadena un estado de inflamación sistémica. En cuanto a la nutrición, existe una relación bidireccional entre la obesidad y la psoriasis. La obesidad favorece la inflamación sistémica mediada por citoquinas pro-inflamatorias producidas en el tejido adiposo. Entre los factores exacerbantes se incluyen diversos fármacos, como los antipalúdicos, betabloqueantes, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), interferón, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y gemfibrozilo.

2. **MITO.** Además de los factores de riesgo ateroscлерótico, la severidad de la afectación cutánea se asocia de manera independiente con un mayor riesgo cardiovascular en pacientes con psoriasis. Se ha demostrado la presencia de disfunción endotelial junto con un aumento del grosor de la íntima-media carotídeo, lo que sugiere la existencia de enfermedad cardiovascular subclínica.

3. **MITO.** En pacientes con acrodermatitis continua de Hallopeau y psoriasis pustulosa generalizada pueden

presentarse lesiones anulares eritematosas de carácter migratorio, con descamación blanquecina y aspecto húmedo. Estas lesiones se localizan con mayor frecuencia en la lengua y pueden simular, tanto clínica como histológicamente, a la lengua geográfica. Asimismo, pueden observarse manifestaciones en la mucosa oral.

BIBLIOGRAFÍA

- Lavieri A, Acevedo A, Baccarini E, Crespo MA, et al. Consenso nacional de psoriasis. Guía de tratamiento. Actualización 2024 [Internet]. Sociedad Argentina de Dermatología; 2024 [citado 2026 Ene 14]. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2024/08/CONSENSO-NACIONAL-PSORIASIS-2024.pdf>.
- Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. En: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, eds. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. España: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 197-231.
- González-Gay MA, González-Vela C, González-Juanatey C. Psoriasis: una enfermedad cutánea relacionada con riesgo cardiovascular elevado. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:139-153.
- Van de Kerkhof PCM, Iversen L. Psoriasis. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. *Dermatología*. Barcelona: Elsevier; 2025:139-163.