

Caso para diagnóstico

Nódulo umbilical

José Alfredo Soto Ortiz,* Juan Gabriel Barrientos García**

Una paciente de 45 años de edad, soltera, ama de casa, originaria y residente del estado de Jalisco, México, acudió a consulta debido a un nódulo umbilical de dos años de evolución con sangrado cíclico asociado con el periodo menstrual. A la exploración, se observó en la cicatriz umbilical una neoformación multilobulada de 1.2 x 1 x 0.5 cm, eritematosa y violácea, con superficie mamelonada, blanda y no dolorosa a la palpación, con huellas de sangre fresca en la piel circundante (Figuras 1 y 2). No se encontraron otras alteraciones dermatológicas. La paciente negó antecedentes heredo-familiares del padecimiento. En cuanto a sus antecedentes personales, refirió hipertensión arterial sistémica controlada con inhibidores de la ECA y obesidad exógena con IMC de 30 kg/m²; no se le había realizado ninguna intervención quirúrgica. Acerca de sus antecedentes ginecoobstétricos, mencionó periodos menstruales regulares, con dismenorrea desde su primer ciclo menstrual, que inició a los 14 años.

Se realizó biopsia por sacabocado, mediante la cual se identificó en la dermis tejido endometrial formado por

numerosas estructuras glandulares tapizadas por una capa de células columnares que mostraban secreción por decapitación y estaban inmersas en un estroma fibrovascular (Figuras 3 y 4).

De acuerdo con la correlación clínico-patológica, ¿cuál sería el diagnóstico?

- Tejido de granulación.
- Melanoma amelanico.
- Endometriosis cutánea.
- Granuloma piógeno.
- Nódulo de la hermana Joseph.

Diagnóstico: endometriosis cutánea.

DISCUSIÓN

La endometriosis, descrita por Rokitanski en 1860, se define como la presencia de tejido endometrial fuera de su localización normal, que es el útero. La cavidad pélvica es el principal sitio afectado.¹

El tejido endometrial cutáneo es un hallazgo poco frecuente; fue descrito por Villar en 1886 y aparece generalmente después de un proceso quirúrgico, como cesárea o episiotomía. Cuando ocurre sin antecedente quirúrgico, toma la forma de un nódulo eritematoso y violáceo, doloroso, con sangrado y variación de tamaño cíclica vinculada con el periodo menstrual. Su localización habitual es la cicatriz umbilical. También se han reportado casos en las zonas vulvar, inguinal y perineal.² Con respecto a la endometriosis umbilical primaria pueden considerarse posibles causas la diseminación linfática o la metaplasia celómica, que resulta de la diferenciación anormal en un epitelio germinal ectópico, bajo el efecto de algunos estímulos irritativos.³

El diagnóstico histopatológico se basa en la identificación de tejido endometrial, con glándulas que exhiben

* Médico dermatólogo e internista.

** Médico dermatólogo y dermatopatólogo.
Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio,
Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

Correspondencia: Dr. José Alfredo Soto Ortiz. Circuito de las Flores 3460, Fraccionamiento Ciudad Bugambilias, CP 45238, Zapopan, Jalisco, México. Correo electrónico: jalfsoto@yahoo.com.mx
Recibido: enero, 2012. Aceptado: febrero, 2012.

Este artículo debe citarse como: Soto-Ortiz JA, Barrientos-García JG. Nódulo umbilical. Dermatol Rev Mex 2012;56(4):275-277.



Figura 1. Lesión nodular umbilical con huellas de sangre periumbilical.



Figura 2. Neoformación multilobulada eritemato-violácea.

epitelio columnar y estroma edematoso con pequeñas células fusiformes.⁴

El patrón de referencia para la estadificación de la endometriosis es la laparoscopia de la cavidad abdominal. Es necesario realizar este estudio, ya que la incidencia real de endometriosis genital o intestinal concomitante con endometriosis umbilical no es clara, y mediante la laparoscopia se excluyen otras lesiones. El ultrasonido transvaginal y la resonancia magnética son excelentes métodos no invasivos que también se han usado para

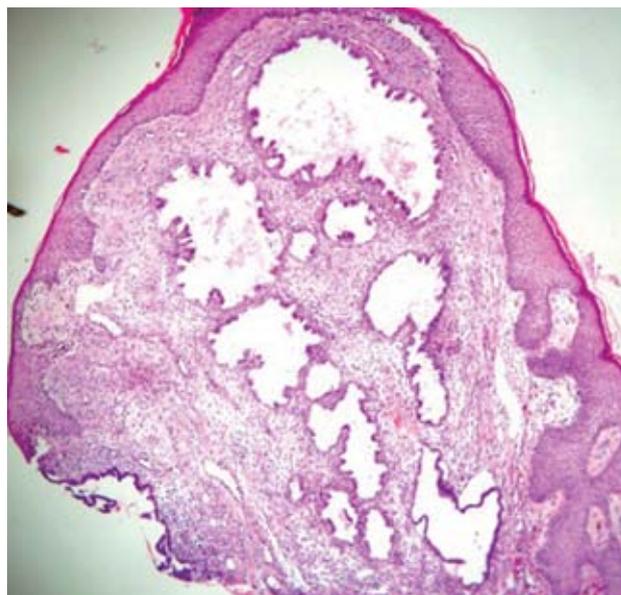


Figura 3. Tejido endometrial con estructuras glandulares irregulares y estroma fibrovascular (10X).

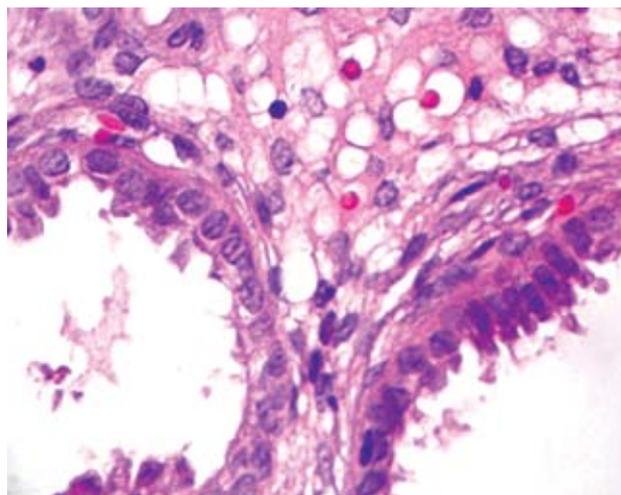


Figura 4. Epitelio glandular que exhibe secreción por decapitación (40X).

este fin.¹ En esta paciente, el estudio de ultrasonografía de la cavidad abdominal resultó negativo. Se le refirió a un servicio de ginecología para la realización de estudio laparoscópico y curación quirúrgica del problema.

Los diagnósticos diferenciales son variados e incluyen desde lesiones benignas, como granuloma piógeno, hemangiomas, quiste epidérmico y restos embrionarios, hasta lesiones reactivas como granuloma a cuerpo extraño; sin embargo, ante una lesión umbilical, siempre

debe considerarse la posibilidad de metástasis más que de neoplasias cutáneas primarias asentadas en este sitio, como melanoma, carcinoma basocelular o espinocelular, cuya frecuencia es rara en esta localización. En cuanto a las metástasis, la principal consideración es el nódulo de la hermana Mary Joseph, que sugiere un adenocarcinoma genital o gastrointestinal. Por tanto, en presencia de un nódulo umbilical es imprescindible el estudio histopatológico para descartar todas estas posibilidades.^{2,5-7}

El manejo de la endometriosis es motivo de controversia, ya que puede realizarse mediante tratamiento hormonal o escisión quirúrgica. En esta paciente, que aparentemente sufría de endometriosis primaria umbilical, se consideró que el abordaje quirúrgico era la mejor opción. Los tratamientos hormonales con estrógenos, progesterona, andrógenos y análogos sintéticos como el danazol no han demostrado su eficacia y deben administrarse por periodos, incluso, de seis meses, además de los efectos adversos que producen.⁸

El dermatólogo y el patólogo deben reconocer este padecimiento. La clave diagnóstica es la existencia de un

nódulo eritematoso y violáceo en concordancia con el ciclo menstrual. En todos los casos debe realizarse biopsia para descartar metástasis.

REFERENCIAS

1. Morphy AA. Clinical aspects of endometriosis. *Ann NY Acad Sci* 2006;995:1-10.
2. Von Stemm AM, Meigel WN, Scheidel P, Gocht A. Umbilical endometriosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999;12:30-32.
3. Loverro G, Mei L, Vicino M, Cormio G, Selfaggi L. Umbilical endometriosis. *J Gynecol Surg* 2001;17:65-68.
4. Calonje E, Neill S, Bunker C. Disease of anogenital skin. In: Calonje E, Brenn T, Lazar A, Mckee P, editors. *Mckee's pathology of the skin with clinical correlations*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunder, 2012;486.
5. Muñoz H, Waxtein L, Vega ME. An ulcerated umbilical nodule. *Arch Dermatol* 1999;135:1117-1118.
6. Farhi D, Zimmermann U, Chapron C, Dupin N. Umbilical endometriosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:280-281.
7. Etter L, Cook JL. Basal cell carcinoma of the umbilicus: a case report and literature review. *Cutis* 2003;71:123-126.
8. Charles SX, Samyktha K. Endometriosis of the umbilicus. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1979;19:275.