Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (12): 971-977.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.5857

Carcinoma basocelular umbilical en paciente con sospecha de endometriosis en la pared abdominal. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Umbilical basal cell carcinoma in a patient with suspected abdominal wall endometriosis. Case report and review of the literature.

María Pineda-Mateo,[1] Leticia Azcona-Sutil,[1] David Vargas-Gálvez,[2] Antonio Jiménez-Caraballo,[3] Rosa Rodríguez-Gómez[3]

Resumen

ANTECEDENTE: La endometriosis es una enfermedad inflamatoria que llega a afectar incluso a 15 a 44% de las mujeres fértiles; sin embargo, su localización en la pared abdominal es excepcional. Las diferentes lesiones que pueden encontrarse ahí dificultan el diagnóstico preoperatorio.

OBJETIVOS: Reportar el caso de una paciente con carcinoma basocelular umbilical en quien se sospechó endometriosis en la pared abdominal y revisar la bibliografía al respecto, en particular la importancia del diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO: Paciente de 45 años con un carcinoma basocelular en torno de la zona umbilical. La situación anatómica y la induración dolorosa y sangrante en el área umbilical favorecieron un diagnóstico erróneo inicial de endometriosis umbilical. Esta tumoración, de un subtipo histológico de alto riesgo, requiere una técnica quirúrgica agresiva, con control de los márgenes afectados. En las revisiones posoperatorias la paciente permaneció asintomática, sin lesiones aparentes de recidiva.

De la búsqueda bibliográfica se incluyeron 14 artículos de reportes de casos y revisiones de endometriosis en la pared abdominal y carcinoma basocelular. El acceso quirúrgico mediante la cirugía micrográfica de Mohs se estableció como el método más recomendado en la actualidad.

CONCLUSIONES: La sospecha de endometriosis en la pared abdominal suele estar fundamentada en la aparición de una lesión con variaciones cíclicas sobre el lecho de una incisión quirúrgica. Las diferentes lesiones que pueden encontrarse en la pared abdominal dificultan el diagnóstico preoperatorio y solo el estudio histológico es el que finalmente lo establece.

PALABRAS CLAVES: Endometriosis; pared abdominal; carcinoma basocelular umbilical; diagnóstico diferencial; ombligo; edad media.

Abstract

BACKGROUND: Endometriosis is an inflammatory disease that affects up to 15-44% of fertile women, however its location at the level of the abdominal wall is a rare entity. The different lesions that can settle at this level make preoperative diagnosis difficult

OBJECTIVES: To report the case of an umbilical basal cell carcinoma in a patient with suspected endometriosis of the abdominal wall and to review the literature, especially on the importance of differential diagnosis.

[1] Médico, residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España,
[2] Médico, facultativo de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.
[3] Médico, facultativo de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Recibido: junio 2021

Aceptado: julio 2021

Correspondencia
Leticia Azcona Sutil
azconasutilleticia@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Pineda-Mateo M, Azcona-Sutil L, Vargas-Gálvez D, Jiménez-Caraballo A, Rodríguez-Gómez R. Carcinoma basocelular umbilical en paciente con sospecha de endometriosis en la pared abdominal. Reporte de un caso y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (12): 971-977.

CLINICAL CASE: A 45-year-old woman who presented a basal cell carcinoma at the umbilical level. The anatomical situation and the painful and bleeding induration at the umbilical level, led to an initial misdiagnosis of umbilical endometriosis. This tumor of a high-risk histological subtype requires optimal management, based on an aggressive surgical technique with control of the affected margins. In postoperative check-ups, the patient remains asymptomatic, with no apparent lesions of recurrence.

A bibliographic search was carried out and 14 articles were included on case reports and literature reviews of abdominal wall endometriosis and basal cell carcinoma. The surgical approach using Mohs micrographic surgery has been established as the most recommended method at present.

CONCLUSIONS: The suspicion of abdominal wall is usually based on the appearance of a lesion with cyclical variations on the bed of a surgical incision. The different lesions that can settle at the level of the abdominal wall make preoperative diagnosis difficult, with the histological study finally being the one that yields the definitive result.

KEYWORDS: Endometriosis; Abdominal wall; Umbilical basal cell carcinoma; Differential diagnosis; Umbilicus; Middle aged.

ANTECEDENTES

La endometriosis es la coexistencia de células, glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. La localización más habitual es en las estructuras pélvicas: ovarios, ligamentos uterinos, tabique recto vaginal y peritoneo; no obstante, puede estar ampliamente distribuida y encontrarse focos a nivel vesical, intestinal, de la cicatriz umbilical, saco herniario o extremidades, entre otros.[1,2]

La endometriosis pélvica es una enfermedad común y benigna que llega a afectar incluso al 10% de las mujeres en edad reproductiva. La endometriosis de pared abdominal se caracteriza por la coexistencia de tejido endometrial ectópico en la superficie del peritoneo, aponeurosis o tejido celular subcutáneo; la frecuencia estimada va de 0.04 a 5.5%.[2,3] Esto puede suceder de manera espontánea, pero la gran mayoría de casos reportados son secundarios a una incisión quirúrgica, sobre todo en cicatrices de cesárea.[3,4,5]

La existencia de una masa con el antecedente de una cicatriz abdominal previa y asociada con dolor abdominal cíclico catamenial constituye la triada clásica de presentación clínica.[1,4,5] Si bien ello es lo común, debe establecerse el diagnóstico diferencial con hernias, lipomas, abscesos, tumores desmoides y patología maligna, entre otros.[1,3,5] El reporte del estudio histopatológico es el método que permite establecer el diagnóstico definitivo, conseguido, en la gran mayoría de los casos, después de la intervención quirúrgica.[2,4]

Un tipo particular de endometriosis en la pared abdominal, a propósito del caso clínico, es la endometriosis de localización cutánea, y la forma más típica de manifestación es la endometriosis de localización umbilical. Establecer el diagnóstico correcto supone un reto al considerar el origen de todas las tumoraciones subcutáneas que afectan a la pared abdominal.[6-9] La peculiaridad de la paciente del caso reside en que, a pesar de la sospecha diagnóstica clínica de endometriosis umbilical, la anatomía pato-

https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.5857

lógica de la lesión mostró un tipo de neoplasia primaria umbilical, por demás excepcional, con muy pocos casos reportados hasta ahora: carcinoma basocelular.[10-14] Los objetivos de este caso fueron: reportar el caso de una paciente con carcinoma basocelular umbilical en quien se sospechó endometriosis en la pared abdominal y revisar la bibliografía al respecto, en particular la importancia del diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años, sin alergia a medicamentos conocida. Antecedentes de: fibromialgia e IMC de 30.86 kg/m^2, una cesárea con miomectomía y várices. Acudió a la consulta de Ginecología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, institución pública de alta complejidad, de referencia, ubicada en el sur de España. Consultó debido a una induración dolorosa en el ombligo, asociada con sangrado por el mismo y en coincidencia con las menstruaciones. En la exploración física se palpó un nódulo de 2 cm, de aspecto granulomatoso y pequeño foco fistulizado adyacente (**Figura 1**). La resonancia magnética nuclear reportó: endometriosis de pared abdominal asociada con varios focos ováricos (**Figura 2**). Se programó la exéresis de la lesión en conjunto con los especialistas del servicio de Cirugía General y de Ginecología. Se practicó una onfalectomía en bloque de fístula dérmica y ombligo (**Figura 3**) que se envió para su estudio anatomopatológico diferido. El diag-



Figura 2. Imagen nodular lenticular de 22 x 22 x 11 mm de señal intermedia en T2 e hipointensa en T1 compatible con endometriosis de pared abdominal.

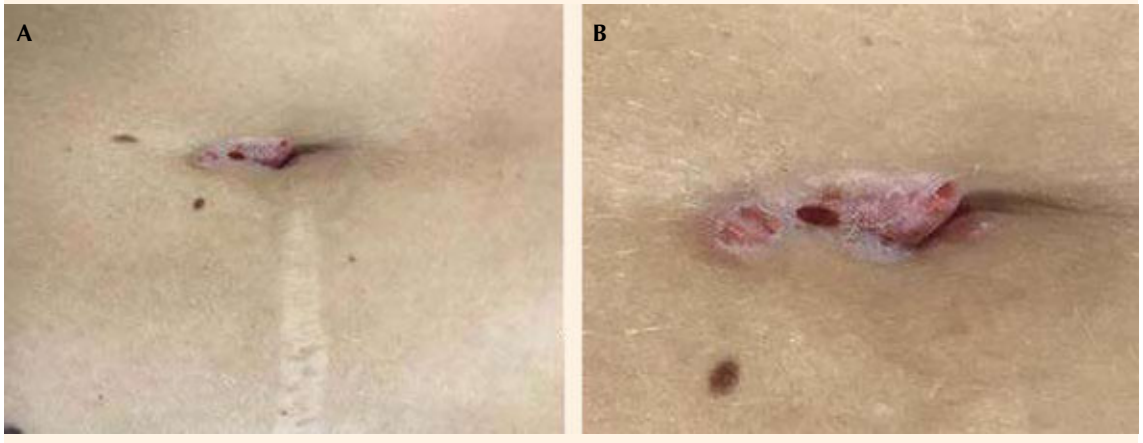


Figura 1. Lesión umbilical. A) Lesión con una cicatriz de una laparotomía media. B) Lesión a mayor aumento.



Figura 3. Imagen intraoperatoria de la onfalectomía.

nóstico definitivo fue de: carcinoma de células basales con patrón micronodular. El estudio inmunohistoquímico demostró una fuerte expresión de CK5/6, Ber-EP4 y BCL-2 en las células neoplásicas, con un índice de proliferación del 40%; sin embargo, ninguna de ellas mostraba CK20, AME, cromogranina ni sinaptofisina. Después del diagnóstico la paciente fue enviada al servicio de Dermatología. Al cabo de dos años de seguimiento la paciente se encontraba asintomática, con una buena cicatrización y sin nodulaciones ni recidivas en la exploración; se dio de alta en tratamiento con fotoprotección FPS50+ cada 2 a 3 horas, indefinidamente.

METODOOGÍA

Se efectuó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas de: Medline vía PubMed y Google Scholar con los términos: "endometriosis", "pared abdominal", "cicatriz de cesárea", "carcinoma basocelular", "ombligo". Se encontraron 14 artículos, entre ellos de revisión, reporte y series de casos. La búsqueda incluyó artículos en inglés y español publicados entre 2007 y 2020. Se obtuvo información de la frecuencia de lesiones de la pared abdominal que resultaron en endometriosis y en carcinoma basocelular umbilical. Se evaluaron las manifestaciones clínicas y los síntomas predominantes con atención en los rasgos distintivos entre las alteraciones clínicas para establecer un diagnóstico diferencial correcto, fundamental para el tratamiento.

Los casos revisados y el publicado no comprometen la confidencialidad de la paciente y aseguran la protección de sus derechos. El trabajo se llevó a cabo siguiendo las Normas de Buena Práctica Clínica y la Declaración de Helsinki de 1975 y revisada en 2013.

Enseguida se expone lo encontrado en las 14 publicaciones revisadas.

DISCUSIÓN

La endometriosis es una enfermedad inflamatoria dependiente de estrógenos que se caracterizada por la coexistencia de tejido endometrial funcionante fuera del útero. Afecta, incluso, de 15 a 44% de las mujeres en edad reproductiva[1] y se encuentra en 35 a 50% de mujeres con antecedente de infertilidad o dolor pélvico.[2,4]

Su origen se desconoce y se han planteado múltiples teorías que intentan dilucidarlo. La más apoyada sostiene que se trata de una implantación de células endometriales debido a una migración retrógrada. Por el contrario, otras defienden que se debe a una diseminación hematógena o linfática. Desde otro punto de vista, una teoría más novedosa relaciona esta enfermedad con una metaplasia del tejido celómico.[3,5]

La endometriosis se localiza, principalmente, en la pelvis y el peritoneo pélvico es donde con más frecuencia se encuentran los implantes de endometriosis. Si bien existen otras localizaciones menos habituales: piel, pulmones o las

https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.5857

extremidades cuya incidencia es de alrededor de 12%.[6] Entre las localizaciones menos frecuentes, la endometriosis en la pared abdominal tiene una afectación estimada entre el 0.04 y el 5.5%[2,3] aunque esta prevalencia no es del todo fiable debido a la baja incidencia y la escasez de casos documentados. Entre los subtipos de endometriosis en la pared abdominal, que se sospechó en la paciente del caso, fue la endometriosis umbilical.

Entre los factores de riesgo para padecer endometriosis umbilical se encuentra el haber padecido una cicatriz previa; de hecho, según algunos autores, la mayoría de casos acontecen después de una cirugía uterina, como la cesárea de la paciente, o sobre las trompas de Falopio, con un tiempo de latencia medio de 5 años.[6,7] Otros autores, por el contrario, defienden que su aparición espontánea es más frecuente[3] lo que hace evidente la controversia existente.

La clínica característica es de un nódulo único, casi siempre de pequeño tamaño, bien delimitado y sólido, de coloración ligeramente azulada que puede ulcerarse si la lesión es muy superficial. Se asocia con dolor cíclico y puede haber modificaciones en función de la fase menstrual, que habitualmente sucede después de una cirugía abdominal, como sucedió en la paciente del caso.[2,3]

Ante la sospecha clínica puede recurrirse a pruebas complementarias: resonancia magnética nuclear y tomografía axial computada para orientar acerca de la naturaleza de la lesión; aunque su papel fundamental es aportar información del tamaño preoperatorio y la extensión de la enfermedad.[1,2] La resonancia magnética nuclear, en particular, muestra hallazgos similares a la endometriosis pélvica: señales de alta intensidad en T1 y T2 consistentes con hemorragias subagudas, técnica empleada en la paciente del caso que corroboró la sospecha clínica.

A pesar de lo anterior, el diagnóstico de certeza lo ofrecerá la anatomía patológica; como sucedió en la paciente del caso, existen distintas patologías de la pared abdominal con las que hay que establecer un diagnóstico diferencial con lesiones benignas, infecciones o granuloma de sutura (tumor de Scholffer) y raramente lesiones malignas, las más frecuentes de este grupo son las metastásicas.[7,9,10] En la actualidad se recomienda obtener la muestra para estudio anatomopatológico después de una exéresis amplia de la lesión, en lugar de biopsias por aspiración que no suelen ser concluyentes y con riesgo de recurrencia si se trata de endometriosis en la pared abdominal.[7]

En la endometriosis umbilical puede indicarse un tratamiento médico con analgésicos y supresión hormonal en lesiones pequeñas, con lo que se consiguen respuestas a corto plazo en el 80% de las ocasiones.[7] Para establecer el diagnóstico de certeza y conseguir resultados a largo plazo en cualquier tipo de tamaño, el tratamiento óptimo supone cirugía. Ésta ha de consistir en la exéresis amplia de la lesión, con márgenes libres de 1cm, efectuándose en bloque y con posterior reconstrucción umbilical; puede emplearse material protésico para evitar posibles herniaciones posteriores en función del tamaño del nódulo.[1,2,4,7]

A propósito del caso clínico, a pesar de la alta sospecha clínica y radiológica, el reporte anatomopatológico fue muy diferente al esperado, a la par que excepcional: un carcinoma basocelular.

El carcinoma basocelular es el tumor maligno más frecuente de la piel y se caracteriza por un crecimiento lento de varios años de evolución.[10] Si bien es cierto que el tronco es el segundo lugar más frecuente de asiento de la lesión, precedido por la cabeza y el cuello, su localización en el área umbilical es excepcional, con menos de

50 casos reportados en la bibliografía hasta el momento.[11,12]

El tratamiento de elección sin duda es quirúrgico, con cirugía micrográfica de Mohs, que es el método más recomendado porque los datos obtenidos en diferentes estudios establecen con esta técnica tasas de curación a largo plazo superiores a otras modalidades de tratamiento.[12,13] Es una cirugía con control microscópico en la que en función del estudio anatomopatológico intraoperatorio se van ampliando los márgenes, periféricos y profundos, hasta encontrarse libres de tumor; con ello se evitan las escisiones excesivas o, por el contrario, incompletas.

En la paciente del caso, la cirugía practicada fue suficiente para considerar extirpado el tumor con márgenes suficientes y, además, debido a que el principal factor de riesgo es la exposición solar (entre otros como traumatismos previos, procedimientos quirúrgicos, radiaciones o inflamación crónica)[11,14] luego de comprobar la correcta cicatrización de la cirugía, la paciente fue dada de alta con indicación de fotoprotección.

CONCLUSIONES

La endometriosis en la pared abdominal es una enfermedad con baja incidencia, sobre todo cuando la lesión se asienta en el área umbilical. Debe sospecharse al observar una masa dolorosa con modificaciones de tamaño y color en relación con el ciclo menstrual y con una cicatriz de laparotomía. Se requiere un alto índice de sospecha para que el diagnóstico y el tratamiento sean adecuados. El tratamiento quirúrgico es de elección, con una incisión amplia para asegurar márgenes libres. La endometriosis cutánea puede confundirse con otras lesiones de la pared abdominal, lo que obliga a establecer un adecuado diagnóstico diferencial. El estudio anatomopatológico es decisivo para conocer la naturaleza de la lesión y el riesgo de malignidad. Como en el caso aquí comunicado, la presentación inusual del carcinoma basocelular en el ombligo hace necesario que se sigan reportando casos que arrojen información a fin de conocer su historia natural.

REFERENCIAS

1. Rindos NB, Mansuria S. Diagnosis and management of abdominal wall endometriosis: A systematic review and clinical recommendations. Obstetrical and Gynecological Survey 2017; 72 (2): 116-22. https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000399
2. Ramos-Mayo AE, Gil-Galindo G. Experiencia del departamento de hernias y pared en el manejo de endometriosis de pared abdominal durante 9 años. CIRU 2019; 87 (4): 385-89. https://doi.org/10.24875/CIRU.19000622
3. Hirata T, Koga K, Osuga Y. Extra-pelvic endometriosis: A review. Reprod Med Biol 2020; 19 (4): 323-33. https://doi.org/10.1002/rmb2.12340
4. Carvajal MA, ItBraghetto MI, Carvajal GR, CMiranda VC. Endometriosis de la pared abdominal. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72 (2): 105-10. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200007
5. Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). Int J Med Sci 2020; 17 (4): 536-42. https://doi.org/10.7150/ijms.38679
6. Alfaro-Rubio A, Sanmartín O, Hueso LC, Serra-Guillén, et al. Endometrioma cutáneo. Med Cutan Iber Lat Am 2010; 38 (1): 33-36.
7. González-Hinojosa J, Solano-Calvo JA, Valenzuela-Ruiz PL, Martínez-Gómez E, et al. Endometriosis umbilical primaria. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia 2013; 40 (5): 227-30. https://doi.org/10.1016/j.gine.2012.09.006
8. Zhang P, Sun Y, Zhang C, Yang Y, et al. Cesarean scar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review. BMC Women's Health 2019; 19 (1): 14. https://doi.org/10.7759/cureus.7350
9. Machado I, Cruz J, Lavernia J, Carbonell F. Lesiones ocupantes de espacio en pared abdominal (no herniaria). La visión del patólogo. Revista Hispanoamericana de Hernia 2015; 3 (3): 8594. https://doi.org/10.1016/j.rehah.2015.03.001
10. Narala S, Cohen PR. Basal Cell Carcinoma of the Umbilicus: A Comprehensive Literature Review. Cureus 2016; 8 (9): e770. https://doi.org/10.7759/cureus.770
11. Zapata de la Piedra M, Paredes-Arcos A, Sánchez-Félix G, Carbajal-Chávez T. Carcinoma basocelular umbilical: una localización inusual. Dermatol Peru 2015; 25 (2): 99-103.

https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.5857

12. Kim DP, Kus KJB, Ruiz E. Basal Cell Carcinoma Review. Hematology/Oncology Clinics of North America 2019; 33 (1): 13-24. https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.09.004
13. Chuang GS, Lu LK, Finn D. Basal cell carcinoma invading the umbilical stalk excised with mohs micrographic surgery: Case report and review of umbilical anatomy. Dermatologic Surgery 2009; 35 (8): 1290-3. https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2009.01228.x
14. Aziret M, Erdem H, Çetinkünar S, Yaycıoğlu IB, et al. Basal cell carcinoma appearing as a suture reaction along the incision line. Int J Basic Clin Med 2014; 2: 94-97.

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Gou, ZW, Deng CJ, Liang X, et al.* A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015.**

* Cuando la referencia contiene hasta tres autores, éstos se colocarán de forma completa. En caso de 5 autores o más, solo se colocan cuatro, seguidos de la palabra en latín "et al".

** El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).