Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 septiembre;87(9):600-604.

Endometriosis umbilical secundaria a cirugía laparoscópica previa

Umbilical endometriosis secondary to previous laparoscopic surgery.

Marta Arnáez-De la Cruz,[1] María Nieves Cabezas-Palacios,[1] Manuel Pérez-Pérez,[2] Carlos Romero-Díaz,[1] José Luis Barroso-Castro[1]

Resumen

ANTECEDENTES: La endometriosis umbilical es una alteración poco frecuente; no obstante, es la forma más común de endometriosis cutánea. Puede originarse debido a intervenciones quirúrgicas, por lo que es importante incluirla en el diagnóstico diferencial de nódulo umbilical, principalmente si aparece en una cicatriz previa de laparoscopia o laparotomía.

CASO CLÍNICO: Paciente de 45 años, nulípara, en seguimiento en el servicio de Ginecología general por dismenorrea, oligometrorragia y nódulo umbilical doloroso. Refirió sangrado umbilical, que coincidió con el periodo menstrual. Antecedentes médicos de interés: quistectomía laparoscópica del ovario derecho 9 años antes por endometrioma. Actualmente con ciclos irregulares y dismenorrea cíclica, en tratamiento con desogestrel. En la exploración física se palpó un nódulo pequeño en la región umbilical. La ecografía transvaginal evidenció al útero en posición de anteversión, con endometrio secretor y una imagen sugerente de pólipo endometrial de 1 cm. La ecografía abdominal reportó un nódulo debidamente delimitado en la región retroumbilical, de 9 mm, compatible con endometriosis umbilical secundaria, pues se localizaba en la cicatriz del puerto umbilical de la laparoscopia previa. Se decidió la histerectomía con doble anexectomía y resección del nódulo umbilical. La cirugía se llevó a cabo sin contratiempos. Después de un mes posquirúrgico, la valoración médica reportó buen estado general, cese del dolor y de la oligometrorragia, y cicatrización correcta de la herida umbilical.

CONCLUSIÓN: La endometriosis es una enfermedad infradiagnosticada, asociada con mala calidad de vida. Después de alguna intervención ginecológica es importante la extracción protegida de las piezas quirúrgicas, debido a la posibilidad de endometriosis secundaria.

PALABAS CLAVE: Endometriosis; endometriosis umbilical; dismenorrea; laparoscopia; laparotomía; histerectomía.

Abstract

BACKGROUND: Umbilical endometriosis is a rare disorder; However, it is the most common form of cutaneous endometriosis. It can be caused by surgical interventions, so it is important to include it in the differential diagnosis of umbilical nodule, especially if it appears in a previous scar of laparoscopy or laparotomy.

CLINICAL CASE: Patient of 45 years, nulliparous, in follow-up in the General Gynecology department for dysmenorrhea, oligometrorrhagia and painful umbilical nodule. He reported umbilical bleeding, which coincided with his menstrual period. Medical history of interest: laparoscopic right ovarian cystctomy 9 years ago by endometrioma. Currently with irregular cycles and cyclic dysmenorrhea, in treatment with desogestrel. On physical examination a small nodule was palpated in the umbilical region. Transvaginal ultrasound showed the uterus in a position of anteversion, with secretory endometrium and a suggestive image of 1 cm endometrial polyp. Abdominal ultrasound reported a well-defined nodule in the 9 mm retroumbilical region, compatible with secondary umbilical endometriosis, as it was located in the umbilical port scar of the previous laparoscopy. It was decided to perform hysterectomy with double anexectomy and resection of the umbilical nodule. The surgery was carried out without incident. After one month after surgery, the medical evaluation reported

[1] Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología.
[2] Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Recibido: junio 2019
Aceptado: julio 2019

Correspondencia
Marta Arnáez de la Cruz
marnaezcruz@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Arnáez-De la Cruz M, Cabezas-Palacios MN, Pérez-Pérez M, Romero-Díaz C, Barroso-Castro JL. Endometriosis umbilical secundaria a cirugía laparoscópica previa. Ginecol Obstet Mex. 2019 septiembre;87(9):600-604.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i9.3319

good general condition, cessation of pain and oligometrorrhagia, and correct healing of the umbilical wound.

CONCLUSION: Endometriosis is an underdiagnosed disease, associated with poor quality of life. After some gynecological intervention, the protected extraction of the surgical pieces is important, due to the possibility of secondary endometriosis.

KEYWORDS: Endometriosis; Umbilical endometriosis; Dysmenorrhea; Laparoscopy; Laparotomy; Hysterectomy.

ANTECEDENTES

La endometriosis es una alteración que se caracteriza por la aparición de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina.[1] Las lesiones suelen ubicarse en la pelvis o cualquier órgano adyacente, excepto en el bazo.[2] La endometriosis cutánea es una variante excepcional, descrita por von Reclinghausen en 1885;[3] sin embargo, es una de las localizaciones extrapélvicas más frecuentes, por detrás del rectosigmoides y la vejiga. Esta alteración puede ser primaria o secundaria.[4] Las formas secundarias son las más comunes, suelen aparecer en cicatrices de cirugías abdominopélvicas previas,[5] principalmente en el ombligo. La endometriosis umbilical es la variante más frecuente de endometriosis primaria de la pared abdominal, incluso se han descrito en el periné, las articulaciones o extremidades.[3]

La incidencia de endometriosis cutánea varía de 0.03 a 0.08%.[2] Suele afectar a mujeres de 20 a 40 años, entre 2 y 5 años posteriores a una cesárea o alguna cirugía ginecológica, intervenidas por endometriosis.[6,7]

La endometriosis de la pared abdominal o umbilical suele ser un hallazgo que debe sospecharse en pacientes con signos y síntomas clínicos compatibles con historia clínica de endometriosis.

CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años, nulípara, atendida en el servicio de Ginecología general por dismenorrea, oligometrorragia (manchado) y nódulo umbilical doloroso. Refirió sangrado umbilical, que coincidió con el periodo menstrual. Hábitos tóxicos negados; antecedentes médicos de interés: quistectomía laparoscópica de ovario derecho 9 años antes, por endometrioma sintomático. Actualmente con ciclos irregulares y dismenorrea cíclica, en tratamiento con desogestrel.

En la exploración física se encontraron: abdomen blando, no doloroso a la palpación; útero sin alteraciones, de tamaño normal y móvil. Se palpó un nódulo pequeño en la región umbilical; la especuloscopia reportó genitales externos y vagina eutróficos, y cuello uterino debidamente epitelizado.

Entre la pruebas complementarias, la ecografía transvaginal evidenció al útero en posición de anteversión, con endometrio secretor, y una imagen sugerente de pólipo endometrial de 1 cm; anejos normales. La ecografía abdominal mostró una imagen nodular debidamente delimitada en la región retroumbilical, de 9 mm, compatible con endometriosis umbilical secundaria, pues se localizaba en la cicatriz del puerto umbilical de la laparoscopia previa. **Figura 1**



Figura 1. Nódulo endometriósico umbilical durante la cirugía.

Puesto que la paciente tenía oligometrorragia persistente, pese al tratamiento prescrito, se realizó la histeroscopia ambulatoria, donde observó un pólipo endometrial, imposible de resecar por intolerancia a la prueba. Con base en lo anterior, se decidió efectuar histerectomía con doble anexectomía y resección del nódulo umbilical. La cirugía se llevó a cabo sin incidencias y en colaboración con el servicio de Cirugía general. Se practicó una incisión media infraumbilical para extirpar el nódulo de forma correcta y se procedió a desinsertar el ligamento umbilical, evertiendo el ombligo y extirpando la piel con el nódulo endometriósico, sin llegar al tejido celular subcutáneo, para después insertar de nuevo el ligamento umbilical y realizar múltiples lavados antisépticos del ombligo durante el procedimiento. **Figura 2**

Después de un mes posquirúrgico, la valoración médica informó buen estado general, cese del dolor y de la oligometrorragia, y cicatrización correcta de la herida umbilical. El servicio de Anatomía patológica reportó: útero sin hallazgos patológicos y nódulo compatible con endometriosis. **Figura 3**

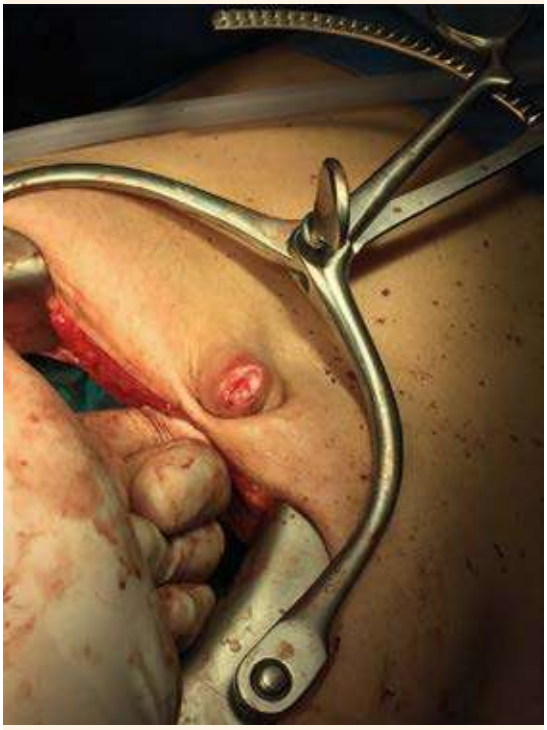


Figura 2. Lecho quirúrgico después de la extirpación del nódulo.

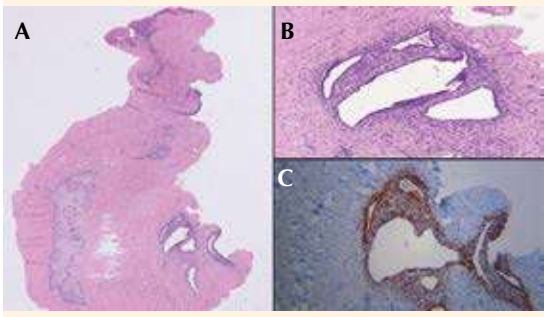


Figura 3. A (Izquierda): Biopsia-punch cutánea con focos de endometriosis en la dermis media y profunda (HE; x2); B (Derecha arriba): múltiples glándulas endometriales concomitantes con estroma (x10). C (Derecha abajo): inmunohistoquímica con expresión de receptores de progesterona en el estroma endometrial (x10).

https://doi.org/10.24245/gom.v87i9.3319

DISCUSIÓN

La endometriosis cutánea umbilical es una alteración poco frecuente. La patogenia es aún desconocida; sin embargo, se han propuesto diferentes teorías, entre las que destacan: *1)* metástasis (la mucosa endometrial alcanza una localización ectópica por varias vías de transporte), *2)* metaplasia (el tejido endometrial ectópico se origina por metaplasia de un tejido con capacidad de transformación) y *3)* factor inmunológico (disminución de la concentración de linfocitos T; por tanto, reduce la capacidad de respuesta linfocitaria contra antígenos endometriales).[8] La mayoría de los casos son inexplicables por una sola teoría, por lo que están implicadas conjuntamente.[3]

La manifestación de la enfermedad es variable, aunque la mayoría de las pacientes expresa un nódulo umbilical de color y tamaño versátil, en orden de frecuencia: marrón, azul, púrpura, rojo, negro o del color de la piel.[9,10] Los signos y síntomas pueden incluir: hemorragia, dolor, pigmentación y crecimiento lento, siempre cíclica y relacionada con la menstruación.[2] En la paciente de este estudio, el nódulo era púrpura, principalmente al evertir el ombligo, y causaba sangrado cíclico. En ocasiones puede acompañarse de síntomas pélvicos, como dismenorrea, dispareunia y dolor.[1,2]

Este tipo de nodulación umbilical supone un signo exploratorio denominado: "nódulo de la hermana María José", y obliga al diagnóstico diferencial de metástasis de origen digestivo o ginecológico.[11]

Hasta la fecha no se han reportado signos patognomónicos de la enfermedad en los estudios de imagen; no obstante, la ecografía abdominal puede aportar información importante acerca del tamaño y coexistencia de adherencias a estructuras vecinas.[12] En nuestra paciente la ecografía abdominal no reportó hallazgos sugerentes de la enfermedad, la exploración física y los signos y síntomas fueron suficientes para establecer el diagnóstico diferencial.

La endometriosis adyacente a cicatrices de intervenciones ginecológicas u obstétricas previas representa un factor infravalorado, quizá debido a implantes iatrogénicos intraoperatorios de tejido endometrial.[2,7]

La mayor parte de las complicaciones tardías en heridas laparotómicas o laparoscópicas suelen asociarse con hernias ventrales y granulomas provocados por la sutura; las afectaciones en relación con este tipo de cicatrices son inespecíficas y de difícil clasificación, que suelen llevar a errores o retraso en el diagnóstico. Es importante la sospecha clínica de endometriosis de la pared abdominal en pacientes premenopáusicas con estas características clínicas, después de descartar los procesos más frecuentes.[6] Además de la hernia y el granuloma, es importante incluir en el diagnóstico diferencial: quiste del uraco, reacciones granulomatosas por cuerpo extraño, nevo dérmico, melanoma umbilical, malformaciones del conducto onfalomesentérico, hematomas, etc.[9]

El tratamiento de elección consiste en extirpación quirúrgica de la lesión. El riesgo de evolución maligna de la endometriosis umbilical es extremadamente bajo.[6] Diversas investigaciones indican reacciones poco satisfactorias con el tratamiento con progesterona, danazol, análogos de la GnRH o noretisterona,[2] lo que coincide con nuestra información, quien recibía tratamiento hormonal antes de la cirugía, pero no tuvo reacción favorable. El diagnóstico definitivo se establece con los hallazgos anatomopatológicos y sólo pueden reportarse después de la extirpación completa de la lesión.

CONCLUSIONES

La endometriosis umbilical es una enfermedad relacionada con mala calidad de vida. En ocasiones es infradiagnosticada, sobre todo en pacientes con nódulos extrapélvicos o sin evidencia de endometriomas. Después de alguna intervención ginecológica es importante la extracción protegida de las piezas quirúrgicas, debido a la posibilidad de endometriosis secundaria.

REFERENCIAS

1. Al-Khalili A, et al. Umbilical Endometriosis. Sultan Qaboos Univ Med J 2017;17(3):e371-372. DOI: 10.18295/squmj.2017.17.03.023
2. Santos JC, Vidal C, Candón J, Royo A, Carranza G. Endometriosis de la pared abdominal tras cirugía ginecológica. Clin Invest Ginecol Obstet. 2003;30(7):235-7. DOI: 10.1016/S0210-573X(03)77266-9
3. López-Cano M. Cirugía basada en evidencia y hernia incisional. Rev Hispanoam Hernia 2013;1(1):18-26. http://www.elsevier.es/es-revista-revista-hispanoamericana-hernia-357-articulo-cirugia-basada-evidencia-hernia-incisional-X2255267713855788
4. Messeguer F, et al. Endometriosis cutánea, una entidad a considerar ante un nódulo umbilical. Piel: Formación Continua en Dermatología 2010;25(3):174-7. DOI: 10.1016/j.piel.2009.10.007.
5. Poismans G, et al. Post-caesarean abdominal wall endometriosis prevention. Rev Med Liege 2016;71(4):193-7.
6. Ortega-Herrera R, et al. Endometriosis de la pared abdominal. Progresos Obstet Ginecol 2012;55(8):367-72. DOI: 10.1016/j.pog.2011.09.011
7. Karapolat B, et al. A rare cause of abdominal pain: scar endometriosis. Emerg Med Int 2019;2019:1-5. DOI: 10.1155/2019/2584652
8. Eğin S, et al. Primary umbilical endometriosis: A painful swelling in the umbilicus concomitantly with menstruation. Int J Surg Case Rep. 2016;28:78-80. DOI: 10.1016/j.ijscr.2016.09.029
9. Veiga MÁ, et al. Endometriosis umbilical. Prog Obstet y Ginecol 2013;56(4):213-5. DOI: 10.1016/j.pog.2012.06.006
10. Juel J, et al. Umbilical endometriosis and tumours in umbilicus. Ugeskr Laeger 2017;179(41). pii: V04170306
11. Agudo-Mena JL, et al. Nódulo umbilical y dolor abdominal. Piel: Formación Continua en Dermatología 2017;32(7):447-9.
12. Theunissen CIJM, IJpma FFA. Primary umbilical endometriosis: a cause of a painful umbilical nodule. J Surg Case Reports. 2015;2015(3). pii:rjv025. DOI: 10.1093/jscr/rjv025

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. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, 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. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015

https://doi.org/10.24245/gom.v87i9.3319