

Endometriosis cutánea umbilical asociada a mioma uterino gigante

Juan A. Pérez-Cejudo^a, Enric Piqué^a, Isabel Arduan^b, Santiago Palacios^c, Celia Sánchez^b, Marisol Rodríguez^c y Ruperto Morales^b

^aSección de Dermatología. Hospital General de Lanzarote. España.

^bServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Lanzarote. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Lanzarote. España.

Resumen.—Presentamos una paciente de 44 años, que estaba siendo estudiada en el servicio de ginecología por la presencia de grandes masas abdominales, que histológicamente resultaron ser leiomiomas. Se consultó al servicio de dermatología por una tumoración umbilical asintomática, de 5 años de evolución. Al examen histológico se observaban glándulas de luces anguladas que mostraban secreción por decapitación, distribuidas por la dermis, rodeadas por una estroma celular con eritrocitos extravasados.

Palabras clave: endometriosis, neoplasia cutánea.

UMBILICAL CUTANEOUS ENDOMETRIOSIS ASSOCIATED WITH A LARGE UTERINE MYOMA

Abstract.—We present a 44-year-old female patient who was being studied by the Gynecology Department because of the presence of large abdominal masses which proved to be leiomyomas on histological analysis. The Dermatology Department was consulted because of an asymptomatic umbilical tumor which had been developing for 5 years. Upon histological examination, we observed glands with angular lumens that showed decapitation secretion distributed throughout the dermis, surrounded by a cellular stroma with extravasated erythrocytes.

Key words: endometriosis, skin neoplasm.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como la presencia de endometrio ectópico, glándulas y/o estroma fuera de la cavidad uterina. Generalmente se localiza en la cavidad pélvica y con menos frecuencia puede desarrollarse en vagina, cuello uterino y vulva. Más rara aún es la afectación de otros órganos como hígado, páncreas, vesícula biliar, intestino, pulmón, diafragma, aparato urinario, sistema nervioso central, piel, huesos, sistema linfático y vascular^{1,2}.

Se distinguen dos formas de endometriosis cutánea. La más frecuente es secundaria a procesos quirúrgicos ginecológicos. Ésta se produciría por el transporte mecánico iatrogénico tras procedimientos invasivos como cesáreas^{3,4}, laparotomías^{5,6}, episiotomías⁷ o amniocentesis⁸. Mucho más rara es la endometriosis cutánea espontánea, que suele localizarse en ombligo, región perianal o inguinal. Representa el 1% de todas las endometriosis y su mecanismo patogénico está menos aclarado^{9,10}.

Se comunica el caso de una paciente que presentaba una endometriosis cutánea primaria asociada a mioma uterino gigante.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 44 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, nulípara, con una fórmula menstrual de 3-4/28-30, ingresó en el servicio de ginecología por sensación de compresión abdominal. En la exploración física se apreciaba una pelvis ocupada por una masa irregular de gran tamaño (fig. 1). El servicio de dermatología fue requerido para valorar una lesión tumoral en región umbilical, de 5 años de evolución, asintomática y sin sintomatología asociada al ciclo menstrual.

A la exploración se apreció una lesión dura, de 4 × 3 cm de diámetro, color marrón azulada, desplazable con facilidad sobre planos profundos y ligeramente dolorosa a la palpación (fig. 2). Se realizó una biopsia, y en el estudio histopatológico se observó una lesión cupuliforme, cercana a la epidermis caracterizada por formaciones glandulares en el seno de una estroma mixoide muy vascularizada (fig. 3). En la estroma se apreciaban focos microscópicos de extravasación hemática. Las estructuras glandulares estaban tapizadas por células epiteliales, que mostraban secreción por decapitación (fig. 4). Las luces glandu-

Correspondencia:

Juan A. Pérez-Cejudo. Apartado de correos 387. 35500 Arrecife-Lanzarote. Las Palmas. España. japcejudo@terra.es

Recibido el 25 de mayo de 2004.

Aceptado el 11 de noviembre de 2004.

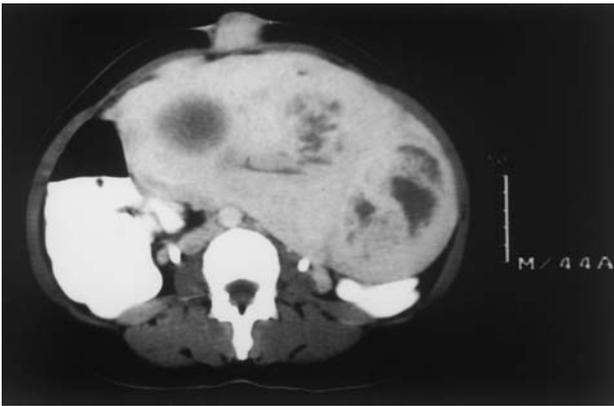


Fig. 1.—TC que muestra una pelvis ocupada por una masa de gran tamaño.

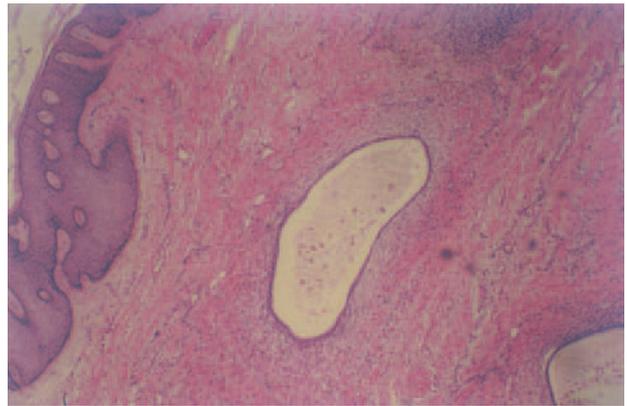


Fig. 3.—Glándula en el seno de la estroma mixoide muy vascularizada.



Fig. 2.—Lesión dura de 4 x 3 cm de diámetro, color marrón oscuro en región umbilical.

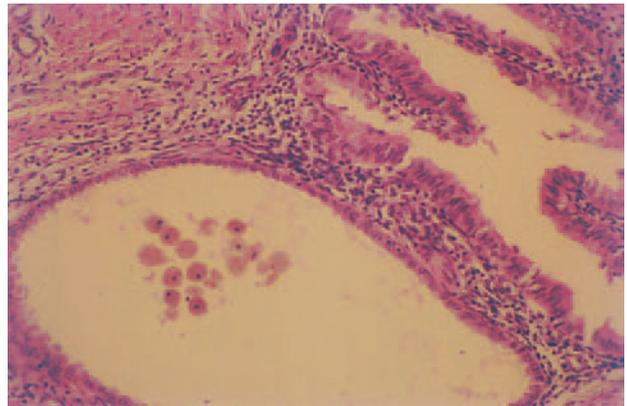


Fig. 4.—Glándulas tapizadas por células epiteliales con secreción por decapitación.

lares eran ovaladas o anguladas aunque algunas estaban rotas y desestructuradas.

Se realizó una laparotomía. El útero era gigante, de aspecto poliomatoso, y se procedió a la histerec-tomía, doble anexectomía y escisión de la lesión umbilical. Durante la intervención no se evidenciaron lesiones compatibles con endometriosis pélvica. El estudio histopatológico del útero confirmó el diagnóstico de leiomiomas con distintos grados de degeneración, mientras que la lesión umbilical mostró una histopatología similar a la descrita en la biopsia. Los ovarios fueron normales.

DISCUSIÓN

La endometriosis cutánea es una entidad poco frecuente. Afecta entre el 1 y el 5 % de las mujeres en edad fértil^{3,11}, y la endometriosis cutánea espontánea representa el 1 % de las mismas.

Desde el punto de vista clínico, la endometriosis cutánea espontánea suele presentarse en forma de nódulos solitarios dolorosos de color marrón o azulado,

cuyo tamaño puede variar entre 0,5 y 6 cm, localizados en ombligo, ingle o periné^{3,4,10}. Durante el ciclo menstrual el dolor suele exacerbarse y se puede acompañar de edema, eritema y sangrado¹², aunque hay casos asintomáticos^{13,14}.

El estudio histopatológico encuentra glándulas en la estroma celular en la que se aprecia extravasación hemática. Las luces glandulares pueden ser redondas, alargadas o anguladas, pueden contener detritos celulares, eritrocitos y un material amorfo PAS (ácido peryódico de Schiff) y azul alcian positivo. Se localizan en dermis y/o tejido celular subcutáneo. Al igual que el endometrio, los hallazgos histopatológicos pueden variar según las distintas fases del ciclo menstrual. De este modo, en la fase proliferativa existe una pronunciada actividad mitótica, que confiere al epitelio un aspecto pseudoestratificado. En la fase secretora se aprecia una secreción por decapitación de las células glandulares. En esta fase suelen evidenciarse dos tipos celulares en la estroma: una célula grande de citoplasma amplio y otra célula de menor tamaño, que equivaldrían a las células predeciduales y al granulocito endometrial. Finalmente, en la fase mens-

trual, es típica la desintegración del epitelio glandular. Sin embargo, no suele existir una buena correlación entre los cambios histológicos de la endometriosis y la fase del ciclo menstrual en que se halle la paciente^{4,15-17}. Incluso se pueden observar glándulas en distintas fases del ciclo menstrual en una misma paciente¹⁷. En casos dudosos la presencia de receptores estrogénicos en las células del epitelio glandular apoyará el diagnóstico de endometriosis¹⁸.

El diagnóstico diferencial es amplio y debe incluir desde lesiones benignas como hernias^{19,20}, restos embriológicos (onfalomas, onfaloceles, quiste del uraco, pólipos del conducto onfalomesentérico), granuloma piógeno, granuloma por cuerpo extraño (talco, candidiásico), hasta procesos malignos como melanoma, metástasis de neoplasias internas (adenocarcinomas de ovario, carcinoma gástrico)^{4,21}. La microscopia de epiluminiscencia²² encuentra una pigmentación roja periférica que se difumina y centralmente estructuras globulares profundas (*red atolls*), que ayuda a establecer el diagnóstico diferencial con el melanoma.

Los mecanismos por los que se desarrolla el tejido endometrial ectópico en la endometriosis espontánea no están aclarados. La teoría de la metaplasia celómica defiende que algunas células indiferenciadas del epitelio germinal podrían diferenciarse en células endometriales por un estímulo no especificado²³. Esto podría explicar los casos umbilicales pero no los perianales e inguinales, por lo que es más lógico suponer que se deba al transporte de tejido endometrial por vía hematológica o linfática, desarrollándose una metaplasia endometrial en un ambiente con concentraciones adecuadas de estrógenos^{4,24-26}.

En nuestra paciente era llamativa la presencia de endometriosis umbilical espontánea y leiomiomas gigantes. Esta asociación fue descrita por Kichukova²⁶, dada su evolución dependiente de estrógenos, y se vería apoyada por la respuesta de ambos procesos a antiprogesteranos²⁷, aunque dicha asociación no está reconocida en los textos de ginecología².

BIBLIOGRAFÍA

- Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. *Obstet Gynecol* 1986;67:335-8.
- Rock JA, Markham SM. Extrapelvic endometriosis. En: Wilson EA, editor. *Endometriosis*. 2.^a ed. New York: Liss, 1987; p. 185-206.
- Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980;56:81-4.
- Martín Santiago A, Pulpillo Ruiz A, Gil Martín R, López Gómez S, Iglesias Díez L. Endometriosis del Ombligo. *Actas Dermosifiliogr* 1988;79:641-3.
- Stroup PE. Endometriosis in laparotomy scars. *J Reprod Med* 1976;16:85-6.
- Healy JT, Wilkinson NW, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surg* 1995;61:962-3.
- Wittich AC. Endometriosis in an episiotomy scar: review of the literature and report of a case. *J Am Osteopath Assoc* 1982;82:22-3.
- Kaunitz A, Di Sant'Agnesa PA. Needle Tract endometriosis: An unusual complications of amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1979;54:753-5.
- Steck WD, Helwig EB. Cutaneous endometriosis. *JAMA* 1965;191:1671-700.
- Michowitz M, Baratz M, Stavorousky M. Endometriosis of the umbilicus. *Dermatologica* 1983;167:326-30.
- Torne R, Peter Soyer H, Kerl H. Endometriosis Umbilical. *Med Cután Iber-Lat-Am* 1990;18:291-3.
- Oliver Martínez V, Fortea Baixauli JM, Gimeno Carpio E. Endometriosis Umbilical. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 1983;74(11-12):478-8.
- Williams HE, Barskica S, Storino W. Umbilical endometrioma (silent type). *Arch Dermatol* 1976;112:1435-6.
- Burn MF, Berkheiser SW. Umbilical endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1956;69:895-7.
- Ribera M, Mate JL, Bielsa I, Fernández C. Endometriosis cutánea de localización umbilical. *Actas Dermosifiliogr* 1993;84:199-202.
- Tidman MJ, MacDonald DM. Cutaneous endometriosis: a histopathologic study. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:373-7.
- Clement PB. Pathology of endometriosis. *Pathol Annu* 1990;25:245-95.
- Valenzuela N, Barnadas MA, Garcés JR, Sánchez JF, Alomar A. Endometriosis umbilical con estudio de receptores hormonales. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003;31:320-2.
- Betlloch I, Silvestre JF. Patología cutánea umbilical. *Piel* 1996;11:341-53.
- Vieites Pérez-Quintela B, Suárez Peñaranda JM, Gómez D, Del Río E, Forteza Vila J. Hernia umbilical con endometriosis. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93:591-3.
- Suginami H. A reappraisal of the coelomic metaplasia theory by reviewing endometriosis occurring in unusual sites and instants. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:214-8.
- De Giorgio V, Massi D, Mannone F, Stante M, Carli P. Cutaneous endometriosis: non-invasive analysis by epiluminiscence microscopy. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:315-7.
- Popoff L, Raitchev R, Andreev VC. Endometriosis of the skin. *Arch Dermatol* 1962;85:186-9.
- Purvis RS, Tyring SK. Cutaneous and subcutaneous endometriosis surgical and hormonal therapy. *J Dermatol Surg Oncol* 1994;20:693-5.
- Sampson JA. Heterotopic or misplaced endometrial tissue. *Am J Obstet Gynecol* 1945;10:649.
- Kichukova D. Genital diseases concomitant with endometriosis based on our data. *Akush Ginekol (Sofia)* 1996;35:21.
- Kettel LM, Murphy AA, Morales AJ, Yen SC. Clinical efficacy of antiprogesterone RU 486 in the treatment of endometriosis and uterine fibroids. *Hum Reprod* 1994;9: 1165-205.