

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Endometriosis umbilical espontánea primaria. Evolución durante el embarazo

Course of Spontaneous Primary Umbilical Endometriosis With Pregnancy

Sr. Director:

La endometriosis es una condición ginecológica que se define por la presencia de glándulas y/o estroma endometrial fuera de la cavidad uterina, que afecta en torno al 10% de mujeres en edad fértil¹. Lo más frecuente es que se localice en la cavidad pélvica, pero puede aparecer en localizaciones extragenitales, incluida la piel¹.

La endometriosis umbilical representa menos del 1% de casos de endometriosis extragenital^{2,3}. El ombligo constituye el lugar de aparición en la piel más frecuente (40% de casos de endometriosis cutánea).

Caso clínico

Una mujer de 29 años, nuligesta, fumadora, consultó por unas lesiones umbilicales de 2 años de evolución. La paciente no refería dolor, pero presentaba un sangrado cíclico de las lesiones con la menstruación. No refería dismenorrea, dispareunia o infertilidad y no tenía historia de cirugía abdominal.

A la exploración presentaba varios nódulos eritemato-marrónáceos en la región umbilical, irreductibles y no dolorosos a la palpación (fig. 1a).

Se realizó una biopsia cutánea cuyo estudio histológico mostró la presencia de glándulas endometriales, revestidas por un epitelio cilíndrico pseudoestratificado y hematíes extravasados (fig. 2a). La tinción inmunohistoquímica fue positiva para CD10, lo que confirmó la presencia de estroma endometrial ectópico⁴ (fig. 2b).

Posteriormente, se realizó una valoración ginecológica que incluyó una ecografía ginecológica y una citología de cérvix, que descartaron la presencia de enfermedad genital.

Para completar el estudio se solicitó una resonancia magnética de abdomen en la que se detectó la lesión de piel en la región umbilical, bien definida, ovalada y que contactaba con la musculatura abdominal subyacente, sin afectarla, con



una captación intensa del contraste (fig. 3), sin evidenciarse otros focos de endometriosis.

Aunque se planteó la exéresis quirúrgica durante el seguimiento en consulta, la paciente quedó embarazada, por lo que se pospuso la cirugía. Las lesiones permanecieron estables durante el embarazo y se resolvieron de forma espontánea unos días después del parto (fig. 1b-d). No se ha observado recidiva ni la aparición de otras lesiones en los controles realizados durante 2 años.

Discusión

La endometriosis umbilical representa entre el 0,4% y el 4% de todos los casos de endometriosis⁵. Existe una forma secundaria, la más frecuente, que se asocia a cicatrices de cirugía abdominal, y una forma primaria que aparece sin un antecedente quirúrgico.

Suele aparecer en mujeres en la tercera década de la vida como un nódulo rojo-violáceo asintomático o doloroso, que presenta un sangrado cíclico coincidiendo con la menstruación.

El diagnóstico de sospecha suele ser clínico y se confirma con el estudio histológico. Además de glándulas endometriales y estroma pueden aparecer depósitos de hemosiderina, cambios inflamatorios y una actividad mitótica marcada. En caso de no encontrarse glándulas en el estudio histológico, es útil la inmunotinción de CD10, que tiñe el intersticio endometrial⁴.

El diagnóstico diferencial se debe establecer con metástasis cutáneas, melanoma, queratosis seborreica, granuloma piogénico y queloide, entre otros.

Las pruebas de imagen como ultrasonidos, tomografía computarizada o resonancia magnética son útiles para descartar la afectación de otros órganos y para delimitar la profundidad de la lesión⁶.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica. La terapia hormonal se puede utilizar para intentar reducir el tamaño de la lesión previo a la cirugía o en caso de afectación sistémica.

En cuanto a la evolución de la endometriosis umbilical durante el embarazo Razzi et al.⁷ publicaron el caso de una paciente embarazada con una remisión espontánea de las lesiones 2 meses después de la biopsia, en la semana 24 de gestación. Por el contrario, Wiegratz et al.⁸ describieron una paciente con una endometriosis umbilical primaria de 2



Figura 1 a: Apariencia de las lesiones antes de la gestación; b: lesiones en la semana 24 de gestación; c: lesiones en la semana 35 de gestación; d: remisión de las lesiones después de 3 meses de puerperio.

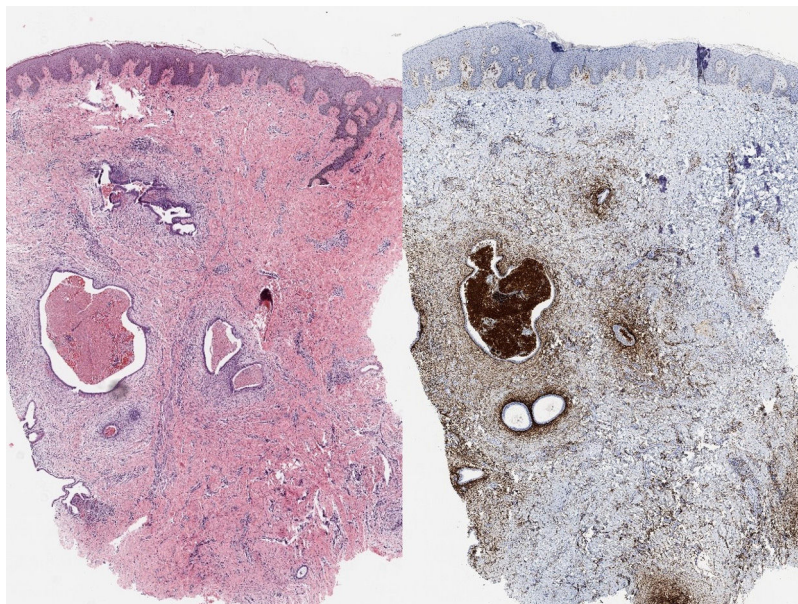


Figura 2 a: Presencia de glándulas endometriales en la dermis (HE \times 4); b: positividad para CD10 en el intersticio endometrial (\times 4).

años de evolución que aumentó progresivamente de tamaño durante el embarazo y el sangrado pasó de ser cíclico a continuo. Esta última paciente se sometió a cirugía antes de que el embarazo llegara a término. En nuestra paciente las lesiones permanecieron estables durante el embarazo, con una protrusión de las mismas en relación con el aumento de volumen abdominal y con remisión del sangrado. La resolución espontánea de las lesiones se produjo días después del parto.

Clásicamente se ha atribuido al embarazo un efecto beneficioso sobre la endometriosis, habiéndose llegado

incluso a aconsejar a las pacientes que se quedarán embarazadas como estrategia terapéutica. Sin embargo, en una revisión reciente Leeners et al.⁹ concluyen que no hay suficiente evidencia para suponer que el embarazo reduzca de forma generalizada el número ni el tamaño de las lesiones de endometriosis.

De forma análoga, con 3 casos descritos en la literatura, no existe suficiente evidencia para predecir los efectos del embarazo sobre la endometriosis umbilical.

Describimos, de acuerdo con nuestra revisión bibliográfica, el tercer caso de una paciente embarazada con

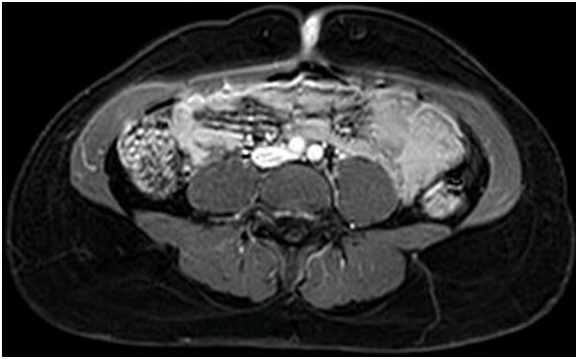


Figura 3 RMN. Lesión cutánea umbilical ovalada, con intensa captación de contraste, que contacta con la musculatura abdominal.

una endometriosis umbilical en la que las lesiones permanecieron estables durante el embarazo para resolverse espontáneamente en el puerperio. Se requieren más casos para determinar el efecto que tiene el embarazo sobre la endometriosis umbilical.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;209:3–7.
2. Boesgaard-Kjer D, Boesgaard-Kjer D, Kjer JJ. Primary umbilical endometriosis (PUE). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;209:44–5.

3. Ghosh A, Das S. Primary umbilical endometriosis: A case report and review of literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;290:807–9.
4. Fukuda H, Mukai H. Cutaneous endometriosis in the umbilical region: The usefulness of CD10 in identifying the interstitium of ectopic endometriosis: Umbilical cutaneous endometriosis. *J Dermatol.* 2010;37:545–9.
5. Loh S-H, Lew B-L, Sim W-Y. Primary cutaneous endometriosis of umbilicus. *Ann Dermatol.* 2017;29:621.
6. Mounsey AL, Wilgus A, Slawson DC. Diagnosis and management of endometriosis. 2006;74:9.
7. Razzi S, Rubegni P, Sartini A, de Simone S, Fava A, et al. Umbilical endometriosis in pregnancy: A case report. *Gynecol Endocrinol.* 2004;18:114–6.
8. Wiegatz I, Kissler S, Engels K, Strey C, Kaufmann M. Umbilical endometriosis in pregnancy without previous surgery. *Fertil Steril.* 2008;90:199e17–20.
9. Leeners B, Damaso F, Ochsenein-Kölblle N, Farquhar C. The effect of pregnancy on endometriosis—facts or fiction? *Hum Reprod Update.* 2018;24:290–9.

A. López Mateos^{a,*}, J.L. Agudo Mena^b, M.A. Cuenca Sáez^c y J.M. Azaña Defez^a

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital General de Villarrobledo, Villarrobledo, Albacete, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Público General de Almansa, Almansa, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: analopezmateos92@gmail.com (A. López Mateos).