

CASOS PARA DIAGNÓSTICO

Placa edematosa infraumbilical en paciente gestante



Edematous Infraumbilical Plaque in a Pregnant Woman

Historia clínica

Una mujer de 22 años, gestante de 36 semanas, primípara y con un índice de masa corporal de 22, consultó por un cambio de aspecto en la piel infraumbilical de 2 semanas de evolución, asociado a prurito y dolor. Se encontraba afebril y no recordaba haber sufrido un traumatismo previo en la zona.

Exploración física

En la exploración física, la paciente presentaba en la región infraumbilical una placa de límites netos, indurada, no eritematosa, cuyas medidas eran de 15 × 10 cm. Destacaba el aspecto en piel de naranja de la misma, con unos hoyuelos depresivos simétricos (fig. 1). A la palpación, se apreciaba un edema con fóvea sobre la misma. La paciente no presentaba edemas en los miembros inferiores ni en la vulva. Tampoco se observaron adenopatías palpables inguinales.

Histopatología

El análisis histológico mostró marcado un edema dérmico, con una leve inflamación crónica perivascular superficial y profunda, así como una fibrosis en la dermis (fig. 2A). Con la tinción para podoplanina (D2-40) destacaba una ectasia linfática superficial irregular (fig. 2B).

Otras pruebas complementarias

En la ecografía de partes blandas (fig. 3) se apreció un engrosamiento dérmico y del tejido celular subcutáneo difuso, con un acúmulo prominente de líquido en la zona, representado en forma de trayectos anecoicos lineales. No existía un aumento de la vascularización en modo Doppler.



Figura 1 Placa edematosa infraumbilical, con aspecto en piel de naranja, de bordes bien definidos.

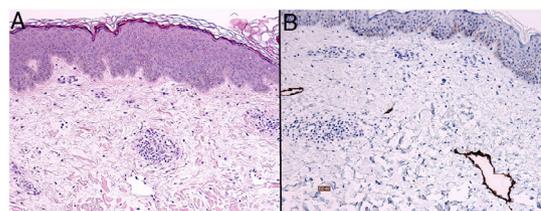


Figura 2 Tinción con hematoxilina-eosina (HE). Se observa también edema en la dermis, intercalado con fibrosis y con escaso infiltrado linfoide perivascular superficial (A). Tinción para podoplanina (D2-40) en la que destacan algunos vasos linfáticos ectásicos dérmicos (B).



Figura 3 Ecografía de partes blandas. Se evidencia importante acúmulo de líquido en la zona, representado en forma de trayectos anecoicos lineales.

¿Cuál es el diagnóstico?

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.05.029>

0001-7310/© 2022 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Diagnóstico

La paciente fue diagnosticada de un linfedema de la pared abdominal inferior secundario al embarazo.

Evolución y tratamiento

Tras el parto se produjo una autoinvolución progresiva de la placa, sin cicatrización residual.

Comentario

El linfedema primario es una enfermedad congénita causada por un desarrollo anómalo del sistema linfático. El linfedema secundario o adquirido es más común y puede ocurrir debido a múltiples causas que producen una obstrucción del drenaje linfático. La principal causa de un linfedema abdominal es la afectación de los ganglios linfáticos regionales que recogen el drenaje de la pared abdominal, debido a la resección, ablación o radiación de los mismos¹. También puede aparecer como consecuencia de una invasión tumoral ganglionar o debido a una infección por filarias. Asimismo, es posible la aparición abrupta del linfedema de la pared abdominal secundario a un traumatismo de alto impacto.

En pacientes con una obesidad mórbida también puede aparecer un linfedema en el área infraumbilical, que recibe el nombre de panniculus morbidus². Este puede alcanzar un gran tamaño, adquiriendo un aspecto de tumoración pediculada. Su principal hipótesis etiopatogénica es también la obstrucción (por el efecto masa de la obesidad abdominal) del drenaje linfático de la pared abdominal infraumbilical, que se recoge en los ganglios inguinales superficiales y en los ilíacos comunes¹. Por el contrario, los vasos linfáticos de la pared abdominal supraumbilical drenan a los ganglios paraesternales o axilares. Esto explicaría que el linfedema aparezca habitualmente en la zona infraumbilical.

El linfedema abdominal es una entidad poco descrita en embarazadas, en cuyo diagnóstico diferencial hay que contemplar entidades malignas como una linfangitis carcinomatosa, un liposarcoma o un angiosarcoma³. También se debe realizar cribado de infecciones tales como una celulitis y una erisipela. Otros diagnósticos diferenciales son el escleredema Burschke⁴ y la fascitis eosinofílica⁵. El mecanismo etiopatogénico en las pacientes embarazadas es similar al de aquellos con una obesidad mórbida, debido a la obstrucción del drenaje linfático de la pared abdominal inferior⁶.

Histológicamente, el rasgo más definitorio es un edema dérmico marcado, asociado a una ectasia linfática, con una presencia variable de fibrosis en la dermis⁶.

Esta enfermedad no requiere ningún tratamiento en pacientes embarazadas, ya que habitualmente tras el parto

desaparece el edema. En pacientes con una obesidad mórbida, se recomienda la pérdida de peso, asociada a otras opciones conservadoras, como el drenaje linfático manual mediante masajes o bien el uso de un vendaje o de bandas compresoras abdominales. Ante el fracaso de estas medidas, puede optarse por la resección quirúrgica del tejido redundante.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kurt H, Arnold CA, Payne JE, Miller MJ, Skoracki RJ, Iwenofu OH. Massive localized lymphedema: A clinicopathologic study of 46 patients with an enrichment for multiplicity. *Mod Pathol.* 2016;29:75–82, <http://dx.doi.org/10.1038/modpathol.2015.135>.
2. Fadel MG, Chatzikonstantinou M, Gilchrist C, Andrews B. Panniculus morbidus: Obesity-related abdominal wall lymphoedema. *BMJ Case Rep.* 2017;29, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-219023>, bcr2016219023 PMID: 28456757; PMCID: PMC5534659.
3. El-Sharkawy MS, al-Rikabi AC, AlArfaj N, al Mugaren FM. Localized massive lymphedema masquerading as an anterior abdominal mass mimicking a liposarcoma. *Am J Med Sci.* 2014;347:84–5, <http://dx.doi.org/10.1097/MAJ.000000000000203>.
4. Vinod CS, Ambika H, Ambika H, Reddy N, Kumar De J. Scleredema adultorum of Buschke over an unusual site associated with pregnancy. *Indian Dermatol Online J.* 2014;5:466–8, <http://dx.doi.org/10.4103/2229-5178.142500>.
5. Zuelgaray E, Chevret S, Jachiet M, Cacoub P, Kahn JE, Groh M, et al. Trunk involvement and peau d'orange aspect are poor prognostic factors in eosinophilic fasciitis (Shulman's disease): A multicenter retrospective study of 119 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020;11, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.11.009>. S0190-9622(20)33014-0 Epub ahead of print. PMID: 33188872.
6. Reed BR, Burke S, Bozeman M, Golitz LE, Huff JC. Lymphedema of the lower abdominal wall in pregnancy. *J Am Acad Dermatol.* 1985;12 5 Pt 2:930–2, [http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622\(85\)70116-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622(85)70116-8).

J. Cruaños-Monferrer^{a,*}, A. Gil Liñan^b
y A. Ramírez Andreo^a

^a Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia, Murcia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joanacm93@hotmail.com

(J. Cruaños-Monferrer).