

### Caso clínico

#### Doctora, no se va a creer lo que me ha pasado

<sup>1</sup>Olga Vicente López, <sup>2</sup>Ángel Luis Sáez Fernández, <sup>3</sup>Montserrat Rivera Teijido, <sup>4</sup>Saied Joleini Joleini, <sup>5</sup>Ana Segura Grau, <sup>1</sup>Isabel Alba Gago, <sup>1</sup>Elena Sierra Rubio

<sup>1</sup>Centro de Salud La Marazuela. Las Rozas (Madrid).- <sup>2</sup>Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.- <sup>3</sup>Centro de Salud Isabel II. Parla (Madrid).- <sup>4</sup>Servicio de Atención Rural. Perales del Río (Madrid).- <sup>5</sup>Centro de Diagnóstico Ecográfico. Madrid.

Mujer de 37 años de edad, con antecedentes personales de alergia a penicilina, fumadora (IPA 20) y portadora de DIU desde hace tres años; es nuligesta. No antecedentes de intervenciones quirúrgicas previas. No realiza tratamiento farmacológico habitual.

Refiere que la semana pasada, mientras estaba fuera de viaje, presentó molestias en la zona periumbilical y posteriormente sangrado umbilical de dos días de duración, que cesó espontáneamente. Niega traumatismo local, fiebre ni supuración.

Durante la exploración física el abdomen es blando, depresible, no doloroso con la palpación; no se palpan masas ni organomegalias; la exploración de la zona umbilical es normal, no presenta restos hemáticos, ni solución de continuidad, ni nódulos con la inspección ni con la palpación.

Ante la ausencia de datos en la exploración física, la paciente sugiere que puede mostrar fotos que se realizó durante el sangrado (figura 1).



Figura 1. Sangrado umbilical espontáneo.

A la vista de la evidencia de las imágenes, reiniciamos la anamnesis dirigida. El sangrado umbilical coincidió en el tiempo con la menstruación, si bien se inició dos días más tarde y cesó antes. No se acompañó de dismenorrea, dispareunia, ni dolor pélvico.

Ante la sospecha clínica de un endometrioma, realizamos exploración ecográfica. En este momento la paciente está totalmente asintomática; última menstruación hace 10 días. Realizamos la exploración con sonda cóncava y no observamos alteraciones; visualizamos el útero en la línea media, de tamaño normal, homogéneo y con DIU normoinsertado; los ovarios son de tamaño normal y no presentan lesiones focales (figura 2).

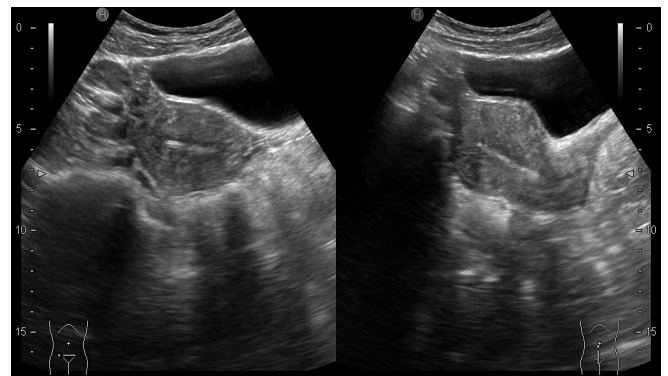


Figura 2. Corte transversal y longitudinal de útero con DIU normoinserto.

Posteriormente realizamos exploración ecográfica de la pared abdominal, a la altura del ombligo, con sonda lineal de alta frecuencia (7,5 MHz). Aquí detectamos a la altura de la hipodermis y supraponeurótico, un nódulo sólido hipoeoico, bien delimitado, de 8 x 5 mm, sin vascularización mediante doppler; llama la atención un ligero aumento de la ecogenicidad de la grasa circundante, probablemente secundaria a inflamación por el sangrado previo (vídeo 1 y figura 3).

#### VÍDEO 1

Ante la sospecha diagnóstica de endometrioma umbilical, se remite a la paciente al Servicio de Ginecología del hospital de referencia. Se repite la exploración ecográfica ginecológica vaginal y la de la pared abdominal; se confirman los hallazgos previos y no se detecta endometriosis pélvica.

Se programa intervención quirúrgica y se realiza exéresis completa del endometrioma umbilical.

Al cabo de una semana presenta infección de la herida quirúrgica, que es tratada con ciprofloxacino, con lo

que se resuelve el cuadro clínico.

La anatomía patológica confirma se trata de un endometrioma umbilical.

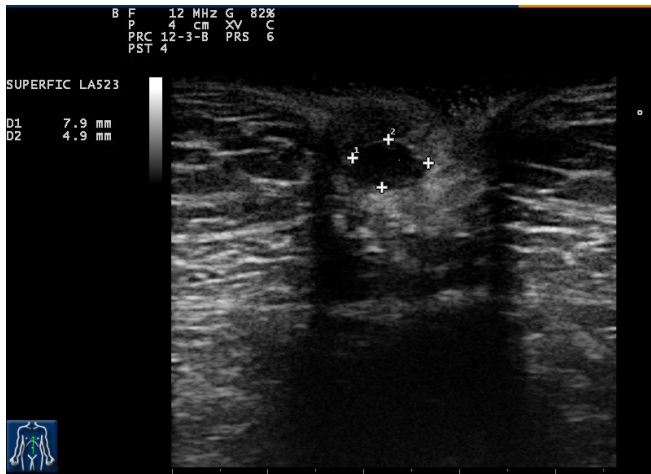


Figura 3. Ecografía de pared abdominal a nivel umbilical.

En la actualidad la paciente se encuentra asintomática y no ha vuelto a presentar sangrado.

## COMENTARIO

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial funcionante fuera de la cavidad uterina. Aproximadamente 10-15 % de las mujeres en edad fértil presentan endometriosis; la localización intrapélvica es la más frecuente.

Puede cursar con dismenorrea, menorragia, dolor pélvico e infertilidad.

Hasta 12 % de las endometriosis presentan afectación extrapelvica; en estos casos la piel es el órgano más frecuentemente afectado. Casi siempre se implanta sobre cicatrices quirúrgicas abdominales o perineales.

La endometriosis umbilical (también llamada *nódulo de Villar*) es una patología rara, con una incidencia estimada de 0,5-1 % del total de las pacientes con endometriosis. Suele ocurrir tras procedimientos laparoscópicos u otros procedimientos quirúrgicos que afecten al ombligo. La forma primaria es una afección aún más rara e inusual, cuyos mecanismos patogénicos están poco claros.

La triada clínica clásica consiste en la presencia de nódulo umbilical, dolor y hemorragia cíclica coincidiendo con la menstruación; tan solo aparece en 30 % de las pacientes. El nódulo umbilical suele ser único, de pequeño tamaño y generalmente pigmentado de un color azulado, negruzco o marrónáceo.

Debe efectuarse diagnóstico diferencial con una multitud de lesiones que pueden aparecer en el área umbilical, entre las que destacamos lesiones benignas (hernia umbilical irreductible, granuloma piogénico, granuloma de cuerpo extraño, hemangioma, onfalitis y restos embriológicos) y procesos malignos (tumores anexiales, enfermedad de Crohn metastásica, metástasis del tracto gastrointestinal, o *nódulo de la Hermana María José*, y melanoma).

La transformación maligna a carcinoma endometrial

está descrita, aunque es excepcional; su incidencia es menor de 0,3-1 %.

Para el diagnóstico es importante la sospecha clínica, y la realización de una técnica de imagen con dos finalidades: descartar endometriosis pélvica y valorar el grado de afectación de la pared para planificar la intervención quirúrgica.

La mayoría de los autores propone la ecografía como la primera técnica de imagen a realizar, y reservan la TAC (y sobre todo la RM) para situaciones clínicas más complejas.

Los hallazgos ecográficos no son específicos. El endometrioma puede visualizarse como una lesión quística, mixta o sólida, sin correlación con la fase del ciclo menstrual; no obstante, al comienzo de la menstruación las lesiones pueden ser mayores y por tanto visualizarse más fácilmente. El patrón ecográfico más frecuente consiste en la presencia de un nódulo único, ovalado o redondeado, hipoecoico y homogéneo, y con escasa o nula vascularización mediante doppler.

Si sospechamos la presencia de un endometrioma no está indicado el estudio citopatológico para evitar siembras. El antígeno CA-125 suele estar elevado.

El tratamiento de elección del endometrioma umbilical consiste en la extirpación quirúrgica completa de la lesión con márgenes amplios (mayores a 1 cm), con la finalidad de evitar recidivas; se debe preservar el ombligo siempre que la situación lo permita.

En ocasiones es preciso realizar tratamiento médico coadyuvante antes de la intervención, con vistas a controlar el dolor o disminuir el tamaño del nódulo para que la misma sea lo más conservadora posible. Se pueden utilizar anticonceptivos orales, danazol o análogos GnRH.

## BIBLIOGRAFÍA

- Savelli L, Manuzzi L, Di Donato N, Salfi N, Trivella G, Ceccaroni M, et al. Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and Doppler characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;39:336-340.
- Seung-Hee Loh, Bark-Lynn Lew, Woo-Young Sim. Primary Cutaneous Endometriosis of Umbilicus. *Ann Dermatol.* 2017; 29:621-5.
- Fancellua, A, Pinna, A, Mancab, A, Capobianco, G, Porcu, A. Primary umbilical endometriosis. Case report and discussion management options. *International Journal of Surgery Case Reports.* 2013;4:1145-8.
- Efremidou EI, Kouklakis G, Mitrakas A, Liratzopoulos N, Polychronidis AC. Primary umbilical endometrioma: a rare case of spontaneous abdominal wall endometriosis. *Int J Gen Med* 2012;5999-1002
- Dadhwal V, Gupta B, Dasgupta C, Shende U, Deka D. Primary umbilical endometriosis: a rare entity. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(suppl. 1):119-20.
- Bordel Gómez MT, Román Curto C, Cardeñoso Álvarez E, Santos Durána JC, Sánchez Estella J, Corral de la Calle M. Endometriosis cutánea umbilical espontánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:666-8. Vol. 97 Núm.10