

Endometriosis umbilical con estudio de receptores hormonales

Umbilical Endometriosis with Study of Hormonal Receptors

Nancy Valenzuela, M. A. Barnadas, J. R. Garcés, F. J. Sancho, A. Alomar

Servicios de Dermatología y de Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Correspondencia:

Nancy Valenzuela
Servicio de Dermatología. Hospital Sant Pau
Sant Antoni Maria Claret, 167. 08025 Barcelona. España
Tel.: (+34) 93 291 9013/14
Fax: (+34) 93 291 9136
e-mail: nvalenzuela@hsp.santpau.es

Resumen

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial extrauterino, su localización habitual es intrapélvica, sin embargo puede localizarse a nivel cutáneo de forma espontánea o secundaria. La localización umbilical es la más frecuente de las endometriosis espontáneas alcanzando al 1% del total de las endometriosis. Se presenta el caso de una paciente con endometriosis umbilical espontánea, en la que se realiza un estudio inmunohistoquímico para receptores hormonales de estrógeno y de progesterona resultando ambos positivos.

(Valenzuela N, Barnadas MA, Garcés JR, Sancho FJ, Alomar A. Endometriosis umbilical con estudio de receptores hormonales. Med Cutan Iber Lat Am 2003; 31(5): 320-322)

Palabras clave: endometriosis umbilical, receptor de estrógeno, receptor de progesterona.

Summary

Endometriosis is the presence of extrauterine endometrial tissue. Although most cases of endometriosis are located in the pelvis, it may be found in the skin as a spontaneous or secondary lesion. The umbilicus is the most common site for primary cutaneous endometriosis and represents about 1% of all cases of ectopic endometrial tissue. We present a case of spontaneous umbilical endometriosis that showed positive immunohistochemical reaction for estrogen and progesterone receptors.

Key words: umbilical endometriosis, estrogen receptor, progesterone receptor.

Se denomina endometriosis a la presencia de tejido endometrial extrauterino, siendo su localización habitual intrapélvica. En el 1% de los casos se localiza en el área umbilical[1, 2]. La endometriosis cutánea puede ser espontánea o secundaria y clínicamente se caracteriza por una lesión nodular que puede presentar modificaciones durante la menstruación como dolor, aumento de volumen e incluso sangrado lo que le ha valido el nombre de "tumor menstruante"[3].

Caso clínico

La paciente es una mujer de 41 años que consultó por una lesión nodular eritematosa en ombligo de 1 cm de diámetro, de meses de evolución, que presentaba dolor ocasional no asociado al ciclo menstrual, sin hinchazón ni hemorragia (Figura 1).

En sus **antecedentes** destacaban una colitis ulcerosa de 14 años de evolución en tratamiento con prednisona los últimos años, y 2 gestaciones a término con parto vaginal. Su menstruación era regular con leve dismenorrea que no requería tratamiento. No refería intervenciones quirúrgicas en la zona abdomino-pélvica.



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión nodular umbilical.

Se llevó a cabo una **biopsia** en sacabocados cuyo estudio anatomopatológico reveló una zona deprimida conectada con una estructura glandular. Estas estructuras estaban tapizadas por un epitelio que en algunas zonas era columnar y en otras pseudoestratificado (Figuras 2, 3). En algunas áreas se obser-

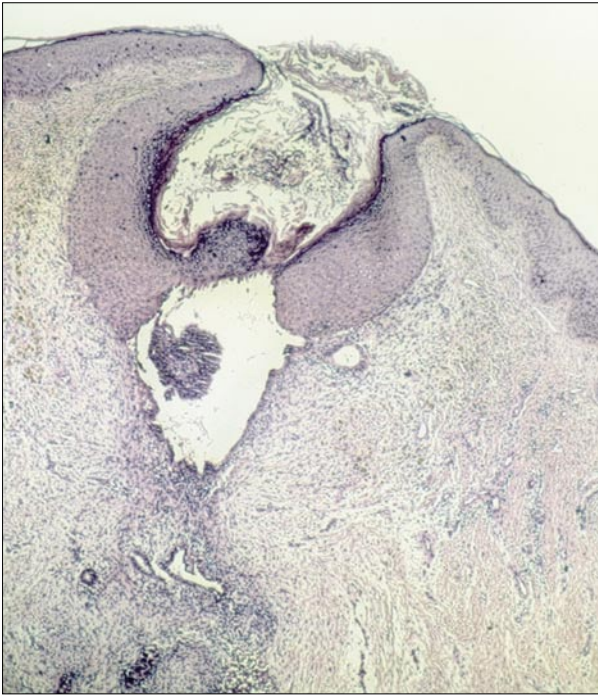


Figura 2. Examen histológico de la lesión que muestra una depresión con hiperqueratosis, bajo la cual se aprecian varias estructuras glandulares, una de ellas comunica con la superficie.

varon imágenes sugestivas de secreción por decapitación. El estroma era laxo, muy vascularizado y contenía células fusiformes, hematíes extravasados y depósitos de hemosiderina. La tinción de Pearls confirmó la presencia de hierro.

Los estudios de **inmunohistoquímica** resultaron positivos para receptores de estrógenos (Figura 4) y de progesterona tanto en el tejido glandular como en algunas células del estroma y negativos con al antígeno carcinoembrionario (CEA). Para el estudio de los receptores hormonales se utilizó el kit del laboratorio Novocastra, que utiliza la forma alfa para el receptor de estrógeno (RE) y la forma beta para el receptor de progesterona (RP).

La paciente rehusó llevar a cabo la extirpación quirúrgica de la lesión.

Comentario

La endometriosis afecta al 10% de las mujeres en edad fértil y su localización más frecuente es intrapélvica[1]. La endometriosis cutánea fue descrita por primera vez en el año 1885 por Von Recklinghausen y la de localización umbilical un año después por Villar[4].

La endometriosis cutánea ocurre con mayor frecuencia como un proceso secundario, localizada en cicatrices quirúrgicas tras intervenciones abdominales o pélvicas, como cesárea, laparotomía, hernioplastia o episiotomía[2, 5, 6]. Cuando la en-

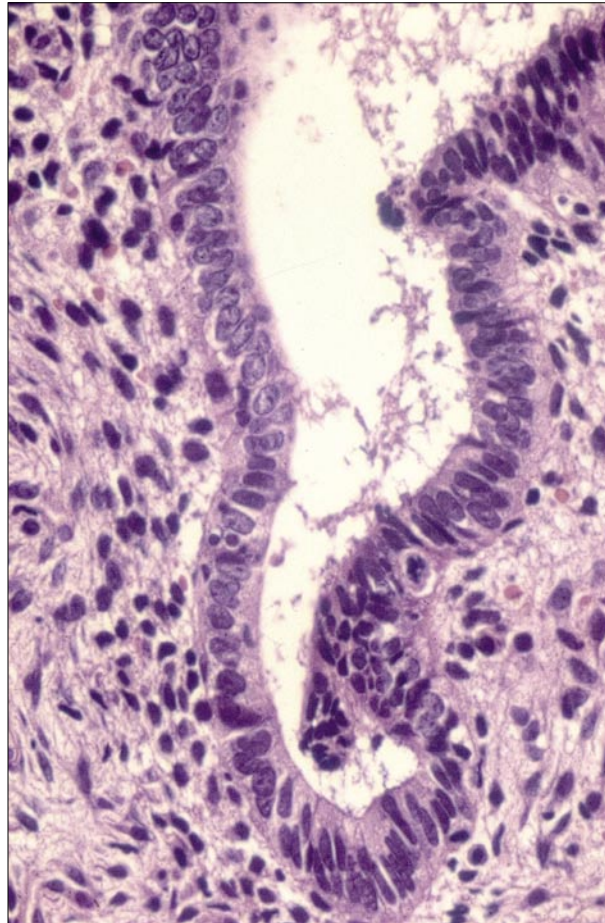


Figura 3. Detalle de una cavidad que muestra estructuras glandulares tapizadas por epitelio columnar.

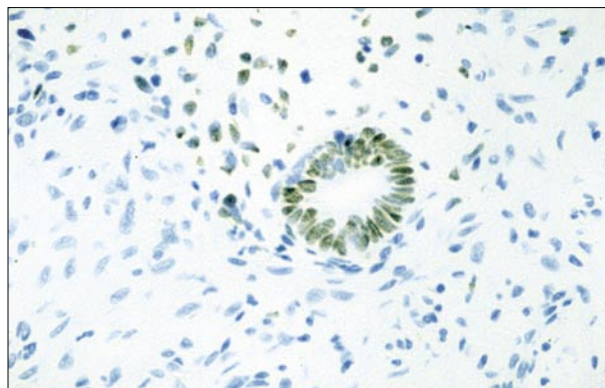


Figura 4. El estudio de inmunohistoquímica muestra intensa positividad para los receptores de estrógenos en las células epiteliales y algunas células del estroma.

dometriosis cutánea es espontánea la localización más frecuente es la zona umbilical aunque también se han descrito lesiones

en vulva, periné, ingles y extremidades[1]. En su patogenia se han formulado diversas teorías tales como embolización por vía linfática o sanguínea, transporte mecánico yatrogénico posterior a intervención quirúrgica ginecológica y desarrollo de células pluripotenciales del celoma[3].

Clínicamente se presenta como una masa o nódulo firme, solitario de pocos milímetros a varios centímetros y su color varía de rojo a azul o negro[1, 3]. En el período premenstrual puede ser dolorosa y presentar aumento de volumen, y durante la menstruación dar salida a secreciones o hemorragias[1, 3]. Excepcionalmente puede presentarse en forma de lesiones múltiples[7].

Histológicamente se observan hallazgos de la fase secretora y proliferativa del endometrio uterino, existiendo una escasa correlación entre el aspecto histológico de la endometriosis y el ciclo menstrual[8].

Queremos destacar que la positividad de los RE y RP junto con la negatividad del CEA, pueden ayudar a confirmar el diagnóstico de endometriosis cutánea y diferenciarlo de otros procesos. Sin embargo, hay que tener presente que en la endometriosis pélvica se ha descrito una marcada heterogeneidad en

la expresión de estos receptores, tanto en las células del estroma como en las células epiteliales[9]. Por tanto la falta de reactividad para dichos receptores no descarta su diagnóstico.

En la endometriosis pélvica se han observado diferencias cuantitativas de los receptores hormonales comparando endometrio normal y endometriosis[9, 10]. La expresión de los RP y RE del endometrio normal varían con las diferentes fases del ciclo menstrual. Sin embargo en la endometriosis no se han detectado cambios cíclicos en los niveles de estos receptores en las células del estroma, existiendo controversias acerca de su expresión en las células epiteliales[10].

En este tipo de lesiones se debe plantear el diagnóstico diferencial con la hernia umbilical irreductible, el granuloma piogénico, el hemangioma, el granuloma a cuerpo extraño, los tumores anaxiales sudoríparos tanto apocrinos como ecrinos, la onfalitis, la enfermedad de Crohn metastásica umbilical, metástasis del tracto gastrointestinal (nódulo hermana María José) y el melanoma. La transformación maligna de la endometriosis es rara[1, 3, 8, 15].

El tratamiento es quirúrgico y su extirpación completa, generalmente, es curativa.

Bibliografía

- Albrecht L, Tron V, Rivers J. Cutaneous endometriosis. *Int J. Dermatol.* 1995; 34: 261-262.
- Von Stemm A, Meigel W, Scheidel P, Gocht A. Umbilical endometriosis. *J EADV* 1999; 12:30-32.
- Michowitz M, Baratz M, Stavorovsky M. Endometriosis of de umbilicus. *Dermatologica.* 1983; 167: 326-330.
- Demis J, *Clinical Dermatology*, volume 4, unit 27-2, 1997.
- Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incision endometriomas. *American Surgeon.* 1994; 60:259-261.
- Tanaos V, Anteby S.O. Cesarean scar endometriosis. *Internacional J Gynecol Obstetrics.* 1994; 47: 163-166.
- Choi S, Lee H, Kang S, Kim H. A case of cutaneous endometriosis developed in postmenopausal woman receiving hormonal replacement. *J Am Acad Dermatol.* 1999; 41,2:327-329.
- Tidman M, MacDonald D. Cutaneous endometriosis: a histopathologic study. *J Am Acad Dermatol.* 1988; 18:373-377.
- Howell R, Dowsett M, Edmonds D. Oestrogen and progesterone receptors in endometriosis: heterogeneity of different sites. *Human Reproduction* 1994; 9:1752-1758.
- Jones R.K, Bulmer J.N and Searle R.F. Immunohistochemical characterization of proliferation, oestrogen receptor and progesterone receptor expression in endometriosis: comparison of eutopic and ectopic endometrium with normal cycling endometrium. *Human Reproduction.* 1995; 10:3272-3279.
- Shwayder T.A. Umbilical Nodule and Abdominal Pain. *Archives of Dermatology* 1987; 123:105-110.
- Muñoz H, Waxtein L, Vega M.E, Cortes R, Hojyo T, Dominguez-Soto L. An Ulcerated Umbilical Nodule. *Archives of Dermatology* 1999; 135: 113-118.
- Powell F, Daniel W.P. Dermatoses of the Umbilicus. *Int.J.Dermatol.* 1988; 27: 150-156.
- Rhodes.A, Jasani.B, Balaton.A, Miller.KD. Immunohistochemical demonstration of oestrogen and progesterone receptors: correlation of standars achieved on in house tumors with that achieved on external quality assessment material in over 150 laboratories from 26 countries. *J.Clin Pathol*, 2000; volume 53:292-301.
- McLelland J, Griffin SM. Metastatic Crohn's disease of the umbilicus. *Clin Exp Dermatol.* 1996;21:318-9.