

Casos Clínicos

Localizador 07-016

Endometrioma cutáneo

Cutaneous endometrioma

**A. Alfaro-Rubio, O. Sanmartín, L. Hueso, C. Serra-Guillén, B. Llombart, C. Requena,
R. Botella-Estrada, E. Nagore, A. Martorell, C. Guillén**
Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.

Correspondencia:
Onofre Sanmartín Jiménez
Servicio de Dermatología
Instituto Valenciano de Oncología
Profesor Beltrán Báguena, 8
46009 Valencia. España
Tel.: 961 114 014
Fax: 961 114 343
e-mail: osanmartinj@gmail.com

Resumen

La endometriosis es una patología poco referenciada en la bibliografía dermatológica y se define como la presencia de tejido endometrial fuera del útero. Cuando es una masa de endometriosis bien delimitada se denomina endometrioma.

La localización habitual de la endometriosis es intrapélvica pero también puede aparecer en otras localizaciones. La localización cutánea es muy rara y aunque puede aparecer de forma primaria, su forma habitual de presentación suele ser secundaria a intervenciones ginecológicas u obstétricas, localizándose estos casos sobre cicatrices abdominales.

El tratamiento de elección es la cirugía con márgenes amplios para evitar la recurrencia, ya que un número elevado de recurrencias es factor de riesgo en el desarrollo de cáncer sobre una endometriosis de pared abdominal.

(A. Alfaro-Rubio, O. Sanmartín, L. Hueso, C. Serra-Guillén, B. Llombart, C. Requena, R. Botella-Estrada, E. Nagore, A. Martorell, C. Guillén. Endometrioma cutáneo. Med Cutan Iber Lat Am 2010;38(1):33-36)

Palabras clave: Endometriosis, endometriosis de pared abdominal, endometriosis sobre cicatriz post-cesárea, endometrioma.

Summary

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterus. When this endometriosis mass is well delimited it is known as an endometrioma.

The usual site for endometriosis is intrapelvic but it may also appear in other areas. Cutaneous localization is quite rare and although it may appear in a primary form, its more usual presentation is usually secondary to gynaecological or obstetric intervention and, in such cases, over abdominal scars.

Abdominal wall endometrioma has scant reference in dermatological bibliography the differential diagnosis should also be considered such as excessive fibrosis of the scar, incisional hernia, suture granuloma, abscess, traumatic neuroma, haematoma, desmoid tumour and, rarely, a sarcoma of soft tissue or metastatic carcinoma.

Key words: Endometriosis, endometriosis of the abdominal wall, incisional endometriosis after caesarean section, endometrioma.

La endometriosis es una patología ginecológica relativamente frecuente que consiste en la presencia de tejido endometrial funcional (epitelio glandular y estroma) fuera de la cavidad uterina. La localización habitual de presentación suele ser la localización intrapélvica y entre ellas la más frecuente la forma ovárica. No obstante la localización extra-pélvica puede acontecer en más del 12% de mujeres con

endometriosis[1-2] y afectar a cualquier parte del cuerpo, incluso la piel[3].

La endometriosis suele presentarse en forma de afectación difusa, en placas, aunque en ocasiones lo hace adoptando morfología quística o tumoral. Cuando la endometriosis se presenta en forma de masa bien delimitada se denomina endometrioma[4].

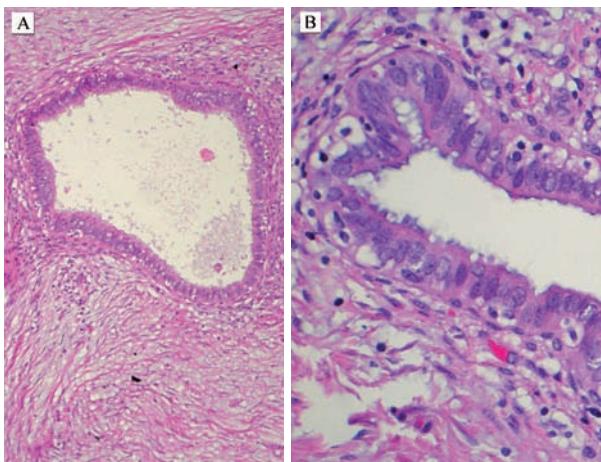


Figura 3a. Múltiples luces glandulares acompañadas de un abundante estroma moderadamente celular y muy edematoso. 20X (hematoxilina-eosina). **b.** Las luces glandulares tapi-zadas por un epitelio columnar alto de células con citoplasma basofílico y un núcleo grande y vesiculosos localizado en la por-ción basal de las células. 40X (hematoxilina-eosina).

La endometriosis de localización cutánea fue descrita inicialmente por Von Recklinghausen en 1885[1]. Para explicar la patogenia de la endometriosis se han postulado diferentes teorías, entre las que se encuentran la teoría de la embolización por vía linfática o sanguínea, el transporte mecánico iatrogénico posterior a una intervención quirúrgica abdominal o pélvica, la teoría de la regurgitación tubular de endometrio y el desarrollo de células pluripotenciales del celoma, aunque la mayoría de los casos no son explicables por medio de una sola de ellas, sino a través de su aplicación conjunta[1, 5].

La forma más típica de presentación de la endometriosis primaria cutánea es la endometriosis umbilical cuya incidencia oscila entre un 0.5 –1% de las mujeres con ectopia endometrial[1-2]. La endometriosis primaria cutánea también se ha descrito en localizaciones como periné, las articu-

laciones o las extremidades pero estas formas de presentación no suelen simular tumores sino que son placas o pápulas[6].

La mayoría de los casos descritos de endometriosis cutánea son secundarios a una cirugía sobre el útero o las trompas de Falopio, sobre todo tras histerotomías por abortos. La forma secundaria de endometriosis cutánea post-cesárea es muy infrecuente y su incidencia oscila entre 0.003- 0.45% de los partos por cesárea[7-8].

La clínica del endometrioma cutáneo suele venir representada por una triada clásica que incluye el efecto masa, dolor, a menudo cíclico y asociación a un procedimiento quirúrgico previo generalmente ginecológico (cesárea, aborto). Esta clínica característica no se presenta siempre por lo que para llegar al diagnóstico pueden ser de utilidad pruebas de imagen como la ecografía, la resonancia magnética y la TAC[7-9].

Histológicamente el nódulo endometriósico se caracte-riza por la presencia de tejido típico endometrial constituido por glándulas revestidas de un epitelio cilíndrico y estroma. El epitelio glandular puede variar en respuesta a los cambios hormonales lo que se traduce clínica e hisiológicamente como fenómenos de hemorragia o inflamación. El diagnóstico definitivo es histológico, debiendo reunir al menos dos de los siguientes criterios: glándulas endometriales, estroma endometrial y/o depósitos de hemosiderina[7].

El diagnóstico diferencial con endometriosis maligna se basa en la ausencia de atipia citológica y proliferación arquitectural.

Aunque la PAAF puede confirmar el diagnóstico de endometriosis y ayudar a descartar la posibilidad de malignidad no parece ser una prueba concluyente en el diagnóstico y además puede incrementar el riesgo de recurrencia[7].

Ante el diagnóstico de una endometriosis cutánea se debe investigar la posibilidad de una endometriosis genital-pélvica ya que la asociación con esta puede ser de hasta un 26%[1, 8].

Tabla 1. Casos de malignización de endometriosis sobre cicatriz[11]

Autores	Edad del paciente	Cicatriz	Histología
Madsen et al	49	Abdominal	Carcinoma endometriode
Hitti et al	46	Cesárea	Carcinoma de células claras
Hitti et al	43	Episiotomía	Carcinoma de células claras
Miller et al	38	Abdominal	Carcinoma de células claras
Markopoulos et al	50	Cesárea	Carcinoma endometriode
Gucer et al	54	Cesárea	Carcinoma de células claras
Park et al	60	Cesárea	Cistadenocarcinoma
Matter et al	41	Cesárea	Carcinosarcoma
Leng et al			

La endometriosis cutánea es muy infrecuente por lo que no suele ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial ante tumoraciones subcutáneas que afectan a la pared abdominal. Los casos de endometrioma cutáneo suelen aparecer de forma secundaria a una cirugía uterina, se localizan en proximidad a la cicatriz abdominal resultante y la manifestación clínica típica es el efecto masa y dolor, a menudo cíclico.

El endometrioma de la pared abdominal es una patología poco referenciada en la bibliografía dermatológica y que cuando aparece plantea el diagnóstico diferencial con otras patologías como una fibrosis excesiva de las cicatrices de cirugía ginecológica, una hernia incisional, un granuloma de sutura, un absceso, un neuroma traumático, un hematoma, un tumor desmoide y raramente un sarcoma de partes blandas o un carcinoma metastásico.

Caso clínico

Una mujer de 35 años de edad sin antecedentes personales de interés consultó por una lesión subcutánea de 6 meses de evolución localizada junto a una cicatriz suprapúbica de una cesárea de parto gemelar practicada 2 años antes (Figura 1A). La paciente refería crecimiento progresivo de la lesión y ocasional dolor e inflamación ocasional coincidiendo con la menstruación.

A la exploración presentaba un nódulo subcutáneo de 2 cm de diámetro adherido a la pared abdominal y mal delimitado, de consistencia elástica y levemente doloroso a la palpación (Figura 1B).

La ecografía mostró una lesión nodular, de consistencia sólida, con áreas hipoecoicas en su interior, hallazgos sugs-

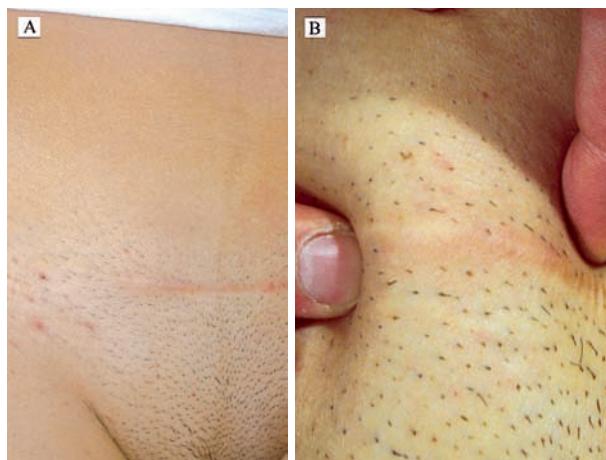


Figura 1. **A)** Cicatriz suprapública tipo Fanestiel post-cesárea con la lesión en su borde derecho. **B)** Nódulo subcutáneo de 2 cm de diámetro adherido a la pared abdominal y mal delimitado, de consistencia elástica y no doloroso a la palpación.

tivos de un tumor de partes blandas. La resonancia magnética nuclear mostró una imagen nodular de contornos espículados y estructura homogénea localizada en el plano subcutáneo de la región suprainguinal derecha en estrecha relación con el recto anterior. No se observó extensión intraabdominal de la lesión (Figura 2).

Con la sospecha de clínica de una endometriosis cutánea y bajo raquianestesia se procedió a su exéresis quirúrgica y su estudio histopatológico.

La anatomía patológica de la lesión mostró la presencia de múltiples luces glandulares acompañadas de un abundante estroma moderadamente celular y muy edematoso que confirmó el diagnóstico de endometriosis cutánea (Figuras 3 y 4).

Comentario y Conclusiones

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante (epitelio glandular y estroma) fuera de la cavidad uterina.



Figura 2. Resonancia Magnética Nuclear. Corte sagital que muestra una imagen nodular de contornos epiculados y estructura homogénea localizada en el plano grasa subcutánea de la región suprainguinal derecha en estrecha relación con la musculatura abdominal superficial sin que se observara extensión intraabdominal de la lesión.

El tratamiento más efectivo de la endometriosis cutánea es el quirúrgico. En la exéresis se debe incluir el foco de endometriosis y entre 5mm y 1 cm de tejido sano adyacente con la intención de evitar la recurrencia[3, 7-8].

La incidencia de cáncer sobre un foco de endometriosis ovárica es del 1%. La incidencia de cáncer en un foco de endometriosis extrapélvica se desconoce[10]. Se han descrito pocos casos de cáncer sobre endometriosis de pared abdominal (tabla1)[11]. Parece ser que la recurrencia frecuente y la presencia de rasgos atípicos en un foco de endo-

metriosis son dos factores de riesgo en el desarrollo de cáncer sobre una endometriosis de pared abdominal[10].

En algunos estudios aislados se han encontrado mutaciones en el gen PTEN (gen supresor de tumores con homología tirosin-fosfatasa) hasta en un 20% de quistes endometrióticos ováricos y en algunos de estos casos portadores de la mutación del gen PTEN se observó el desarrollo de tumores ováricos endometrióticos. Estas mutaciones en el gen PTEN no han sido demostradas todavía en otras localizaciones[12].

Bibliografía

1. Parra PA, Caro J, Torres G, Malagón FJ, Tomás F. Endometriosis primaria de pared abdominal. Una enfermedad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de la pared abdominal. *Cir Esp* 2006; 79: 64-6
2. Bordel Gómez MT, Román Curto C, Cardenoso Álvarez E, Santos Duran JC, Sanchez Estella J, Corral de la Calle M. Endometriosis cutánea umbilical espontánea. *Actas Dermosifiliogr* 2006; 97: 666-8
3. Rao R, Devalia H, Zaidi A. Post-caesarean incisional hernia or scar endometrioma? *Surg Gen* 2006; 4: 55-6
4. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClellan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 77: 243-6
5. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 566-85
6. Badri T, Fazaa B, Zermani R, Sfar R, Ben Jilani S, Kamoun MR. Tumeur de l'ombilic. *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132: 55-7.
7. Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90: 218-22
8. Blanco RG, Parthivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003; 185: 596-8
9. Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen cases. *Gynecologie Obstétrique Fertilité* 2006; 34: 8-13
10. Steed H, Chapman W, Laframboise S. Endometriosis-associated ovarian cancer: a clinicopathologic review. *J Obstet Gynaecol Can* 2004; 26: 709-15
11. Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16: 432-5
12. Vigano P, Somigliana E, Chiodo I, Abbiati A, Vercellini P. Molecular mechanisms and biological plausibility underlying the malignant transformation of endometriosis: a critical analysis. *Hum Reprod Update* 2006; 12: 77-89