

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i4.9004>

Endometriosis cutánea

Cutaneous endometriosis.

Venecia Landini-Enríquez,¹ Mary Jose Santiago Benítez,² Iván Hernández-Altamirano³

ANTECEDENTES

La endometriosis es el crecimiento de glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina.¹ Es una enfermedad crónica que afecta principalmente a órganos pélvicos como los ovarios, las trompas de Falopio, los ligamentos uterinos y la pared pélvica.² La implantación de endometrio ectópico en la piel, conocida como endometriosis cutánea, representa menos del 1% de los casos y el sitio más frecuente es la región umbilical.^{1,2} La implantación de tejido ectópico endometrial que cuenta con antecedentes quirúrgicos se conoce como endometriosis cicatricial, de la pared abdominal o endometriosis cutánea.³ En México existe poca bibliografía reportada de endometriosis cutánea, por lo que consideramos importante dar a conocer este tipo de manifestación clínica, así como generar un efecto para el diagnóstico oportuno. Describimos un caso de endometriosis cutánea y realizamos una revisión de la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 27 años de edad, sin antecedentes patológicos, quien acudió a valoración debido a una dermatosis de 4 años de evolución, localizada en el abdomen en la región infraumbilical, constituida por una neoformación exofítica, eritemato-violácea, indurada, de superficie lisa, de 7 x 6 cm de diámetro, dolorosa a la palpación (**Figura 1**). La paciente tenía un diagnóstico previo de cicatriz queloide sobre incisión de cesárea; sin embargo, al interrogatorio la paciente refirió un fuerte dolor punzante que aparecía durante la menstruación. Entre los antecedentes ginecológicos destacó: menarca a los 13 años, un

¹ Dermatóloga y dermatopatóloga, práctica privada. Torres de Angelópolis, Puebla, México.

² Residente de primer año de Medicina Interna, Hospital Médica Sur, Ciudad de México.

³ Cirugía general y bariátrica, práctica privada. Hospital Ángeles Acoxta, Ciudad de México.

Recibido: septiembre 2022

Aceptado: noviembre 2022

Correspondencia

Mary Jose Santiago Benítez
Mariajosesant96@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Landini-Enríquez V, Santiago-Benítez MJ, Hernández-Altamirano I. Endometriosis cutánea. *Dermatol Rev Mex* 2023; 67 (4): 621-624.



Figura 1. Imagen clínica en la que se observan dos neoformaciones que confluyen; se observa una cicatriz hipertrófica y una neoformación subcutánea de color marrón-violáceo, mal definida, dura, de 3 x 4 cm de diámetro.

embarazo y una cesárea. El ultrasonido Doppler evidenció un quiste epidérmico de 23 x 34 x 26 mm con volumen de 11 mm (**Figura 2**). No obstante, con la sospecha diagnóstica de endometriosis cutánea se realizó biopsia por escisión (**Figura 3**). El estudio histopatológico mostró una neoformación de estirpe epitelial desde la dermis reticular hasta el tejido celular subcutáneo, simétrica y circunscrita, constituida por proliferación de estructuras glandulares revestidas por un epitelio cilíndrico pseudoestratificado, inmersas en un estroma fibroso, discretamente mixoide con abundante extravasación de eritrocitos (**Figura 4**). Se confirmó el diagnóstico de endometriosis cutánea. Actualmente la paciente se encuentra con adecuada evolución de cicatriz y sin dolor.

DISCUSIÓN

La piel es una localización poco común de endometriosis, representa menos del 1% de los casos. Se ha descrito una tríada de endometriosis secundaria: masa abdominal, dolor

asociado con la menstruación y antecedente de cirugía.³ Sin embargo, sólo ocurre en el 60% de los casos y hasta en un 80% según diversas series publicadas; pueden cursar desde forma asintomática a padecer dolores incapacitantes incluso con síncope.⁴ La endometriosis cutánea se clasifica en primaria y secundaria según el origen, en más del 70% de los casos se asocia con cirugía previa, la cesárea es el principal factor de riesgo, con incremento del riesgo relativo de hasta 27 veces e incidencia del 0.03 al 1.08%.⁵ De forma específica, la incidencia aproximada de la endometriosis cutánea secundaria es del 3.5% en pacientes con cirugías ginecológicas previas y de un 0.8% en aquéllas con antecedente de cesárea.³ La incisión de Pfannenstiel es la más comúnmente relacionada, debido a que implica mayores disecciones de planos, mayor daño a los capilares abdominales longitudinales y consecuentemente mayor pérdida de sangre, lo que puede favorecer la implantación de células endometriales en el borde del corte operatorio.⁶ El tiempo promedio reportado entre la cirugía de cesárea y la aparición de los síntomas es de 3.7 a 4.5 años.³ En nuestra paciente el diagnóstico se estableció 5 años después de la cesárea. Se ha observado un amplio intervalo de edad al diagnóstico, desde 20 a 45 años; en diversas publicaciones las más afectadas son las mujeres en edad reproductiva; sin embargo, en la endometriosis cutánea la mediana de edad es de 30 a 35 años.⁵ Se han reportado lesiones de 1 a 13 cm, con mediana de 2-3 cm, como lo observado en nuestro caso.^{4,6} El ultrasonido transabdominal se considera el estudio inicial debido a disponibilidad, menor costo y ausencia de efectos adversos, y su ayuda para diferenciar entre masas sólidas y quísticas, así como masas heterogéneas.⁶ El diagnóstico definitivo es histopatológico, ya que ayuda a excluir lesiones malignas.^{2,5,6} Mediante estudios de biología molecular se ha observado aumento de los factores de crecimiento locales, expresión de CD-10 y receptores de estrógenos

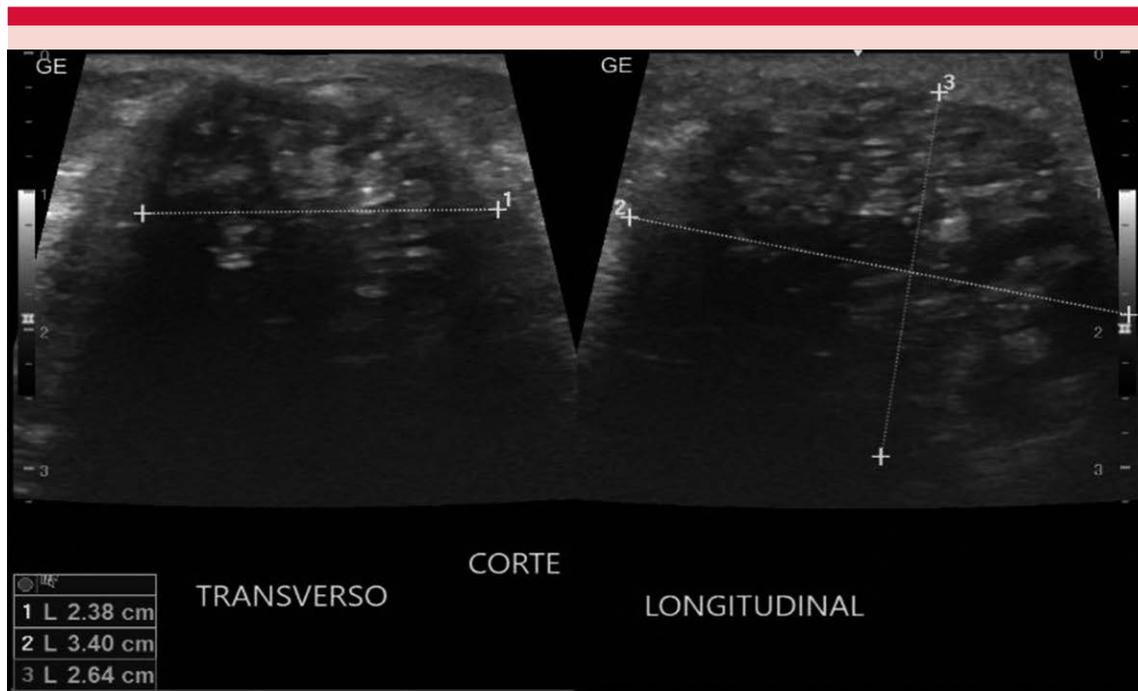


Figura 2. Ultrasonido abdominal que muestra una neoformación heterogénea de 23 x 34 x 26 mm con volumen de 11 mm.



Figura 3. Imagen macroscópica de la neoformación completa, la cual se observa hemorrágica, inmersa en tejido celular subcutáneo.

aumentados caracterizando la fase endometrial proliferativa de la endometriosis cutánea.³ Algunos de los principales diagnósticos diferenciales son: tumor desmoide, lipoma, hernia, hematoma, granulomas de sutura, absceso y neoplasias malignas.⁷ Un hallazgo curioso de nuestro caso fue la localización infraumbilical, ya que se ha reportado de forma más frecuente en el margen izquierdo de las cicatrices de la incisión de la cesárea en la mayoría de los casos (72.2%).⁸ La escisión quirúrgica es el tratamiento más efectivo, por lo que se considera el tratamiento de elección.^{9,10} Se han realizado seguimientos semestrales durante dos años donde se reporta recuperación completa, sin recurrencia;⁸ sin embargo, la información reportada es variable en cuanto a este dato y el riesgo de la misma existe; se ha observado aproximadamente un 9.09% de recurrencia posterior a la escisión quirúrgica.⁵

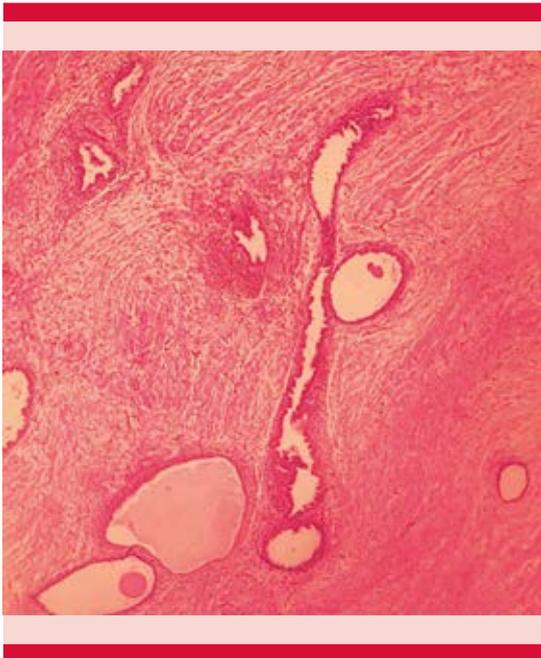


Figura 4. Microfotografía histopatológica en la que se observan luces glandulares revestidas por un epitelio cilíndrico pseudoestratificado, inmersas en un estroma fibroso, discretamente mixoide con abundante extravasación de eritrocitos (H&E 10x).

CONCLUSIONES

Estas lesiones suelen tener un retraso diagnóstico, ya que inicialmente se confunden con cicatrices queloides debido a la cronicidad y localización de las lesiones, por lo que los pacientes suelen exponerse a diversos tratamientos sin obtener mejoría clínica por tiempo prolongado, por lo que consideramos imprescindible realizar una adecuada historia clínica que incluya los antecedentes ginecológicos y la temporalidad de la aparición del

dolor asociado con la lesión, de forma cíclica, como en nuestro caso. Se insiste en tener este diagnóstico entre los diferenciales de lesiones dérmicas sobre cicatrices en pacientes con cesáreas previas, debido a la poca frecuencia reportada en estos casos.

REFERENCIAS

1. Loh SH, Lew BL, Sim WY. Primary cutaneous endometriosis of umbilicus. *Ann Dermatol* 2017; 29 (5): 621-625. doi:10.5021/ad.2017.29.5.621.
2. Raffi L, Suresh R, McCalmont TH, Twigg AR. Cutaneous endometriosis. *Int J Womens Dermatol* 2019; 5 (5): 384-386. doi:10.1016/j.ijwd.2019.06.025.
3. Gonzalez RH, Singh MS, Hamza SA. Cutaneous endometriosis: A case report and review of the literature. *Am J Case Rep* 2021; 22 (1). doi:10.12659/AJCR.932493.
4. Amir J, Raff H, Maurice JM. Severe case of cutaneous endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2021; 28 (6): 1128-1130. doi:10.1016/j.jmig.2020.11.021.
5. Lopez-Soto A, Sanchez-Zapata MI, Martinez-Cendan JP, Ortiz Reina S, Bernal Mañas CM, Remezal-Solano M. Cutaneous endometriosis: Presentation of 33 cases and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018; 221: 58-63. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.11.024
6. Ananias P, Luenam K, Melo JP, et al. Cesarean Section: A potential and forgotten risk for abdominal wall endometriosis. *Cureus* 2021. doi:10.7759/cureus.17410.
7. Tatli F, Gozeneli O, Uyanikoglu H, Cahit H, et al. The clinical characteristics and surgical approach of scar endometriosis: A case series of 14 women. *Bosn J Basic Med Sci* 2018;18 (3): 275-278. doi:10.17305/bjbm.2018.2659.
8. Ozel L, Sagiroglu J, Unal A, Unal E, et al. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: A potential diagnostic pitfall. *J Obstet Gynaecol Res* 2012; 38 (3): 526-530. doi:10.1111/j.1447-0756.2011.01739.x.
9. Hensen JHJ, van Breda Vriesman AC, Puylaert JBCM. Abdominal wall endometriosis: Clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *Am J Roentgenol* 2006; 186 (3): 616-620. doi:10.2214/AJR.04.1619.
10. Danielpour PJ, Layke JC, Durie N, Glickman LT. Scar endometriosis-a rare cause for a painful scar: a case report and review of the literature. *Can J Plastic Surg* 2010; 18. doi: 10.1177/229255031001800110.