

Endometriosis cutánea umbilical, una patología poco frecuente. A propósito de un caso

*Umbilical cutaneous endometriosis. A Rare pathology. A case
reporte*

Jorge Leonardo Quinga Banda^a,  jorgeleo.2288@gmail.com

Wilson Hernán Mereci Becerra^a,  wmereci@yahoo.es

Katherine Gabriela Villavicencio Haro^a,  katvillavicen@gmail.com

Citation: Quinga Banda J.; Mereci Becerra W.; Villavicencio Haro K. Endometriosis cutánea umbilical, una patología poco frecuente. A propósito de un caso. *Revista Ciencia Ecuador* 2025, 7, 30. URL: <https://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/316>

Received: 18/03/2025

Accepted: 08/5/2025

Published: 09/5/2025

Publisher's Note: Ciencia Ecuador stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2025 by the authors.

Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

a. Universidad Internacional del Ecuador, Quito, Ecuador.

Autor de correspondencia: Jorge Leonardo Quinga Banda. Email: jorgeleo.2288@gmail.com

Resumen

La endometriosis radica en la presencia de tejido endometrial extrauterino. Aunque su localización habitual es intrapélvica, puede localizarse en otros lugares. Cabe destacar, que la localización cutánea es rara, y la forma más frecuente aparece sobre cicatrices ginecológicas u obstétricas, no obstante puede manifestarse de forma espontánea en la zona umbilical. Se presenta el caso de una mujer de 31 años con un nódulo en la región umbilical como forma clínica característica de la endometriosis cutánea espontánea. El examen histopatológico permitió confirmar el diagnóstico de endometriosis.

Palabras claves: Endometriosis primaria. Nódulo umbilical. Sangrado umbilical.

Abstract

Endometriosis is characterized by the presence of extrauterine endometrial tissue. Although it is usually located intrapelvic, it can occur elsewhere. It should be noted that cutaneous endometriosis is rare, and the most common form appears on gynecological or obstetric scars. However, it can manifest spontaneously in the umbilical area. We present the case of a 31-year-old woman with a nodule in the umbilical region, a characteristic clinical form of spontaneous cutaneous endometriosis. Histopathological examination confirmed the diagnosis of endometriosis.

Keywords: Primary endometriosis. Umbilical nodule. Umbilical bleeding.

Introducción

La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionando (glándulas y estroma) fuera de su ubicación habitual, la cavidad uterina. Aunque generalmente se localiza en la pelvis no resulta infrecuente la afectación de otros órganos, entre los que se encuentra la piel. La endometriosis cutánea es poco común y constituye la localización más común de la endometriosis extrapélvica (1).

Se distinguen las formas primarias y secundarias. Las formas secundarias, que son las más frecuentes, están representadas por aquellos casos en los que la enfermedad surge sobre cicatrices quirúrgicas previas de histerectomía, cesárea, laparotomía o episiotomía. Mucho más raras son las formas espontáneas o primarias, que suelen localizarse en el ombligo 1, en la región perianal o en la inguinal (2).

La verdadera prevalencia de la endometriosis extrapélvica es aún desconocida, ya que la mayoría de los artículos publicados hacen referencia a casos aislados. Se estima que puede aparecer en torno a un 12 % de las mujeres en edad fértil y su localización más

frecuente es la intrapélvica. La edad de presentación oscila entre los 30-40 años, ligeramente superior a los casos de afectación pélvica, que oscila entre los 25-30 años (3).

La endometriosis puede afectar a prácticamente todos los órganos a excepción de corazón y bazo, lo que podría explicarse por su efecto inmunológico. Aunque se considera una patología típicamente femenina hay 4 casos descritos en varones que han recibido altas dosis de estrógenos como tratamiento del cáncer de próstata (2) (4).

Caso Clínico

Paciente femenina de 31 años, nacida y residente en la ciudad de Quito, soltera, con instrucción superior (cuarto nivel), de profesión asistente administrativa, de religión católica, grupo sanguíneo B+. Detalla que entre los antecedentes personales y familiares no ha recibido transfusiones. Entre los antecedentes patológicos familiares: madre con hipertensión arterial. Entre los Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 13 años, ciclos menstruales regulares. Inicio de vida sexual activa a los 23 años. Refiere 1 pareja sexual; 1. PAP test realizado hace 1 año, Bethesda negativo. El método de planificación familiar que utiliza se basa en anticonceptivos orales (etinilestradiol + clormadinona). Gesta: 0 y FUM: 01/01/2023.

Paciente acude a la consulta por lesiones cutáneas en ombligo que aparecen desde aproximadamente 1 año. Las lesiones tipo nódulos múltiples a nivel de la región umbilical se acompañan de dolor circunscrito de forma cíclica que se exagera con los periodos menstruales. Refiere sangrado a través de las lesiones que concuerdan con la menstruación. La paciente fue valorada previamente por dermatología y el especialista le realizó escisión y toma de biopsia, la que reportó endometriosis cutánea. Posteriormente, acude a consulta externa para resolución quirúrgica.

Al examen físico se evidencia signos vitales: TA: 115/75 mmHg, FC: 82 lpm, FR: 20 rpm, SatO₂: 92 %, T: 36.4°C. Estado general consciente, orientada, Glasgow 15, afebril, hidratada, mucosas orales húmedas. Tórax: Expansibilidad conservada, buena mecánica ventilatoria. Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular

conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen suave, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes. A nivel umbilical se evidencian lesiones multinodulares de aproximadamente 0.5 a 1 cm de bordes regulares, sobreelevadas, no dolorosas a la palpación, de color rojo/marrón. Región inguinal: genitales externos de nulípara, sin pérdidas genitales. Tacto vaginal: Útero en AVF, tamaño normal, sensibilidad y movilidad conservada, cérvix posterior, sin dolor a la lateralización. Extremidades: sin edemas, pulsos distales presentes, llenado capilar en 2 segundos.

Biopsia: Endometriosis cutánea.

• **Biometría Hemática:**

- Leucocitos: $5.77 \times 10^9/L$
- Neutrófilos: 53.5 %
- Hemoglobina: 13.9 g/dL
- Hematocrito: 40.8 %
- Plaquetas: $271,000/mm^3$

• **Química Sanguínea:**

- Glucosa: 95 mg/dL
- Creatinina: 0.87 mg/dL

• **Coagulación:**

- TP: 12.5 seg
- TTP: 30.6 seg

• **VIH:** 0.135 (negativo)

• **Antígeno COVID-19:** Negativo (11/01/2023)

Diagnóstico Preoperatorio: Endometriosis cutánea umbilical.

Plan de Manejo:

- Excéresis de lesiones endometriósicas.

Indicaciones de Ingreso:

- **Servicio:** Ginecología y Obstetricia.
 - **Diagnóstico:** Endometriosis cutánea umbilical.
 - **Cuidado:** General.
 - **Manejo:**
 - Control de signos vitales cada 4 horas.
 - Posición semifowler.
 - Preparación del campo quirúrgico.
 - NPO (nada por vía oral).
 - Lactato Ringer 1000 ml IV a 125 ml/hora.
 - Profilaxis antibiótica con cefazolina 2 g IV.
 - Omeprazol 40 mg IV.
 - Metoclopramida 10 mg IV.
 - Programación para quirófano.
-

Nota Postquirúrgica (12/01/2023)

Procedimiento Realizado:

- Remoción de nódulo endometriósico umbilical (CIE-10: 49203).

Hallazgos:

1. Múltiples nódulos endometriósicos umbilicales con compromiso de aponeurosis.
2. Sangrado total aproximado de 50 ml.
3. Sin complicaciones.
4. Material extraído en su totalidad según reporte de enfermería.

Técnica Quirúrgica:

1. Asepsia y antisepsia.
2. Colocación de campos quirúrgicos.
3. Disección de los planos quirúrgicos.

4. Colocación de puntos en jareta con Ethilon 2/0.
5. Identificación y excéresis de los nódulos endometriósicos umbilicales.
6. Revisión y control de hemostasia.
7. Síntesis de aponeurosis con Vicryl 2/0 surget continuo.
8. Cierre de piel con Ethilon 3/0.

Indicaciones Postquirúrgicas:

- **Servicio:** Ginecología.
- **Diagnóstico:** Excéresis de nódulo endometriósico umbilical.
- **Estado:** Estable.
- **Manejo:**
 - Control de signos vitales cada 4 horas.
 - Registro de ingesta y excreta.
 - Cuidados generales de enfermería.
 - NPO por 4 horas, luego probar tolerancia a líquidos.
 - Lactato Ringer 1000 ml IV a 125 ml/hora hasta completar y retirar.
 - Analgesia: Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas, Paracetamol 1 g IV cada 8 horas.
 - Evaluación para alta en 4 horas.

Alta Hospitalaria

Medicación:

- Ibuprofeno 600 mg VO cada 8 horas por 5 días.
- Paracetamol 1 g VO cada 8 horas por 5 días.
- Dienogest 2 mg VO diario, iniciar el 13/01/2023.

Recomendaciones:

- Movilización ambulatoria.
- Dieta general.

- Aseo diario y cuidado de la herida.
- Control en consulta externa en 7 días.
- Signos de alarma: dolor abdominal severo, signos de infección en la herida, fiebre.
- Reposo por 7 días.

Control Postquirúrgico:

- Evaluación en consulta externa a los 7 días postquirúrgicos.

FIGURA 1 Nódulo endometriósico umbilical.

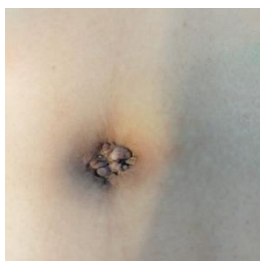


FIGURA 2 Excéresis de nódulo endometriósico umbilical.



Discusión

La endometriosis de la pared abdominal se considera un tipo poco común de endometriosis que se define como la presencia de glándulas endometriales y estroma ubicados dentro de la pared abdominal. En efecto, las pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa presentan clásicamente dolor abdominal cíclico y una masa palpable (5). Cabe destacar, que el crecimiento endometrial puede afectar los genitales

internos. Asimismo, las lesiones resultan frecuentes en intestino, tracto urinario y tórax (6).

Un trabajo de investigación detalló una prevalencia de endometriosis mediante histología del 8,9 % de manifestaciones extragenitales. En particular el 61,8 % se presentaron en la cicatriz de Pfannenstiel, el canal inguinal, el ombligo y el perineo (2). Un estudio destaca que entre los 80 pacientes con endometriosis de la pared abdominal que recibieron terapia con ultrasonido focalizado de alta intensidad, las tasas efectivas fueron 76.3 %, 80.5 % y 90.5 % después de 3, 12 y 24 meses de seguimiento, respectivamente. De hecho, se ha confirmado la seguridad y eficacia de la terapia. Se considera adecuado un seguimiento los primeros dos años posteriores a la terapia con ultrasonido focalizado de alta intensidad (7).

El diagnóstico definitivo se efectúa mediante un examen de tejido patológico, pero las imágenes preoperatorias con ecografía o resonancia magnética ayudan a reducir el diagnóstico diferencial e informan el tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico se realiza tradicionalmente mediante un abordaje abierto; sin embargo, se recomienda la extirpación laparoscópica de la EPA en el caso de lesiones subfasciales o del recto. Después de la escisión quirúrgica, más del 90 % de las pacientes experimentan un alivio completo de los síntomas (5) (8).

Resulta fundamental enfatizar en el tiempo de diagnóstico. En un trabajo de investigación el 52,9 % fue diagnosticado por ginecólogos y el tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 24,54 meses (IC: 13,2 - 35,8). Asimismo, resalta como sintoma el dolor 76,5 %, pero fue cíclico, notificado solo en el 41,2 %. En el examen físico destaca una masa palpable en el 41,2 % de los casos, en particular en la cicatriz de Pfannenstiel (26,5 %) (2).

En un estudio realizado en Brasil, en el que destaca la endometriosis de la cicatriz umbilical en el 31,3 %, siendo primaria en 20 casos (76,9 %) y secundaria a un procedimiento laparoscópico en 6 casos (23,1 %). 2 pacientes tuvieron implantes secundarios

fuera del ombligo después de una cirugía laparoscópica. Implante secundario después de una cesárea en 55 pacientes (66,3 %). El diagnóstico se realizó por ecografía en 65 pacientes (78,3 %) y por resonancia magnética en las 18 restantes (21,7 %). Se realizó escisión completa del nódulo y hasta el momento no se registró ningún caso de recurrencia (9).

La ecografía focalizada de alta intensidad guiada por ecografía con contraste ha evidenciado en el seguimiento que el volumen promedio de las lesiones AWE a los 6 meses después del USgHIFU fue significativamente menor que antes del tratamiento ($2,80 \pm 0,12$ versus $1,33 \pm 0,31 \text{ cm}^3$). Asimismo, las puntuaciones de dolor a los 6 meses después del tratamiento fueron significativamente más bajas que las anteriores al tratamiento ($6,80 \pm 2,64$ versus $1,80 \pm 0,3$) (10). Además, destaca la ablación guiada por ecografía parece ser segura y eficaz para el tratamiento de la endometriosis cutánea umbilical (11).

Los antecedentes obstétricos y la clínica ambulatoria de la paciente sumado al dolor en el abdomen inferior asociado con la menstruación cerca de la cicatriz quirúrgica llevó a una decisión de escisión de la lesión endometriósica. Además, el examen histológico del fragmento quirúrgico confirmó el diagnóstico. En particular, no se ha identificado factores de riesgo clínicos y la cirugía es la primera línea de tratamiento (12) (13) (14).

El postoperatorio no presentó complicaciones y la paciente informó la resolución completa de los síntomas. Este caso destaca la importancia de complementar métodos de diagnóstico histológicos sumados con los hallazgos clínicos clásicos para el diagnóstico preciso de la endometriosis de la pared abdominal (15). El dolor abdominal cíclico localizado con ausencia de dismenorrea y antecedentes de laparotomía previa resaltan como factores de riesgo independientes con una precisión muy alta para el diagnóstico (16) (17) (18).

Conclusiones

El diagnóstico de la endometriosis cutánea abdominal resulta un desafío para el personal de salud. La presencia de una masa abdominal dolorosa en mujeres, especialmente con antecedentes de cirugía abdominal y pélvica debe impulsar la sospecha de endometriosis cutánea abdominal. La histología resulta fundamental para el diagnóstico. La mortalidad por endometriosis es mínima, aunque se acentúa como un desafío a pacientes y médicos en cuanto a su diagnóstico.

Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores: Los autores declaran haber contribuido en idea original (JQ,WM), parte metodológica (KV), redacción del borrador (JQ, WM) y redacción del artículo (KV,JQ).

Revisión por pares

El manuscrito fue revisado por pares ciegos y fue aprobado oportunamente por el Equipo Editorial de la revista CIENCIA ECUADOR.

Fuente de financiamiento

Este estudio fue autofinanciado

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Loh, S. H., Lew, B. L., & Sim, W. Primary cutaneous endometriosis of umbilicus. *Annals of Dermatology*.2017; 29(5), 621-625. .
2. Douglas C, & Rotimi O. Extragenital endometriosis a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2004;24(7), 804-808. .
3. Chadha, D. R., & Buttram, V. C. (Eds.). *Current concepts in endometriosis*. New York: Alan R. Liss, Inc.; 1990. p. 289. .

4. Mistrangelo M, Gilbo N, Cassoni P, Micallef S, Faletti R, et al. Surgical scar endometriosis. *Surgery Today*.2014; 44, 767-772. .
5. Foley CE, Ayers PG, Lee TT. Abdominal Wall Endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2022 Jun;49(2):369-380. doi: 10.1016/j.ogc.2022.02.013. PMID: 35636814. .
6. Bergqvist A. Diferentes tipos de endometriosis extragenital: una revisión. *Gynecological Endocrinology*.1993; 7 (3), 207–221. .
7. Cheng, H., Zhu, X., He, Y., Liu, M., Xue, M. y Sun, X. Eficacia y análisis de factores influyentes de la terapia de ultrasonido focalizado de alta intensidad para la endometriosis de la pared abdominal: una serie de casos. *Revista internacional de hipertermia*.2024; 41 (1). .
8. Panizzard, A., Vallarino, C., Vargas, A., Casas, J., Marralde, M. Endometriosis umbilical primaria. *Dermatología Argentina*.2014; 20(2), 130-132. .
9. Benedetto C, Cacoza D, de Sousa Costa D, Coloma Cruz A, Tessmann Zomer M, Cosma S, et al. Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022 Nov;159(2):530-536. doi: 10.1002/ijgo.14167. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35246836. .
10. Luo S, Zhang C, Huang JP, et al. Tratamiento con ultrasonidos focalizados de alta intensidad guiados por ultrasonido para la endometriosis de la pared abdominal: un estudio retrospectivo. *BJOG*. 2017;124(S3):59–63. .
11. Wang Y, Wang W, Wang L, et al. Tratamiento con ultrasonidos focalizados de alta intensidad guiados por ultrasonido para la endometriosis de la pared abdominal: resultados preliminares. *Eur J Radiol*. 2011;79(1):56–59. .
12. Carsote M, Terzea DC, Valea A, et al. Endometriosis de la pared abdominal (una revisión narrativa). *Int J Med Sci*. 2020;17(4):536–542. .
13. Veiga, M. Á., Míguez, V., Rodríguez, S., Mosquera, M. T., Calaza, M., MP-Mendaña, J. Endometriosis umbilical. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*.2013; 56(4), 213-215. .
14. Frischknecht, F., Raio, L., Fleischmann, A., Dreher, E., Lüscher, K. P., Mueller, M. D. Umbilical endometriosis. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques*.2004; 18, 347-347. .
15. Parra, P. A., Caro, J., Torres, G., Malagón, F. J., Tomás, F. Endometriosis primaria de pared abdominal, una enfermedad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de la pared abdominal. *Cirugía Española*.2006; 79(1), 64-66. .
16. Khan Z, Zanfagnin V, El-Nashar SA, et al. Factores de riesgo, presentación clínica y resultados de la endometriosis de la pared abdominal. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(3):478–484. doi: 10.1016/j.jmig.2017.01.005. .
17. Romera-Barba, E., Castañer-Ramón-Llín, J., Pérez, A. S., Navarro-García, I., Rueda-Pérez, J. M., Maldonado, A. Vázquez-Rojas, J. Endometriosis umbilical primaria. A propósito de 6 casos. *Revista Hispanoamericana de Hernia*.2014; 2(3), 105-110. .
18. Hinojosa, J. G., Calvo, J. S., Ruiz, P. V., Gómez, E. M., & Goñi, A. Endometriosis umbilical primaria. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*.2013; 40(5), 227-230. .