

DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Serie de casos endometriosis cutánea en hospital de tercer nivel

[Series of cases of cutaneous endometriosis in a tertiary care hospital]

Gema Nieto, Sandra Veleda Belanche, Javier López Herreros, Guillermo Estébanez Pelaez, Andrea Gonzalez de Godos, Marta Alvarez García, Paula Bayo Juanas, María Belen Rodriguez Sanz, David Pacheco Sanchez

Departamento de Cirugía general y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid, Castilla y León, España.

Resumen

En el presente artículo se describen cuatro casos de mujeres que presentaron endometriosis cutánea diagnosticados en el Hospital Rio Hortega, Valladolid (España) entre el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2023. Nuestro objetivo es evaluar la presentación clínica de los casos, métodos diagnósticos y tratamiento junto con el seguimiento posterior de las pacientes.

ABSTRACT

This article describes four cases of women diagnosed with cutaneous endometriosis at the Rio Hortega Hospital in Valladolid (Spain) between January 1, 2021, and December 31, 2023. Our objective is to evaluate the clinical presentation of the cases, diagnostic methods, and treatment, along with the subsequent follow-up of the patients.

Autor corresponsal

Gema Nieto
gemanieto5797@gmail.com

Palabras claves

Endometriosis cutánea, casos clínicos

Key words

cutaneous endometriosis, clinical cases

Fecha de Recibido

10 de noviembre de 2024

Fecha de Aceptación

06 de julio de 2025

Fecha de Publicado

30 de agosto de 2025

Aspectos bioéticos

Los autores declaran que se solicitó el consentimiento informado a los participantes. Los autores declaran que se cumplieron las normas institucionales de ética.

Financiamiento

Los autores declaran que no hubo financiamiento externo para este trabajo.

Uso de datos

Los datos crudos podrán ser compartidos a solicitud al autor corresponsal.

Reproducción

Para uso académico personal e individual. Prohibida reproducción para otros usos o derivados.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es una de las patologías benignas más frecuentes en ginecología. Se define como la presencia de tejido endometrial implantado en localizaciones fuera de la cavidad uterina [2].

La prevalencia de endometriosis está entre el 6 y 10% de la población femenina, principalmente mujeres en edad reproductiva [1]. Dependiendo de dónde se encuentren dichas implantaciones, la endometriosis se puede definir como endopélvica o extrapélvica [3].

La endometriosis cutánea representa el 1 % de los casos de endometriosis y se define como la presencia de glándulas o estroma endometrial en la piel [4]. Es un hallazgo poco común, y frecuentemente aparece en cicatrices de cirugías abdominales como cesáreas o cualquier cirugía de pared abdominal [9].

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo descriptivo desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2023, siendo 4 las pacientes intervenidas en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA) de las tumoraciones de partes blandas, hallándose 4 casos de endometriosis cutánea, siendo el objetivo de nuestro estudio. La edad media de las pacientes es de 40 años, con un rango entre 37-44 años. A continuación, procedemos a presentar los casos.

CASO CLINICO 1

El primer caso corresponde con una mujer de 41 años con antecedentes de endometriosis ovárica en tratamiento con dienogest 2mg y etinilestradiol 0.03mg. La paciente acude a consulta por aparición de hernia supraumbilical y tumoración abdominal.

Como antecedentes quirúrgicos la paciente ha sido intervenida de herniorrafia umbilical, cesárea y dehiscencia de rectos.

A la exploración la paciente presenta una pequeña tumoración epigástrica con Valsalva, compatible con hernia subcentimétrica, completamente reductible, no dolorosa. Por otro lado, nódulo de 2cm superficial en pared abdominal a nivel de la fosa iliaca izquierda, móvil, bastante doloroso, compatible con endometrioma justo en el borde izquierdo de cicatriz de una cesárea anterior.

Se realiza ecografía y TC en Valsalva donde se objetiva pequeño saco herniario supraumbilical de 1.1cm, sin más defectos fasciales ni sacos. En tejido celular subcutáneo de la región inguinal izquierda, un nódulo hiperdenso de 2 cm que se define como foco de endometriosis en pared. Ovarios globulosos por endometriomas.

Se decide tratamiento quirúrgico con realización de hernioplastia supraumbilical, y exéresis del nódulo cutáneo de 2 cm en borde izquierdo de la cicatriz de la cesárea. Se envía la pieza a anatomía patológica para estudio histopatológico.

CASO 2

El segundo caso corresponde a una mujer de 44 años con antecedente de anticoagulación y alergia a AAS. Como antecedentes quirúrgicos la paciente había presentado apendicitis y cesárea.

La paciente acude a consulta por aparición de una tumoración abdominal desde hace unos meses con sensación de aumento de tamaño y con la que refiere que desde su aparición molesta más con la menstruación.

A la exploración, no se objetiva salida de material purulento. La lesión nodular es de 1.5x1.5cm, dura, de consistencia gomosa, hiperpigmentada y dolorosa. De forma subyacente se palpa hernia infraumbilical pequeña, no complicada y profunda, de 1 cm y dolorosa; además presenta diástasis de rectos.

Se interviene quirúrgicamente con exéresis del nódulo umbilical bajo anestesia general, realizándose finalmente onfalectomía por imposibilidad de disecar la tumoración separándola de la piel. También se realiza hernioplastia umbilical. La pieza se envía a anatomía patológica para estudio histopatológico.

CASO 3

El tercer caso corresponde con una mujer de 40 años con antecedente de asma bronquial para la que se encuentra en tratamiento activo. Quirúrgicamente solo ha sido intervenida por cesárea. Acude a consulta por aparición de tumoración dolorosa de un mes de evolución, sin referir supuración.

A la exploración, presenta una tumoración dura de 5 x 2cm, en región suprapúbica, no móvil, no propulsa con Valsalva y dolorosa a la palpación en el borde de cicatriz de cesárea. Además, también presenta eventración infraumbilical + diástasis de rectos.

Se le realizó una ecografía en la que la lesión parecía depender de la pared. También se realiza TAC que informa de lesión con afectación de grasa subcutánea y del músculo recto anterior izquierdo, de bordes irregulares y de 5x3x3cm, con unas densidades basales de partes blandas y con realce positivo. Ante los hallazgos se plantea posible diagnóstico de endometriosis sin poder descartar tumor de otro tipo.

Se decide realizar hernioplastia tipo Rives y exéresis de tumoración de pared que se remite a anatomía patológica para su estudio histopatológico.

CASO 4

El último caso correspondo con una mujer de 37 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox y asma bronquial en tratamiento con inhaladores. Refiere abdominalgia localizada en hipogastrio en relación con síndrome menstrual de años de evolución. Quirúrgicamente ha sido intervenida por una cesárea y fibroadenoma de mama derecha. La paciente acude a consulta por aparición de nódulo abdominal en el borde de cicatriz de cesárea, refiriendo dolor que se acentúa con la menstruación.

A la exploración presenta una tumoración en fosa iliaca derecha pequeña, muy dolorosa de unos 2 cm de diámetro y profunda. Se decide realizar biopsia de la lesión con resultados de tejido endometrial en la misma.

Por lo que se realiza exéresis con márgenes del nódulo, enviándose pieza a anatomía patológica para su estudio histopatológico.

RESULTADOS

Respecto al caso 1, tras el análisis de la lesión, la descripción macroscópica coincide con un nódulo de tejido adiposo de 2x2cm que presenta áreas blanquecinas y otras rojizas al corte. Mientras que microscópicamente se describe como tejido fibroadiposo que incluye algunos fascículos nerviosos y estructuras vasculares, con numerosos focos de mucosa endometrial con glándulas focalmente dilatadas rodeadas por estroma celular y compacto. El diagnóstico final fue endometriosis subcutánea en relación con cicatriz de cesárea.

Respecto a los resultados macroscópicos y microscópicos de los casos 2,3 y 4, la conclusión respecto a su análisis acaba siendo, en todos los casos, lesiones nodulares de consistencia firme, de tamaños 2.5x2, 6x6 y 4x4 respectivamente, con diagnóstico final de endometriosis cutánea, en todos ellos encontrándose tejido y estroma endometrial acompañado por glándulas del mismo tejido,

además de tejido hemorrágico, fibroso y adiposo acompañando la propia lesión.

Como resumen de las características y descripción de los resultados de los casos, se ha desarrollado la siguiente tabla, donde se clasifica y describe cada uno de ellos:

Se adjunta Tabla 1 para comparación de los casos analizados.

DISCUSIÓN

La endometriosis es una condición crónica, benigna y neuro inflamatoria muy frecuente en ginecología, y se define como la presencia de tejido endometrial implantado en localizaciones fuera de la cavidad uterina, siendo una enfermedad estrógeno-dependiente y con gran variedad de manifestaciones clínicas [2-13].

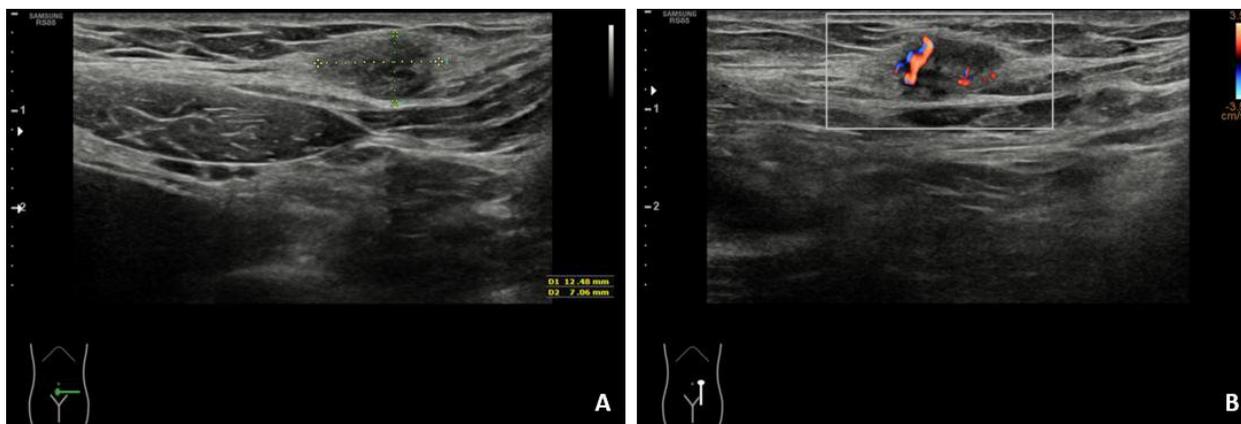
La prevalencia de endometriosis se refleja entre un 6 y 10% de la población femenina, principalmente mujeres en edad reproductiva [1].

La mayor parte de diagnósticos de endometriosis son los de implantación endopélvica, pudiendo aparecer en el peritoneo pélvico (80% de los casos), ovarios, ligamentos uterinos, pelvis o trompas de Falopio [11-12]. Pero las lesiones de endometriosis también pueden aparecer con implantaciones extrapélvicas, mucho menos frecuentes, y que pueden aparecer en los órganos abdominales, pared abdominal, diafragma, pleura, tracto digestivo y urinario incluso en mucosa nasal [2-12]. Hoy en día, no se ha encontrado una clara relación entre mujeres que presentan implantes de endometriosis extrapélvica con el diagnóstico previo de endometriosis o existencia previa de endometriosis pélvica. Sin irnos más lejos, de nuestros 4 casos, solo una de las mujeres resultó estar diagnosticada de endometriosis y tomar medicación por ello. Por lo tanto, sería lógico realizar una evaluación ginecológica completa a aquellas mujeres con hallazgo de endometriosis extrapélvicas [4].

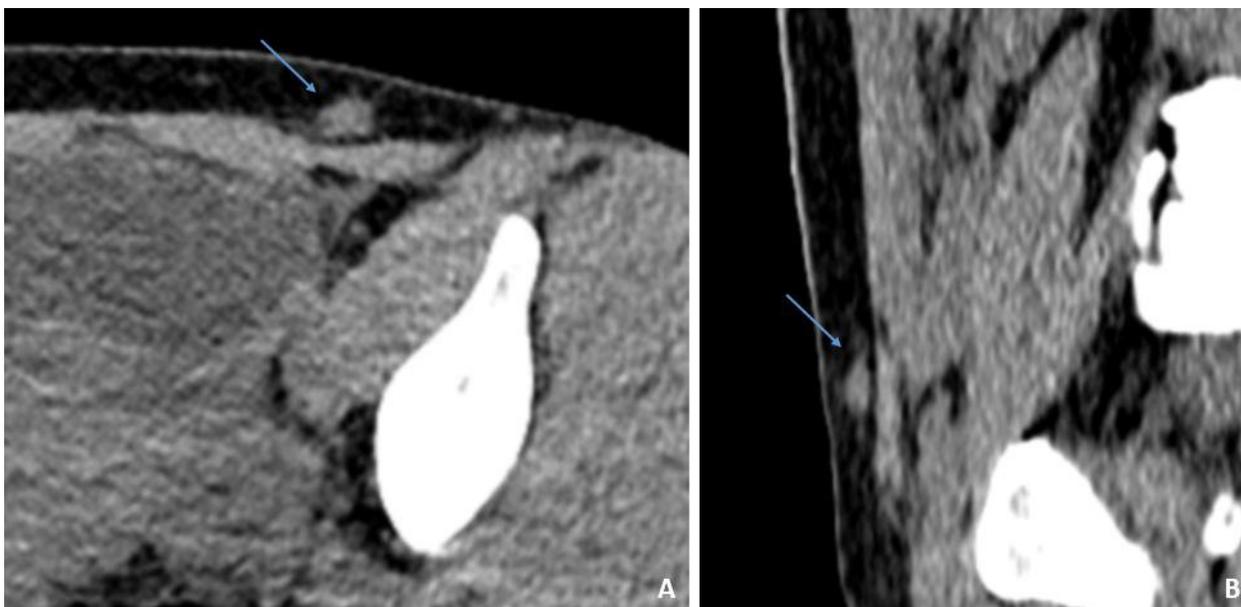
La etiología exacta de la enfermedad sigue siendo desconocida, y aunque se han desarrollado varias teorías diferentes para justificar la etiopatogenia de

Tabla 1. Comparación de los casos analizados.

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
EDAD	41	44	40	37
ENDOMETRIOSIS	SI	No	No	No
LOCALIZACION	FII sobre cicatriz de cesárea.	Umbilical	Suprapúbica, sobre cicatriz de cesárea.	FID sobre borde de cicatriz de cesárea.
TAMAÑO	2x2cm	1.5x1.5cm	5x2cm	2x2cm
CLINICA	Nódulo doloroso	Nódulo doloroso	Nódulo doloroso	Nódulo doloroso
DOLOR MENSTRUAL	SI	No	No	SI
AP CESAREA	SI	SI	SI	SI
HALLAZGOS RX - ECO - TAC - BIOPSIA	SI En tejido celular subcutáneo, nódulo hiperdenso de 2 cm que se define como foco de endometriosis en pared).	NO	SI lesión que parece depender de la pared) SI(bordes irregulares de 5x3x3, con unas densidad de partes blandas y con realce positivo.	SI (tejido endometrial)
DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA	Nódulo de tejido adiposo de 2x2 cm que presenta áreas blanquecinas y rojizas al corte.	Fragmento nodular de 2.5x2cm que al corte presenta coloración blanquecina y consistencia firme.	Lesión nodular de 6x6x5 cm que al corte muestra color blanco-grisáceo y consistencia firme.	Fragmento nodular de tejido fibroadiposo y de 4x4x2 cm con área blanquecina de aspecto congestivo.
DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA	Tejido fibroadiposo con fascículos nervioso y estructuras vasculares con focos de mucosa y glándulas endometriales.	Fragmento de piel umbilical en cuyo interior se identifica presencia de estroma endometrial hemorrágico sin atipia.	Nódulo constituido por tejido fibroso entremezclado con estroma y glándulas de tipo endometrial.	Tejido fibroadiposo junto con glándulas y estroma de morfología endometrial.
TRATAMIENTO	Exéresis quirúrgica	Exéresis quirúrgica	Exéresis quirúrgica	Exéresis quirúrgica
DIAGNOSTICO	Endometriosis cutánea	Endometriosis cutánea	Endometriosis cutánea	Endometriosis cutánea
RECURRENCIA	NO	NO	NO	NO

Ilustración 1. Ecografía en modo B y ecografía Power-Doppler.

A) En el tejido celular subcutáneo de la pared abdominal, ligeramente por encima del ligamento inguinal izquierdo y adyacente a la cicatriz de cesáreas previas, se visualiza un nódulo de ecogenicidad heterogénea, predominantemente hipoeoico, de contorno irregular. B) Presenta aumento de vascularización en Doppler pulsado, con vasos con flujo de alta resistencia en Doppler pulsado.

Ilustración 1: TC de abdomen-pelvis sin contraste intravenoso.

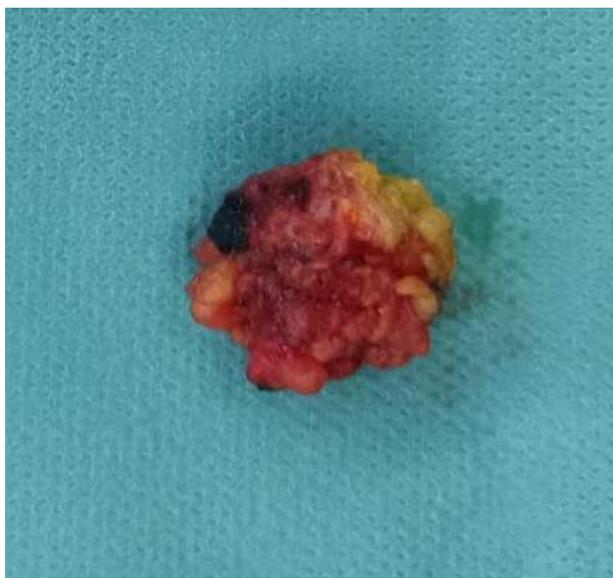
Se confirma nódulo hiperdenso (flechas) en tejido celular subcutáneo de bordes parcialmente definidos de aspecto sólido. A) Reconstrucción axial. B) Reconstrucción sagital.

maño y extensión de la lesión y su localización en la pared abdominal [5]. En nuestros casos, la exéresis con márgenes estrechos fue de elección, menos en uno de los casos en los que por imposibilidad de retirar solo la lesión, estaba tan unida a la piel del ombligo que fue preciso realizar una onfalectomía para retirar la lesión. Se puede valorar la necesidad de incluir tratamientos hormonales como agonistas hormonales o anticonceptivos, de cara a la cirugía para disminuir el tamaño de la lesión [2-9].

CONCLUSIONES

La endometriosis cutánea es un tipo de endometriosis poco frecuente, no por ello poco importante. Aparece con más frecuencia de forma secundaria a intervenciones quirúrgicas abdominales, destacando haber presentado cesárea previa, por lo que es importante preguntar por antecedentes obstétricos a mujeres con aparición de nódulos abdominales. No es necesario que la paciente que presenta en-

Ilustración 3: Imagen macroscópica tras exéresis de nódulo a paciente. .



dometriosis cutánea haya presentado clínica o diagnóstico previo de endometriosis, aunque una vez diagnosticada la endometriosis cutánea, vendría bien en caso de no tenerlo un estudio ginecológico.

Ante la aparición de un nódulo/tumoración abdominal, es necesario realizar un diagnóstico diferencial ante distintos posibles diagnósticos antes de descartar endometriosis cutánea, siendo finalmente la inmunohistoquímica tras analizar la pieza lo que nos da el diagnóstico real. La ecografía u otra prueba de imagen pueden ayudarnos al diagnóstico. Respecto al tratamiento, la exéresis de esta es la principal solución.

REFERENCIAS

[1] Reinpold W, Schröder M, Berger C, Stoltenberg W, Köckerling F. MILOS and EMILOS repair of primary umbilical and epigastric hernias. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2024 Feb 13];23(5):935–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31571064/>

- [2] Bittar PG, Hrynewycz KT, Bryant EA. Primary Cutaneous Endometriosis Presenting as an Umbilical Nodule. Vol. 157, *JAMA Dermatology*. American Medical Association; [2021] p. [1227]
- [3] Aida Jamani N, Nusee Z, Ismail H. The bleeding umbilicus: An uncommon presentation of endometriosis.
- [4] Lozada-Martínez I, Núñez-Rojas G, Bolaño-Romero M, Salcedo-Hurtado J, Ospina-Pérez C. Umbilical Primary Cutaneous Endometriosis: A Case Report. *Revista Ciencias de la Salud*. 2022 Feb 11;20(1).
- [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. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2018 Feb 1;221:58–63.
- [6] Matalliotakis M, Goulielmos GN, Kalogiannidis I, Koumantakis G, Matalliotakis I, Arici A. Extra pelvic endometriosis: Retrospective analysis on 200 cases in two different countries. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2017 Oct 1;217:34–7.
- [7] Andres MP, Arcoverde FVL, Souza CCC, Fernandes LFC, Abrão MS, Kho RM. Extrapelvic Endometriosis: A Systematic Review. Vol. 27, *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. Elsevier B.V.; [2020] p. 373–89.
- [8] Loh SH, Lew BL, Sim WY. Primary cutaneous endometriosis of umbilicus. *Annals of Dermatology*. 2017 Oct 1;29(5):621–5.
- [9] Raffi L, Suresh R, McCalmont TH, Twigg AR. Cutaneous endometriosis. *International Journal of Women's Dermatology*. 2019 Dec 1;5(5):384–6.

- [10] Maira González N, Vidal Santana F, Castro Sánchez A, Pérez Quintela BV. Endometriosis cutánea: A propósito de un caso. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2013 Mar;56(3):156–8.
- [11] Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, Zarogoulidis P, Kouroutou P, Tsiamis N, et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? [Internet]. [2013]
- [12] Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*. 2021 May 27;184(11):2807–24.
- [13] Riemma G, Laganà AS, Schiattarella A, Garzon S, Cobellis L, Autiero R, et al. Ion Channels in The Pathogenesis of Endometriosis: A Cutting-Edge Point of View. *International Journal of Molecular Sciences* 2020, Vol 21, Page 1114 [Internet]. 2020 Feb 7 [cited 2024 Feb 13];21(3):1114.
- [14] Mikhaleva LM, Radzinsky VE, Orazov MR, Khovanskaya TN, Sorokina A v., Mikhalev SA, et al. Current knowledge on endometriosis etiology: A systematic review of literature. *International Journal of Women's Health* [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 13];13:525–37.
- [15] Táboas-Álvarez A, López-Carrasco A, Velacoracho-Pérez JJ, Zerbakhsh-Etemadi S, Yébenes-Gregorio L, Hardisson-Hernaez D, et al. Primary umbilical endometriosis. Two case reports. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2024 Feb 13];86(6):538–44.