

Nódulo de Villar. Presentación de un caso

Villar's nodule: case report.

Ángela Seidel,¹ Oscar Augusto Ruiz.²

1. Dermatóloga. Hospital Departamental San Juan de Dios. Armenia, Colombia.

2. Patólogo. Hospital Departamental San Juan de Dios. Armenia, Colombia.

Correspondencia:

Angela Seidel

seidelderm@hotmail.com

Recibido: Octubre 27 de 2008.

Aceptado: Enero 08 de 2009.

No se reportan conflictos de intereses.

Resumen

La endometriosis es la presencia de endometrio por fuera de la cavidad uterina, siendo el sitio más frecuente la cavidad pélvica. Afecta al 8%-15% de las mujeres en edad fértil, y produce complicaciones ginecológicas importantes.

La localización en la piel ocurre en el 1% de los casos, la mayoría sobre cicatrices quirúrgicas abdominales o perineales. Son mucho más raros los casos de endometriosis cutánea primaria, por lo cual presentamos el de esta paciente.

PALABRAS CLAVE: Endometriosis, ombligo, piel.

Summary

Endometriosis is the presence of extra uterine endometrial tissue. It is usually localized in the pelvis, although it can also be found in other sites. Cutaneous localization is unusual and the most frequent form appears on scars from obstetric or gynaecological interventions.

Primary cutaneous endometriosis is rare. We presented a demonstrative case.

KEY WORDS: Endometriosis, umbilicus, skin.

Caso clínico

Paciente de 32 años, natural de Armenia y residente en esa misma ciudad, quien consultó por nódulo de seis meses de evolución en la pared lateral derecha del ombligo. El nódulo aumentaba de tamaño y dolía los días previos a la menstruación. También en estos días la paciente notaba cambio de color a un pardo rojizo. Nunca había tenido sangrado ni se había ulcerado.

Como antecedentes personales refería menarca a los once años, G1 P1 A0, embarazo a término sin complicaciones hace doce años. Parto normal. Planificaba con DIU. Ciclos menstruales normales. No refería dolor pélvico, dispareunia o dismenorrea. Ninguna cirugía abdomino pélvica previa. Al EF se encontraba nodulación blanda, bilobulada, de 0.8 cm de diámetro en la pared derecha del ombligo, un poco sensible al palparla (FIGURA 1).

Con anestesia local se realizó extirpación de la nodulación y se envió a patología para estudio.

La histología mostró un epitelio con una acantosis irre-

gular y en la dermis profunda unas estructuras glandulares cubiertas por un epitelio cilíndrico; en algunas de ellas se evidenciaba hemorragia reciente en la luz. Estas glándulas estaban rodeadas de un estroma altamente celular y vascular (FIGURAS 2,3,4). La paciente cicatrizó de forma adecuada y en sus ciclos menstruales posteriores no volvió a notar dolor en la zona.

Discusión

La endometriosis cutánea fue descrita por Von Recklinghausen en 1885 y un año después Villar describió la manifestación umbilical primaria.¹

La endometriosis cutánea es la forma más frecuente en que se encuentra afectada la zona extraperitoneal y ocurre por lo general en sitios de cicatrices quirúrgicas, tanto abdominales como perineales.²

En estos casos se piensa que el transporte de tejido endometrial durante el acto quirúrgico hace que se siembre



FIGURA 1: Nódulo bilobulado rojo parduzco en el cuadrante inferior izquierdo del ombligo.

de forma accidental y se manifieste posteriormente. El diagnóstico diferencial debe hacerse con granulomas de cuerpo extraño, neuromas, linfadenopatía, abscesos, hernias o eventraciones, neoplasias o hematomas.^{3,5}

La endometriosis cutánea primaria se ha descrito también en otras zonas, pero la localización umbilical es la más frecuente y clásica. Corresponde del 0.5% al 1% del total de las endometriosis.^{1,2,6,7,8}

Hay múltiples teorías para explicar la fisiopatogenia de esta entidad, pero ninguna de ellas explica todos los casos. Por ejemplo, para la endometriosis pélvica e intraperitoneal se piensa en flujo retrograde a través de las trompas de Falopio durante la menstruación y su poste-

rior implantación ectópica. En este proceso se requieren varios pasos como son adhesión, invasión, angiogénesis y proliferación del endometrio, y en ellas intervienen muchas moléculas como integrinas, ICAM, caderinas, TNF α , TGF β , interleukinas, metaloproteinasas y el aumento de las aromatasas en los endometriomas, que hace que se transformen esteroides circulantes en estrógenos.^{3,4} Esto último ha servido para ensayar un inhibidor de la aromatasas: anastrozole, en casos severos de endometriosis pélvica.

El diagnóstico diferencial en estos casos donde hay cicatriz se debe hacer con granulomas piógenos, pólipos umbilicales, quistes infundibulares, queloides, granulomas de cuerpo extraño y lesiones malignas como melanoma o metástasis umbilicales conocidas como nódulos de la Hermana José.⁵ En las localizaciones remotas, extrapélvicas, como es el ombligo, su patogenia se explica mejor por la teoría de la metaplasia, donde células multipotenciales se diferencian en el tejido endometrial, con receptores estrogénicos y cambios cíclicos. También se ha considerado la teoría de diseminación vía hemática o linfática.

Según una revisión realizada en el año 2007¹ se han reportado 232 casos en la literatura de nódulo de Villar, con unas características muy típicas, como el que se presenta, afectando a mujeres en la tercera o cuarta década de la vida, la mayoría sin antecedentes ni síntomas de endometriosis pélvica. El tratamiento es quirúrgico y curativo en la mayoría de los casos.

Conclusión

Se presenta un caso demostrativo de endometriosis

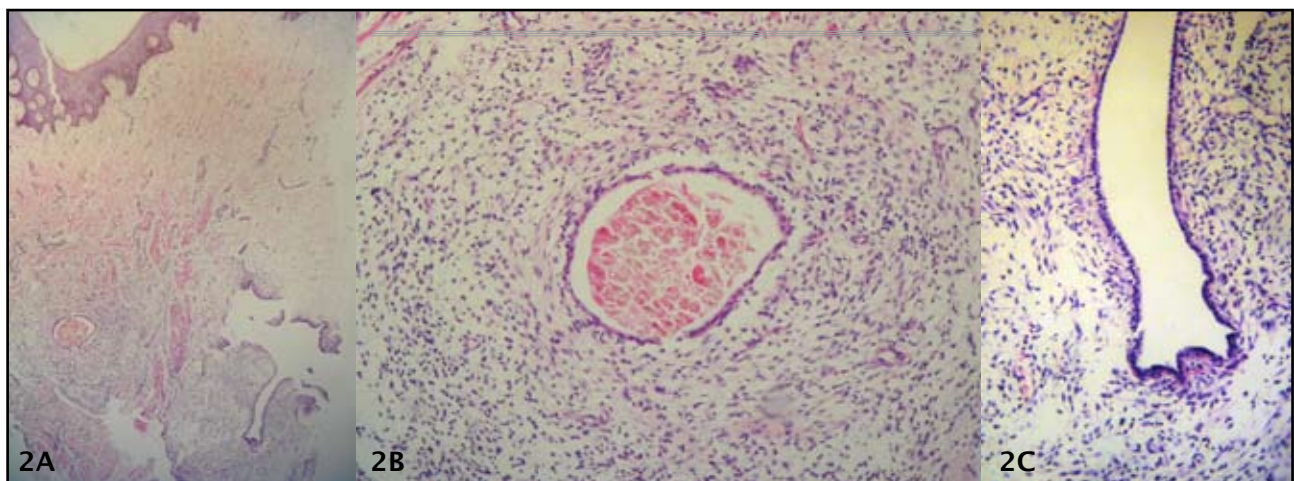


FIGURA 2A: Epidermis con acantosis irregular y en la dermis profunda luces glandulares rodeadas de estroma edematoso muy vascularizado. **FIGURA 2B:** Glándula con hemorragia reciente en su interior, con un cubrimiento epitelial de dos células aplanadas. **FIGURA 2C:** glándula con el epitelio más cuboidal y la luz vacía.

primaria de ombligo, entidad que presenta unas manifestaciones clínicas patognomónicas, y afecta a mujeres en la tercera a cuarta década de la vida, con nódulos eritemato-violáceos o parduscos de aparición reciente, que típicamente producen sensibilidad, dolor o incluso sangrado en los días premenstruales. Este síntoma es exclusivo de esta entidad y permite una presunción clínica inmediata, que se confirma fácilmente con la patología.

Por esta razón, la denominación de nódulo de Villar es muy adecuada para nombrar una dermatosis muy típica difícil de confundir con otras lesiones, haciendo honor a quien la describió.¹

Referencias

1. Victory R, Diamond MP, Johns DA. Villar's nodule: a case report and systematic literature review of endometriosis externa of the umbilicus. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14: 23-32.
2. Albretch LE, Tron V, Rivers JK. Cutaneous endometriosis. *Int J Dermatol.* 1995; 4 : 261-2.
3. Yanez R, Gonzales M. Endometriosis: physiopathology and investigation trends. *Ginecol Obstet Mex.* 2007; 75: 477-83.
4. Valenzuela N, Barnadas MA, Garcés JR, Sancho FJ, Alomar A. Endometriosis umbilical con estudio de receptores hormonales. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2003; 31: 320-2.
5. Rosa M, Mohammdi A, Monteiro C. Endometriosis en cicatrices quirúrgicas. VIII Congreso Virtual Hispanoamericano <http://conganat.cs.urjc.es> de Anatomía Patológica – Octubre de 2006.
6. Parra PA, Caro J, Torres G, Malagon JF, Tomas F. Endometriosis primaria de pared abdominal, una enfermedad que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las tumores de la pared. *Cir Esp.* 2006; 79: 64-6.
7. Mushtaq N, Ahmad Dar F, Shahid MA. Umbilical endometriosis. *JCPSP.* 2007; 17: 429-30.
8. Bordel MT, Roman C, Cardeñoso E, Santos Jc, Sánchez J, Corral de la Calle M. Endometriosis cutánea umbilical espontánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2006; 97: 666-8..