

## Notas clínicas

# Endometriosis umbilical secundaria. Presentación de dos casos y revisión bibliográfica.

*Secondary umbilical endometriosis. Two cases report and bibliographic review.*

Serrano Borrero I, Roldán Aviña JP, Merlo Molina S, Bonilla De los Santos I, Muñoz Pozo F

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

### RESUMEN

**Introducción:** los casos de endometriosis umbilical reportados tras cirugía laparoscópica ginecológica son raros, y en ocasiones suponen un auténtico reto diagnóstico.

**Casos clínicos:** presentamos dos casos de pacientes con antecedentes de laparoscopia ginecológica (endometrioma ovárico y teratoma ovárico respectivamente) que años después presentaron a nivel umbilical un nódulo doloroso secundario a implante endometrial.

**Discusión:** hay que distinguir entre la endometriosis umbilical primaria (nódulo de Villar) y la secundaria a implantes por procedimientos quirúrgicos. Se debe mantener un alto nivel de sospecha en este tipo de pacientes. La exéresis quirúrgica con márgenes amplios es de elección, debatiéndose la realización simultánea de una laparoscopia. Se recomienda la profilaxis mediante la extracción de la pieza operatoria en una bolsa.

### CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña  
Hospital de Alta Resolución de Écija  
41400 Écija (Sevilla)  
[jproldan@aecirujanos.es](mailto:jproldan@aecirujanos.es)

XREF

**Palabras clave:** endometriosis, ombligo, onfalitis, hernia umbilical.

### ABSTRACT

**Introduction:** cases of umbilical endometriosis reported after gynecological laparoscopic surgery are rare, and sometimes they become a real diagnostic challenge.

**Clinical cases:** we present two cases of patients with a history of gynecological laparoscopy (ovarian endometrioma and ovarian teratoma, respectively) that years later presented painful nodules secondary to an endometrial implant at the umbilicus.

**Discussion:** it is necessary to distinguish between primary umbilical endometriosis (Villar's nodule) and those cases due to implants from surgical procedures. A high level of suspicion should be maintained in these types of patients. Surgical excision with wide margins is the technical choice, and the simultaneous performance of a laparoscopy is debated. Prophylaxis by removing the surgical piece into a bag is recommended.

**Key words:** endometriosis, navel, omphalitis, umbilical hernia.

### CITA ESTE TRABAJO

Serrano Borrero I, Roldán Aviña JP, Merlo Molina S, Bonilla De los Santos I, Muñoz Pozo F. Endometriosis umbilical secundaria. Presentación de dos casos y revisión bibliográfica. *Cir Andal.* 2022;33(2):107-110.

## INTRODUCCIÓN

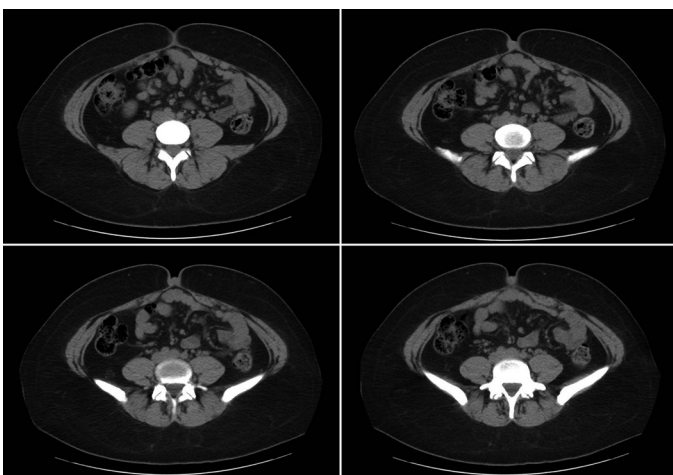
La endometriosis es una alteración que se caracteriza por la aparición de glándulas endometriales y/o estroma fuera de la cavidad uterina<sup>1-5</sup>. La localización umbilical representa la quinta parte de las endometriosis extragenitales<sup>3</sup>, estimándose su incidencia entre el 0,5-1,2% de todas las pacientes con endometriosis<sup>3-9</sup>. Clínicamente se caracteriza por un nódulo doloroso a nivel umbilical, de coloración variable, y que de forma característica presenta empeoramiento premenstrual<sup>1,3,4,7,9</sup> en mujeres con antecedentes de cirugía ginecológica previa. Su tratamiento es quirúrgico mediante exéresis con márgenes limpios<sup>1,2,3,5,9</sup>. La rareza de esta patología es el motivo por el que presentamos 2 casos de endometriosis umbilical secundaria, aprovechando para revisar la literatura al respecto.

## CASO CLÍNICO

### Caso 1

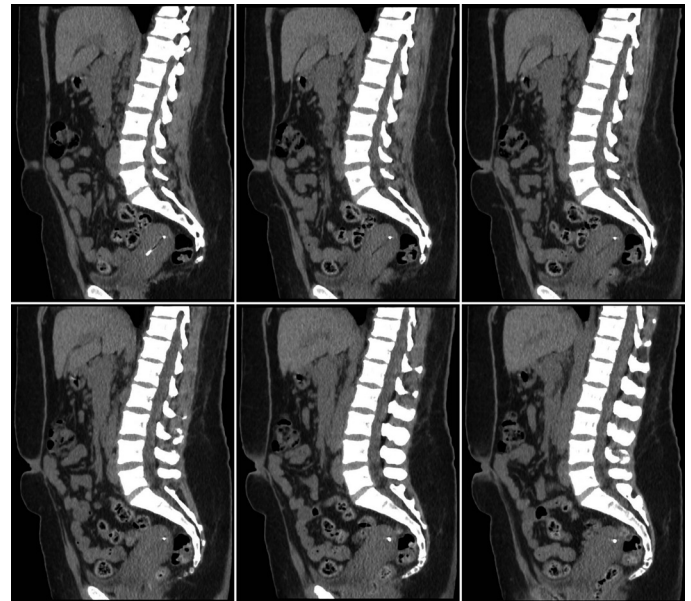
Mujer de 30 años, con obesidad tipo II, derivada por presentar dolor a nivel umbilical y con supuración ocasional de aspecto sanguinolento de alrededor de 1 año de evolución. A la exploración se apreciaba un nódulo en el fondo del ombligo de aspecto carnoso sin encontrar hernia. Cicatriz de piercing en el borde superior del ombligo sin complicaciones. Antecedentes de cirugía laparoscópica de endometrio en ovario derecho 6 años antes (resección con preservación de ovario sano).

Se solicitó ecografía de abdomen que no identificaba imágenes de hernia ni en reposo ni durante las maniobras de Valsalva, informando de un nódulo umbilical subcutáneo. Se completó el estudio mediante TAC de abdomen que informaba de la existencia a nivel de la región umbilical de un nódulo redondeado, denso, homogéneo y de aspecto sólido, de unos 15 mm de diámetro que parecía depender del propio ombligo (posibilidad de tumoración de partes blandas de aspecto no infiltrativo)(Figuras 1 y 2).



**Figura 1**

TAC de abdomen (cortes axiales): nódulo umbilical sin defecto herniario.



**Figura 2**

TAC de abdomen (cortes sagitales): nódulo umbilical sin defecto herniario.

La paciente se intervino de forma programada realizándose onfalectomía confirmando que no existía hernia umbilical. No se realizó reconstrucción umbilical. El estudio anatomopatológico de la pieza informó de la existencia de una endometriosis umbilical.

Tras ser dada de alta se remitió a las consultas de Ginecología dónde continúa revisiones, encontrándose asintomática.

### Caso 2

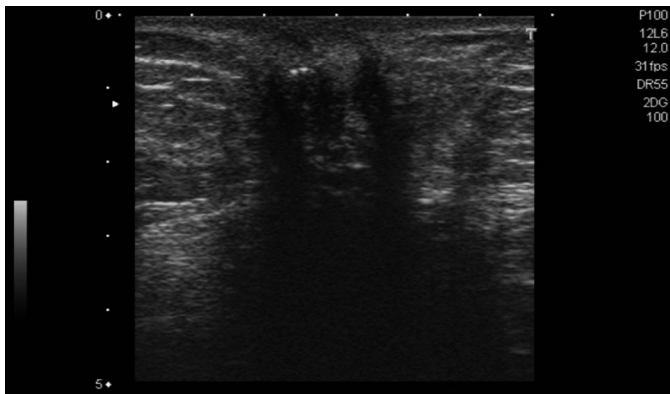
Mujer de 37 años, derivada por una probable hernia umbilical con inflamación y sangrado de nódulo umbilical en relación con la menstruación, habiendo realizado múltiples tratamientos a lo largo de varios meses. Antecedentes de cirugía laparoscópica 10 años antes por tumoración de ovario derecho (teratoma maduro). A la exploración se apreciaba un nódulo sangrante en el ombligo de unos 2 cm, sin apreciarse defecto herniario umbilical. La paciente aportaba ecografía de partes blandas que informaba de una zona de aumento de ecogenicidad bajo la piel del ombligo sin apreciar herniación del contenido abdominal.

Fue intervenida de forma programada, practicándose onfalectomía sin reconstrucción del ombligo confirmando que no había componente herniario. Se confirmó la existencia de un implante endometrial a nivel umbilical en el estudio anatomopatológico.

Tras valoración postoperatoria en las consultas de Cirugía y Ginecología la paciente fue dada de alta, permaneciendo asintomática.

## DISCUSIÓN

La endometriosis es una alteración que se caracteriza por la aparición de glándulas endometriales y/o estroma fuera de la cavidad uterina (1-5). Característicamente conservan su funcionalidad con cambios proliferativos, secretorias y menstruales cíclicos<sup>7</sup>.



**Figura 3**  
Ecografía de partes blandas: nódulo subcutáneo umbilical.



**Figura 4**  
Pieza operatoria de onfalectomía (nódulo umbilical).

Desde el punto de vista epidemiológico, el ombligo representa la localización más frecuente de las endometriosis cutáneas, apareciendo en un 0,5-1,2% de las pacientes afectadas<sup>3-7,9</sup>. Afecta a mujeres de entre 20 y 40 años<sup>1,8</sup>, y el intervalo entre la cirugía y la aparición de los síntomas suele estar alrededor de los 2-5 años<sup>1,8</sup>.

Se distingue entre endometriosis umbilical primaria y secundaria<sup>7</sup>, no existiendo una teoría única que explique el mecanismo fisiopatológico para el desarrollo de un endometrioma a partir de su implantación<sup>9</sup>. En los casos primarios se produce un desarrollo espontáneo de un foco endometriode en ausencia de cirugía previa conocido como “nódulo de Villar”<sup>4</sup>. Los casos secundarios surgen sobre cicatrices de procedimientos quirúrgicos (laparotómicos o laparoscópicos)<sup>7</sup>.

Los síntomas principales son<sup>1,3,4,7,9</sup>: 1) Nódulo umbilical de tamaño y coloración variable en 9 de cada 10 casos; 2) Dolor habitualmente cíclico en 4 de cada 5 paciente; y 3) Sangrado umbilical coincidente con la menstruación prácticamente en la mitad de las mujeres. La duración media de los síntomas antes de consultar es de unos 12-14 meses<sup>9</sup>.

El diagnóstico de certeza se establece por los hallazgos anatomopatológicos<sup>1</sup>. Es fundamental un alto nivel de sospecha mediante una minuciosa anamnesis y una buena exploración física. En algunas series la ecografía abdominal ha proporcionado buenos resultados<sup>2</sup> sobre todo a la hora de realizar el planteamiento quirúrgico. En cuanto a la PAAF-ecoguiada, no es recomendable por alto número de falsos positivos<sup>2</sup>. En otros casos se puede optar por hacer una biopsia cutánea para tener un diagnóstico anatomopatológico preoperatorio<sup>10</sup>. Otras pruebas de imagen como el TAC o Resonancia Magnética, aunque pueden ser útiles para el estudio de implantes endometriales pelvianos<sup>11</sup>, no se pueden considerar de elección<sup>3</sup>. El diagnóstico diferencial es amplio y queda recogido en la **Tabla 1**<sup>2-4,7</sup>. Por su especial importancia no podemos olvidar la existencia del “nódulo de la hermana María José” debido a una metástasis umbilical de tumores de origen digestivo o ginecológico<sup>1</sup>.

**Tabla 1. Diagnóstico diferencial.**

Hernias	Lipomas	Abscesos
Quiste uraco	Queratosis	Teratomas
Onfalitis crónica	Hemangiomas	Sarcomas
Granulomas	Nevus pigmentarios	Metástasis

Existe acuerdo en que el tratamiento de elección es la exéresis con márgenes adecuados libres de enfermedad<sup>1-3,5,9,12</sup> seguida o no de reconstrucción umbilical (onfaloplastia)<sup>5</sup>. Si se genera un defecto parietal significativo se deberá reparar mediante la colocación de una malla<sup>2</sup>. Aunque hay autores que recomiendan un abordaje combinado con laparoscopia de forma rutinaria<sup>4</sup>, ésta se suele reservar para aquellas pacientes que presenten síntomas pelvianos concomitantes<sup>3,5,6</sup>. Respecto al tratamiento médico mediante terapias hormonales con anticonceptivos orales, progestágenos y/o análogos de la GnRH, aunque pueden mejorar algo los síntomas tienen una eficacia muy limitada<sup>3,4,6</sup>. Las pacientes deben realizar seguimiento posterior en consultas de Ginecología<sup>7</sup>.

Por todo lo que hemos visto hasta el momento probablemente el mejor tratamiento es la prevención disminuyendo la contaminación residual de la herida quirúrgica para prevenir la implantación de endometrio ectópico<sup>2</sup>, y realizando protección de los bordes de las heridas en cirugía abierta o extracción de la pieza quirúrgica en una bolsa si se utiliza abordaje laparoscópico<sup>8</sup>.

El riesgo de degeneración maligna de la endometriosis umbilical es del 0,3-1%<sup>2,12</sup>. Respecto a la recurrencia es rara y cuando sucede suele aparecer precozmente como consecuencia de una exéresis incompleta<sup>2,8</sup>.

A modo de conclusión se pensará en una endometriosis umbilical en aquellas mujeres en edad fértil con un nódulo doloroso que presente aumento de su volumen y cambios de coloración en una paciente con antecedentes de cirugía ginecológica previa<sup>2,4,5,8</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arnáez-de la Cruz M, Cabezas-Palacios MN, Pérez-Pérez M, Romero-Díaz C, Barroso-Castro JL. Endometriosis umbilical secundaria a cirugía laparoscópica previa. *Ginecol Obstet Mex* 2019; 87: 600-604. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i9.3319>.
2. Carvajal A, Braghetto I, Carvajal R, Miranda C. Endometriosis de la pared abdominal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72: 105-110. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200007>.
3. Veiga MA, Miguez V, Rodríguez S, Mosquera MT, Calaza M, Mendaña J. Endometriosis umbilical. *Prog Obstet Ginecol* 2013; 56: 213-215. DOI: 10.1016/j.pog.2012.06.006.
4. Akhter F, Mallick R, Ball E. Umbilical endometriosis: case report and review of current management. *Obstet Gynecol Res* 2018; 1: 72-74. DOI: 10.26502/ogr.4560011.
5. Kodandapani S, Pai MV, Mathew M. Umbilical laparoscopic scar endometriosis. *J Human Reprod Sci* 2011; 4: 150-152. DOI: 10.4103/0974-1208.92291.
6. Fedele L, Frontino G, Bianchi S, Borruto F, Ciappina N. Umbilical endometriosis: a radical excision with laparoscopic assistance. *In t J Surg* 2010; 8: 109-111. DOI: 10.1016/j.ijssu.2009.11.006.
7. Suárez JM, Gómez D, del Río E, Forteza J. Hernia umbilical con endometriosis. *Actas Dermosifiliogr* 2002; 10: 591-593. <https://www.actasdermo.org/es-pdf-13041824>.
8. Santana T, Estepa JL, Estepa JC. Endometrioma de la pared abdominal. A propósito de dos casos. *MediSur* 2014; 12: 670-675. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v12n4/ms12412.pdf>.
9. Dave AM, Dave AA, Margolin DJ. A case of umbilical endometriosis: Villar's nodule. *Cureus* 2016; 8: e926. DOI: 10.7759/cureus.926.
10. Batista M, Alves F, Cardoso J, Gonçalo M. Cutaneous endometriosis: a differential diagnosis of umbilical nodule. *Acta Med Port* 2020; 33: 282-284. <https://doi.org/10.20344/amp.10966>.
11. Makena D, Obura T, Steve M, Oindu F. Umbilical endometriosis: a case series. *J Med Case Rep* 2020; 14: 142. <https://doi.org/10.1186/s13256-020-02492-9>.
12. Hirata T, Koga K, Kitade M, Fukuda S, Neriishi K, Taniguchi F et al. A national survey of umbilical endometriosis in Japan. *J Minim Invasive Gynecol* 2020; 27: 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.02.021>.