

doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95i4p179-182>

## Endometriose umbilical primária: relato de caso

### Primary umbilical endometriosis: report of a case

Diogo Barros Guterres<sup>1</sup>, Sávio Reis Fonseca<sup>1</sup>, Valdir Donizeti Alves Junior<sup>1</sup>, Chan Tiel Yuen<sup>2</sup>

Guterres DB, Fonseca SR, Alves VJ, Yuen CT. Endometriose umbilical primária: relato de caso / Primary umbilical endometriosis: Report of a case. Rev Med (São Paulo). 2016 out.-dez.;95(4):179-82.

**RESUMO:** Endometriose umbilical é uma condição rara, podendo ser primária (espontânea) ou secundária (após procedimentos cirúrgicos). Clinicamente, é um nódulo umbilical marrom-avermelhado, doloroso e de tamanho variável, com ou sem sangramento coincidindo ou não com o período menstrual. O objetivo do estudo é fornecer subsídios para o diagnóstico dessa patologia, além de revisar a literatura, atualizando os profissionais de saúde a respeito dos métodos diagnósticos e terapêuticos. Relata-se o caso de uma paciente que iniciou há 7 anos dor e sangramento na região umbilical concomitante ao período menstrual, diagnosticada clinicamente como endometriose umbilical. A biópsia confirmou a suspeita diagnóstica. O tratamento cirúrgico é terapêutico e diagnóstico. O diagnóstico diferencial se faz com melanoma, granuloma de corpo estranho e metástase de neoplasias do trato gastrointestinal.

**Descritores:** Endometriose/diagnóstico; Endometriose/patologia; Umbigo/patologia; Umbigo/fisiopatologia.

**ABSTRACT:** Umbilical endometriosis is a rare disorder, may be primary (spontaneous) or secondary (after surgery). Clinically, it is a reddish brown umbilical nodule, painful and variable size, with or without bleeding coinciding or not with menstrual period. The aim of the study is provide support for diagnosis of this pathology, in addition to literature review, updating health care about diagnostic methods and therapy. Report a case of woman began 7 years ago bleeding and pain in umbilical region in agreement with menstrual period, diagnosed umbilical endometriosis. Biopsy confirmed clinical hypothesis. Surgery treatment is therapeutic and diagnostic. Differential diagnoses are melanoma, foreign body granuloma and gastrointestinal tract metastasis.

**Key Words:** Endometriosis/diagnosis; Endometriosis/pathology; Umbilicus/pathology; Umbilicus/physiopathology.

## INTRODUÇÃO

A endometriose caracteriza-se pela presença de implante ectópico de glândulas e estroma endometrial, normalmente funcionando e sensível a hormônio<sup>1-3</sup>. Esse tecido geralmente é uma entidade benigna, estrogênio dependente, comum na clínica ginecológica e associada a queixas de dor pélvica e infertilidade, acometendo aproximadamente 10% das mulheres em idade reprodutiva, cujo os locais mais habituais são os ovários,

trompas e ligamentos uterossacos<sup>2,4-6</sup>. A endometriose umbilical primária é ainda mais rara, correspondendo 0,5 a 1% de todos os casos de endometriose, sendo esta de surgimento espontâneo e podem se localizar na cicatriz umbilical, na região perianal ou inguinal<sup>1,3,5,6</sup>. As formas secundárias, que nesse grupo são as mais comuns, são representadas pelos casos que surgem sobre cicatrizes cirúrgicas prévias de histerectomias, cesáreas, laparotomias

1. Acadêmico do curso de Medicina, Universidade Severino Sombra. Vassouras, RJ, Brasil. Emails: [dbgutterres@hotmail.com](mailto:dbgutterres@hotmail.com), [savio\\_reis96@hotmail.com](mailto:savio_reis96@hotmail.com), [valdir-alvesjr@hotmail.com](mailto:valdir-alvesjr@hotmail.com).

2. Docente do curso de Medicina, Universidade Severino Sombra – Vassouras/RJ, Brasil. Email: [chantiel10@hotmail.com](mailto:chantiel10@hotmail.com).

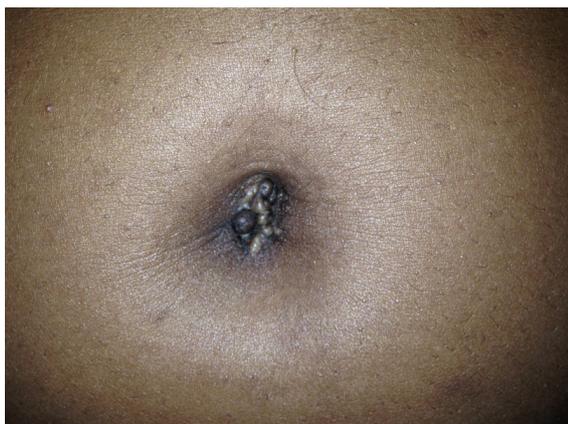
**Endereço para correspondência:** Diogo Barros Guterres. Rua João Gouveia Souto, 192 (casa). Bairro: Hospital, Miracema, RJ. CEP: 28460-000.

e episiotomia<sup>6</sup>. Há prevalência em mulheres com menarca precoce e nas que tem histórico familiar. É excepcional nos homens após longo período de terapia hormonal para tumores prostáticos<sup>1</sup>. Clinicamente apresenta-se como um nódulo marrom-avermelhado, doloroso e de tamanho variável com ou sem sangramento que pode coincidir, ou não, com o período menstrual<sup>5</sup>. Fundamentados na literatura, destaca-se uma abordagem fisiopatológica do caso, bem como os aspectos clínicos envolvidos para proporcionar melhores diagnósticos, além de discutir a importância clínica e terapêutica correta dessa manifestação cutânea.

### CASO

T. A. S., 34 anos, feminina, relatou que, desde a menarca, aos 15 anos, observou a cicatriz umbilical com aspecto “melado”; há sete anos iniciou episódios de desconforto e dores em queimação na região periumbilical, seguido por sangramento concomitante ao período menstrual, de apenas 1 gota. Apresentava, também, irregularidades nos ciclos menstruais, dismenorréia,

dispareunia e, até o momento, dificuldade para engravidar. É primigesta, nulípara, com um abortamento espontâneo no início da gestação. G1P0A1. Na história familiar alegou ausência de outro caso análogo. Ao exame da região umbilical, nódulo doloroso à palpação, coloração enegrecida, de consistência elástica, medindo 2 cm x 1,8 cm (Figura 1), muito sensível, principalmente, durante o frio, com alívio ao movimentar-se. Os exames de imagem revelaram imagem hipocogênica/heterogênea (Figura 2). A biópsia, realizada em 2011, revelou à microssocopia óptica, 2 estruturas glandulares envolvidas em estroma fibroso e edemaciado, o que confirmou o diagnóstico de endometriose umbilical. Foi então, há três anos, que evidenciou um episódio com maior volume de sangramento umbilical (Figura 3), de aspecto vermelho vivo e consistência mais densa, o que levou a iniciar o tratamento por 6 meses com aplicações periumbilicais de acetato de gosserrelina, observando melhora do quadro. No entanto, há 1 ano, ao realizar a curetagem da lesão umbilical, houve recidiva dos sintomas com sangramentos umbilicais associados a todas menstruações, até a presente data. No momento paciente aguarda provável cirurgia.



**Figura 1.** Endometriose Umbilical. Aspecto Clínico. Nódulo de tonalidade escura e consistência elástica, localizado na cicatriz umbilical. Momento atual da lesão



**Figura 3.** Endometriose Umbilical. Aspecto Clínico. Nódulo umbilical registrado no momento de maior sangramento umbilical manifestado pela paciente



**Figura 2.** Endometriose Umbilical. Aspecto Ultrassonográfico. Nódulo hipocóico, parcialmente definido na região umbilical, com vascularização de permeio, que quando relacionado com os dados clínicos, sugerem foco de endometriose

### DISCUSSÃO

Os estudos apontam uma prevalência de até 10% das mulheres em idade reprodutiva e de 30 a 50% das mulheres inférteis que apresentam endometriose<sup>2</sup>. O local mais frequentemente acometido é o ovário (27%), seguido pelas trompas (22%), ligamentos uterossacros (16%), septo retovaginal, peritônio pélvico e intestinos (5-25%). Na parede abdominal pode aparecer em cicatrizes cirúrgicas e até em trajetos de aminiocentese<sup>6</sup>. Acredita-se que alterações ambientais podem levar ao surgimento da endometriose, ativando genes que promovem a transcrição de citocinas pró-inflamatórias presentes no curso natural da doença<sup>4</sup>. A etiologia da endometriose e, especialmente, a de

localização umbilical, não é clara e nenhuma teoria explica adequadamente a patogênese da endometriose<sup>8</sup>. No caso da endometriose umbilical primária, por não haver associação com a manipulação endometrial ou contato direto com o fluxo menstrual retrógrado, ganham destaque teorias que contemplam alterações imunológicas e do microambiente pélvico, e, principalmente, os transportes linfático e hematogênico, especialmente atrativos para explicar os quadros umbilicais<sup>4,8</sup>. Apesar disso, não se podem ignorar os dados que relacionam a doença a fatores ambientais, como a contaminação alimentar pela dioxina<sup>4</sup>. Como parece existir uma predileção das células endometriais por cicatrizes, sendo o umbigo uma cicatriz fisiológica<sup>6,8</sup>, isso explicaria a cicatriz umbilical ser o local primário mais comum, o que ocorreu com a paciente em estudo, a qual nunca foi submetida a cirurgias abdominais.

A localização cutânea é rara, porém deve ser considerada no diagnóstico diferencial de distúrbios umbilicais, mesmo em mulheres sem sintomas típicos da endometriose pélvica<sup>3,7</sup>. Outros locais primários cutâneos incluem vulva, períneo, região inguinal e extremidades. Também pode ser desenvolvida durante a gravidez, com maior frequência na região umbilical, podendo ter regressão espontânea após o parto<sup>1</sup>. O diagnóstico precoce pode ser estabelecido através do rastreamento de endometriose por meio do exame ginecológico, de imagem e marcador de tumor<sup>5</sup>. Até o momento, nenhum marcador bioquímico pode ser considerado como de eleição para diagnóstico de endometriose, porém o Ca-125, quando coletado no primeiro ou segundo dia do ciclo menstrual, pode ser útil para o diagnóstico da endometriose em estágio avançado<sup>2</sup>.

Quase sempre a endometriose umbilical primária tem a clínica associada ao período pré-menstrual e menstrual concomitantes com sintomas ginecológicos como dismenorreia, dispareunia, dor, infertilidade e irregularidades menstruais estão, em geral, presentes na endometriose pélvica e ausentes na endometriose da pele<sup>1</sup>. Dentre os tratamentos farmacológicos mais difundidos para a dor associada à endometriose estão as combinações estroprogestogênicas, progestogênios isolados e análogos do GnRH<sup>2</sup>. A menarca precoce e histórico familiar são fatores preponderantes<sup>1</sup>. A paciente em questão, apresentou grande parte dos sinais clínicos descritos na literatura, apesar de refutar a menarca precoce e histórico familiar, o que pode ser indício de fatores ambientais serem prevalentes no eventual caso relatado.

Clinicamente, é uma lesão acastanhada ou azulada, nodular, circular, de 0,5 a 5 cm de diâmetro, de consistência endurecida, com história de variações de volume e dor durante o período menstrual<sup>6</sup>. A ultrassonografia pode

mostrar o aspecto cístico da lesão; já a tomografia e a ressonância podem ajudar no diagnóstico diferencial e definir a extensão da lesão, quando esta é mal definida. Como em 25% dos casos ocorre endometriose pélvica simultaneamente, uma tomografia desta região e uma avaliação ginecológica são essenciais para avaliação de outros possíveis implantes<sup>1,7</sup>. A histopatologia é essencial para o diagnóstico e caracteriza-se pela presença de glândulas endometriais retilíneas ou tortuosas revestidas por epitélio colunar pseudo estratificado com secreção ativa, estroma fibrovascular típico, eritrócitos extravasados e hemossiderina<sup>7</sup>. A biópsia é obrigatória em todos os casos, especialmente quando melanoma não pode ser descartado, sendo este um dos diagnósticos diferenciais mais comuns, assim como granuloma piogênico, hérnia, pênfigo vegetante, evisceração, granuloma de corpo estranho, neuroma, hemangioma, cisto, tumores anexiais, granuloma telangectásico e metástase de neoplasia do trato gastrointestinal (sister mary joseph's nodule)<sup>1,5,7,8</sup>. O risco de transformação maligna da endometriose umbilical é muito baixo<sup>3</sup>. A primeira linha de tratamento é cirúrgico, devido à alta incidência de recorrência e também a possibilidade de transformação maligna. O pré-tratamento com hormônios é também uma opção, especialmente em tumores maiores, proporcionando uma redução em tamanho antes da cirurgia<sup>5</sup>.

## CONCLUSÃO

A endometriose umbilical é uma afecção rara, mas deve ser considerada no diagnóstico diferencial nos casos de mulheres em idade fértil que apresentem nodulações ou sangramento umbilical, mesmo que assintomática e não exista relato de cirurgia pélvica com manipulação endometrial. Os sintomas oriundos da enfermidade acarretam em prejuízos sociais como dificuldade de engravidar, incômodos, dores periumbilicais e sangramentos umbilicais que são reversíveis com a terapêutica correta. O padrão-ouro para o diagnóstico é a histopatologia. O tratamento que possibilita melhor prognóstico, com remissão total das lesões e sintomas, é a exérese da lesão com posterior reconstrução umbilical, assim descrito na literatura. De fato, a patogênese da lesão ainda é pouco conhecida e a paciente em questão manifestou sinais clínicos semelhantes aos já relatados, divergindo apenas quanto aos fatores associados ao desencadeamento. No primeiro momento obteve bons resultados com a terapêutica estabelecida, mas com recidiva dos sintomas aguarda para provável cirurgia.

**Agradecimento:** à Dra. Vanuza Antunes Siqueira, pela oportunidade e apoio na elaboração desse trabalho. Ao professor e mestre Chan Tiel Yuen pela orientação apoio e confiança. Ao Hospital de Miracema pela disponibilidade e oportunidade. À Universidade Severino Sombra, pelo ambiente criativo e disponibilidade de profissionais capacitados e interessados em nos ajudar.

## REFERÊNCIAS

1. Dinato SLM, Antonioli GPC, Almeida JRP, et al. Primary umbilical endometriosis. *Rev Surg Cosmet Dermatol (São Paulo)*. 2015;7(3):43-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2015731451>.
2. Nácul AP, Spritzer PM. Aspectos atuais do diagnóstico e tratamento da endometriose. *Rev Bras Ginecol Obstet (Rio de Janeiro)*. 2010;32(6):298-307. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010000600008>.
3. Niwa K, Mizuno Y, Yano R, et al. Umbilical endometriosis without pelvic surgery. *Open J Pathol*. 2014;4:171-5. <http://dx.doi.org/10.4236/ojpathology.2014.44022>.
4. Carvalho BR, Silva JCR, Silva ACJSR, et al. Endometriose umbilical sem cirurgia pélvica prévia. *Rev Bras Ginecol Obstet (Rio de Janeiro)*. 2008;30(4):167-70. doi: 10.1590/S0100-72032008000400002.
5. Jaime TJ, Jaime TJ, Ormiga P, et al. Umbilical endometriosis: report of a case and its dermoscopic features. *An Bras Dermatol (Rio de Janeiro)*. 2013;88(1):121-4. doi: 10.1590/S036505962013000100019.
6. Garcia AMC, Silveira PSJ, Garcia BGBC, et al. Endometriose cutânea umbilical: relato de caso e revisão de literatura. *Arq Catarinenses Med*. 2009;38(1):254-6.
7. Vozmediano JMF, Hita JCA, Santos JC. Cutaneous endometriosis. *Int J Dermatol*. 2010;49(12):1410-2. doi: 10.1111/j.1365-4632.2010.04585.x.
8. Zolner U, Girschick G, Steck T, Dietl J. Umbilical endometriosis without previous pelvic surgery: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2003;267(4):258-60. doi: 10.1007/s00404-002-0438-9.