

"Nódulo de la hermana María José" en tumor de ovario gigante

"Sister María José" nodule in giant ovary tumor

Jorge Luis León Álvarez^I; Nelson Roselló Silva^{II}; Luis Alberto Ochoa Montes^{III}; Martha Llorens Núñez^{IV}; Mailen Rigal Lobaina^V; Ada Iris Chacón Medina^V

^IEspecialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^VResidente de Gastroenterología. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente con un gran tumor abdominal y nódulo umbilical. La citología aspirativa con aguja fina confirmó la presencia de lesión metastásica por adenocarcinoma con áreas papilares de alto grado, lo que unido a la clínica y al resto de las investigaciones permitió establecer que se trataba de una neoplasia de ovario con metástasis en hígado, bazo y ganglios. Concluimos que ante el hallazgo clínico de un ganglio umbilical es necesario tomar muestra para estudio histológico, lo que facilita el diagnóstico y la conducta terapéutica.

Palabras clave: Ganglio centinela, tumor de ovario, nódulo umbilical.

ABSTRACT

This is the case of a patient presenting with a large abdominal tumor and umbilical nodule. The fine-needle aspiration cytology confirmed the presence of a metastatic lesion due to adenocarcinoma with a high degree papillary areas and it joined to clinics and remainder researches allowed to establish the presence of ovarian neoplasm in liver, spleen and ganglia. We concluded that in the face of a clinical finding of an umbilical ganglion, it is necessary to take a sample for histological study allowing the diagnosis and the therapeutical behavior.

Key words: Sentinel node, ovarian tumor, umbilical nodule.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis umbilicales representan hallazgos infrecuentes en la práctica médica. Dicha metástasis recibió el nombre de Nódulo de la hermana María José en honor a la hermana María José, nacida el 14 de mayo de 1856, que desde 1878 perteneció a la orden de Saint Francis en Rochester, era ayudante de enfermería y en 1890 fue primer asistente quirúrgica del Dr. William Mayo hasta 1915. Dentro de sus responsabilidades, estaba la de preparar el abdomen de pacientes que iban a ser llevados a cirugía y fue la primera en hacer notar al Dr. William Mayo la presencia de un nódulo umbilical en pacientes con tumores intraabdominales, que se comprobó eran metastáticos. El justo reconocimiento del papel desempeñado por quien luego sería directora de enfermeras del hospital, lo hizo Hamilton Bailey en 1949, quien designa este nódulo con el nombre de Sister Mary Joseph, en la 11va edición de su libro *Physical Signs in Clinical Surgery*.¹

Se presenta el caso de una paciente con un gran tumor abdominal y nódulo umbilical. La citología aspirativa con aguja fina de dicho nódulo confirmó la presencia de una lesión metastásica por adenocarcinoma con áreas papilares de alto grado, lo que unido a la clínica y al resto de las investigaciones permitió establecer el diagnóstico de una neoplasia de ovario con metástasis en hígado, bazo y ganglios.

Resumen de historia clínica

LFV, mujer, 73 años, raza blanca, de La Habana, jubilada, con antecedentes de salud. La paciente acude refiriendo que hace aproximadamente tres meses comenzó a notar molestias abdominales asociada a sensación de endurecimiento del abdomen. Se acompañó solamente de discreta pérdida de apetito y pérdida de peso de aproximadamente 15 lbs.

Examen físico

Mucosas húmedas y normocoloreadas.

Aparato respiratorio y cardiovascular: normal. FC: 84 x min. PA 130/80 mmHg.

Abdomen: Se observa una gran masa abdominal, la cual se corrobora a la palpación, que ocupa prácticamente todo el abdomen, de consistencia firme, nodular, dura, no movable, de aproximadamente 25 cm, que se extiende desde la excavación pelviana hasta epigastrio. No se precisa hepatomegalia, ni esplenomegalia. En la región umbilical se observa aumento de volumen, violáceo, de 2 cm, nodular, de consistencia pétrea, con secreción amarillenta serosa. Adenopatías inguinales bilaterales de 2 cm, no dolorosas, duras y firmes. ([Fig. 1](#)) ([Fig. 2](#)).



Fig. 1. Vista lateral de tumoración abdominal gigante, se observa el ganglio centinela periumbilical.



Fig. 2. Ganglio centinela "Hermana María José".

Ginecológico: examen con espéculo: cuello sin alteraciones. Tacto vaginal: se palpa masa tumoral que sale desde la excavación pélvica sin que pueda precisarse su origen específico.

Exámenes complementarios

Hemoglobina: 109 g/L; hematocrito: 036 L/L; leucocitos: $13,64 \times 10^9/L$; granulocitos: 67,5 %, linfocitos: 10,9 %, monocitos: 7,3 %, eosinófilos: 13,3 %; plaquetas: $253 \times 10^9/L$; velocidad de sedimentación globular: 44 mm/h; glucemia: 4,8 mmol/L; creatinina: 57 $\mu\text{mol/L}$; ALAT: 23,9 μL ; ASAT: 20,2 μL ; GGT: 344 μL ; FAL: 635 μL ; LDH: 513 μL ; bilirrubina total: 7 $\mu\text{mol/L}$; colesterol: 3,9 mmol/L; triglicéridos: 1,6 mmol/L; coagulograma: normal; cituria: normal; Antígeno carcinogénico 125: 2989 μmL .

Electrocardiograma: normal.

Rx de tórax: escoliosis dorsal de convexidad derecha. Aorta alargada y ateromatosa, no otras alteraciones pleuropulmonares.

Rx de abdomen simple: aumento de la densidad de partes blandas de todo el abdomen con patrón gaseoso dentro de parámetros normales sin observarse calcificaciones patológicas ni alteraciones importantes a nivel de la columna dorso lumbar y pelvis ósea.

Ultrasonido abdominal: Hepatomegalia multinodular de aspecto secundario, bazo y páncreas normal. Hay una masa quística multilobulada que crece desde la excavación pélvica ocupando todo el abdomen y desplazando los órganos vecinos, de contenido celular, con paredes calcificadas con el aspecto de un tumor de ovario. Escasa cantidad de líquido abdominal libre en relación con engrosamiento peritoneal con aspecto de carcinosis peritoneal. Útero desplazado, de contornos irregulares y tamaño normal.

TAC de abdomen: se realiza examen endovenoso y con contraste vía oral, se aprecian múltiples lesiones nodulares hipodensas, que ocupan toda la glándula hepática de aspecto metastásico, con otra de similares características en el bazo. Hay una gran masa tumoral compleja, predominantemente quística, con tabiques y masas en su interior que se extienden desde la excavación pelviana con crecimiento más hacia la izquierda desplazando a la aorta y órganos vecinos, que mide 18x25mm. (Figs. 3 y 4).



Fig. 4. Vista lateral de tomografía axial computarizada de abdomen.

Citología aspirativa con aguja fina de lesión periumbilical: positivo de células neoplásicas. Adenocarcinoma con áreas papilares de alto grado.

Al confirmarse el diagnóstico, dado el avanzado estado de la enfermedad solo se aplicó tratamiento paliativo. La paciente falleció al mes del diagnóstico.

Comentarios

Las lesiones nodulares umbilicales pueden ser benignas en un 57 % y buena parte de ellos son nevos melanocíticos, papilomas fibroepiteliales, quistes de inclusión, queratosis seborreicas o dermatofibromas, entre otros. Las cicatrices hipertróficas, los queloides y por supuesto las hernias umbilicales entran en el abanico de las posibilidades. Rara vez se tratan de lesiones neoplásicas primarias, habitualmente se corresponden con ganglios de localización umbilical. Un 43 % son malignos y de ellos un 17 % son primarios: melanomas, carcinomas basocelulares, carcinomas escamocelulares y algunos sarcomas. Un 83 % son metastásicos, por lo general adenocarcinomas provenientes del estómago (25 %), ovario (12 %), colon (10 %), páncreas (7 %) y prácticamente cualquier órgano intraabdominal. La mama y el pulmón también pueden explicar el primario.^{2, 3}

El ganglio de la Hermana María José es subcutáneo, firme y puede ulcerarse o fisurarse y exhibir un exudado mucoide, hemorrágico o aun purulento. Puede ser blanco, azulado o marrón y a veces pruriginoso. Su forma es irregular, indolora a la palpación, excepto cuando está ulcerado y generalmente es menor de 5 cm. Los pacientes con el nódulo de la Hermana María José pueden mostrar una serie de signos o síntomas relativos a su neoplasia abdominal como dolor epigástrico, distensión, pérdida de peso, náuseas y ascitis. La presencia del ganglio, comprobada histológicamente, es indicativa de enfermedad avanzada y mal pronóstico.³⁻⁵

La mayoría de los nódulos observables a la inspección y palpación suelen ser metástasis de carcinomas de origen abdominal. El interés de este hallazgo es por una parte la facilidad de acceso por citología aspirativa con aguja fina para el diagnóstico y por otra el pronóstico, pues su habitual asociación a neoplasias en estadio avanzado le confiere un pobre pronóstico, siendo fatal en 3-6 meses en la mayoría de los casos.⁶⁻⁸

En el caso que presentamos hubo poca expresión clínica en los tres meses previos a su ingreso, se constató una gran tumoración abdominal que por los estudios imaginológicos se corroboró su extensión a hígado y bazo, con niveles séricos muy elevados de CA 125, lo que permitió confirmar que se trataba de una neoplasia de ovario con metástasis en hígado, bazo y ganglios. El hallazgo al examen físico del nódulo umbilical facilitó indiscutiblemente el diagnóstico certero de esta afección, la evolución posterior confirmó el pronóstico letal cuando se encuentra el ganglio centinela de la Hermana María José.

Al presentar este caso resaltamos la importancia de la observación cuidadosa de los enfermos, como lo demostró en su tiempo la Hermana María José, esta es y será la base para un diagnóstico correcto. La identificación de la lesión umbilical y la citología aspirativa con aguja fina confirmaron la etiología metastásica de esta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Panaro F, Andorno E, Di Domenico S, Morelli N, Bottino G, Mondello R, et al. Sister Joseph's nodule in a liver transplant recipient: Case report and mini-review of literature. *World J Surg Oncol*. 2005;3:4.
2. Gabriele R, Conte M, Egidi F, Borghese M. Umbilical metastases: current viewpoint. *World J Surg Oncol*. 2005;3:13.

3. Rodríguez JM, Sanz Peláez O, Santana L, Rey A, Suárez Ortega S, Betacor León P. Nódulo de la hermana Maria José como manifestación de cáncer de origen desconocido: presentación de un caso. An Med Interna. 2004;2:285-7.
4. Campos Rivas R, Acha Arrieta V, Guarch R, Arteaga Mazuelas, M., Fanlo Mateo P. ¿Nódulo de la hermana María José? An Med Interna. 2005;22(11):555-6.
5. Urbano FL. Sister Joseph´s Nodule. Hospital Physician. 2001;44:33-5.
6. Gil Martínez LE, Bustamante HR, Mata JF, Parthe G, Tahan J, De Andrade R. Cáncer del tracto gastrointestinal estudio del ganglio centinela. Rev Venez Oncol. 2005;17(4):189-195.
7. Resano Igal A, Villanueva Gómez I. Nódulo de la Hermana María José. Medicina General. 2005;73:244-5.
8. Fill S, Taran A, Schulz HU, Kahl S, Kalinski T, Smith B, et al. Sister Mary Joseph's nodule as the first sign of pregnancy associated gastric cancer: A case report. World J Gastroenterol. 2008;14(6):951-3.

Recibido: 15 de noviembre de 2009.

Aprobado: 2 de diciembre de 2009.

Dr. *Jorge Luis León Álvarez*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras". San Lázaro No. 701 entre Belascoaín y Marqués González, Centrohabana. Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: jorge.leon@infomed.sld.cu



Fig. 3. Vista anteroposterior de tomografía axial computarizada de abdomen, donde se observa el gran tumor abdominal y el ganglio centinela "Hermana María José".