

Signo de la Hermana María José

Javier Rodríguez Lucero

INTRODUCCIÓN

La denominación de Signo de la Hermana María José se aplica a la presencia de un nódulo maligno en la región periumbilical asociado a neoplasia abdominal avanzada y generalmente indica un mal pronóstico ^(1,2).

Para comprender la denominación se hará una breve reseña histórica: en el año 1856 nace Julia Dempsey, quien en el año 1878 toma los hábitos en la Congregación de Nuestra Señora de Lourdes en Rochester, Estados Unidos, con el nombre de Hermana María José. Esta mujer se desempeñó como asistente del cirujano Dr. William Mayo y, entre sus funciones se encargaba de preparar los abdómenes para las cirugías del Dr. Mayo, reconociendo la asociación entre nódulos periumbilicales y la presencia de tumores abdominales. El signo fue introducido por Hamilton Bailey en la undécima edición de su libro *Physical Signs in Clinical Surgery* en 1949 ⁽³⁾.

ASPECTOS GENERALES

Entre las causas de la presencia del Signo de la Hermana María José encontramos como asiento de las lesiones primarias al: estómago (25%), ovario (12%), colon y recto (10%) y páncreas (7%). Con menor frecuencia, se asocia a lesiones de vesícula biliar, miometrio, endometrio, intestino delgado, trompas de Falopio, apéndice, cérvix, pene, próstata, riñones, mama y pulmón ^(1,4).

ASPECTOS FISIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS

La lesión suele presentarse como un nódulo firme e irregular, doloroso a la palpación, en ocasiones ulcerado y con descarga asociada, sanguinolenta, serosa, mucosa o purulenta. Su diámetro en general es de 0.5-2 cm, pero en ocasiones alcanza los 10 cm ⁽⁴⁾. Dependiendo de la neoplasia responsable del signo, pueden existir otros signos y síntomas asociados.

Mucho se ha discutido acerca del mecanismo de producción de la lesión periumbilical. El mecanismo

más aceptado es la extensión por contigüidad, aunque también se han propuesto como vías de diseminación la hematógena y la linfática ⁽⁵⁾.

ASPECTOS IMAGENOLÓGICOS

La lesión puede reconocerse mediante ultrasonido (US), tomografía axial computada (TAC) y resonancia magnética por imágenes (RMI). Por US, se presenta como un nódulo sólido y en general hipoecoico, con contornos indistintos y vascularización variable con Doppler. En TAC el nódulo es, en general, isodenso y con realce tras la administración del contraste endovenoso (Fig. 1). Mediante RMI se reconoce imagen nodular hipointensa en T1, hiperintensa en T2 y con refuerzo en series contrastadas (Fig. 2).

FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN E IMPORTANCIA DE SU IDENTIFICACIÓN

El hallazgo clínico e imagenológico del signo de la Hermana María José es infrecuente en la práctica. Las lesiones umbilicales son poco habituales, pudiendo a su vez subdividirse en primarias (38%), endometriósicas (32%) y metastásicas (30%) ⁽⁴⁾.

La importancia del reconocimiento del signo es su asociación con neoplasias en general avanzadas y con mal pronóstico. Si bien la lesión primaria puede ser en ocasiones evidente, en otros casos su reconocimiento es más difícil. En ocasión es el análisis histológico de la lesión umbilical el que permite la localización primaria de la enfermedad. La sobrevida en pacientes con secundarismo umbilical es de 2-11 meses, aunque, dependiendo del tumor primario, el pronóstico puede mejorar significativamente ^(5,6).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre los diagnósticos diferenciales deben citarse las lesiones de la región umbilical. Las lesiones benignas incluyen tumores melanocíticos no malignos, papilomas fibroepiteliales, quistes de inclusión epite-

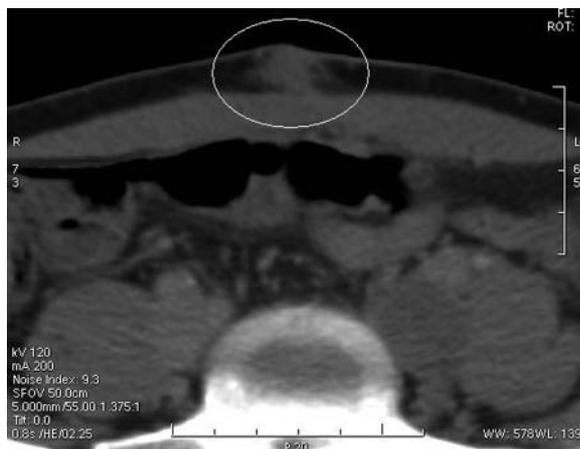


Fig. 1: TC Axial: imagen nodular en región umbilical, con bordes algo irregulares.



Fig. 2: RM Axial, secuencia T2: la misma imagen vista en TC con hiperseñal homogénea y bordes irregulares.

lial, queratosis seborreica y dermatofibromas. Malformaciones congénitas del conducto onfalomesentérico o del uraco, granulomas de cuerpo extraño y endometriosis también pueden provocar nódulos en la región.

Dentro de lesiones malignas, además de las lesiones metastásicas ya comentadas, pueden encontrarse lesiones primarias (melanomas, carcinomas de células basales, carcinomas de células escamosas y miosarcomas) ⁽¹⁾.

CONCLUSIONES

El reconocimiento del signo de la Hermana María José puede ser el único hallazgo en un examen de abdomen por las diferentes modalidades diagnósticas comentadas. Por ello, su detección puede permitir alcanzar un diagnóstico definitivo y, en otros casos, puede asociarse a otras manifestaciones asociadas a la patología de base, pudiendo resultar útil conocer la

frecuencia relativa de las lesiones primarias vinculadas a este signo.

Bibliografía

1. Urbano F. Review of clinical signs: Sister Joseph's Nodule. Hospital Physician. May 2001; 44: 33-5.
2. Albano EA, Kanter J. Images in clinical medicine. Sister Mary Joseph's nodule. N Engl J Med. 2005 May 5;352(18):1913.
3. Bailey Hamilton. Demonstrations of Physical Signs in Clinical Surgery. 11th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1949: 227.
4. Gabriele R, Borghese M, Conte M, Basso L. Sister Mary Joseph's Nodule as a First Sign of Cancer of the Cecum: Report of a Case. Dis Colon Rectum. 2004 Jan;47(1):115-7. Epub 2004 Jan 5.
5. Sugarbaker PH. Sister Mary Joseph's Sign. J Am Coll Surg. 2001; 193: 339-40.
6. Fill S, Taran A, Schulz HU, Kahl S, Kalinski T, Smith B, Costa SD. Sister Mary Joseph's Nodule as a First Sign of pregnancy-associated gastric cancer: a case report. World J Gastroenterol. 2008 Feb 14; 14 (6):951-3.