Diagnóstico Prenatal

www.elsevier.es/diagnprenat

Resolución del caso

Caso iconográfico número 11: hernia inguinoescrotal

Illustrated case number 11: inguinoscrotal hernia

*Sonia Rombaut y Ana Muñoz**

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Instituto Universitario Dexeus, Barcelona, España

Evolución

Durante el seguimiento ecográfico se observó un aumento del tamaño de la masa escrotal (figs. 1–3) siendo el pene de tamaño y configuración normal. En el tercer trimestre avanzado se detectó similitud ecográfica entre el contenido escrotal y las asas intestinales, con evidencia de peristaltismo en la masa escrotal, orientándose el caso como una hernia inguinoescrotal. Con la finalidad de obtener más información se solicitó una resonancia magnética, que la paciente

Figura 1 – Bolsa escrotal ocupada por una masa ecogénica (33 semanas).

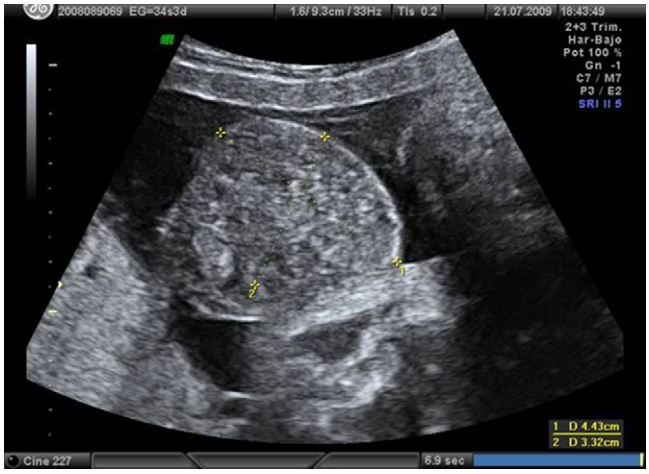

Figura 2 – Aumento evidente del tamaño del escroto (34 semanas).

Figura 3 – Parece identificarse pequeñas imágenes econegativas que corresponden a las asas intestinales (36 semanas).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.diapre.2011.09.001.

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: anamun@dexeus.com (A. Muñoz).

2173-4127/$ – see front matter © 2011 Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.diapre.2011.09.002

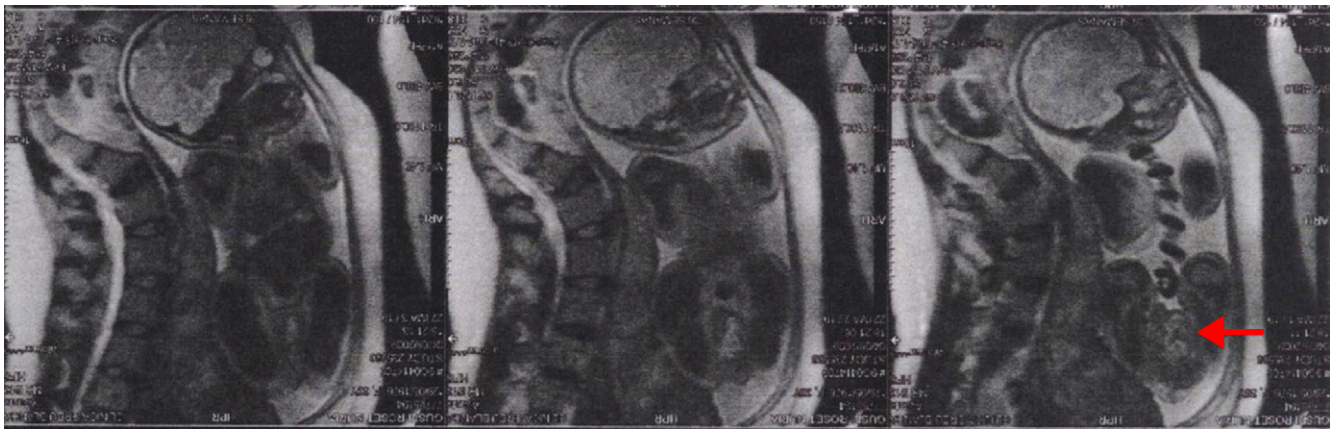

Figura 4 – Imagen de la resonancia magnética prenatal.

realizó fuera de nuestro centro, exploración cuyo resultado diagnóstico fue de gastrosquisis (fig. 4). La exploración ecográfica mediante TUI permitió identificar teste descendido en la bolsa escrotal contralateral no afecta (fig. 5). La reconstrucción 3D en superficie mostró un aumento importante del tamaño del escroto afecto (fig. 6). Parto vaginal a las 39 semanas, naciendo un varón de 3570gr, Apgar 9/10, pH umbilical normal. Exploración del recién nacido: hernia inguinoescrotal izquierda no reductible (fig. 7). En la cirugía se encuentra un tercio del intestino delgado en el saco herniario con adherencias, se practica adhesiolisis, enteropexia de Noble y herniorrafia de Ferguson, siguiendo buena evolución y sin complicaciones.

Comentarios

La detección prenatal de una masa perineo-escrotal plantearía en primer lugar diferenciar entre una tumoración perineal

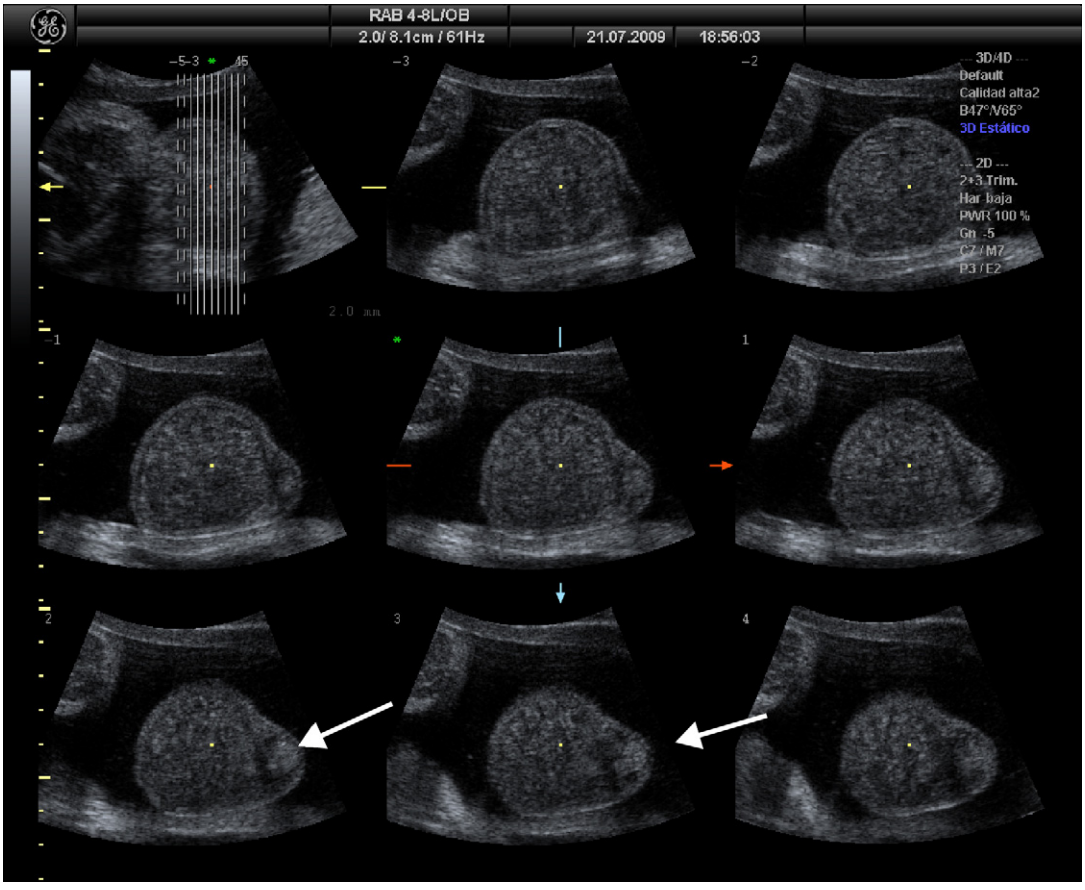

Figura 5 – Imagen de la exploración ecográfica mediante TUI, que muestra el escroto ocupado por asas intestinales, también se identifica el testículo derecho (flecha).

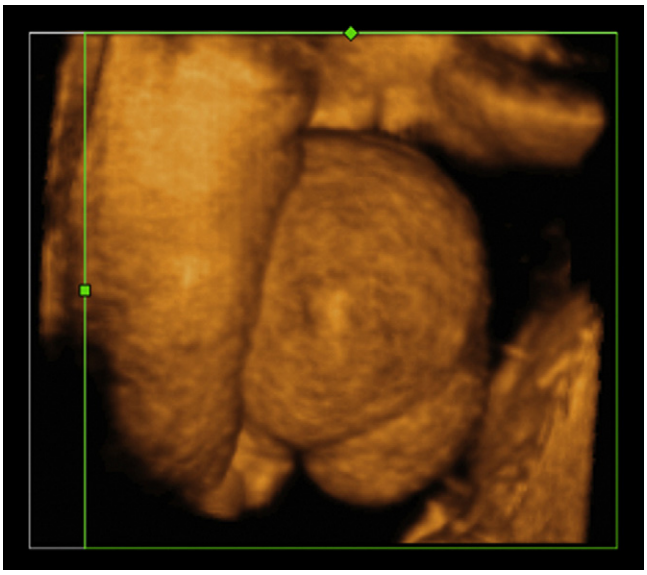

Figura 6 – Reconstrucción 3D de superficie, que evidencia el aumento de tamaño de la bolsa escrotal.

tipo teratoma sacrocoxígeo, meningocele sacro o patología escrotal. Dentro de la patología escrotal, la más frecuente es el hidrocele aislado. En segundo lugar de frecuencia está la torsión testicular, que suele presentar una imagen ecográfica con doble halo hemorrágico y teste aumentado de tamaño. El tumor testicular tipo teratoma es extremadamente raro en período prenatal. La hernia inguinoescrotal es la patología

Figura 7 – Aspecto de los genitales en el neonato.

pediátrica más frecuente (1-4%), su presentación prenatal no es rara, en la literatura se han publicados ocho casos de esta patología y en todos ellos las características ecográficas son prácticamente iguales (masa ecogénica detectada en el tercer trimestre y la presencia de peristaltismo, signo patognomónico de esta patología). En siete de los ocho casos la hernia era aislada, excepto un caso que presentaba otras anomalías dentro del contexto de una trisomía 18. Otro signo descrito como patognomónico es la identificación de la arteria mesentérica en la masa escrotal mediante Doppler color de alta frecuencia .En el estudio de las malformaciones es útil la RM para completar el estudio, en nuestro caso, la exploración adicional mediante esta técnica no aportó información adicional, y de hecho orientó el diagnóstico de forma errónea, siendo la orientación diagnóstica ecográfica prenatal prevalerte.